

Geleitwort der Ärztekammer Berlin

Das vorliegende Buch ist ein Ergebnis des Curriculums „**Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren**“, das 2003 erstmalig in Berlin von der Ärztekammer Berlin, der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin und dem Behandlungszentrum für Folteropfer initiiert wurde. Die drei bisher durchgeführten Kurse haben das große Interesse der Ärztinnen und Ärzte gezeigt. Vier weitere Veranstaltungen sind geplant, um dem Bedürfnis nach kompetenter Fortbildung und umfassender Unterstützung der Behandler gerecht zu werden.

Diese Fortbildungsveranstaltung ist ein Angebot für alle Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die entsprechende Patienten behandeln. Ausgangspunkt für die Überlegung, eine solche Veranstaltung anzubieten, ergab sich aus Sicht der Ärztekammer aufgrund folgender Kriterien:

- Ein Konflikt zwischen Ärzteschaft und Berliner Innenverwaltung bedurfte einer dringenden Lösung. Zuweilen erkannten die Behörden Gutachten oder gutachterliche Stellungnahmen nicht an, mit denen Ärzte Flüchtlingen psychisch-reaktive Traumafolgen bescheinigten. Ablehnungen wurden damit begründet, es handle sich um „Gefälligkeitsgutachten“, die fachlich unbegründet lediglich dem Zweck dienen, Patienten vor der Abschiebung zu schützen. Einerseits mussten solcherart pauschal getroffene Vorwürfe als unzutreffend zurückgewiesen werden, andererseits waren manche ärztliche Stellungnahmen zu knapp ausgeführt und ließen nicht erkennen, wie ihr Verfasser zu seinen Schlussfolgerungen gelangt war. Daher gilt jetzt die Vereinbarung: Absolventen der Fortbildungsveranstaltung bekommen eine Teilnahmebestätigung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die nach Erhalt der Bescheinigung drei Gutachten/gutachterliche Stellungnahmen unter Supervision von eigens durch die Kammern zugelassene Supervisoren fertigen, werden in die Gutachterliste der Berliner Ärzte- oder Psychotherapeutenkammer aufgenommen.

Diese Listen stellen beide Berliner Berufsvertretungen dem Verwaltungsgericht und der Ausländerbehörde sowie Anwälten zur Verfügung.

- ▶ Zur Erstellung der Gutachten fehlten bis vor kurzem allgemein anerkannte Standards. Ärzte und Psychotherapeuten haben sie in der Arbeitsgruppe SBPM (Standards für die Begutachtung psychotraumatisierter Menschen) entwickelt und mit Vertretern verschiedener Institutionen und Fachgesellschaften sowie mit der Bundesärztekammer abgestimmt. Das Berliner Curriculum versetzt ärztliche und psychologische Fachkolleginnen und Fachkollegen in die Lage, anhand dieser Standards auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisstand Gutachten zu erstellen.
- ▶ Das Curriculum gibt den Kolleginnen und Kollegen der einzelnen Fachbereiche die Möglichkeit, interdisziplinär zusammenzuarbeiten und Wissen sowie Erfahrungen auszutauschen. Das ist von besonderer Bedeutung, da die Gutachtertätigkeit in diesen Fällen eine spezielle Herausforderung für die Fachkolleginnen und Fachkollegen darstellt. Die Gutachter benötigen neben dem Einblick in die psychologische Struktur der Patientinnen und Patienten auch Kenntnisse über die kulturelle, soziale, politische sowie ökonomische Situation des Krisengebietes, aus dem die Patientin oder der Patient geflohen ist. Des Weiteren befinden sie sich in dem Spannungsfeld einer ausländerpolitischen Diskussion einerseits und einem medizinischen/therapeutischen Anspruch für die kriegstraumatisierten Menschen andererseits.
- ▶ Nicht zuletzt gilt zu bedenken, dass auch die Medizinerin und der Mediziner durch die Lebensgeschichte und die Erlebnis-/Folterberichte der Probanden mit den grausamsten Ereignissen der Kriegsführung konfrontiert wird. Wie existentiell die Verletzung der menschlichen Würde für die Betroffenen ist, beschreibt aus eigener Erfahrung der österreichische Autor Jean Améry:

„Wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt. Die Schmach der Vernichtung läßt sich nicht austilgen. Das (...) in der Tortur eingestürzte Weltvertrauen wird nicht wiedergewonnen. Daß der Mitmensch als Gegenmensch erfahren wurde, bleibt als gestauter Schrecken im Gefolterten liegen: Darüber blickt keiner hinaus in eine Welt, in der das Prinzip Hoffnung herrscht“. (Améry 1980)

Ich bedanke mich bei allen, die an der Verwirklichung des Curriculums beteiligt waren und sind. Dem begleitenden Buch wünsche ich viele interessierte Leserinnen und Leser.

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin

Literatur

Jean Améry: Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten. Klett-Cotta, Stuttgart 1980, S.73.

Geleitwort der Berliner Psychotherapeutenkammer

Das vorliegende Herausgeberbuch zur Thematik „**Begutachtung psychisch-reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren**“ leistet einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung der Debatte um die Begutachtung von Traumatisierungsfolgen bei Bürgerkriegsflüchtlingen. Es handelt sich um einen Beitrag zur Lösung eines politischen bzw. humanitären Konflikts aus psychotherapeutischer Perspektive und unter Einsatz psychotherapeutischer Fachkompetenz. Von der Politik ist zu beantworten, ob und unter welchen Bedingungen im Bürgerkrieg traumatisierten Menschen ein Aufenthaltsrecht in Deutschland gewährt wird. Aufgrund des Bürgerkriegs in Exjugoslawien entschied die Innenministerkonferenz im November 2000 eine recht großzügige Traumatisiertenregelung. In Berlin wurde diese Regelung bedrückenderweise sehr eng ausgelegt und Traumatisierungen oft nicht anerkannt, obwohl sie von qualifizierten Ärzten oder Psychotherapeuten attestiert worden waren. Dies hatte in mehreren Fällen die Abschiebung der Betroffenen zur Folge. In einer Anhörung des Gesundheitsausschusses des Berliner Abgeordnetenhauses wurde bereits im Juni 2002 von der Psychotherapeutenkammer und der Ärztekammer sowie mehreren Abgeordneten auf die katastrophale Praxis der Ausländerbehörde im Umgang mit traumatisierten bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingen aufmerksam gemacht. Sachbearbeiter zeigten Unverständnis gegenüber wesentlichen Kennzeichen einer Extremtraumatisierung und den entsprechenden chronischen Störungen und disqualifizierten gutachterliche Stellungnahmen als Gefälligkeitsgutachten.

Die Forderung von der Ärzte- und der Psychotherapeutenkammer sowie den Behandlungseinrichtungen, dass das Vorliegen einer so komplexen Störung wie der posttraumatischen Belastungsstörung ausschließlich von Fachleuten mit spezieller psychotherapeutischer Ausbildung und langjähriger Klinischer Erfahrung zu diagnostizieren sei, fiel bei der Senatsinnenverwaltung auf fruchtbaren Boden. Darauffolgend wurden in mehreren fachlichen Abstimmungen, zuletzt im Juni 2004 Qualifikationskriterien und transparente Standards definiert, und damit gegenüber der Politik deutlich gemacht, dass nur Kollegen/innen mit einer bestimmten Qualifikation berechtigt und qualifiziert sind,

eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sicher zu diagnostizieren. Die Senatsverwaltung beschloss daraufhin in ihrer Weisung vom August 2002 auf die sogenannte Schlüssigkeitsprüfung durch Mitarbeiter ihrer Behörde zu verzichten. D.h. Die Bosnienflüchtlinge, bei denen nach entsprechender Begutachtung durch die sog. Qualifizierten Listengutachter eine PTBS festgestellt wurde, dürfen in Berlin bleiben und psychotherapeutisch behandelt werden.

Das Behandlungszentrum für Folteropfer, Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer entwickelten eine 4-tägige curriculare Fortbildung, die als Qualifizierungsangebot für alle Psychologische Psychotherapeuten und Ärzte, die Flüchtlinge therapeutisch behandeln, oder als Gutachter in entsprechenden Verfahren tätig sein wollen, konzipiert ist. Um auf die von der jeweiligen Kammer zertifizierte Liste von Zweitgutachtern aufgenommen zu werden, ist zusätzlich zu der Absolvierung der Fortbildung die Erstellung von drei Gutachten unter Supervision erfahrener Gutachter notwendig. D.h. nur Kollegen werden aufgenommen, die ihre Qualifikation nachgewiesen haben. Die Listen von Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer werden der Ausländerbehörde und den Gerichten zur Verfügung gestellt. Auf diese Weise wird Qualität auf hohem Niveau sichergestellt. Neben der Überprüfung der Zugangsqualifikation der Behandler wurde ein Verfahren zur Beurteilung der Qualität von Gutachten und entsprechende Mindeststandards für die Abfassung von Gutachten eingeführt.

Bis Ende 2004 wurde dieses Curriculum viermal erfolgreich durchgeführt; aufgrund der großen Nachfrage sind für 2005 drei weitere Durchgänge geplant. Für die Veranstalter, Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer, Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer ist es die erste inhaltliche Zusammenarbeit und sie hat sich als sehr fruchtbar erwiesen.

Neben der Curriculumentwicklung war ein entsprechendes Zertifizierungsverfahren zur Überprüfung der Qualifikation bereits tätiger Gutachter (Psychologische Psychotherapeuten) nach Übergangsregelungen nötig. Dazu wurde eine Expertenkommission bestehend aus fünf Berliner Psychologischen Psychotherapeuten berufen, die seit Jahren mit extremtraumatisierten Bürgerkriegsflüchtlingen arbeiten und über langjährige Erfahrung als Gutachter in ausländerrechtlichen Verfahren verfügen. Die Aufgabe der Expertenkommission war es, Qualifikationsanforderungen an Gutachter in aufenthaltsrechtlichen Verfahren zu formulieren und Qualitätsstandards für die Erarbei-

tung von Gutachten zu „psychisch reaktiven Traumafolgen bei Bürgerkriegsflüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“ zu entwickeln. Dabei konnte die Expertenkommission zurückgreifen auf die von der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen“ (SBPM, Gierlichs et al 2002) im Jahr 2001 herausgegebenen Richtlinien zur Erstellung von Gutachten zu den genannten Fragestellungen. Diese dienten als Orientierung für die Erarbeitung einer Übergangsregelung für bereits tätige Gutachter/innen.

Dieser gesamte Prozess und das daraus entstandene Buch trägt dazu bei, dass psychische Folgen von Krieg und Folter nicht mehr bagatellisiert werden und dass sich ärztliche und psychologische Psychotherapeuten als ernst zunehmende, kompetente Gesprächspartner in die Politik eingemischt haben und auch gehört werden. Es ist von unschätzbarem Wert, dass es uns gelungen ist, durch die Definition klarer Qualitätsanforderungen an Gutachter und Gutachten auf der politischen Ebene mehr Akzeptanz der Zweitgutachten zu erreichen. Diese sind unverkennbar auch in die klaren Ausführungsvorschriften der Berliner Innenverwaltung eingeflossen, die nun sowohl für die Sachbearbeiter bei der Ausländerbehörde und die Richter bei den Verwaltungsgerichten als auch für die betroffenen Flüchtlinge transparent, nachvollziehbar und damit handhabbarer sind.

Die Aufgabe von Psychotherapeuten und Ärzten ist nicht nur das Heilen von Leid und psychischer Krankheit, sondern auch die Verhinderung von Retraumatisierungen durch bürokratisches Handeln. Menschen, die in ihrer Seele extrem verletzt wurden, sind auf professionelle kompetente Helfer angewiesen und brauchen die Gewissheit, sich wieder auf ihre Mitmenschen verlassen zu können.

Wir danken für das große Engagement all derer, die an der Entwicklung und Realisierung des Curriculums mitgearbeitet haben.

Gisela Borgmann Präsidentin und Monika Basqué Mitglied des Vorstands
der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin

Literatur

Gierlichs, H. W., Haenel, F., Henningsen, F., Schaeffer, E., Spranger, H., Wenk-Ansohn, M., Wirtgen, W. (2002). Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen. Köln: <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=995>.

Inhalt

Einleitung.....	1
Ferdinand Haenel	
Literatur.....	8
1 Störungskonzepte und Neurobiologie	11
Oliver Schubbe	
1.1 Auf welchen wissenschaftlichen Grundlagen basieren Gutachten?.....	11
1.2 Definitionen des existentiellen Traumas und seiner möglichen psychischen Folgen	12
1.3 Stabilisierende oder chronifizierende Umwelteinflüsse nach dem Trauma	19
1.4 Die Entwicklung der Erklärungsmodelle.....	21
1.5 Das neurobiologische Modell.....	22
1.6 Literatur.....	31
2 Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbidität	36
Eva Reichelt	
2.1 Vorbemerkungen zum diagnostischen Prozess bei der Begutachtung potentiell traumatisierter Flüchtlinge	37
2.2 Psychisch reaktive Traumafolgeerkrankungen: diagnostische Kriterien .	40
2.3 Anamnese-Kriterium „traumatisches Ereignis“	52
2.4 Literatur.....	57
3 Besonderheiten bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen....	61
Ferdinand Haenel	
3.1 Symptombezogene Hindernisse bei der Exploration	61
3.2 Traumaspezifische Beziehungsaspekte.....	70
3.3 Abgrenzung von anderen psychischen Störungen	73
3.4 Literatur.....	74
4 Erinnern, Vergessen und posttraumatische Störungen	76
Angelika Birck	

4.1 Die Funktionsweise des Gedächtnisses	76
4.2 Störungen der Gedächtnisfunktionen.....	80
4.3 Beurteilung von Erinnerungen und Erkrankungen	85
4.4 Literatur.....	95
5 Standardisierte Diagnostik bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren	98
Doris Denis	
5.1 Auswahlkriterien für standardisierte diagnostische Instrumente	98
5.2 Diagnostische Interviews zur Erfassung einer posttraumatischen Belastungsstörung	100
5.3 Selbstbeurteilungsskalen	106
5.4 Probleme beim Einsatz standardisierter Verfahren bei der Begutachtung von Flüchtlingen und Migranten.....	118
5.5 Literatur.....	121
6 Der asyl- und ausländerrechtliche Rahmen ärztlich-psychologischer Auskunfterstattung	127
Stefan Keßler	
6.1 Ärztliche Erfahrung versus juristische Argumentationsweise	127
6.2 Das Asylverfahren	128
6.3 Definition politischer Verfolgung	131
6.4 Weitere Abschiebungshindernisse.....	133
6.6 Richterliche Überzeugungsbildung	138
6.7 Anforderungen an die Gutachter.....	140
6.8 Literatur.....	143
6.9 Abkürzungsverzeichnis.....	143
7 Einsatz von Dolmetschern.....	145
Savita Dhawan	
7.1 Voraussetzungen für einen professionellen Einsatz von Dolmetschern	145
7.2 Übersetzer, Dolmetscher, Sprachmittler, Community Interpreting – begriffliche Abgrenzungen	147
7.3 Das Beispiel Schweden	149

7.4 Gesprächssetting mit Dolmetscher – Hilfestellungen für die Begutachtung	152
7.5 Literatur.....	160
8 Frauenspezifische Aspekte in der interkulturellen Begutachtung	161
Mechthild Wenk-Ansohn	
8.1 Sexualisierte Folter und ihre Folgen	161
8.2 Ehrverlust, Scham und Schweigen - Besonderheiten bei folterüberlebenden Frauen aus muslimisch geprägten Gesellschaften am Beispiel von Kurdinnen aus der Türkei	169
8.3 Begutachtung bei zuvor lückenhaft gebliebenen Aussagen zur traumatischen Vorgeschichte.....	175
8.4 Literatur.....	182
9 Übertragung und Gegenübertragung bei der Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge	186
Franziska Henningsen	
9.1 Anerkennung des Traumas.....	186
9.2 Zwei Manifestationsformen der chronischen PTBS	188
9.3 Der Umgang mit der eigenen Trauma-History	195
9.4 Strukturierung der Gesprächssituation.....	196
9.5 Drei Fallbeispiele	198
9.6 Literatur.....	207
10 Burnout und stellvertretende Traumatisierung.....	211
Christian Pross	
10.1 Was ist Burnout, was ist stellvertretende Traumatisierung?	211
10.2 Ursachen für Burnout.....	214
10.3 Ursachen für stellvertretende Traumatisierung	215
10.4 Zwei Fallbeispiele	217
10.5 Gesellschaftliche Aspekte.....	220
10.6 Die Überfrachtung der Rolle des Gutachters im aufenthaltsrechtlichen Verfahren	222
10.7 Prophylaxe gegen Burnout und stellvertretende Traumatisierung	224

10.8 Literatur.....	226
11 Die rechtliche Stellung des Gutachters vor Gericht.....	228
Dietrich F. Koch	
11.1 Überblick.....	229
11.2 Wichtige Definitionen	230
11.3 Grundlegende Anforderungen an ein Gutachten aus der Sicht der Auftraggeber	235
11.4 Die rechtliche Stellung des Sachverständigen in der Rechtsprechung.....	238
11.5 Die Fachkompetenz des Gutachters.....	244
11.6 Literatur.....	245
12 Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen (SBPM)	247
Hans Wolfgang Gierlichs, Ferdinand Haenel, Franziska Henningsen, Eva Schaeffer, Helga Spranger, Mechthild Wenk-Ansohn, Waltraut Wirtgen	
12.1 Fachliche Voraussetzung der Gutachter.....	247
12.2 Fortbildungsinhalte	248
12.3 Zur Erstellung des Gutachtens	251
13 Mustergutachten.....	261
Angelika Birck, Ferdinand Haenel	
13.1 Mustergutachten I	261
13.2 Mustergutachten II	285

Einleitung

Ferdinand Haenel

Literatur.....	8
----------------	---

Fragestellung an den Gutachter

Die Erstellung klinischer Kausalitätsgutachten bei Personen mit psychisch reaktiven Folter- und Bürgerkriegsfolgen ist seit langem ein bedeutsamer Aufgabenschwerpunkt im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin. Diese gutachterliche Tätigkeit bezieht sich sowohl auf

- ▶ Verfahren im sozialen Entschädigungsrecht (SED-Unrechtsbereinigungs-/Opferentschädigungsgesetz) und
- ▶ aufenthaltsrechtliche Klageverfahren bei Verwaltungsgerichten (Graessner & Wenk-Ansohn 2000, Haenel 1998).

In den aufenthaltsrechtlichen Verfahren geht es zum einen um die Frage, ob psychische oder physische Gesundheitsstörungen vorliegen, welche die Angaben der Antragsteller oder Kläger zu ihrem Asylbegehren auf Grundlage von Art. 16a GG oder § 51 AuslG stützen. Zum anderen geht es darum, ob – wie z.B. bei den bosnischen Kriegsflüchtlingen – psychisch reaktive Traumafolgen bestehen und inwieweit diese sich im Kontext einer Rückführung tief greifend und lebensbedrohlich verschlechtern können, so dass ein Abschiebehindernis nach §§ 53, 55 AuslG besteht.

ÜBERSICHT

Mögliche klinische Fragestellungen an den Gutachter

- ▶ Leidet der Kläger an einer körperlichen und/oder seelischen Gesundheitsstörung?

- ▶ Wenn ja, kann/können diese Störung(en) ursächlich auf traumatische Erlebnisse zurückzuführen sein?
- ▶ Leidet der Kläger an einer posttraumatischen Belastungsstörung?
- ▶ Wenn ja, gibt es psychische oder auch medizinisch-körperliche Befunde, die darauf hinweisen, dass die posttraumatische Belastungsstörung durch äußere Gewalteinwirkung hervorgerufen sein kann?
- ▶ Wenn ja, kann/können die Gesundheitsstörung(en) des Klägers ursächlich auf den von ihm angegebenen Haft- und Foltererlebnissen beruhen? – Oder gibt es andere, Ereignisse in der Vorgeschichte des Klägers, die als Ursache für die bestehende(n) Gesundheitsstörung(en) in Frage kommen können?
- ▶ Ist der Kläger nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, Selbsterlebtes zu schildern? Falls ja, beruht diese Unfähigkeit zur Schilderung von Selbsterlebtem auf einem in seinem Herkunftsland staatlich verursachtem Trauma (ggf. welches)? – Oder ist der Kläger in einer Weise psychisch erkrankt, die nicht ursächlich auf ein solches Verfolgungserlebnis zurückzuführen ist?
- ▶ Ist beim Kläger zur Vermeidung einer tief greifenden und lebensbedrohlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes im oben genannten Zusammenhang eine psychiatrisch-neurologische, medizinische oder psychologische Behandlung erforderlich? – Wenn ja, welche?
- ▶ Ist der Kläger suizidgefährdet?
- ▶ Inwieweit besteht die Möglichkeit, dass sich die Gesundheitsstörung(en) des Klägers im Kontext einer Rückführung tief greifend oder gar lebensbedrohlich verschlechtern kann/können?

Häufig wird der Gutachter auch gefragt, wie lange eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung dauern würde, die das Ziel hätte, den Kläger in die Heimat zurückzuschicken, ohne dass dabei ein gesundheitliches Risiko eingegangen wird. Hierzu ist festzustellen, dass bei Patienten mit erlebnisbegründeten, psychisch reaktiven Traumafolgen eine lebenslange Vulnerabilität besteht mit der Gefahr symptomverstärkender Reaktualisierung bei Ereignissen, die in einem Zusammenhang mit den damaligen traumatischen Erfahrungen stehen (Spranger, 2002). Eine Verknüpfung eines erfolgreichen Therapieausgangs mit einer späteren Rückkehr in das Land, wo die trauma-

tischen Ereignisse stattgefunden haben, ist sinnlos, da sich Vertrauen und Offenheit des Patienten zum Therapeuten als eine Grundbedingung jeder psychotherapeutischen Beziehung schwerlich entwickeln kann, wenn mit ihr zugleich die möglicherweise retraumatisierende und als Bedrohung erlebte Rückkehr in das Herkunftsland am Ende einer Behandlung in Aussicht steht. Eine unter solchen Vorzeichen begonnene Psychotherapie bietet grundsätzlich wenig Aussicht auf Erfolg.

Klinisches Gutachten versus aussagepsychologisches Gutachten

Bei Behörden bestehen mitunter Unklarheiten, was von einem fachgerecht ausgeführten klinischen Gutachten zu erwarten ist und welche fachlichen Voraussetzungen die Gutachter hierfür mitbringen müssen (Wenk-Ansohn et al., 2002). Ein klinisches Gutachten muss von einem im entsprechenden Bereich erfahrenen Mediziner, Psychologen oder Psychotherapeuten erstellt werden und kann auch Beurteilungen über eine mögliche symptombedingte Einschränkung des Aussagevermögens enthalten. Jedoch kann die Beantwortung von Fragen nach Glaubhaftigkeit von Aussagen zu vergangenen Ereignissen, wie sie bei Zeugen in Strafprozessen gestellt werden, und nach der Einschätzung, inwieweit diese Aussagen durch Erlebnisbezug und nicht anderweitig begründet werden können, keinesfalls Aufgabe eines klinischen Gutachtens zur gesundheitlichen Verfassung von Asylbewerbern sein. Derartigen Fragestellungen kann am ehesten mit der Methode der kriteriumsorientierten Aussageanalyse der forensischen Aussagepsychologie nachgegangen werden. Allerdings verfügt die forensische Aussagepsychologie zur Zeit lediglich über standardisierte und wissenschaftlich validierte Verfahren zur Überprüfung der Glaubhaftigkeit von Angaben psychisch nicht traumatisierter Personen aus mitteleuropäischen und nordamerikanischen Kulturkreisen. Die Erstellung aussagepsychologischer Gutachten liegt in der Regel außerhalb des Kompetenzbereichs eines Facharztes oder ärztlichen/psychologischen Psychotherapeuten. Ebenso ist ein in aussagepsychologischen Gutachten versierter forensischer Psychologe in der Regel nicht in der Lage, klinische Gutachten zu erstellen. Darüber hinaus sind die Untersuchungsmethoden grundverschieden, so dass man auch nicht beides zugleich durchführen kann (Birck, 2002).

Unterschiedliche Beurteilung psychisch reaktiver Traumafolgen

In der Vergangenheit konnte festgestellt werden, dass klinische Gutachter oft zu extrem unterschiedlichen Ergebnissen in der Kausalitätsbeurteilung psychisch reaktiver Traumafolgen gelangen (Denis et al., 2000, Bundessozialgericht 1995). Dies hat sich in der jüngsten Zeit bei der Begutachtungspraxis bosnischer Kriegsflüchtlinge (Henningssen, 2002) oder der Abschiebungspraxis von Asylbewerbern (Gierlichs, 2002) erneut bestätigt.

Mangelnder Kenntnisstand? Wie kommt es zu diesen hohen Divergenzen in der Beurteilung psychisch reaktiver Extremtraumafolgen selbst unter Fachkollegen? Mangelnder Kenntnis- und Erfahrungsstand des Arztes oder Psychologen mag sich im Einzelfall – aber heute nicht mehr generell – als Erklärung anführen lassen.

In der Tat habe ich während meiner Facharztweiterbildung in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre in einer psychiatrischen Abteilung eines großen städtischen Krankenhauses in Berlin-Kreuzberg, wo es wirklich keinen Mangel an Patienten mit unterschiedlichsten psychopathologischen Zustandsbildern gegeben hat, nie etwas von Diagnosen wie „Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)“ oder „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“, gehört, geschweige denn von ihren geschichtlichen Vorläufern wie „Kriegsneurose“, „traumatischer Neurose“, „erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel“ (Venzlaff, 1963) oder „KZ-Überlebendensyndrom“ (Niederland, 1968).

Nun, das hat sich geändert. Der Wissensstand der Fachkollegen hat sich beträchtlich erweitert, man spricht sogar schon von PTBS als einer „Mode“-Diagnose, und der Begriff des hierzu geforderten traumatischen Ereignisses läuft mittlerweile Gefahr, weit jenseits existentieller Bedrohung auf leichtere, weniger bedrohliche Begebenheiten ausgeweitet zu werden.

Gesellschaftlich-politischer Einfluss. Psychatriehistorisch gesehen war die Anerkennung einer PTBS immer abhängig gewesen von den gesellschaftlichen und politischen Umständen Mitteleuropas und der Vereinigten Staaten von Nordamerika. So war in Deutschland in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg die Psychiatrie von der Lehrmeinung bestimmt, dass abnorme Erlebnisreaktionen – also seelische Reaktionen nach psychotraumatischen Einwirkungen – grundsätzlich nach Wochen bis Monaten abklin-

gen. Und auch nach dem Zweiten Weltkrieg noch galt die Lehrmeinung, dass die Belastbarkeit der menschlichen Seele im Unendlichen liege (Venzlaff, 1963). In den 1950er Jahren hatte dies für die Begutachtungspraxis bei Überlebenden der nationalsozialistischen Konzentrationslager im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes die Folge, dass viele deutsche Psychiater, die zum Teil selbst in die Verbrechen innerhalb der deutschen Psychiatrie im Dritten Reich involviert gewesen waren, erlebnisreaktive psychische Störungen von KZ-Überlebenden als erblich oder entwicklungsbedingt auf die Zeit vor der Lagerinternierung zurückgeführt hatten (Pross, 1993). Im Gegenzug gab es damals eine Reihe von Psychiatern, die genau gegensätzlicher Auffassung waren, wie W.G. Niederland, U. Venzlaff, W. v. Baeyer, H. Häfner, K. Kisker, K. Hoppe und K. Eissler, deren wissenschaftliche Arbeiten ganz entscheidend zum heutigen Verständnis psychisch reaktiver Folter- und Bürgerkriegsfolgen beigetragen haben (v. Baeyer et al., 1964; Hoppe, 1967; Niederland, 1968; Venzlaff, 1963). Schon zu dieser Zeit war es zu heftigen und sehr polemischen Auseinandersetzungen unter den Fachkollegen mit extremer Polarisierung gekommen. Der Titel, mit welchem Eissler seine in der Zeitschrift „Psyche“ erschiene Veröffentlichung zu diesem Thema versehen hat, spricht Bände: „Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale psychische Konstitution zu haben“ (Eissler, 1958).

Die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ ist eine Geschichte des Vergessens und Wiederfindens. Viele Symptome die zur Klassifizierung der PTBS bei Vietnam-Kriegsveteranen in den USA geführt haben, waren auch schon 100 Jahre zuvor bei Opfern von Eisenbahnunfällen beobachtet worden. Und auch die Divergenzen in der Kausalitätsbeurteilung unter Fachkollegen sind kein neues Phänomen, sondern so alt wie die Diagnose selbst.

Beurteilungerschwernisse bei aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Welche weiteren Gründe können zu derartigen Unterschieden in der Beurteilungspraxis psychisch reaktiver Traumafolgen führen? In aufenthaltsrechtlichen Verfahren kann die Begutachtung auch durch folgende Faktoren erschwert werden:

- ▶ symptombezogene Ursachen
- ▶ traumaspezifische Beziehungsaspekte

- ▶ Komorbiditäten, die eine spezifische Symptomatik einer PTBS überlagern können
- ▶ Probleme bei der Abgrenzung schädigungsabhängiger von schädigungsunabhängigen Störungen
- ▶ sprachliche und kulturell bedingte Missverständnisse
- ▶ unzureichende Kenntnisse im Asyl- und Ausländerrecht

Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen (SBPM)

Angesichts des besonders seit dem Krieg im ehemaligen Jugoslawien gestiegenen Interesses der Behörden an der Klärung klinischer Fragestellungen (Treiber, 2002, BAFF, 2001) hat im Jahre 2002 eine Arbeitsgruppe bestehend aus erfahrenen Kollegen unterschiedlicher Fachrichtungen Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen (SBPM) entwickelt (Gierlichs et al., 2002). Diese Standards umfassen Richtlinien zur Erstellung von klinischen Gutachten in aufenthaltsrechtlichen Klageverfahren unter Einbeziehung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die PTBS und andere psychisch reaktive Traumafolgen. Sie berücksichtigen die oben dargestellte Besonderheiten und Erschwernisse bei der Begutachtung von Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Mittlerweile haben sie auch bei einigen Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und bei Standesvertretungen wie der Bundesärztekammer, der Landesärztekammer Nordrhein-Westfalens sowie der Berliner Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer breite Aufnahme und Unterstützung gefunden. Ihre ausführliche Version findet sich in Kapitel 12.

Fortbildung zur fachgerechten Erstellung von Gutachten

Im Jahre 2002 haben die Delegierten des 105. Deutschen Ärztetags in Rostock beschlossen, die Bundesärztekammer zu beauftragen, die Entwicklung von Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen bei ausländischen Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren zu unterstützen und hierzu ein entspre-

chendes Fortbildungscurriculum mit Bescheinigung zur fachgerechten Erstellung dieser speziellen Gutachten zu entwickeln (Deutsches Ärzteblatt 2002). Entsprechend diesem Ärztetagbeschluss haben im vergangenen Jahr in Würzburg sowie Berlin nach den Richtlinien der SBPM-Arbeitsgruppe mehrere Fortbildungsseminare mit großem Erfolg stattgefunden. In Würzburg war diese Fortbildung von der Bundesärztekammer, in Berlin von der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer gemeinsam mit dem Behandlungszentrum für Folteropfer ausgerichtet worden. Sie finden in Berlin seit Beginn des Jahres 2003 an jeweils zwei Wochenenden mit insgesamt 25 Seminarstunden statt und soll nach erfolgreicher Teilnahme und Erstellung dreier supervidierten Gutachten psychologische und ärztliche Fachkollegen in die Lage versetzen, klinische Gutachten zu Fragen nach Vorliegen psychisch reaktiven Traumafolgen und ihrer Genese in aufenthaltsrechtlichen Verfahren fachkompetent zu erstellen.

Über dieses Buch

Aus der Berliner Fortbildung ist das vorliegende Buch entstanden. Der Kreis der Autoren setzt sich zusammen aus Kolleginnen und Kollegen, welche sowohl in der Therapie als auch in der Begutachtung von Flüchtlingen mit psychisch reaktiven Folter- und Bürgerkriegsfolgen in den vergangenen Jahren viel Erfahrung und Kompetenz erworben haben und als Referenten das Berliner Fortbildungscurriculum für psychologische wie ärztliche Fachkollegen aktiv mitgestalten.

Der erste Beitrag von Oliver Schubbe bietet einen Überblick über konzeptuelle Grundlagen, Epidemiologie und neurobiologische Ursachen der PTBS. Im zweiten Kapitel befasst sich Eva Reichelt mit der klinischen Diagnostik und Differentialdiagnostik sowie mit weiteren trauma-assoziierten psychischen Störungen. Der nächste Beitrag geht auf symptombedingte Hindernisse ein, die dem Gutachter bei der Exploration begegnen können. Das vierte Kapitel von Angelika Birck befasst sich mit dem Gedächtnis, seiner Funktionsweise und den Veränderungen, denen Erinnerungen unter normalen wie extremen Umständen unterworfen sind. Die Übersicht über standardisierte testpsychologische Untersuchungsmethoden psychischer Traumafolgen und ihrer komorbiden Störungen von Doris Denis im fünften Kapitel runden den diagnostischen Teil dieses Bandes ab und leiten mit dem Hinweis auf nur sehr vereinzelt vorhandene validierte Überset-

zungen testpsychologischer Untersuchungsmethoden über zu dem besonderen flüchtlings- und migrationsspezifischen Hintergrund dieser Aufgabenstellung. Hier hat zu den gesetzlichen, asyl- und ausländerrechtlichen Grundlagen Stefan Kessler im sechsten Kapitel eine klare Übersicht geliefert. Savita Dhawan beschreibt im siebten Kapitel, worauf beim Einsatz von Dolmetschern zu achten ist. Sie stellt ein Modell aus Schweden vor, welches schon seit vielen Jahren den professionellen Einsatz eigens ausgebildeter Dolmetscher im Gesundheitswesen zur Selbstverständlichkeit macht. Meine Kollegin und Mitherausgeberin Mechthild Wenk-Ansohn behandelt und begutachtet seit vielen Jahren durch Folter traumatisierte Kurdinnen aus der Türkei. Ihre speziellen Erfahrungen mit den psychischen Folgen sexualisierter Folter bei kurdischen Frauen hat sie im achten Kapitel zusammengefasst. Aus dem Blickwinkel der erfahrenen Psychoanalytikerin befasst sich Franziska Henningsen im neunten Kapitel mit psychisch reaktiven Traumafolgen und den speziellen Formen der Übertragung und Gegenübertragung, die sich im Umgang mit Extremtraumatisierten einstellen können. Die sich hieraus bei Helfern ergebenden Gefahren sekundären Traumatisierung und des Burnouts beschreibt Christian Pross im zehnten Kapitel. Dietrich Koch liefert im elften Kapitel eine Übersicht über die allgemeine rechtliche Stellung eines Gutachters im Sinne der Zivil- und Strafprozessordnung. Die im zwölften Kapitel enthaltenen Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen (SBPM) liefern für die Ausführung eines Gutachtens in aufenthaltsrechtlichen Verfahren wichtige praktische Hinweise. Zwei anonymisierte Mustergutachten als zusätzliche Praxishilfe bilden den Abschluss.

Literatur

Baeyer, W. von, Häfner, H. & Kisker, K. (1964). *Psychiatrie der Verfolgten*. Berlin: Springer.

BAFF - Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2001). *Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Birck A. (2002). Traumatisierte Flüchtlinge. Heidelberg: Asanger.

Bundessozialgericht Urteil vom 18.10.1995 Az: 9/9a RVg 4/92.

Denis, D., Kummer, P. & Priebe, S. (2000). Entschädigung und Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der SBZ/DDR. Der Medizinische Sachverständige, 96, 77-83.

Deutsches Ärzteblatt (2002) Bericht vom Ärztetag in Rostock.. 24, 1402.

Eissler, K. (1958). Die Ermordung wie viel seiner Kinder muß ein Mensch ertragen können, um eine normale psychische Konstitution zu haben. Psyche, 5, 63, 241-291.

Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T., Petzold, E. R. (2001). Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Gierlichs, H. W., Haenel, F., Henningsen, F., Schaeffer, E., Spranger, H., Wenk-Ansohn, M., Wirtgen, W. (2002). Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen. Köln: <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=995>.

Gierlichs, H. W. (2002). Wissen über Traumata mangelhaft. Deutsches Ärzteblatt, 33, 2148-2149.

Graessner, S., Wenk-Ansohn, M. (2000). Spuren der Folter. Verlag des Behandlungszentrums für Folteropfer: Berlin.

Haenel, F. (1998). Special problems in the assessment of the psychological sequelae of torture and incarceration. In M. Oehmichen (Hrsg.), Maltreatment and Torture. Lübeck: Schmidt Rohmild Verlag.

Henningsen, Franziska (2003). Traumatisierte Flüchtlinge und der Prozess der Begutachtung. Psyche 57, S. 97–120.

Hoppe, K. (1967). The emotional reactions of psychiatrists when confronting survivors of persecution. The Psychoanalytic Forum, 3, 187-196.

Niederland, W. (1968). Studies of concentration-camp survivors. In H. Kristal (Hrsg.), Massive Psychic Trauma. New York: International University Press.

Pross, C. (1993). Wiedergutmachung Kleinkrieg gegen die Opfer. Frankfurt: Athenaeum Verlag.

Spranger, H. (2002). Retraumatisierungen der Eltern- und Kindgeneration des 2. Weltkriegs. Psychotraumatologie, 48.

Treiber, W. (2002). Flüchtlingstraumatisierung im Schnittfeld zwischen Justiz und Medizin. Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik, 22, 282-288.

Venzlaff, U. (1963). Erlebnishintergrund und Dynamik seelischer Verfolgungsschäden. In H. Paul & H.-J. Herberg (Hrsg.), Psychische Spätschäden nach politischer Verfolgung. Basel: Karger Verlag.

Wenk-Ansohn, M., Haenel, F., Birck, A. & Weber, R. (2002). Anforderungen an Gutachten. Einzelentscheider-Brief, 8+9, 3-4.

1 Störungskonzepte und Neurobiologie

Oliver Schubbe

1.1 Auf welchen wissenschaftlichen Grundlagen basieren Gutachten?.....	11
1.2 Definitionen des existentiellen Traumas und seiner möglichen psychischen Folgen	12
1.3 Stabilisierende oder chronifizierende Umwelteinflüsse nach dem Trauma	19
1.4 Die Entwicklung der Erklärungsmodelle.....	21
1.5 Das neurobiologische Modell.....	22
1.5.1 Anatomisch-physiologische Grundlagen.....	23
1.5.2 Dyskonnektion steuernder Areale.....	25
1.5.3 Bilaterale Dyskonnektion	26
1.5.4 Dysregulation des neuroendokrinen Systems.....	27
1.5.5 Störungen der Affektregulation	30
1.6 Literatur.....	31

1.1 Auf welchen wissenschaftlichen Grundlagen basieren Gutachten?

Gutachten erfordern eine wissenschaftliche Grundlage. Welche Konzepte beschreiben am besten die psychischen Kriegsfolgen bei Flüchtlingen? Warum ist ein sicherer Aufenthaltsstatus eine notwendige Voraussetzung der Behandlung? Warum ist der Einsatz von Stabilisierungsverfahren am Ende einer Befragung so wichtig? Welche Modelle können uns helfen, zu den äußeren Symptomen Vorstellungen der inneren Abläufe zu

gewinnen? – Die Diskussion neurobiologischer Modelle soll einen kleinen Beitrag dazu leisten, den längst überholten Dualismus psychologischer und physiologischer Erklärungen zu überwinden und auf dieser Grundlage zur Klärung der aufgeworfenen Fragen beizutragen.

1.2 Definitionen des existentiellen Traumas und seiner möglichen psychischen Folgen

DEFINITION

„Ein **Trauma** ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer & Riedesser, 1998).

Fehlende Diagnose-Kategorie als politische Propaganda

Eine entsprechende Diagnose ist eine politische Provokation: Sie rechnet den Schaden nicht dem Geschädigten zu, dessen Erbanlagen, Konstitution oder inneren Konflikten, sondern Missbrauchern, Vergewaltigern und folternden und kriegführenden Staaten.

In seinem Lehrbuch der Psychiatrie schrieb Kraepelin 1909: „Ganz besonders reich an psychischen Ursachen des Irreseins ist der Krieg.“ Obwohl längst anerkannt war, dass traumatisierende Kriegs- und Fluchterfahrungen schwere psychische Störungen verursachen können (APA, 1952), wurde in den USA die entsprechende diagnostische Kategorie bei der Neuauflage zum DSM (APA, 1968) im Zuge des Vietnamkrieges nicht mehr aufgeführt. Bereits 1926 hatte man in Deutschland – zu einer Zeit, als die Regierung hohe Renten- und Reparationszahlungen zu leisten hatte – diese Diagnose aus der Reichsversicherungsordnung gestrichen. Erst 1980 wurde mit den vereinten Kräften US-amerikanischer Vietnamveteranen und Feministinnen wieder eine Traumadiagnose

ins DSM aufgenommen: Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), zu Deutsch Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (APA, 1980).

Unterscheidung traumatischer Ereignisse

Traumatische Ereignisse vom Typ I. Für die Verarbeitung einer traumatischen Situation macht es viel aus, ob sie nur einmal kurz (Typ I) oder länger bzw. immer wieder (Typ II) eingewirkt hat. Nach der von Lenore Terr (1991) vorgeschlagenen Unterscheidung traumatischer Situationen zählen zum Typ I Unfälle, Überfälle, einmalige Vergewaltigungen sowie technische Katastrophen und Naturkatastrophen. Die Folge ist in vielen Fällen eine PTBS.

Traumatische Ereignisse vom Typ II. Beim Typ II ist ein mehr oder weniger langer Lebensabschnitt von Gewalt beherrscht. Dazu zählen Kindesmissbrauch, häusliche Gewalt und die von Flüchtlingen erlebten traumatisierenden Erfahrungen wie Krieg, Kriegsgefangenschaft, mehrfache Folter und wiederholte Vergewaltigungen. Bei Kriegs- und politischen Gefangenen liegt die PTBS-Prävalenz bei 50 bis 70 Prozent (Niera et al., 2000). Ähnlich hoch sind die Zahlen bei Opfern sexualisierter Gewalt und bei politischen Flüchtlingen (Kinzie et al., 1990; Ramsay et al., 1993). Damit zählen die weltweit größten Opfergruppen gleichzeitig zu den am stärksten betroffenen. Und das, obwohl die PTBS-Diagnose deren komplexe Symptomatik nur teilweise erfasst und es für die komplexe Traumatisierung, die meist nach Ereignissen vom Typ II auftritt, noch keine gängige Diagnosekategorie gibt.

Unterscheidung zwischen traumatisierendem Ereignis und Trauma

Eine zweite wichtige Unterscheidung ist die zwischen dem traumatisierenden Ereignis selbst und dem Trauma als daraus resultierender Verletzung. Diese Differenzierung vermeidet mögliche Verwirrung, die sich aus dem Begriff „Posttraumatische Belastungsstörung“ ergeben könnte. „Post“, also zeitlich vorüber, ist nicht das Trauma, sondern nur das Ereignis. Würde von einem „Posttraumatischen Trauma“ gesprochen, würde der Widerspruch offensichtlich (Hinkeldey & Fischer, 2002).

Unterscheidung der traumatischen Störungen

Ein traumatisches Ereignis ist „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (WHO, 1994). Im aktuellen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation ICD-10 beziehen sich drei psychische Störungen im engeren Sinne auf traumatische Ereignisse:

- (1) die „akute Belastungsreaktion“
- (2) die „Posttraumatische Belastungsstörung“
- (3) die „Anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“

Diese drei Störungsbilder erfordern wiederum drei Voraussetzungen:

- (1) Es muss ein traumatisches Ereignis vorliegen (Ereigniskriterium),
- (2) nach dem bestimmte Symptome mit klinisch bedeutsamem Leidensdruck (Symptomkriterium)
- (3) über einen bestimmten Zeitraum hinweg (Zeitkriterium) aufgetreten sind.

Tabelle 1.1. Überblick über die spezifischen psychisch reaktiven Traumafolgen nach DSM IV und ICD-1

akute Belastungsreaktion (DSM-IV 309.8, ICD-10 F43.0)	Posttraumatische Belastungsstörung (DSM-IV 309.81, ICD-10 F43.1)	anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0)
Symptomkriterium		
Nach ICD-10 anfangs emotionale Betäubung, dann Wechsel von Depression, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug. Das DSM IV legt den Akzent auf dissoziative Reaktionen.	1. Nachhallerinnerungen bei Schlüsselreizen (DSM: Kriterium B), 2. Vermeidung von Auslösesituationen, eingeschränkter Affektspielraum, Amnesie, Hoffnungslosigkeit (DSM: Kriterium C)	1. Misstrauen 2. sozialer Rückzug 3. Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit 4. Chronische Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein 5. Entfremdung, keine vorbestehende Persön-

	3. dauerhaft erhöhte Empfindlichkeit oder Übererregung, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen übertriebene Schreckhaftigkeit (DSM: Kriterium D)	lichkeitsstörung, keine hirnorganische Schädigung
Zeitkriterium		
einige Minuten bis max. 3 Tage nach dem Ereignis (ICD), 2 Tage bis max. 1 Monat nach dem Ereignis (DSM)	Dauer > 1 Monat (DSM: Kriterium E), Auftreten nach einer Latenz von Wochen bis Monaten, auch Jahren nach dem Ereignis möglich	mindestens 2 Jahre bestehende Symptomatik

Akute Belastungsreaktion. Die Akute Belastungsreaktion zeichnet sich im ICD-10 durch schnellen Symptomwechsel und eine Dauer von höchstens drei Tagen aus; im DSM-IV liegt der Akzent auf der dissoziativen Reaktion und den vorübergehenden PTBS-Symptomen. Diese müssen mindestens zwei Tage und maximal einen Monat anhalten. Es ist nicht klar, welche Diagnose nach ICD-10 zu stellen ist, wenn die Symptomatik mehrere Wochen dauert (Flatten et al., 2001).

Posttraumatische Belastungsstörung. Die PTBS kann über Monate und Jahre andauern und einen phasenhaften Verlauf annehmen. Je länger die Störung anhält und sich chronifiziert, desto komplexer sind die Auswirkungen der Traumatisierung auf die Psyche. Während die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion bei der Begutachtung von Flüchtlingen, sofern die Traumatisierung nicht andauert, wegen des Zeitkriteriums nicht mehr in Frage kommt, gibt es ein weder im DSM noch im ICD als diagnostische Kategorie genanntes Störungsbild, das nach traumatischen Ereignissen vom Typ II sehr häufig zu beobachten ist: Judith Herman hat hierfür den Begriff „komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ vorgeschlagen und in Vorbereitung des DSM-IV an 500 u.a. sexuell missbrauchten Patienten empirisch überprüft (Herman, 1993). Der Vorschlag, die komplexe PTBS als eigene Diagnosekategorie unter der Bezeichnung „Disorder of

Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS)“ ins DSM-IV aufzunehmen, wurde von der DSM-Kommission abgelehnt. Warum? - Weil die Symptombestandteile der „Task Force“ zu unspezifisch und damit für eine eigenständige Diagnosekategorie zu wenig handhabbar erschienen waren (Herman, 1993). „Komplexe“ PTBS wurde jedoch als ergänzende Beschreibung der PTBS in den Anhang des DSM-IV aufgenommen.

Ford (1999) konnte in einer Studie nachweisen, dass die Kategorien „PTBS“ und „DESNOS“ sich überschneiden, die beiden Konstrukte jedoch wichtige unterschiedliche symptomatische Eigenschaften aufweisen. Somit kann DESNOS ähnlich wie die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremtrauma (ICD-10 F62,0) auch in Abwesenheit von PTBS diagnostiziert werden. Beschwerdebilder einer komplexen PTBS sind derzeit nach ICD-10 als PTBS zu diagnostizieren; es ist sinnvoll, diese als „PTBS mit komplexem Beschwerdebild“ zu kennzeichnen.

Tabelle 1.2. Häufigkeiten des Auftretens der komplexen PTBS (Lebenszeitprävalenz) nach Traumen vom Typ II in Stichproben verschiedener Studien

Prävalenzraten der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung

Autoren	Land	Stichprobe	Anteil kom- plexe PTBS
Ford & Kid (1998)	USA	74 Vietnamveteranen (m)	57%
Ford (1999)	USA	84 unterschiedliche Kriegsveteranen (m)	58%
Roth et al. (1997)	USA	234 Opfer von Missbrauch und Miss- handlung (w)	50%
Sack et al. (2002)	D	72 Patienten einer Traumaambulanz (78% w)	22%
Teegen & Vogt (2002)	D	33 Folteropfer (76% m)	66%
Teegen & Schriefer (2002)	D	71 Opfer von Misshandlung (w)	27%

Übersicht

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (APA, 1996)

Symptomkriterien

A. Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus

- ▶ chronische Affektdysregulation
- ▶ Schwierigkeit, Ärger zu modulieren
- ▶ selbstdestruktives Verhalten
- ▶ Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit
- ▶ impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen

B. Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins

- ▶ Amnesie
- ▶ Dissoziation

C. Somatisierung

D. Chronische Persönlichkeitsveränderungen

- ▶ Änderung der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle; Selbstvorwürfe; Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden
- ▶ Änderungen der Wahrnehmung des Schädigers: verzerrte Sichtweisen und Idealisierungen des Schädigers
- ▶ Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen
 - a. Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten
 - b. Tendenz, erneut Opfer zu werden
 - c. Tendenz, andere zum Opfer zu machen

E. Veränderungen in Bedeutungssystemen

- ▶ Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- ▶ Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen

Anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Aufgrund ähnlicher Überlegungen wie in den USA zur komplexen PTBS wurde für das ICD-10 eine eigene Kategorie geschaffen, um andauernde Persönlichkeitsänderungen nach extremer Belastung zu erfassen. Die Belastung muss so extrem sein, dass die Vulnerabilität der Person als Erklärung für die beobachtete Änderung der Persönlichkeit nicht ausreicht. Wenn eine PTBS (F43.1.) vorausgegangen ist, kann die Persönlichkeitsänderung als eine chronifizierte Form der PTBS verstanden werden.

Zeitkriterien für die traumatischen Störungen

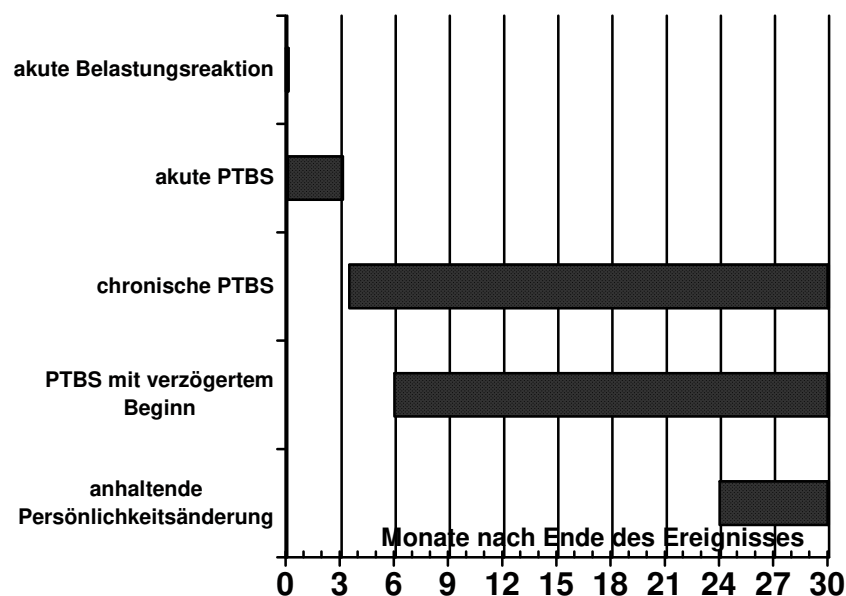


Abbildung 1.1. Überblick über die Zeitkriterien nach DSM-IV und ICD-10

Das Zeitkriterium bei traumatischen Störungen setzt voraus, dass das traumatisierende Ereignis, das die entsprechenden Symptome verursacht hat, in der Vergangenheit liegt. Die Dauer der Störung wird ab dem Ende des traumatisierenden Ereignisses berechnet, das die Symptomatik verursacht hat. Um die traumatisierende Situation zu beenden, muss eine neue Situation entstehen, welche die traumatischen Bedingungen überwindet und einen qualitativ neuen Anfang erlaubt (Fischer & Riedesser, 1998).

1.3 Stabilisierende oder chronifizierende Umwelteinflüsse nach dem Trauma

Posttraumatische Symptome können als Unfähigkeit verstanden werden, die Anpassung an eine durch Gewalt beherrschte Situation wieder rückgängig zu machen. Die Anpassungsleistung besteht darin, eine veränderte Situation – wie den Krieg – als Realität anzuerkennen, den Körper auf höchste Belastung unbestimmter Dauer vorzubereiten, ständig alarmbereit zu sein, und alles zu vermeiden, was auch nur irgendwie die nächste Katastrophe bedeuten könnte. Dadurch wird viel Aufmerksamkeit gebunden, die sonst der Entwicklung dienen könnte.

Die Fähigkeit, die Anpassungsleistung an die traumatische Situation zurückzunehmen, hängt wesentlich von der Beschaffenheit der Normalität ab, in die der Traumatisierte wieder eintritt. „Ändert sich die umgebende Realität, ist aber die Antwort der Umwelt auf das Geschehene nicht geeignet, es dem Traumatisierten als Ausnahme erscheinen zu lassen, wird das Trauma zu einer ersten Lektion über eine Wirklichkeit, die zwar (anders als der Krieg) nicht stets ihr verändertes Gesicht zeigt, der aber alles zuzutrauen ist“ (Hassemer & Reemtsma, 2002, S. 130).

Flüchtlinge finden am Ende der traumatisierenden Kriegs- und Fluchtsituation nicht ihre alte Umwelt wieder, sondern müssen zusätzlich die Anpassung an eine neue Umwelt leisten. Der Staat ihres Heimatlandes gewährt ihnen keine Sicherheit mehr, und der Staat, in dem sie Zuflucht suchen, ist nur so weit ihr Aufenthaltsstatus reicht eine Verpflichtung eingegangen, ihr Leben und ihre Würde zu schützen. Erst wenn ein Staat diese neue Verpflichtung für den Flüchtling glaubhaft einlöst, beginnt die neue Normalität. Ein sicherer Aufenthaltsstatus ist eine notwendige Voraussetzung für die Rückanpassung an eine nicht mehr gewaltbestimmte äußere Situation und damit für jede diesen Prozess begleitende Psychotherapie.

Gruppenspezifische Unterschiede bei posttraumatischen Reaktionen

Bei den meisten Studien zu psychischen Folgen von Kriegstraumata ist zu beachten, dass sie meist mit amerikanischen Kriegsveteranen durchgeführt wurden, die ja als Sol-

daten auch traumatisierte Täter waren (De Girolamo & McFarlane, 1996). Die dadurch gewonnen Werte können somit nicht ohne weiteres auf psychische Folter- und Bürgerkriegsfolgen bei Zivilisten und Personen anderer Kulturkreise übertragen werden.

Zu dem ist es bei der Arbeit mit Flüchtlingen wichtig, ethnische und kulturelle Besonderheiten des Leidens der betreffenden Flüchtlingsgruppe einzubeziehen (Eisenbruch, 1992; Mehari, 2001). Bei der Untersuchung individueller posttraumatischer Reaktionen sind sowohl universelle Gemeinsamkeiten zu finden, als auch spezifische Gemeinsamkeiten ethnokultureller Gruppen (Marsella et al., 1996). So berichten Bracken et al. (1995) von ihrer Arbeit mit Überlebenden von Folter und Kriegseignissen in Uganda, bei der sie zwar PTBS-Symptome feststellten, diese aber nur selten im Vordergrund standen.

Unterscheidung zwischen Prämigrations-, Migrations- und Postmigrationserfahrung

Lee (1988) unterteilt die Belastung durch Krieg, Flucht und Exil in Prämigrations-, Migrations- und Postmigrationserfahrung. Zur Prämigrationserfahrung gehört:

- ▶ der sozioökonomische Status vor der Flucht
- ▶ die Art der Gemeinschaft des Heimatlandes
- ▶ die Frage, wer vor der Flucht der Hauptversorger war
- ▶ das Erziehungssystem
- ▶ die medizinische Versorgung
- ▶ Freizeit
- ▶ traumatische Ereignisse in der Familie
- ▶ Verhaltensstörungen oder Verletzungen vor der Flucht
- ▶ der Grad der Verfolgung und Folter

Zur Migrationserfahrung zählt:

- ▶ die Entscheidung zur Flucht (warum, wer hat entschieden?)
- ▶ traumatisierende Ereignisse während der Flucht wie
 - ▶ Piraten
 - ▶ Vergewaltigung

- ▶ Hunger
- ▶ Todesgefahren
- ▶ Lagererfahrung
- ▶ Trennung und Verlust von Bezugspersonen
- ▶ Ungewissheit der Anerkennung als politischer Flüchtling im Aufnahmeland.

Zur Postmigrationserfahrung gehören:

- ▶ Sprachprobleme
- ▶ Schulprobleme
- ▶ Kulturschock
- ▶ finanzielle Situation
- ▶ veränderte Umwelt und Nachbarschaft
- ▶ Veränderungen in Beziehungskonstellationen und Familie
- ▶ Erfahrungen mit der neuen Umwelt.

1.4 Die Entwicklung der Erklärungsmodelle

Der Geist-Körper-Dualismus, der unser wissenschaftliches Weltbild wie ein Graben durchzieht, hat auch die Theorien über die Entstehung posttraumatischer Störungen in entgegengesetzte Lager gespalten. Dies war von Anfang an für ein umfassendes Verständnis posttraumatische Störungen besonders hinderlich, da diese durch eine besonders enge Verflechtung psychologischer und physiologischer Elemente gekennzeichnet sind.

Die Ätiologie-Kontroverse um 1860

Die Ätiologie-Kontroverse begann um 1860 - in einer Zeit, in der es üblich war, selbst die neurotischen posttraumatischen Symptome auf körperliche Ursachen zurückzuführen. Diese Sicht vertrat auch der bekannte Chirurg Hohn Eric Erichsen mit seinen

Schriften über ‚Concussion of the Spine‘. Page, ebenfalls Chirurg, stellte dieser Auffassung sein Konzept des ‚Nervösen Schocks‘ entgegen. Das führte schließlich sogar dazu, dass die neurotischen posttraumatischen Symptome nur noch psychologisch erklärt wurden und mögliche Zusammenhänge mit hirnhysiologischen Veränderungen in den Hintergrund traten.

Forschung von Charcot und Janet an der Salpêtrière

Zwischen 1878 und 1893 veröffentlichte Jean-Martin Charcot über 20 differenzierte Falldarstellungen einer von ihm als „traumatische Hysterie“ bezeichneten Störung. Charcot vertrat ein ätiologisches Modell, das erbliche, konstitutionelle und umweltbedingte Faktoren berücksichtigte. Nach 1880 betonte er immer mehr die ätiologische Rolle des psychischen Schocks, und er unterschied mehrere posttraumatische Störungsbilder, für die er ausführliche Kriterien formulierte. Janets, der wie Charcot an der Salpêtrière arbeitete, führte die Forschungen zur psychischen Dissoziation nach Traumatisierungen durch.

Untersuchung der Kriegsneurose im Zweiten Weltkrieg

Kardiner (1941) untersuchte im Zweiten Weltkrieg psychische Auffälligkeiten bei US-amerikanischen Soldaten. Sein umfangreiches Forschungswerk enthält detaillierte Schilderungen zu Symptomen und Verläufen verschiedener Störungsbilder, auf deren Hintergrund er die Diagnose der Kriegsneurose als Physioneurose definierte.

Heute überwiegen tiefenpsychologische, lerntheoretische und psychobiologische Modelle sowie Modelle der Informationsverarbeitung, aus denen integrative Konzepte abgeleitet wurden. Im Weiteren soll auf das neurobiologische Modell und dessen Verbindungen zu anderen Konzepten eingegangen werden.

1.5 Das neurobiologische Modell

1.5.1 Anatomisch-physiologische Grundlagen

Lebensbedrohliche Situationen setzen beim Individuum eine Vielzahl von psychologischen und biologischen Reaktionen in Gang, die das Überleben sichern. Die kurzfristig sinnvollen Vorbereitungen einer Kampf-Flucht-Reaktion führen langfristig bei chronischen Überreaktionen zu einer Dysregulation der neuroendokrinen Systeme wie auch zu funktionellen und anatomischen Veränderungen im Gehirn (Bremner, 2002).

Integration neuer Informationen ins Langzeitgedächtnis

Die Amygdala (deutsch: „Mandelkern“) sagt uns, ob etwas emotional bedeutsam ist oder nicht. Vereinfacht kann man sich vorstellen, dass sie das als emotional bedeutsam Erkannte aus der Fülle aufgenommener Informationen zur Integration ins Langzeitgedächtnis an den Hippocampus weiterleitet (van der Kolk et al., 2000).

Der Hippocampus (deutsch: „Seepferdchen“) ist der Archivar unserer Erinnerungen. Er hat Zugriff auf Kontextinformationen und ordnet neue Informationen, die er von der Amygdala zugespielt bekommt, in das bestehende Bild des Menschen von sich und der Welt ein. So können neue Erfahrungen Bestandteil des Erfahrungsschatzes des deklarativen Gedächtnisses werden (siehe Kapitel 4 „Erinnern, Vergessen und post-traumatische Störungen“), aus dem wir unsere Erinnerungen frei abrufen können, ohne von ihnen gequält oder überflutet zu werden.

Erlernen von Verhaltensmustern

Nach LeDoux (1996) ist die Amygdala in der Lage, die Furchtreaktion zu erlernen, d.h. mit Gefahr assoziierte Reize mit spezifischen Verhaltensprogrammen zu beantworten. Es gibt zwei Wege der Weiterleitung: einen langen, langsamen und einen schnellen, unbewussten, der nach LeDoux wie ein automatisiertes Verhaltensprogramm funktioniert. So ist zu erklären, dass in traumatischen Situationen erlernte Verhaltensmuster wiederholt werden – tragischerweise selbst dann, wenn sie sich später als schädlich er-

weisen. Verhaltensmuster, die in der traumatischen Situation durchaus angemessen waren, können so später z.B. zum Verharren in der Opferrolle oder zu Störungen des Sozialverhaltens führen.

Furchtkonditionierung

Wenn die Amygdala einen Reiz erkennt, den sie mit Gefahr assoziiert, schlägt sie Alarm. Bevor wir die Gefahr bewusst erkennen können, hat sie schon überlebenswichtig erscheinende Verhaltensprogramme, den Sympathikus und das System der Stresshormone aktiviert – und die Ressourcen für Kampf oder Flucht mobilisiert (Flatten, 2003). Die Amygdala trifft ihre Entscheidung blitzartig, assoziativ und auf der Grundlage der Furchtkonditionierung (LeDoux, 1996). Sie hat keinen Begriff von Zeit und auch nicht davon, dass die meisten Merkmale früherer traumatisierender Ereignisse heute keine Gefahr mehr bedeuten („es ist vorbei“). Sie kann auch nicht zwischen Einbildung und Realität unterscheiden („es ist nur eine Erinnerung“), sondern lässt sich durch schlimme Erinnerungsbilder alarmieren – und umgekehrt durch Imaginationen, z.B. von einem sicheren Ort, erstaunlich schnell beruhigen. Für die Amygdala sind Vorstellungen so bedeutsam wie die Realität – zumindest, solange sie nicht von höheren Zentren korrigiert wird.

Vermeidung von Fehllalarm

Wenn die Amygdala Alarm schlägt, überprüfen normalerweise zwei „vernünftigeren“ Zentren, der Hippocampus und der mediale Präfrontalkortex, ob es sich nicht vielleicht um einen Fehllalarm handelt. Der Hippocampus prüft anhand aktueller Kontextinformation und der Inhalte im Langzeitgedächtnis. Der mediale Präfrontalkortex überprüft, ob die Gefahr auch wirklich real ist oder nur eingebildet. Der mediale Präfrontalkortex ist auch für die Extinktion der konditionierten Furchtreaktion notwendig und hilft der Amygdala, Fehllalarm dauerhaft zu vermeiden (Bremner, 2002).

1.5.2 Dyskonnektion steuernder Areale

Bei PTBS: Unkorrigierbare Furchtkonditionierung

Bei PTBS sind wahrscheinlich genau diese wichtige Verbindungen zwischen Hippocampus und Amygdala sowie zwischen Präfrontalkortex und Amygdala unterbrochen (Hinkeldey & Fischer, 2002), so dass die Furchtreaktion der Amygdala nicht gehemmt werden kann. Die Zellen von Hippocampus und Präfrontalkortex sind so sensibel, dass sie sich gegen die mit traumatischem Stress verbundene Übererregung schützen müssen. Zum Überleben ist eine solche Dyskonnektion durchaus nützlich: Es ist besser, trotz falschen Alarms, kampf- und fluchtbereit zu bleiben, als auch nur ein einziges Mal zu lange nachzudenken, ob wirklich Gefahr besteht. In der Praxis ist zu beobachten, dass sich die betroffenen Menschen nicht beruhigen können, obwohl sie wissen, dass sie in Sicherheit sind. Die Verarbeitung von traumatischen Ereignissen wird dadurch blockiert.

Keine Integration neuer Informationen

Während des traumatischen Ereignisses wird oft eine ganze Flut überlebenswichtiger Informationen von der Amygdala an den Hippocampus weitergegeben, ohne dass dieser sie ins Langzeitgedächtnis integrieren kann. Die Information bleibt in fragmentierter Form „auf Eis“ liegen, ohne weiterverarbeitet zu werden. Diese Erinnerungen sind in den ursprünglichen Sinnesmodalitäten implizit gespeichert, können aber nicht willkürlich, sondern nur durch äußere oder innere Auslöser in Erinnerung gerufen werden.

Das Gehirn steht nun vor der Aufgabe, den traumatischen Stress bei Aktivierung der „eingefrorenen“ Gedächtnisinhalte so weit zu regulieren, dass Hippocampus und medialer Präfrontalkortex wieder voll mitarbeiten und die Furchtkonditionierung der Amygdala dauerhaft korrigieren können.

Dyskonnektion zu Hippocampus und Präfrontalkortex bei PTBS

Die Amygdala

- ▶ spielt eine entscheidende Rolle bei der Produktion und Steuerung von Emotionen
- ▶ ist das Zentrum der furcht- und angstgeleiteten Verhaltensbewertung
- ▶ steuert Angeborene affektive Funktionen (wie der Hypothalamus)
- ▶ verbindet Seh-, Hör- und Körperreize (die vom Thalamus eingehen) mit kontextuellen Gedächtnisinhalten (die vom Hippocampus kommen)
- ▶ wirkt über den Hypothalamus sofort auf Sympathikus und Parasympathikus und leicht verzögert auf das hormonale System.

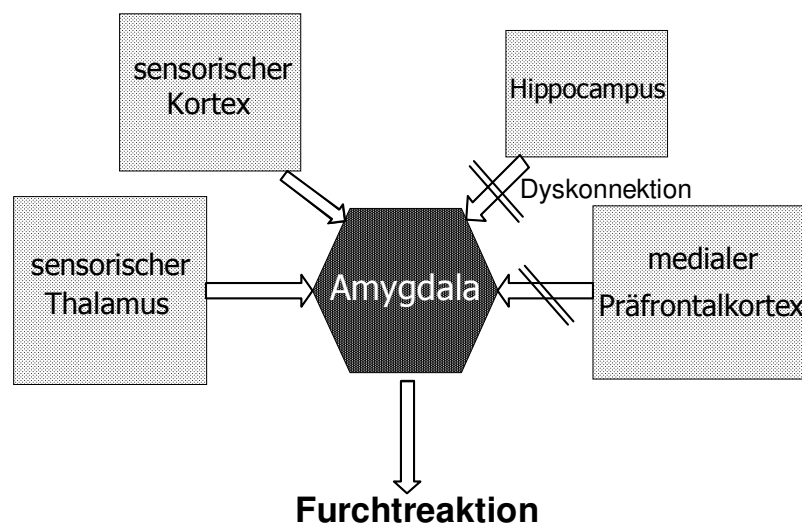


Abbildung 1.2. Überblick über die Funktionsweise der Amygdala (Mandelkerns) und ihrer psychophysiologischen Verbindungen zu anderen Hirnregionen. Bei PTBS ist die Verbindung zu Hippocampus und Präfrontalkortex unterbrochen, so dass die konditionierte Furchtreaktion nicht gelöscht werden kann.

1.5.3 Bilaterale Dyskonnektion

Traumatischer Stress kann auch zu einer Dyskonnektion zwischen den Hemisphären führen. Das rechtshemisphärische Netzwerk ist dabei übererregt, während das linkshemisphärische Broca-Areal – das motorische Sprachzentrum – in seiner Funktion gehemmt wird (Galley et al., 2000). Dies erklärt die fehlende Verbalisierungsfähigkeit bei Traumatisierten. Der übererregten rechten Hemisphäre werden Sinneseindrücke und Gefühle zugeordnet. Die Blockierung des Broca-Areals der linken Hemisphäre bei der Aktivierung traumatischer Erinnerungen findet in der Erfahrung sprachlosen Schreckens ihre klinische Entsprechung. Kommt der Austausch zwischen den Hemisphären wieder in Fluss, können die sinnlichen Eindrücke und Gefühle aus der rechten Hemisphäre zu erzählbaren Erinnerungsgeschichten verarbeitet und in das bewusste Welt- und Selbstbild integriert werden. Für die Gutachtensituation bedeutet dies, dass traumatisierte Menschen die erlebten Traumata oftmals nicht oder nur teilweise verbalisieren können (siehe Kapitel 4 „Erinnern, Vergessen und posttraumatische Störungen“).

1.5.4 Dysregulation des neuroendokrinen Systems

Zwei „Stressachsen“ zur Reaktionsbeschleunigung

Über die Amygdala und den Hypothalamus kann auf zwei Wegen („Stressachsen“) eine verstärkte Hormonausschüttung aus den Nebennieren hervorgerufen werden:

- (1) über den Sympathikus und die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin,
- (2) über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN-Achse) und die Freisetzung von Corticotropin-Releasing-Hormonen (CRH), Corticotropin (ACTH) und Cortisol.

Die Aktivierung dieser beiden Stressachsen soll die Ressourcen rasch umverteilen und mobilisieren, um schnelle motorische und kognitive Reaktionen zu ermöglichen (Rüegg, 2001). Bei Kampf-Flucht-Reaktionen aktiviert ein und dasselbe Kommandoneuron im Gehirn (über präganglionäre sympathische Neuronengeflechte im Rückenmark) gleichzeitig Hormondrüsen des Nebennierenmarks und postganglionäre Sympathikus-

neurone, was zu erhöhtem Blutdruck und erhöhter Herzschlagfrequenz führt (Jansen et al., 1995, nach Rüegg, 2001).

Bei PTBS: Regelkreis der HHN-Achse unterbrochen

Patienten mit PTBS haben bei erhöhter Erregbarkeit höhere Konzentrationen von Katecholaminen (Noradrenalin, Adrenalin und deren Abbauprodukte) im 24-Stunden-Urin, was auf eine erhöhte Erregung des Sympathikus hinweist. Während normalerweise akuter Stress das HHN-System aktiviert und die Glukokortikoidkonzentration im Blut erhöht, sind bei Patienten mit PTBS niedrigere Urin- und Plasmacortisolkonzentrationen zu messen. Gleichzeitig können mehr Glukokortikoid-Rezeptoren auf Lymphozyten mit gesteigerter Feed-Back Suppression des Cortisols im Dexomethasontest gefunden werden, wobei bei PTBS (paradoxe Weise) die Konzentration des Corticotropin-Releasing-Hormons im Liquor erhöht ist. Der Regelkreis der HHN-Achse scheint bei PTBS-Patienten unterbrochen zu sein (Berger & Angenendt, 2003).

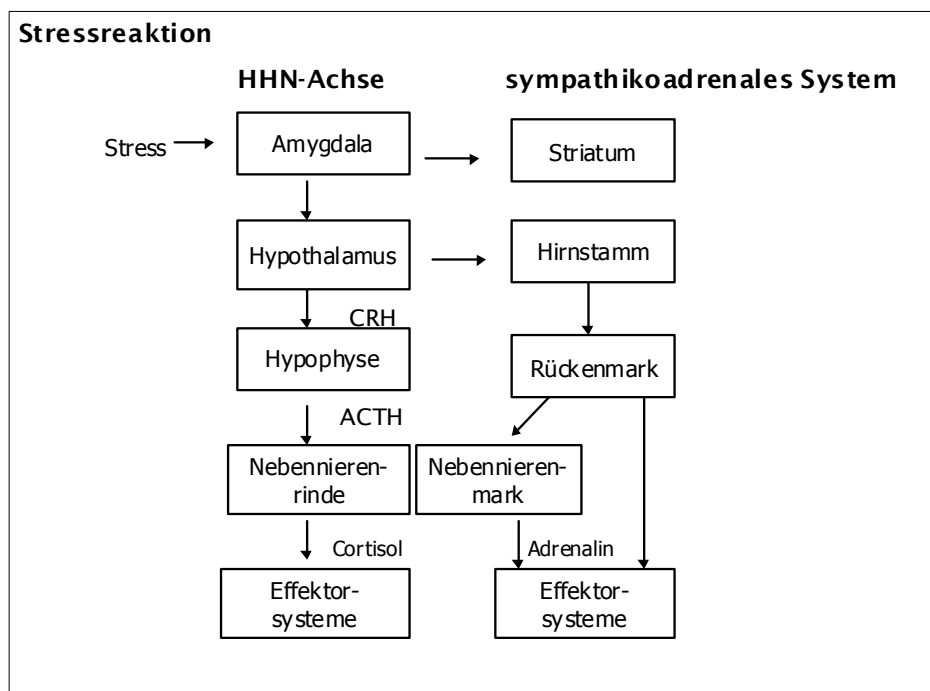


Abbildung 1.3. Überblick über die Reaktionswege der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN-Achse) und des sympathikoadrenalen Systems bei Stress (nach Rüg, 2001)

Verstärkte Noradrenalinausschüttung

Die Amygdala kontrolliert den Hypothalamus und die motorische Zentren die sich im Striatum der Basalganglien und im zentralen Höhlengrau des Hirnstamms befinden (Ruegg, 2001). Es wird vermutet, dass die HHN-Achse infolge z.B. frühkindlicher Traumatisierungen sensibilisiert wird. Die sympathikoadrenale Stressreaktion ist im Gegensatz zu der HHN-Reaktion positiv rückgekoppelt: Die periphere Adrenalinausschüttung aus den Nebennieren bewirkt eine verstärkte Noradrenalinausschüttung (Rüegg, 2001). Durch positive Rückkoppelung kann das System aus dem Gleichgewicht geraten, ohne sich von alleine bremsen zu können.

Überstimulierung der Neuronen

Einige der im Zuge der Stressreaktion stattfindenden Aktivierungsprozesse (die vermehrte Ausschüttung von Noradrenalin in den Projektionsgebieten der noradrenergen Neuronen des Locus coeruleus und des Hirnstammes sowie die Stimulation von Glukokortikoidrezeptoren limbischer und kortikaler Neuronen) beeinflussen und stimulieren die Funktion von Neuronen und Gliazellen wesentlich tief greifender als zur akuten Schadensbegrenzung nötig wäre: Sie stimulieren das Auswachsen von dendritischen und axonalen Fortsätzen, die Ausbildung dendritischer Spines und synaptischer Kontakte und damit die anatomisch strukturelle Neuanpassung des erwachsenen Gehirns (Hüther, 1996).

Verringerung des Hippocampusvolumens

Es gibt empirische Hinweise auf eine Verringerung des Hippocampusvolumens bei chronischen Traumapatienten, die ein Risikofaktor für besonders langwierige posttrau-

matische Symptome von Intrusion und Übererregung zu sein scheint (Lange, 2003). Die optimale Funktionsweise des Hippocampus ist Voraussetzung für die Konsolidierung von neuem Gedächtnismaterial. Andernfalls können selbst Ereignisse, die während der Einspeicherung klar erlebt worden sind, nicht mehr bewusst abgerufen werden (Bremner, 2002).

Welche dieser Mechanismen im Zuge der Stressbelastung ausgelöst werden, hängt von der individuellen Bewertung der Kontrollierbarkeit des Stressors ab (Hüther, 2003). Im Gutachtengespräch ist es somit wichtig, die zu begutachtende Person über das Vorgehen vollständig aufzuklären und sie immer wieder über den weiteren Gesprächsverlauf selbst entscheiden zu lassen. So entwickelt sie das Gefühl, dass sie die Situation kontrolliert und ihre Befindlichkeit trotz belastender Themen ausreichend regulieren kann.

1.5.5 Störungen der Affektregulation

Störungen der Affektregulation können als charakteristische Grundstörung der komplexen PTBS betrachtet werden (van der Kolk, 1996; Ford, 1999). Auf jeden Fall zählen sie zu den häufigsten Problemen psychisch traumatisierter Menschen und haben besonders weitreichende Konsequenzen für die Funktionsfähigkeit im Alltag (Sack, im Druck).

Die Fähigkeit zur Affektregulation entwickelt sich beim Kleinkind im Rahmen der Bindungserfahrung. Im Rahmen der Psychotherapie ist eine ausreichende Affektregulation (z.B. die Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen und zu trösten) eine notwendige Voraussetzung für die Traumabearbeitung, um affektive Überflutung und Retraumatisierung zu vermeiden (Flatten et al., 2001).

Die affektive Erregung reguliert sich wie eine Heizung mit Thermostat ständig selbst. Bei traumatisierten Menschen ist dieser Regelkreis gestört, so dass sie sich oft ohne äußere Hilfe nicht mehr ausreichend beruhigen und trösten können: Sie benötigen andere Menschen, Medikamente, Drogen, oder zeigen zwanghaftes bzw. selbstverletzendes Verhalten.

Traumatisierte Menschen können durch ein Gespräch über traumatische Ereignisse in einen posttraumatischen affektiven Erregungszustand geraten. Sie sind somit bei der Begutachtung mehr oder weniger auf die Unterstützung des Gesprächspartners angewiesen, um wieder in einen ausgeglichenen Zustand zu gelangen. Der Gutachter sollte demzufolge über Kenntnisse in der Anwendung von Stabilisierungsverfahren verfügen.

PRAXISHINWEIS

Fazit für die Begutachtungssituation

- ▶ Traumatisierte Flüchtlinge können sich während der Begutachtung in einer noch immer traumatisierenden Lebenssituation befinden. Machtausübung und grenzüberschreitende Fragen sind gänzlich zu vermeiden.
- ▶ Das vorhandene Autoritätsgefälle kann durch vertrauensbildende Interventionen reduziert werden.
- ▶ Die Informationen zum Trauma liegen nicht vollständig im deklarativen Gedächtnis vor und können daher meist nur fragmentarisch oder gar nicht bewusst abgerufen werden (siehe Kapitel 4 „Erinnern, Vergessen und posttraumatische Störungen“).
- ▶ Die Aussagefähigkeit ist durch die Symptomatik mehr oder minder eingeschränkt.
- ▶ Die begutachtende Person trägt die Verantwortung dafür, den traumatisierten Menschen in einem ausreichend ausgeglichenen Zustand aus dem Gespräch zu entlassen.

1.6 Literatur

American Psychiatric Association (1952, 1968, 1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I – IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

Bracken, P., Giller, J. & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science & Medicine*, 40, 1073-1082.

Berger, M. & Angenendt, J. (2003). Zur Diagnostik und Ätiopathogenese posttraumatischer Belastungsstörungen. In Bundesärztekammer (Hrsg.), Fortschritt und Fortbildung in der Medizin, Band 27 (S. 63 - 75). Deutscher Ärzteverlag Köln.

Bremner, J. D. (2002). Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a body and mind perspective. New York: Norton.

De Girolamo, G. & McFarlane, A. C. (1996). The epidemiology of PTSD: A comprehensive review of the internationale literature. In A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity, & R. M. Scurfield (Hrsg.), Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research, and Clinical Applications (S. 33-85). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Eisenbruch, M. (1992). Toward a cultural sensitive DSM: Cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (1), 8-10.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt, UTB für Wissenschaft.

Flatten G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, S., Siol, T., Petrold, E. R. (2001). Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinien und Quellentext. Stuttgart: Schattauer.

Flatten, G. (2003). Posttraumatische Belastungsreaktion aus neurobiologischer und synergetischer Sicht. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Ford, J. D. (1999). Disorders of extreme stress following war zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 3-12.

Ford, J. D. & Kidd, P. T. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 11 (4), 743-761.

Galley, N., Fischer, G. & Hofmann, A. (2000). Psycho-biologische Grundlagen von Traumanachwirkungen. *Psychotraumatologie*, 1, 1-35.

Hassemer, W. & Reemtsma, J. P. (2002). *Verbrechensopfer, Gesetz und Gerechtigkeit*. München: Beck.

Herman, J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex post-traumatic syndrome (DESNOS). In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Hrsg.), *Posttraumatic Stress Disorder – DSM IV and Beyond* (S. 213-228). Washington DC: American Psychiatric Press.

Hinkeldey, S. & Fischer, G. (2002). *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung: Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen*. München: Reinhardt.

Hüther, G. (1996). The central adaptation syndrom: psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology*, 569-612.

Hüther, G. (2003). Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung – Das allgemeine Entwicklungsprinzip. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Jansen, A. S. P., Nguyen, X. V., Karpitskiy, V., Mettenleiter, T. C. & Loewy, A. D. (1995). Central command neurons of the sympathetic nervous system: Basis of the fight-or-flight response. *Science*, 270, 644-646

Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neurosis of War: Physioneurosis*. New York: Hoeber.

Kinzie, J. D., Boehnlein, J. K., Leung, P. K., Moore, L., Riley, C., Smith, D. (1990). The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among South-East Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 147, 913-917.

Kolk, B. A. van der (1996). The complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In: Kolk B. A van der., McFarlane A. C. & Weisaeth L. (Hrsg.). *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (S. 182-214). New York, London: Guilford Press.

Kolk, B. A van der., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L.(2000): *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann.

Kraepelin, E. (1909). *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Band 1. Leipzig: Barth.

Lange, C. (2003). Neuropsychologische Testleistungen, psychopathologische Symptomatik und Hippocampusvolumen bei psychisch traumatisierten Patientinnen. Dissertation. Georg-August-Universität, Göttingen.

LeDoux, J. (1996). *The Emotional Brain*, New York: Simon & Schuster.

Lee, E. (1988). Cultural factors in working with Southeast-Asian refugee adolescents. *Journal of Adolescence* 11, 167-179.

Marsella, A. J., Friedman, M. J. & Spain, E. H. (1996). Ethnocultural aspects of PTSD: An overview of issues and research directions. In A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity, & R.M. Scurfield (Hrsg.), *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research, and Clinical Applications* (S. 105-129). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Mehari F. (2001) Der kulturelle Kontext als Bezugsrahmen des Erlebens und als Ausdruck des Leidens. In Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hrsg.) *Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern*(S 79-88), Deutscher Psychologen Verlag Bonn.

Niera, Y., Solomon, Z., Ginzburg, K., Dekel, R., Enoch, D. & Ohry, A. (2000). Post-traumatic residues of captivity: a follow-up of Israeli ex-prisoners of war. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 39-61

Ramsay, R., Gorst-Unsworth, C. & Turner, S. (1993). Psychiatric morbidity in survivors of psychological and psychiatric aspects of disaster. *Acta Scandinavia Supplement*, 353: 1-75.

Roth, S. H., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A., Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (4): 539-555.

Rüegg, J. C. (2001). *Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn: Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin*. Stuttgart: Schattauer.

Sack, M. (im Druck). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. (Manuskript zur Veröffentlichung im *Nervenarzt* 2003)

Teegen, F. & Schriefer, J. (2002). Beziehungsgewalt. Posttraumatische Belastungsstörungen misshandelter Frauen. *Psychotherapeut*, 47, 90-97.

Teegen, F. & Vogt, S. (2002). Überlebende von Folter. Eine Studie zu komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 23, 91-108.

Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 148, 10-20.

Trimble, M. R. (1981). *Post-traumatic neurosis: from railway spine to the whiplash*. Chichester, England: Wiley.

Weltgesundheitsorganisation (1994). *Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision. Bern: Huber.

2 Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbidität

Eva Reichelt

2.1 Vorbemerkungen zum diagnostischen Prozess bei der Begutachtung potentiell traumatisierter Flüchtlinge	37
2.2 Psychisch reaktive Traumafolgeerkrankungen: diagnostische Kriterien .	40
2.2.1 Symptomatik	41
2.2.2 Differentialdiagnostische Erwägungen und Komorbidität.....	47
2.3 Anamnese-Kriterium „traumatisches Ereignis“	52
2.4 Literatur.....	57

In anderen Kapiteln dieses Bandes (siehe Kapitel 1 „Störungskonzepte und Neurobiologie“ und Kapitel 5 „Standardisierte Diagnostik bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“) werden die „klassischen“ Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Einsatz von Testverfahren beschrieben. Im vorliegenden Kapitel wird der diagnostische Prozess bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolge-Erkrankungen unter Berücksichtigung folgender Kriterien dargestellt:

- ▶ Erhebung der relevanten Symptome
- ▶ Abwägung differentialdiagnostischer Gesichtspunkte
- ▶ Auftreten komorbider Störungen
- ▶ Erfassung der prätraumatischen Gesundheit
- ▶ Einfluss transgenerationaler Traumatisierungen

Außerdem wird in Ansätzen die Frage diskutiert, was ein psychisches Trauma ausmacht.

2.1 Vorbemerkungen zum diagnostischen Prozess bei der Begutachtung potentiell traumatisierter Flüchtlinge

Erläuterung des Vorgehens

Voraussetzung für eine aussagekräftige Diagnostik ist, dass der Proband trotz eventuell vorhandener hinderlicher Voreinstellungen (wie spezifischen Ängsten, einer resignativen Grundstimmung, einer misstrauischen oder feindseligen Haltung gegenüber dem Gutachter oder einer mangelnden Einsicht bezüglich der Notwendigkeit der Begutachtung) während des Prozesses der Begutachtung bereit und in der Lage ist, sich zu öffnen. Daher ist es für den Gutachter wesentlich, sich darum zu bemühen, unter Wahrung der gebotenen gutachterlichen Neutralität und Abstinenz (Henningsen, 2003; Fischer & Riedesser, 1998, S. 191; Haenel, 2000) eine hinlänglich tragfähige und empathische Beziehung herzustellen. Dazu gehört, zu Beginn einer gutachterlichen Untersuchung dem Probanden das eigene Vorgehen transparent zu machen. Am Anfang sollte die Erläuterung des Settings stattfinden:

- ▶ Der Gutachter ist durch eine Behörde oder ein Gericht beauftragt, d.h., der Untersuchende unterliegt keiner Schweigepflicht, sondern alles, was während der Untersuchung geäußert wird, kann im Gutachten Verwendung finden.
- ▶ Der Dolmetscher hingegen unterliegt der Schweigepflicht
- ▶ Es muss geklärt werden, ob Dolmetscher und Proband sich hinreichend untereinander verständigen können.
- ▶ Es muss sichergestellt werden, dass Dolmetscher und Proband sich nicht kennen und keine freundschaftliche oder verwandtschaftliche Beziehung zueinander haben. Damit soll auch die Unabhängigkeit des Dolmetschers in der Begutachtung gewahrt bleiben (siehe auch Kapitel 7 „Einsatz von Dolmetschern“).

- ▶ Die zeitlichen Vorgaben sollten erläutert werden (Wie lange dauert eine Sitzung? Wie viele Sitzungen sind vorgesehen? Wann ist mit der Fertigstellung des Gutachtens zu rechnen?).

Erfassung der Symptomatik und anamnestischer Daten

Für die Begutachtung hat sich als praktikabel bewährt, zunächst die aktuelle Symptomatik zu erfassen und anschließend die anamnestischen Daten zu erheben.

PRAXISHINWEIS

Erfassung der aktuellen Symptomatik

- ▶ Spontanangaben des Probanden
- ▶ gezielte Nachfragen zu Symptomen (Fragen zum Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens, zur Dauer, zur Intensität und Häufigkeit des Auftretens, Fragen zur Komplettierung bzw. zum Ausschluss von Diagnosen)

PRAXISHINWEIS

Erhebung anamnestischer Angaben

- ▶ Eigenanamnese (Fragen nach Kinderkrankheiten, schweren körperlichen Erkrankungen, Operationen, Schmerzsyndromen, wiederkehrenden körperlichen Beschwerden, Allergien, gynäkologischer Anamnese etc.)
- ▶ vegetative Anamnese (Fragen nach Schlaf, Appetit, Gewicht, Essverhalten, Verdauung, Gebrauch von Medikamenten, Nikotin, Alkohol, Erfahrungen mit Drogen etc.)
- ▶ Sozialanamnese (Fragen nach Familienstand, Heirat, Geburt der Kinder, schulischer und beruflicher Ausbildung, aktueller Tätigkeit, Wohnsituation, finanzieller Situation, aufenthaltsrechtlicher Situation)
- ▶ Familienanamnese (Fragen nach Erkrankungen von Eltern, Geschwistern, Verwandten, besonders in Bezug auf „Nervenkrankheiten“ – allgemeiner formuliert als Frage nach „Nervosität“)
- ▶ biografische Anamnese (Fragen nach prätraumatischer Lebensbewältigung und transgenerationellen Traumatisierungen)

- ▶ Trauma-Anamnese (Fragen nach kollektiven und individuellen Traumatisierungen, Erfahrung konkreter psychischer, physischer oder sexueller Misshandlung, Erfahrung der Bedrohung des eigenen Lebens oder nahestehender Personen, Motivation zum Verlassen der Heimat)
- ▶ Fragen nach Fluchtgeschichte, Lebensbedingungen im Exil, Alltagsbewältigung, Hobbys, Weltanschauung, Religiosität etc.; Erhebung von Schutz- und Risikofaktoren

Begutachtungszeit

Angesichts der Anzahl der aufgeführten Themen wird klar, dass für eine ergiebige Begutachtung ausreichend Zeit einkalkuliert werden sollte. Besonders der Einsatz von Dolmetschern erfordert erfahrungsgemäß mehr als das Doppelte der normalerweise veranschlagten Begutachtungszeit. Um eine gewisse Verlaufsbeobachtung gewinnen zu können, ist die Einbestellung des Probanden an mindestens zwei Tagen ratsam. Die Dauer einer Sitzung sollte dabei möglichst zwei Stunden nicht überschreiten. Bei Begutachtungen von Probanden aus anderen Städten ist dies nicht immer praktikabel; in diesen Fällen sollten Pausen eingeplant werden.

Strukturierung der Anamnese

Bei der Begutachtung mag die Reihenfolge der verschiedenen anamnestischen Punkte im einzelnen variieren. Auch werden von einigen Probanden im Prozess der Begutachtung die Themen der einzelnen Bereiche nicht chronologisch erläutert. Es ist zweckmäßig, den Fragekomplex „Trauma-Anamnese“ nicht sofort en détail zu Beginn der Begutachtung zum Thema werden zu lassen, wenn dem Gutachter noch nicht klar sein kann, wie gut der Betreffende mit den potentiell traumatisierenden Erfahrungen in der eigenen Vergangenheit umgehen kann. Hier empfiehlt sich ein strukturiertes Vorgehen, wobei zugleich dem Probanden signalisiert werden sollte, dass der Themenkomplex „Trauma“ zu einem späteren Zeitpunkt ausführlich behandelt werden wird.

Auch wenn ein strukturiertes Vorgehen angezeigt ist, sollte der Gutachter Sensibilität dafür entwickeln, eine Konstellation im Sinne eines Verhörs während der Begut-

achtung zu vermeiden. So kann man z.B. dem Probanden die Entscheidung überlassen, welches Thema er zunächst ansprechen möchte und welches erst später. Sinnvoll für die Vertrauensbildung und damit für den Ablauf der Begutachtung kann es sein, vor der Erfragung der eigentlichen traumatischen Vorgeschichte die Erhebung der biografischen Anamnese vorangehen zu lassen. Diese Erinnerungen mögen zwar mitunter für die Betroffenen schmerzlich sein, weil sie eine Zeit ins Gedächtnis rufen, die unwiederbringlich verloren ist. Jedoch wird dadurch den Probanden eine Gelegenheit zur Selbstdarstellung und zur Würdigung sowohl gesunder als auch problematischer Erfahrungen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter vor einer möglichen Traumatisierung gewährt und ein Interesse für ihr gesamtes Leben signalisiert. Allerdings können Probanden auch die Erwartung mitbringen, dass die spezielle Traumageschichte besonders oder fast ausschließlich im Vordergrund der gutachterlichen Exploration zu stehen hat, und mit Verstörung und Irritation reagieren, wenn der Gutachter mit der Erhebung der Familienanamnese und Kindheitsentwicklung beginnt.

Berücksichtigung kultureller Tabus

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass das Taktgefühl in verschiedenen Kulturen es gebietet, schmerzhaftes Erfahrungen oder Verluste zunächst nicht oder nur indirekt anzusprechen. Dahinter mag sich die Furcht verbergen, dass das „Böse“ durch das Benennen erst richtig herbeigerufen wird (Brune, 2000). Sollten Probanden im Verlauf der Begutachtung entsprechende, möglicherweise nonverbale Signale von sich geben, ist der Gutachter aufgefordert, damit respektvoll umzugehen und doch zugleich verständlich zu machen, warum diese Details im Rahmen der Begutachtung von erheblicher Bedeutung sind.

2.2 Psychisch reaktive Traumafolgeerkrankungen: diagnostische Kriterien

Im Folgenden wird zunächst auf die Bandbreite der möglichen Symptomatik eingegangen. Anschließend erfolgen Erwägungen zu Differentialdiagnose und Komorbidität.

2.2.1 Symptomatik

Fischer & Riedesser (1998) plädieren für eine dynamische Betrachtungsweise psychotraumatischer Phänomene, „die wesentlich am Verlaufsprozess psychischer Traumatisierung ausgerichtet ist“. Sie schlagen terminologisch den Ausdruck „basales psychotraumatisches Belastungssyndrom“ vor und weisen darauf hin, dass die in DSM-IV (309.81) und ICD-10 (F43.1) klassifizierte Diagnose der PTBS nur *eine* Variante einer großen Bandbreite psychotraumatischer Syndrome ist. In klinischer Praxis und Forschung ist die PTBS jedoch von großer Bedeutung und am bekanntesten. Deswegen wird die PTBS-spezifische Symptomatik hier zunächst vorangestellt.

ÜBERSICHT

Die Symptom-Trias der PTBS entsprechend der diagnostischen Kriterien nach DSM-IV.

Sie umfasst auf der phänomenologischen Ebene

(1) ein unfreiwilliges Wiedererleben des Traumas (Intrusion).

Dazu gehören:

- ▶ sich unwillkürlich aufdrängende Erinnerungen an traumatisierende Ereignisse in Gedanken, Bildern oder Wahrnehmungen (Intrusionen i. e. S.),
- ▶ Alpträume mit spezifischen, trauma-assoziierten Inhalten,
- ▶ Flashbacks (d.h., die Person handelt oder fühlt, als ob sie das traumatische Ereignis wiedererlebe, dabei können Illusionen bzw. (Pseudo-) Halluzinationen, z.B. beim Aufwachen, auftreten),

- ▶ intensive psychische Belastungen und/oder körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

(2) Vermeiden (Avoidance).

Dazu gehören:

- ▶ bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
- ▶ bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
- ▶ die Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern (Amnesie),
- ▶ ein deutlich vermindertes Interesse oder eine verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten (Bedürfnis nach sozialem Rückzug),
- ▶ das Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
- ▶ eine eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. die Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
- ▶ das Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. keine Erwartung mehr, eine Karriere, Ehe, Kinder oder ein normal langes Leben zu haben).

(3) Anhaltende Übererregung (Hyperarousal).

Dazu gehören:

- ▶ Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,
- ▶ Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- ▶ Konzentrationsschwierigkeiten,
- ▶ übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- ▶ übertriebene Schreckreaktionen.

Unter der Voraussetzung, dass ein lebensbedrohliches Trauma auch stattgefunden hat und subjektiv mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen verbunden war (Kriterium A nach DSM-IV), erfüllt das Vorliegen mindestens eines intrusiven Symptoms (Kriterium B nach DSM-IV) sowie dreier Symptome der Vermeidung (Kriterium C)

und zweier Symptome der dauerhaften Übererregung (Kriterium D) definitionsgemäß das Vollbild einer PTBS, falls das Störungsbild länger als einen Monat andauert (Kriterium E) und in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht (Kriterium F; APA 1994; siehe auch Kapitel 1 „Störungskonzepte und Neurobiologie“).

Bei der Begutachtung von Menschen mit psychisch reaktiven Traumafolgeerkrankungen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren fallen jedoch zusätzlich zu diesen beschriebenen psychischen Besonderheiten auf verschiedenen Ebenen diverse Merkmale auf.

ÜBERSICHT

Zusätzliche Symptome

Zu den Symptomen auf der Ebene des emotionalen Ausdrucks gehören:

- ▶ „Dauertrauer“ (nach Volkan 2002), häufig z.B. bei Frauen, deren Ehemänner oder sonstige männliche Angehörige als vermisst gelten,
- ▶ kaum korrigierbare Schuldgefühle und Selbstvorwürfe; dahinter können sich u. a. unbewusst Größen- und Allmachtsphantasien verbergen (siehe auch „Überlebenden-Schuld“ nach Niederland, 1980),
- ▶ negativistische Vorerwartungen als Enttäuschungsprophylaxe,
- ▶ masochistische Triumphgefühle, wenn diese negativistischen Antizipationen im Sinne einer self-fulfilling prophecy eingetreten sind,
- ▶ nachtragende Gefühle wie Rache und Vergeltung,
- ▶ Übernehmen der Opferrolle mit Verleugnung eigener Täteranteile,
- ▶ Tendenz zum Rückzug mit Passivität und Versorgungswünschen.

Zu den Symptomen auf der Ebene von Ich-Funktionen gehören:

- ▶ Beeinträchtigung des Verbalisierungs-, Abstraktions-, Reflexions- und Symbolisierungsvermögens,
- ▶ Beeinträchtigung des Gefühls für zeitliche Kontinuität und Chronologie,
- ▶ Beeinträchtigung des Gefühls einer sicheren Ich-Identität mit labilem Selbstwertgefühl, existentieller Verunsicherung und dem Gefühl der Nicht-Zugehörigkeit,
- ▶ hohe Kränkbarkeit,

- ▶ geringe Frustrationstoleranz,
- ▶ mangelnde Affektkontrolle,
- ▶ eingeschränkte Impulskontrolle,
- ▶ geringe realistisch anmutende Antizipationsfähigkeit,
- ▶ Beeinträchtigung der Realitätsprüfung: anhaltendes Misstrauen und permanente Angst vor Willkür.

Zu den Symptomen auf der somatischen Ebene gehören:

- ▶ begleitende vegetative Beschwerden im Rahmen einer Angststörung, wie
 - ▶ Herzsensationen, verstärkt wahrgenommenes Herzklopfen, Herzrasen,
 - ▶ Atemnot, Erstickungsängste, Kloßgefühl im Hals, Druck auf der Brust,
 - ▶ Mundtrockenheit,
 - ▶ Übelkeit,
 - ▶ Schwindel,
 - ▶ Zittern,
 - ▶ vermehrtes Schwitzen, vor allem nachts; eventuell kalter Schweiß, eventuell Kältegefühl in den Extremitäten.
- ▶ Somatisierungsstörungen, wie
 - ▶ anhaltende somatoforme Schmerzstörungen, z.B. als chronifizierte Rückenschmerzen, Schulter-Nacken-Verspannungen, Kopfschmerzen bzw. Migräne oder als wandernde Körperschmerzen (z.B. „meine linke Seite tut weh“). Bei Frauen häufig Unterbauchschmerzen und Neigung zu Menstruationsbeschwerden (Graessner & Wenk-Ansohn, 2000),
 - ▶ wiederkehrende oder anhaltende Magenbeschwerden, z.B. Sodbrennen, Magenschmerzen, Gastritis bis hin zum Magengeschwür,
 - ▶ funktionelle Darmbeschwerden mit Blähungen und wechselndem Stuhlgang (sogenanntes Colon irritabile),
 - ▶ funktionelle Hautbeschwerden mit diffusem Juckreiz und/oder kribbelnden Missempfindungen („wie Ameisen unter der Haut“).

- ▶ somatische Beschwerden, die häufig mit Depressionen im Rahmen von PTBS einhergehen, wie
 - ▶ anhaltende Müdigkeit, Erschöpfung, Gefühl der Kraftlosigkeit, „Morgentief“,
 - ▶ Haarausfall,
 - ▶ wiederkehrende Infektionen (Nasennebenhöhlen, Bronchien; bei Frauen: Harnwegs- und Vaginalinfektionen),
 - ▶ Beeinträchtigung der Sexualfunktion (Minderung oder Verlust von Potenz bzw. Libido, Orgasmusstörungen, nach sexuellen Traumen eventuell. Flashbacks bei Sexualkontakten).
- ▶ häufig treten bei PTBS auch somatische Erkrankungen auf (bei diesbezüglich leerer Familienanamnese), wie
 - ▶ Bluthochdruck,
 - ▶ Fettstoffwechselstörungen; Gallenbeschwerden,
 - ▶ Blutzucker-Erkrankung,
 - ▶ Schilddrüsen-Erkrankungen (sowohl mit Über- als auch mit Unterfunktion).

Zu den dissoziativen Symptomen im Zusammenhang mit PTBS gehören:

- ▶ wiederkehrende dissoziative Episoden,
- ▶ psychogene Anfälle,
- ▶ Hyperventilation,
- ▶ verzerrte Selbstwahrnehmung (Depersonalisation) mit Störung der Körperwahrnehmung und des Körpergefühls; Ängste vor Fragmentierung,
- ▶ verzerrte Umweltwahrnehmung (Derealisation),
- ▶ selbstbeschädigendes Verhalten,
- ▶ verminderte Fähigkeit, sich selbst ausreichend zu schützen.

Weitere mögliche individuelle Symptome im Rahmen einer psychisch reaktiven Traumafolge-Erkrankung:

- ▶ kognitive Beeinträchtigungen mit Störungen der Auffassung, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses; Orientierungsstörungen („Pseudo-Demenz“: ist äußerst kränkend und erschwert z.B. den Spracherwerb),

- ▶ Hypermnesie, d.h., zu bestimmten, trauma-assoziierten Teilaspekten können auch irrelevante Details übergenau wiedergegeben werden,
- ▶ Essstörungen mit anorektischem oder bulimischem Verhalten bzw. Essattacken und Tendenz zu Übergewicht (v.a. bei Frauen),
- ▶ Zwangsgrübeln,
- ▶ Konsum von Alkohol, Medikamenten bzw. Drogen als Versuch der „Selbstmedikation“,
- ▶ Suizidalität.

Zu den Symptomen auf der Ebene der familiären Interaktion gehören:

- ▶ die Tendenz zur Rollenumkehr mit früher Parentifizierung der Kinder (z.B. Einsatz erst vierjähriger Kinder als Dolmetscher),
- ▶ der narzisstische Missbrauch der Kinder, wenn keine sonstigen Gratifikationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (keine Angehörigen, keine Arbeit, kein Haus, kein Landbesitz mehr),
- ▶ die Tabuisierung von Gewalterfahrungen gegenüber Familienangehörigen,
- ▶ Impulskontrollverluste mit körperlicher Misshandlung der schwächeren Familienmitglieder, oft im Nachhinein als Ich-fremd und schambesetzt erlebt,
- ▶ die Tabuisierung von vermissten Angehörigen, fehlendes Abschiedsritual,
- ▶ Eltern zeigen oft übertriebene Ängste, ihren Kindern könnte etwas zustoßen,
- ▶ eine erschwerte und verzögerte Ablösung der jungen Erwachsenen aus ihren Herkunftsfamilien,
- ▶ Kinder zeigen bisweilen Züge „von traumatischer (pathologischer) Progression oder Frühreife“ (nach Ferenczi, 1933),
- ▶ „Terrorismus des Leidens“ als Mittel der Erwachsenen, die Kinder an sich zu binden (nach Ferenczi, 1933).

Zu den verschiedenen Formen transgenerationeller Traumatisierung verweise ich z. B. auf die Darstellungen von Hardtmann (1992), Bergmann et al. (1995) sowie auf Kogan (1998).

Einen Überblick über häufig auftretende Abwehrmechanismen bei traumatisierten Flüchtlingen gibt Henningsen in Kapitel 9 „Übertragung und Gegenübertragung“ in diesem Buch.

Zur Klarstellung soll erwähnt werden, dass die Aufzählung der Symptome in der zweiten Übersicht die in der ersten Übersicht genannten Diagnose-Kriterien für eine PTBS nicht ersetzen, sondern nur ergänzen will. Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Einige der aufgeführten Symptome weisen direkt auf andere Störungsbilder hin, die häufig mit PTBS gemeinsam auftreten und die bei der klinischen Untersuchung zunächst in einer Art und Weise imponieren können, dass sie die Diagnose einer zusätzlich vorhandenen PTBS verdecken. Eine Reihe dieser vielgestaltigen Symptome finden sich in der von Judith Herman angeregten Diagnosedefinition der komplexen psychischen Traumafolgen (DESNOS: Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified) nach lang andauernder und wiederholter, sogenannter kumulativer Traumatisierung wieder, die jedoch aufgrund ihrer Komplexität und damit verbundenen schweren Anwendbarkeit als eigenständige Kategorie keine Aufnahme im DSM-IV gefunden hat (Herman, 1994). Für das kommende DSM-V ist aber eine entsprechende Diagnosekategorie in Vorbereitung (Fiedler, 2003).

2.2.2 Differentialdiagnostische Erwägungen und Komorbidität

Angststörungen und depressive Störungen

Nach Siol et al. (2001) berichten viele Untersuchungen zu PTBS „übereinstimmend von hohen Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen zwischen 62% [...] und 92%“. Dabei werden insbesondere Angststörungen und depressive Störungen häufig parallel zu PTBS diagnostiziert. Die genannten Autoren weisen darauf hin, dass es unter den operationalisierten diagnostischen Kriterien für PTBS diverse Überschneidungen mit denjenigen für diese beiden psychischen Erkrankungen gibt, wie z. B. die Hypervigilanz oder übertriebene Schreckreaktionen bei der Angststörung, bzw. den Interesse-

verlust, die Minderung der affektiven Bandbreite oder die subjektive Gewissheit einer eingeschränkten Zukunft bei der depressiven Störung. Insofern besteht teilweise eine Scheinkomorbidität. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass in den ICD-10- bzw. DSM-IV-Klassifikationssystemen PTBS aufgrund seiner phänomenologischen Analogien unter den Angsterkrankungen eingeordnet wurde. Wenn ängstliche bzw. depressive Symptome in klinisch eindeutig relevanter Ausprägung bestehen oder im Vergleich zu PTBS-spezifischen Beschwerden (intrusive Symptome) dominieren, ist jedoch zusätzlich zur PTBS eine zweite Diagnose zu stellen.

Siol et al. (2001) stellen ferner Überlegungen dazu an, wie häufig PTBS als primäre Störung auftritt, die dann konsekutiv andere psychische Störungen nach sich ziehen kann, bzw. inwieweit zuvor bestehende psychopathologische Auffälligkeiten eine erhöhte Anfälligkeit für eine PTBS bedingen können. Nach den von ihnen zitierten Studien „entwickelten sich die komorbiden psychischen Störungen in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle sekundär nach einer PTBS“.

Dissoziative Störungen und Somatisierungsstörungen

Neben Angst- und depressiven Störungen sind dissoziative Störungen und Somatisierungsstörungen häufige Folgen traumatisierender und nicht verarbeitbarer Erfahrungen. Fischer & Riedesser (1998) weisen darauf hin, dass ein hohes Maß an peritraumatischer Dissoziation als ein Prädiktor für ein erhöhtes Risiko gilt, später eine chronifizierte Störung zu entwickeln (S. 144). „Je unzugänglicher die Erinnerung ist, desto bedrohlicher wird sie erlebt, desto wichtiger wird zugleich die Abwehrform der Erinnerungs- und Affektvermeidung“ (S. 96).

Abhängigkeitserkrankungen

Abhängigkeitserkrankungen sind ebenfalls häufige komorbide Störungen bei PTBS und als Versuch der misslungenen Selbstmedikation zu verstehen. Geschlechtsspezifisch kommt es bei Frauen häufiger zu Medikamentenabhängigkeit (Analgetika, Tranquilizer und Schlafmittel), bei Männern vermehrt zu Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit. Die Herkunftskultur kann die Wahl der Suchstoffe beeinflussen. In kriegerischen Ausei-

nandersetzungen werden zum Teil von der Armeeführung unter Soldaten gezielt abhängigkeitsverursachende Mittel eingesetzt.

FALLBEISPIEL

Herr H., ein ungelernter Arbeiter aus Bosnien, hatte nach eigenen Angaben vor dem Krieg keine psychischen Beschwerden und neigte auch nicht zu übermäßigem Alkoholkonsum. Direkt nach Kriegsbeginn sei er im Norden Bosniens an der Front als „Hilfssoldat“ eingesetzt worden. Nach Angriffen habe er Verwundete und Leichenteile bergen müssen. In kürzester Zeit seien viele seiner Kameraden desertiert. Die Armeeführung sei bald dazu übergegangen, ihm und den anderen Hilfssoldaten jeweils vor und nach den Einsätzen Cognac in großzügigen Mengen auszuteilen. Als er nach anderthalb Jahren an der Front schließlich Ende 1993 geflüchtet und bei seiner in Deutschland lebenden Schwester untergekommen sei, habe er weiterhin getrunken. Im Herbst 2001 begab er sich erstmals in psychiatrische Behandlung, nachdem er wegen alkoholbedingter Leberzirrhose internistisch behandelt worden war und begonnen hatte, abstinent zu leben. Damals stellte Herr H. erst fest, welche unerträglichen Bilder aus dem Krieg regelmäßig unwillkürlich vor dem Einschlafen bzw. in Alpträumen „hochkamen“ und ihn quälten, wenn er keinen Alkohol mehr zu sich genommen hatte.

Persönlichkeitsstörungen

Neben den bisher genannten Diagnosen treten bei traumatisierten Flüchtlingen gehäuft auch Persönlichkeitsstörungen komorbid neben der PTBS im engeren Sinne in Erscheinung. Die oben im Abschnitt 2.2.1 zur Symptomatik beschriebenen Beeinträchtigungen der Ich-Funktionen und die dissoziativen Phänomene sind identisch bei Persönlichkeitsstörungen, besonders bei Borderline-Erkrankten, anzutreffen.

Lebensalter bei Traumatisierung. Aus der Literatur ist einerseits bekannt, dass in der Vorgeschichte vieler Personen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit in Kindheit und Jugend reale Traumatisierungen in Form von körperlicher und/oder sexueller Misshandlung, Vernachlässigung bzw. emotionalem Missbrauch stattfanden (z.B. Herman et al., 1989). Andererseits wurden auch bei erwachsenen Opfern von Konzentrationslagerhaft, die vor der KZ-Internierung ohne psychische Beschwerden gelebt hat-

ten, schwere Persönlichkeitsveränderungen gefunden. Eitinger (1964), Niederland (1980) und andere Holocaust-Forscher prägten in diesem Zusammenhang den Begriff des „KZ-Überlebenden-Syndroms“, von dem ein geringer Teil der Symptome sich in der Diagnosekategorie der anhaltenden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) wiederfindet. Psychisches Trauma kann – egal in welchem Lebensalter – zu einer „nachhaltigen Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses“ (Janoff-Bulman, 1992) mit entsprechenden Folgen für die Persönlichkeitsorganisation führen.

Transkulturelle Aspekte. Calliess & Machleidt (2003) weisen in ihrer lesenswerten Übersicht zu transkulturellen Aspekten bei Persönlichkeitsstörungen darauf hin, dass „Depersonalisationserleben, tranceähnliche Zustände und psychosenahe Episoden [...] bekannte, kulturell determinierte Phänomene in vielen nicht-westlichen Gesellschaften [darstellen], die in der Regel im Rahmen von tief verwurzelt religiösen Erleben zu sehen sind [...]“. Außerdem betonen sie, dass bereits der Prozess der Migration aus traditionellen in westliche Gesellschaften zu einer psychischen Labilisierung beitragen kann. Sie zitieren Untersuchungen von Paris (1996, 1998), nach denen strukturelle Merkmale traditioneller Gesellschaften – wie intergenerationelle Kontinuität, hohe familiäre und gesellschaftliche Kohäsion und eindeutige soziale Rollen – als protektive Faktoren für seelische Gesundheit fungieren. Strukturelle Merkmale moderner Gesellschaften mit einem hohen Grad an Individualität sowie an Autonomie und Instabilität in sozialen Beziehungen wirken demgegenüber eher als Risikofaktoren für Phänomene wie Impulsivität oder emotionale Instabilität.

Psychosoziale Belastungsfaktoren. Bei traumatisierten Flüchtlingen ist anhand der biografischen Anamnese zu differenzieren, ob erste Traumatisierungen in Kindheit und Jugend vorlagen, die eventuell bereits vor einer Traumatisierung durch organisierte Gewalt zu einer manifesten Persönlichkeitsstörung führten. Wenn in Kindheit und/oder Jugend psychosoziale Belastungsfaktoren vorlagen, aber noch zu keiner manifesten Psychopathologie beitrugen, ist abzuwägen, ob, und wenn ja, welche Schutzfaktoren seinerzeit die Ausprägung psychischer Beschwerden verhindern konnten. Schließlich sind bei der Untersuchung traumatisierter Flüchtlinge auch die Begleitumstände von Flucht und Migration sowie die Lebensbedingungen im Exil als mögliche pathogene Faktoren zu berücksichtigen. Pathogen heißt in diesem Zusammenhang: Ungünstige

Migrations- und Exilerfahrungen können eine psychische Erkrankung auslösen bzw. die Integration zuvor durchgemachter traumatisierender Erfahrungen verhindern und damit zu einer PTBS mit verzögertem Beginn beitragen. Dabei sollte aber auch die Möglichkeit einer migrationsbedingten Anpassungsstörung differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.

„Eine prä migratorische Persönlichkeitsstörung wird im Sinne eines biographischen Risikofaktors die Verarbeitung von Folgetraumata durch organisierte Gewalt und von Migration negativ beeinflussen“ (Calliess & Machleidt, 2003). Schwere Traumatisierungserfahrungen durch Krieg, Folter etc. können also eine zuvor latente Persönlichkeitsstörung induzieren, eine zuvor manifeste Persönlichkeitsstörung verschlimmern oder auch zu einer Persönlichkeitsveränderung nach Extremlastung führen.

Psychosen

In der Literatur finden sich bislang wenige Untersuchungen zur Komorbidität von Psychosen und PTBS. Sowohl Eitinger (1964) als auch von Baeyer et al. (1964) berichten von einzelnen psychotischen Verläufen nach Extremtraumatisierung. Anhand von Entschädigungsgutachten über 194 überlebende Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung konnte die Hypothese einer überwiegend erblichen Ursache für endogene Psychosen statistisch nicht widerlegt werden (v. Baeyer & Binder, 1982). In meiner Praxis haben sich ab September 1998 in fünf Jahren 350 Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien mit psychisch reaktiven Traumafolgeerkrankungen vorgestellt. Davon hatten acht Patienten eine paranoid-halluzinatorische bzw. schizoaffektive Psychose, die mit den erlebten Traumata in inhaltlichem Zusammenhang standen. „Endogene Psychosen wie die Schizophrenie sind Erkrankungen, die hinsichtlich ihrer Entstehung mehrere ursächliche Faktoren voraussetzen: erbliche Disposition sowie Einflüsse aus der Umwelt. Zu den so genannten kritischen Lebensereignissen (life events), welche zur Manifestation einer schizophrenen Erkrankung mit beitragen können, sind selbstverständlich auch extremtraumatische Ereignisse wie Folter als wesentliche mit verursachende Faktoren zu zählen“ (Haenel, 2002).

2.3 Anamnese-Kriterium „traumatisches Ereignis“

Das für die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ unabdingbare Einschlusskriterium ist, dass ein oder mehrere traumatische Ereignisse in der Vorgeschichte stattgefunden haben. Eine Einführung zur Diskussion über die Definition von Traumen und zur Darstellung verschiedener Trauma-Arten („man made disaster“ versus Traumen durch Naturkatastrophen oder technische Katastrophen, Unfälle etc.; kurzdauernde „Typ-I-Traumen“ versus längerdauernde, wiederholte „Typ-II-Traumen“) gibt Macker (2003).

„Trauma“ und „Traumatisierung“ nach Fischer und Riedesser

Fischer & Riedesser (1998) problematisieren die terminologische Unschärfe der Begriffe „Trauma“ bzw. „Traumatisierung“. „Das ‚Trauma‘ ist nicht vorbei, wenn die traumatische Situation oder das traumatische Ereignis vorüber ist.“ In ihrer differenzierten Betrachtung von „traumatischer Situation“, „traumatischer Reaktion“ und „traumatischem Prozess“ betonen sie den dialektischen Zusammenhang zwischen dem objektiven Ereignis und dem subjektiven Erleben. Sie führen aus, dass es keine lineare Korrelation zwischen einem potentiell traumatisierenden Geschehen und der psychischen Reaktion darauf gibt, die mit unterschiedlich schweren psychopathologischen Befunden einhergehen kann. „ ‚Trauma‘ ist keine Qualität, die einem Ereignis inhärent ist noch aber einem Erlebnis als solchem. Entscheidend ist vielmehr die Relation von Erlebnis und erlebendem Subjekt“ (S. 59).

In ihrem Kapitel „Objektiver Zugang zum Trauma“ führen Fischer & Riedesser eine „Typologie traumatischer Situationen“ auf. Sie erklären u.a. den Begriff des „kumulativen Traumas“ nach Khan (1963) sowie den der „sequentiellen Traumatisierung“ nach Keilson (1979). Da bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren insbesondere Keilsons Konzeption eine nützliche Hintergrundtheorie bietet, soll diese im Folgenden kurz erläutert werden.

„Sequenzielle Traumatisierung“ nach Keilson

Der Kinderarzt, Kinderpsychiater und Psychoanalytiker Hans Keilson, selbst deutsch-jüdischer Herkunft, war 1936 aus Brandenburg nach Amsterdam geflohen, hatte dort im Untergrund überlebt und war nach Ende des Zweiten Weltkrieges für die Begutachtung der jüdischen Kriegswaisenkinder in Holland zuständig, die teils in Verstecken, teils in Konzentrationslagern überlebt hatten. Fünfundzwanzig Jahre später nahm er wieder Kontakt zu diesen Personen auf und führte eine gründliche psychiatrisch-psychologische Untersuchung durch. Unabhängig von der Dauer und Intensität der vorangegangenen traumatisierenden Erfahrungen (durch Bedrohung, Verfolgung, Verlust der Eltern, Aufenthalt im Konzentrationslager bzw. im Versteck) und unabhängig vom Alter während dieser Traumatisierungen kam den psychosozialen Lebensbedingungen *nach* Ende der Kriegshandlungen die entscheidende Bedeutung für die weitere psychische Gesundheit der Waisen zu. Hatte die Gesellschaft (repräsentiert durch Pflegeeltern, Waisenheimbetreiber, Lehrer etc.) positiv auf die Belange der Kriegswaisen reagiert, d.h. akzeptierend und unterstützend, erwies sich dies quasi als heilsam und beeinflusste die weitere psychische Entwicklung der Traumatisierten günstig. Waren hingegen die Kinder und Jugendlichen nicht im Sinne ihrer eigenen Interessen und Bedürfnisse behandelt worden, erwiesen sich die Spätfolgen als wesentlich drastischer.

Traumatische Sequenzen bei Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Ohne diese spezifischen Untersuchungsergebnisse zu verallgemeinern, sollten verschiedene traumatische Sequenzen bei der Begutachtung Berücksichtigung finden. Der unsichere Aufenthaltstatus in der Bundesrepublik Deutschland bedeutet für viele durch Folter oder Bürgerkriegserlebnisse traumatisierte Flüchtlinge eine erneute und zusätzliche Belastung nach Art der „traumatischen Sequenz“, wie sie Hans Keilson anhand seiner Erfahrungen mit traumatisierten Waisen beschrieben hat. Der Status der „Duldung“ oder der „Aufenthaltsgestattung zur Durchführung eines Asylverfahrens“ impliziert die Unterbringung in Massenunterkünften, die Einschränkung der Freizügigkeit (d.h. das Verbot, den zugewiesenen Landkreis zu verlassen) sowie das Verbot einer eigenständi-

gen Erwerbstätigkeit oder Ausbildung (siehe auch Kapitel 6 „Der asyl- und ausländerrechtliche Rahmen ärztlich-psychologischer Auskunftserstattung“). Diese Restriktionen können bei bestehender Vulnerabilität durch psychische Traumafolgen auf die Dauer zusätzliche Belastungsfaktoren darstellen und dazu beitragen, dass bestehende psychische posttraumatische Störungen reaktualisiert werden, d.h. sich verschlechtern bzw. weiter chronifizieren oder – wenn sie bislang kompensiert werden konnten – erst nach einer Latenzzeit klinisch zum Ausbruch kommen (PTBS mit verzögertem Beginn; siehe auch Kapitel 1 „Störungskonzepte und Neurobiologie“). Als durch die Umwelt hervorgerufene erlebnisreaktive Störungen werden psychische Kriegs- und Folterfolgen lebenslang durch äußere Ereignisse in der Umwelt getriggert. Dies kann geschehen

- ▶ infolge von Reaktualisierung durch besondere Ereignisse im Alltag oder
- ▶ infolge von Retraumatisierung, d.h. ein neuerliches Trauma belebt alte Ohnmachtserfahrungen wieder und führt zu erneuter andauernder Verschlechterung des Erkrankungsprozesses (Graessner & Wenk-Ansohn, 2000; Haenel, 2002).

Faktoren mit potentiell psychotraumatischer Wirkung

Fischer & Riedesser (1998) stellen verschiedene Faktoren dar, die „jeder für sich oder in ihrer Kombination sehr wahrscheinlich eine psychotraumatische Wirkung entwickeln“ können. Sie berufen sich dabei auf Green (1993). Dieser stellte aus Untersuchungen über unterschiedliche Katastrophen- bzw. Gewalterfahrungen acht potentiell additiv wirkende Faktoren zusammen.

ÜBERSICHT

Acht Risikofaktoren für psychisch reaktive Traumafolgen

- (1) Bedrohung für Leib und Leben
- (2) schwerer körperlicher Schaden oder schwere Verletzung
- (3) absichtlicher Verletzung oder Schädigung ausgesetzt sein
- (4) Konfrontation mit verstümmelten menschlichen Körpern (,exposal to the grotesque‘)
- (5) gewaltsamer oder plötzlicher Verlust einer geliebten Person
- (6) Beobachtung von Gewalt gegen eine geliebte Person oder Informationen darüber

- (7) Information, dass man einem schädlichen Umweltreiz ausgesetzt ist oder war
- (8) Schuld haben am Tod oder an schwerer Schädigung anderer

Fischer & Riedesser weisen darauf hin, dass „Symptome und Stressoren [...] nach Green unabhängig voneinander erhoben und erst dann auf einen korrelativen Zusammenhang geprüft werden [müssen]“.

Außerdem führen Fischer und Riedesser aus, dass eine traumatische Situation sich in dem Maße verschärft, je enger die Beziehung zwischen Täter und Opfer ist. „[...] die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses ist in diesem Falle äußerst nachhaltig, da das Urvertrauen in die Zuverlässigkeit sozialer Beziehungen generell erschüttert werden kann.“

FALLBEISPIEL

Eine Bosnierin berichtet, dass der früher allseits beliebte und geschätzte Lehrer ihres Heimatortes im Rahmen der nationalistisch-religiös motivierten Kriegshandlungen ihren Sohn umbrachte. Ihr daraus resultierendes Gefühl der Verbitterung und Entwurzelung wäre ihres Erachtens nicht so abgrundtief, wenn der Mörder ihr ganz fremd oder unbekannt gewesen wäre.

Unmittelbare und mittelbare Betroffenheit

Schließlich differenzieren Fischer & Riedesser zwischen unmittelbarer und mittelbarer Betroffenheit. Auch mittelbar Betroffene, wie z.B. nahe stehende Angehörige und Freunde von direkt traumatisierten Personen, können potentiell erheblich emotional belastet sein. Insbesondere aus der psychotherapeutischen Arbeit mit Opfern des Holocaust und ihren Nachkommen ist bekannt, dass traumatisierende Erfahrungen, vor allem wenn sie tabuisiert werden, auf unterschiedliche Art und Weise an die kommenden Generationen weitergegeben werden. In diesem Zusammenhang wird der Ausdruck „sekundäre“ oder „tertiäre“ Traumatisierung benutzt. Zu der Thematik „Trauma in der Latenz“ verweise ich auf den ebenso überschriebenen Abschnitt in der Arbeit von Henningsen (2003).

Hingegen gibt es auch Fachleute, die dafür plädieren, den Begriff der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ strikt zu begrenzen auf einen Personenkreis, der bei schwersten Katastrophen wie z.B. dem Flugzeugunglück von Ramstein 1988 unmittelbar betroffen war. Jatzko (2003) postuliert aus neurobiologischer Sicht einen gravierenden Unterschied zwischen der Betroffenheit anwesender Zeugen und der Betroffenheit von jemandem, der nahe Angehörige bei dieser Flugschau verloren hat, ohne selbst vor Ort gewesen zu sein.

Hyperarousal-Typ und Dissoziationstyp

Aus detaillierter Sachkenntnis über unterschiedliche Ergebnisse bei bildgebenden Befunden zu PTBS entwirft Jatzko ein neurobiologisches Modell. In diesem unterscheidet er „mindestens zwei klinische und biologische Reaktionsweisen auf das Wiedererleben traumatischer Erinnerungen“:

- (1) einen „Hyperarousal-Typ mit massiver Wiedererlebenssymptomatik, verminderter präfrontaler Aktivierung und verminderter limbischer Inhibierung während [experimenteller] Exposition mit dem Trauma“ und
- (2) einen „Dissoziationstyp mit dissoziativer Symptomatik, vermehrter präfrontaler Aktivität, verminderter limbischer Aktivierung und verminderter vegetativer Symptomatik während [experimenteller] Exposition mit dem Trauma“.

Gleichzeitig schränkt er jedoch die Aussagekraft neurobiologischer Befunde aufgrund ihrer Vielfältigkeit und entsprechenden Vieldeutigkeit ein und konzidiert: „Persönlichkeitsunterschiede scheinen [...] einen deutlichen Einfluss auf die emotionale Verarbeitung zu haben.“ Aus meiner Sicht wird diese enge Begrenzung dem Komplex dessen, was ein psychisches Trauma ausmachen kann, nicht gerecht.

Der „individuelle Faktor“

Anstelle eines Schlusswortes soll hier wiedergegeben werden, was Hofmann et al.(2001) im Zusammenhang mit diagnostischen Problemen der PTBS bezüglich der Trauma-Anamnese ausführen:

„Obwohl über eine große Zahl von Ereignissen, die unter diese Definition des Kriteriums A fallen, Einigkeit bestehen dürfte (wie z.B. Vergewaltigungen, Unfälle, Kriegsereignisse oder Folter), gibt es doch auch Beschreibungen von Fällen, die weniger einschneidende Ereignisse erleben, aber dennoch das in den weiteren Kriterien B, C und D beschriebene Bild einer Posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln [...]. Dieser ‚individuelle Faktor‘, der bei psychisch scheinbar geringeren Traumatisierungen manchmal schon zu einer PTSD-Symptomatik führen kann, bei der Mehrzahl von schwer Traumatisierten aber auch verhindert, dass sich ein Krankheitsbild im Sinne einer PTSD ausbildet, wird möglicherweise auch in naher Zukunft nur schwer in der PTSD-Diagnose erfassbar sein. Kliniker sollten jedoch darauf hingewiesen werden, dass gerade bei PTSD solche individuellen Unterschiede in der Reaktion auf Traumatisierungen nicht ganz untypisch zu sein scheinen. Forschungen in Richtung von spezifischen Vulnerabilitäten und Schutzfaktoren scheinen hier viel versprechend“ (S. 72).

2.4 Literatur

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM I - IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.

von Baeyer, W., Häfner, H. & Kisker, K. (1964): Psychiatrie der Verfolgten. Berlin, Heidelberg: Springer.

von Baeyer, W. & Binder, W. (1982): Endomorphe Psychosen bei Verfolgten. Statistisch-klinische Studie an Entschädigungsgutachten. Berlin, Heidelberg: Springer.

Bergmann, M., Jucovy, M. E. & Kestenberg, J. S. (1995). Kinder der Opfer, Kinder der Täter. Psychoanalyse und Holocaust. Frankfurt/Main: S. Fischer Verlag.

Brune, M. (2000). Posttraumatische Störungen. In C. Haasen, & O. Yagdiran (Hrsg.), Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus.

Calliess, I. T. & Machleidt, W. (2003). Transkulturelle Aspekte bei Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 7, 117–133. Stuttgart: Schattauer.

Eitinger, L. (1964). *Concentration Camp Survivors in Norway and Israel*. Den Haag: Oslo University Press.

Ferenczi, S. (1933). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. In S. Ferenczi (1972): *Schriften zur Psychoanalyse*, Band II. Hrsg. von M. Balint. Frankfurt/Main: Fischer.

Fiedler, P. (2003). Komplexe Traumatisierung und Persönlichkeitsstörungen. In G.H. Seidler, P. Larzig, R. Micka, & B. v. Nolting (Hrsg.), *Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie*, S 55. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Graessner, S. & Wenk-Ansohn, M. (2000). *Spuren der Folter*. Berlin:Verlag des Behandlungszentrums für Folteropfer.

Green, A. (1993). Childhood Sexual and Physical Abuse. In J. P. Wilson & B. Raphael (Hrsg.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press.

Haenel, F. (2000). Die Beziehung zwischen Gutachter und zu Untersuchenden und ihre Bedeutung bei der Begutachtung chronisch psychischer Traumafolgen. *Der medizinische Sachverständige*, 96, 84-87.

Haenel, F. (2002). Psychisch reaktive Kriegs- und Folterfolgen - Die Einflüsse sozialer und rechtlicher Umstände auf die psychotherapeutische Behandlung von Folterüberlebenden. *Psychotherapeut*, 47 (3), 185-188.

Hardtmann, G. (1992). *Spuren der Verfolgung. Seelische Auswirkungen des Holocaust auf die Opfer und ihre Kinder*. Gerlingen: Bleicher Verlag.

Henningsen, F. (2003). Traumatisierte Flüchtlinge und der Prozess der Begutachtung. *Psyche*, 57, S. 97–120.

Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490–495.

Herman, J. L. (1994). Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex post-traumatic syndrome (DESNOS). In J. R. T Davidson, F. E. Davidson (Hrsg.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press.

Hofmann, A., Liebermann, P. & Flatten, G. (2001). Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. In G. Flatten et al. (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a new Psychology of Trauma*. New York: The Free Press.

Jatzko, A. et al. (2003). Bildgebende Befunde bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS): Literaturübersicht und neurobiologisches Modell. Unveröffentlichter Vortrag mit Skript, gehalten im Süd-Ost-Europa-Kultur-Zentrum, Berlin, am 15.11.2003.

Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.

Khan, M. M. R. (1974). The Concept of Cumulative Trauma. In Khan, M. M. R. (Hrsg.), *The privacy of the self*. London: Hogarth.

Kogan, I. (1998). *Der stumme Schrei der Kinder. Die zweite Generation der Holocaust-Opfer*. Frankfurt/Main: Fischer.

Maercker, A. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörung (2. Aufl.)*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Niederland, W. G. (1980). *Das Überlebenden-Syndrom. Seelenmord*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Paris, J. (1996). Cultural Factors in the Emergence of Borderline Pathology. *Psychiatry*, 59, 185–192.

Paris, J. (1998). Personality Disorders in Sociocultural Perspective. *Journal of Personality Disorders*, 12, 289–301.

Siol, T., Flatten, G. & Wöller, W. (2001). Epidemiologie und Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung. In G. Flatten et al. (Hrsg.), Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Volkan, V. (2002). Identitätsverlust – Migration und Verfolgung. In K. Bell, A. Holder, P. Jansen & J. van de Sande (Hrsg.). Migration und Verfolgung. Psychoanalytische Perspektiven. Gießen: Psychosozial-Verlag.

3 Besonderheiten bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen

Ferdinand Haenel

3.1 Symptombezogene Hindernisse bei der Exploration	61
3.1.1 Posttraumatische Belastungsstörung und andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung	61
3.1.2 Dissoziative Symptome bei komplexer posttraumatischer Belastungsstörung	66
3.2 Traumaspezifische Beziehungsaspekte.....	70
3.3 Abgrenzung von anderen psychischen Störungen	73
3.4 Literatur.....	74

3.1 Symptombezogene Hindernisse bei der Exploration

3.1.1 Posttraumatische Belastungsstörung und andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung

Die PTBS sowie die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung, wie sie im DSM-IV (APA, 1994) und ICD-10 (WHO, 1992) definiert sind, bergen Symptombestandteile, welche die gutachterliche Exploration in entscheidendem Maße behindern können.

Posttraumatische Belastungsstörung

Für Personen mit einer PTBS ist die intensive psychische Belastung bis zu körperlichen vegetativen Reaktionen typisch, wenn sie mit inneren oder äußeren Hinweisreizen konfrontiert werden, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder mit ihm assoziativ verknüpft sind. Dies hat zur Folge, dass Gedanken, Gefühle oder Gespräche, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, sowie Aktivitäten, Orte oder Personen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen bewusst vermieden werden. Manche Personen sind sogar unfähig, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern. Weitere die Exploration behindernde posttraumatische Symptome sind in der Übersicht aufgeführt. Diese sind alle auch als Teilsymptome der PTBS im DSM-IV der American Psychiatric Association genannt (vgl. auch Kapitel 2 „Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbidität“)

ÜBERSICHT

Explorationsbehindernde Symptome der PTBS

- ▶ C-1: bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen
- ▶ C-2: bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen
- ▶ C-3: Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
- ▶ C-4: deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
- ▶ C-5: Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen
- ▶ C-6: eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden)
- ▶ D-2: Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- ▶ D-3: Konzentrationsstörungen

Es wird auch für den medizinischen Laien leicht nachvollziehbar sein, dass diese Symptome, einer psychiatrischen oder psychologischen Exploration nicht gerade entgegenkommen. Im Gegenteil: Bei der Begutachtung von Folterüberlebenden mit psychischen Folterfolgen kann die Symptomatik selbst die gutachterliche Exploration behindern und damit zu Fehlbeurteilungen führen. Dieses Phänomen wurde bereits in Untersuchungen

psychisch reaktiver Folter- und Traumafolgen bei Konzentrationslageropfern festgestellt („Abkapselung extremtraumatischer Erfahrungen von der Umwelt, weil sie nicht ‚kommunikationsfähig‘ sind“; „Widerstand gegen die Exploration“, v. Baeyer et al., 1964).

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Die Störungsbilder der Konzentrationslageropfer wären nach heutiger Diagnoseklassifikation am ehesten als „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (früher: erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel) unter ICD-10 F62.0 einzuordnen. In der Übersicht sind die Symptome der andauernden Persönlichkeitsänderung aufgeführt, die der gutachterlichen Exploration entgegenstehen.

ÜBERSICHT

Explorationsbehindernde Symptome der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

- ▶ eine feindliche und misstrauische Haltung gegenüber der Welt
- ▶ sozialer Rückzug
- ▶ Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit
- ▶ chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedroht-sein
- ▶ Entfremdung

Nicht in den voranstehenden Übersichten mitaufgeführt sind Scham- und Schuldgefühle, weil sie nicht mehr in die Definition der Diagnosen „Posttraumatischen Belastungsstörung“ oder „Persönlichkeitsänderung“ nach Extrembelastung mitaufgenommen worden sind. Diese Symptome müssen aber in unserem Zusammenhang besonders hervorgehoben werden, da viele Opfer es aus diesen Gründen vorziehen, lieber zu schweigen – man denke vor allem an Opfer sexualisierter Gewalt (Schaeffer, 1999; Wenk-Ansohn, 2002).

FALLBEISPIEL

Herr C.: Explorationshindernisse bei posttraumatischer Belastungsstörung

Herr C., kurdischer Landwirt aus der Türkei, lebte seit zwei Jahren als Asylantragsteller in Deutschland. Er klagte über Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Angstzustände und Alpträume, allgemeine Freudlosigkeit und fehlende Vitalität. Seinem Bericht zufolge sei er im Frühsommer 1995 nach Deutschland geflohen, da er in den beiden vorangegangenen Jahren jeweils für etwa 20 Tage von der türkische Sicherheitspolizei inhaftiert, verhört und gefoltert worden sei und erneut mit Verhaftung und Folterung habe rechnen müssen. Als Landwirt eines freistehenden, 4 km vom nächsten Ort entfernten Bauernhauses sei er der Unterstützung von PKK-Angehörigen mit Nahrungsmitteln verdächtig worden. Anlässlich seiner ersten Verhaftung hätten Angehörige der Spezialeinheiten sein Haus niedergebrannt und ihn mit seiner Familie in den Nachbarort umgesiedelt.

Nach Art der Folter befragt, berichtete Herr C. von Schlägen mit Knüppeln auf den ganzen Körper, von Schlägen auf die Fußsohlen, von Faustschlägen ins Gesicht, von hartem Kaltwasserstrahl auf den unbedeckten Körper, von Elektroschocks und unzureichender Nahrung in einer Einzelzelle.

Es handelte sich bei Herrn C. um einen ca. 10 Jahre vorgealtert wirkenden 44-jährigen, freundlichen und kooperativen Mann. Nach anfänglicher Zurückhaltung versuchte er sichtlich bemüht, bescheiden mit leiser schneller Stimme alle Fragen prompt zu beantworten. Darunter aber wirkte er atemlos und erregt, was sich bei der Erhebung seiner Verfolgungsgeschichte noch verstärkt. Er schwitzte sehr stark. Er begann Daten und die zeitliche Ereignisfolge durcheinander zu bringen, was beim Dolmetscher Irritation auslöste und beim Untersucher Zweifel an der Richtigkeit seiner Angaben weckte. Anhand von Gegenfragen oder anhand schlichter Wiederholungen seiner unstimmmigen Angaben verbunden mit der Zusicherung, dass für die Untersuchung genug Zeit zur Verfügung stehe, gelang es Herrn C., das in seiner Darstellung erneut auseinander gerate Gefüge der Ereignis- und Zeitenfolge wieder in einen inhaltlich plausiblen und nachvollziehbaren Zusammenhang zu bringen.

Bei einem zweiten und dritten Untersuchungstermin zur Anamneseerhebung wiederholte sich das Phänomen des Auseinanderfallens des Ereignis- und Zeitfolge jeweils in eben derselben Weise wie beim ersten Mal. Beide Male gelang es Herrn C. auch erneut auf der Grundlage ruhiger Gegenfragen alles stimmig und plausibel wieder zusammenzusetzen und durch weitere Einzelheiten zu ergänzen, ohne dass trotz der

mehrfach gewechselten Ereignis- und Handlungsperspektiven Widersprüche in seiner Darstellung bestehen geblieben wären.

Herr C.'s Grundstimmung war depressiv. Im Affekt wirkte er eingeengt und schwingungsarm. Bei herabgesetztem äußerem Antrieb zeigte er deutliche vegetative Zeichen eines angehobenen inneren Erregungspegels. Bei einer unbedachten Handbewegung des Untersuchers während der körperlichen Untersuchung schreckte Herr C. jäh zusammen und zog seinen Kopf zwischen den Schultern ein.

Bei der körperlichen Untersuchung fiel eine große Zahl kleinerer, über den ganzen Rücken verteilter Narben auf, deren Herkunft Herr C. nicht angeben konnte. Als Ursache einer weiteren, etwa 6 cm langen, sichelförmigen und chirurgisch sehr notdürftig mit wenigen groben Nähten versorgten Narbe über der linken Schulter nannte er einen Gewehrkolbenschlag anlässlich der ersten Verhaftung. Als Ursache einer zweiten, quer an der Innenseite des rechten Oberschenkels verlaufenden 4 cm langen und 2 cm breiten Narbe, die unter dem Hautniveau lag und keine Zeichen einer chirurgischen Nahtversorgung aufwies, gab Herr C. eine unbehandelte Stichverletzung während der zweiten Haft an. Die nach längeren Gehstrecken schmerzhaften Fußsohlen mit reduzierten und weichen, bis auf die Fußknochen leicht eindrückbaren Fußballen sowie die breit aufliegenden Fußflächen mit fehlendem Abrollen der Zehen beim Gehen gaben einen Hinweis auf Folter durch Falanga, d.h. durch Schläge auf die Fußsohlen (Skylv, 1993).

Allen Quellen zur politischen Situation in Ost-Anatolien zufolge (amnesty international, Auswärtiges Amt, Presseberichte sowie übereinstimmende Berichte anderer Betroffener aus derselben Region) besteht Übereinstimmung darin, dass im Rahmen des Bürgerkrieges der Türkei gegen die PKK Druck auf die Landbevölkerung ausgeübt wird, sich entweder dem so genannten Dorfschützersystem der türkischen Behörden anzuschließen oder der PKK medizinische Hilfe, Lebensmittel oder logistische Unterstützung zukommen zu lassen. Eine Position der Unparteilichkeit innerhalb dieser beiden, die Gesellschaft dort stark polarisierenden Kräfte gibt es für die Landbevölkerung nicht. "Übergriffe der Sicherheitskräfte in Form von Eigentumszerstörung; Freiheitsberaubung, Misshandlung oder Tötung gegenüber Unbeteiligten kommen in diesem Gebiet verbreitet vor" (Auswärtiges Amt 1994, 1995).

Vorgeschichte, psychisches Beschwerden und Untersuchungsbefunde ergaben die Diagnose einer ausgeprägten Form einer PTBS (F43.1). Zusammen mit den Ergeb-

nissen der körperlichen Untersuchung und dem, was mir über die damalige politische Situation seiner Herkunftsregion bekannt war, war mit fast zweifelsfreier Sicherheit festzustellen, dass die Angaben von Herrn C. zu seinem Asylantrag erlebnisbezogen waren - doch nur für mich als Gutachter, nicht für das Bundesamt für Asylenerkennung. Herr C.'s Asylantrag war bereits abgelehnt worden. Laut Anhörungsprotokoll hatte Herr C. exakt *eine* Stunde Zeit, mit Hilfe eines Dolmetschers seine Asylgründe "widerspruchsfrei und glaubhaft" vorzutragen; eine Aufgabe, die Herrn C. angesichts seiner psychischen Verfassung nicht gelingen konnte.

3.1.2 Dissoziative Symptome bei komplexer posttraumatischer Belastungsstörung

Dissoziative Phänomene als Begleitsymptome

Bei psychisch reaktiven Traumafolgen kommen in der Regel auch dissoziative Symptome in unterschiedlicher Ausprägung vor. Laut Definition ist das Hauptmerkmal einer Dissoziation die Unterbrechung der integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt (APA, 1994, WHO, 1992). Dementsprechend kann die intrusive Symptomatik mit unkontrollierbarem Wiedererleben vergangener extremtraumatischer Erlebnisse – tagsüber und nachts in Alpträumen – sowie mit situativ auftretenden, von entsprechenden Affekten und vegetativen Erscheinungen begleiteten Anmutungen als dissoziative Symptomatik angesehen werden. Ebenso ist die Unfähigkeit sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern (Symptom C 3 nach DSM-IV) als dissoziative Amnesie einzustufen.

Dissoziative Phänomene sind weit verbreitet, sie können bei psychisch Gesunden auftreten, und sie sind im gesamten psychopathologischen Spektrum als Begleitsymptom zu beobachten – ähnlich wie das Fieber bei somatischen Erkrankungen. Eine schwere, komplexe und chronische PTBS mit ausgeprägten dissoziativen Symptomen kann ein ähnliches klinisches Beschwerdebild entwickeln wie eine chronische Schizophrenie (Haenel et al., 2002). Gemäß den Definitionen des DSM und der ICD schließt

aber eine bestehende, mit dissoziativen Anteilen behaftete Erkrankung – wie eine Schizophrenie oder PTBS – die Diagnose einer dissoziativen Störung aus. Dennoch: Besonders bei komplexen Traumafolgen können die dissoziativen Symptome das bei einer PTBS übliche Ausmaß bei weitem übersteigen und bei der Exploration zu besonderen Schwierigkeiten führen, wie die folgende Kasuistik zeigt.

FALLBEISPIEL

Herr Z.: Explorationshindernisse bei komplexer posttraumatischer Belastungsstörung

Herr Z, ein wacher, bewusstseinsklarer, für seine 27 Jahre etwas jünger wirkender Kurde aus Südost-Anatolien kam in Begleitung eines Landsmannes zur Begutachtung. Bei der Überprüfung seiner Orientierung zeigte er sich über Sinn und Zweck der Untersuchung nicht unterrichtet. Man habe ihm lediglich gesagt, hier gäbe es einen Arzt, zu dem er gehen solle. Zur Person war er vollständig, zeitlich jedoch unscharf orientiert. Das aktuelle Datum gab er um einen Tag später an. Herr Z wirkte anfangs äußerst zurückhaltend, etwas misstrauisch, verschlossen und im Affekt etwas angespannt und kontrolliert. Spontan bat er den Dolmetscher, jede Frage des Untersuchers ein zweites Mal zu wiederholen und erklärte auf Nachfrage, dass er sehr aufgeregt sei und „Angst in ihm hochkomme“. Jedes Mal wenn er zu seiner Vorgeschichte befragt werde, stiegen viele Erinnerungen an Erlebnisse aus Haftzeiten im Karakol (Polizeigefängnis) in ihm auf. Herrn Z.'s Blick war zunächst vorwiegend auf den Dolmetscher gerichtet, den Untersucher sprach er über den Dolmetscher indirekt in der dritten Person an, indem er seine Antworten begann mit: "Sag ihm doch, dass..." oder "frag ihn doch, ob er das Gefühl kennt, wenn man seine Eltern und Geschwister verlassen muss?" Im Affekt wirkte Herr Z. sehr kontrolliert, etwas hilf- und ratlos und ängstlich, misstrauisch sowie eingeschränkt schwingungsfähig. An manchen Stellen seiner Schilderung, z.B. als von seiner Mutter die Rede ist, wurde die Affektkontrolle kurzzeitig durchbrochen, und er begann kurz zu weinen. Während der Untersuchung bat Herr Z mehrfach, möglichst wenig zu seiner familiären Vorgeschichte und Verfolgungsgeschichte mit den Erlebnissen im Karakol befragt zu werden, weil dann die Erinnerungen kämen und er sich dann "verlieren" würde. Parallel hierzu war auch zu beobachten, wie manche Fragen aufgrund offensichtlicher vorübergehender geistiger Abwesenheit von Herrn Z. wiederholt werden

mussten. Nachdem er längere Abschnitte seiner Verfolgungsgeschichte schließlich doch dargelegt hatte, starrte Herr Z. über Minuten hin abwesend vor sich hin und war nur unter fortgesetzter Ansprache wieder in die Gegenwart zurückzuholen. Danach befragt, erklärt er, dass es die Erinnerung an die Heimat und die Erlebnisse im Karakol seien, die seine Aufmerksamkeit hier, wie auch im Alltag abzögen. Dies trete vor allem dann ein, wenn er – wie während der Untersuchung – nach seinen Erlebnissen in der Heimat befragt werde. Soweit über den Dolmetscher zu eruieren, waren Satzbau und formale Gedankengänge Herrn Z.'s einfach strukturiert. Manchmal fielen auch zunächst unverständliche und nur aus dem Kontext zu entschlüsselnde Sätze wie z.B.: "Ich bin hinter meinem Brot", womit er meinte, dass er zwecks Broterwerbes und nicht aus politischen Motiven in den Bergen weilte. Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen oder Störungen im Ich-Erleben als Ausdruck einer Erkrankung psychotischer Genese fanden sich weder anamnestisch noch aktuell. Durchweg war eine leichte untergründige psychomotorische Unruhe und erhöhte vegetative Erregtheit festzustellen.

Bedeutsam an der Kasuistik des Herrn Z., dessen vollständiger Gutachten als Beispielgutachten im Anhang zu finden ist, ist die Erschwernis der Exploration aufgrund der dissoziativen Zustände, die eintraten, sobald sich die Untersuchung auf mögliche traumatische Erlebnisse richtete, und den Untersucher wiederholt veranlassten, auf weniger belastende, auch positiv stützende Lebensumstände in der Biographie des Klägers zurückzukommen. Derartige dissoziative Phänomene, die von psychomotorischer Unruhe und affektiver Angespanntheit begleitet waren, wiederholten sich bei Herrn Z. während der Untersuchung mehrfach, sobald Hafterlebnisse angesprochen worden waren.

Dissoziative Phänomene als Diagnosehinweise

Für den Gutachter, der in einem begrenzten Zeitrahmen möglichst viele Informationen braucht, können solche dissoziativen Phänomene erhebliche Erschwernisse in der Erhebung der speziellen Vorgeschichte mit sich bringen. Ist er aus Schonung dem Probanden gegenüber zu zaghaft, wird er selbst sich nicht ein überzeugendes Bild von dessen Vorgeschichte machen und der Auftraggeber ihm eine unzulängliche Untersuchung vorwer-

fen können. Ist er zu forsch, kann es vorkommen, dass der Proband in einen ausgedehnten, über längere Zeit anhaltenden dissoziativen Status gerät, in welchem er nach Art eines so genannten „Flashback“ erlittene Foltertraumata szenisch wiedererlebt, dabei z.B. vom Stuhl zu Boden gleitet, mit Händen und Armen den Kopf schützt und zu schluchzen und zu schreien beginnt, man möge mit dem Schlagen aufhören, und dabei ganz offensichtlich den anwesenden Gutachter und den Dolmetscher illusionär als Folterer erkennt, was stützende und stabilisierende therapeutische Interventionen sowie eine Unterbrechung der Begutachtung erforderlich macht. Zwischen diesen beiden Extremen muss der Gutachter einen Weg finden, wie übrigens auch der Therapeut, der mit Bürgerkriegs- und Folterüberlebenden arbeitet. Jedoch hat der Gutachter seine Untersuchung innerhalb eines begrenzten Zeitrahmens durchzuführen und am Schluss eine klare und dezidierte Aussage zu treffen, was ein hohes Maß an Erfahrung und Geschick erfordert. Andererseits sind es gerade solche, während der Untersuchung beobachtbaren und reproduzierbaren dissoziativen Zustände, welche über die subjektiven Angaben der Betroffenen hinaus für den Gutachter die Diagnose einer komplexen psychisch reaktiven posttraumatischen Störung (Herman, 1994) objektivierbar werden lassen. Auch kann der thematische Zusammenhang, in welchem derartige dissoziative Phänomene während der Untersuchung auftreten, Hinweise auf die Ursache der Traumatisierung geben.

PRAXISHINWEIS

Wichtig ist, dissoziative Phänomene wie auch alle weiteren, die Exploration behindern- den Symptome konkret und detailliert als Untersuchungsbefunde zu dokumentieren, und später in der Diskussion und Beurteilung für jeden nachvollziehbar mit einzubeziehen.

ÜBERSICHT

Symptombezogene Hindernisse bei der Exploration

- ▶ Misstrauen, Rückzugs- und Isolationstendenzen
- ▶ mangelnde Kommunizierbarkeit extremtraumatischer Erfahrungen
- ▶ Tendenz zur Abkapselung der extremtraumatischen Erfahrungen von der Umwelt
- ▶ Schamgefühle
- ▶ Schuldgefühle

- ▶ Vermeidung der Thematisierung traumatischer Erfahrungen aus Furcht vor affektivem Kontrollverlust
 - ▶ assoziative Verknüpfung der gutachterlichen Exploration mit vergangenen Verhörs- und Foltererfahrungen
 - ▶ dissoziativ bedingte Gedächtnisstörungen
 - ▶ dissoziativ bedingte Einschränkungen des Affekterlebens (Affektisolierung, Affektabspaltung, Affektabstumpfung, Parathymie)
 - ▶ Konzentrationsstörungen
- (v. Baeyer et al., 1964; Haenel, 1998; Graessner & Wenk-Ansohn, 2000)

3.2 Traumaspezifische Beziehungsaspekte

Täterübertragung

Es sollte beachtet werden, dass Asylantragsteller, die im Herkunftsland verhört und gefoltert worden sind, die vergangenen Verhörsituationen emotional mit der gegenwärtigen Anhörung beim Bundesamt für Anerkennung ausländischer Flüchtlinge in Verbindung bringen können. In psychoanalytischen Begriffen gesprochen befände sich dann der Interviewer des Bundesamtes in einer spezifischen Übertragung, nämlich der Täterübertragung. Im Sinne des verhaltenstherapeutischen Modells wäre diese Situation der Anhörung ein Hinweisreiz, der assoziativ mit einem Aspekt der traumatischen Erfahrungen verknüpft ist und damit eine intensive psychische Belastung bis zu körperlichen vegetativen Reaktionen hervorrufen kann. Dies kann bei den Betroffenen vordergründig zu zwei gänzlich einander entgegengesetzten Erscheinungsbildern führen: entweder zu ängstlich agitierter Unruhe, Erregung und Angespanntheit oder zu Emotionslosigkeit, Antriebsarmut und Wortkargheit. In solchen Momenten, die beim Behördenvertreter ebenso wie beim Gutachter oder Therapeuten auftreten können, sind Traumatisierte in der Regel nicht in der Lage, ihre Vorgeschichte widerspruchsfrei, erlebnisnah und detailgetreu, wie vom Bundesamt gefordert, zu schildern.

Gegenübertragung

Wenn es auf der einen Seite die reaktiven psychischen Symptome selbst sind, die einer objektiven gutachterlichen Beurteilung im Wege stehen können, so kann es auf der anderen Seite die Einstellung des Gutachters zum Traumatisierten und dessen Geschichte sein, welche seine objektive Einschätzung und Beurteilung behindert. Nicht nur zwischen Patient und Arzt im therapeutischen Setting, sondern auch zwischen Proband und Gutachter entsteht eine Beziehung, in welcher sich Gefühle, Gedanken, Fantasien und Wertungen zum Gegenüber einstellen. Nach der psychoanalytischen Theorie werden diese beim Patienten oder Probanden als Übertragung sowie beim Arzt oder Gutachter als Gegenübertragung bezeichnet. Ebenso wie in der therapeutischen Beziehung mit Folteropfern und anderweitig Traumatisierten können sich auch beim Gutachter in seiner Beziehung zum zu Begutachtenden sehr schnell extreme Gegenübertragungsphänomene mit entweder zu großer Distanz und fehlender Empathie oder mit zu geringer Distanz und der Gefahr der Überidentifizierung bis hin zur persönlichen, empathischen Verstrickung einstellen (Hoppe, 1967; Wilson & Lindy, 1994; siehe auch Kapitel 9 „Übertragung und Gegenübertragung bei der Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge“).

Zu große Distanz. Eine zu große Distanz und zu geringe Empathie können sich beim Gutachter einstellen, wenn er unzureichend über psychische Traumafolgen, politische, geschichtliche Fakten und Haftbedingungen in den Herkunftsländern informiert ist. Das Gleiche kann der Fall sein, wenn er, ausgehend von seiner eigenen Lebenserfahrung und seinem Bild von einer im Grunde harmonischen Welt, die Darstellungen des anderen für übertrieben und unglaubhaft hält (Wilson & Lindy, 1994). Aus der Sicht des Traumatisierten nimmt er dann insofern eine Eigenschaft der früheren Täter an, als er ebenso wie diese das Geschehene zu verschweigen und verleugnen scheint. Eine derartige Beziehungskonstellation ist auch ein Grund für die oft zu beobachtende resignative Zurückhaltung von Folterüberlebenden in den Explorationsgesprächen, was nicht selten Gutachter zu der irrtümlichen Annahme gelangen lässt, hier einen Menschen ohne oder mit nur gering ausgeprägten traumabedingten psychischen Symptomen vor sich zu haben. Diese fehlende Anerkennung bedeutet für die Betroffenen eine erneute Kränkung, und

oft schließt sich hieran eine zeit- und kostenaufwendige Kette von Widerspruchs- und Klageverfahren über sämtliche Verwaltungs- und Gerichtsinstanzen an.

ÜBERSICHT

Gründe für zu große Distanz des Gutachters:

- ▶ unzureichende Kenntnisse und Erfahrung in Psychotraumatologie
- ▶ unzureichende historische Kenntnisse
- ▶ idealisiertes Weltbild
- ▶ Abwehr eigener traumatischer Erfahrungen

Zu geringe Distanz. Eine zu geringe Distanz und zu große Empathie mögen beim Gutachter aus der Abwehr eigener Schuld- und Schamgefühle entstehen oder aus Erschütterung und Entsetzen über die geschilderte traumatische Erfahrung. Auch ein bewusste oder unbewusste Furcht, dass der Traumatisierte ihn in die Nähe der damaligen Täter („Täterübertragung“) rücken könnte, kann zur Überidentifizierung mit dem Opfer führen. Hieraus kann eine zu große, undistanzierte und kämpferische Hilfsbereitschaft gegenüber dem Traumatisierten erwachsen, die, wenn sie unreflektiert bleibt, den Gutachter dazu verleitet, gegenüber Kollegen und Behörden unsachlich, pauschal und polemisch zu argumentieren.

ÜBERSICHT

Gründe für zu geringe Distanz des Gutachters (Überidentifizierung):

- ▶ Schuld- und Schamgefühle
- ▶ Überwältigtsein von Empathie
- ▶ Furcht vor Identifizierung mit Tätern
- ▶ unbewältigte eigene traumatische Erlebnisse

Folglich ist nicht allein das Vorhandensein spezifischer psychiatrischer oder auch psychologischer Fachkenntnisse bei der Begutachtung von Traumatisierten eine entscheidende Voraussetzung, sondern ebenso die Fähigkeit, zwischen den beiden extremen Gegenübertragungsphänomenen (mit entweder zu großer oder zu geringer Distanz) eine mittlere Position einzunehmen. Dies lässt sich durch „größtmögliche Empathie im Ver-

bund mit größtmöglicher Distanz“ (Lansen, 1996) oder „kontrollierter Identifikation“ (Hoppe, 1967) charakterisieren (siehe auch Kapitel 10 „Burnout und stellvertretende Traumatisierung“).

3.3 Abgrenzung von anderen psychischen Störungen

Manchmal ist es für den Gutachter schwierig, schädigungsabhängige, erlebnisreaktive, posttraumatische Störungen von nicht traumatisch bedingten, im sozialen Entschädigungsrecht oft auch als anlagebedingt bezeichneten, schädigungsunabhängigen Störungen, die sich gegebenenfalls schädigungsunabhängig weiterentwickelt haben, zu unterscheiden. In aufenthaltsrechtlichen Verfahren ist auch die Abgrenzung posttraumatischer von anderen erlebnisreaktiven Störungen wie migrationsbedingten Anpassungsstörungen oder reaktiven depressiven Entwicklungen bedeutsam. Die Anwendung der im sozialen Entschädigungsrecht geforderten psychodynamischen Kenntnisse zur Unterscheidung traumatischer von nicht traumatisch bedingten Störungen (Haenel, 2002) kann bei Personen aus anderen Kulturkreisen mit anderen familiären und sozialen Gepflogenheiten, Bräuchen und Tabus nicht vorbehaltlos erfolgen. So sind die anamnестischen Angaben zur sozialen und beruflichen Entwicklung im Herkunftsland vor der Verfolgung zu berücksichtigen. Auch wenn man von der endemischen Verbreitung psychischer Konfliktkonstellationen mit kulturell bedingt unterschiedlichen Inhalten ausgehen muss, ist dennoch die Frage zu berücksichtigen, ob eine Extremtraumatisierung durch Bürgerkrieg oder Folter zur wesentlichen Verschlimmerung einer latenten – lediglich in Disposition vorhandenen und bislang kompensierten – psychischen Störung beigetragen hat. In diesem Falle müsste diese Störung zwar nicht im Sinne der Entstehung so doch im Sinne einer wesentlichen Verschlimmerung ebenfalls als psychische Extremtraumafolge angesehen werden.

3.4 Literatur

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Press

Auswärtiges Amt (1994, 1995). Lageberichte Türkei.

Baeyer, W. von, Häfner, H. & Kisker, K. (1964). Psychiatrie der Verfolgten. Berlin: Springer.

Graessner, S. & Wenk-Ansohn, M (2000). Spuren der Folter. Berlin: Verlag des Behandlungszentrums für Folteropfer.

Haenel, F. (1998). Special problems in the assessment of the psychological sequelae of torture and incarceration. In M. Oehmichen (Hrsg.), Maltreatment and Torture. Lübeck: Schmidt Rohmild Verlag.

Haenel, F. (2000). Die Beziehung zwischen Gutachter und zu Untersuchenden und ihre Bedeutung bei der Begutachtung chronisch psychischer Traumafolgen. Der Medizinische Sachverständige, 96, 84-87.

Haenel, F. (2002). Zur Abgrenzung psychisch reaktiver Haft- und Folterfolgen von schädigungsunabhängigen neurotischen Störungen. Der Medizinische Sachverständige, 98, 194-198.

Haenel, F, Karcher, S. & Tschiesche, C. (2002). Aus der multidisziplinären Arbeit am Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer. In T. Heise (Hrsg.), Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland, S. 25-41. Berlin: VWB.

Herman, J. L. (1994). Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex post-traumatic syndrome (DESNOS). In J. R. T. Davidson & E. Foa (Hrsg.), Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. Washington: American Psychiatric Press.

Hoppe, K. (1967). The emotional reactions of psychiatrists when confronting survivors of persecution. The Psychoanalytic Forum, 3, 187-196.

Lansen, J. (1996). Was tut „es“ mit uns? In S. Graessner, N. Gurrus & C. Pross (Hrsg.), Folter - an der Seite der Überlebenden. München: Beck Verlag.

Schaeffer, E. (1999). Traumatisierte Flüchtlinge – Die posttraumatische Belastungsstörung. In Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf (Hrsg.), „Du musst lernen, deine Stirn offen zu tragen“ – Aufsätze zur Situation von Flüchtlingsfrauen. Düsseldorf: Verlag des PSZ.

Skyly, G. (1993). Falanga - diagnosis and treatment of late sequela. *Torture*, 3, 11-15.

Wenk-Ansohn, M. (2002). Folgen sexualisierter Folter. Therapeutische Arbeit mit kurdischen Patientinnen. In S. Graessner, N. Gurris & C. Pross (Hrsg.), *Folter - an der Seite der Überlebenden*. München: Beck Verlag.

Wilson, J. & Lindy, J (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.

World Health Organisation (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders and diagnostic guidelines*. Geneva.

4 Erinnern, Vergessen und posttraumatische Störungen

Angelika Birck

4.1 Die Funktionsweise des Gedächtnisses	76
4.2 Störungen der Gedächtnisfunktionen.....	80
4.2.1 Einflüsse von außen (z.B. Gewalteinwirkungen).....	80
4.2.2 Einflüsse von innen (psychische und neurobiologische Faktoren).....	81
4.3 Beurteilung von Erinnerungen und Erkrankungen	85
4.3.1 Falsche Erinnerungen und unglaubliche Aussagen	87
4.3.2 Sind Gedächtnisstörungen echt?	88
4.3.3 Sind posttraumatische Störungen echt?	91
4.4 Literatur.....	95

4.1 Die Funktionsweise des Gedächtnisses

Explizites Gedächtnis. Das Gedächtnis umfasst unterschiedliche hierarchisch aufeinander aufbauende Systeme, grob kann man zwei verschiedene Strukturen voneinander unterscheiden (Van der Kolk, 1996; Van der Kolk & Fisler, 1995): Das explizite Gedächtnis beinhaltet bewusste Erinnerungen an Ereignisse, diese können symbolisiert und sprachlich berichtet werden. Das höchststehende, komplexeste und damit störungsanfälligste System ist das episodisch-autobiographische Gedächtnis (vergangene Ereignisse, mit Zeit und Ort, bewusste Reflexion). Hierarchisch niedriger ist das semantische Gedächtnis (kontextfreies Faktenwissen, z.B. gelernte Formeln, Definitionen).

Implizites Gedächtnis. Das implizite Gedächtnis umfasst hierarchisch absteigend das prozedurale Gedächtnis mit Wissen über motorische Abläufe, Gewohnheiten, Emotionen und klassisch konditionierten Antworten sowie das Priming Gedächtnis (ohne bewusste Reflexion, Wiedererkennen von Reizen; Markowitsch, 2002, S. 88). Traumatische Erinnerungen sind zunächst Teil des impliziten Gedächtnisses. Diese Erinnerungen bestehen losgelöst von einem räumlichen oder zeitlichen Bezug, sie sind nonverbal und nicht symbolisierbar. Sie können daher nicht in Worte gefasst werden. Stattdessen sind diese Gedächtnisinhalte emotional, verhaltensbezogen und sensorisch gespeichert. Sie können deshalb z.B. durch Reinszenierungen zum Ausdruck kommen.

Aktiver Erinnerungsprozess. Erinnern ist ein Komplex von Funktionen: Informationen, die in einer Situation wahrgenommen und abgespeichert wurden, werden wieder abgerufen. Dieser Prozess kann an jeder Stelle gestört werden. Unser Gedächtnis funktioniert nicht wie eine Videokassette, die man zurückspulen kann, um Vergangenes wachzurufen: Erinnerungen sind keine konstanten oder realen Abbilder von Erlebnissen. Gedächtnisinformationen werden stattdessen bei jedem Erinnern neu konstruiert und interpretiert und unterliegen ständigen Veränderungen. Wahrnehmen und Erinnern sind wesentlich von Vorerfahrungen und dem aktuellen Kontext beeinflusst. Der Abruf von Informationen ist ein aktiver Prozess, Schlüsselreize (z.B. Emotionen, sensorische Eindrücke) können ihn auslösen oder behindern. Manche Menschen, die ein Trauma erlebt haben, kommen scheinbar normal zurecht, solange ihre traumatischen Erinnerungen nicht aktiviert werden. Allerdings reagieren sie besonders vulnerabel auf Reize, die mit dem ursprünglichen Trauma verknüpft sind.

Assoziativ verbundenes Informationsnetzwerk. Das Gedächtnis ähnelt einem Netzwerk von assoziativ miteinander verbundenen Informationen. Gespeicherte Informationen, die für den Erinnernden eine subjektiv ähnliche Bedeutung haben wie bereits aktivierte Gedächtnisinhalte, können besser und schneller abgerufen werden als unähnliche Informationen. Die Bedeutung der gespeicherten Informationen unterliegt einem ständigen Wandel. Erinnerungseinfälle sind nicht völlig steuerbar, Schwankungen sind normal: Uns fallen Antworten auf Fragen manchmal nicht sofort ein, auch wenn sie prinzipiell bekannt sind und „auf der Zunge liegen“ (solche Abrufblockaden verstärken sich in Stresssituationen, z.B. Prüfungen). Wir können uns zum gewünschten Zeitpunkt nicht erinnern – später fällt es uns wieder ein (Arntzen, 1993).

Beeinträchtigende Aktivierungsniveaus. Das Gedächtnis funktioniert am besten bei optimalem Aktivierungsniveau (Interesse, emotionale Bedeutsamkeit). Bei minimaler und maximaler Aktivierung sind Gedächtnisfunktionen eingeschränkt. Personen können sich an gespeicherte Informationen besonders gut erinnern, wenn sie sich bei der Reproduktion in einem ähnlichen emotionalen Zustand befinden wie bei der Speicherung. Wenn das Aktivierungsniveau zum Zeitpunkt des Einspeicherns stark verschieden ist von dem des Abrufens (z.B. traumatische Situation versus Befragung), ist das Gedächtnis beeinträchtigt (Hauff & Vaglum, 1994; Van Velsen et al., 1996). So können sich deprimierte Menschen schlecht an fröhliche Erlebnisse erinnern. Viele Traumatisierte können sich zeitweise an traumatische Ereignisse oder einzelne Aspekte davon nicht erinnern: In trauma-ähnlichen Affekt- und Bewusstseinszuständen hingegen werden sie oft von traumatischen Erinnerungen überflutet (können diese jedoch nicht immer sprachlich mitteilen).

Generalisierte Schemata. Die Kapazität des Gedächtnisses ist begrenzt, deswegen werden aus der gesamten Informationsflut nur Ausschnitte wahrgenommen und diese wiederum selektiv und komprimiert gespeichert. Das Gedächtnis hat die Tendenz, ähnliche, sich wiederholende Ereignisse generalisiert und verdichtet als ein gemeinsames Ganzes zu speichern (so genanntes kognitives Schema, z.B. Weihnachtsfeier), wodurch mehrere Einzelereignisse in der Erinnerung miteinander verschmolzen werden. Dies erleichtert die Integration neuer Wahrnehmungen und ermöglicht eine rasche Informationsverarbeitung. Jedoch können innerhalb eines generalisierten Schemas einzelne Ereignisse nicht mehr eindeutig voneinander unterschieden oder in eine chronologische Abfolge gebracht werden, Details werden häufig falsch zugeordnet. Über mehr als vier bis fünf ähnliche Ereignisse kann nur in besonderen Fällen voneinander getrennt detailliert berichtet werden (Arnold, 1997). Personen, die wiederholte Überfälle oder Verhaftungen erlebt haben, können oft nicht mehr genau unterscheiden, welche Ereignisse sich im Rahmen einer bestimmten Haftperiode ereignet haben. Verwechslungen und Widersprüche sind daher häufig.

Subjektives Zeiterleben. Gedächtnisinhalte sind in vergangen, gegenwärtig und zukünftig geordnet: Indem man sich erinnert, weiß man automatisch, dass ein Ereignis Vergangenheit ist. Gleichzeitig kann man sich vorstellen, was man in der nächsten Woche tun möchte (prospektives Gedächtnis). Trotzdem sind Gedächtnisinhalte nicht chro-

nologisch, sondern assoziativ geordnet. Das Erleben von Zeit hängt vom subjektiven Empfinden ab (schöne Stunden vergehen „wie im Flug“) und ist störungsanfällig: Das Erleben der Dauer von Ereignissen kann gedehnt oder verkürzt und durch Zeitraffer- und Zeitlupenphänomene beeinträchtigt sein. Psychoaktive Substanzen (Drogen), epileptische Auren, aber auch Nah-Tod-Erlebnisse (z.B. im Rahmen von traumatischen Ereignissen) sind häufig mit Störungen des Zeitempfindens verbunden (Markowitsch, 2002).

Normale Erinnerungsveränderungen und –verluste. Menschen vergessen nicht nur Fakten, sondern auch Teile von persönlichen Erlebnissen. Die meisten Erinnerungsveränderungen und -verluste sind normal. Verschiedene Aspekte von Erlebnissen werden dabei unterschiedlich rasch vergessen: Man erinnert sich über längere Zeit hinweg (zumindest für zwei bis drei Jahre) relativ konstant an

- ▶ das zentrale Kerngeschehen
- ▶ die eigene Rolle und das eigene Handeln
- ▶ die am Kerngeschehen beteiligten Personen und Gegenstände
- ▶ grobe Angaben zu örtlichen Gegebenheiten (z.B. in einem Gebäude oder im Freien)
- ▶ die Helligkeit vor Ort
- ▶ globale Körperpositionen bei körpernahen Ereignissen (z.B. liegen, stehen)

Häufig vergessen oder verändert wiedergegeben werden hingegen

- ▶ das periphere Geschehen (z.B. Anwesenheit von Personen, die nicht zentral beteiligt waren)
- ▶ Nebenhandlungen, die Reihenfolge mehrerer Situationen oder Handlungssequenzen
- ▶ Schätzungen (z.B. Häufigkeiten, Zeitangaben, Daten)
- ▶ das Wetter
- ▶ Seitenverhältnisse und Positionswechsel bei körpernahen Handlungen
- ▶ der Wortlaut und Sinngehalt von Gesprächen
- ▶ Angaben zu unangenehmen Körperempfindungen (Schmerzen)

(Greuel et al., 1998; Arntzen, 1993).

Was peripher oder zentral an einem Geschehen ist, unterliegt der subjektiven Beurteilung der Beteiligten. Personen können sich kaum daran erinnern, was sie wann wem

über ein Ereignis erzählt haben, auch wenn sie sich an das Ereignis selbst gut erinnern. Frühere Aussagen zu einem Ereignis werden schnell vergessen (Arntzen, 1993). Das widerspricht der Alltags-Annahme, spätere Aussagen würden sich darauf stützen, was in früheren Befragungssituationen gesagt wurde. Selbst gesunde Menschen haben manchmal Schwierigkeiten, sich an Dinge „tatsachengetreu“ zu erinnern. Zusätzlich zu diesen normalen Erinnerungsschwankungen gibt es körperlich und psychisch bedingte Störungen der Gedächtnisfunktionen.

4.2 Störungen der Gedächtnisfunktionen

4.2.1 Einflüsse von außen (z.B. Gewalteinwirkungen)

Schläge auf den Kopf. Viele Foltermethoden können zu Gedächtnisstörungen führen. Folterungen finden häufig mit verbundenen Augen und gefesselten Händen statt, Schläge treffen auch den Kopf und verursachen oft Bewusstlosigkeit. Schädel-Hirn-Verletzungen können sich auch noch nach Jahren auf die allgemeine Gedächtnisleistung und Erinnerungsfähigkeit auswirken. Vergesslichkeit, Desorientierung und Verwirrung sind typisch, auch Gedächtnisverluste (Amnesien) können auftreten. Da diese Folgen der Schädel-Hirn-Traumen sich noch nach zwei bis drei Jahren nach deren Eintreten zurückbilden können (Delank & Müller, 1990), was später zu verbesserter Erinnerung führt, sind Widersprüche in den Aussagen der Gefolterten möglich.

Untertauchen des Kopfes. Eine weitere Foltermethode ist das Untertauchen des Kopfes in Wasser, mitunter bis zur Bewusstlosigkeit. Die daraus resultierenden zerebralen Schäden durch Sauerstoffmangel können je nach ihrem Ausmaß vorübergehend oder andauernd sein (Cohen, 2001). Schädigungen im mikroskopischen Bereich können nachträglich oft nicht mehr eindeutig diagnostiziert werden, weil Art und Dauer der Gewalt, Dauer der Bewusstlosigkeit, Zustand nach dem Aufwachen etc. nur teilweise bekannt sind. Dennoch können sie die Gedächtnisfunktionen dauerhaft beeinträchtigen.

Mangelernährung. Folterungen und Haftsituationen sind außerdem oft gekennzeichnet durch Hunger und Mangelernährung, manchmal Hungerstreiks. Starker Vitaminmangel (besonders Mangel an B-Vitaminen) kann zu kognitiven Störungen und Gedächtnisdefiziten führen (Cohen, 2001). Schädigungen des zentralen Nervensystems können mit Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen u.a. verbunden sein.

Unterstimulation. Haftzeiten beinhalten häufig starke sensorische und soziale Unterstimulation (Einzelhaft, Dunkelheit oder gleichförmiges Licht, Schallisolation u.a.). Sowohl Reizüberflutung als auch eine dauerhaft erniedrigte Stimulation des zentralen Nervensystems führt zu schweren und mitunter dauerhaften Beeinträchtigungen des Gedächtnisses. Länger andauernde Unterstimulation wie in Isolationshaft wird als extrem schmerzhaft erlebt und führt schon nach wenigen Tagen zu schweren psychischen Störungen (z.B. Orientierungsverlust, Angst, Depression, Halluzinationen). Bei Opfern von Isolationshaft wurden vermehrt andauernde kognitive Einschränkungen und Konzentrationsstörungen beobachtet (Graessner & Wenk-Ansohn, 2000).

Verabreichung von chemischen Substanzen. Im Rahmen von Folterungen kommt es manchmal zur Verabreichung von chemischen Substanzen, die Schmerz verursachen sollen. Neurotoxische Wirkungen und unbestimmte Langzeitfolgen sind nicht auszuschließen.

Schlafentzug. Eine weitere übliche Foltermethode ist Schlafentzug durch andauernde nächtliche Verhöre u.a. Für die Konsolidierung von Informationen im Langzeitgedächtnis spielt der Schlaf eine wichtige Rolle, unzureichender Schlaf kann zu Störungen bis hin zu Gedächtnislücken führen (Markowitsch, 2002). Verschiedene psychische Ausnahmezustände und Erkrankungen (z.B. Depressionen, PTBS) sind mit Schlafmangel verbunden. Cohen (2001) untersuchte 24 folterüberlebende Patienten, von diesen gaben 75 Prozent an, maximal bis zu vier Stunden pro Nacht zu schlafen. Dies kann ebenfalls Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse beeinträchtigen.

4.2.2 Einflüsse von innen (psychische und neurobiologische Faktoren)

Gehemmter Informationsabruf. Starke Stresszustände hemmen Wahrnehmung, Abspeichern und Abruf von Gedächtnisinformationen. Aus dem Alltag sind den meisten Menschen Auswirkungen von Stress auf das Gedächtnis bekannt: Gelerntes fällt einem in Prüfungen nicht mehr ein, differenzierte Verhaltensalternativen sind nicht mehr verfügbar. Starke Stresszustände, die Symptom einer psychischen Erkrankung oder durch situative Belastungen (z.B. Anhörung, Gerichtsverfahren) ausgelöst sein können, hemmen mitunter den Informationsabruf bis hin zu einer völligen Blockade von Erinnerungen (Markowitsch, 2002).

Zustandsabhängige Erinnerungseffekte. Angsterkrankungen führen zu einer selektiven Aufmerksamkeit für Ereignisse, die als bedrohlich erlebt werden. Depressive nehmen negative Informationen verstärkt wahr und vernachlässigen positive, sie erinnern sich insgesamt schlechter an autobiographische Ereignisse als Gesunde (Cohen, 2001). Diese Störungen können durch zustandsabhängige Erinnerungseffekte erklärt werden (vgl. oben).

Verzerrte Wahrnehmung. Die Art und Weise, wie eine traumatische Situation wahrgenommen wird, unterscheidet sich von der Wahrnehmung anderer Erlebnisse. Das erhöhte Erregungsniveau führt zu einer Einengung der Aufmerksamkeit, es wird nur eine begrenzte Anzahl von Reizen registriert und verzerrt wahrgenommen, komplizierte Denkopoperationen sind nicht möglich. Die traumatische Situation wird oft mit einem veränderten Empfinden für Raum und Zeit und für die eigene Person erlebt. Menschen erleben die Zeit während des traumatischen Geschehens z.B. als schleichend oder beschleunigt, sie berichten über Verwirrung, Veränderungen des Erlebens der Umwelt und der eigenen Person sowie über veränderte Sinneswahrnehmungen (inklusive verändertem Schmerzempfinden; so genannte „dissoziative Prozesse“). Die Bewusstseinsbeeinträchtigung kann zu kompletten oder teilweisen Gedächtnisverlusten führen, die die gesamte traumatische Situation oder einzelne Aspekte davon betreffen. Dies kann zu widersprüchlichen Angaben führen, wovon häufig Raum- und Zeitangaben betroffen sind.

Beeinträchtigte Gedächtnisinformation. Ereignisse, die mit übermäßiger psychophysiologischer Erregung verbunden sind, sind schlechter erinnerbar als neutrale oder subjektiv bedeutsame, jedoch nicht-traumatische Ereignisse. Empirische Untersuchungen zeigen, dass eine vermehrte und längerdauernde Ausschüttung von Stresshormonen die neuronale Kommunikation stören, den Abruf von Gedächtnisinformation wesentlich

beeinträchtigen und im Extremfall sogar neurotoxische Wirkung haben kann (Markowitsch, 2002; Cohen, 2001; zu physiologischen Veränderungen bei posttraumatischen Störungen vgl. Kapitel 1 „Störungskonzepte und Neurobiologie“). Verursacht durch das hohe Erregungsniveau in der traumatischen Situation und peritraumatisch-dissoziative Wahrnehmungs- und Bewusstseinsveränderungen unterscheiden sich die Erinnerungen an traumatische Inhalte wesentlich von normalen Alltagserinnerungen, von Erinnerungen an bedeutsame Ereignisse und auch von Erinnerungen an nicht-traumatische Stresssituationen (Van der Kolk et al., 1996).

ÜBERSICHT

- ▶ Traumatische Erinnerungen sind zunächst implizit gespeichert (vgl. 1.1.),
- ▶ sie enthalten keine symbolische Komponente,
- ▶ sie können nicht in Worte gefasst werden,
- ▶ sie bestehen stattdessen aus sensorischen Fragmenten, intensiven Affekten oder verhaltensmäßigen Neuinszenierungen,
- ▶ sie werden dabei vorerst als raum- und zeitlos und Ich-fremd empfunden.

Traumatisierte können erst allmählich eine verbale Erzählung aus ihren sensorisch-affektiven Erinnerungen konstruieren.

Dissoziative Prozesse. Gedächtnisstörungen sind Kardinalsymptome posttraumatischer Krankheitsbilder. Übersteigerte Erinnerungsfähigkeit und eine Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung werden oft gleichzeitig, aber für unterschiedliche Aspekte der traumatischen Situation beobachtet. Einzelne Details bleiben häufig über lange Zeiträume hinweg extrem lebendig und stabil, zugleich können bei derselben Person andere Aspekte des Traumas nur lückenhaft, vage oder gar nicht erinnerbar sein. Häufig ist die traumatische Erfahrung in voneinander getrennte Bewusstseins- und Erlebniszustände aufgespalten, die jeweils nur begrenzt und abwechselnd erinnerbar sind. Solche dissoziativen Prozesse sind zentrale Folgen traumatischer Ereignisse. Dieses Phänomen kann – ebenso wie krankheitsbedingtes Vermeidungsverhalten – dazu führen, dass über traumatische Inhalte überhaupt nicht oder nur oberflächlich und distanziert berichtet wird, mitunter gehen mit der Schilderung von traumatischen Situationen sogar paradoxe emotionale Reaktionen einher (Birck, 2002a).

Dissoziative Vorgänge können auch das völlige Vergessen von traumatischen Erlebnissen bedingen (Bremner & Marmar, 1998). Der Erinnerungsverlust kann dabei das gesamte traumatische Ereignis, mitunter inklusive vorausgehender oder nachfolgender Zeitspannen (z.B. ganze Haftperioden), oder nur einzelne Aspekte der traumatischen Situation betreffen. Die Gedächtnislücken können Zeiträume von einigen Minuten bis zu mehreren Jahren umfassen. Der Verlust traumatischer Erinnerungen ist oft nur temporär, Inhalte von Gedächtnislücken können allmählich oder spontan wieder erinnerbar sein. Dieses Phänomen ist besonders bei Naturkatastrophen, sexualisierter Gewalt, Kriegseignissen und Folter bekannt (Van der Kolk et al., 1996). Erneutes Erinnern wird häufig durch Reize ausgelöst, die Elementen des ursprünglichen Traumas ähneln (z.B. erneute Bedrohung, Verlust). Manchmal werden traumatische Erinnerungen im Verlauf der psychischen Stabilisierung und beginnenden Verarbeitung der Ereignisse wieder zugänglich. Dadurch können sich Aussagen zu den traumatischen Ereignissen verändern.

Konstruierter Zusammenhang. Mitunter bemerken Menschen nicht, dass sie keine Erinnerungen an die Ereignisse innerhalb einer bestimmten Zeitspanne haben und nennen dann auch keine Erinnerungslücken. Sich nicht an Aspekte der eigenen Biographie erinnern zu können wird oft als sehr bedrohlich erlebt. Wenn sich Menschen nur unzusammenhängend an Ereignisse erinnern können, tendieren sie deshalb dazu, die Fragmente so zu interpretieren und durch Wissen, Annahmen, Aussagen von Dritten etc. zu ergänzen, dass ein Zusammenhang entsteht (vgl. Fallbeispiel in Graessner & Wenk-Ansohn, 2000). So wird eine psychisch notwendige Illusion von Lebenskontinuität bewahrt. Da dies nicht bewusst oder beabsichtigt geschieht, wissen die betroffenen Personen nicht, dass sie Dinge erzählen, die sie nicht erlebt haben, sondern nur annehmen. Dies kann zu Konfabulationen oder zu Inkonanzen und Widersprüchen führen, von denen zentrale traumabezogene Inhalte jedoch meist nicht betroffen sind (Jacobs et al., 1996).

Gestörte nicht-traumatische Erinnerung. Bei posttraumatischen Störungen kann nicht nur die Erinnerung an traumatische Ereignisse gestört sein, sondern auch die Erinnerung an allgemeine autobiographische Inhalte (Herman, 1995). Dies kann sowohl das anterograde als auch das retrograde autobiographische Gedächtnis betreffen, während Faktenwissen oft noch unbehindert reproduziert werden kann (Markowitsch, 2002). Bei

manchen Menschen kann der Abruf von alter Gedächtnisinformation gestört sein, ohne dass nachweisbare organische Befunde vorliegen (mnestische Blockaden oder psychogene Amnesien; Markowitsch, 2002).

In einer empirischen Studie in Großbritannien wurden anerkannte Flüchtlinge zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten über autobiographische Erinnerungen an traumatische und nicht-traumatische Ereignisse befragt (Herlihy et al., 2002). Je stärker die posttraumatische Symptomatik ausgeprägt war und je mehr Zeit zwischen den Untersuchungszeitpunkten lag, desto mehr wichen die Erinnerungen von einander ab. Die Studie zeigt also, dass solche Erinnerungsabweichungen nicht automatisch darauf zurückgeführt werden müssen, dass Berichte nicht erlebnisbezogen sind, da die Untersuchten keinen Nutzen von einer etwaigen Vortäuschung von Erlebnissen gehabt hätten. Doch da sich Flüchtlinge mit einer posttraumatischen Symptomatik häufiger inkonsistent erinnern als Gesunde, werden sie nach wie vor im Asylverfahren mit höherer Wahrscheinlichkeit abgelehnt, weil ihre Aussagen aufgrund von Abweichungen als nicht glaubhaft beurteilt werden.

Krankheitsbedingte Vermeidung. Zusätzlich zu traumabedingten Gedächtnisstörungen erschwert eine krankheitsbedingte Vermeidung traumatischer Inhalte die Traumaanamnese, was bei tabuisierten Verletzungen noch verstärkt vorkommt. Dies führt vermutlich in der Praxis zu mindestens ebenso gravierenden Aussagebeeinträchtigungen wie die beschriebenen Gedächtnisstörungen.

4.3 Beurteilung von Erinnerungen und Erkrankungen

Bei der Beurteilung, ob jemand wirklich erkrankt und beeinträchtigt ist oder simuliert, und der Einschätzung, ob ein berichtetes Ereignis tatsächlich erlebt worden ist oder nicht, handelt es sich um zwei grundsätzlich verschiedene Fragen, die mit unterschiedlichen Methoden beantwortet werden müssen.

Kriteriumsbezogene Aussagenanalyse. Aussagen zu vergangenen Erlebnissen beruhen auf Wahrnehmungen und Erinnerungen. Allgemeine Kenntnisse darüber spie-

len in der Beurteilung, ob die Aussagen glaubhaft sind oder nicht, eine wesentliche Rolle. Die forensische Psychologie mit der Methode der kriteriumsbezogenen Aussagenanalyse beschäftigt sich auf empirischer Basis mit der Glaubhaftigkeit von Aussagen zu vergangenen Ereignissen. Sie untersucht, ob es für eine Aussage zu einem Ereignis keine andere Möglichkeit des Zustandekommens gibt, als jene, dass das Berichtete tatsächlich erlebt worden ist – alle anderen Hypothesen (bewusste Falschaussage, Suggestion etc.) müssen ausgeschlossen werden.

Klinisch-diagnostische Methoden. Aussagen zu Krankheiten und Beeinträchtigungen können nur durch die klinisch-diagnostischen Methoden der Medizin und Psychologie/Psychotherapie auf der Grundlage von Kenntnissen über die übliche Art, Ausprägung und Kombination von Symptomen und über den Krankheitsverlauf beurteilt werden. Ausgehend von fachspezifischen klinischen Kenntnissen können echte psychische Symptome von vorgetäuschten Beschwerden und Krankheiten unterschieden werden (für PTBS vgl. Birck, 2002b, c; Resnick, 1997). Kompliziert wird es dadurch, dass zur Stellung der PTBS-Diagnose ein traumatisches Ereignis stattgefunden haben muss, sein Vorliegen aber im Rahmen der klinischen Diagnostik nicht mit derselben Akribie wie in der forensischen Psychologie überprüft werden kann. Dies hat zwei Gründe: Zum einen verfügen Kliniker meist nicht über aussagepsychologische, zum anderen erfordert die klinische Diagnostik eine offene, akzeptierende Haltung. Eine vertrauensvolle Atmosphäre ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass der zu Untersuchende offen und ausführlich über seine Beschwerden und Probleme, die gerade im Bereich psychischer Störungen häufig beschämend sind, spricht. Eine forensische oder gar kriminologische Herangehensweise des Untersuchers würde die Atmosphäre so beeinflussen und stören, dass im selben Rahmen kein zuverlässiger psychischer Befund erhoben werden könnte. Das bedeutet keineswegs, dass Kliniker alle Aussagen der Untersuchten unkritisch übernehmen, sondern die Aussagen des Untersuchten werden mit den Beobachtungen des Diagnostikers in Beziehung gesetzt, und ein intersubjektiv nachvollziehbarer Befund wird erhoben. Das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses ist im klinischen Alltag oft eindeutig (z.B. nach Verkehrsunfällen, Katastrophen) und wird von klinischen Diagnostikern ansonsten nach Plausibilität und häufig unter Berücksichtigung spezifischer Kenntnisse und möglicherweise sachtypischer Aussagen des Untersuchten (z.B. spezifisches Wissen über ein bestimmtes Gefängnis, über einzelne Foltermethoden

und ihre typischen Folgen) beurteilt. Intrusive Symptome, ihre Inhalte und ihre spezifischen auslösenden Reize geben oft Hinweise darauf, welcher Art die traumatischen Ereignisse gewesen sein können, auch wenn die klinische Untersuchung nicht die Glaubhaftigkeit im forensischen Sinn beurteilen kann.

4.3.1 Falsche Erinnerungen und unglaubhafte Aussagen

Erinnerungen an traumatische Ereignisse, vor allem sexualisierte Übergriffe in der Kindheit, die nicht tatsächlich stattgefunden haben, werden als „false memories“ bezeichnet. Um diese falschen Erinnerungen wird eine heftige Kontroverse geführt. Extreme Auffassungen sind einerseits, dass falsche Erinnerungen an Traumatisierungen sehr weit verbreitet seien und leicht suggeriert werden könnten (vertreten von Loftus et al.; Loftus & Ketcham, 1994), und andererseits, dass es keine falschen Erinnerungen an Traumatisierungen gebe (vertreten von Pezdek, 1994). Einen Überblick zum Stand der Kontroverse gibt Pope (2001).

Aus der Forschung zu Zeugenaussagen ist bekannt, dass es unter (oft nicht beabsichtigten) suggestiven Einflüssen dazu kommen kann, dass Menschen vom Erleben bestimmter Ereignisse überzeugt sind, obwohl diese sich nicht tatsächlich so zugetragen haben. Gleichzeitig ist empirisch gesichert, dass Amnesien nach traumatischen Erlebnissen vorkommen können und dass wiederkehrende Erinnerungen nicht weniger zuverlässig sind als andere (Williams, 1994; Bremner & Marmar, 1998).

Beim Abruf von Gedächtnisinformationen tritt die gespeicherte Information mit aktuellen situativen Bedingungen in Wechselwirkung. Dadurch können Gedankenassoziationen zwischen der abgerufenen Alt-Information und der aktuellen Situation entstehen. Jeder Abruf zieht eine Neueinspeicherung nach sich, dadurch wird alte Information gefestigt, aber gleichzeitig mit aktuellen Assoziationen (z.B. durch suggestive Einflüsse) verbunden. Deshalb kann die wiederholte Auseinandersetzung mit alter Information diese manchmal so verzerren, dass sie nicht mehr den ursprünglichen, bei der ersten Abspeicherung vorhandenen Gegebenheiten entspricht. Es kann dazu kommen, dass

man fälschlicherweise annimmt, sich an bestimmte Erlebnisse zu erinnern, obwohl man diese in der Form nicht erlebt hat (Markowitsch, 2002). Zurzeit ist die einzige empirisch gesicherte Methode zur Einschätzung, ob eine Aussage zu einem fraglichen Ereignis ausschließlich durch tatsächliches Erleben zustande gekommen sein kann, die Beurteilung der Glaubhaftigkeit durch die kriteriumsorientierte Aussagenanalyse (Greuel et al., 1998).

4.3.2 Sind Gedächtnisstörungen echt?

Diagnostische Schwierigkeiten

Es ist die Aufgabe von Mediziner*innen und klinischen Psycholog*innen/Psychotherapeuten, im Rahmen der Diagnostik festzustellen, ob ein Mensch tatsächlich krank oder beeinträchtigt ist oder das nur vortäuscht, und die Art der Erkrankung und ihre voraussichtliche Prognose zu beurteilen. Eine Schwierigkeit dabei, vorgetäuschte Symptome und Defizite von tatsächlich vorliegenden zu unterscheiden, liegt darin, dass z.B. manche Symptome tatsächlich bestehen und andere vorgetäuscht sein können, oder die Art der beschriebenen Symptomatik echt, aber die Angabe zu Häufigkeit bzw. Intensität über- oder untertrieben sein kann. Bei psychischen Störungen kommen nicht nur Simulationen im Sinne von Übertreibungen vor, sondern auch Dissimulationen. D.h. Menschen bagatellisieren tatsächlich vorhandene Symptome, untertreiben ihr Vorhandensein, ihre Intensität und Ausprägung (z.B. aus Scham). Die Erforschung von vorgetäuschten versus echten psychischen Symptomatiken und kognitiven Beeinträchtigungen steht erst am Anfang.

Tests zur Diagnostik von vorgetäuschten Gedächtnisstörungen

Verschiedene neuropsychologische Verfahren zur Diagnostik von Gedächtnisstörungen liefern Hinweise, um vorgetäuschte und tatsächliche Störungen zu unterscheiden (zu aktuell verfügbaren Testmethoden vgl. Trowbridge & Frank, 2003).

Extrem schlechte kognitive Leistungen. Manche Tests überprüfen sehr einfache kognitive Leistungen, welche tatsächlich schwer erkrankte oder behinderte Menschen noch erbringen können. Wenn ein Proband in einem solchen Test schlechtere Leistungen zeigt, als sie selbst von tatsächlich schwer kognitiv Beeinträchtigten noch erbracht werden können, gilt das als Hinweis für Vortäuschen.

Extrem schlechtes Faktenwissen. Analog dazu beschreibt Brandt (1988) spezifische Merkmale, um eine tatsächliche dissoziative Amnesie von einer simulierten zu unterscheiden: Personen, die einen Gedächtnisverlust vortäuschen, können Anforderungen in der Untersuchungssituation schlechter bewältigen als Personen, die tatsächlich an Erinnerungsstörungen leiden. Bei der tatsächlichen dissoziativen Amnesie sind die Fähigkeiten, neutrales Faktenwissen zu reproduzieren, früher erlernte Fertigkeiten auszuführen (z.B. ein Instrument spielen) und neue Informationen zu speichern, in der Regel nicht beeinträchtigt. Bei Personen, die den Gedächtnisverlust nur simulieren, werden hier mitunter Ausfälle in einem Ausmaß beobachtet, das selbst für Patienten mit tatsächlichen Hirnschädigungen ungewöhnlich ist.

Schlechtes Wiedererkennen. Eine weitere Möglichkeit, echte und vorgetäuschte kognitive Beeinträchtigungen zu unterscheiden, ist die Beurteilung von Leistungsmustern oder -profilen (Trowbridge & Frank, 2003). Etwa ist es einfacher, Informationen wieder zu erkennen (z.B. Multiple-Choice-Verfahren), als frei aus dem Gedächtnis zu reproduzieren (z.B. offene Fragen). Wenn eine Person beim Wiedererkennen schlechter abschneidet als bei der freien Reproduktion, kann das ein Hinweis für das Vortäuschen von Beeinträchtigungen sein.

Schlechter als Zufallstrefferwahrscheinlichkeit. Auch statistische Wahrscheinlichkeiten können zum Erkennen von Simulation führen: Einige Tests bestehen aus Fragen mit genau einer richtigen und einer falschen Antwortalternative, jede Frage muss beantwortet werden. Je deutlicher die Quote der falschen Antworten über der statistischen Zufallstrefferwahrscheinlichkeit von 50 Prozent liegt, desto eher kann man davon ausgehen, dass eine Person bewusst falsche Antworten wählt und Beeinträchtigungen vortäuscht.

Keine Korrelation mit Schwierigkeitsgrad. Der Vergleich von Antworten auf leichte und schwere Fragen kann ebenfalls auf Simulation hinweisen. Menschen mit echten kognitiven Beeinträchtigungen können meist auf einige einfache Fragen richtig antworten, mit zunehmender Schwierigkeit der Aufgaben werden richtige Antworten seltener, bis schließlich Fragen nicht mehr überzufällig richtig beantwortet werden können, weil die Schwierigkeit der Aufgaben die individuelle kognitive Leistungsfähigkeit übersteigt. Wenn nun in einem Test unterschiedlich leichte und schwere Fragen in zufälliger Reihenfolge auftreten, ist zu erwarten, dass Personen mit tatsächlichen kognitiven Beeinträchtigungen mit zunehmender Schwere der Aufgaben ein relativ konstant sinkendes Trefferprofil zeigen. Bei Simulanten werden sich dagegen richtige Antworten auf schwere und falsche Antworten auf leichte Fragen finden, da sie nicht an eine wirkliche kognitive Leistungsgrenze stoßen und die Schwierigkeitsgrade der Aufgaben nicht immer richtig einordnen können. Eine Abwandlung dieses Prinzips ist das Messen der Antwortzeit. Wenn die zum Lösen der Aufgabe benötigte Zeit nicht mit ihrem Schwierigkeitsgrad korreliert, kann das ein Hinweis für das Vortäuschen einer Beeinträchtigung sein (vgl. Trowbridge & Frank, 2003).

Eine Übersicht über Testverfahren und Studien zur Simulation von Erkrankungen geben Pope (2003) und Heubrock & Petermann (1998). Die Verfahren liefern Hinweise, jedoch keine Beweise für Simulation.

Nachteile der Tests

Die meisten Verfahren überprüfen nur globale und situationsüberdauernde kognitive Defizite oder eine allgemeine psychopathologische Symptomatik und sind damit wenig hilfreich für spezifische Fragen. Erinnerungsstörungen nach Traumata gehen oft nicht auf Defizite, sondern auf psychopathologische Prozesse zurück und unterliegen zeitlichen Schwankungen. Sie können mit allgemeinen neuropsychologischen Tests meist nicht erfasst werden, da diese das autobiographische Gedächtnis nicht berühren. Neuropsychologische Testverfahren liegen meist nicht in den Muttersprachen von Flüchtlingen vor, sie sind auch nicht an vergleichbaren Stichproben validiert worden, die Verfahren und ihre Normwerte sind daher nicht kulturübergreifend gültig. Faktenwissen und Kenntnisse werden sehr kulturspezifisch erworben, mit einem bloßen Übersetzen

der Tests ist es nicht getan. Außerdem sind viele Tests in der Anwendung zeitaufwendig und kostenintensiv. Natürlich können nicht nur kognitive Defizite, sondern auch andere psychopathologische Symptome vorgetäuscht werden. Zur Einschätzung, ob es sich bei beobachteten Symptomen und Defiziten um Simulation handeln könnte, eignen sich in der Praxis im Umgang mit Flüchtlingen eher allgemeinen Richtlinien, wie sie im Folgenden vorgestellt werden.

4.3.3 Sind posttraumatische Störungen echt?

Die Unterscheidung von echten und vorgetäuschten posttraumatischen Störungen wird detailliert besprochen in Birck (2002c), der kurze Überblick hier orientiert sich an Resnick (1988).

Keine Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten. Bei fingierter PTBS steht die berichtete Symptomatik oder der beschriebene Symptomverlauf manchmal im Widerspruch zu alltäglichen Fähigkeiten des Untersuchten. So werden z.B. Konzentrationsstörungen und Misstrauen zwar in der Untersuchungssituation beschrieben oder beobachtet, aber Alltagsaktivitäten und soziale Beziehungen offenbar nicht beeinträchtigt.

Keine Veränderung der Symptomatik. Bei Simulation gibt es auch oft keinen vorhersagbaren Einfluss von Behandlungsmaßnahmen und äußeren Bedingungen auf den Symptomverlauf. Dagegen ist eine Veränderung der Symptomatik, die dem erwarteten Krankheitsverlauf entspricht, ein Hinweis auf das tatsächliche Vorliegen der Erkrankung (bei PTBS z.B. eine Verschlechterung durch spezifische äußere Belastungen).

Gleichmäßige Traumabeschreibung. Tatsächliche PTBS-Patienten beschreiben meist einzelne Aspekte des Traumas vage und ungenau und andere überdeutlich und detailliert. Erinnerungslücken einerseits und unzusammenhängende, nebensächliche und deutliche Details andererseits sind typisch. Dagegen schildern Menschen, die eine PTBS vortäuschen, die traumatischen Ereignisse oft mit gleichmäßigem Detailreichtum oder gleichförmig verschwommen und lückenlos (Resnick, 1988). Für echte Traumatisierung

gen ist zudem ein beobachtbarer Bruch der Lebensgeschichte zwischen dem Leben vor dem Trauma und der Zeit danach charakteristisch (Von Hinckeldey & Fischer, 2001).

Keine Beschämung. Echte PTBS-Patienten neigen mitunter dazu, das traumatische Ereignis oder die Beschwerden zu bagatellisieren (Resnick, 1988). Sie führen aktuelle Beschwerden nicht immer auf das Trauma zurück, sondern nennen mitunter auch andere Ursachen, um Symptome zu erklären (etwa situative Belastungen). Diese Ursachen können in den Augen des Diagnostikers die bestehende Symptomatik jedoch nicht vollständig erklären. Diese Patienten versuchen manchmal z.B. aus Scham, Symptome vor anderen Menschen zu verbergen. Eine beobachtbare Beschämung darüber, in der traumatischen Situation zum hilflosen Opfer geworden zu sein und an psychischen Beschwerden zu leiden, ist bei Personen, die eine PTBS vortäuschen, nicht zu erwarten. Simulanten versuchen eher, den Kliniker davon zu überzeugen, wie schädigend ein beschriebenes traumatisches Ereignis war, über das sie ausführlich sprechen. Dagegen haben tatsächliche Trauma-Überlebende oft große Schwierigkeiten, über das Erlebte zu sprechen, wenn sie es dennoch tun, sind oft zunehmende Nervosität und Schreckhaftigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie unwillkürliche psychovegetative Angstsymptome (Schwitzen, Zittern etc.) zu beobachten. Simulanten können das Vermeiden von spezifischen mit dem Trauma assoziierten Stimuli sowie die unwillkürlichen Reaktionen (Übererregung, Intrusionen, vegetative Veränderungen, kurzzeitige Abwesenheitszustände), die darauf bei echten PTBS-Patienten folgen, kaum vortäuschen.

Gleichförmige Albträume. Simulanten geben ungern unangenehme intime Beschwerden an (z.B. aggressive Durchbrüche, sexuelle Dysfunktionen). Auch würden sie kaum von sich aus über Inhalte von angeblichen Albträumen sprechen, und werden sie danach befragt, äußern sie oft, sie könnten sich an konkrete Inhalte nicht erinnern, oder berichten über Träume mit unverändertem Inhalt: Angeblich tauche das traumatische Ereignis in derselben Form, in der es erlebt worden war, gleichförmig Nacht für Nacht in Albträumen auf (Resnick, 1988). Bei PTBS-Patienten dagegen beinhalten Albträume zentrale Aspekte des Traumas, öfters werden einzelne Fragmente statisch und unverändert in Träumen wieder erlebt, jedoch nicht das gesamte traumatische Geschehen in seinem Ablauf. Es ist meist so, dass verschiedene Aspekte des Traumas in unterschiedlichen Albträumen z.T. symbolisch auftauchen und die Traum inhalte dadurch variieren.

Bei PTBS-Patienten spielen Gefühle von Ohnmacht, Entsetzen, Angst und Schuld eine zentrale Rolle in den Albträumen. Sie berichten, oft spontan aus den Träumen schweißgebadet oder mit Herzklopfen zu erwachen und Angst vor dem erneuten Einschlafen zu haben, da die Träume wiederkehren könnten. Partner würden über ihre Schreie im Schlaf klagen. Solche Angaben können nur aufgrund von eigenem Erleben oder einer hohen spezifischen Fachkenntnis zustande kommen. Simulierte Alpträume beinhalten öfter Gefühle von Wut und Ärger auf die angeblichen Täter oder Elemente, in denen die eigene Furchtlosigkeit zum Ausdruck kommt (z.B. heldenhaftes Verhalten, Resnick, 1988).

Keine Schuldgefühle. Menschen mit echter PTBS leiden oft an Schuldgefühlen. Sie beschuldigen sich etwa dafür, nicht genug unternommen zu haben, Vorzeichen nicht erkannt zu haben, sich nicht genug gewehrt zu haben etc. Diese Selbstvorwürfe beziehen sich auf konkrete Taten oder Unterlassungen. Selbstanklagen dieser Art fehlen bei Menschen, die eine PTBS nur vortäuschen. Simulanten drücken höchstens pauschale Gefühle des Bedauerns (für den Krieg, die Toten etc.) aus, auf Nachfragen äußern sie ein allgemein gehaltenes Gefühl von Schuld. Menschen mit echter PTBS sind häufig wütend auf sich selbst und auf die erlebte Erniedrigung und Hilflosigkeit. Solche Aussagen fehlen bei Personen, die eine PTBS nur vortäuschen. Sie beschreiben sich öfter als Opfer der Umstände und beschuldigen ausschließlich andere (Resnick, 1988).

ÜBERSICHT

Allgemein Indizien für Simulation

Rogers (1988, S. 251-263) nennt folgende allgemeinen Indizien, die auf die Simulation einer psychischen Störung (unabhängig von ihrer Art) hinweisen können:

- ▶ Der Diagnostiker erhält nur vage und unspezifische Antworten, wenn er die Art, Intensität und Häufigkeit angeblicher Beschwerden präzisieren möchte.
- ▶ Manche Symptome werden ungewöhnlich spezifisch beschrieben (z.B. untypische Genauigkeit bei Angaben zu Häufigkeit und Dauer von Beschwerden).
- ▶ Die Symptomatik entwickelt sich sprunghaft oder heilt abrupt wieder ab. Prozesshafte Veränderungen mit langsamen Verbesserungen und Verschlechterungen der Beschwerden werden nicht beobachtet. Der rasche Wechsel von Symptomen ent-

spricht dabei nicht den klinischen Erwartungen an den Verlauf der beschriebenen Störung.

- ▶ Es gibt Unterschiede zwischen der beschriebenen und der beobachteten Symptomatik, der Patient verhält sich im Untersuchungsgespräch nicht so, wie es seinen Symptom-Beschreibungen nach zu erwarten wäre (z.B. keine beobachtbaren Anzeichen von Übererregung oder Misstrauen, obwohl diese Beschwerden genannt werden).
- ▶ Es überwiegt die Darstellung einer Positiv-Symptomatik (d.h. zusätzlich entstandene, problematische Erlebens- und Verhaltensweisen, z.B. Alpträume, wahnhafte Gedanken), nur wenige Negativ-Symptome (d.h. Verlust von zuvor verfügbaren Erlebens- und Verhaltensweisen, z.B. Antriebsverlust) werden benannt.
- ▶ Es überwiegen offensichtliche Beschwerden, subtile Symptome werden kaum beschrieben.
- ▶ In mehreren Untersuchungssituationen werden Beschwerden widersprüchlich beschrieben (in ihrer Art, Intensität, Häufigkeit etc.).

Keine Diagnosestellung von klinischen Laien!

Die klinische Diagnosestellung erfolgt in Form einer Zusammenschau und qualitativen Beurteilung der anamnestischen Angaben und Befunde. Sie beinhaltet eine Differentialdiagnostik und damit den Ausschluss einer vorgetäuschten Symptomatik. Im Umgang mit Behörden ist immer wieder darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung von Beeinträchtigungen, Symptomen, Krankheiten und ihren Prognosen sowie die Einschätzung der Suizidalität eine originär klinische Aufgabe ist. Die notwendigen Kenntnisse dazu liefern ausschließlich die Disziplinen der Medizin, klinischen Psychologie und Psychotherapie mit ihren jeweiligen Methoden der Diagnostik. Sachkompetente Einschätzungen können von Vertretern der staatlich anerkannten Gesundheitsberufe (approbierte Ärzte und Psychotherapeuten) getroffen werden. Körperliche und psychische Erkrankungen sowie Prognosen können von klinischen Laien nicht sachgemäß erkannt, eingeschätzt und beurteilt werden, selbst wenn diese kraft ihres Amtes mit Entscheidungsgewalt darüber ausgestattet sind.

4.4 Literatur

Arnold, K. (1997). Was beweisen psychologische Glaubwürdigkeitsgutachten? Praxis der Rechtspsychologie, 7 (2), 170-186.

Arntzen, F. (1993). Psychologie der Zeugenaussage. System der Glaubwürdigkeitsmerkmale, (3. Aufl.). München: Beck.

Birck, A. (2002a). Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen? Heidelberg: Asanger.

Birck, A. (2002b). Zur Erfüllbarkeit der Anforderungen der Asylanhörung für traumatisierte Flüchtlinge aus psychologischer Sicht. Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik, 22 (1), 28-33.

Birck, A. (2002c). Echte und vorgetäuschte Posttraumatische Belastungsstörungen. Psycho-traumatologie, 3 (26). Online: www.thieme.de/psychotrauma

Brandt, J. (1988). Malingered Amnesia. In R. Rogers (Hrsg.), Clinical assessment of malingering and deception, (S. 65–83). New York: Guilford Press.

Bremner, J. D. & Marmar, C. R. (Hrsg.) (1998). Trauma, memory and dissociation. Washington: American Psychiatric Press..

Cohen, J. (2001). Errors of recall and credibility: Can omissions and discrepancies in successive statements reasonably be said to undermine credibility of testimony? Medico-Legal Journal, 69 (1), 25-34.

Delank, H. & Müller, E. (1990). Probleme der ärztlichen Begutachtung aus der Neurologie. In E. Fritze (Hrsg.), Die ärztliche Begutachtung. Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen, Beispiele (S. 531-573). Darmstadt: Steinkopf.

Graessner, S. & Wenk-Ansohn, M. (2000). Die Spuren von Folter. Eine Handreichung. Berlin: Behandlungszentrum für Folteropfer.

Greuel, L., Offe, S., Fabian, A., Wetzels, P., Fabian, T., Offe, H. & Stadler, M. (1998). Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage. Theorie und Praxis der forensisch-psychologischen Begutachtung. Weinheim: Beltz/PVU.

Hauff, E. & Vaglum, P. (1994). Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees. A prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. The Journal of Nervous and Mental Disease, 182, 85-90.

Herlihy, J., Scragg, P. & Turner, S. (2002). Discrepancies in autobiographical memories – implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study. British Medical Journal, 321, 324-327.

Herman, J. L. (1995). Crime and memory. Bulletin of the American Academy of Psychiatry & Law, 23 (1), 5-16.

Heubrock, D. & Petermann, F. (1998). Neuropsychological assessment of suspected malingering: research results, evaluation techniques, and further directions of research and application. European Journal of Psychological Assessment, 14 (3), 211-225.

Jacobs, W., Laurance, H., Thomas, K., Luzcak, S. & Nadel, L. (1996). On the veracity and variability of traumatic memory. Traumatology, 2 (2), Online: www.fsu.edu/~trauma/art3v2i2.html, 28.3.2001

Loftus, E. & Ketcham, K. (1994). The myth of repressed memory: False memories and allegations of sexual abuse. New York: St. Martin's Press.

Markowitsch, H. (2002). Dem Gedächtnis auf der Spur. Vom Erinnern und Vergessen. Darmstadt: Primus.

Petzdek, K. (1994). The illusion of illusory memory. Journal of Applied Cognitive Psychology, 8, 97-107.

Pope, K. (2001). Pseudoscience, cross-examination, and scientific evidence in the recovered memory controversy. Psychology, Public Policy, and Law, 4 (4), 1160-1181.

Pope, K. (2003). Psychological assessment: clinical and forensic. Malingering research update. Online: <http://kspope.com/assess/malinger.php>; 24.6.2003

Resnick, P. (1997). Malingering of posttraumatic disorders. In R. Rogers (Hrsg.), *Clinical assessment of malingering and deception* (2. Aufl.). New York: Guilford Press.

Rogers, R. (1988) (Hrsg.). *Clinical assessment of malingering and deception*. New York, London: Guilford Press.

Trowbridge, B. & Frank, P. (2003). *Malingering exposed*. Research and publication by The Trowbridge Foundation. Online: www.trowbridgefoundation.org/articles.htm; 24.6.2003

Van der Kolk, B. (1996). Trauma and Memory. In B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (S. 279-302). New York: Guilford Press.

Van der Kolk, B.; Van der Hart, O. & Marmar, C. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (S. 303-327). New York: Guilford Press.

Van der Kolk, B. Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. Online: <http://gladstone.uoregon.edu/dvb/~vanderk2.htm>; 20.2.1997

Van Velsen, C., Gorst-Unsworth, C. & Turner, S. (1996). Survivors of torture and organized violence: demography and diagnosis. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (2), 181-193.

Von Hinckeldey, S. & Fischer, G. (2001). *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen*. München: Ernst Reinhardt, UTB.

Williams, L. (1994). Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (6), 1167-1176.

5 Standardisierte Diagnostik bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Doris Denis

5.1 Auswahlkriterien für standardisierte diagnostische Instrumente	98
5.2 Diagnostische Interviews zur Erfassung einer posttraumatischen Belastungsstörung	100
5.2.1 Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS).....	100
5.2.2 Allgemeine diagnostische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen	103
5.3 Selbstbeurteilungsskalen	106
5.3.1. Impact of Event Scale (IES-R)	107
5.3.2. Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS).....	110
5.3.3 Post Traumatic Stress Scale-10 (PTSS-10).....	114
5.3.4 Psychometrische Verfahren zu Erfassung der komorbiden Symptomatik	115
5.4 Probleme beim Einsatz standardisierter Verfahren bei der Begutachtung von Flüchtlingen und Migranten.....	118
5.5 Literatur.....	121

5.1 Auswahlkriterien für standardisierte diagnostische Instrumente

Standardisierte diagnostische Verfahren haben in der Aus- und Weiterbildung von therapeutisch tätigen Berufsgruppen zuweilen nur einen geringen Stellenwert, sind dadurch teils wenig bekannt und stoßen nicht selten auf Vorbehalte. Vor allem in Aufgabenbereichen, in denen – wie bei der Begutachtung traumareaktiver psychischer Störungen – Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Beurteilungen gefordert werden, können standardisierte Erhebungsinstrumente jedoch von großem Nutzen sein und als Bestandteil einer multimodalen Diagnostik einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung von Art und Ausmaß posttraumatischer Störungen leisten.

Das Inventar an standardisierten diagnostischen Verfahren, die zur Erhebung von posttraumatischen Krankheitsbildern eingesetzt werden können, erweitert sich zur Zeit ständig. Die im Folgenden beschriebenen Verfahren stellen damit lediglich einen Teil der in der Literatur beschriebenen diagnostischen Instrumente dar. Für die Auswahl waren folgende Kriterien ausschlaggebend:

- ▶ Es sollte sich bei den deutschsprachigen Versionen der diagnostischen Instrumenten um etablierte, validierte Verfahren handeln, die wenigstens zufriedenstellende Gütekriterien aufweisen.
- ▶ Sie sollten sich in der klinischen Praxis bewährt haben und insbesondere im Rahmen einer Begutachtung praktikabel einsetzbar sein.
- ▶ Nach Möglichkeit sollten Übersetzungen in Sprachen vorliegen, die für die Begutachtung im Rahmen von aufenthaltsrechtlichen Fragen von Relevanz sind.
- ▶ Diese sollten nach Möglichkeit ebenfalls hinsichtlich ihrer Gütekriterien überprüft sein.

Diesem letzten Kriterium konnte allerdings nur selten entsprochen werden.

Übersichten über weitere strukturierte Interviews und psychometrische Verfahren zur Erfassung der traumatischen Situation, der Risikofaktoren für eine pathologische Verarbeitung traumatischer Erfahrungen, des Ausmaßes der PTBS, der dissoziativen Symptome und anderen komorbiden Folgeerkrankungen finden sich bei Hofmann et al., (2001) oder Schützwohl (2003).

5.2 Diagnostische Interviews zur Erfassung einer posttraumatischen Belastungsstörung

Bei der PTBS handelt es sich um eine psychische Störung, die durch ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten gekennzeichnet ist. Das bedeutet, dass die wenigsten Patienten von sich aus die posttraumatischen Beschwerden benennen. Oft wissen die Betroffenen selbst auch nicht, dass es sich bei ihren quälenden Beschwerden um Symptome einer Krankheit handelt (vgl. Denis et al., 2000). Im Mittelpunkt der Berichte insbesondere von Menschen mit Extremtraumatisierungen stehen deshalb häufig vielfältige unspezifische psychische Beschwerden und körperliche Beeinträchtigungen. Auch erfahrene Kliniker vergessen zuweilen bei diesen zahlreichen unterschiedlichen Symptomen, die beim Beschwerdebild imponieren können, die Diagnosekriterien der PTBS erschöpfend abzufragen. Da in aufenthaltsrechtlichen Verfahren das Vorliegen einer PTBS und deren Kausalität von besonderer Relevanz sind, können spezifische Interviews die Diagnosestellung bei der Begutachtung von traumatisierten Menschen erheblich unterstützen.

Im Unterschied zu den weiter unten beschriebenen Selbstbeurteilungsskalen bieten diagnostische Interviews im Falle von Verständnisfragen des Untersuchten bessere Möglichkeiten, Fragen zu wiederholen oder zu erklären. Auch bei mehrdeutigen Antworten gestatten Interviews einen größeren Spielraum zum Nachfragen als Selbstbeurteilungsskalen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die Validität nur für die vorgegebenen Formulierungen der Interviews überprüft wurde und Erläuterungen etc. in der Regel nicht vorgesehen sind.

Während die Flexibilität bei der Durchführung von diagnostischen Interviews wesentlich größer ist als bei Selbstbefragungsbögen, erfordern sie in der Regel allerdings auch einen erheblich höheren Zeitaufwand. Dies sollte bei der Auswahl der Untersuchungsinstrumente und der Planung der Exploration berücksichtigt werden.

5.2.1 Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)

Die Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) wurde von Blake und Kollegen entwickelt und mehrfach verändert (Blake et al., 1990, 1995, 1998). Deutsche Übersetzungen wurden von Nyberg & Frommberger (ohne Datum) und Schnyder (1999) vorgenommen, wobei nur die Version von Schnyder bisher auf ihre psychometrischen Gütekriterien überprüft wurde. Darüber hinaus liegen validierte türkische (Aker et al., 1999) und afghanische Versionen (Malekzai et al., 1996) vor.

Bei der CAPS handelt es sich um ein spezifisches Interview, anhand dessen eine potentielle PTBS-Symptomatik entsprechend der Diagnosekriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) sehr umfassend exploriert wird. Häufigkeit und Intensität der einzelnen Symptome werden jeweils getrennt voneinander auf einer fünf-Punkte-Skala (0 bis 4) eingeschätzt (vgl. Tab. 5.1.). Als verlässlicher Hinweis auf das Vorhandensein eines Symptoms wird ein Häufigkeitswert von mindestens 1 und ein Intensitätswert von 2 oder mehr bewertet. Die empirischen Studien von Blake und Kollegen legen jedoch nahe, dass durch diesen Auswertungsmodus die Häufigkeit von posttraumatischen Erkrankungen eher überschätzt wird.

Tabelle 5.1. Item B-1 der CAPS zur Erhebung von posttraumatischen Symptomen

Frequenz	Intensität
Hatten Sie jemals ungewollte Erinnerungen an [das Ereignis]? (Woran erinnerten Sie sich?) [Wenn unklar:] (Trauten diese Erinnerungen im Wachzustand oder nur in Träumen auf?)[Ausschließen, wenn Erinnerungen nur während Träumen auftraten.] Wie häufig hatten Sie solche Erinnerungen im vergangenen Monat (in der vergangenen Woche)?	Wie viel Leid oder Unbehagen verursachten diese Erinnerungen? Konnten Sie die Erinnerungen verdrängen und an etwas anderes denken? (Wie schwer fiel Ihnen das?) Wie sehr störten diese Erinnerungen Ihr Leben? 0. gar nicht 1. wenig: minimales Leid oder Störung von Aktivitäten 2. mäßig: klar vorhandenes Leid, aber

0. nie	noch zu bewältigen, wenig Störung von Aktivitäten
1. ein- oder zweimal	
2. ein- oder zweimal pro Woche	3. schwer: beträchtliches Leid, Schwierigkeiten, die Erinnerungen zu verdrängen, ausgeprägte Störung von Aktivitäten
3. mehrmals pro Woche	
4. täglich oder fast täglich	4. extrem: überwältigendes Leid, kann Erinnerungen nicht verdrängen, unfähig, Aktivitäten fortzusetzen
Beschreibung/Beispiele:	QV (spezifizieren):

Im Anschluss an die Untersuchung der typischen Beschwerden einer PTBS werden

- der Beginn und die Dauer der Symptome,
- das subjektive Leidensgefühl sowie
- die Funktionsbeeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Bereichen erfragt.

Vom Untersucher sind dann die Validität der Antworten, der globale Schweregrad und bei Wiederholungsmessungen der Grad einer etwaigen Besserung einzuschätzen.

Neben den typischen Symptomen der PTBS werden acht zusätzliche, bei traumatisierten Personen ebenfalls häufig vorhandene Beschwerden erfragt. Es handelt sich dabei um

- (1) Schuldgefühle wegen einer durchgeführten oder unterlassenen Handlung im Zusammenhang mit dem Ereignis,
- (2) Schuldgefühle, überlebt zu haben,
- (3) Gemeingefährlichkeit,
- (4) Enttäuschtsein von früher geschätzten Autoritätspersonen,
- (5) Gefühle der Hoffnungslosigkeit,
- (6) Beeinträchtigung des Gedächtnisses,
- (7) Traurigkeit und Depression sowie
- (8) Gefühle von Überflutet- und Überschwemmt-Sein.

Ein zusammenfassendes Auswertungsschema am Ende des Interviewskripts erleichtert die Auszählung der Antworten und die Diagnosestellung. Das Interview kann sowohl hinsichtlich der aktuellen Symptomatik als auch in Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz einer PTBS durchgeführt werden. Aufgrund der ausführlichen Exploration muss man bei deutschen Probanden mit einer Durchführungsdauer von 30 bis 45 Minuten rechnen. Der Einsatz von übersetzten Versionen und die Unterstützung von Sprachmittlern erfordern bei der Befragung von Flüchtlingen einen zeitlichen Aufwand von bis zu 2 Stunden. Für die Auswertung hingegen werden nicht mehr als fünf Minuten benötigt.

5.2.2 Allgemeine diagnostische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen

Das Vorliegen einer PTBS kann ebenfalls in allgemeinen strukturierten Interviews zu psychischen Störungen überprüft werden wie

- ▶ dem „Strukturierten, Klinischen Interview für DSM-IV“ (SKID-I) (Wittchen et al., 1997),
- ▶ dem „Münchener Composite International Diagnostic Interview“ (M-CIDI) (Wittchen et al., 1990) oder
- ▶ dem „Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen“ (DIPS) (Markgraf et al., 1994).

Diese Interviews enthalten jeweils spezielle Module, in denen die Symptome der PTBS abgefragt werden. Sie orientieren sich dabei an den diagnostischen Kriterien des DSM-IV -M-CIDI zusätzlich auch an den Kriterien der ICD-10 (Dilling et al., 1991) – und erlauben nach Abschluss des Interviews eine entsprechende Diagnosestellung.

Neben der Diagnose der PTBS ermöglichen allgemeine strukturierte Interviews zur Erfassung psychischer Störungen auch die Erhebung anderer häufig komorbid auftretender Störungen wie Depressionen, andere Angststörungen, somatoforme Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen. Das SCID-D, eine gesonderte Interview-

Version, dient ausschließlich zur Erfassung dissoziativer Störungen (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-Dissoziative Störungen; Gast et al., 1999). Alle hier erwähnten Interviews sind über die Testzentrale in Göttingen zu beziehen (Testzentrale Göttingen, Robert-Bosch-Breite 25, 37079 Göttingen. Die zweite Auflage des DIPS ist zur Zeit. vergriffen. Die dritte Auflage erscheint voraussichtlich im August 2004.).

Strukturiertes, Klinisches Interview für DSM-IV

Beispielhaft für diese Verfahren soll an dieser Stelle das „Strukturierte, Klinische Interview für DSM-IV“ (SKID-I) näher erläutert werden. Es ist ein einfaches und praktikables Instrument, das besonders in den USA als Basisinstrument zur PTBS-Diagnose geschätzt und häufig eingesetzt wird.

Das „Strukturierte, Klinische Interview für DSM-IV“ (SKID-I) lehnt sich an die klinisch-diagnostische Exploration und Befunderhebung an. Das vollständige Interview gliedert sich in einen kurzen Explorationsleitfaden zu Beginn und 12 Screening-Fragen, die eine erste allgemeine Orientierung der psychischen Symptomatik erlauben. Die nachfolgenden Sektionen ermöglichen eine diagnostische Abklärung folgender Störungsbereiche:

- ▶ affektive Syndrome
- ▶ psychotische und assoziierte Symptome
- ▶ Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
- ▶ Angststörungen
- ▶ somatoforme Störungen
- ▶ Essstörungen
- ▶ Anpassungsstörungen
- ▶ verschiedene optionale Störungen

Zu Beginn jeder Sektion wird das Vorhandensein einiger Hauptsymptome der jeweiligen Störung überprüft. Liegen diese Symptome nicht vor, soll zum nächsten Störungsbild weitergegangen werden, ohne die restlichen Fragen zu stellen.

Die Durchführung des gesamten Interviews dauert bei ambulanten deutschsprachigen Patienten durchschnittlich 74 Minuten, das Modul zur PTBS nimmt erfahrungs-

gemäß etwa 20 Minuten in Anspruch. Der zusätzliche Übersetzungs- und Erklärungsbedarf bei Flüchtlingen erhöht die Durchführungsdauer um etwa das Dreifache.

Die diagnostische Abklärung einer PTBS beginnt mit der Vorlage von neun Fragen zu möglichen traumatischen Erfahrungen. Diese Liste befindet sich im Beurteilungsheft, das dem Interviewheft beiliegt. In zwei Orientierungsfragen wird eingangs überprüft, ob Hinweise auf eine PTBS vorhanden sind. Beim Fehlen dieser Anhaltspunkte wird davon ausgegangen, dass die Störung nicht vorhanden ist. Wegen der großen Bedeutung einer PTBS bei der Begutachtung in aufenthaltsrechtlichen Fragen soll jedoch auf jeden Fall alle nachfolgenden Fragen gestellt werden. Die Orientierungsfragen (F85) können aus diesem Grund entfallen.

Der Text ist wie in den übrigen Sektionen dreispaltig aufgeteilt. In der linken Spalte stehen die Fragen, die an die Untersuchungsperson gerichtet werden und im Falle von Gutachten in aufenthaltsrechtlichen Fragen in der Regel vom Dolmetscher übersetzt werden müssen. In der mittleren Spalte wird das dazugehörige diagnostische Kriterium nach DSM-IV aufgeführt, in der rechten Spalte die Intensität des Symptoms anhand vorgegeben Kategorien gewichtet (vgl. Tab 5.2.).

Tabelle 5.2. Frage F93 des SKID-I zur Erhebung von posttraumatischen Symptomen

F93		
Seit diesem Ereignis vermeiden Sie da bewusst, über... (das Trauma) nachzudenken oder darüber zu sprechen?	Vermeidung von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen	? 1 2 3 0 0 0 0

Tabelle 5.3. Bewertungskategorien des SKID-I

?	unsicher/zu wenig Informationen
1	nein/nicht vorhanden
2	vorhanden, jedoch nicht kriteriumsmäßig ausgeprägt
3	sicher vorhanden und kriteriumsmäßig ausgeprägt

Die Bewertungskategorien in Tab. 5.3. zeigen, dass auch bei Anwendung von strukturierten Interviewleitfäden klinisch-diagnostische Kompetenz und Kenntnisse vorhanden sein müssen. Denn nur Diagnostiker, die über Erfahrungen mit psychischen Störungen verfügen, werden eine kriteriumsmäßige Ausprägung von Symptomen fachgerecht einschätzen können.

Die diagnostischen Kriterien A, B, C und D der PTBS werden in der oben beschriebenen Art und Weise nacheinander abgefragt. Nach jedem Symptomkomplex wird angegeben, wie viele Merkmale des jeweiligen Definitionskriteriums vorhanden sein müssen, damit das Kriterium erfüllt ist. Abschließend wird eine Diagnose gestellt, die Dauer einer eventuellen Störung angegeben und die Funktionsbeeinträchtigungen sowie der Schweregrad und die aktuelle Ausprägung der Symptomatik eingeschätzt.

In ähnlicher Weise wie das SKID-I bieten auch das M-CIDI oder das DIPS die Möglichkeit der Diagnosestellung. Die Durchführung der speziellen PTBS-Sektionen dieser diagnostischen Interviews benötigen in der Regel eine wesentlich geringere Durchführungsdauer als die CAPS. Allerdings liegt die Sensitivität dieser Interviews etwas niedriger als bei der CAPS, das heißt, einige Personen mit dem Vollbild einer PTSD werden durch das Interview nicht identifiziert. In Grenzfällen sollte die Diagnose deshalb durch zusätzliche Untersuchungsfragen abgesichert und mit einem anderen Instrument überprüft werden.

5.3 Selbstbeurteilungsskalen

Selbstbeurteilungsskalen stellen eine einfache, zeitökonomische und effektive Methode dar, um das Ausmaß der posttraumatischen Beeinträchtigungen zu erfassen. In der Regel werden die Summenwerte der Subskalen an Vergleichswerten deutscher Probanden relativiert, wodurch der Schweregrad der Störung eingeschätzt werden kann. Für Flüchtlinge oder Migranten aus anderen Kulturkreisen liegen entsprechende Vergleichswerte bislang nicht vor. Auch wenn in einigen Fällen die Fragebogen-Items mit den diagnostischen Kriterien des DSM-IV der PTBS korrespondieren, eignen sie sich, da sie Ant-

worttendenzen suggerieren, nicht zu einer primären Diagnosestellung. Selbstbeurteilungsskalen ersetzen nicht das diagnostische Untersuchungsgespräch und die Befunderhebung, sondern sollten als eine Form der Objektivierbarkeit traumareaktiver psychischer Störungen und eine Möglichkeit der Validierung und Differenzierung der diagnostischen Beurteilung verstanden werden, die der Sachverständige auf der Grundlage des Untersuchungsgesprächs trifft.

5.3.1. Impact of Event Scale (IES-R)

Die revidierte Form der Impact of Event Scale (IES-R) (Weiss & Marmar, 1997; deutsche Fassung: Maercker & Schützwohl, 1998) ist eine Neufassung der englischsprachigen Version von Horowitz et al., (1979). Mit der Erstversion von Horowitz et al., (1979) wurden lediglich die Symptomgruppen Intrusion und Vermeidung erfragt, in der revidierten Fassung sind Items zugefügt worden, mit denen auch die Symptome der Übererregung erfasst werden sollen.

Es handelt sich bei der IES-R um ein ausreichend valides und reliables Instrument zur Erfassung posttraumatischer Folgebeschwerden, das sich als klassischer Fragebogen für Beschwerden nach einer traumatischen Erfahrung etabliert hat. Bei der Untersuchung der diagnostischen Sensitivität der deutschen revidierten Form durch Maercker & Schützwohl (1998) konnten 83 bzw. 84 Prozent der Probanden aus zwei verschiedenen Untersuchungsgruppen aufgrund ihrer IES-R-Werte (entsprechend der Fremdbeurteilung der posttraumatischen Symptomatik mit dem Diagnostischen Interview für psychische Störungen von Markgraf et al., 1991) richtig diagnostiziert werden.

Die Häufigkeit der einzelnen Beschwerden werden vom Betroffenen auf einer vierstufigen Skala für den Zeitraum der letzten sieben Tage beurteilt. Bei der Auswertung der Angaben werden die verbalen Häufigkeitsangaben folgendermaßen gewichtet: überhaupt nicht=0, selten=1, manchmal=3 und oft=5 Punkte. Die Werte für die Subskalen Intrusion, Vermeidung und Übererregung errechnen sich durch die Summenbildung der entsprechenden Einzelwerte (vgl. Tab 5.4.).

Tabelle 5.4. Items der IES-R und deren Zuordnung zu den Subskalen Intrusion, Vermeidung und Übererregung

		über- haupt nicht	selten	manch mal	oft
1	Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder. (Intrusion)	O	O	O	O
2	Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen. (Übererregung)	O	O	O	O
3	Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran. (Intrusion)	O	O	O	O
4	Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich. (Übererregung)	O	O	O	O
5	Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde. (Vermeidung)	O	O	O	O
6	Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken. (Intrusion)	O	O	O	O
7	Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war. (Vermeidung)	O	O	O	O
8	Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen. (Vermeidung)	O	O	O	O
9	Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn. (Intrusion)	O	O	O	O
10	Ich war leicht reizbar und schreckhaft. (Übererregung)	O	O	O	O
11	Ich versuchte, nicht daran zu denken. (Vermeidung)	O	O	O	O
12	Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen. (Vermeidung)	O	O	O	O
13	Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bisschen wie abgestumpft. (Vermeidung)	O	O	O	O
14	Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei. (Intrusion)	O	O	O	O
15	Ich konnte nicht einschlafen (weil ich immer dieses Ereignis vor mir sah). (Übererregung)	O	O	O	O
16	Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger	O	O	O	O

	wurden. (Intrusion)				
17	Ich versuchte, es (das Ereignis) aus meiner Erinnerung zu streichen.(Vermeidung)	O	O	O	O
18	Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren. (Übererregung)	O	O	O	O
19	Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen. (Übererregung)	O	O	O	O
20	Ich träumte davon. (Intrusion)	O	O	O	O
21	Ich empfand mich selbst als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig. (Übererregung)	O	O	O	O
22	Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen. (Vermeidung)	O	O	O	O

ÜBERSICHT

Regressionsgleichung zur Berechnung des diagnostischen Testwertes der IES-R

Zur diagnostischen Einschätzung der angegebenen Beschwerden schlagen Maercker und Schützwohl (1998) die Verwendung folgender Regressionsgleichung vor:

Diagnostischer Testwert x

$$= - 0,02 \times \text{Intrusion} + 0,07 \times \text{Vermeidung} + 0,15 \times \text{Übererregung} - 4,36$$

Bei einem positiven x-Wert wird dabei die PTBS-Diagnose gestellt. Wird von der Untersuchungsperson angegeben, dass alle erfragten Symptome oft auftreten, ergibt sich ein diagnostischer Höchstwert von 2,99.

Neben den validierten englischen und deutschen Versionen liegen Übersetzungen der IES-R in türkischer, arabischer und kroatischer Sprache aus dem Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin vor (Behandlungszentrum für Folteropfer, Gesundheitszentrum Moabit, Turmstr. 21, 10559 Berlin). Validierungsstudien dieser Übersetzungen stehen bislang jedoch noch aus.

Das Ausfüllen des Befragungsbogens dauert bei deutschsprachigen Probanden in der Regel nicht länger als 10 bis 15 Minuten, bei Flüchtlingen und Migranten aufgrund

eines erhöhten Erklärungsbedarfs entsprechend länger. Die Auswertung anhand der oben genannten Formel nimmt etwa fünf Minuten in Anspruch.

5.3.2. Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)

Bei der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) handelt es sich um ein weiteres Selbstratinginstrument, das in der klinischen Praxis häufig Anwendung findet.

Im ersten Teil des von Foa et al., (1996) entwickelten und von Ehlers et al., (1996) übersetzten Ratingbogens wird die traumatische Erfahrung durch die Vorgabe von elf möglichen Belastungssituationen erhoben sowie einer offenen Kategorie, in der andere als die vorgegebenen Situationen beschrieben werden können (vgl. Tab 5.5.).

Tabelle 5.5. Liste der vorgegebenen traumatischen Ereignisse der PDS

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

	JA	NEIN
(1) Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsun- glück)	☐	☐
(2) Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)	☐	☐
(3) Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, ange- schossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverlet- zung zugefügt bekommen)	☐	☐
(4) Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich ange-	☐	☐

griffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)		
(5) Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	O	O
(6) Sexueller Angriff durch eine fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	O	O
(7) Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet	O	O
(8) Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war (z.B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten)	O	O
(9) Gefangenschaft (z.B. Straf- oder Kriegsgefangenschaft, Geiselschaft)	O	O
(10) Folter	O	O
(11) Lebensbedrohliche Krankheit	O	O
(12) Anderes traumatisches Ereignis – bitte beschreiben Sie dieses:		

Bei der Begutachtung von Personen, die durch Kriegserlebnisse und politische Verfolgung traumatisiert sind, kann dieser Teil hilfreich sein, alle erlebten Traumatisierungen zu erfassen. Insbesondere bei sehr schambesetzten Erfahrungen, wie dem Erleben von sexueller Gewalt, fällt es den Untersuchungspersonen oft leichter, diese Erfahrungen mit dem Ankreuzen auf dem Befragungsbogen zu bestätigen als darüber zu sprechen. Wurden mehrere traumatische Erlebnisse angekreuzt, soll am Ende dieses ersten Teils angegeben werden, durch welche Erfahrung die Untersuchungsperson sich am meisten belastet fühlt. Alle folgenden Fragen sollen hinsichtlich dieses Ereignisses beantwortet werden.

Im zweiten Teil des Bogens wird nach dem Zeitpunkt des schlimmsten Erlebnisses gefragt. Darüber hinaus soll der Proband ankreuzen, inwieweit er oder andere dabei körperlich verletzt wurden oder in Lebensgefahr schwebten, und ob er sich hilflos ge-

fühlt oder starke Angst und Entsetzen erlebt hat. Diese Fragen überprüfen das A-Kriterium der PTBS, das im DSM-IV die traumatische Erfahrung definiert.

In dem folgenden dritten Teil werden in 17 Items das Vorhandensein von posttraumatischen Symptomen in enger Anlehnung an die Kriterien des DSM-IV sowie die Dauer und der Zeitpunkt des Auftretens der Symptome erhoben. Die Auftretenshäufigkeit wird dabei auf einer vierstufigen Skala gemessen, die von „0=überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat“ bis „3=fünfmal oder öfter pro Woche, fast immer“ reicht.

Eventuelle Beeinträchtigungen durch die vorgenannten Beschwerden in den Bereichen Arbeit, Hausarbeit und Haushaltspflichten, Beziehungen zu Freunden, Unterhaltung und Freizeitaktivitäten, (Hoch)schule oder Ausbildung, Beziehung zu Familienmitgliedern, Erotik, allgemeine Lebenszufriedenheit und allgemeine Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen werden im letzten, vierten Teil erfragt. Den Untersuchungspersonen stehen dichotome Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Auch wenn diese Angaben in die Auswertung des Schweregrades einer PTBS nicht miteinfließen, stellen sie doch wichtige Informationen dar, um den allgemeinen Grad der seelischen Beeinträchtigung und den Verlauf der Erkrankung zu beurteilen.

Zur Beantwortung der Fragen der vier Teile benötigen deutschsprachige Untersuchungspersonen zwischen 10 und 15 Minuten, die Auswertung nimmt lediglich einige Minuten in Anspruch. Foa und Kollegen (1996) schlagen einen Auswertungsmodus vor, bei dem der Summenwert anhand der Antworten zur Häufigkeit der einzelnen posttraumatischen Beschwerden im dritten Teil des Bogens gebildet und interpretiert wird. Dabei bilden Vergleichswerte die Grundlage der Einschätzung.

Tabelle 5.6. Vergleichswerte zur Beurteilung der Ausprägung der PTBS anhand des PDS

Höhe des Summenscores	Ausprägung der PTBS
≤ 10	mild
11-20	moderat
21-35	moderat bis schwer
≥ 36	schwer

Die Validierungsstudie von Foa et al. (1996) hat gezeigt, dass 89 Prozent der Personen mit einer PTBS und 78 Prozent ohne diese Störung anhand der PDS richtig identifiziert werden konnten.

Eine Arbeitsgruppe der Universität Jena schlägt hingegen die Bildung und Interpretation des Mittelwertes der Beschwerdehäufigkeiten vor. Dies garantiert auch dann eine bessere Vergleichbarkeit, wenn Fragen unbeantwortet bleiben. Untersuchungen dieser Arbeitsgruppe haben aber auch gezeigt, dass die Diagnose valider über das Überprüfen der diagnostischen Kriterien des DSM-IV anhand der Einzelitems aus den ersten drei Teilen des Ratingbogens erfolgt. Dabei wird ein Symptom als gegeben gewertet, wenn eine Häufigkeit von mindestens 1 vorliegt. Allerdings haben die Untersuchungen in Jena gezeigt, dass die Sensitivität und Spezifität höher ausfällt, wenn die entsprechenden Symptome erst ab einem Häufigkeitswert von 2 als vorhanden angesehen werden.

Eine aktuelle deutschsprachige Version der PDS ist in Vorbereitung und wird mit dem dazugehörigen Manual im kommenden Jahr bei Hogrefe erscheinen (Persönliche Mitteilung von Regina Steil und Kristin Mitte aus der Arbeitsgruppe der Universität Jena).

Von der PDS liegen darüber hinaus eine kroatische und eine türkische Übersetzung vor, die über das Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin zu beziehen sind, sowie eine arabische Version, die von der Berliner Beratungsstelle für politisch Verfolgte Xenion (Xenion, Beratungsstelle für politisch Verfolgte, Roscherstr. 2a, 10629 Berlin) erarbeitet wurde. Alle Übersetzungen sind bisher nicht validiert. Je nachdem ob ein Sprachmittler die einzelnen Fragen übersetzt oder eine schriftliche Version in der betreffenden Sprache vorliegt, kann die Durchführung der PDS bei Flüchtlingen und Migranten bis zu 45 Minuten dauern.

5.3.3 Post Traumatic Stress Scale-10 (PTSS-10)

Die Post Traumatic Stress Scale-10 (PTSS-10) wurde von Raphael et al., (1989) entwickelt und von Schade et al., (1998) ins Deutsche übersetzt. Obwohl bisher keine weiteren Übersetzungen vorliegen, soll sie trotzdem an dieser Stelle erwähnt werden, da es sich um ein äußerst zeitökonomisches Verfahren mit einer hohen Validität handelt.

Die PTSS-10 erhebt auf einer sechsstufigen Skala das Vorhandensein von Schlafproblemen, Alpträumen, Depressionen, Schreckhaftigkeit, Rückzugsbedürfnis, Gereiztheit, Stimmungsschwankungen, Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen, Angst vor traumaspezifischen Stimuli und Muskelverspannung.

Die Durchführung und Auswertung der PTSS-10 dauert bei deutschen Probanden jeweils nicht länger als fünf Minuten. Zur Auswertung werden die einzelnen Testwerte addiert. In der Anwendung der PTSS-10 in verschiedenen Forschungsprojekten am Marburger Universitätsklinikum haben sich die aus Tab. 5.7. ersichtlichen Einteilungen zur Interpretation der Ergebnisse bislang bewährt (Persönliche Mitteilung von Herrn Schunk, Klinik für Psychosomatik der Philipps-Universität Marburg).

Tabelle 5.7. Beurteilung der Ausprägung der PTBS anhand der PTSS-10

Höhe des Summenscores	Ausprägung der PTBS
0-23	unauffällig
24-35	erhöhte Stressreagibilität, Verdacht auf PTBS
≥ 36	dringender Verdacht auf PTBS

Obwohl es sich bei diesen zehn Symptomen um eher unspezifische Symptome handelt, die nach traumatischen Ereignissen auftreten können, hat sich das Verfahren in Untersuchungen mit deutschen Probanden als valide erwiesen (Stoll et al., 1999). Allerdings beziehen sich die Ergebnisse in erster Linie auf Personen mit mittleren posttraumatischen Funktionsbeeinträchtigungen. Erfahrungen mit der PTSS-10 bei Patienten mit schwerer posttraumatischer Symptomatik, wie sie häufig nach politischer Verfolgung und Folter zu beobachten ist, liegen bisher noch nicht vor.

5.3.4 Psychometrische Verfahren zu Erfassung der komorbiden Symptomatik

In epidemiologischen Untersuchungen wird übereinstimmend von hohen Komorbiditätsraten der PTBS berichtet, die zwischen 62 Prozent (Davidson et al., 1991) und 92 Prozent (Yehuda und McFarlane, 1995) liegen und besonders nach sich wiederholenden, andauernden traumatischen Erfahrungen sehr ausgeprägt sind. Aus diesem Grund empfiehlt sich der Einsatz testdiagnostischer Verfahren nicht nur zur Erhebung der klassischen PTBS-Symptomatik, sondern auch zur Erfassung anderer möglicher Folgestörungen.

Im Folgenden werden einige Selbstratings kurz charakterisiert, die sich in der klinischen Anwendung als praktikabel erwiesen haben. In den allermeisten Fällen liegen bisher jedoch keine Übersetzungen dieser Instrumente vor. Die angegebenen Durchführungszeiten gelten für deutschsprachige Probanden und müssen bei Migranten und Flüchtlingen um das Zwei- bis Dreifache erhöht werden. Alle aufgeführten Selbstratings sind über die Testzentrale in Göttingen zu beziehen (Testzentrale Göttingen, Robert-Bosch-Breite 25, 37079 Göttingen).

„Symptom-Check-Liste von Derogatis“ (SCL-90-R)

Bei der Symptom-Check-Liste von Derogatis (SCL-90-R) (Franke, 1995) handelt es sich um die deutsche Übersetzung des „Self-Report Symptom Inventory 90 Items - Revised“ (Derogatis, 1977). Sie erfasst auf einer fünfstufigen Skala ein breites Spektrum subjektiv empfundener Beeinträchtigungen durch 90 aufgeführte körperliche und psychische Symptome (vgl. Collegium Internationale Psychiatricum Sacalarum - CIPS, 1996). Die Auswertung ermöglicht eine Einschätzung der Symptomausprägung hinsichtlich der Faktoren Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus und erlaubt den Vergleich mit den Normwerten ambulanter psychiatrischer deutscher Patienten und einer Stichprobe aus der deutschen Normalbevölkerung. Die Ergebnisse können die aus der Befunderhebung und der Exploration der

Symptome resultierende diagnostische Einschätzung unterstützen oder Hinweise auf mögliche Erkrankungen geben, die in der Untersuchung bisher nicht thematisiert wurden.

Allerdings zeigt die klinische Praxis, dass bei traumatisierten Patienten häufig eine Fehleinschätzung hinsichtlich der Ausprägung des Symptommfaktors „Zwanghaftigkeit“ vorliegt. Items, die zwanghafte Tendenzen erfassen sollen, wie die Fragen nach „immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die ... nicht aus dem Kopf gehen“ (Item 3), nach „Gedächtnis“- (Item 9) oder „Konzentrationschwierigkeiten“ (Item 55) werden auch von Personen mit ausgeprägten posttraumatischen Beschwerden als häufig vorhandene Beeinträchtigung angekreuzt. Zwanghafte Tendenzen im engeren Sinne sind bei diesen Patienten meist jedoch nicht vorhanden. Die Bearbeitungszeit für die SCL-90-R beträgt ebenso wie die Auswertungsdauer etwa 15 Minuten.

Daneben gibt es eine Reihe anderer standardisierter Selbstbefragungsverfahren, welche allerdings nur die Ausprägung bestimmter Störungen untersuchen.

„Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen“ (FDS)

Dissoziative Störungen haben eine besondere Relevanz bei chronisch komplex traumatisierten Patienten wie Flüchtlingen mit Kriegs-, Verfolgungs- und Foltererfahrungen. Ein gebräuchliches Screeninginstrument zur Erhebung verschiedener dissoziativer Phänomene einschließlich Depersonalisation und Derealisation stellt der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) von Freyberger et al. (1999) dar. Es handelt sich dabei um die deutsche, vor allem um Konversionssymptome erweiterte Adaption der „Dissociative Experience Scale“ (DES) von Bernstein und Putnam (1986). Allerdings ist zu beachten, dass die Validierungsstudien ergeben haben, dass etwa ein Fünftel der Personen mit ausgeprägten dissoziativen Symptomen nicht als solche identifiziert wurden (niedrige Sensitivität). Für die Bearbeitung und Auswertung des Bogens werden 5 bis 15 Minuten benötigt.

„Beck Angstinventar (BAI)“ und „Beck Depressionsinventar (BDI)“

Zur Erhebung von komorbiden Depressionen und Angststörungen empfehlen sich die etablierten und weit verbreitete Selbstbeurteilungsskalen von Beck. Das „Beck Angstinventar“ (BAI) wurde von Markgraf und Ehlers (1995) übersetzt, das „Beck Depressionsinventar“ (BDI) von Hautzinger und Kollegen (1995). Bei beiden Instrumenten handelt es sich um einen Befragungsbogen mit jeweils 21 symptombezogenen Items, deren Auftretenshäufigkeit auf einer vierstufigen Skala angegeben wird. Während das Angstinventar meist in einigen wenigen Minuten ausgefüllt und anschließend ausgewertet ist, können depressive Patienten aufgrund einer krankheitsbedingten Antriebs- und Entscheidungsschwäche bei der Bearbeitung des Beck Depressionsinventars etwas mehr Zeit benötigen.

Auch andere komorbide Störungen wie Suchterkrankungen oder Somatisierungsstörungen können durch den Einsatz etablierter Selbstratings erhoben werden. Spezielle Störungsbilder sollten jedoch nur beim Verdacht auf das Vorliegen der Erkrankung mit zusätzlichen psychometrischen Instrumenten untersucht werden.

PRAXISHINWEIS

Eine regelhafte Anwendung eines breiten Erhebungsinventars für die unterschiedlichsten Störungen empfiehlt sich bei der Begutachtung bereits aus zeitökonomischen Gründen nicht. Die Bearbeitungszeiten von nicht übersetzten Befragungsbögen erhöhen sich durch die Übersetzungshilfen des Sprachmittlers dabei um mehr als das Doppelte. Zudem sollten die Untersuchungspersonen nicht zu stark durch das Ausfüllen zahlreicher Befragungsbögen belastet werden.

5.4 Probleme beim Einsatz standardisierter Verfahren bei der Begutachtung von Flüchtlingen und Migranten

Der Einsatz von strukturierten diagnostischen Verfahren bei der Begutachtung trauma-reaktiver Störungen gilt in Facharbeitsgruppen als ein wichtiges Qualitätsmerkmal. Bei der Untersuchung von Flüchtlingen und Migranten sind allerdings einige Besonderheiten zu beachten, welche die Verwendung standardisierter Verfahren einschränken können (vgl. dazu auch Birck et al., 2001).

Kulturgebundener Ausdruck psychischer Beschwerden

Die Frage, inwieweit überhaupt diagnostische Konzepte und Kategorien westlicher Industrienationen auf andere Kulturen übertragbar sind, beschäftigt Wissenschaftler und Kliniker schon seit einigen Jahrzehnten. Zwar konnte in mehreren interkulturellen Studien in den 1980er Jahren gezeigt werden, dass es keine spezifischen kulturgebundenen psychischen Krankheitssyndrome gibt und ein weltweit gültiges Kategoriensystem psychischer Störungen durchaus sinnvoll erscheint (Ben-Tovim, 1985; Friedman & Faguet, 1982; Kenny, 1983). Allerdings konnte empirisch auch belegt werden, dass der Ausdruck psychischer Beschwerden hingegen sehr kulturgebunden ist und häufig zur Unter- oder Überschätzung einer Störung oder zu gänzlich falschen Diagnosen führen kann (Westermeyer, 1987). Auch aus der klinischen Praxis ist bekannt, dass beispielsweise kurdische Patienten ihre seelischen Beschwerden häufig durch körperliches Unwohlsein und Schmerzen ausdrücken und den körperlichen Aspekt wesentlich stärker in den Vordergrund stellen als deutsche Vergleichspatienten (Hackenbroch, 2004). Eine ähnliche Beobachtung konnte bei Opfern organisierter Gewalt in Uganda gemacht werden, bei denen körperliche Symptome wesentlich stärker betont wurden als die psychische post-traumatische Symptomatik (Bracken et al., 1992).

Kulturgebundene Beschreibungen

Auch sprachliche Formulierungen selbst können zu erheblichen Missverständnissen führen. Während deutsche Patienten bei einer Veränderung ihres seelischen Gleichgewichtes häufig von einem „Nervenzusammenbruch“ berichten, sprechen türkische Patienten davon, dass „ihr Nabel gefallen sei“ (Hackenbroch, 2004). Insbesondere wenn kulturell durchaus übliche Beschreibungen und Bewertungen mit magischen Inhalten oder der Einfluss von Geistern und Göttern angeführt werden, besteht die Gefahr, dass diese Überzeugungen als Ausdruck einer schizophrenen Erkrankung bewertet werden. Andererseits kann es sich dabei tatsächlich um pathologische Wahnvorstellungen oder Halluzinationen handeln, was nur durch eine Relativierung am kulturellen Hintergrund bewertet werden kann. Eine fachgerechte Einschätzung der psychischen Symptomatik im Rahmen einer Begutachtung kann somit nur erfolgen, wenn der Sachverständige mit den kulturellen Besonderheiten des Heimatlandes des Flüchtlings vertraut ist. Er muss – in erster Linie im diagnostischen Gespräch – überprüfen und beurteilen, inwieweit die geschilderten Verhaltensweisen und Überzeugungen des Flüchtlings mit den gesellschaftlichen Normen, religiösen Gebräuchen und Sozialstrukturen seiner Heimatkultur übereinstimmen oder von ihnen abweichen. Hamburger Ärzte haben in einer Untersuchung belegt, dass unter diesen Voraussetzungen psychische Beschwerden von Migranten diagnostisch richtig eingeordnet werden, und zwar auch dann, wenn der Untersucher einen Sprachmittler benötigt (Hackenbroch, 2004).

Kulturgebundene Symptome

Auch in Hinblick auf die PTBS wurde in der Vergangenheit eine größere Sensibilität für indigene Ausdrucksformen gefordert (Marsella et al., 1993). So vermuten Bracken et al., (1995) beispielsweise, dass traumatische Erfahrungen in weniger individualistischen Gesellschaften wie den Industrienationen zu anderen Auswirkungen führen können, da die gesellschaftliche Integration des Einzelnen und die sozialen Unterstützungsmöglichkeiten die Bewältigung wesentlich beeinflussen können. Die auch bei Flüchtlingen aus traditionellen Gesellschaften beobachtete Häufigkeit intrusiver Symptome und eines erhöhtes Arousels führen Friedman und Jaranson (1994) auf die neurobiologische Bedingtheit dieser Reaktionen zurück. Sie gehen aber davon aus, dass insbesondere das Vermeidungsverhalten und das Gefühl emotionaler Taubheit durch ethnokulturelle und

religiöse Faktoren beeinflusst werden. Die Mehrheit der Studien belegt jedoch, dass das Konzept der PTBS kulturübergreifend angewendet werden kann (Carlson & Rosser-Hogan, 1994; Kinzie et al., 1984).

Unklare Übersetzungen der psychiatrischen Klassifikationen

Aber auch wenn die Diagnose der PTBS interkulturelle Gültigkeit zu besitzen scheint, ist noch wenig darüber bekannt, wie gut die in westlichen Industrienationen entwickelten und validierten standardisierten Verfahren die Ausprägung der Erkrankung in anderen Kulturen messen können. Die vorangegangenen Überlegungen lassen vermuten, dass sich insbesondere auf der Item- und Skalenebene Verzerrungen ergeben, wenn die Verfahren in anderen Kulturen eingesetzt werden. Da die Beschwerden allgemein in der Sprache der internationalen psychiatrischen Klassifikationssysteme formuliert werden, entsprechen sie nicht immer unbedingt den Formulierungen, mit denen Flüchtlinge und Migranten ihre Beschwerden beschreiben würden. So berichtet beispielsweise Pelzer (1995), dass traditionelle Heiler der Madi und deren Patienten mit traumatischen Erfahrungen von „Träumen, die Herzschmerzen bringen“ und „der Schlaf kommt nicht in die Augen“ sprechen, wenn sie von Alpträumen und Schlafstörungen berichten. Andere Beschreibungen wie „er nimmt seinen Körper weg von anderen“ sind noch schwieriger in die internationale Nomenklatur der Diagnosesysteme zu übersetzen. Allerdings haben die beiden Studien zum Einsatz der türkischen und afghanischen Übersetzungen der CAPS (Aker et al., 1999; Malekzai et al., 1996) gezeigt, dass das Vorliegen einer PTBS zumindest mit diesen Versionen des strukturierten Interviews effizient erhoben werden können.

Eingeschränkte Interpretierbarkeit der Testergebnisse

Die bislang vorliegenden Übersetzungen der Selbstbefragungsskalen zur Erhebung der PTBS sind allesamt nicht validiert. Die Ergebnisse müssen dementsprechend mit Vorsicht interpretiert werden, da nicht bekannt ist, ob die einzelnen Fragen wirklich das messen, was sie zu messen vorgeben und die Testergebnisse von Flüchtlingen mit den Normwerten aus den westlichen Industrienationen verglichen werden können. Einen

wichtigen Indikator, ob der Einsatz von Selbstbefragungsinstrumenten sinnvoll ist, liefert in der Regel bereits das vorgeschaltete ausführliche diagnostische Untersuchungsgespräch. Werden in dieser Exploration große interkulturelle Unterschiede im Erleben und Beschreiben der posttraumatischen Beschwerden deutlich, so ist es überlegenswert, ob der Einsatz von Selbstbefragungsbögen überhaupt erfolgen soll. Auf jeden Fall sollten die einzelnen symptombezogenen Fragen der bislang in den Übersetzungen nicht validierten Selbstbefragungsbögen sprachlich erläutert werden, um dem Flüchtling das Verstehen zu erleichtern und verwertbare Ergebnisse zu erhalten. Darüber hinaus muss auch darauf geachtet werden, dass ein möglicherweise aus Scham verschwiegener Analphabetismus nicht zum willkürlichen Ankreuzen von Items führt. Bei der Darstellung der Testergebnisse sollte auf ihre eingeschränkte Interpretierbarkeit hingewiesen werden.

PRAXISHINWEIS

Trotz einiger Einschränkungen sollten auch bei der Begutachtung in aufenthaltsrechtlichen Fragen nach Möglichkeit standardisierte Verfahren Anwendung finden. Die gutachterlichen Beurteilungen werden damit transparenter und auch für Behörden und Verwaltungsgerichte, die über Fragen der Anerkennung von politischer Verfolgung und Aufenthaltsfragen entscheiden, nachvollziehbarer und überprüfbar.

5.5 Literatur

Aker, A.T., Özeren, M., Basoglu, M., Kaptanoglu, C., Erol, A. & Buran, B. (1999). Klinisyon Tarafindan Uygulanan Travma Sonrasi Stres Bozuklugu Ölcegi. (TSSB-Ö)-Gecerlik ve Güvenilirlik Calismasi. Türk Psikiyatri Dergisi, 10, 286-293.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed) (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association.

Ben-Tovim, D.I. (1985). DSM-III in Botswana: A field trial in a developing country. *American Journal of Psychiatry*, 142, 342-345.

Bernstein, E.M. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-35.

Birck, A., Winter, D. & Koch, D. (2001). Diagnostik psychischer Folgen. In Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (Hrsg.), *Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern* (3. Aufl.) Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Blake, D.D., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S. & Keane, T.M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, 187-188.

Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S. & Keane, T.M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 74-90.

Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Charney, D.S. & Keane, T.M. (1998). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV*. Boston & West Haven: National Center for PTSD.

Bracken, P.J., Giller, J.E. & Kabaganda S. (1992). Helping victims of violence in Uganda. *Medicine and War*, 8, 155.

Bracken, P.J., Giller, J.E. & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 40, 1073-1082.

Carlson E.B. & Rosser-Hogan, R. (1994). Cross-cultural response to trauma: a study of traumatic experience and posttraumatic symptoms in Cambodian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 43-48.

Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (CIPS) (Hrsg.) (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie*, 4 Auflage. Weinheim: Beltz Test.

Davidson, J.R.T., Hughes, D., Blazer, D.G. & George, L.K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713-721.

Denis, D., Kummer, P. & Priebe, S. (2000). Entschädigung und Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der SBZ/DDR. Eine Bestandsaufnahme aus medizinischer und juristischer Sicht. *Der medizinische Sachverständige*, 96, 77-83.

Derogatis, L.R. (1977). SCL-90. Administration, scoring & procedures. Manual-I for the R(evised) Version and other instruments of the psychopathology rating scale series. John Hopkins University School of Medicine.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991). Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Richtlinien. Bern: Hans Huber.

Ehlers, A., Steil, R., Winter, H. & Foa, E.B. (1996). Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS). Oxford: Department of Psychiatry, University Oxford.

Franke, G.H.(1995). SCL-90-R. Die Symptom-Check-Liste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz-Test-Gesellschaft.

Freyberger, H.J., Spitzer, C., Stiglitz, R.D., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Bernstein-Carlson, E. (1999). Der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaption, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES). Göttingen: Hogrefe.

Friedman, C.T.H. & Faguet, R.A. (1982). Extraordinay disorders of human behavior. New York: Plenum Press.

Friedman, M. & Jaranson J. (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept to refugees. In A.J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad & J. Orley (Hrsg.), *Admidst peril and pain: the mental health and well-being of the world's refugees* (S. 207-227). Washington DC: American Psychological Association.

Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1996). The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS). Philadelphia: Medical College of Pennsylvania & Hahnemann University.

Gast, U., Osswald, T. & Zürndorf, F. (1999). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV-Dissoziative Störungen (SCID-D). Göttingen: Hogrefe.

Hackenbroch, V. (2004). „Mein Nabel ist gefallen“. Deutschen verdüstert die Depression das Gemüt, Türken verursacht sie Schmerzen; Türkinnen erleiden hysterische Anfälle, Deutsche so gut wie nicht - das Phänomen lässt Psychiater rätseln. *Der Spiegel* 5. Januar, 120-122.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Verlag Hans Huber.

Hofman, A., Liebermann, P. & Flatten, G. (2001). Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung. In G. Flatten, A. Hofman, P. Liebermann, W. Wöller, T. Siol & E. Petzold (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext* (S.71-84). Stuttgart: Schattauer.

Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

Kenny, M.G. (1983). Paradox lost: The latah problem revisited. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 159-167.

Kinzie, J.D., Frederickson, R.H., Ben, R., Fleck, J. & Karls, W. (1984). Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry*, 141, 645-650.

Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Scale - revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44, 130-141.

Malekzai, A.S.B., Niazi, J.M., Paige, S. R., Hendricks, S.E., Fitzpatrick, D., Leuschen, M.P. & Millimet, C.R. (1996). Modification of CAPS-1 for diagnosis of PTSD on Afghan refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 891-898.

Markgraf, J. & Ehlers, A. (1995). *Das Beck-Angst-Inventar*. Berlin: Springer.

Markgraf, J., Schneider, S., Ehlers, A., Dinardo, P. & Barlo, D. (1991). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen: DIPS*. Berlin: Springer.

Markgraf, J., Schneider, S., Ehlers, A. (1994). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen: DIPS* (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Marsella, A.J., Friedman, M. & Spain, H. (1993). Ethnocultural aspects of PTSD: an overview of issues, research and directions. In J. Oldham, A. Tasman & M. Riba (Hrsg.), *Review of Psychiatry* (S.157-182). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Nyberg, E. & Frommberger, U. (ohne Datum). Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik.

Pelzer, K. (1995). Ethnokulturelle Aspekte von Trauma und deren Behandlung. In K. Pelzer, A. Aycha & E. Bittenbinder (Hrsg.), *Gewalt & Trauma. Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt* (S. 208-225). Frankfurt: IKO - Verlag für interkulturelle Kommunikation.

Raphael, R., Lundin, T. & Weisaeth, L. (1989). A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavia Supplement*, 353, 1-75.

Schade, B., Schüffel, W. & Schunk, T. (1998). A brief inventory to investigate stress reactions: The Posttraumatic Symptom Scale, 10-Items (PTSS-10) - the German version. Vortrag auf der Tagung der European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS), Maastricht.

Schnyder, U. (1999). Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV. Zürich: Psychiatrische Poliklinik des Universitätsspitals Zürich.

Schützwohl, M. (2003). Diagnostik und Differentialdiagnostik. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 53-73) (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Stoll, C., Kapfhammer, H.P., Rothenhäusler, H.B., Haller, M., Briegel, J., Schmidt, M., Krause-neck, T., Durst, K. & Schelling, G. (1999). Sensitivity and specificity of a screening test to document traumatic experiences and to diagnose post-traumatic stress disorder in ARDS patients after intensive care treatment. *Intensive Care Medicine*, 25, 697-704.

Weiss, D.S. & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Hrsg.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (S. 399-411). New York & London: Guilford.

Wittchen, H.-U. (1990). CIDI-Manual. Einführungs- und Durchführungsbeschreibung. Weinheim: Beltz.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I). Göttingen, Berlin, Toronto & Seattle: Hogrefe.

Westermeyer, J. (1987). Cultural factors in clinical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 471-478.

Yehuda, R. & McFarlane, A.C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705-1713.

6 Der asyl- und ausländerrechtliche Rahmen ärztlich-psychologischer Auskunftserstattung

Stefan Keßler

6.1 Ärztliche Erfahrung versus juristische Argumentationsweise	127
6.2 Das Asylverfahren	128
6.3 Definition politischer Verfolgung	131
6.4 Weitere Abschiebungshindernisse.....	133
6.4.1 Abschiebungshindernis Krankheit – mehr als Reiseunfähigkeit?.....	135
6.4.2 Prognose	137
6.6 Richterliche Überzeugungsbildung	138
6.7 Anforderungen an die Gutachter.....	140
6.8 Literatur.....	143

6.1 Ärztliche Erfahrung versus juristische Argumentationsweise

Ein Arzt oder Psychologe, der in einem asyl- oder aufenthaltsrechtlichen Verfahren Auskunft über einen Flüchtling geben soll, begibt sich auf ein Gebiet, auf dem ärztliche Erfahrung und Denkweise der Arbeits- und Argumentationsweise von Juristen (hier: von Ausländerrechtlern) begegnet. Diese „Begegnung“ ist nicht immer spannungsfrei. In diesem Kapitel soll der asyl- und ausländerrechtliche Rahmen, in dem sich die Auskunftserstattung bewegt, beschrieben werden. Genauer: Es wird versucht, die Anforderungen, die von den Behörden und Gerichten an die Auskünfte gestellt werden, zu benennen. Dabei erzwingt die Kürze des Beitrags eine Beschränkung auf grobe Skizzen

und Stichworte. Im Folgenden werden zunächst einige Ausführungen zu Asylverfahren, zur Definition der politischen Verfolgung und zur Prüfung von Abschiebungshindernissen gemacht. Dem schließen sich Bemerkungen zur Frage der Prognose und zur richterlichen Überzeugungsbildung an. Abschließend wird zusammengefasst, welche Anforderungen an die ärztlichen und psychologischen Auskünfte sich daraus ergeben.

Nach rund vier Jahre langem Streit hat der Gesetzgeber im Sommer 2004 (erneut) das Zuwanderungsgesetz beschlossen. Diesem Kapitel wird die Rechtslage nach diesem Gesetz, das zum 1.1.2005 in Kraft treten soll, zugrunde gelegt.

6.2 Das Asylverfahren

In einem Asylverfahren prüft eine zentrale Behörde, das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (im Folgenden: Bundesamt), den Asylantrag. Der Prüfungsvorgang findet in vier Schritten statt (siehe auch Abb. 6.1.):

(1) Liegt ein Asylantrag vor? Zuerst prüft das Bundesamt die Standardfrage aller Behörden: Sind wir überhaupt zuständig? Mit anderen Worten: Handelt es sich hier um einen Asylantrag? Die Frage ist zu bejahen, „wenn sich dem schriftlich, mündlich oder auf andere Weise geäußerten Willen des Ausländers entnehmen lässt, dass er im Bundesgebiet Schutz vor politischer Verfolgung sucht“ (§ 13 des Asylverfahrensgesetzes). Allerdings setzt die Bejahung auch voraus, dass nicht ein anderer Staat (ein „sicherer Drittstaat“) im Rahmen völkerrechtlicher Übereinkommen für die Durchführung des Asylverfahrens zuständig ist, wohin der Asylsuchende zurückgeschoben werden kann.

(2) Handelt es sich um einen politisch Verfolgten? Ist seine Zuständigkeit gegeben, untersucht das Bundesamt als nächstes, ob der Betreffende politisch verfolgt wird. Nach Art. 16a Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) genießen politisch Verfolgte Asylrecht. (Zur Definition der politischen Verfolgung siehe 6.3) Ist der Antragsteller vor politischer Verfolgung aus seinem Heimatland geflohen und in Gefahr, im Falle der Rückkehr erneut verfolgt zu werden, ist er als Asylberechtigter anzuerkennen. In diesem Fall ist der Prüfungsvorgang beendet.

(3) Besteht die Gefahr der politischen Verfolgung? Wird dies jedoch verneint, ist in einem weiteren Schritt die Frage zu beantworten, ob der Antragsteller zwar nicht vor politischer Verfolgung aus seinem Herkunftsland geflohen ist, aber in Gefahr wäre, politisch verfolgt zu werden, wenn er zurückkehren müsste. Ein klassisches Beispiel hierfür sind die jungen Iraner, die nach der islamischen Revolution als sehr junge Menschen nach Deutschland zum Studium kamen (also nicht vor politischer Verfolgung flohen) und hier an den Universitäten (exil-)politisch aktiv wurden, was sie im Falle der Rückkehr in den Iran der Gefahr politischer Verfolgung ausgesetzt hätte. Eine weitere Fallgruppe bilden diejenigen, die nicht als Asylberechtigte anerkannt werden, weil sie über einen so genannten „sicheren Drittstaat“ nach Deutschland gekommen sind, aber nicht mehr dorthin zurückgeschoben werden können. Alle diese Personen genießen nicht das Asylrecht nach Art. 16a Abs. 1 GG, jedoch Abschiebungsschutz wegen drohender politischer Verfolgung nach § 60 Abs. 1 AufenthG und die Rechtsstellung von Flüchtlingen im Sinne des zentralen internationalen Abkommens, der Genfer Flüchtlingskonvention (deshalb nennt man sie gelegentlich auch „Konventionsflüchtlinge“).

(4) Bestehen zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse? Wird auch die Gefahr politischer Verfolgung verneint, ist der Fall in einem letzten Schritt daraufhin zu überprüfen, ob Gründe, die nicht mit politischer Verfolgung zu tun haben, aber mit der Situation im Herkunftsland zusammenhängen, der Abschiebung in diesen Staat entgegenstehen (so genannte zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse nach § 60 Absätze 2 bis 7 AufenthG). Dabei kann es sich etwa um Krankheiten handeln, die im Herkunftsland nicht behandelt werden können, um die Unmöglichkeit, die gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft dort zu führen, oder um katastrophale Umstände, die ein Überleben unmöglich machen.

Gegen die Entscheidung des Bundesamtes kann ein Verwaltungsgericht angerufen werden. Auch diese Instanz führt meistens eine vollumfängliche Prüfung mit den oben beschriebenen Schritten durch.

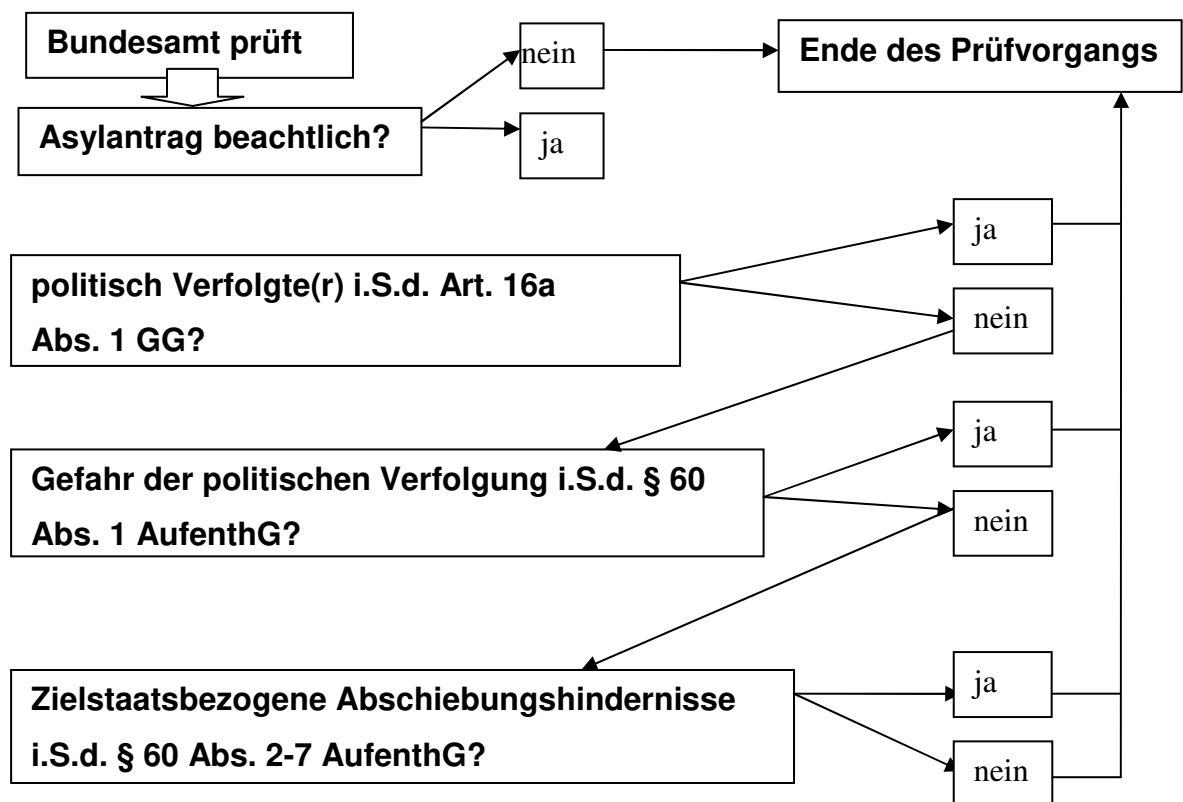


Abbildung 6.1. Entscheidungswege des Bundesamtes in Asylverfahren

6.3 Definition politischer Verfolgung

Kernelement des Asylrechts in Deutschland ist der Begriff „politische Verfolgung“. „Politische Verfolgung“ wird weder im Grundgesetz noch in einfachem Recht definiert, sondern die Kriterien hierfür sind im Laufe der Zeit durch die Rechtsprechung entwickelt worden.

Verfolgung. Als Verfolgung ist eine Maßnahme zu verstehen, die die Menschenwürde des Opfers verletzt und von der Gefahren für Leib, Leben oder Freiheit des Betroffenen ausgehen. Mit anderen Worten: Die gegen das Opfer gerichteten Handlungen müssen eine gewisse Intensität aufweisen. Nicht jede Diskriminierung ist in diesem Sinne Verfolgung. Die jahrelange Praxis der Berufsverbote in der Bundesrepublik Deutschland, bei der ein DKP-Mitglied nicht Lokführer werden durfte, griff zwar sicherlich in Grundrechte ein, löste aber keine Lebensgefahr aus, da der Betroffene auch ohne Lokführermütze überleben konnte. Aber an diesem Beispiel wird auch deutlich, dass die Gesamtumstände des Falles betrachtet werden müssen: Wird ein Mensch von jeder Möglichkeit der Erwerbstätigkeit abgeschnitten, und gibt es keine sozialen Sicherungssysteme, dann wird die Arbeitslosigkeit für den Betroffenen lebensgefährlich, so dass der Ausschluss vom Arbeitsmarkt eine asylrelevante Verfolgung darstellen kann.

Politisch. Nicht jede Verfolgung ist aber politisch. Um dieses Attribut zu erhalten, muss die Verfolgung weitere Kriterien erfüllen:

Sie muss vom Staat ausgehen oder ihm zuzurechnen sein. Entweder sind somit Polizisten, Militärs oder andere Staatsorgane die Verfolger, oder „private“ Akteure (wie Milizen) handeln im staatlichen Auftrag bzw. zumindest mit dessen (stillschweigender) Billigung. „Staat“ muss dabei nicht eine völkerrechtlich anerkannte Regierung sein, sondern kann auch eine „quasi-staatliche“ Entität sein, die faktisch Hoheitsgewalt ausübt. Politische Verfolgung kann aber auch von nichtstaatlichen Akteuren ausgehen, die auch nicht in staatlichem Auftrag handeln. Einen politischen Charakter erhält die Verfolgung dann, wenn das Opfer nicht in der Lage ist, bei „seinen“ Heimatbehörden Schutz gegen diese Verfolgung zu erlangen – entweder weil es keine schutzfähige Staatsgewalt im Herkunftsland gibt (z.B. Somalia), oder weil die Behörde zwar exis-

tiert, aber faktisch nicht schutzfähig ist (z.B. die afghanische Zentralregierung in einzelnen Provinzen).

Das Opfer muss außerdem verfolgt werden, weil es bestimmte Merkmale aufweist. Diese sind vor allem seine politische Überzeugung, seine Religion oder Weltanschauung, seine Volkszugehörigkeit oder seine Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe. Nach dem Zuwanderungsgesetz wird auch eine an das Geschlecht des Opfers anknüpfende Verfolgung als politisch anerkannt.

Individualisierbarkeit. Hinzu tritt, dass die Verfolgung individualisierbar sein muss, d.h. sie muss dem jeweiligen Flüchtling konkret zugefügt worden sein oder drohen. Unter Umständen kann es allerdings auch relevant sein, wenn andere Angehörige der Gruppe, zu der auch der Flüchtling zählt, verfolgt werden, auch wenn der Flüchtling selbst (noch) nicht unmittelbar betroffen gewesen ist.

Maßnahme, die die Menschenwürde verletzt		Täter ist (unmittelbar oder mittelbar) Staat
+		+
Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit		Anknüpfungspunkte der Verfolgung sind:
		▶ politische Überzeugung des Opfers ▶ Religion des Opfers ▶ Volkszugehörigkeit des Opfers ▶ Zugehörigkeit des Opfers zu einer bestimmten sozialen Gruppe
=		=
VERFOLGUNG		POLITISCH
+		
INDIVIDUALISIERBARKEIT		
=		

Asylanspruch/Abschiebungsschutz als politisch Verfolgte(r)

Abbildung 6.2. Kriterien für die politische Verfolgung

BEISPIEL

Politische Verfolgung

Das Mitglied der Oppositionspartei UDPS in Kongo-Kinshasa, das wegen der Teilnahme an einer Versammlung ohne Anklage und Gerichtsverfahren inhaftiert wird, ist politisch verfolgt, weil die Maßnahme in einer die Menschenwürde verletzenden Weise zumindest seine Freiheit bedroht, vom Staat ausgeht und an seine politische Überzeugung anknüpft.

Der Hühnerdieb in Tadschikistan dagegen, der erwischt, ins Gefängnis geworfen und dort verprügelt wird, ist Opfer von Verfolgung, die aber keinen politischen Charakter trägt.

6.4 Weitere Abschiebungshindernisse

Drohende Folter oder Todesstrafe. Im Asylverfahren wird außer dem Vorliegen politischer Verfolgung auch geprüft, ob sonstige Abschiebungshindernisse bestehen. Die entsprechenden Vorschriften finden sich vor allem im § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG. Hiernach darf eine Abschiebung im Fall drohender Folter (Abs. 2) oder drohender Todesstrafe (Abs. 3) nicht vollzogen werden. Dasselbe gilt, wenn sich aus der Anwendung der Europäischen Menschenrechtskonvention ergibt, dass die Abschiebung unzulässig ist (§ 60 Abs. 5).

Physische oder psychische Krankheit. Für die ärztliche Auskunfterteilung von größter Bedeutung ist jedoch die Vorschrift in § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG. Hiernach soll von einer Abschiebung abgesehen werden, „wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht.“ Die Gefahr muss direkt mit der Person des Betroffenen verknüpft sein. Denn allgemeine Gefahren – wie Krieg oder Naturkatastrophen –, denen eine Bevölkerung oder eine Bevölkerungsgruppe ausgesetzt ist, werden ausschließlich bei Abschiebestopperlassen der Länderinnenminister und -senatoren berücksichtigt; der Einzelne kann sich hierauf nicht berufen (§ 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG).

Eine solche Gefahr kann auch von einer physischen oder psychischen Krankheit ausgehen. Sie muss aber Leib oder Leben (mitzudenken: Seele) des Betroffenen in erheblichem Maße gefährden und mit seiner Abschiebung in zeitlichem Zusammenhang stehen. Überspitzt formuliert: Ein einfacher Schnupfen oder die November-Melancholie reichen nicht aus, ebenso wenig eine Erkrankung, die irgendwann einmal eintreten könnte. In den Worten eines Gerichts: „Es muss das ernsthafte Risiko bestehen, dass unmittelbar durch die Abschiebung der Gesundheitszustand des Ausländers wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtert wird. Die Abschiebung muss den Ausländer krank oder kränker machen“ (Verwaltungsgericht Frankfurt am Main, Beschluss vom 5.6.2003, 2 G 1982/03 (1), unter Berufung auf Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, AuAS 2001, 174).

Prüfungskompetenz: Bundesamt und Ausländerbehörde

Gerade beim Themenkomplex „Krankheit und Abschiebungshindernis“ wird eine Frage besonders wichtig: Wer prüft eigentlich das Vorliegen dieses Abschiebungshindernisses?

Das Bundesverwaltungsgericht hat vor einiger Zeit eine „Arbeitsteilung“ beschlossen. Hiernach entscheidet in den Fällen, in denen einmal ein Asylantrag gestellt wurde, über das Vorliegen eines „zielstaatsbezogenen“, d.h. mit der Situation im Herkunftsland zusammenhängenden Abschiebungshindernisses das Bundesamt; über das Vorliegen eines „inlandsbezogenen“, d.h. mit der Situation des Betroffenen in Deutschland und dem Abschiebungsvorgang selbst zusammenhängenden „Vollstreckungshindernisses“ entscheidet hingegen die jeweilige Ausländerbehörde.

Bei einer Erkrankung wird diese Trennung allerdings schwierig. Wenn die erhebliche, konkrete Gefahr für Leib und Leben des Betroffenen sich daraus ergibt, dass die Krankheit, an der er leidet, im Herkunftsland nicht oder nur unter für ihn unerschwinglichen Kosten behandelt werden kann, dürfte es sich um ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis handeln, das in die Prüfkompetenz des Bundesamtes fällt. Bei Suizidgefahren jedoch handelt es sich nach den Worten des Bundesverfassungsgerichtes „um eine Abschiebung regelmäßig nur vorübergehend hindernde Umstände, die im Zusammenhang mit den dem Abschiebestaat, der Bundesrepublik Deutschland, zuzurech-

nenden tatsächlichen Beeinträchtigungen stehen, wie sie typischerweise mit dem Vollzug einer Abschiebung verbunden sind.“ (Bundesverfassungsgericht, InfAuslR 202, 415). Das Vorliegen eines solchen „Vollstreckungshindernisses“ stellt die zuständige Ausländerbehörde fest.

Bei Traumatisierten und anderen psychisch Erkrankten dürfte es meistens um solche „Vollstreckungshindernisse“ gehen. Deshalb wird der Adressat ärztlicher Auskünfte in diesem Zusammenhang mehrheitlich die jeweilige Ausländerbehörde sein.

6.4.1 Abschiebungshindernis Krankheit – mehr als Reiseunfähigkeit?

Seit einiger Zeit gibt es einen Streit um die Frage, inwieweit die Prüfung, ob eine Krankheit als „Vollzugshindernis“ einer Abschiebung entgegensteht, mehr umfassen muss als die Feststellung der (Flug-)Reisefähigkeit des Patienten. Ist also beispielsweise die Gefahr einer Retraumatisierung oder eines Suizids nach der Ankunft im Herkunftsland abschiebungsschutzrechtlich relevant oder nur die – durch Begleitung eines Arztes möglicherweise überwindbare – Schwierigkeit, die (Flug-)Reise als solche gesundheitlich zu überstehen? Die Antworten auf diese Frage sind noch uneinheitlich.

Gutachtertätigkeit: Nur noch Feststellung der Reisefähigkeit?

Auf der einen Seite drängen insbesondere die Innenminister und -senatoren der Länder darauf, den Prüfumfang sehr eng zu fassen und eine Abschiebung nur dann zu untersagen, wenn Gesundheitsgefahren der Abschiebung als solcher, d. h. vor allem dem Transport des „Schüblings“, entgegenstehen. So heißt es in einem Erlass des Innenministeriums Nordrhein-Westfalen (vom 22.1.2003, 14.1/VI 2.3/14.3), der auf Beratungen in der Innenministerkonferenz zurückging und in ähnlicher Form auch von anderen Innenverwaltungen herausgegeben worden ist, vor einer Abschiebung sei gegebenenfalls „beachtlichen Indizien für gesundheitliche Beeinträchtigungen des Betroffenen nachzugehen, die Auswirkungen auf die Flugreisetauglichkeit haben und damit ein mögliches

Vollstreckungshindernis darstellen könnten.“ Das ist eine – zumindest missverständliche – Formulierung, die so ausgelegt werden könnte (und wird), dass die Ausländerbehörden nur dann krankheitsbezogene Abschiebungshindernissen nachzugehen hätten, wenn sie unmittelbar mit der fehlenden Reisefähigkeit des Betroffenen zusammenhängen. In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, dass die Innenministerkonferenz gegenwärtig Verhandlungen mit der Bundesärztekammer über die Bildung eines „Ärztepools“ und die gemeinsame Festlegung von Kriterien zur Feststellung von krankheitsbezogenen Abschiebungshindernissen führt. Beobachter befürchten, damit solle auch die ärztliche Gutachtertätigkeit im Ergebnis auf die Feststellung der Reisefähigkeit reduziert werden.

Folgen psychischer Traumatisierung müssen beachtet werden!

Dem gegenüber haben wissenschaftliche Fachgesellschaften und -kliniken in einer gemeinsamen Stellungnahme darauf hingewiesen, dass bei diesen IMK-Beschlüssen „wissenschaftliche Erkenntnisse über die Folgen psychischer Traumatisierung unzureichend interpretiert und angewandt werden“. Es werde dabei vergessen, dass „für Menschen, die aufgrund von Gewalterfahrungen in ihren Herkunftsländern unter einer psychoreaktiven Traumastörung, sei es PTSD oder einer der komorbiden Störungen, leiden, [...] die Androhung der gewaltsamen Rückführung an den Ort ihrer traumatisierenden Erfahrungen eine Reaktualisierung ihres Leidens, die schwerwiegende Auswirkungen auf den Verlauf ihrer Störung hat“, bedeute und es sich hierbei „nicht um eine (ggf. vorübergehende) ‚Flugreiseuntauglichkeit‘ (handele), also eine durch den Flug selbst ausgelöste Gesundheitsgefahr, der durch zeitlich begrenzte (medikamentöse) Maßnahmen abgeholten werden kann und die nach der Ankunft beendet ist, sondern um eine Retraumatisierung durch die vorweggenommene Ankunft.“ (Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Untersuchung von Flüchtlingen vor Abschiebungen, 7. April 2003).

Die Kritiker können auch obergerichtliche Rechtsprechung anführen: So hat der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg entschieden, dass „unter dem Gesichtspunkt der rechtlichen Unmöglichkeit der Abschiebung ein Duldungsgrund nach § 55 Abs. 2 AuslG [nunmehr § 60a Abs. 2 AufenthG] in Verb. mit Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG

in Gestalt eines inlandsbezogenen Vollstreckungshindernisses anzunehmen sein (kann), wenn die Abschiebung als solche bei dem von der Zwangsmaßnahme betroffenen Ausländer mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit zu einem Gesundheitsschaden führt bzw. einen vorhandenen Gesundheitsschaden weiter verfestigt.“ (VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 7.5.2001 - 11 S 389/01 -, InfAuslR 2001, 384)

Ein krankheitsbezogenes „Vollstreckungshindernis“ liegt also nicht nur bei Reiseunfähigkeit vor. Ärzte und Psychologen sollten sich daher nicht darauf einlassen, bei ihren Auskünften auf die Prüfung der (Flug-)Reisefähigkeit beschränkt zu werden, sondern den gesamten medizinisch/psychologisch relevanten Sachverhalt in den Blick nehmen.

6.4.2 Prognose

Was würde dem Flüchtling bei Abschiebung passieren?

Aus der vorstehenden Diskussion wird deutlich, dass es bei der Prüfung, ob politische Verfolgung und/oder Abschiebungshindernisse vorliegen, nicht nur darauf ankommt, was vor der Flucht passiert ist, sondern entscheidend die Antwort auf die Frage ist: Was würde passieren, wenn der Flüchtling in das Herkunftsland zurückkehrte? Die Entscheider beim Bundesamt, die Verwaltungsrichter und auch die Mitarbeiter der Ausländerbehörde müssen sich somit eine Meinung darüber bilden, mit welcher Wahrscheinlichkeit dem Flüchtling die von ihm behaupteten Gefahren drohen. Dabei werden allerdings unterschiedliche Maßstäbe angelegt:

Verfolgt. Wenn festgestellt wird, dass der Flüchtling vor Verfolgung geflohen (vorverfolgt) ist, gilt der herabgestufte Wahrscheinlichkeitsmaßstab, d.h., eine Rückkehr ist dem Betroffenen nur dann zumutbar, wenn eine Wiederholung der Verfolgung ohne vernünftigen Zweifel ausgeschlossen werden kann.

Nicht verfolgt. Gilt der Flüchtling jedoch als nicht vorverfolgt, ist der Prognose der Maßstab der beachtlichen Wahrscheinlichkeit zugrunde zu legen, d.h., es muss bei einer

Abwägung aller Faktoren mehr für den Eintritt der befürchteten Menschenrechtsverletzung sprechen als dagegen. Hier darf allerdings kein rein statistischer Wahrscheinlichkeitsbegriff verwendet werden, sondern es kommt darauf an, ob dem Ausländer die Rückkehr in den Herkunftsstaat mit den damit verbundenen Risiken zugemutet werden kann oder nicht. Je schwerer die mögliche Menschenrechtsverletzung, umso höher auch die Zumutbarkeitsschwelle.

6.6 Richterliche Überzeugungsbildung

Verfahrensabhängiges Grundrecht. Das Asylrecht ist ein verfahrensabhängiges Grundrecht. Ein Flüchtling kann das Grundrecht auf Asyl (Art. 16a Abs. 1 GG) nur dann wirklich in Anspruch nehmen, wenn er als politisch Verfolgter anerkannt worden ist. Deshalb verlangt das Bundesverfassungsgericht, dass Feststellungen im Asylverfahren ein besonderes Maß an Verlässlichkeit und Richtigkeitsgewähr aufweisen. Die Einzelentscheider beim Bundesamt und die Verwaltungsrichter sind damit verpflichtet, bis zur Grenze der Zumutbarkeit alle verfügbaren Quellen heranzuziehen und erforderlichenfalls weitergehende Erkundigungen zu veranlassen. Solche weitergehenden Erkundigungen können auch Gutachteraufträge sein. Dies gilt sowohl für die Feststellung, ob politische Verfolgung vorliegt, als auch für die Antwort auf die Frage nach sonstigen Abschiebungshindernissen.

Amtsermittlungsgrundsatz. Hinzu tritt beim Verwaltungsgericht noch der Amtsermittlungsgrundsatz. Nach § 86 I VwGO erforscht das Gericht unter Hinzuziehung der Beteiligten den Sachverhalt von Amts wegen, wobei es nicht an Beweisanträge der Beteiligten gebunden ist. Das Gericht muss jede geeignete Möglichkeit zur Sachaufklärung ausschöpfen, um die erforderliche Überzeugung zu erlangen. So darf das Verwaltungsgericht zum Beispiel die Vernehmung eines Zeugen nicht mit der Begründung ablehnen, es sei vom Gegenteil der unter Beweis gestellten Behauptung überzeugt.

Allerdings besteht ein gerichtliches Ermessen hinsichtlich des „Wie“ der Aufklärung. Das Verwaltungsgericht kann eigenständig entscheiden, welcher Form der Sach-

verhaltsaufklärung (Gutachten, Zeugenvernehmung, Urkundenbeweis ...) es sich bedienen will.

Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Gleichzeitig gilt auch für das Asylverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Dabei besteht allerdings eine Begründungspflicht: Die (behördliche/gerichtliche) Entscheidung muss nachvollziehbar und überprüfbar sein. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts müssen die wesentlichen, von beiden Seiten vorgetragenen Tatsachenbehauptungen verarbeitet werden. Auch ist die Auswertung der herangezogenen Erkenntnisquellen detailliert darzulegen.

Frei zu würdigen sind auch eingeholte Auskünfte und Sachverständigengutachten, die nicht kritiklos übernommen werden dürfen. Gutachten sind Hilfsmittel für das Gericht, können aber nicht die eigenständige richterliche Entscheidung ersetzen.

Liegt der Entscheidung allerdings eine von der Auskunft bzw. dem Gutachten abweichende Sachverhaltseinschätzung zugrunde, muss die eigene Sachkunde nachvollziehbar dargelegt werden.

Wohllollensgebot. Das Bundesverwaltungsgericht hat den Tatsachengerichten nahe gelegt, den eigenen Erklärungen des Asylsuchenden größere Bedeutung als üblicherweise dem Parteivorbringen im Verwaltungsprozess zuzumessen und den Beweiswert seiner Aussage im Rahmen des Möglichen wohllollend zu beurteilen. Ein solches Wohllollensgebot hat auch der Hohe Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (UNHCR) aus dem Flüchtlingsvölkerrecht hergeleitet.

Grundsatz der vollständigen Überzeugungsbildung. Dem steht gegenüber der Grundsatz der vollständigen Überzeugungsbildung (§ 108 Abs. 1 Satz 1 VwGO: „Das Gericht entscheidet nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung, ob eine tatsächliche Behauptung für wahr oder für nicht wahr zu erachten sei.“) Der Entscheider oder Richter muss in der Regel von der Existenz des Sachverhaltes, den er seiner Entscheidung zugrunde legt, im Sinne der Gewissheit überzeugt sein. Anders als im Strafrecht gilt im Verwaltungsprozess nicht der ungeschriebene Rechtsgrundsatz des in dubio pro reo, sondern ein Asylsuchender muss seinen Anspruch gegenüber der Behörde beweisen. Eine Entscheidung ist unzulässig, die aufgrund möglicherweise oder wahrscheinlich geschehener Sachverhalte eine Rechtsfolge ausspricht, notwendig ist stets die Überzeugung des Rechtanwenders. Es reicht also

nicht aus, es für möglich oder wahrscheinlich zu halten, dass ein Asylsuchender im Herkunftsland gefoltert worden ist – der Einzelentscheider oder Verwaltungsrichter muss hiervon überzeugt sein: „Auch in Asylstreitsachen muß das Gericht die volle Überzeugung von der Wahrheit – und nicht etwa nur von der Wahrscheinlichkeit – des vom Kläger behaupteten individuellen Schicksals erlangen, aus dem er seine Furcht vor politischer Verfolgung herleitet“ (Bundesverwaltungsgericht, InfAuslR 1985, 244).

Nun ist anerkannt, dass Asylsuchende in Bezug auf die Umstände, die zeitlich vor ihrer Flucht liegen, in einem „falltypischen Beweisnotstand“ stehen. Der in der Haft gefolterte Flüchtling wird von seinen Wärtern keine Bescheinigung des Inhalts erhalten: „Jawohl, wir haben dich gefoltert – und zwar aus politischen Gründen.“ Deshalb wird in der Regel kein materieller Beweis, aber ein glaubwürdiger, konsistenter, in sich schlüssiger und widerspruchsfreier Vortrag verlangt. Um es an einem Negativbeispiel deutlich zu machen: „Gibt der Asylbewerber im verwaltungsgerichtlichen Verfahren eine gegenüber seinen Angaben vor den Verwaltungsbehörden völlig neue Schilderung seines fluchtauslösenden individuellen Schicksals in seinem Heimatland, so wird dies regelmäßig Anlass zu Zweifeln an der Richtigkeit seines Vorbringens sein“ (Bundesverwaltungsgericht, InfAuslR 1986, 79).

In Bezug auf Tatsachen, die nach seiner Flucht entstanden sind, wird von dem Asylsuchenden allerdings der Vollbeweis verlangt.

6.7 Anforderungen an die Gutachter

Auskünfte

Am Anfang dieses Kapitels ist allgemein von Auskünften gesprochen worden. Diese lassen sich präziser unterscheiden in

- **Gutachten**, die auf ausdrückliche Anforderung durch eine Behörde oder ein Gericht erstellt werden: Sie sollten in der Regel nicht von dem behandelnden Arzt o-

der Therapeuten geschrieben werden; an Gutachten stellen die Auftraggeber hohe inhaltliche Anforderungen;

- **Stellungnahmen**, die auf Bitte des Betroffenen und/oder des ihn vertretenden Anwaltes geschrieben werden: Verfasser ist meistens der behandelnde Arzt oder Therapeut; das Anforderungsniveau ist etwas niedriger als bei den Gutachten.

Der Unterschied zwischen beiden Auskunftformen ist aber auch den Gerichten oftmals nicht klar, so dass gelegentlich auch an die ärztlichen/psychologischen Stellungnahmen dieselben Anforderungen gerichtet werden wie an Gutachten. Aus praktischer Sicht ist diese mangelnde Abgrenzung nicht haltbar, und diese Erkenntnis wird sich hoffentlich auch durchsetzen.

Allgemeine Richtlinien

Für beide Auskunftformen ergeben sich aus der in diesem Beitrag beschriebenen juristischen Argumentationsweise zahlreiche Anforderungen, die im folgenden Kasten stichwortartig zusammengefasst sind:

PRAXISHINWEIS

In einer Auskunft muss

- ausführlich und detailliert,
- für einen medizinischen und psychologischen Laien verständlich
- sowie in der Argumentation schlüssig und nachvollziehbar darlegt werden,
- auf welche Weise der Gutachter zu seinem Befund gekommen ist,
- woran der Untersuchte leidet,
- inwieweit dadurch sein bisheriges Vorbringen im Asyl- oder ausländerrechtlichen Verfahren gestützt wird („Passt“ das festgestellte Krankheitsbild zur behaupteten Verfolgung?),
- inwieweit krankheitsbedingte Einschränkungen des allgemeinen oder situativen Aussagevermögens mögliche Ursachen für Abweichungen, Lücken oder spätere Ergänzungen zum bisherigen Vorgebrachten waren oder sind,

- ▶ welche Behandlung der Untersuchte benötigt und welche Folgen es für ihn hätte, wenn er diese Behandlung nicht bekäme,
- ▶ welche Auswirkungen die Rückkehr in den Herkunftsstaat für den Untersuchten hätte (ist zum Beispiel eine Retraumatisierung zu befürchten?),
- ▶ welche Folgen eine Abschiebung für den Untersuchten hätte (Inwieweit werden dadurch z.B. suizidale Tendenzen verstärkt?),
- ▶ welche grundlegenden Lebensbedingungen für die gesundheitliche Stabilität oder gar einen Genesungsprozess des Untersuchten gegeben sein müssen.

Um es in den Worten eines Verwaltungsgerichts deutlich zu machen: „Vorulegen wäre ein detailliertes Gutachten, welches nachvollziehbare Aussagen über Ursachen und Auswirkungen der Störung sowie diagnostische Feststellungen zum weiteren Verlauf der Behandlung enthält. Das Gutachten hat im methodischen Vorgehen und in der Darstellung den Prinzipien der Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gehorchen. Die Befundtatsachen müssen zunächst getrennt von ihrer Interpretation dargestellt werden. Bei Interpretation und Schlussfolgerungen aus den erhobenen Informationen muss angegeben werden, auf welche Befundtatsachen sie sich stützen“ (Verwaltungsgericht Frankfurt am Main, Beschluss vom 31.1.2003, 1 G 392/03 (1)).

Unklare Kriterien

Zum Zeitpunkt der Niederschrift dieses Beitrags stellt sich für diejenigen, die die Auskünfte erstatten, allerdings das Problem, dass die Adressaten, also die Behörden und Gerichte, ihre Anforderungen und Kriterien noch nicht sehr klar definiert haben. Wir befinden uns somit noch mitten in einem Diskussionsprozess, bei dem von Ärzten und Therapeuten selbst organisierte Fortbildungsmaßnahmen und die eigene Entwicklung von Standards (etwa der Arbeitsgruppe SBPM) von enormer Bedeutung sind. Zu hoffen ist, dass in Zukunft ein Abschiebungsschutz für körperlich und/oder seelisch kranke Menschen unumstritten sein wird.

6.8 Literatur

Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (Hrsg.)(2001). Asylpraxis. Band 7. Nürnberg. (mit zahlreichen Aufsätzen zum Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen)

Gierlichs, H. W. (2003). Begutachtung psychotraumatisierter Flüchtlinge: Konflikt mit ärztlich-ethischen Belangen. Deutsches Ärzteblatt, 100, A-2198.

Haenel, F.(2001). Zur Begutachtung psychischer Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Klageverfahren. Der Medizinische Sachverständige 97, 9 ff.

Korzilius, H. (2002). Zwischen Staatsraison und Patientenwohl. Deutsches Ärzteblatt, 97, A-1580.

Kossen, D. (1999): Die Tatsachenfeststellung im Asylverfahren. Das deutsche Asylverfahren in europäischer Perspektive. Baden-Baden (Nomos).

Treiber, W. (2002). Flüchtlingstraumatisierung im Schnittfeld zwischen Justiz und Medizin. Zeitschrift für Ausländerrecht und -politik (ZAR), 282.

Wenk-Ansohn, M. et al. (2002). Anforderungen an Gutachten. Fragen nach posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen psychisch reaktiven Traumafolgen. Einzelentscheider-Brief, 8+9, 3 f.

6.9 Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
AsylVfG	Asylverfassungsgesetz
AuAS	Ausländer- und Asylrecht-Schnelldienst (Fachzeitschrift)

AufenthG	Aufenthaltsgesetz
AuslG	Ausländergesetz
GG	Grundgesetz
InfAuslR	Informationsbrief Ausländerrecht (Fachzeitschrift)
i. S. d.	im Sinne des
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
VwVfG	Verwaltungsverfahrensgesetz
ZPO	Zivilprozessordnung
ZSEG	Zeugen- und Sachverständigen-Entschädigungsgesetz

7 Einsatz von Dolmetschern

Savita Dhawan

7.1 Voraussetzungen für einen professionellen Einsatz von Dolmetschern	145
7.2 Übersetzer, Dolmetscher, Sprachmittler, Community Interpreting – begriffliche Abgrenzungen	147
7.3 Das Beispiel Schweden	149
7.4 Gesprächssetting mit Dolmetscher – Hilfestellungen für die Begutachtung	152
7.4.1 Sprachrelevante Faktoren – Realia und Terminologie	152
7.4.2 Sprachunabhängige Faktoren – Übersetzung in der Ich-Form, Neutralität und Unparteilichkeit, Schweigepflicht, Unbefangenheit	154
7.5 Literatur	160

7.1 Voraussetzungen für einen professionellen Einsatz von Dolmetschern

Unklares Rollerverständnis. Der Einsatz von Dolmetschern im therapeutisch-medizinischen Arbeitsfeld wird in Deutschland immer noch als ungewöhnlich und schwer handhabbar wahrgenommen.

Durch die Zunahme von Migranten und Flüchtlingen sowie durch die Entstehung einer Reihe von Zentren zur Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen in der Bundesrepublik Deutschland ist seit Anfang der 1980 Jahre die Bedeutung der Dolmetscher im sozialen und medizinischen Arbeitsfeld stärker als bisher ins Blickfeld gerückt. In der Praxis zeigt sich jedoch zu häufig, dass die Gesprächsführung eher durch Impro-

visation bestimmt wird und Professionalität vermissen lässt. Sowohl Dolmetschern als auch Therapeuten und Ärzten ist das eigene Rollenverständnis in dieser Gesprächskonstellation oftmals unklar, was somit zu Rollenkonfusionen und unklaren Rollenabgrenzungen führen kann. Dies wirkt sich unweigerlich auf die Kommunikation mit den Probanden aus. Nicht selten wird der Dolmetscher als Ansprechperson oder Bündnispartner wahrgenommen und mit Erwartungen konfrontiert, die seinen Kompetenzbereich eindeutig überfordern. Es kann hierdurch eine Gesprächsdynamik entstehen, die in weiten Teilen für alle drei Beteiligten unbefriedigend ist.

Schulungen unverzichtbar. Das in diesem Kapitel vorgestellte Model orientiert sich an den in Schweden praktizierten Richtlinien für Dolmetscherarbeit und dem speziell auf das Gesprächssetting mit traumatisierten Flüchtlingen weiterentwickelten Ansatz des Institute for Psychic Health in Stockholm. Im Weiteren soll aufgezeigt werden, dass eine klare und direkte Kommunikation im medizinischen und therapeutischen Umfeld unter Einbeziehung von Dolmetschern durchaus möglich ist. Unverzichtbare Voraussetzungen dafür sind gezielte Schulungen der Dolmetscher und das notwendige Wissen für die Gesprächsführung in diesem Setting auf Seiten der Therapeuten und Berater.

Vertrauen in den Dolmetscher. Der Sprache des Gegenüber nicht mächtig zu sein, stellt per se schon eine Situation dar, in der sehr starke Abhängigkeitsgefühle aktiviert werden können. Insbesondere wenn Entscheidungen bevorstehen, die weitreichende existentielle Bedeutung haben, ist es leicht nachvollziehbar, dass fehlende Sprachkenntnisse für die Betroffenen einen enormen Stressfaktor darstellen. „Viele Flüchtlinge waren in der Heimat leidvollen Erfahrungen, z.B. Inhaftierung, Verhören, Beobachtung durch Geheimdienste und Folter ausgesetzt. Traumatische Erfahrungen dieser Art führen zu einer tiefen Erschütterung des Grundvertrauens in andere Menschen. Gerade Klienten, deren Erfahrungen sehr leidvoll und deren Zugang auf andere Menschen geprägt ist durch einen tiefen Vertrauensverlust, benötigen absolutes Vertrauen und Sicherheit in der Gesprächskonstellation mit Dolmetscher. Diese sind das tragende Fundament der Arbeit“ (Dhawan, et al., 1995, S.179).

Eine Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren wird von den zu Untersuchenden Probanden meist als eine Situation erlebt, deren Ausgang für sie Existenz bestimmend und schicksalsweisend ist. Vertrauen und Sicherheit in der Kommunikation ist für beide Parteien, Gutachter und Proband unab-

dingbare Voraussetzung. Der Proband muss sich sicher sein, trotz der sprachlichen Barriere seine Situation adäquat darlegen zu können, und der Gutachter muss sich auf die Übersetzung des Dolmetschers verlassen können, um zu einer klaren Einschätzung zu gelangen.

7.2 Übersetzer, Dolmetscher, Sprachmittler, Community Interpreting – begriffliche Abgrenzungen

„Übersetzer“ und „Dolmetscher“. Die Begriffe „Übersetzer“ und „Dolmetscher“ sind in Deutschland keine geschützten Berufsbezeichnungen. Auch wenn es in der einschlägigen Fachliteratur keine streng einheitliche Definition gibt, so lässt sich trotzdem feststellen, dass die Begriffe „Übersetzer“ und „übersetzen“ mehrheitlich im Zusammenhang mit der Wiedergabe schriftlicher Texte benutzt werden und der Begriff „Dolmetscher“ auf die Wiedergabe mündlicher Äußerungen bezogen wird.

Sprachmittler. Der Begriff „Sprachmittlung“ als ursprünglicher Oberbegriff für beide Tätigkeiten wurde mittlerweile im übersetzungs-wissenschaftlichen Zusammenhang von dem Begriff „Translation“ abgelöst, nicht zuletzt um die oberflächliche Sichtweise von Übersetzung als rein sprachlicher Angelegenheit in den Hintergrund zu drängen. Manche Autoren verwenden gerade deshalb den Begriff „Sprachmittler“ zur Bezeichnung von Laiendolmetschern im Gegensatz zu ausgebildeten professionellen Dolmetschern (vgl. Pöchhacker, 1997).

„Community Interpreting“. Der Begriff „Community Interpreting“ kam Anfang der 1980 Jahre in Australien und Kanada auf, ist im deutschen Sprachraum aber wenig gebräuchlich. Gelegentlich finden sich Bezeichnungen wie „Behördendolmetschen“, „Sozialdolmetschen“ oder „Kommunaldolmetschen“ bzw. „Gemeindedolmetschen“. Mit Community Interpreting wird das Dolmetschen in Alltags- oder Notfallsituationen bezeichnet, in denen sich Flüchtlinge oder Migranten mit Vertretern einer Institution im weitesten Sinne, d.h. Behörden, Krankenhäusern, Arztpraxen etc. verständigen müssen. In Deutschland ist für diese Art des Dolmetschens kein spezifischer Befähigungsnach-

weis erforderlich. Eine Ausnahme stellt das Dolmetschen vor Gericht dar. Für diese Tätigkeit ist auch in Deutschland eine Beeidigung des Dolmetschers notwendig.

„Dolmetscher“ und „Sprachmittler“. Für den vorliegenden thematischen Zusammenhang ist die genauere Betrachtung der Begriffe „Dolmetscher“ und „Sprachmittler“ von Bedeutung. Beide beziehen sich auf eine face-to-face-Interaktion, d.h., die Dolmetscher oder Sprachmittler sind in einer Gesprächssituation persönlich anwesend und können dadurch Einfluss auf die Gesprächssituation nehmen. Im deutschen Alltagssprachgebrauch werden die verschiedenen Begriffe meist nicht klar voneinander getrennt. Eigene Erfahrungswerte aus verschiedenen Fortbildungskontexten, deuten darauf hin, dass im Bereich des sozialen und medizinischen Tätigkeitsfeldes der Begriff „Sprachmittler“ vermischt wird mit einem Rollenverständnis von „Kulturmittler“, d.h., es wird erwartet, dass die Person, die für die sprachliche Verständigung zuständig ist, auch vermeintlich kulturell bedingte Verständigungsprobleme lösen bzw. erklären soll. Sowohl im sozialen Bereich als auch im medizinischen Umfeld sind ausgebildete, professionell arbeitende Dolmetscher in Deutschland selten anzutreffen.

Aus finanziellen Gründen ist es leider immer noch die Regel, dass im Krankenhaus oder in der ärztlichen Praxis Familienangehörige, Kinder, Freunde, Mitpatienten oder das Reinigungspersonal zum Übersetzen herangezogen werden. Dies hat auch zur Folge, dass die Übersetzungstätigkeit wenig Beachtung und Anerkennung findet und meist als lästiges Übel in Kauf genommen wird. Vielen Menschen ist nicht klar, dass es sich bei gutem Übersetzen um eine höchst anspruchsvolle Tätigkeit handelt, die hohe Anforderungen an die Dolmetscher stellt und eine entsprechende Ausbildung, Wissen und Qualifikation voraussetzt.

Bei der Begutachtung sollte nicht allein nur auf eine korrekte und möglichst wortgetreue sprachliche Übersetzung geachtet werden. Denn das, was im Kapitel 3.2 über traumaspezifische Beziehungsaspekte zwischen Proband und Gutachter ausgeführt worden ist, gilt natürlich auch für die Beziehung des Dolmetschers zum Probanden. Das um einen Dolmetscher erweiterte Begutachtungssetting führt zu einer komplexen und störungsanfälligen Beziehungstriade. Fehlendes Vertrauen des Probanden zum Dolmetscher erschwert die Exploration ebenso wie Misstrauen gegenüber dem Gutachter. Wie im therapeutischen bilden auch im gutachterlichen Kontext alle drei Beteiligten ein Beziehungssystem, in welchem sich bewusste wie auch unbewusste Gefühle, Wertungen,

Gedanken und Phantasien des einen zum anderen einstellen. Diese können sich nicht nur auf die aktuell anwesenden Personen und die augenblickliche Situation beziehen, sondern auch – vielleicht in geringerem Ausmaße als im therapeutischen Prozess – im Sinne einer Übertragung bzw. Gegenübertragung auf ältere Beziehungserfahrungen der Beteiligten.

Im Folgenden soll ein Einblick in die schwedischen Standards und die berufliche Einbindung der Dolmetscher in das sozial-medizinische Arbeitsfeld gegeben werden. Auch wenn diese Bedingungen in Deutschland derzeit kaum umsetzbar sind, so wird deutlich, dass die Auswahl eines Dolmetschers, beispielsweise zur Begutachtung in aufenthaltsrechtlichen Fragen, nicht unbedacht, sondern verantwortungsvoll erfolgen muss, um sowohl den Interessen der Probanden als auch den eigenen professionellen Maßstäben als Gutachter gerecht zu werden. Der Gutachter ist gegenüber dem Gericht letztlich auch für die Qualität der Arbeit des von ihm hinzugezogenen Dolmetschers verantwortlich (siehe Kapitel 11 „Die rechtliche Stellung des Gutachters vor Gericht“).

7.3 Das Beispiel Schweden

Einwanderungspolitik. Schweden war bis in die dreißiger Jahre des letzten Jahrhunderts in erster Linie ein Auswanderungsland; zwischen 1900 und 1930 verließen etwa eine Million von insgesamt vier Millionen Schweden das Land. Erst nach dem zweiten Weltkrieg entstand in Schweden, bedingt durch den Zustrom von Flüchtlingen aus den baltischen Ländern, Deutschland und anderen europäischen Ländern, eine Situation, in der Dolmetscher überhaupt erforderlich wurden. Der Bedarf an Dolmetschern in größerem Rahmen wurde jedoch erst in den siebziger Jahren offensichtlich, da die schwedische Industrie einen Boom erlebte und viele ausländische Arbeitskräfte angeworben wurden.

Recht auf Verständigungshilfe. Für ihre Einwanderungspolitik hat die schwedische Regierung drei grundlegende Ziele definiert: Gleichheit vor dem Gesetz, freie Wahl des Aufenthaltsortes und intensive Zusammenarbeit mit den Migrantenorganisatio-

nen. In diesem Zusammenhang nehmen die schwedischen Dolmetscherdienste eine zentrale Rolle ein. Im internationalen Vergleich werden sie als einzigartig eingestuft. Der Aufbau und die Etablierung der formalisierten Dolmetscherausbildung in Schweden ging einher mit einem gesetzlich verankerten Recht für nicht schwedisch Sprechende, bei allen Ämtern oder öffentlichen Einrichtungen auf Verständigungshilfe durch Dolmetscher zurückgreifen zu können. (Schwedisches Reichsgesetz § 8 des Verwaltungsgesetzes).

Das Zusammenwirken von städtischen Dolmetscherdiensten, staatlich unterstützter Dolmetscherausbildung, staatlichen Zulassungsbedingungen und professionell organisierten Dolmetscherverbänden prägte einen neuen Typ des Dolmetschers, den man in Schweden als „kontakt-tolk“ (Kontaktdolmetschen) bezeichnet. Mit diesem Begriff kommt zum Ausdruck, dass die Dolmetscher bei Kontakten zwischen Behörden, Institutionen oder Organisationen und nicht schwedisch Sprechenden zum Einsatz kommen. Die Inanspruchnahme der Dolmetscher ist ein Recht der Migranten und die Kosten werden von den Behörden übernommen.

Ausbildung der Dolmetscher. Der überwiegende Teil der Dolmetscherausbildung findet an volkshochschulähnlichen Einrichtungen statt, und das Lehrangebot konzentriert sich auf die Bereiche Dolmetschen bei sozialen Einrichtungen, in Krankenhäusern, bei Gericht oder am Arbeitsplatz. Im Juli 1986 wurde an der Universität Stockholm ein Institut für Dolmetschen und Übersetzen eingerichtet, an dem eine höhere Dolmetscher- und Übersetzer Ausbildung angeboten wird.

Die Prüfung für die Zulassung als beeidigter Dolmetscher wird von einer eigenen Sektion der schwedischen Handelskammer durchgeführt. Zur Erlangung der Beeidigung werden Kenntnisse des Sozial- und Gesundheitswesens, Versicherungswesens, des Arbeitsmarkts und der Grundrechte sowie der kulturspezifischen Terminologie, Dolmetschertechniken und Ethik vorausgesetzt. Es reicht nicht aus, nur zwei Sprachen zu beherrschen um beeidigt zu werden. Nach der Beeidigung ist eine Weiterqualifizierung für Spezialgebiete, z.B. Gesundheitswesen oder Rechtswesen möglich. Diese Qualifizierung gilt für fünf Jahre und kann durch den Nachweis von praktischer Tätigkeit auf dem jeweiligen Gebiet verlängert werden. Die Ausübung der beeidigten Dolmetschertätigkeit wird in der Regel begleitet durch den Besuch von Fortbildungen, um ein Qualitätsniveau, welches den aktuellen Erfordernissen entspricht, zu wahren.

Berufsethik. Unter dem Titel ‚God Tolksed‘ („Gute Praxis des Dolmetschens“) hat die schwedische Handelskammer Richtlinien für die Arbeitsweise der Dolmetscher herausgegeben. Dieses Dokument repräsentiert eine Kodifizierung der berufsethischen Praxis. Die wichtigsten Regeln finden sich auch in den Richtlinien anderer Dolmetscherverbände. So sollte ein Auftrag nur angenommen werden, wenn der Dolmetscher sich dafür kompetent fühlt. Der Dolmetscher muss gegenüber dem Auftraggeber und dem Probanden unbefangen sein, er ist zu Neutralität und Unparteilichkeit verpflichtet und unterliegt strengster Verschwiegenheit über Gesprächsinhalte und Situationen. Der schwedische Berufskodex enthält auch Richtlinien darüber, mit welchen Informationen der Dolmetscher gegenüber den Gesprächspartnern auftreten soll. Wenn es erforderlich ist, soll der Dolmetscher die Parteien davon in Kenntnis setzen, dass seine Aufgabe in der Übersetzung liegt, dass alle Aussagen gedolmetscht werden und keine Angaben als vertraulich ausgelassen werden. Wesentlich ist hervorzuheben, dass die Parteien direkt zueinander sprechen. Die Wiedergabe durch den Dolmetscher erfolgt in der ersten Person (Ich-Form). Damit entfällt die Gefahr wertender oder kommentierender Zusätze, die bei indirekter Wiedergabe eher gegeben ist.

Supervision. Das Institute for Psychic Health in Stockholm, welches langjährig auf dem Gebiet der Behandlung von extremtraumatisierten Flüchtlingen tätig war, wies bereits sehr früh darauf hin, dass Übersetzungstätigkeit, insbesondere bei emotional stark belastenden Themen, wie z.B. Gewalterfahrungen, Tod und Trauer, extrem hohe Anforderungen an die Dolmetscher stellt und initiierte als erste Einrichtung spezielle Supervisionsgruppen für Dolmetscher. Vor dem Hintergrund, dass die Dolmetscher der Schweigepflicht unterliegen und die Übersetzung in Ich-Form, d.h. sehr unmittelbar stattfindet, bietet die Supervision den Dolmetschern die Möglichkeit, über ihre eigene Befindlichkeit zu sprechen. Dies trägt in entscheidendem Maße zu einer Burnout-Prophylaxe bei. Mittlerweile wird Supervision für Dolmetscher verschiedenster Tätigkeitsfelder im Rahmen der Zusatzqualifikation angeboten (siehe auch Haenel, 2002).

7.4 Gesprächssetting mit Dolmetscher – Hilfestellungen für die Begutachtung

Die derzeitige Situation in Deutschland lässt eine Annäherung an die schwedischen Verhältnisse in naher Zukunft kaum erwarten. Einige der grundlegenden Aspekte in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern lassen sich jedoch trotz der widrigen Verhältnisse in Deutschland übertragen. Erforderlich ist dabei eine Sensibilität für verschiedene Problemstellungen, die sich nachteilig auf die Kommunikation auswirken können, einige Leitlinien für die Gesprächsführung und Eigeninitiative von Seiten des Gutachters. Die nachfolgenden Erläuterungen sind als Orientierungsgerüst gedacht: Sie können behilflich sein, Vorkenntnisse eines Dolmetschers, die im Rahmen einer Begutachtung notwendig sind, abzuklären. Darüberhinaus können sollen sie helfen, die notwendige Rollenabgrenzung zwischen Dolmetscher und Gutachter zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang werden sprachrelevante Faktoren (Realia und Terminologie) und sprachunabhängige Faktoren (Übersetzung in der 'Ich-Form', Neutralität und Unparteilichkeit, Schweigepflicht, Unbefangenheit), die für den Aufbau einer direkten Kommunikation zwischen Gutachter und Proband förderlich sind, vorgestellt und anhand von Beispielen illustriert.

7.4.1 Sprachrelevante Faktoren – Realia und Terminologie

Welche Vorkenntnisse hat der Dolmetscher?

„Gute Sprachkenntnisse alleine sind nicht ausreichend, um in einem spezifischen Kontext übersetzen zu können. Eine adäquate Übersetzung setzt voraus, dass der Dolmetscher ein bestimmtes Stück Wirklichkeit oder eine spezifische Realität begreift. Es ist leicht nachvollziehbar, daß ein Dolmetscher, der z.B. im Bereich Wirtschaft oder in den

Naturwissenschaften übersetzt, Sach- und Wissenskenntnisse über den Fachbereich haben muß, um adäquat übersetzen zu können“ (Dhawan 1995, S.181).

Wenn in Deutschland im Rahmen einer anstehenden Begutachtung beeidigte Dolmetscher vom Gericht zugewiesen werden, so bedeutet es in der Regel, dass der Dolmetscher hinsichtlich allgemeiner Sprachkenntnisse einer Prüfung unterzogen wurde. Die Anforderungen für die Beeidigung sind in verschiedenen Sprachen und Bundesländern sehr unterschiedlich. Im Allgemeinen bedeutet die Beeidigung nicht, dass der Dolmetscher auch über spezifische Wissens- und Sprachkenntnisse auf dem Gebiet der psychologischen Begutachtung verfügt. Da es sich um ein eigenes Fachgebiet handelt, empfiehlt es sich im Rahmen der Begutachtung, vorab mit dem Dolmetscher zu klären, ob und welche Vorkenntnisse für den Bereich Gesundheitswesen bzw. Psychologie und psychologische Begutachtung vorliegen.

Realia. Der Bereich „Realia“ bezieht sich auf Begriffe die mit einer spezifischen gesellschaftlichen Realität in Beziehung stehen. Es gibt in Deutschland bestimmte Institutionen, die es in anderen Ländern nicht gibt, und somit fehlen auch die entsprechenden Begriffe in der anderen Sprache. In vielen Ländern gibt es beispielsweise keinen ‚Amtsarzt‘ als gesellschaftliche Instanz und deshalb gibt es kein Äquivalent für diesen Begriff in der Sprache des Landes. In der eigenen psychotherapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen fiel auf, dass verschiedene Dolmetscher den Begriff ‚Polizeiarzt‘ als Übersetzung für ‚Amtsarzt‘ verwandten. Die Übersetzung in dieser Form hat aber eine ganz andere emotionale Konnotation. Wenn bestimmte Begriffe in einer anderen Sprache aufgrund fehlender gesellschaftlicher Entsprechung in diesem Land fehlen, so müssen neue Umschreibungen und Begriffe erfunden werden. Dies erfordert aber, dass der Dolmetscher sich in der jeweiligen gesellschaftlichen Realität auch auskennt.

Terminologie. Der Bereich „Terminologie“ bezieht sich auf spezifische Fachbegriffe eines Sachgebietes. Bei den Begriffen „Gutachten“ bzw. „Begutachtung“ wäre es empfehlenswert mit dem Dolmetscher abzuklären, ob dieser Begriff in der anderen Sprache existiert und wenn ja, welche emotionale Konnotation damit verbunden ist. Darüberhinaus empfiehlt es sich, Fachtermini und Satzwendungen, die während einer Begutachtung häufig verwandt werden, aufzulisten und mit dem Dolmetscher durchzusehen. Diese Abklärung im Vorfeld, kann Missverständnissen während der Begutachtung vorbeugen. Sollten bestimmte Fachtermini in der anderen Sprache nicht existieren oder dem

Dolmetscher nicht bekannt sein, so bleibt dem Gutachter immer noch die Möglichkeit, seine Fragen so zu formulieren, dass eine korrekte Übersetzung durch den Dolmetscher gewährleistet ist.

7.4.2 Sprachunabhängige Faktoren – Übersetzung in der Ich-Form, Neutralität und Unparteilichkeit, Schweigepflicht, Unbefangenheit

Neben den bislang beschriebenen Determinanten, Sprachkenntnisse, Realia und Terminologie, spielen eine adäquate Gesprächshaltung und Rollenabgrenzung als sprachunabhängige Variablen eine große Rolle. Als oberste Leitlinie sollte gelten, dass die Gesprächsführung und die Verantwortung für den Gesprächsverlauf beim Gutachter liegt. Der Dolmetscher ist ausschließlich für die sprachliche Übersetzung zuständig, seine Anwesenheit darf sich nicht störend auf die Kommunikation und den Beziehungsaufbau zwischen Proband und Gutachter auswirken.

Übersetzung in der Ich-Form. Da die meisten Dolmetscher in Deutschland sich an der Gesprächshaltung ihres Auftraggebers, d.h. des Arztes oder Psychologen orientieren, empfiehlt es sich vorab mit dem Dolmetscher die gewünschten Gesprächsregeln abzusprechen und festzulegen. Im direkten, ersten Kontakt mit dem Probanden hat es sich nach eigenen Erfahrungen als vorteilhaft erwiesen, dass die Gesprächseinleitung und Beschreibung der Gesprächsregeln durch den Gutachter erfolgt. Im Folgenden wird die Grundregel, „Übersetzung in der Ich-Form“ näher erläutert.

Beispiel

Übersetzung in der Ich-Form

Gutachter: Guten Tag, mein Name ist Schmidt, ich bin der Psychologe, und das ist Herr Darwish, der für uns übersetzen wird.

Dolmetscher: Guten Tag, mein Name ist Schmidt, ich bin der Psychologe (zeigt mit der Hand auf den Psychologen) und, das ist Herr Darwish, der für uns übersetzen wird (zeigt mit der Hand auf sich).

Gutachter: Wir können uns ja leider nicht direkt verständigen. Ich möchte gerne alles verstehen, was Sie sagen. Es gibt einige Regeln, die uns behilflich sein können, so zu sprechen, als ob wir direkt miteinander sprechen würden. Diese Regeln möchte ich gerne mit Ihnen besprechen.

Dolmetscher: Wir können uns ja leider nicht direkt verständigen. Ich möchte gerne alles Verstehen, was Sie sagen. Es gibt einige Regeln, die uns behilflich sein können, so zu sprechen, als ob wir direkt miteinander sprechen würden. Diese Regeln möchte ich gerne mit Ihnen besprechen.

Gutachter: Herr Darwish, unser Übersetzer, wird alles übersetzen, was gesprochen wird. Er lässt nichts weg und fügt nichts hinzu.

Dolmetscher: Herr Darwish, unser Übersetzer, (zeigt mit der Hand auf sich) wird alles übersetzen was gesprochen wird. Er lässt nichts weg und fügt nichts hinzu.

Gutachter: Herr Darwish übersetzt direkt, in der Ich-Form, d.h. wenn Herr Darwish einen Satz mit ‚Ich‘ anfängt, gibt er wieder, was ich, Herr Schmidt gesagt habe.

Dolmetscher: Herr Darwish übersetzt direkt, in der Ich-Form, d.h. wenn Herr Darwish einen Satz mit ‚Ich‘ anfängt, gibt er wieder, was ich (zeigt mit der Hand auf den Gutachter), Herr Schmidt gesagt habe.

Diese Passage illustriert eine Gesprächseinführung mit einer Übersetzung in direkter Anrede in Ich-Form, als Vergleich sei kurz dargestellt wie sich die Einführung mit Übersetzung in indirekter Anrede gestalten würde.

Beispiel

Übersetzung in der indirekten Anrede

Gutachter: Guten Tag, mein Name ist Schmidt, ich bin der Psychologe, und das ist Herr Darwish, der für uns übersetzen wird.

Dolmetscher: Guten Tag, dies ist Herr Schmidt, er ist der Psychologe, und ich bin Herr Darwish, ich werde übersetzen.

Gutachter: Wir können uns ja leider nicht direkt verständigen. Ich möchte gerne alles verstehen, was Sie sagen. Es gibt einige Regeln, die uns behilflich sein können, so zu sprechen, als ob wir direkt miteinander sprechen würden. Diese Regeln möchte ich gerne mit Ihnen besprechen.

Dolmetscher: Sie können ja leider nicht direkt mit Herrn Schmidt sprechen, er möchte aber alles verstehen, was Sie sagen. Es gibt einige Regeln, die behilflich sein können so zu sprechen, als ob Sie direkt miteinander sprechen. Diese Regeln möchte er gerne mit Ihnen besprechen.

Gutachter: Herr Darwish, unser Übersetzer wird alles übersetzen, was gesprochen wird, er lässt nichts weg und fügt nichts hinzu.

Dolmetscher: Ich werde alles übersetzen, was gesprochen wird, ich lasse nichts weg und füge nichts hinzu.

Dieser kurze Ausschnitt verdeutlicht, dass die Übersetzung mit direkter Anrede einen direkteren und unmittelbareren Kontaktaufbau zwischen Proband und Gutachter ermöglicht. Es mag einigen Probanden zu Beginn schwer fallen, sich darauf einzustellen, aber eine konsequente Einhaltung dieser Rollenhaltung macht dem Probanden langfristig deutlich, dass der Gutachter und nicht der Dolmetscher der Ansprechpartner ist.

Neutralität und Unparteilichkeit. Entscheidend in diesem Zusammenhang ist die Regel, dass der Dolmetscher Neutralität und Unparteilichkeit wahren muss. Dies bedeutet, dass der Dolmetscher beide Parteien in gleicher Weise vertritt und die Übersetzung wortgetreu gegenüber beiden Gesprächsparteien ist. Der Dolmetscher muss alles übersetzen, was gesagt wird, ohne etwas hinzuzufügen, zu verändern oder wegzulassen. Neutralsein bedeutet auch, dass der Dolmetscher sich seiner eigenen nonverbalen Kommunikation bewusst ist. Dies bezieht sich auf seine Körpersprache, den stimmlichen Ausdruck, Sprechtempo und viele andere nonverbale Ausdrucksweisen. Das folgende Beispiele verdeutlichen den unterschiedlichen Verlauf, den ein Gespräch in Abhängigkeit davonnehmen kann, ob der Dolmetscher sich an das Gebot der Neutralität und Unparteilichkeit hält bzw. nicht hält.

Beispiel

Übersetzer hält sich nicht an das Gebot der Neutralität und Unparteilichkeit

Gutachter: Können Sie mir die Umstände schildern, die Sie zur Flucht veranlasst haben?

Dolmetscher: Können Sie mir die Umstände schildern, die Sie zur Flucht veranlasst haben?

Proband: Es herrschte Krieg, wir waren nicht mehr sicher. (Zum Dolmetscher gewandt:)

Sie wissen doch, wie die Situation war, erklären Sie es ihm. Aus welcher Gegend kommen Sie, lebt Ihre Familie auch in Deutschland?

Dolmetscher zum Probanden: Ich bin der Dolmetscher, Sie müssen die Situation selbst schildern.

Proband zum Dolmetscher: Das fällt mir sehr schwer. Und wie geht es Ihrer Familie, lebt sie auch in Deutschland?

Dolmetscher zum Probanden: Nein, meine Familie ist noch in der Heimat, aber ich muss jetzt wirklich übersetzen.

Dolmetscher zum Gutachter: Der Herr X sagt, dass ihm die Schilderung sehr schwer fällt.

Es ist keine Seltenheit, dass der Dolmetscher vom zu Untersuchenden direkt angesprochen wird. Da der Dolmetscher hier auf dessen direkte Anrede eingeht, verlässt er die Dolmetscherrolle und wird zum Gesprächspartner. Der Gutachter bemerkt, dass ein Dialog zwischen beiden stattfindet, den er selbst aber nicht versteht. Er ist in diesem Moment von dem Dialog ausgeschlossen und verliert die Gesprächsleitung. Wenn der Dolmetscher sich stringent daran hält, alles zu übersetzen, nichts wegzulassen oder hinzuzufügen, würde sich der Gesprächsablauf wie im Beispiel unten gestalten.

Beispiel

Übersetzer hält sich an das Gebot der Neutralität und Unparteilichkeit

Gutachter: Können Sie mir die Umstände schildern, die Sie zur Flucht veranlasst haben?

Dolmetscher: Können Sie mir die Umstände schildern, die Sie zur Flucht veranlasst haben?

Proband: Es herrschte Krieg, wir waren nicht mehr sicher. (Zum Dolmetscher gewandt:)

Sie wissen doch, wie die Situation war, erklären Sie es ihm. Aus welcher Gegend kommen Sie, lebt Ihre Familie auch in Deutschland?

Dolmetscher: Es herrschte Krieg, wir waren nicht mehr sicher. Sie wissen doch, wie die Situation war, erklären Sie es ihm. Aus welcher Gegend kommen Sie, lebt Ihre Familie auch in Deutschland?

Gutachter: Ich weiß einiges über die Situation in Ihrem Land. Da ich ein Gutachten erstellen muss, brauche ich Ihre persönlichen Schilderungen. Ich komme ursprünglich aus Süddeutschland und meine Familie lebt auch in Deutschland.

Dolmetscher: Ich weiß einiges über die Situation in Ihrem Land. Da ich ein Gutachten erstellen muss, brauche ich Ihre persönlichen Schilderungen. Ich komme ursprünglich aus Süddeutschland und meine Familie lebt auch in Deutschland.

Durch die Einhaltung der stringenten Übersetzung wird dem Probanden verdeutlicht, dass der Dolmetscher in diesem Setting alles übersetzt und dass der Gutachter die Ansprechperson ist. Die Einhaltung dieser Regel ermöglicht dem Gutachter, die Gesprächsführung in seiner Hand zu behalten und seine eigene Rolle und seinen Zuständigkeitsbereich gegenüber dem Aufgabenbereich des Dolmetschers abzugrenzen. Dem Dolmetscher ermöglicht die klare Verantwortungsnahme für die Gesprächsführung durch den Gutachter, dass er selbst in seiner Rolle als Dolmetscher bleiben und sich auf die reine Übersetzung konzentrieren kann. In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig, dass der Gutachter den Dolmetscher nur als Dolmetscher wahrnimmt, auch wenn er aus demselben Land kommt wie der Proband. Wenn Unsicherheiten oder Fragen hinsichtlich eventueller kultureller Besonderheiten bestehen, so sollte die Frage: „Ist das in Ihrem Land so?“, immer an den Probanden gerichtet sein und nicht an den Dolmetscher. Es gilt zu bedenken, dass es in Deutschland auch keine einheitliche deutsche Kultur gibt. Die Antwort auf die Frage „Ist das in Ihrem Land so?“, würde je nach Region, Bildungsstand und sozialer Schichtzugehörigkeit unterschiedlich ausfallen.

Sowohl Dolmetscher als auch Flüchtlingsberater weisen oft darauf hin, dass viele Klienten sich emotional den Dolmetschern näher fühlen und ihnen deshalb oftmals Informationen zukommen lassen, die im Rahmen der Begutachtung entscheidend sein können, aber nicht vorgetragen werden. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Verantwortung für den Gesprächsverlauf und die Gesprächsinhalte bei einer Begutachtung, in der sich Gutachter und Proband direkt in derselben Sprache verständigen können, bei den beiden beteiligten Parteien, d.h. Proband und Gutachter, liegt. Diese Verantwortlichkeit muss ein Gutachter auch im Gesprächssetting mit Dolmetscher wahrnehmen, der Dolmetscher ist für die korrekte Übersetzung zuständig, er ist kein Vermittler, Anwalt oder Beschützer des Probanden. Der wiederkehrende Hinweis, den

Dolmetscher im Gesprächssetting ausschließlich als Dolmetscher anzusehen, darf nicht als Abwertung der Übersetzungstätigkeit bzw. der Person des Dolmetschers verstanden werden. Diese strenge Rollenabgrenzung und Rollendefinition ermöglicht im Gesprächssetting mit Dolmetscher einen klaren Kommunikationsaufbau zwischen Gutachter und Proband.

Schweigepflicht. Eine weitere wichtige Regel besagt, dass der Dolmetscher der Schweigepflicht unterliegt. Die Schweigepflicht bezieht sich einerseits auf die Gesprächsinhalte, die während der Begutachtung angesprochen werden, andererseits bedeutet Schweigepflicht auch, dass der Dolmetscher dem Gutachter keine Informationen zuträgt, die er eventuell aus anderen Übersetzungszusammenhängen über den Probanden weiss. Dieses Gebot ist für Dolmetscher oftmals schwer zu tragen, insbesondere wenn sie für dieselbe Person in unterschiedlichen Kontexten gedolmetscht haben und mitbekommen, dass unterschiedliche Dinge vorgetragen werden. Es gilt jedoch hervorzuheben, dass es das Recht des Probanden ist, zu erzählen oder zu verschweigen, was er will. Wenn Gutachter und Proband die gleiche Sprache sprechen, dann ist es auch dem Probanden überlassen die Dinge anzusprechen, die er will und in der Regel gibt es keine dritte Person, die zusätzliche Informationen miteinbringt.

Unbefangenheit. Schließlich sei darauf hingewiesen, dass der Dolmetscher unbefangen sein sollte, d.h., es sollten keine Abhängigkeitsverhältnisse (z.B. freundschaftliche oder verwandtschaftliche Beziehungen) zu den Parteien, für die er dolmetscht, bestehen (Haenel, 2001).

Die vorgestellten Leitlinien für das Gesprächssetting mit Dolmetschern sind derzeit auch in Deutschland umsetzbar. Es bewährt sich auf längere Sicht, vor der Zusammenarbeit mit neuen Dolmetschern Zeit für ein Vorgespräch einzuplanen und die Regeln für die Gesprächsführung abzuklären. Ebenso wichtig und hilfreich sind Nachgespräche, diese bieten die Möglichkeit zur Reflexion. Sowohl Gutachter als auch Dolmetscher können in diesem Rahmen Gesprächssequenzen, die schwierig waren, näher beleuchten und alternative Umgangsmöglichkeiten für die Zukunft erproben. Ein tragfähiger Dialog zwischen Gutachter und Dolmetscher und das gegenseitige Vertrauen in die professionellen Kenntnisse des Arbeitspartners ermöglichen die Gestaltung eines Gesprächssettings, in dem sich die Probanden ebenfalls sicher fühlen.

7.5 Literatur

Dhawan, S., Entrena E., Eriksson-Söder, U-S, Landahl, M-L. (1995). Der Dolmetscher als Brücke zwischen Kulturen und Sprachen. In K. Peltzer, A. Aycha & E. Bittenbinder (Hrsg.), Gewalt und Trauma - Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. Frankfurt/M.

Haenel, F. (2001). Ausgewählte Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. In Curare, Sonderband 16, 307-316.

Haenel, F. (2002). Zur Bedeutung der Psychiatrie in der Therapie von Folterüberlebenden. In A. Birck, C. Pross & J. Lansen (Hrsg.), Das Unsagbare. Berlin, Heidelberg: Springer.

Mehari, F. (2001). Der kulturelle Kontext als Bezugsrahmen des Erlebens und als Ausdruck des Leidens. In Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hrsg.), Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Pöchlhacker, F. (1997). Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. In MA15/Dezernat für Gesundheitsplanung (Hrsg.), Dokumentation 12. Wien.

8 Frauenspezifische Aspekte in der interkulturellen Begutachtung

Mechthild Wenk-Ansohn

8.1 Sexualisierte Folter und ihre Folgen	161
8.1.1 Definition sexualisierter Folter.....	162
8.1.2 Sexualisierte Folter an Frauen.....	163
8.1.3 Spuren sexualisierter Folter	164
8.1.4 Psychische und psychosomatische Folgen	165
8.2 Ehrverlust, Scham und Schweigen - Besonderheiten bei folterüberlebenden Frauen aus muslimisch geprägten Gesellschaften am Beispiel von Kurdinnen aus der Türkei	169
8.2.1 Zum kurdischen Ehrkonzept	169
8.2.2 Individuelle und soziale Folgen des Ehrverlustes	170
8.2.3 Schweigen als Überlebensstrategie.....	173
8.3 Begutachtung bei zuvor lückenhaft gebliebenen Aussagen zur traumatischen Vorgeschichte.....	175
8.3.1 Interpretierbare Andeutungen	175
8.3.2 Zu Besonderheiten bei der Exploration und Ausarbeitung des Gutachtens	179
8.4 Literatur.....	182

8.1 Sexualisierte Folter und ihre Folgen

Frauen und Männer erleiden im Rahmen von Folter oder Gewalt in Kriegen und Bürgerkriegen häufig auch sexualisierte Misshandlungen. Die bislang noch geringen Ansätze, das Vorkommen sexualisierter Misshandlungen geschlechtsspezifisch zu quantifizieren, deuten darauf hin, dass Frauen im Rahmen systematischer Folter öfter als Männer mit dieser Art von Gewalt konfrontiert werden (Agger, 1988; Groenenberg, 1992; Gurrus, 1995).

Wir benutzen im Folgenden den Begriff „sexualisierte Folter“ – „sexualisierte Gewalt“, da er verdeutlicht, dass es sich hierbei nicht um Sexualität im eigentlichen Sinne handelt, sondern um Gewalt oder Machtausübung, die sich des Sexuellen als Mittel bedient.

8.1.1 Definition sexualisierter Folter

Sexualisierte Folter stellt eine vielschichtige Methode der Folter dar, die zwischen primär körperlicher und primär psychosozialer Schmerzverursachung und Entwurzelung liegt (vgl. Graessner & Wenk-Ansohn, 2000, S. 26-34).

DEFINITION

Sexualisierte Folter werden hier alle jene Formen der Folter genannt, die eine Schädigung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale und der geschlechtlichen Identität von Männern und Frauen zum Ziel haben.

Der Begriff der sexualisierten Folter ist nicht eindeutig definiert. Er ist für unterschiedliche Kulturen in differenzierter Form anzunehmen: In der kurdischen Kultur z.B. bedeutet der Zwang, sich nackt ausziehen zu müssen, eine immense sexualisierte Demütigung und einen Bruch eines strengen Tabus. Die Grenze zur Misshandlung ist in einer ländlichen kurdischen Gemeinde oder in anderen Gesellschaften mit muslimischer Tradition früher überschritten als in westeuropäischen Gesellschaften. Westeuropäer mögen dagegen unter sexualisierter Folter ausschließlich genitale oder anale Gewalt verstehen, wobei auch in unserem Kulturkreis sexualisierte Gewalt je nach Alter, Geschlecht, Ent-

wicklung, Kontext und psychischem Hintergrund nicht der Penetration bedarf, um schwere psychische Folgen zu bewirken.

8.1.2 Sexualisierte Folter an Frauen

Weitverbreiteter Bestandteil systematischer Gewalt

Vergewaltigungen und andere Formen sexualisierter Gewalt – besonders bei Frauen – sind in Vergangenheit und Gegenwart ein weitverbreiteter Bestandteil systematischer Gewalt durch staatliche Organe, staatlich gebilligte Akteure oder nicht-staatliche Akteure – sei es in Kriegen oder Bürgerkriegen, bei so genannten „ethnischen Säuberungen“ oder bei Razzien und Hausdurchsuchungen sowie in kurz- oder längerfristigen Haftperioden.

Angriff auf die soziokulturelle Gemeinschaft

In Kriegszeiten sind es die Frauen, die Familie und Gemeinschaft zusammenhalten und das Überleben gewährleisten. Frauen sind daher in spezifischer Weise für die Vergangenheit, Gegenwart und die Zukunft einer Gemeinschaft bedeutsam: „Ihre physische und psychische Zerstörung zielt auf die Zerstörung der sozialen und kulturellen Stabilität“ (Seifert, 1993, S. 66-71). Frauen sichern die Reproduktion und ermöglichen die soziokulturelle Tradierung der Gemeinschaft (Wobbe, 1993). Die Vernichtung und psychische Zerstörung von Frauen durch sexualisierte Gewalt hat demnach Auswirkungen auf den gesamten kulturellen Zusammenhalt und das Überleben der Gemeinschaft. Insofern werden sexualisierte Gewalthandlungen an Frauen systematisch als Teil der Kriegsführung gegenüber der Zivilbevölkerung eingesetzt. Auch das Töten (Auslösen eines Aborts) von noch nicht geborenen Kindern durch Schläge auf den Bauch schwangerer Frauen ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Sexualisierte Folter wird zudem dort

praktiziert, wo Folterer eine Vertreibung intendieren - und durch die Scham- und Ehrverletzung oftmals auch erreichen.

Welche Frauen sind betroffen?

Von sexualisierter Gewalt im Rahmen von Folter sind Frauen betroffen, die selbst politisch aktiv waren oder sich einem sozialen bzw. religiösen Sittenkodex widersetzt haben, oder es sind Frauen, die im Rahmen ihrer Möglichkeiten und innerhalb ihrer Rollenzuweisung als Frau in einer traditionsgesteuerten Gesellschaft politische Gruppen, die Guerilla oder Kriegsparteien unterstützt haben – zumeist durch Verpflegung, medizinische Hilfe oder Gewährung von Unterkunft. Betroffen sind häufig auch Frauen, die Angehörige politischer Regimegegner sind und auf deren Ehemänner, Väter oder Brüder starker Druck ausgeübt werden soll.

Wie wird sexualisierte Folter ausgeübt?

Im Rahmen der politisch motivierten Verfolgung werden Frauen und Mädchen bei Verhören im ersten Schritt zumeist verbal erniedrigt und bedroht. Häufig werden sie dann geschlagen und in unbekleidetem Zustand (teilweise mit verbundenen Augen) befragt. Aus Syrien und der Türkei kennen wir zahlreiche Schilderungen solcher Verhöre. Im weiteren Verlauf des Verhörs, kommt es dann zu Misshandlungen an den geschlechtsspezifischen Körperregionen und/oder Vergewaltigungen durch die Folterer (zumeist sind mehrere Männer anwesend und tätig), geschlechtlich oder mit Gegenständen. Frauen werden an den Brüsten gezogen, bis sie umfallen. Sie werden in erniedrigende Positionen gebracht, mit Urin und Spermien besudelt und müssen diese oral aufnehmen. Sie werden zwischen den Beinen und auf den Schamhügel geschlagen. Die Brüste werden mit Elektrofolter traktiert, die Schamhaare werden ausgerissen und anderes mehr.

8.1.3 Spuren sexualisierter Folter

Wenige körperliche Spuren

Gutachter sind im Wesentlichen auf die Wertung der psychischen Spuren angewiesen, denn die meisten körperlichen Folgen sind schon nach Tagen bis Wochen nicht mehr nachweisbar. Es macht zumeist wenig Sinn, im Rahmen der Begutachtung von Folterfolgen eine gynäkologische Untersuchung zu veranlassen, es sei denn, es handelt sich um eine frische Verletzung und Sicherung von Spuren, die auf den Täter deuten. Sollten Spuren von Schleimhautverletzungen nachweisbar sein, so sind sie wenig spezifisch. Auch der Hymenbefund ist wenig aussagekräftig (siehe u.a. Tutsch-Bauer, 1998): Bei Mädchen spricht der Verlust oder die Verletzung des Hymen nicht zwangsläufig für sexualisierte Gewaltanwendung, und es muss am Hymen durch Penetration keine narbige Veränderung geben. Auch bei einer Untersuchung des Anus und Rektums auf Verletzungsfolgen finden sich oftmals keine oder wenig spezifische Veränderungen. Die gynäkologische Untersuchung bedeutet zugleich jedoch eine erhebliche psychische Belastung für Menschen, die in dieser Region gefoltert wurden. Es sollte daher im Rahmen einer Begutachtung darauf verzichtet werden.

Indirekte körperliche Spuren

Manchmal ergeben sich bei der allgemeinen körperlichen Untersuchung eher indirekte Hinweise auf sexualisierte Folter: z.B. Narben von Verbrennungen durch Zigaretten oder von Schlägen in der Nähe der Genitalregionen oder Narben nach begleitenden Würgegriffen. In anderen Fällen sind auch Spuren von Suizidversuchen zu sehen, die im Anschluss an eine Vergewaltigung häufig sind oder oberflächliche Narben durch Selbstverletzung (wrist-slashing) im Rahmen von dissoziativen Störungen nach sexualisierter Folter.

8.1.4 Psychische und psychosomatische Folgen

Angriff auf die gesellschaftliche und persönliche Identität

Bei fast allen Frauen hat die Erfahrung sexualisierter Gewalt psychische und psychosomatische Folgewirkungen. Neben dem Angriff auf die geschlechtsspezifische körperliche Integrität beinhaltet sexualisierte Folter zugleich einen Angriff auf die geschlechtliche und persönliche Identität mit allen seelischen und sozialen Folgen, die ein solcher Tabubruch hat. Die persönliche Ehre, menschliche Würde und damit das Selbstwertgefühl werden zentral getroffen. Die psychischen und sozialen Folgen sind oftmals die eigentliche Intention der sexualisierten Folter.

Hohe Wahrscheinlichkeit für schwerwiegende psychische Folgen

Sexualisierte Folter ist häufig mit peritraumatischen dissoziativen Zuständen (d.h. Abspaltungsreaktionen mit Veränderungen von Wahrnehmung- und Bewusstsein) verbunden, dies begünstigt die Entstehung von posttraumatischen Störungen (Marmar et al., 1997). Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass Vergewaltigungen mit einer besonders hohen Wahrscheinlichkeit mit schwerwiegenden psychischen Folgen verbunden sind. Kessler verglich in einer repräsentativen amerikanischen Stichprobe die Störungshäufigkeit (Lebenszeitprävalenz von PTBS) nach verschiedenen Arten von Traumen und kam bei amerikanischen Frauen auf eine Störungshäufigkeit von 55,5 Prozent nach Vergewaltigung im Vergleich zu z.B. 7,6 Prozent nach Unfällen (Kessler et al., 1995). Bei Vergewaltigung im Rahmen von Folter kommt die absolute Handlungsunfähigkeit und Lebensbedrohung hinzu, zudem sind die Frauen meistens der Gewalt und dem Gespött mehrerer Männer und wiederholten Situationen sexualisierter Folter ausgesetzt.

Komplexe und chronische Traumafolgen

Zur Komplexität (Judith Hermann: Complex PTSD 1992; siehe auch Kapitel 2 „Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbidität“ in diesem Buch) und Chronizität der psychischen und psychosomatischen Traumafolgen tragen bei:

- ▶ die schwerwiegende Verletzung der Persönlichkeit durch die Art und Rahmenbedingungen der angewandten Gewalt,
- ▶ die über längere Zeit andauernde Bedrohung durch kriegsähnliche Zustände und Verfolgung mit wiederholten Traumata (Typ-II-Trauma; siehe z.B. Maercker, 2003, S. 5),
- ▶ die fluchtbedingte Entwurzelung aus dem familiären und sozialen Umfeld
- ▶ die anhaltende Belastung durch die Unsicherheit des Aufenthaltes im Aufnahmeland und die damit verbundenen Lebensbedingungen, die einem Genesungsprozess zuwiderlaufen.
- ▶ Scham- und Schuldgefühle prägen die Persönlichkeit und soziale Interaktion der Betroffenen, sie wirken sich chronifizierend auf den posttraumatischen Krankheitsprozess aus und verstärken depressive und häufig auch suizidale Tendenzen.

In der Folge von sexualisierter Folter findet man zumeist ein nachhaltig verändertes Kontakt- und Sexualverhalten, Vermeidung von Körperkontakt, Störungen der Sexualfunktion, verminderte Libido. Ekelgefühle bei körperlicher Berührung, Flashbacks oder dissoziative Zustände bei späteren sexuellen Kontakten sind häufig. Dies – sowie das Schweigen über die Ursachen der Störungen – belastet die ehelichen Beziehungen. Eine spätere Schwangerschaft beinhaltet manchmal den Versuch, das Geschehene und die Beziehungsschwierigkeiten ein Stück weit zu kompensieren.

Ausgeprägte dissoziative Störungen

Bei sexualisiert gefolterten Frauen beobachtet man im Rahmen der posttraumatischen Belastungssymptomatik auffällig häufig ausgeprägte dissoziative Störungen:

- ▶ Dissoziative Amnesien,
- ▶ Abwesenheitszustände mit Derealisation oder Depersonalisation,
- ▶ Flashback-Episoden
- ▶ intrusionsinduzierte plötzliche Bewusstseinseintrübungen, wie sie als ‚psychogene Anfälle‘ (vgl. bei Küttemeyer & Schultz-Venrath 1997), ‚nichtepileptische Anfälle‘ oder im ICD 10 als dissoziative Krampfanfälle (F44.5) beschrieben werden.

Letztere sind differentialdiagnostisch von epileptischen Anfällen abzugrenzen (genaue Anamnese mit Beschreibung wann/wodurch ausgelöst die Symptomatik auftritt, mög-

lichst fremdanamnestic: wie die Anfälle aussehen, eventuell klinische Beobachtung bei Auftreten im Rahmen der Begutachtung, EEG). Bei Frauen, die Opfer von sexualisierter Folter wurden, haben wir zudem relativ häufig tetanieforme Anfälle (Bewusstseinstrübungen infolge von Hyperventilation) beobachtet. Ausgeprägte dissoziative Störungen führen zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagsbewältigung und oftmals zu Selbstgefährdung (und möglicherweise auch Fremdgefährdung) z.B. im Straßenverkehr.

Somatoforme Störungen

Bei Folterüberlebenden ist oftmals auch ein Teil psychosomatischer Störungen auf sexualisierte Misshandlungen zurückzuführen (Kizilhan, 1995, S. 44). Viele Frauen weisen neben den Symptomen einer PTBS, einer ausgeprägter Angststörung und einer depressiven Störung auch die Symptome einer somatoformen Störung auf. Die körperbezogenen Beschwerden können als körperlicher Ausdruck der Traumatisierung verstanden werden (vgl. Wenk-Ansohn, 1996, 1998). Die Patientinnen leiden häufig an:

- ▶ anhaltenden Kopfschmerzen
- ▶ Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule
- ▶ Schmerzen im Unterbauch mit Harnblasen- (Reizblase), Stuhlgangs- und Menstruationsbeschwerden (ausbleibende oder unregelmäßige, zum Teil schmerzhaftes Regelblutungen)
- ▶ Essstörungen (vgl. Fischer & Riedesser, 1998, S. 296-297; Kretschmann, 1993)

Diese körperlichen Beschwerden sollten als möglicher Hinweis auf sexualisierte Folter beachtet werden. Differentialdiagnostisch sind dann vorbestehende organische Erkrankungen und körperliche Folterfolgen auszuschließen wie z.B. in Bezug auf die Unterbauch- und Blasenbeschwerden. Auch an aufsteigende Infektionen und Strikturen durch Verletzungen im Bereich der Harnröhre muss gedacht werden. Bei Stuhlbeschwerden kommen auch narbige Veränderungen im Bereich des Enddarms und Darmausgangs in Betracht. Bei den somatischen Beschwerden fällt auf, dass auch nach entsprechender medizinischer Vorbehandlung der organischen Veränderungen oder Erkrankungen die Beschwerden oft andauern, da sie offenbar psychosomatischen Ursprungs oder zumindest psychosomatisch überlagert sind.

8.2 Ehrverlust, Scham und Schweigen - Besonderheiten bei folterüberlebenden Frauen aus muslimisch geprägten Gesellschaften am Beispiel von Kurdinnen aus der Türkei

Im Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin haben wir in der Begutachtung und Behandlung umfangreiche Erfahrungen mit kurdischen Patientinnen aus der Türkei gesammelt. Sie sind muslimischer Religionszugehörigkeit und stammen überwiegend aus dörflichen Gemeinschaften, in denen eine zentrale Bezogenheit auf die soziale Gruppe und ihre Normen – eine ‚Wir-Identität‘ – besteht. In ihrem Fühlen und Handeln sind diese Frauen wesentlich vom dort vorherrschenden gesellschaftlichen Ehrkonzept geprägt. Ähnliches gilt z.B. auch für nicht-kurdische Frauen aus der Türkei, Frauen aus dem Irak, arabischen Ländern, Afghanistan, Iran, Bosnien, dem Kosovo, und Tschetschenien – jeweils in unterschiedlich ausgeprägter Form, je nach dem Grad der Traditionalität und dem Grad des Einflusses westlicher Konzepte. Dabei spielen auch die Herkunftsregion, sowie die Schichtzugehörigkeit und der Bildungsstand der jeweiligen Frau eine Rolle. Folter, insbesondere sexualisierte Folter, die in diesen Ländern häufig angewendet wird, verletzt in massiver Weise den zentralen Wert der Ehre.

8.2.1 Zum kurdischen Ehrkonzept

Innerhalb der Gemeinschaftsorientierung der kurdischen Gesellschaft hat das Konzept von Ehre und Scham eine spezielle Bedeutung (siehe vertiefend in: Stahlmann, 1998 und Graessner & Wenk-Ansohn, 2000, S. 100-104). Jedem Mann weist das Ehrkonzept „einen Bereich persönlicher Integrität und Würde zu, der die eigene körperliche Unver-

sehrtheit wie die der Familienangehörigen umfasst.“ (Schiffauer, 1983, S.65). Die spezifisch weibliche Ehre ist im Wesentlichen gleichbedeutend mit Unberührtheit, Reinheit, Sittsamkeit, schamvoller Zurückhaltung und Treue. So liegt die Ehre einer Familie zugleich auch in der Hand der Frauen, weil die Ehre durch deren unsittliches Verhalten (und dies gilt traditionell ebenso für eine erzwungene Verletzung ihrer Reinheit durch Dritte) verloren gehen würde, denn die Ehre des Mannes definiert sich auch über das regelgemäße Verhalten und die Unversehrtheit der seinem Haushalt angehörigen Frauen: der Mutter, der Schwestern, der Töchter und der Ehefrau(en). Die kurdischen Frauen sind die eigentlichen Trägerinnen der Ehre, des Rufes und der Stellung einer Familie; ihr Verhalten ist gänzlich durch die Ehre bestimmt. Da der Mann mit seiner Stärke dafür zu sorgen hat, dass die Frauen seines Hauses rein bleiben und andernfalls seine soziale Position ruiniert wäre, sind männliche und weibliche Ehre aufeinander bezogen und von einander abhängig.

8.2.2 Individuelle und soziale Folgen des Ehrverlustes

Verletzung der weiblichen Reinheit und männliche Stärke

Angriffe auf die sexuelle Integrität eines Menschen bedeuten eine der schwersten Formen der Verletzung der Ehre (namus) und erfordern nach dem kurdischen Sittenkodex die Bestrafung des Angreifers (Kizilhan, 1995). Indem man die Frauen einer Familie sexualisierter Folter aussetzt, wird gleichzeitig demonstriert, dass deren Männer oder Väter nicht in der Lage sind, diese zu schützen. So wird das weibliche Ehrkonzept, das auf der Reinheit der Frauen gründet, ebenso angegriffen wie das männliche Ehrkonzept, das auf Stärke basiert. Es liegt auf der Hand, wie sehr sexualisierte Folter, abgesehen von der Verletzung, Misshandlung und Zerstörung der Einzelperson, auch an dem zentralen Kern der kulturellen Werte ansetzt.

Gesellschaftliche Ächtung und Ausstoßung der Frau

Kommt es zu einem Ehrverlust, ist gesellschaftliche Ächtung und Scham die Folge. Die Zeugenschaft der anderen der Gemeinschaft, ihre Reaktion, die Beschämung durch die Gemeinschaftsöffentlichkeit ist das Gefürchtete (vgl. Stahlmann, 1998). Da das Selbstwertgefühl von der Stellung innerhalb der Gruppe abhängt, ist das Gefühl, für die Gruppe wertlos und eine Ursache von Schande zu sein, vernichtend.

Die traditionelle Reaktion auf das Erleiden sexualisierter Gewalt führte wegen der damit verbundenen Beschmutzung der Familienehre zur Ausstoßung der betroffenen Frau. Damit verbunden ist die Vernichtung der sozialen und materiellen Existenzgrundlage. Schon vorhandene Kinder werden bei einer Scheidung im Allgemeinen dem Mann zugesprochen. Obwohl der politische Diskurs inzwischen die Praxis der Tötung oder Ausstoßung ablehnt und solidarisches Verhalten fordert, geschieht es auch heute noch, dass eine ‚entehrte Frau‘ von ihrem Ehemann (oder dessen Familie) verstoßen wird. Noch immer töten Familien z.B. in der Türkei ‚aus Anstand‘ die eigenen Töchter (siehe Der Tagesspiegel, 13.02.01). Junge, noch unverheiratete Frauen haben, abgesehen von dem Einfluss des Traumas auf ihre psychische Entwicklung, in besonderem Maße an den sozialen Folgen der Folter zu leiden. Wenn die finanzielle Möglichkeit besteht, werden kurdische Mädchen oftmals nach ihrer ersten Einbeziehung in die Verfolgung der Familie verheiratet und auf die Flucht geschickt, um ihnen nach einer Mitnahme zum Verhör ein Weiterleben außerhalb der Dorfgemeinschaft zu ermöglichen und die Familienehre zu retten. Andere junge betroffene Frauen schließen sich der Guerilla an („gehen in die Berge“).

Die Angst, verstoßen zu werden, kennen wir z.B. auch von Patientinnen aus dem Irak, aus Bosnien oder dem Kosova, ebenso den Druck auf die Ehemänner, ihre „entehrten Frauen“ zu verlassen. Besonders schlimm für Frau und Kind wirkt sich dies aus, wenn aus den Vergewaltigungen eine Schwangerschaft entstanden ist. Sofern kein Abort stattfindet oder das Kind nach der Geburt von der Familie des Mannes nicht getötet wird, werden Frau und Kind im Allgemeinen von der Familie des Mannes anhaltend abgelehnt, eventuell bleibt die Herkunftsfamilie der Frau unterstützend. Es ist davon auszugehen, dass Frau und Kind auf Dauer stigmatisiert und Opfer von Gerede sind, sie

gemieden und auch von sozialen Aktivitäten (wie z.B. Hochzeiten u.a. Festen) ausgeschlossen werden.

Gefühle der Scham, Wertlosigkeit und Schuld

Das Selbstbild der von sexualisierter Folter Betroffenen ist zumeist geprägt vom Gedanken des Entehrtseins und dessen Bedeutung, ihre Gefühlswelt von Scham, Wertlosigkeit, Selbstverurteilung und Schuld. Schamgefühle sind nicht nur eine Reaktion auf vermutete Normen des Gegenübers, sondern sind mit internalisierten Normen verbunden, mit dem Gefühl der Person zu sich selbst, ihrem Autonomiegefühl, ihren Idealen und identitätsstiftenden Orientierungspunkten, ihrem Gefühl von Wert in dieser Welt. Im Moment der Scham ist der Mensch in seiner Identität bedroht, denn die Scham wacht über die Grenzen der Intimität und des Selbst (Wurmser, 1990). Suizide nach sexualisierter Folter sind häufig. Viele Patientinnen sagen, dass sie sich lieber selbst hätten töten sollen, um einem Leben in Schande und Schmerz zu entgehen. Oft ist das Gefühl der Verantwortung für die Kinder ausschlaggebend für den Entschluss, weiterzuleben. Selbst-Ablehnung, Scham- und Schuldgefühle verursachen bzw. verstärken depressive Tendenzen und tragen zur Chronifizierung von posttraumatischen Störungen bei.

Die Befindlichkeit und das Verhalten der Betroffenen im sozialen Kontakt wird durch die verinnerlichte traditionelle Bewertung der ‚Entehrung‘ bestimmt. Diese Frauen fühlen sich vor der Gemeinschaft als Schändliche, Schmutzige, Beschämte, ziehen sich zurück, isolieren sich. Auch ohne entsprechende Reaktionen der Umwelt antizipieren die Betroffenen das Verstoßen-Sein, stoßen sich selbst aus, wenden die Aggression gegen sich selbst (Wenk-Ansohn, 2002). Die Scham signalisiert einerseits, dass es zu Störungen in den psychischen Besetzungen gekommen ist, andererseits, dass die Verbindungen zur sozialen Gemeinschaft abgerissen sind, was im Falle der Kurdinnen in ihrer zentralen Bezogenheit auf die soziale Gruppe besonders bedrohlich ist.

Um in der sozialen Gemeinschaft weiter existieren zu können, entschließen sich die meisten, über ihre Hafterlebnisse nicht zu sprechen.

8.2.3 Schweigen als Überlebensstrategie

Schweigen als Teil der Vermeidungssymptomatik

Das Schweigen über die traumatisierenden Erlebnisse ist eine verbreitete Überlebensstrategie Traumatisierter, sie ist ein Teil der Vermeidungssymptomatik. Holocaustüberlebende haben oft ihr Leben lang nicht über ihre Erlebnisse sprechen können, weder ihren nächsten Angehörigen noch Therapeuten gegenüber, ebenso wenig die vielen Frauen, die während und unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg Opfer von Vergewaltigungen wurden. Je erniedrigender und schambesetzter die traumatische Situation empfunden wurde, je stärker Teile des Erlebens abgespalten werden mussten, umso größer die Angst, eine Verbalisierung der traumatischen Erlebnisse psychisch nicht zu überleben.

Schweigen als Schutz vor der Reaktion der Umwelt

Gleichzeitig stellt sich die Frage der Erzählbarkeit der Ereignisse, das Mitteilen an eine andere Person. Das Schweigen ist eine Form der Vermeidung, die in zweifache Richtung wirkt: nach innen, wo eine innerpsychische Barriere eingehalten werden muss, und nach außen, wo eine zwischenmenschliche Barriere aufgebaut wird, wo das Schweigen vor der Reaktion der anderen schützen soll (Wenk-Ansohn, 2002). Scham und der drohende soziale Ehrverlust vertiefen das Schweigen (vgl. Wöller, 1992). Je länger geschwiegen wird, desto stärker werden die extremtraumatischen Erfahrungen von der Umwelt abgekapselt, weil diese als nicht kommunikationsfähig (vgl. von Baeyer et al., 1964) erachtet werden. Im Falle der kurdischen Frauen, die Folteropfer wurden, kommt hinzu, dass die eigene soziale Existenz – und damit auch die materielle Existenz – davon abhängt, dass niemand von den sexuellen Gewalterlebnissen erfährt.

Der Sittenkodex der Ehre, nach dem nicht über Sexualität und demzufolge erst recht nicht über sexualisierte Misshandlungen und Demütigungen in der Öffentlichkeit gesprochen werden darf, schützt in diesem Falle die Frau und ihre Familie: Obwohl die

Umwelt annimmt, dass es zu sexualisierten Übergriffen gekommen ist, sobald eine Frau zum Verhör mitgenommen wurde, wird darüber geschwiegen. Das Sprechen über sexualisierte Gewalt bedeutet vor dem Hintergrund des ‚namus‘ nicht nur für die betroffene Frau, sondern auch für deren Ehemann und die gesamte Familie sogar eine neuerliche Entehrung.

Einzig mitteilbares Symptom: körperlicher Schmerz

Auch ihre Symptomatik versuchen viele Frauen zu verbergen, aus Angst, dadurch könnte erkannt werden, was ihnen geschehen ist. Das einzige Symptom, das sie nach außen zeigen können und womit sie auch Schonung und Unterstützung in ihrem Leid einfordern, scheint der körperliche Schmerz zu sein, ein Symptom, das gesellschaftlich akzeptiert ist und dessen Ursache in der Regel nicht erfragt wird. Auch das Gefühl der Scham selbst wird zu verbergen versucht - es erscheint eventuell maskiert (vgl. Wurmser, 1990).

Psychodynamik: von Gefühlsverleugnung bis zu Dissoziationstendenzen

Um der gesellschaftlichen Ächtung zu entgehen, sind die Opfer von Vergewaltigung gezwungen, ihre verbalen Äußerungen und emotionalen Reaktionen zu kontrollieren. Dies beeinflusst die Psychodynamik des posttraumatischen Prozesses erheblich. Bei den Opfern, die sich kontrollieren, überwiegen Gefühlsverleugnung, Vermeidungsreaktionen und emotionale Anästhesie- und Dissoziationstendenzen (vgl. Fischer & Riedesser, 1998, S. 194 ff.).

Belastung der ehelichen Beziehung

Das Schweigen führt zu einem komplexen Gewebe von Vermutungen und Reaktionen innerhalb der sozialen Interaktion und belastet die ehelichen Beziehungen in extremer Weise.

Die Überlebenden schweigen über das Erlebte, um sich und ihre Familie zu schützen und bleiben mit der Last des Geschehenen allein, ohne dass sie sich über den Weg des Mit-Teilens entlasten könnten.

8.3 Begutachtung bei zuvor lückenhaft gebliebenen Aussagen zur traumatischen Vorgeschichte

8.3.1 Interpretierbare Andeutungen

Wegen des Schweigens über sexualisierte Gewalterlebnisse, muss bei Frauen aus muslimisch geprägten Kulturen besonders auf Andeutungen und Hinweise im Bereich der Symptomatik geachtet werden. Verbale Andeutungen, die gemacht werden sind z.B.: „Was man mit mir gemacht hat, kann niemand ertragen“; „Sie haben mich wie Tiere behandelt“; „Über das, was sie im Einzelnen gemacht haben, kann ich nicht sprechen“; „Sie haben mich geschändet“, „Es geht um die Ehre“ oder: „Ich möchte, dass Sie meinem Mann nichts sagen“.

Fallbeispiel

Frau A.: Schweigen über Vergewaltigungserlebnis

Frau A., eine 32-jährige kurdische Patientin aus der Osttürkei, lebte seit sechs Jahren mit ihren vier Kindern und ihrem Ehemann als Asylbewerberin in Deutschland, Ihr Ehemann war anderthalb Jahre vor ihr eingereist. Ihr Asylverfahren war vom Bundesamt negativ beschieden worden mit der Argumentation, es ergäben sich aus ihren Einlassungen keine Anhaltspunkte für schwerwiegende Verfolgung vor ihrer Ausreise und ihre Angaben seien detailarm und lückenhaft und damit unglaublich gewesen. In der Tat hatte Frau A. beim Bundesamt nur sehr vage Angaben zu Verfolgungserlebnissen gemacht wie: „Wir werden unterdrückt und geschlagen, man lässt uns nicht in Ruhe, als mein Mann weg war, sind sie immer wieder gekommen und haben nach ihm gesucht.“

Ich konnte es nicht mehr aushalten. Sie haben mich auch mitgenommen, ich möchte dass mein Mann nichts davon erfährt.“ Beim Verhandlungstermin des anschließenden Klageverfahrens vor dem Verwaltungsgericht war Frau A., als sie gerade angefangen hatte, ein Verhör auf einer türkischen Polizeiwache zu schildern, plötzlich umgefallen und unter krampfartigen Zuckungen etwa 10 Minuten nicht ansprechbar gewesen, worauf die Verhandlung unterbrochen werden musste. Vom Gericht wurde ein unabhängiges Fachgutachten mit der Frage nach Art und Ursache der gesundheitlichen Störung bei mir in Auftrag gegeben.

Noch vor Beginn der Begutachtung wurde ich in den Wartebereich gerufen, und fand Frau A. halbliegend auf einem Stuhl. Ihr Ehemann, der sie zu halten versuchte und auf dessen Anrufe Frau A. nicht reagierte, erklärte, derartige anfallsartige Zustände träten bei seiner Frau häufig und unerwartet ohne erkennbare Vorboten auf, jedoch gehäuft in Phasen verstärkter Angst und Anspannung. Ein EEG bei der Notaufnahme in ein Krankenhaus anlässlich eines Anfalles sei unauffällig gewesen, Frau A.'s. Muskulatur war verkrampft, ihre Fäuste waren geballt. Ihre Augen waren starr, vom Mann, der neben ihr gesessen hatte, abgewendet, wirkten angstvoll, und sie hyperventilierte. Nach freundlicher, behutsamer, ruhiger Ansprache kam Frau A. allmählich in Kontakt zu mir, und sie beruhigt sich soweit, dass sie sich auf einer Liege im Untersuchungsraum ausstrecken konnte. Ich stellte mich und die Dolmetscherin vor, und nach einer Erholungspause war Frau A. fähig, zunächst über ihr jetziges Leben im Heim und über ihre gesundheitlichen Beschwerden zu berichten. Sie klagte über multiple Schmerzen am ganzen Körper, besonders über Kopf- und Unterbauchschmerzen, wobei der Frauenarzt ‚nichts‘ gefunden hätte, sowie über Angst- und Unruhezustände, Nervosität und nächtliche Alpträume, in denen sie immer wieder ähnliche Szenen vor Augen hätte. Tagsüber hätte sie versucht, Gedanken an „die schlimmen Vorfälle in der Türkei“ zu unterdrücken. Sie sei seit gewissen Gewalterlebnissen in der Türkei oft wie abwesend gewesen, hätte manchmal nicht auf die Rufe ihrer Kinder reagiert. Wenn „die Gedanken“ über sie gekommen seien, wäre sie manchmal umgefallen, auch diesmal wäre das so gewesen.

Am zweiten Untersuchungstermin berichtete Frau A. über ihre Biographie, wie sie trotz materiellen Einschränkungen ein recht gesundes Kind gewesen sei, über ihre Großfamilie, die Geburt ihrer Kinder, ihre Felder und Tiere, den Garten in ihrem Heimatdorf, in dem sie früher gerne – auch schwer – gearbeitet oder mit ihren Kindern ge-

sessen hätte. Dabei taute sie sichtbar auf und beschrieb dann auch, wie sie und ihr Mann später PKK-Kämpfer unterstützt hätten. Für psychische Vorerkrankungen oder andere traumatische Erlebnisse als die später im Rahmen der Verfolgungsbioographie berichteten, hatten sich keine Anhaltspunkte ergeben.

Am dritten Untersuchungstermin (Doppelsitzung) hatte Frau A. offenbar ausreichend Vertrauen gewonnen, um detaillierter über die Zeit vor der Flucht zu berichten. Ich musste ihr dabei zusichern, dass nur der Richter, nicht aber ihr Mann davon erfahren würde, was ihr zugestoßen sei. „Ich habe meine Ehre verloren, ich bin nichts mehr wert, ich wollte mich umbringen, wegen der Kinder habe ich es nicht getan, damit leben ist schrecklich, niemand sollte es erfahren.“ Ich machte ihr deutlich, dass mir aus Kontakten zu Patientinnen aus ihrem Heimatgebiet bekannt ist, was mit Frauen bei Razzien oder Mitnahmen passieren kann. Frau A. konnte dann von Beschimpfungen und Gewalt bei verschiedenen Razzien nach der Flucht ihres Mannes berichten sowie ansatzweise von einer Mitnahme auf die Polizeistation in der Nähe ihres Heimatdorfes, bei der sie zum Aufenthalt ihres Mannes und dessen Tätigkeiten unter Schlägen verhört worden sei. Schamreaktionen und zunehmende Unruhe deuteten daraufhin, dass ihr in dieser Situation, wie zuvor indirekt ausgedrückt, noch mehr widerfahren war. Da ihr Blick starr wurde, unterbrach ich ihre Schilderung, erbat unter der Feststellung ihrer augenscheinlichen psychischen Belastung ihren Blickkontakt, und bot ihr Wasser an. Dabei ließ ich sie selbst eingießen und dann den Geschmack des Wassers kommentieren, um sie aus ihren inneren traumatischen Bildern herauszuleiten. Frau A. sprach dann über ihr Befinden nach der Mitnahme und über die Zeit bis zur Flucht. Hieraus ergaben sich Hinweise auf eine damals akute Belastungsreaktion und Körpersymptome, die für die Begutachtung relevant waren, sowie Informationen über weitere Razzien und Bedrohungen in der Zeit bis zur Ausreise nach Deutschland. (Die Zeitspanne vor Ausreise anamnestisch genau zu erheben, auch wenn eventuell das wesentliche traumatische Erlebnis bereits geklärt ist, ist im Rahmen von Asylverfahren sehr wichtig, da als vorverfolgt nur gilt, wer relativ kurze Zeit vor der Flucht Verfolgungsmaßnahmen erlebt hat, bzw. erklärbar nicht früher nach den Verfolgungserlebnissen fliehen konnte.)

Erst nach diesem, für die Probandin wieder leichter zu schildernden Abschnitt ihrer Vorgeschichte kam ich nochmals auf die Situation in der Polizeistation zurück und bat Frau A., soviel darüber zu berichten, wie es ihr in der jetzigen Situation möglich

wäre. Um nicht in allzu tiefes intrusives Wiedererleben (eventuell Flashback) zu geraten, bat ich sie, dabei möglichst Blickkontakt zu mir zu halten und Handzeichen geben, wenn es ihr zu viel werde. Frau A. konnte daraufhin die Mitnahme in das Polizeigefängnis etwas genauer beschreiben und auch mitteilen, dass sie von einem der Bediensteten vergewaltigt worden sei. Unter Tränen ergänzte sie, sie habe das Lachen der beiden anderen anwesenden Männer noch heute im Ohr. An die darauf folgenden Ereignisse könne sie sich erst ab dem Zeitpunkt erinnern, als sie sich wieder alleine in ihrer Gefängniszelle befunden habe. Auch heute noch würden ihr immer wieder die Erinnerungen an ‚dieses Ereignis‘ kommen, wenn sie das Lachen von Männern höre. Während sie noch weinte, bestätigte ich ihr, wie unmenschlich, verletzend und beschämend diese Situation gewesen sein muss, dass sie aber in meinen und der Dolmetscherin Augen nicht ihre Ehre und Menschenwürde durch die Vergewaltigung verloren habe. Ich ermunterte sie, sich langsam wieder aufzurichten, durchzuatmen und den erneut verlorenen Blickkontakt zu mir aufzunehmen und erklärte ihr, dass ihre Beschwerden typischerweise Ausdruck dafür seien, dass derartige Erfahrungen nur äußerst schwer verarbeitet werden können. Am Ende der Sitzung schlug ich Frau A. vor, sich den Baum vor meinem Fenster zu betrachten, und wir sprachen über Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Pflanzen in ihrem heimatlichen Garten und hier in Deutschland – um sicher zu gehen, dass sie aus ihrem traumatischen Nachhallerleben herausgeleitet war.

Am letzten Untersuchungstermin berichtete Frau A. nach der allgemeinen körperlichen und neurologischen Untersuchung u.a. auch, dass sie Schwierigkeiten im sexuellen Kontakt mit ihrem Ehemann habe und dass sie dabei oft das Gefühl habe, als sei sie plötzlich wieder in der Polizeistation, dass sie dann manchmal schreie und fürchte, der Mann könnte aus ihrem Verhalten darauf schließen, was ihr passiert sei. Sie habe Angst, er würde sie verlassen oder sie erniedrigend behandeln, wenn er davon erfahre.

Nach einer kurzen abschließenden medizinischen Beratung und Erörterung möglicher Behandlungsperspektiven erklärte Frau A. auf Nachfrage, sie habe die Untersuchung zwar als belastend erlebt, sei andererseits aber froh, jetzt sich zumindest zwei Personen, der Gutachterin und der Dolmetscherin, gegenüber mitgeteilt zu haben.

Entsprechend dem Ergebnis meiner Begutachtung, bei der ich eine chronifizierte PTBS mit Somatisierungsstörungen und dissoziativer Störung in Form von psychogenen Anfällen diagnostiziert hatte, war später vom Verwaltungsgericht Frau A.’s Klage

auf Asyl stattgegeben worden. Sie hatte sich daraufhin telefonisch im Behandlungszentrum gemeldet und um Adressen spezieller Behandlungseinrichtungen in der Nähe ihres Wohnortes gebeten, um dort eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung aufnehmen zu können.

8.3.2 Zu Besonderheiten bei der Exploration und Ausarbeitung des Gutachtens

Lückenhafte und widersprüchliche Erlebnisschilderung der Opfer

Das Schweigen über sexualisierte Folter führt neben den bereits beschriebenen Hindernissen bei der Exploration Traumatisierter (siehe Kapitel 3 „Besonderheiten bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen“ und Kapitel 4 „Erinnern, Vergessen und posttraumatische Störungen“) sowie neben sprachlich und interkulturell bedingten Kommunikationsproblemen (siehe auch Kapitel 7 „Einsatz von Dolmetschern“ in diesem Buch sowie Abdallah-Steinkopf, 2001; Gutteta, 2002; Mehari, 2001; Koch, 1997) zu Lücken und Widersprüchen in den Biographien. Teilweise werden ganze Haftperioden nicht erwähnt, so dass in der Anhörung beim Bundesamt oder vor Gericht asylrelevante Verfolgungsepisoden nicht zur Sprache kommen oder der Vortrag wegen des fehlenden Detailreichtums, Lücken oder Widersprüchen insgesamt als unglaubhaft gewertet wird mit der Folge eines ablehnenden Asylentscheides. Immer wieder kommen Aussagen zu den sexualisierten Gewalterfahrungen erst unter größtem Druck, wenn die Abschiebung unmittelbar droht, zustande, so dass wir Stellungnahmen oder Gutachten im Rahmen von Folgeverfahren anfertigen müssen. Manchmal werden klinische Gutachten in Auftrag gegeben, weil – wie im vorangehenden Fallbeispiel – sensibilisierte Richter aufmerksam werden, wenn Betroffene während der Gerichtsverhandlung psychisch dekomensieren oder deutliche emotionale Reaktionen bei Andeutungen zu Details von Foltererlebnissen zeigen.

Einige Frauen und Männer, deren Symptomatik auf einen Zustand nach sexualisierter Folter hindeutet, können auch nach Aufbau einer therapeutischen Vertrauensbeziehung den Erlebniskomplex kaum detailliert benennen, und möglicherweise haben sie aufgrund dissoziativer Gedächtnisstörungen daran keine oder nur fragmentarische Erinnerungen. Umso schwerer ist dies für die Betroffenen im Rahmen des kürzeren Kontaktes für ein Gutachten oder bei einer Anhörung beim Bundesamt oder beim Verwaltungsgericht möglich.

Behutsame anamnestische Befragung versus diagnostische Stringenz

Um im Rahmen der Begutachtung das Risiko einer psychischen Dekompensation und – im extremen Fall einer Retraumatisierung – zu minimieren, muss bei aller diagnostischer Stringenz besonders behutsam bei der anamnestischen Befragung von Frauen vorgegangen werden, die möglicherweise Opfer von sexualisierter Folter wurden. Kenntnisse von traumaspezifischen therapeutischen Interventionsmöglichkeiten und ausreichende klinische Erfahrung sind bei schwereren dissoziativen Störungen in besonderem Maße notwendig, um die zu Untersuchenden durch die schwierige Exploration zu geleiten. Dabei sollte die Belastung der Probandinnen aus menschlichen und medizinethischen Gründen auf das Vertretbare begrenzt werden.

Gleichzeitig muss jedoch über die sonst übliche Begründung von Diagnosen hinaus die spezielle traumatische Genese der Erkrankung ausreichend belegt sein, damit ein Verwaltungsrichter, dem das klinische Wissen und Denken – seiner Ausbildung gemäß – nicht zueigen ist, die fachliche (klinisch-medizinisch-psychologisch-psychotherapeutische) Entscheidungshilfe bekommt, um eventuell die rechtlich verankerten Möglichkeiten für Asyl oder den Schutz traumatisierter Flüchtlinge zuzuerkennen (siehe auch Kapitel 6 „Der asyl- und ausländerrechtliche Rahmen ärztlich-psychologischer Auskunftserstattung“). Als Angehörige eines Heilberufes finden wir uns zwischen den beiden beschriebenen Koordinaten in einer Zwickmühle, die beständig der Reflexion der eigenen Tätigkeit bedarf.

Achtsamer Umgang mit Schamgrenzen

Grundvoraussetzung für das Gelingen der diagnostischen Arbeit mit Frauen, deren Schamgrenzen durch sexualisierte Folter zutiefst verletzt worden sind, ist das Beachten ihrer Schamgrenzen, der achtsame Umgang mit Scham. Das gilt vom ersten Augenblick der Begutachtung an, wenn Frauen aus ihrer Not heraus zu schnell bereit sind, ihre Schamgefühle zu überspringen, was zu einer erheblichen Verstärkung der Symptomatik führen kann. Einfühlsames Vorgehen – möglichst einer Gutachterin und Dolmetscherin – erleichtert den Zugang zu den traumatischen Erfahrungen sexualisierter Gewalt.

Klinische Beobachtung von Verhalten und Reaktionen

Die Gutachterin ist bei der Beurteilung darauf angewiesen, Andeutungen, fragmentarische Äußerungen sowie das Verhalten wahrzunehmen und im Zusammenhang mit der Symptomatik zu werten. Die parallel zur sprachlichen Kommunikation durchgeführte klinische Beobachtung von Verhalten und emotionalen Reaktionen, Schamreaktionen, Vermeidungsverhalten, dissoziativen Reaktionen, eventuell paradoxen Reaktionen, vegetativen Zeichen etc. gibt dann weitere Hinweise, die sowohl im Rahmen des psychischen Befundes beschrieben werden, als auch bei der Diskussion der Untersuchungsergebnisse gewürdigt werden sollten.

Dabei müssen die konkreten Anknüpfungspunkte zwischen Anamnese und klinischen Zeichen für den Einzelentscheider bzw. Verwaltungsrichter nachvollziehbar dargestellt sein, so dass er neben der diagnostischen Einstufung der Erkrankung (nach erkennbarer Abwägung von Differentialdiagnosen) auch die Hinweise auf möglichen Erlebnisbezug von Angaben zur traumatischen Vorgeschichte erkennen und werten kann, die die klinische Untersuchung im speziellen Fall erbracht hat. Dies ist generell wichtig, damit sichtbar wird, dass der Gutachter die vorgebrachte Traumaanamnese nicht unhinterfragt oder ohne besondere Gründe als krankheitsauslösend annimmt (Kausalitätsfrage). Bei Asylverfahren, in denen zuvor aufgrund von Traumatisierung lückenhafte oder widersprüchliche Aussagen gemacht worden sind, was im Falle von sexualisiert gefolterten Frauen aus muslimisch geprägten Ländern fast regelmäßig zutrifft, ist die Ausarbeitung dieses Teils der Begutachtung von besonderer Wichtigkeit.

Fehlerquellen

Die wesentlichen Probleme bei der Erfassung einer sexualisierten Gewalterfahrung ergeben sich durch die Tabuisierung des Themas durch die Gesellschaft und durch das Gewaltopfer selbst. Sie ergeben sich ferner durch die psychischen Auswirkungen auf Gedächtnis und Aussageverhalten (Birck, 2002). Die bisherige Erfahrung zeigt, dass sich vor dem Hintergrund von Scham und ‚Schande‘, der in muslimisch geprägten Traditionen besonders ausgeprägt ist, eher selten Anzeichen finden, die für ‚falsches oder übersteigertes Vorbringen‘ sprechen, obwohl auch dieses nicht grundsätzlich auszuschließen ist. Gleichzeitig sind Symptomatik und klinische Zeichen aufgrund der Art der Traumatisierung der Opfer oft deutlich ausgeprägt. Wir müssen davon ausgehen, dass die Dunkelziffer in Bezug auf sexualisierte Folter insgesamt groß ist.

8.4 Literatur

Abdallah-Steinkopf, B. (2001). Arbeit mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten. In Th. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie* (S. 325-340). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Agger, I. (1988). Die politische Gefangene als Opfer sexueller Gewalt. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 1, 231-241.

American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV*. Göttingen: Hogrefe.

Baeyer, W. von, Haefner H. & Kisker, K. (1964). *Psychiatrie der Verfolgten* (S. 155 f.). Berlin: Springer.

Birck, A. (2002). *Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen*. Heidelberg: Asanger.

Der Tagesspiegel, 13.02.01, „Schuss ins Herz“

Fischer, G & Riedesser, P (1998). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Graessner, S. & Wenk-Ansohn, M. (2000). Die Spuren von Folter. Berlin: Behandlungszentrum für Folteropfer.

Groenenberg, M. (1992). Victims of sexual violence: Female victims. In G. Van der Veer (Hrsg.), *Counselling and therapy with refugees* (S. 231-240). Chichester: Wiley.

Gurris, N. (1995). Die sexuelle Folter von Männern als weltweit systematische Methode der Folter. In: I. Attia, M. Basque & U. Kornfeld (Hrsg.), *Multikulturelle Gesellschaft - monokulturelle Psychologie?* (S. 198-209). Tübingen: DGVT-Verlag.

Gutteta, T. (2002). Wahrnehmung und Erzählverhalten von Patienten aus einem Entwicklungsland bei Helfern eines Industrielandes. In A. Birck et al. (Hrsg.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S. 31-43). Berlin, Heidelberg: Springer.

Hermann, J. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5, 377-391.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Kizilhan, I. (1995). *Der Sturz nach oben: Kurden in Deutschland. Eine psychologische Studie.* Frankfurt/M Medico international.

Koch, E. (1997). Biographien türkischer Rentenbewerber - eine Auswertung von psychiatrischen Sozialgerichtsgutachten. In Collatz et al. (Hrsg.), *Das transkulturelle Psychoforum*, Bd. 1: *Transkulturelle Begutachtung*. Berlin: VWB.

Kretschmann, U. (1993). *Das Vergewaltigungstrauma. Krisenintervention und Therapie mit vergewaltigten Frauen.* Thien und Wienold.

Kütemeyer, M. & Schultz-Venrath, U. (1997). Psychogene Störungen in der Neurologie. In Th. von Uexküll (Hrsg.), Psychosomatische Medizin (S. 1080 f.). München: Urban & Schwarzenberg.

Maercker, A. (2003). Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforschung. In A. Maercker (Hrsg.), Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen (S. 5). Berlin, Heidelberg: Springer .

Marmar, C.R., Weiss, D.S. & Metzler, T.J. (1997). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In Wilson & Keane (S. 412-425).

Mehari, F. (2001). Der kulturelle Kontext als Bezugsrahmen des Erlebens und als Ausdruck von Leiden. In Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern (3. Aufl.). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Schiffauer, W. (1983). Die Gewalt der Ehre: Erklärungen zu einem türkisch-deutschen Sexualkonflikt. Frankfurt/M: Suhrkamp.

Seifert, R. (1993). Die zweite Front: zur Logik sexueller Gewalt in Kriegen. Vierteljahresschrift für Sicherheit und Frieden, 11, 66-71.

Stahlmann, I. (1998). Traumatisierung und Kultur. Zum Kontext von Folter und ihren Folgen bei kurdischen Patientinnen des Berliner Behandlungszentrums für Folteropfer. Unveröffentlichtes Manuskript (BZFO), Berlin.

Tutsch-Bauer, E., Rauch, E. & Penning, R. (1998). Rechtsmedizinische Aspekte bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Deutsches Ärzteblatt, 95, A-1027-1032.

Weltgesundheitsorganisation (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (S. 169 f.) (3. Aufl.). Bern: Huber.

Wenk-Ansohn, M. (1996). Die Spur des Schmerzes: psychosomatische Störungen bei Folterüberlebenden. In S. Graessner, N. Gurrus & C. Pross (Hrsg.), Folter - an der Seite der Überlebenden (S. 83-99). München: Beck.

Wenk-Ansohn, M. (1998). Körperschmerzen als Ausdruck erlebter körperlicher und seelischer Verletzungen von Folterüberlebenden. In M. Wolf et al. (Hrsg.), Körper-Schmerz. Intertheoretische Ansätze (S. 161-173). Innsbruck: Studia-Universitätsverlag.

Wenk-Ansohn, M. (2002). Folgen sexualisierter Folter - Therapeutische Arbeit mit kurdischen Patientinnen. In A. Birck, et al. (Hrsg.), Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin (S. 57-77). Berlin, Heidelberg: Springer.

Wobbe, T. (1993). Die Grenzen des Geschlechts: Konstruktionen von Gemeinschaft und Rassismus. Mitteilungen des Instituts für Sozialforschung, 2, 98-108.

Wöller, H. (1992). Die unerträgliche Scham der Gewaltopfer In P. M. Pflüger (Hrsg.), Gewalt - Warum? Der Mensch: Zerstörer und Gestalter (S. 129). Olten: Walter-Verlag.

Wurmser, L. (1990). Die Maske der Scham. Berlin, Heidelberg: Springer.

9 Übertragung und Gegenübertragung bei der Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge

Franziska Henningsen

9.1 Anerkennung des Traumas.....	186
9.2 Zwei Manifestationsformen der chronischen PTBS	188
9.2.1 Die intrusive Manifestationsform.....	188
9.2.2 Die überwiegend die traumatischen Intrusionen in der Latenz haltende Manifestationsform	193
9.3 Der Umgang mit der eigenen Trauma-History	195
9.4 Strukturierung der Gesprächssituation.....	196
9.5 Drei Fallbeispiele	198
9.5.1 Frau A.: Überspringen des Traumas.....	198
9.5.2 Frau B.: Negative Gegenübertragung	199
9.5.3 Frau C.: Hilfreiches Containment.....	206
9.6 Literatur.....	207

9.1 Anerkennung des Traumas

Begutachtung ist nicht Psychotherapie

Begutachtungen sind in das institutionelle Gefüge von Ausländerbehörden, Gerichten und Polizei eingebettet, ein Feld in unserer Gesellschaft, das im Gegensatz zum psychoanalytischen Rahmen steht, in dem die Schweigepflicht gegenüber Dritten gewährleistet ist und in dem sich der Analysand auf dem Wege der freien Assoziation und in der

Übertragung zum Analytiker verstehen lernt. Bei der Begutachtung traumatisierter Menschen geht es für einen Analytiker darum, „angewandte Psychoanalyse“ zu praktizieren. Er muss seine Haltung modifizieren und natürlich auch die Übertragungsprozesse in besonderem Maße reflektieren. Die Schwierigkeiten der am Begutachtungsprozess beteiligten Berufsgruppen entstehen häufig durch unbewusste Übertragungs- und Gegenübertragungsvorgänge, die die Wahrnehmung der Beteiligten bestimmen. Die schweren Störungen der Ich-Funktionen werden von vielen Ärzten, Juristen, Psychologen und Psychotherapeuten, die im Umgang mit schwer traumatisierten Menschen nicht vertraut sind, häufig nicht erkannt. Ferner hat der Prozess der Begutachtung einen öffentlichen Charakter und steht damit im Gegensatz zur Intimität der analytischen Situation. Der Proband weiß, dass seine Aussagen vor Gericht verwendet werden. Richter, Anwälte, Ärzte, Mitarbeiter der Ausländerbehörde und Angehörige können unter Umständen das Gutachten lesen. All dies zeigt, dass der Begutachtungsprozess offensichtlich nichts mit Psychotherapie zu tun hat.

Dennoch: Begutachtungssituation kann Traumatisierten helfen

Und dennoch: Der psychisch extremtraumatisierte Mensch kann mitunter nicht über seine Erfahrungen sprechen. Seine zum Teil schweren Dissoziationen, die Unfähigkeit, seine Erfahrungen zu mentalisieren, zeitliche Abläufe logisch wiederzugeben, verlangen geradezu danach, dass Psychoanalytiker sich ihrer annehmen, sind sie doch in besonderer Weise darin geschult, traumatische Prozesse zu erkennen, unbewusste Kommunikationen wahrzunehmen, nicht-sprachliche Inszenierungen aufzunehmen, sie allmählich auf eine Symbolebene zu heben und sie ggf. zu versprachlichen. Psychoanalytiker können dem Traumatisierten dabei helfen, sein Trauma zu entziffern. Im Rahmen der Begutachtung können sie ihn darin unterstützen, Zeugnis abzulegen, damit es ihm möglich wird, sein Trauma anzuerkennen.

Laub und Weine fassen die Bedeutung der Dokumentation in folgende Worte: „Für die Etablierung und Wahrheit des Traumas, das vorher selbst von den Beteiligten nicht zu assimilieren und unfassbar war, ist die Zeugenrolle wichtig, weil sie das Ergebnis, wenn auch verspätet, zu einer Erfahrung macht, die als reales, persönliches historisches Geschehen stattgefunden hat und mitgeteilt werden kann. [...] Die Herstellung

eines Dokuments, das greifbar ist und betrachtet werden kann, wirkt Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Spaltung und Verdrängung entgegen. Schon allein die Tatsache, dass ein solches Dokument hergestellt wurde, dass es existiert, macht es den Opfern leichter, das Ereignis als real und mitteilbar zu erkennen“ (Laub & Weine, 1994, S.1118).

Die besonderen Gesprächstechniken und die besonderen Bedingungen des Settings in der Begutachtungssituation werden im Weiteren anhand von einigen Fallbeispielen erläutert. Zudem wird dargelegt, welche psychotherapeutischen Interventionen notwendig sind, damit das Trauma entziffert werden kann. Vorerst soll aber auf die unterschiedlichen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse bei der intrusiven, manifesten und der eingekapselten, vermeidenden Form der PTBS eingegangen werden.

9.2 Zwei Manifestationsformen der chronischen PTBS

9.2.1 Die intrusive Manifestationsform

Traumatisierung als Spaltungsvorgang

Unter einer psychischen Extremtraumatisierung zu leiden, heißt immer auch unter der Zerstörung der Synchronizität von Denken, Fühlen und Handeln zu leiden. Dieser Prozess ist von vielen Analytikern in unterschiedlicher Form als Spaltungsvorgang beschrieben worden: als Spaltung zwischen dem guten und bösen Objekt oder als Spaltung zwischen innerer und äußerer Realität (Bion, 1962; Freud, 1923 a, b, 1940 e; Grubrich-Simitis, 1979; Oliner, 1996). Dabei ist der abgespaltene Teil der Persönlichkeit stets in spezifischer Weise mit dem zum Zeitpunkt der Traumatisierung erreichten Entwicklungsstand des Menschen (Greenacre, 1967) und seinen Objektbeziehungen verbunden. Freud spricht von einem Einriss im Ich, „der nie wieder verheilen, aber sich mit der Zeit vergrößern wird“ (Freud, 1940, S.60). Andere Autoren wie z.B. Bohleber (2001) oder

Fischer (1999) beschreiben die extremen Spaltungsprozesse bei Traumatisierten als Dissoziationen, um die Schärfe des Unüberbrückbaren zu betonen.

Manifestationsform kann bei einzelnen Patienten schwanken

Ein Patient, der akut unter PTBS leidet, unterscheidet sich deutlich von einem traumatisierten Patienten, dessen Traumaerfahrung bereits zurückliegt und dem es gelungen ist, sein Trauma einzukapseln und in der Latenz zu halten. Letzterer ist der Patient, der oft in die Analyse kommt, er leidet unter den verschiedensten Symptomen, meist ist auch eine begrenzte Symbolisierungsstörung festzustellen, funktioniert aber eher auf neurotischem Niveau. Im Zuge der Analyse wird dann sein Trauma virulent, und wenn es gelingt, die dann sehr schwierige Übertragungsbeziehung zu meistern, wird der Patient sein Trauma in einer zufrieden stellenden Weise integrieren und symbolisieren können. Die Konfrontation mit dem traumatisierten Patienten, der unter einer manifesten intrusiven Form der PTBS leidet, bietet dem Therapeuten die Gelegenheit, das in Statu nascendi kennen zu lernen, was der andere Patient in mühevoller Weise abwehrt. Man kann sich die beiden Zustände der intrusiven versus in der Latenz gehaltenen oder gar eingekapselten, vermeidenden Manifestationsform einer chronischen PTBS als die Endpunkte eines Kontinuums denken. Die Realität des einzelnen Patienten spielt sich in der Regel zwischen beiden Polen ab und kann schwanken: So kann z.B. bereits die Begutachtungssituation als initiales Übertragungsangebot für den Flüchtling ein Polizeiverhör oder die Wiederholung einer erlebten Verfolgung bedeuten und das entsprechende paranoide Misstrauen mit intrusiven Symptomen hervorrufen. Bei anderen kann der Tod eines Angehörigen in der Heimat zu erneuten Intrusionen mit dem Vollbild einer PTBS und damit zur Dekompensation führen (Reaktualisierung).

Intrusionen lösen in der Übertragung Fusionen aus

Der Mensch, der unter der intrusiven Form der PTBS leidet, ist den Intrusionen ausgeliefert und verfügt über keinen ausreichenden Reizschutz. Dies wirkt besonders belastend auf das Gegenüber: Die nicht zu bewältigenden Gefühle des Traumaopfers werden direkt, ohne eine schützende Membran und ohne eine kognitive Verarbeitung intrusiv

im Gesprächspartner manifest. Es kommt in der Gesprächssituation zu Fusionen, die massive Gegenübertragungsreaktionen auslösen können. Das Burnout-Syndrom vieler Traumatherapeuten dürfte hierin eine wesentliche Ursache haben (siehe Kapitel 10 „Burnout und stellvertretende Traumatisierung“).

Tabelle 9.1. Mögliche Übertragungen und Gegenübertragungen bei intrusiver Manifestationsform einer PTBS

intrusiver Zustand (Symptome)	Gegenübertragungsgefühl	Gegenübertragungsreaktion
Dissoziationen	Chaos	Denkstörungen
Panik, Intrusionen	Reizüberflutung	Empathiestörung
Stupor, Starre	Wut, Gefühlseinschränkung	Lähmung, Überreaktion
paranoides Misstrauen	paranoides Misstrauen	verfolgende Gesprächstechnik
Angst	Angst	Vermeidungsverhalten, Flucht
motorische Unruhe	Aggressionen, Hilflosigkeit	Mitagieren, somatische Reaktionen
Ohnmacht, Infantilität	Scham, Schuld, Ungeduld, Wut	Überidentifikation, Bevormundung, Helfersyndrom
	Berührung des eigenen Traumas?	Distanzverlust, Abwehr depressiver Gefühle
Borderline-Niveau/ Psychose	mangelnde Objektbezogenheit	Bevormundung des Patienten

Um diese Prozesse zu erkennen, sind Erfahrungen mit in der frühen Kindheit traumatisierten Menschen hilfreich. In vielen hochfrequenten Langzeitanalysen kann man erkennen, dass die Patienten in einer ganz spezifischen Form mit der Mutter verschmolzen blieben: Die unerträglichen Gefühle wurden abgespalten und in das Gegenüber projiziert, die dann notwendige Identifizierung mit dem Gegenüber erzwang eine Fusion, die zu einer unauflösbaren unbewussten Bindung führte und eine Entwicklungshemmung in jenen Teilen der Persönlichkeit hervorrief, die lebenslanglich mit dem Trauma

verbunden bleiben. Es entwickelt sich mit der Zeit eine Struktur, die ich „konkretistische Fusion“ (Henningsen, 2000a, b, 2002) genannt habe. Es geht dabei um unbewusst wirksame nicht mentalisierbare Bindungen, die relativ bald in der Übertragung durch Agieren und Mitagieren manifest wurden und erst später im analytischen Prozess allmählich in eine Symbolsprache überführt und bearbeitet werden konnten.

Unterscheidung zwischen Gegenübertragungsgefühl und Gegenübertragungsreaktion

Die in der intrusiven Manifestationsform wirksamen Intrusionen lösen im Gegenüber in kurzen Momenten diese Fusionen aus. Die abgespaltenen Gefühle des Traumatisierten wirken wie psychotisch anmutende Mikroimpulse direkt auf die Gefühle des Gegenübers ein und rufen Reaktionen des Ausstoßens hervor. Ferner greifen die Spaltungsphänomene die Wahrnehmungsfunktion in der Gesprächssituation besonders an, und es ist dabei sehr wichtig, innerlich bereit zu sein, vorerst einzelne Teile einer Person erkennen zu wollen. Um hier die Gegenübertragung zu erfassen, sollte zwischen dem introjizierten oder empathisch wahrgenommenen Gefühl und der darauf folgenden Reaktion (= der emotionalen und mentalen Verarbeitung) des Analytikers unterschieden werden. Diese Nahtstellen sind in Supervisionen oft rekonstruierbar: Im Text befindet sich ein Gedankensprung, gefragt nach den Gegenübertragungsgefühlen erinnert sich der Supervisand an eine Palette von überwältigenden Gefühlen, vor denen er sich durch Vermeidung in der realen Situation zu schützen versuchte.

Vermittlung durch Dolmetscher ermöglicht Verarbeitungszeit

Die Anwesenheit des Dolmetschers spielt in diesem Zusammenhang trotz vieler Schwierigkeiten, die an dieser Stelle übergangen werden, auch eine hilfreiche Rolle, die etwas genauer dargestellt werden soll: Die Vermittlungsfunktion des Dolmetschers führt dazu, dass der Analytiker die Mimik und den sprachlichen Inhalt nicht synchron, sondern mit Verzögerung wahrnimmt. Und das kann beide vor einer Reizüberflutung und damit den Probanden vor erneuter Traumatisierung schützen. Die bestehende Latenz zwischen Inhalt und Form ist besonders wichtig, spiegelt sie doch – wenn es um die

Schilderung eines traumatischen Ereignisses geht – eine Art von Spaltung wider: Die Gefühle der Erschütterung und/oder die Ausdrucksstarre werden direkt vermittelt, den erschreckenden Inhalt erfährt der Analytiker jedoch etwas später. Er nimmt also das traumatische Ereignis in Etappen wahr, kann sich vorbereiten, sich selbst auch vor dem Erschrecken und einer möglichen inneren Einfühlungshemmung schützen.

Umgekehrt kann auch der Patient die zweiphasige Wahrnehmung des Analytikers beobachten: Während er spricht, sieht er, wie sich der Analytiker einfühlt, später, wenn der Übersetzer spricht, kann der Patient erkennen, ob der Analytiker in seiner Vorahnung dessen, was erzählt wurde, schon das wesentliche Gefühl erfasst hat, wie viel Neues, vielleicht auch Entsetzliches hinzukommt.

Es entsteht in dieser Latenzzeit eine besondere Atmosphäre des Verarbeitens auf präverbaler Ebene. Analytiker und Patient sind in gleicher Weise nur in umgekehrter Wahrnehmungsrichtung damit befasst, Emotion und Inhalt zusammenzusetzen, auf diese Weise können Mentalisierungsprozesse (Varvin, 2000) initiiert werden. Im Gegensatz dazu ist der Dolmetscher permanent mit der Übermittlung der intrusiven Inhalte befasst und bedarf deshalb einer speziellen Supervision.

Durch Identifizierung werden integrative Prozesse möglich

Am Anfang der Beziehung kann der Patient diese Möglichkeit der sukzessiven Wahrnehmung nicht nutzen. Der Analytiker spürt dann deutlich das Abreißen des Kontaktes, den Rückzug des Patienten in Hoffnungslosigkeit und Starre. Aber mit der Zeit, wenn ein wenig Hoffnung auf Verstandenwerden gewachsen ist, kann der Traumatisierte diesen Raum zeitweise für sich gewinnen. Er sieht im Gesicht des Analytikers, wie dieser die Dinge in seinem Inneren zusammensetzt und dann einen Kommentar, eine supportive Intervention, eine weitere Frage oder gar eine Deutung formuliert. Auf dem Wege der Identifizierung werden – wenn auch nur phasenweise und sicherlich auch nur vorübergehend – integrative Prozesse möglich. Entsprechend kann der Analytiker hier sehr viel über dissoziierende Prozesse in Erfahrung bringen und sich selbst darin schulen, sie nicht zu übergehen, sondern anzuerkennen (vgl. hierzu Gerzi, 2002). Er lernt sich zu bescheiden, lediglich die abgespaltenen Gefühle zu benennen. Er lernt, dass er in einer Stunde kein geschlossenes Bild der Persönlichkeit des Flüchtlings erhalten kann,

er lernt mit Bruchstücken zu leben und dem Patienten zu zeigen, dass er um diese Bruchstückhaftigkeit weiß. Er lernt, die Dinge nicht vorschnell zu einem Ganzen zu machen, um sich zu beruhigen, denn dann würde er den Flüchtling in seinem Leid verlassen.

9.2.2 Die überwiegend die traumatischen Intrusionen in der Latenz haltende Manifestationsform

Transgenerationelle Identifizierung

Die Prozesse, traumatische Erfahrungen und Intrusionen in der Latenz zu halten oder gar einzukapseln, sind in der psychoanalytischen Literatur mehrfach dargestellt (Bohleber, 2000; Henningsen, 1990, 2000 a, b, 2003 a, b, c). Aus der Holocaustforschung ist auch der Prozess der transgenerationellen Identifizierung (Gampel, 1994) bekannt. Dabei wird das abgewehrte Trauma auf die nächste Generation übertragen und kann dann in der zweiten oder dritten Generation zu einer schweren psychischen Erkrankung führen (Henningsen, 2000).

Tabelle 9.2. Mögliche Übertragungen und Gegenübertragungen bei PTBS mit vorwiegend in der Latenz gehaltenen Intrusionen

das Trauma in der Latenz (Symptome)	Gegenübertragungsgefühl	Gegenübertragungsreaktion
Somatisierungen	„(pseudo)normales Gefühl“	Empathiestörung, Distanzierung
hohe Anpassungsleistungen	Leere, Bewunderung	Verleugnung von Krankheit
partielle Denkstörungen	Verunsicherung	Verleugnung

partielle Dissoziationen	Verunsicherung	Substitution oder Verleugnung
Affektarmut	Depression, Leere	Überidentifikation, Distanzierung
Symbolisierungsstörungen	Leere	leichte Denkstörung, Mitagieren
Vermeidungsverhalten	Angst (eigenes Trauma?)	Vermeidungsverhalten
Allgemeine Lebens einschränkung	Druck	Bevormundung, Vernachlässigung
neurotisches Funktionsniveau außerhalb des Traumabereichs	wie bei anderen Patienten	wie bei anderen Patienten

Der traumatisierte als Symptomträger für die Familie

Bei den Flüchtlingsfamilien ist folgende Struktur häufig anzutreffen: Ein Familienmitglied – meist ein Elternteil – leidet unter dem Vollbild eines PTBS, die anderen Mitglieder sind rund um die Uhr damit befasst, den Traumatisierten zu betreuen; dabei können diese Familienmitglieder auf dem Wege der projektiven Identifizierung ihr eigenes Leid in den schwer Kranken projizieren. Bei der Pflege des Patienten wehren sie zugleich ihre eigenen Ängste ab. Der PTBS-Kranke hat dann die Rolle des Symptomträgers für die gesamte Familie. Aus diesem Grunde ist es wichtig, familiendynamische Überlegungen in die Diagnostik und Therapie dieser Patienten mit einzubeziehen.

Abspaltung und Einkapselungsprozesse bei Flüchtlingskindern

Der Prozess der Abspaltung oder Einkapselung ist oft bei den Kindern der Flüchtlinge zu beobachten: Sie haben in der Regel dasselbe erlebt wie die Eltern, spüren die Panik und Hilflosigkeit der Situationen nicht nur direkt, sondern auch über die Eltern, mit denen sie sich identifizieren. Über die gemeinsamen traumatischen Erfahrungen kann gewöhnlich nicht gesprochen werden. Die Bindung an die Eltern mobilisiert in ihnen viele

Abwehr- und Anpassungsleistungen, die dazu beitragen, das aktuelle Leben in Deutschland zu bewältigen. Die Kinder sprechen häufig fehlerfreies Deutsch, bringen es zu hervorragenden Leistungen in der Schule, sie fungieren als Hilfs-Ich für die Eltern, wenn sie bei diversen Behördengängen und Arztbesuchen für die Eltern als Übersetzer tätig sind. Diese Kinder funktionieren für manch einen Lehrer sehr gut, stören auch nicht den Unterricht, sie sind aber in Wahrheit völlig überfordert, denn ihr eigenes Trauma wird in der Latenz gehalten. Wir beobachten Entwicklungsprozesse, deren Resultate wir aus den Schilderungen der Leiden der zweiten und dritten Generation von extrem traumatisierten Menschen kennen, hier nimmt die Holocaustforschung eine prominente Rolle ein (Kogan, 1990, 1995).

9.3 Der Umgang mit der eigenen Trauma-History

Traumatisierte Flüchtlinge lassen Schuldgefühle wach werden

Der mit traumatisierten Menschen befasste Therapeut oder Diagnostiker sollte seine eigene Trauma-History bearbeitet haben (Fischer & Riedesser, 1998). Die traumatisierten Flüchtlinge sprechen uns in besonderer Weise an, denn die Berichte der durch den Krieg traumatisierten Menschen rufen in uns je nach Generation Bilder und Erinnerungen hervor, die wir selbst erlebt haben oder durch unsere Eltern auf dem Wege der transgenerationellen Identifizierung (Gampel, 1994; Kogan, 1990, 1995) je nach Familiengeschichte latent in uns tragen. – Bilder, über die vielleicht nie gesprochen wurde oder über die erhebliche Sprach- und Symbolisierungsschwierigkeiten bestehen. Bosnische Männer, die ihr Kriegselend darstellen, lassen uns an Väter und Großväter denken. Die Bilder der Wehrmachtsausstellung werden in uns lebendig; Vertriebene, Inhaftierte, Opfer ethnischer Säuberungen lassen uns an nationalsozialistisches Vorgehen gegen jüdische Mitbürger denken. Schuldgefühle werden in uns wach. Andere Berichte verbinden sich in unserem Vor- oder Unbewussten mit der Flucht oder Vertreibung aus den

ehemals deutschen Ostgebieten. Die manifeste Gewalttätigkeit bedingt psychotische Zustände, sowohl im Täter als auch im Opfer.

Unbewältigte kollektive Traumata müssen integriert werden

An anderer Stelle habe ich auf die berufsspezifischen Übertragungen außerhalb der Psychotraumatologie hingewiesen und gezeigt, wie Juristen, Verwaltungsbeamte und Behörden dazu neigen, sich durch bürokratische Regelungen vor den überwältigenden Gefühlen zu schützen. Sie werden den traumatisierten Menschen nicht gerecht und höhlen den Sinn der Erlasse der Innenminister aus (Henningsen, 2003 c). Strukturell scheint sich in Deutschland ein bürokratisches Hickhack zu wiederholen, das bei der Umsetzung des Bundesentschädigungsgesetzes zur Verleugnung bekannter Tatsachen führte und eine menschenwürdige Behandlung der Opfer verhinderte (Klein, 1984; Krystal, 1968; Nederland, 1971; Wanh, 1965, 1969; Pross, 2001). Es taucht die Frage auf, ob hier auf gesellschaftlicher Ebene ein abgespaltenes, unbewältigtes Trauma oder ein eingekapseltes psychotisches Introjekt berührt wird, das nicht in den psychischen Raum darf und deshalb ausgestoßen werden muss, ob also die juristischen und polizeidienstlichen Praktiken teilweise dieser Abwehr dienen (Henningsen, 1990; Laub & Weine, 1994). Gegenwärtig haben wir die Gelegenheit, mit unbewältigten Traumata, die sich im kollektiven Gedächtnis unserer Gesellschaft abgelagert haben, in Berührung zu kommen und vielleicht ein wenig Integrationsarbeit zu leisten (vgl. Henningsen, 2003 a, b, c).

9.4 Strukturierung der Gesprächssituation

Die Gesprächstechnik bewegt sich während der Untersuchung im Spannungsfeld zwischen gleichschwebender Aufmerksamkeit und Exploration. Der Untersucher hält sich offen, der Patient ist natürlich nicht zu freier Assoziation fähig und wird auch nicht dazu eigens aufgefordert, wie es von bei Analysanden üblich ist. Aber der Gutachter beo-

bachtet seine Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen und richtet die explorierenden Fragen danach aus. Die möglichen massiven Dissoziationen erfordern ein spezielles Containment, das einerseits den Patienten vor weiterer Dekompensation schützen soll und andererseits die Sicherheit des Settings wahren muss.

Der Situation des analytischen Erstinterviews vergleichbar, ist der Untersucher gefordert zu schauen, auf welchem Niveau der Patient gerade funktioniert, ob er regrediert oder abwehrt. Er muss seine Aktivitäten genau im Blick haben, damit er die Diagnose und Indikation festlegen kann. Die Schwere der Störung wie auch der Gutachtenauftrag erfordern eine Strukturierung des Gesprächs in folgenden Ablauf:

- (1) **Einleitungsphase:** Symptomatik, gegenwärtige Lebenssituation (Anerkennung der Dissoziationen)
- (2) **Biographische Erhebung:** prätraumatische Entwicklung
- (3) **Spezielle Trauma-Anamnese**
- (4) **Schlussphase:** Erläuterung der Diagnose und Beratung

Um eine gute Beziehung zu fördern, erscheint es sinnvoll, nach Darstellung der gegenwärtigen Lebenssituation mit dem Klienten über seine Lebensgeschichte *vor* der Traumatisierung zu sprechen. Wenn er zeigen kann, dass er vor dem Krieg ein anderes Leben geführt hat, so kann er dem Analytiker und dieser ihm vermitteln, dass es in seinem Lebensentwurf noch etwas anderes gibt, er kann zeigen, dass das, was ihm widerfahren ist, einen Einbruch darstellt und nicht zu seinem Lebensentwurf gehört. Unter Umständen kann er erkennen, welche Entwicklungen in ihm abgerissen sind, welche Identität er verloren hat. Und der Analytiker kann sich ein Bild über seine prätraumatische Persönlichkeitsstruktur machen. Dies ist einerseits für die Differentialdiagnostik nötig, andererseits können die Interventionen bei der später notwendigen Darstellung der Traumatisierungen besser auf den Klienten abgestimmt werden, wenn bekannt ist, wie der Patient frühere Krisen bewältigt hat und in welcher Lebenssituation er von dem Trauma ergriffen wurde. Der Patient gewinnt auf diese Weise ein wenig Vertrauen in die Situation, spürt, dass der Analytiker sich für ihn als ganze Person interessiert. Es wird eine Art von Arbeitsbündnis hergestellt, die es später leichter möglich macht, bei der Darstellung der Traumata nachzufragen oder Widersprüche aufzuklären.

9.5 Drei Fallbeispiele

9.5.1 Frau A.: Überspringen des Traumas

Die Dissoziationen werden häufig darin manifest, dass der Traumatisierte sein Zeitgefühl verloren hat. Er kann die Ereignisse nicht mehr in zeitlicher Abfolge schildern und springt in der Darstellung hin und her. Oft wird durch das Überspringen gerade das nicht genannt, was die Schwere des Traumas ausmacht. Gerade für den nicht geschulten Untersucher besteht die Gefahr, diese Abwehrbewegung mitzumachen. Die Traumatisierung wird dann angezweifelt, wie es durch das Landeseinwohneramt bei Frau A. geschah.

Frau A. wies alle Symptome von PTBS auf, in den Akten wurde auf verschiedene traumatisierende Erfahrungen hingewiesen, auch hatte sie viele Verwandte verloren. Trotzdem wurde das Gutachterverfahren eingeleitet. Mündlich war mir noch beiläufig mitgeteilt worden: „Sie ist aber nicht vergewaltigt worden.“ Frau A. war während der Gespräche kooperativ und offen. Auf meine Bitte in der dritten Sitzung, über die Kriegszeit zu sprechen, reagierte Frau A. mit knappen Worten und sagte: „Ja, dann brach der Krieg aus, und ich bin nach Berlin gegangen.“ Mimisch teilte sie mir mit, dass sie mit ihrem Bericht fertig war, bevor sie begonnen hatte. Für einen kurzen Moment spürte ich eine Erleichterung und zögerte. Ich atmete dann aber tief durch, um sie zu ermuntern, ihre Erlebnisse mitzuteilen. In meinem Inneren hatte sich ein Widerstand gemeldet, ein Gefühl, das mir in vielen Untersuchungssituationen mit traumatisierten Flüchtlingen begegnet. Was war geschehen? In der Gegenübertragung hatte ich mich der Versuchung ausgesetzt gefühlt, das Gespräch auf sich beruhen zu lassen, schließlich war sie in Berlin angekommen, wir könnten unsere Arbeit beenden. Was hatte sich unbewusst zwischen uns abgespielt?

Frau A. litt neben den Depressionen über den Verlust der Verwandten und ihrer Heimat unter massiven Scham- und Schuldgefühlen. In ihrem Heimatdorf waren alle bosnischen Häuser zerstört worden, die Frauen lebten mit den älteren Menschen und

den Kindern in den noch zugänglichen Kellern. Regelmäßig drangen die Serben in die Keller ein und vergewaltigten die Frauen, „nur mich nicht.“ – „Wissen Sie, warum Sie davor verschont geblieben sind?“ – „Der Anführer der Truppe ist in meine Schule gegangen. Wir sind zehn Jahre lang in derselben Klasse gewesen.“

In meinem Unbewussten war ich einer komplexen Übertragungsbeziehung ausgesetzt gewesen, die ich anfangs nicht annehmen wollte. Die Patientin, die Übersetzerin und ich standen in einer helfenden, solidarischen Beziehung zueinander, wir befanden uns quasi im Keller der zerstörten Häuser und hielten zusammen. Unbewusst hat sich Frau A. als Verräterin gefühlt, wenn sie die Schonung durch den früheren Freund annahm. Dieser Verrat wurde abgespalten und in mich projiziert. Außerdem war für sie die ursprünglich positive Bindung an einen Klassenkameraden zu einer perversen Beziehung geworden, die sie vor der Vergewaltigung bewahrte, als sei sie einen Pakt mit dem Teufel eingegangen. Diese destruktiven Introjektionen wurden abgespalten und in den psychosomatischen Symptomen und der Depression manifest. In dem Moment, als Frau A. ihr Leben verteidigen musste, für sich sprechen musste, um eine Aufenthaltsbefugnis in Berlin zu erhalten, wiederholte sich auch dieser Aspekt der Situation: Ich hätte sie beinahe mit möglicherweise retraumatisierenden Fragen verschont, zugleich wäre sie aber in ihrem Leid nicht erkannt, sondern durch Abschiebung bestraft worden. In der Übertragung bestand die Gefahr, dass ich die projizierte Destruktion nicht wahrnahm, mich unbewusst mit dem doppelten Verrat identifizierte und im Sinne einer projektiven Gegenübertragungsreaktion (Grinberg, 1991) handelte. Es ist durchaus denkbar, dass die Behörden mit dem Zweifel an ihrer Traumatisierung und der Bemerkung „Sie ist aber nicht vergewaltigt worden“ dieser projektiven Identifizierung erlegen waren.

9.5.2 Frau B.: Negative Gegenübertragung

Schon bevor Frau B. zum ersten Mal bei mir war, hatte ich von der behandelnden Therapeutin unaufgefordert eine Stellungnahme erhalten. Die Therapeutin, die die Patientin

seit Februar 2000 vierzehntäglich zu einer Stunde sieht, sorgte sich offenbar sehr, und ich fühlte mich bereits unter Druck gesetzt.

Frau B. ist eine gepflegt aussehende wohlproportionierte Frau. Zum Erstgespräch erschien sie in meinem Zimmer mit der Dolmetscherin an der Hand. Offenbar hatte vor meiner Haustür die Übergabe von der Einzelfallhelferin an die Dolmetscherin stattgefunden. Während der Gespräche musste Frau B. immer wieder weinen, sie zitterte am ganzen Körper. Es war ihr unmöglich, Dinge in zeitlichem Zusammenhang zu schildern. Sie beklagte sich darüber, zu mir zu müssen. Ihre Therapeutin wisse über alles Bescheid, bei ihr solle ich mir Auskunft holen. Sie war darüber erbost, dass mehrere Termine – insgesamt fünf – nötig waren, sie wollte nur, dass alles schnell vorbei gehe. Auf Fragen nach ihrer Tochter reagierte sie nur mit einer erneuten Beschreibung ihres Leides, demonstrierte mir auch ungefragt die Schweißabsonderungen unter ihren Achselhöhlen.

Frau B. rief in mir sehr schnell eine negative Gegenübertragung hervor, ich erlebte sie anspruchsvoll und infantil. So, wie sie nicht zwischen sich und der Tochter unterscheiden konnte, so war ich in der Gefahr, mich den destruktiven Intrusionen ausgeliefert zu fühlen, ich spürte in mir Impulse, sie zurechtzuweisen oder ihr zeigen zu wollen, dass die Dolmetscherin und ich doch wirklich unser Bestes zu geben versuchten. Meine Scham- und Schuldgefühle wurden mir deutlich. Interventionen, die notwendig waren, damit Frau B. überhaupt sprechen konnte, richtete ich dahingehend aus, dass ich ihr Leid benannte, die Erfahrungen in der zeitlichen Abfolge mit ihr zu ordnen versuchte. Ich bemühte mich, die dissoziativen Zustände und ihr Vermeidungsverhalten anzuerkennen. Verweise auf die Realität wurden von ihr mit einem Vorwurf an mich oder erneuten Klagen über ihre körperlichen Beschwerden und Ängste quittiert. Ich sagte ihr dann: „Ich weiß, dass Sie über Ihr Leid kaum sprechen können, und Sie sind jetzt in der schwierigen Situation, für sich sprechen zu müssen. Dabei möchte ich Ihnen gerne helfen.“

Frau B. leide unter schweren Ängsten, Alpträumen und Flashbacks, oft schreie sie nachts. „Ich mach die Augen zu, und dann kommen alle Kriegsbilder.“ Depressionen, Schweißausbrüche, Kopf-, Rücken- und Magenbeschwerden sind ihre ständigen Begleiter. Wegen Blutdruckschwankungen könne sie manchmal keine Treppen steigen. Bei gastrokopischen Untersuchungen wurden zehn Magengeschwüre festgestellt. Dar-

über hinaus klagte Frau B. noch über Atem- und Herzbeschwerden. Das Gedächtnis war erheblich beeinträchtigt. „Ich habe eine Blockade im Kopf.“ Sie könne sich nicht konzentrieren und leide unter Affektdurchbrüchen. „Mein Gehirn steht einfach. Vor kurzem hat meine Tochter auf der Straße mir nicht gleich geantwortet, da habe ich sie angebrüllt. Ich kann das nicht kontrollieren.“ Sie breitete vor mir eine große Plastiktüte mit Medikamenten aus, darunter diverse Psychopharmaka.

Frau B. lebte mit ihrer zehnjährigen Tochter in einer Zweizimmerwohnung. Die Tochter ging in die 4. Klasse. Frau B. konnte nicht sagen, wie die Schule heißt. Die Tochter besuchte den Hort. Frau B. konnte zwar für das Kind kochen und mit ihm essen, wenn sie allein war, konnte sie sich aber kein Essen zubereiten. Eine Einzelfallhelferin betreute Frau B. acht Stunden pro Woche und begleitete sie zum Arzt, zum Sozialamt etc., denn Frau B. konnte nicht allein mit der U-Bahn fahren.

Frau B. lebte seit zehn Jahren in Berlin und hatte immer eine Sechs-Monats-Duldung im Anschluss an die vorherige bekommen, diese Ungewissheit hatte sie sehr belastet.

Aus ihrer *Biographie* sei lediglich erwähnt, dass sie als das jüngste von drei Kindern (Bruder 1949 geb.; Schwester 1954 geb.) 1958 in Kroatien geboren wurde. Ihr Vater sei an einem Hirntumor gestorben, als sie fünf Monate alt war. Unter dem frühen Tod des Vaters habe sie aber nicht gelitten, denn sie blicke auf eine sehr schöne Kindheit zurück (Einkapselung des frühen Traumas?). Sie habe die Fröhlichkeit des Vaters „geerbt“ und die Mutter viel getröstet. Als Verwaltungsangestellte heiratete sie im Alter von zwanzig Jahren ihren serbischen Mann. Sie ist katholisch, aber nicht religiös, weshalb der Mischehe wenig Bedeutung beigemessen wurde. Die Beziehung blieb zehn Jahre kinderlos, anfangs haben die Eheleute kein Kind gewollt, später hatten sich Schwierigkeiten eingestellt. Es kam dann spontan zur Schwangerschaft, „im Krieg, wir hatten zu dem Zeitpunkt bestimmt kein Kind gewollt.“

Die spezielle Trauma-Anamnese sei ausführlicher dargestellt: Mit Ausbruch des Krieges stellten sich bei Frau B. ihren Angabe zufolge erste Anzeichen einer Angstsymptomatik ein. Einer nach dem anderen habe seine Arbeit verloren, ihr Mann und sie seien in ständiger Gefahr gewesen, hätten sich permanent verstecken müssen und fühlten sich von beiden ethnischen Gruppierungen bedroht. Während ihr Mann eingezogen

wurde, um Schützengräben auszuheben, sei sie ständig besorgt gewesen, denn der Hass auf Menschen, die in Mischehen lebten, sei unberechenbar gewesen.

Den größten Schock habe sie jedoch erlitten, als eines Abends ca. zehn Männer in ihr Haus eindrangen, in dem sie sich allein befand. Bei vorgehaltenem Gewehr sei sie gezwungen worden, Nachbarinnen in ihr Haus zu holen. Die Männer seien nicht eindeutig als Soldaten zu erkennen gewesen, auch konnte Frau B. sie nicht einer bestimmten Ethnie zuordnen. Sie hätten gegrölt, Alkohol getrunken und die Frauen gezwungen, sich auszuziehen. Sie hätten daraufhin nackt vor ihnen tanzen müssen. Frau B. habe mehrfach um Rücksicht gebeten, denn sie sei unübersehbar im sechsten Monat schwanger gewesen. Dies habe die Männer nicht interessiert, sie habe ihren Befehlen gehorchen müssen, wie die anderen Frauen, vier Kroatinnen und eine Serbin, auch. Das Treiben habe die ganze Nacht gedauert. Frau B. habe gehört, wie die anderen Frauen schrien. Die Schreie und ihre eigenen Erinnerungen an den Anblick der Männer suchen sie noch heute in Flashbacks heim. Bei genauerer Exploration habe ich den Eindruck gewonnen, dass Frau B. – selbst unter Schock – nicht alle Vorfälle genau beobachtet hat. Es ist aber zu vermuten, dass die anderen Frauen vergewaltigt worden sind. Ihr sei mehrfach in Anspielung auf Ihre Mischehe vorgeworfen worden: „Du hast ja einen Tschetnik im Bauch.“ Am Morgen hätten „echte Soldaten“ die Frauen befreit. „Ich weiß nicht mehr, wer wer war, Sarajewo war total gemischt.“ Frau B. habe ihrem Mann später von diesem traumatischen Ereignis berichtet, obwohl sie große Angst hatte, es zu erzählen. Ihr Mann habe das aber nicht richtig wahrnehmen können, er sei selbst völlig verängstigt gewesen und habe „immer nur auf einen Punkt geguckt“.

Ohne ärztliche Hilfe gebar sie unter dramatischen Umständen ihre Tochter. Ihr hätten die Beine gezittert. Frau B. habe nichts denken können, alles sei unhygienisch gewesen. Sie habe für das Kind kein Gefühl entwickeln, es weder streicheln noch stillen können. Panik und Angst sei der dominierende Eindruck gewesen.

Nach der Geburt des Kindes seien sie nach Deutschland geflohen. Sie gerieten mehrfach unter Granatenbeschuss, fanden ein Versteck bei Freunden, zogen durch Wälder, schließlich seien sie von einem LKW aufgenommen worden. Dieser fuhr sie gegen Bezahlung auf Schleichwegen nach Österreich. „Ich weiß nicht wo, die Kleine hat geweint, und ich hatte keine Milch“ ... „Ich war anfangs so stark, wollte das alles organi-

sieren, aber zum Schluss ging es nicht.“ Von Österreich aus sei die Familie dann mit einem Bus nach Berlin gefahren, weil in Berlin Freunde lebten.

In Berlin angekommen, erhielten sie und ihre Familie ein Zimmer in einer Wohnung, die sie mit einer anderen Familie teilten. Nachdem sich alles ein wenig entspannt hatte, wurden Herr B. und die Tochter ernsthaft krank. Herr B. habe schon seit geraumer Zeit unter Schmerzen in den Beinen gelitten, die auf die schwere Arbeit beim Ausgraben der Schützengräben zurückgeführt wurde. Seine Symptomatik verschlimmerte sich massiv, es wurde Knochenkrebs festgestellt.

Bald darauf waren die Essstörungen der kleinen Tochter (ca. anderthalb Jahre alt) so massiv und von Erbrechen begleitet, dass die Mutter mit dem untergewichtigen Kind ebenfalls ins Krankenhaus eingeliefert werden musste.

Frau B. war völlig überfordert: „Mir war alles egal.“ ... „Ich wollte nur noch sterben, ich konnte wirklich nicht mehr.“ Nach der Entlassung habe Frau B. in dem Zimmer, in dem sie lebten, ihren Mann anderthalb Jahre lang bis zu seinem Tode gepflegt. Die Tochter schlief in demselben Raum. Frau B. habe sich eingeschlossen, Tabletten geschluckt und alles mechanisch gemacht. Einmal sei ihr der Strom abgeschaltet worden, der Arzt habe ihren Mann mit der Taschenlampe untersuchen müssen. „Ich konnte darüber nicht nachdenken.“ ... „Mir zittern seitdem die Hände, ich wog nur noch 45 kg.“ Sie habe in der Zeit kein Respekt mehr für Ärzte gehabt, die Geduld verloren, das Kind einfach ins Bett „gestoßen“. Ihr Mann sei auf Wunsch seiner Eltern in seiner Heimat beerdigt worden, das habe das Sozialamt organisiert. Frau B. habe nicht an der Beerdigung teilgenommen. Sie würde gerne einmal mit ihrer Tochter das Grab besuchen und dort Rosen niederlegen.

Vanessa sei früh (vor dem zweiten Lebensjahr) in den Kindergarten gekommen, das habe sie gerettet, denn dadurch sei sie tagsüber einmal aus der den Tod verheißenden Atmosphäre herausgekommen. Eine Sozialarbeiterin habe gesagt: „Das Kind muss aus dieser Situation heraus.“ Im Kindergarten sei sie die Kleinste gewesen, habe kaum gegessen. Die Tochter habe nicht erlebt, dass sie von ihrer Mutter geliebt wird. Frau B. habe ihr Kind nicht streicheln können oder mit ihr gekuschelt. Vanessa geht heute in die vierte Klasse, sie sei auffallend ordentlich und bringe nur Einser und Zweier nach Hause. Das Lesen und Schreiben der serbokroatischen Sprache habe sie sich praktisch selbst

beigebracht, nachdem Frau B. ihr die wichtigsten Schriftzeichen einmal erklärt hat. Niemand merke, dass sie keine Deutsche ist.

Wenn Frau B. in einen – vermutlich durch Flashbacks entstandenen – dissoziativen Abwesenheitszustand fällt und nur „auf einen Punkt starrt“, wecke Vanessa die Mutter auf, indem sie sie mit „hallo Mama“ anspreche und gleichzeitig mit den Händen vor dem ins Leere starrenden Blick hin- und herwinke. Klage die Mutter über Schmerzen, entscheide Vanessa: „Mama komm, wir gehen jetzt zum Arzt.“ Beim Arzt fungiere sie dann als Übersetzerin, wenn die Einzelfallhelferin nicht zugegen ist. Frau B. teile sich mit ihrer Tochter ein 1,60 m breites Bett, das sie vom Sozialamt erhalten hat. Die nächtlichen Schreie der Mutter weckten die Tochter regelmäßig. Die Tochter versuche dann, die Mutter zu beruhigen. „Sie versteht, wenn ich nicht mehr kann.“... „Heute früh hat sie gesagt, ich soll mich nicht ärgern, weil ich heute wieder den Termin bei Ihnen habe, und dann hat sie mich gestreichelt.“

Ich entwickelte gegenüber Frau B. sehr schnell eine negative Gegenübertragung, die ich immer wieder kontrollieren musste. Bereits die Briefe der Therapeutin, die sie ankündigten, wie auch die Dolmetscherin, die sie zur ersten Stunde an der Hand führte, sowie ihr immer wiederkehrender Hinweis, ich solle sie in Ruhe lassen und ihre Therapeutin nach ihren Erlebnissen befragen, riefen in mir Ungeduld, Scham- und Schuldgefühle hervor. Ich stellte meine Arbeit in Frage, dachte: Was machst du hier eigentlich? Dass diese Frau den Respekt vor Ärzten und Behörden verloren hatte, konnte ich gut nachvollziehen, ich musste mir aber auch eingestehen, dass ich mich als Gutachterin in einer Machtposition befand, der sich die Patientin ausgeliefert fühlte. Ich hatte den Eindruck, dass die Therapeutin, die in einer öffentlichen Einrichtung tätig ist und diese Patientin nur alle vierzehn Tage sehen konnte, völlig überfordert sein musste und wahrscheinlich in Überidentifikation mit dem entsetzlichen Leid und aus Schuldgefühlen wegen ihres eigenen begrenzten Handlungsspielraums Angst hatte, der Patientin in abgegrenzter Form gegenüberzutreten. Die Einzelfallhelferin sollte im alltäglichen Leben konkrete Hilfe bieten. Die Dolmetscherin übernahm in der Eingangsszene unbewusst sofort die Rolle der Tochter, führte die Patientin an der Hand – genauso wie die Tochter die Mutter zum Arzt bringt. Am Ende der ersten Sitzung entschied ich mich, für die Einhaltung der Rollen zu sorgen, ich wollte gewissermaßen ein Minimum an Ordnung aufrechterhalten: Ich bat die Patientin nach der ersten Sitzung, allein die Treppe

herunterzugehen, ich gab ihr einen festen Händedruck und fügte hinzu: „Sie können das, Ihre Einzelfallhelferin wartet draußen auf Sie.“ Es war problemlos möglich. Ich hatte den Eindruck, das Setting der Untersuchung verteidigen zu müssen: Wenn die Dolmetscherin in einer solchen Weise in die unbewussten Übertragungen der Patientin einbezogen wird und mitagiert, könnte ihre Neutralität als Übersetzerin gefährdet sein.

Als ich erfuhr, wie sehr Frau B. ihre Tochter als schützendes Elternobjekt benötigt und wie wenig sie in der Lage ist, ihr Wärme zu geben, spürte ich in mir Wut. Ich war in der Gefahr, mich mit der Tochter zu identifizieren und das Unglück der Mutter aus dem Auge zu verlieren. Ich musste mir klar machen, dass Frau B. nicht anders konnte.

Im abschließenden Beratungsgespräch fragte mich Frau B., ob sie denn jemals wieder so fröhlich werden könne, wie sie früher war. Ich antwortete ihr, so wie früher könne ihr Leben gewiss nicht mehr werden, denn die Dinge, die geschehen sind, seien unwiederbringlich geschehen. Es sei sicherlich notwendig, dass sie ihr Leid anerkennen lerne, hierzu benötige sie die weitere Hilfe ihrer Therapeutin und sie benötige dazu Zeit und sehr viel Geduld. Sie müsse das in kleinen Schritten versuchen.

Wir kamen nochmals auf die Schlafsituation zu sprechen. Frau B. verteidigte das jetzige Arrangement mit den Worten: „Ich möchte aber dem Sozialamt nicht zur Last fallen.“ Ich antwortete ihr: „Ich bin mir nicht sicher, ob das der wahre Grund ist. Ihre Tochter hilft Ihnen sehr, beruhigt sie in der Nacht. Es ist, als ob Sie das Kind wären und ihre Tochter die Mutter wäre. Ich glaube, Sie müssen lernen, sich selbst eine gute Mutter zu sein.“ Frau B. entschloss sich im Anschluss an die Untersuchung sofort mit der Einzelfallhelferin zum Sozialamt zu gehen und darum zu bitten, dass das Bett in zwei kleinere getauscht würde, damit sie und ihre Tochter in getrennten Räumen schlafen könnten. Sie bedankte sich im Anschluss daran mehrfach für die Gespräche bei mir, was mich sehr überraschte, weil sie doch eigentlich den Untersuchungsprozess als eine permanente Quälerei erlebt hatte. Offenbar hatte es Frau B. gut getan, dass ich ihren regressiven Bestrebungen standhielt. Es war dadurch eine Möglichkeit geschaffen, dass sie ihre Traumatisierungen und die damit verbundenen Dissoziationen anerkennen konnte und sich ein wenig in Abgrenzung zu ihrer Tochter sehen konnte.

Eine analytische Psychotherapie ist bei Frau B. sicherlich indiziert, die Interventionen meinerseits können als Erfolg versprechende Probedeutungen aufgefasst werden,

dabei sollte aber ein Setting mit zwei Wochenstunden gewählt werden. Ich habe in diesem Sinne mit der behandelnden Therapeutin gesprochen.

9.5.3 Frau C.: Hilfreiches Containment

Ein wesentlicher therapeutischer Effekt besteht in der Haltung, die während des Prozesses der Dokumentation eingenommen wird. Der Flüchtling erfährt, wie sich der Gutachter in ihn einfühlt, um mit ihm die realen Erfahrungen niederzuschreiben. Der Gutachter wird Zeuge der zerrissenen Innenwelt des Patienten, das notwendige Containment kann dabei hilfreich sein, wie es sich bei Frau C. herausstellte.

Frau C. – eine sehr einfache, übergewichtige Frau – wies das Vollbild einer PTBS auf. Frau C. entgegnete meine Begrüßung zu Beginn mit Wut und schroffer Abwehr: „Mir kann niemand helfen. Da gibt es gar nichts.“ Der starke Nikotingeruch, den sie verbreitete, zeigte, dass sie ihre enormen Spannungen durch Rauchen zu reduzieren versuchte. Weil sie bei mir nicht rauchen konnte, zerbröselte sie während der ersten Sitzung mehrere Tempotaschentücher, zu den folgenden Stunden hatte sie sich mit einer Leinentasche versorgt, die sie zwischen den Händen knetete. Sie war während der Flucht mit ihren Kindern psychotisch geworden. Sie hatte sich und ihre Kinder mehrfach in Gefahr gebracht, war ein- und wieder ausgeist, hatte Papiere vernichtet und sich in viele Widersprüche verstrickt, die dem Landeseinwohneramt Anlass zu Misstrauen gaben. Es waren neun Sitzungen nötig, um die verschiedenen Stationen ihres Fluchtweges aufzuklären und ihre prätraumatische Persönlichkeitsentwicklung zu erfassen. In der siebten Stunde sagte sie zu mir: „Ich kenne alle Höllen“, nach einer Pause fügte sie hinzu „Wir haben früher in der Schule einmal etwas gelesen, wo ein Mensch ganz viele Höllen durchwandert, ich kenne die alle.“ In mir tauchten sofort Botticellis Bilder (2000) zu Dantes Göttlicher Komödie (1921) auf, gleichzeitig dachte ich an Primo Levi (1958), der in seiner Autobiographie schildert, wie er sich durch die Erinnerung an die auswendig gelernten Verse von Dantes Inferno am Leben erhielt. Ich fragte Frau C.: „Sprechen Sie von Dantes Inferno?“ – „Ich weiß nicht mehr, wie das heißt. Ich

kann mich aber an den Text erinnern.“ Die Dolmetscherin – sie ist Muttersprachlerin – gab zu verstehen, dass Dantes Inferno zum Schulkanon gehört hatte. Ich war sehr bewegt und sagte Frau C.: „Es stimmt, Sie sind durch viele Höllen gegangen, jetzt aber sind Sie bei mir, wir versuchen alles noch einmal anzuschauen, und das ist sehr quälend. Aber Dante ging nicht allein durch diese Höllen, er wurde begleitet von Vergil, und hier bin ich bei Ihnen. Sie sind jetzt nicht allein. Ich glaube, Sie schaffen sich mit dieser Erinnerung ein Bild, das Ihnen helfen kann. In Begleitung eines Menschen kann man eher die Höllen betrachten, bei Dante gibt es auch eine Erlösung, die es so vielleicht nicht für Sie gibt, aber Erleichterung, wenn Sie z.B. eine Psychotherapie machen könnten.“ Im Anschluss daran erkundigte sich Frau C. nach einer Therapiemöglichkeit für sich.

9.6 Literatur

Bion, W. R. (1984). *Learning from Experience*. London (Maresfield Library)

Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche*, 9/10, 797 – 839

Botticelli, S. (2000). Sandro Botticelli. Der Bilderzyklus zu Dantes Göttlicher Komödie. Staatliche Museen Berlin (Hrsg.). *Ausstellungskatalog*, Berlin.

Dante, Alighieri (1921). *Dantes göttliche Komödie*. Stuttgart, Berlin: Cotta.

Fischer, G. & P. Riedesser (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt

Freud, S. (1923a). Das Ich und das Es. *Gesammelte Werke*, Band 13.

Freud, S. (1923b). „Psychoanalyse“ und „Libidotheorie“. *Die Psychoanalyse als Deutungskunst*. *Gesammelte Werke* Band 13, S.215

Freud, S. (1940e). Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. *Gesammelte Werke* Band 17, S. 57-62

Gampel, Y. (1994). Identifizierung, Identität und Generationsübergreifende Transmission. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis, 9, 301-319.

Gerzi, S. (2002). Integration Holes Into the Whole. To Live the Absence in the Memories of Patients Who Were Children During the Holocaust. In S. Varvin, & T. Stajner Ppopovic (Hrsg.), Upheaval: Psychoanalytical Perspectives on Trauma (S.101-132). Belgrade: International Aid Network.

Gierlichs, H.W., Haenel, F. Henningsen, F., Schaeffer, E., Spranger, H., Wenk-Ansohn, M. & Wirtgen, W. (2000a). Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Fragen). Online: [www. dgpt.de/news/news.html](http://www.dgpt.de/news/news.html)

Gierlichs, H.W., Haenel, F. Henningsen, F., Schaeffer, E., Spranger, H., Wenk-Ansohn, M. & Wirtgen, W. (2002b). Wissen über Trauma mangelhaft. Deutsches Ärzteblatt, 99, 33, 2148-2149.

Greenacre, Ph. (1967). The Influence of Infantile Trauma on Genetic Patterns. In Ph. Greenacre (Hrsg.), Emotional Growth. Band I (S. 260-299). New York: I. U. P.

Grinberg, L. (1991). Gegenübertragung und projektive Gegenidentifizierung bei non-verbaler Kommunikation. EPF-Bulletin, 36, 14-29.

Grubrich-Simitis, I. (1979). Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma. Psyche, 33, 991-1023.

Henningsen, F. (1990). Psychisches Trauma und psychische Realität. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis Theorie und Praxis, 5, 204-227.

Henningsen, F. (2000a). Konkretistische Fusion und Kreativität. Zur Psychoanalyse eines jungen Wissenschaftlers. Unveröffentlichtes Manuskript.

Henningsen, F. (2000b). Destruktion und Schuld. Spaltungen und Reintegrationsprozesse in der Analyse eines traumatisierten Patienten. Psyche, 54, 9/10, 974-1001.

Henningsen, F. (2002). Konkretistische Fusion, Agieren und Symbolisieren. Zum psychoanalytischen Prozeß bei schwer traumatisierten Patienten. In Lahme-Gonostaj (Hrsg.), Symbolisierung und ihre Störungen (S. 215-232). Herbsttagung 2002 Deutsche Psychoanalytische Vereinigung. Bad Homburg.

Henningsen, F. (2003a). Traumatisierte Flüchtlinge und der Prozess der Begutachtung. Psychoanalytische Perspektiven. *Psyche*, 57, 2, 97-120.

Henningsen, F. (2003b). Individuelle und kollektive Übertragungsprozesse bei der Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Vortrag Freie Universität Berlin.

Henningsen, F. (2003c). Was kann man aus der Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge für die Behandlung lernen? Vortrag zur Eröffnung einer psychotherapeutischen Abteilung der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Bergisch-Gladbach.

Keilson, H. (1979). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Enke.

Kogan, I. (1990). Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von Holocaust-Überlebenden. *Psyche* 44, 533-544.

Kogan, I. (1995). Der stumme Schrei der Kinder. Die zweite Generation der Holocaust-Opfer. Frankfurt/M: Fischer

Klein, H. (1984). Wiedergutmachung – Ein Akt der Retraumatisierung. In Evangelische Akademie. Bad Boll: Protokolldienst, 14.

Krystal, H. (Hrsg) (1968). Massive Psychic Trauma. New York: I.U.P.

Laub, D. & Weine, S. M. (1994). Psychotherapeutische Arbeit mit bosnischen Flüchtlingen. *Psyche*, 48, 1101-1122.

Levi, P. (1958). Ist das ein Mensch? München: dtv.

Niederland, W. G. (1980). Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom. Seelenmord. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Olinier, M.M. (1996). Äußere Realität. Die schwer fassbare Dimension der Psychoanalyse. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 37, 9-40.

Pross, C. (2001). Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg der Opfer. Berlin: Philo.

Varvin, S. (2000). Die gegenwärtige Vergangenheit. Extreme Traumatisierung und Psychotherapie. *Psyche* 9/10 (54), 895-930.

Wangh, M. (1965). Verfolgungsgeschädigte vor deutschen Gutachtern. *Psyche*, 25, 716-719.

Wangh, M. (1969). Die Beurteilung von Wiedergutmachungsansprüchen der als Kleinkinder Verfolgten. In Herberg, H. J. (Hrsg.), II. Internationales Juristisches Symposium in Düsseldorf: Extremlastungen (S. 270 ff).

10 Burnout und stellvertretende Traumatisierung

Christian Pross

10.1 Was ist Burnout, was ist stellvertretende Traumatisierung?	211
10.2 Ursachen für Burnout.....	214
10.3 Ursachen für stellvertretende Traumatisierung	215
10.4 Zwei Fallbeispiele	217
10.4.1 Burnout bei Gutachter für KZ-Überlebende	217
10.4.2 Stellvertretende Traumatisierung bei Gutachterin für traumatisierte Flüchtlinge	218
10.5 Gesellschaftliche Aspekte	220
10.6 Die Überfrachtung der Rolle des Gutachters im aufenthaltsrechtlichen Verfahren	222
10.7 Prophylaxe gegen Burnout und stellvertretende Traumatisierung	224
10.8 Literatur.....	226

10.1 Was ist Burnout, was ist stellvertretende Traumatisierung?

Symptome für Burnout

Als Burnout Symptome gelten: Apathie, Gefühle der Hoffnungslosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, Desillusionierung, Schwermütigkeit, Vergesslichkeit, Reizbarkeit, das Erleben der Arbeit als eine bleischwere Last (Lansen, 1996), eine entfremdete, unpersönliche, nicht fürsorgliche und zynische Haltung zu Klienten, eine Neigung zu Selbstankla-

gen verbunden mit einem Gefühl des Scheiterns (Fineman & Maslach nach Hawkins & Shohet, 2000).

In medizinischen Einrichtungen können die oben genannten Burnout-Symptome hinlänglich beobachtet werden. Wer hat nicht schon einmal selbst als Patient oder als begleitender Angehöriger in einer Arztpraxis oder im Krankenhaus erlebt, wie unpersönlich und mit welcher Gleichgültigkeit man zuweilen dort abgefertigt wird, in welchem unsensiblen und zynischen Ton über Leid und Krankheit gesprochen wird! Ein angehender junger Arzt dokumentierte vor einigen Jahren die Gespräche von Chirurgen und OP-Schwestern bei Operationen in britischen Krankenhäusern und kam zu dem erschütternden Ergebnis, dass dort Menschenverachtung und Obszönität vorherrschen. Jenseits der Empörung darüber stellt sich die Frage, wie dieses Verhalten zu erklären ist. Ein gewisses Maß an Berufszynismus dient offenbar der Entlastung sowie der Stressabfuhr und hilft, das geballte Elend und Leid, mit dem man im medizinischen Alltag konfrontiert wird, zu verkraften. Die Grenze liegt dort, wo der Zynismus in Verrohung und Menschenverachtung umschlägt, die Sorgfalt beeinträchtigt und die Patienten schädigt. Helfen hat nicht nur eine noble, karitative, sondern auch eine aggressive Seite, wie im Weiteren noch näher ausgeführt wird.

ÜBERSICHT

Symptome für Burnout

- ▶ Apathie
- ▶ Gefühle der Hoffnungslosigkeit
- ▶ schnelle Ermüdbarkeit
- ▶ Desillusionierung
- ▶ Schwermütigkeit
- ▶ Vergesslichkeit
- ▶ Reizbarkeit
- ▶ das Erleben der Arbeit als eine bleischwere Last (Lansen, 1996)
- ▶ eine entfremdete, unpersönliche, nicht fürsorgliche und zynische Haltung gegenüber Klienten
- ▶ eine Neigung zur Selbstanklage verbunden mit einem Gefühl des Scheiterns (Fineman et al. nach Hawkins & Shohet, 2000).

Symptome für stellvertretende Traumatisierung

Johan Lansen hat darauf hingewiesen, dass die Betroffenheit bei Helfern, die mit Folterüberlebenden arbeiten, weit über die üblichen Burnout-Symptome hinausgeht. Neben Burnout können die Helfer die gleichen Symptome einer PTBS entwickeln mit Schlafstörungen und Alpträumen von wie ihre Klienten. In der Folge fühlt man sich sehr verletzbar. Es können auch Ängste auftreten, wobei wenig bedeutsame Alltagsereignisse plötzlich als bedrohlich erlebt werden. Ebenso kann es zu einem wachsenden Gefühl der Entfremdung kommen mit Rückzug und Isolierung. Man fühlt sich von Freunden und Angehörigen nicht mehr verstanden und verliert die Zuversicht, dass in dieser Welt noch etwas Gutes möglich ist, zu Hause ist man still und zurückhaltend, kann sein vorheriges Gefühl von Sicherheit nicht zurückgewinnen, man ist von der Menschheit desillusioniert. Diese Erscheinungen werden als stellvertretende Traumatisierung des Helfers bezeichnet (englisch ‚vicarious traumatization‘; Mc Cann & Pearlman, 1990; Lansen, 1996).

ÜBERSICHT

Symptome für stellvertretende Traumatisierung

- ▶ Schlafstörungen und Alpträume
- ▶ Ängste
- ▶ Erleben von Alltagsereignissen als bedrohlich
- ▶ wachsendes Entfremdungsgefühl verbunden mit Rückzug und Isolierung
- ▶ Gefühl des Unverstandenseins
- ▶ Verlust der zuversichtlichen Haltung
- ▶ Introversion
- ▶ Verlust des Sicherheitsgefühls
- ▶ Desillusionierung

(Mc Cann & Pearlman, 1990; Lansen, 1996)

10.2 Ursachen für Burnout

Ein weitergehendes Verständnis der Ursachen für Burnout ermöglichen die Studien von Hawkins und Shohet, Rioch et al. sowie Guggenbühl-Craig über die Helferpersönlichkeit (Hawkins & Shohet, 2000). Die Autoren postulieren, dass kein Mensch aus rein selbstlosen Motiven handelt und den Helferberuf ergreift. Die Studien zeigen, dass es die Schattenseiten der Persönlichkeit sind, die, wenn sie ausgeblendet und unbearbeitet bleiben, zu frühzeitigem Burnout führen.

Versteckte Machtgelüste. Zu diesen Schattenseiten gehören nach Ansicht der Autoren die versteckten Machtgelüste des Helfers, als „Gesunder“ über dem „kranken, hilflosen“ Klienten zu stehen. Die Macht über den Klienten dient dem Helfer dazu, eigene Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht zu verdecken und abzuwehren. So versucht z.B. ein Helfer, seine Furcht vor dem Gefühl eigener Ohnmacht zu bewältigen, indem er hektische Aktivitäten für seinen Klienten entfaltet, stellvertretend für ihn mit Behörden kämpft und ihn in seiner Rolle des omnipotenten Retters praktisch entmündigt. Die aufopfernde Fürsorge für einen Krebspatienten kann der Abwehr der Angst vor dem eigenen Tod dienen. Ein Helfer, der sich zu viele Klienten auflädt, unter der zu großen Arbeitslast stöhnt und selbst keine Angebote an kollegialer Unterstützung und Entlastung annimmt, versucht – nach Hawkins und Shohet – durch die suchthartige Überaktivität die eigene Bedürftigkeit abzuwehren.

Gier nach Ruhm und Ehre. Als weitere Schattenseite des „selbstlosen“ Helfers offenbaren die Studien die narzisstische Gier nach Ruhm und Ehre, nach Vergötterung seitens der dankbaren Klienten.

Kontrolle eigener Aggressionen. Ein letzter besonders tabuisierter Aspekt ist – so Hawkins und Shohet – die eigene gewalttätige Seite. Ein Helfer, der sich der Betreuung von gewalttätigen Psychotikern, Selbstmördern und Suchtkranken verschrieben hat, tut das möglicherweise, weil er aus einer unbewussten Motivation heraus mit Hilfe seiner Patienten seine Schattenseite auslebt und unter Kontrolle hält: seine versteckten mörderischen Impulse, seine paranoiden Ängste, seine Zerrissenheit und Verzweiflung.

10.3 Ursachen für stellvertretende Traumatisierung

Emotionale Ansteckung. Es gibt bisher nur wenige Untersuchungen stellvertretende Traumatisierung bei Helfern von Opfern extremer Gewalt. McCann und Pearlman, Urheber des Begriffes „vicarious traumatization“, vertreten das „Ansteckungsmodell“. Die Autoren postulieren, dass die quälenden überschwemmenden Erinnerungen der Patienten, ihre Alpträume, Ängste, ihre Verzweiflung und ihr Misstrauen ansteckend auf die Therapeuten wirken. (McCann & Pearlman, 1990) Danieli und Miller vertreten ähnliche Modelle im Sinne eines „infektiösen Traumas“ bzw. einer „emotionalen Ansteckung“ (nach Bustos, 1999)

Sekundäre traumatische Stressreaktion. Figley spricht von sekundärer traumatischer Stressreaktion bzw. „compassion fatigue“, die sich bei Therapeuten in Ohnmachtsgefühlen, Verwirrung und Isolierung von Freunden bzw. Angehörigen manifestieren und zudem dieselben Symptome wie eine PTBS erzeugen kann. Die sekundäre traumatische Stressreaktion grenzt er ab vom chronischen Burnout-Syndrom, welches bei allen Helfern auftreten kann (Figley, 1995). Kleinman und Maeder nennen die sekundär traumatisierten Therapeuten „wounded healers“ (nach Bustos, 1999) Dies seien solche, die durch ihre eigene traumatische Erfahrung eine größere Fähigkeit zur Empathie besitzen, deren Bedürfnis, andere zu heilen aber daher stammt, den Kontakt mit dem eigenen unbearbeiteten Trauma zu vermeiden.

Entgleisung in der Patient-Therapeut-Beziehung. Wilson und Lindy sehen die stellvertretende Traumatisierung als Entgleisung in der Patient-Therapeut-Beziehung infolge einer Summierung von negativen oder positiven Gegenübertragungen. Dies kann sich einerseits in einer zu großen Distanz des Therapeuten zeigen, der nicht mehr empathisch ist und sich hinter eine intellektualisierende, scheinbar neutrale Haltung zurückzieht. Dies kann sich andererseits in einer distanzlosen Überidentifikation des Therapeuten äußern, der sich in ein gemeinsames Agieren mit dem Patienten, ein entmündigendes Überversorgen verstrickt, was gegenseitige Abhängigkeit zur Folge hat (Wilson & Lindy, 1994; vgl. auch Kapitel 3.2 in diesem Buch).

Hoppe hat diese Dynamik mit dem Fokus auf die Beziehung zwischen Gutachter und Proband anhand seiner Erfahrungen als Gutachter von KZ-Überlebenden in den 50er und 60er Jahren untersucht (Hoppe, 1969). Er unterscheidet vier typische Einstellungsmuster des Gutachters:

1. **Die totale Verleugnung.** Der Gutachter identifiziert sich mit dem Aggressor und wehrt eigene Angst, Scham und Schuldgefühle durch Verleugnung und Verharmlosung der Leiden des Opfers ab.
2. **Die Rationalisierung.** Der Gutachter legt eine offenherzige und wohlwollende Haltung an den Tag, stellt dann aber fest, dass nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten ein Zusammenhang zwischen Verfolgung und Leiden nicht festzustellen sei. Das verständnisvolle Lippenbekenntnis zu den Leiden diene als Entlastung von Schuldgefühlen, die „objektive“ Schlussfolgerung garantiere die Anerkennung durch die deutschen Behörden und deutsche Kollegen als vernünftiger und unparteiischer Gutachter. Das Opfer assoziierte mit diesem Gutachtertyp den „netten SS-Offizier“, der einem beim Verhör eine Zigarette anbietet.
3. **Die Überidentifizierung mit dem Opfer.** Der Gutachter bindet das Opfer an sich und befriedigt damit eigene narzisstische und omnipotente Bedürfnisse. Da dessen Gutachten aufgrund unsachlicher und polemischer Äußerungen von den Entschädigungsämtern meist nicht anerkannt wurden, enttäuscht dieser Typus von Gutachter die von ihm hervorgerufenen überhöhten Erwartungen der Opfer. Hinter dem Mitleid und dem übertriebenen Mitgefühl mit den Überlebenden verbirgt sich der Hass auf die Nazis, die eigene Hoffnungen zerstört haben, ebenso wie die Selbstanklage, diese Hoffnungen nicht eingelöst zu haben.
4. **Die kontrollierte Identifikation.** Diese Haltung entspricht einem Idealtypus von Gutachter, der sein eigenes Urteil zurückhält, die – unglaublichen – Erlebnisse des KZ-Überlebenden für möglich und glaubhaft hält, der sich dem unerträglichen Terror, von dem er erfährt, nicht verschließt, der Mitgefühl empfindet, sich dabei jedoch selbst kritisch beobachtet und Gegenübertragungsphänomene und eigene Abwehrmechanismen wahrnimmt.

10.4 Zwei Fallbeispiele

10.4.1 Burnout bei Gutachter für KZ-Überlebende

Ein Experte für die Begutachtung von KZ-Überlebenden vollzog in seinen letzten Berufsjahren eine Kehrtwendung in seiner Begutachtungspraxis. Hatte er bislang auch in Zweifelsfällen für einen Verfolgungsschaden plädiert, so kam er jetzt selbst auch bei eindeutigen Vorliegen eines Überlebenssyndroms zu dem Ergebnis, dass es sich um frühkindliche psychische Schädigungen im Sinne einer neurotischen Störung handele, die durch die Verfolgung lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung erfahren hätten.

Seine Beurteilungen erregten öffentliches Aufsehen, ein Verband KZ-Überlebender beschwerte sich bei den Entschädigungsämtern über die seiner Auffassung nach tendenziösen Gutachten. Aus dem Kreis seiner Mitarbeiter war zu erfahren, dass er sich in den vergangenen Jahren mehr und mehr aus der klinischen Arbeit zurückgezogen und abgekapselt habe. Auch habe er Anfragen von Kollegen nicht beantwortet und Einladungen zu Fachvorträgen ausgeschlagen. Aus seinen Gutachten waren versteckte aggressive Töne gegen die Antragsteller herauszulesen. Ein Kollege, der ihm relativ nahe stand, meinte, bei ihm eine Depression festgestellt zu haben. So habe der Besagte öfter Zweifel an den Ergebnissen seiner Arbeit als Psychiater geäußert und die unbestreitbaren Erfolge seiner Reformen in der Anstalts-Psychiatrie heruntergespielt. Nach seiner Pensionierung habe er brüsk sämtliche Brücken zu seinen Kollegen abgebrochen und sei kurze Zeit später verstorben.

Dazu muss man wissen, dass es sich bei diesem Mann um einen Pionier auf seinem Fachgebiet handelte, der in den harten Auseinandersetzungen, den wissenschaftlichen Grabenkämpfen um das sogenannte KZ-Syndrom in den sechziger und siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts in Deutschland eine exponierte Stellung eingenommen und sich mit den vom rassenhygienischen Geist des Nationalsozialismus infizierten Größen der deutschen Psychiatrie angelegt hatte.

Wie also soll man diese Kehrtwendung in den späten Berufsjahren des Psychiaters erklären? – Meine Betrachtungen sind hypothetischer Natur, vieles spricht jedoch dafür, dass dieser Kollege an einem Burnout gelitten hat. Er hatte sich in einer aufreibenden Auseinandersetzung verausgabt, in der sowohl auf fachpolitischer als auch auf allgemeinpoltischer und juristischer Ebene mit harten Bandagen gekämpft wurde. Dabei wurden er und andere Pioniere der Psychopathologie vom medizinischen Establishment öffentlich als „unseriöse Gefälligkeitsgutachter“ diffamiert (Pross, 2001). Er war möglicherweise an einen Punkt gekommen, an dem er das ewige Außenseiterdasein müde war und endlich vom akademischen Mainstream anerkannt werden wollte. Möglicherweise war er auch von einigen Klienten hinters Licht geführt worden. Einige wenige Fälle von vorgetäushtem Verfolgungsleiden mögen bei ihm eine Gegenreaktion ausgelöst haben, und er begegnete fortan jedem Antragsteller mit großem Misstrauen.

10.4.2 Stellvertretende Traumatisierung bei Gutachterin für traumatisierte Flüchtlinge

Eine Psychologin, die sich in der Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge einen Namen gemacht und sich in Auseinandersetzungen mit den Behörden exponiert hatte, wurde im Laufe der Jahre mehr und mehr zu einer Anlaufstelle für Flüchtlinge mit aufenthaltsrechtlichen Problemen. Sie stammte aus einem Land, in dem sie selbst politischer Verfolgung ausgesetzt gewesen war, sprach jedoch auffallend abfällig über ihre Landsleute und behauptete, dass diese in der Mehrzahl übertreiben würden und keine besonders schwere Verfolgung erlitten hätten. Sie nahm keine Patienten aus ihrer Heimat an, sondern nur besonders schwere Fälle aus anderen Ländern. Ihre Sprechstunden waren überfüllt. Sie ging für ihre Klienten durchs Feuer und übernahm für viele die Rolle einer Mutter und Freundin. Auch nahm sie mehr Aufträge für Stellungnahmen und Gutachten an, als sie bewältigen konnte. Ihre sehr sorgfältigen und überzeugend formulierten Gutachten verhalfen vielen zu einer Aufenthaltsgenehmigung. Für einige Klienten fungierte sie sowohl als Therapeutin als auch als Gutachterin, was sie in nicht zu lösende Rollen-

und Loyalitätskonflikte brachte. Wie ein typischer Workoholic arbeitete sie bis an den Rand der Erschöpfung. Ihre Großherzigkeit und Hilfsbereitschaft wurden ausgenutzt, und sie ließ sich von besonders Notleidenden sogar zu materiellen Hilfeleistungen bewegen. Als sie einem besonders aufdringlichen Klienten weitere Leistungen verweigerte, versuchte dieser sie mit Selbstmorddrohungen unter Druck zu setzen. Einige Male fühlte sie sich als Sachverständige bei Gericht von ihren Klienten bloßgestellt, wenn diese während der Verhandlung gegenüber den Verwaltungsrichtern plötzlich andere Angaben zu ihrer Vor- und Verfolgungsgeschichte machten, die zu den bisherigen anamnestischen Erhebungen in völligem Widerspruch standen. Sie kam in Erklärungsnot und die Plausibilität ihrer Gutachten wurde in Frage gestellt. Schließlich wurde sogar ihre Professionalität generell angezweifelt. Ihr anfänglicher Elan schwand, immer häufiger verlor sie die Nerven und wurde aggressiv gegen Kollegen und Klienten. Letztlich wurde sie für längere Zeit krank.

Mit den Studien von Lansen (1996), Hoppe (1969), Hawkins und Shohet (2000) lassen sich die Fallstricke, die anhand dieses zweiten Falles deutlich werden, besser verstehen: Die Psychologin, die ihr eigenes Verfolgungsschicksal verleugnet, versucht über ihren aufopferungsvollen Einsatz für andere Verfolgte ihr eigenes Trauma zu bewältigen. Sie wehrt Impulse eigener Bedürftigkeit ab, indem sie sich an den Rand der Erschöpfung für ihre Klienten aufreißt. Sie zieht zugleich daraus einen narzisstischen Gewinn: Sie wird wie eine Kultfigur von ihren dankbaren Klienten verehrt und befriedigt ihr Bedürfnis nach Zuwendung und Freundschaft über diese. Dass sie mit Hilfe ihrer Gutachten für viele Klienten ein Aufenthaltsrecht vor Gericht erstreitet, gibt ihr ein Gefühl von Macht mit Größenphantasien einer omnipotenten Retterin. Das schraubt umgekehrt wieder die Erwartungen ihrer Klienten hoch. Es spricht sich herum, dass sie ein Rettungsanker für aussichtslose Fälle ist. Klienten rennen ihr die Türen ein. Dass das nicht gut gehen kann, dass das irgendwann kippen muss, dass die Klienten nicht ihre Freunde sind, muss sie schmerzlich erfahren, als sie von ihnen ausgenutzt, in die Irre geführt und vor Gericht bloßgestellt wird. Irgendwann kommt sie an ihre Grenzen: Ihre aufopfernde Haltung schlägt um, sie wird aggressiv sowohl gegen Klienten als auch Kollegen und flüchtet vor der Überforderung in die Krankheit. Ergänzt sei noch, dass ihre Überidentifikation mit den Opfern und ihr Überengagement im Sinne von Hoppe

(1969) von Selbstanklagen begleitet waren, nicht genug gegen Gewalt im Allgemeinen und ihre Folgen getan zu haben.

Fazit. Es ist immer wieder zu beobachten, dass Neuanfänger auf dem Gebiet der Psychotraumatologie Gefahr laufen, mit viel zu hohen Erwartungen ans Werk zu gehen. Sie hängen der Illusion nach, dass sich mit dieser Arbeit die Ursachen für Gewalt insgesamt bekämpfen ließen oder dass Klienten vollständig geheilt werden könnten. Umso heftiger ist die Enttäuschung, wenn sich diese Erwartungen nicht erfüllen und sich stattdessen herausstellt, dass die Arbeit oft einer Sisyphusarbeit gleicht, die von häufigen Rückschlägen gekennzeichnet ist, und man die Erfolgskriterien sehr niedrig ansetzen muss (Edelwich & Brodsky nach Hawkins & Shohet, 2002)

10.5 Gesellschaftliche Aspekte

Geringe gesellschaftliche Anerkennung. Eine weitere in anderen Studien nicht berücksichtigte Ursache für Burnout bei Helfern, die mit Traumatisierten arbeiten, liegt auch in der geringen gesellschaftlichen Anerkennung die ihnen von der Fachöffentlichkeit und dem beruflichen Establishment entgegen gebracht wird. Eine solche Anerkennung, die sich auch in Positionen und Dotierungen ausdrückt, spielt jedoch eine große Rolle in der Psychohygiene des Helfers.

Tabuthema: KZ-Überlebende. Um auf das erste Fallbeispiel zurückzukommen: Die Ärzte, die sich in Deutschland unmittelbar nach dem Krieg mit den Leiden der KZ-Überlebenden befasst haben, waren eine kleine und vom medizinisch-akademischen Mainstream nicht anerkannte Minderheit. Sie betrieben ihre Studien auf eigene Faust ohne institutionelle Förderung. Gesellschaftlich war das Thema tabuisiert, und Karriere konnte man damit nicht machen. Erst sehr viel später kamen einige wenige von ihnen zu akademischen Ehren.

Tabuthema: Traumatisierte Flüchtlinge. Das Gleiche gilt für die Kollegen, die sich heute mit Folteropfern und traumatisierten Flüchtlingen befassen. Ihre Außenseiterposition drückt sich allein schon darin aus, dass ihre Einrichtungen ein Schattendaa-

sein außerhalb der medizinischen Regelversorgung und der Universitäten führen sowie personell und finanziell überaus bescheiden ausgestattet sind.

Keine beruflichen Aufstiegschancen. Entsprechend fühlen sich die dort Arbeitenden wie die Hamster im Rad: Sie leisten viel, verfügen über enormes Wissen und Erfahrungen, wofür sie nicht besonders gut bezahlt werden und weder Interesse noch Anerkennung der Fachwelt ernten. Es gibt für sie kaum Möglichkeiten, beruflich aufzusteigen. Im Gegenteil: Das Thema Psychotraumatologie wird von anderen besetzt, die mit besser zu vermarktenden Klientenpopulationen wie Kriminalitäts- und Verkehrsunfallopfern Karriere machen. Es geht um gesellschaftliche Macht und Einfluss: Wer bestimmt die herrschende Lehrmeinung, wer hat die Deutungshoheit auf dem Gebiet der Psychotraumatologie? Häufig müssen Kollegen aus den Einrichtungen für traumatisierte Flüchtlinge erleben, dass ihre Gutachten durch Obergutachten von Kollegen ausgehebelt werden, die über viel weniger Erfahrung mit dieser spezifischen Klientel verfügen, jedoch allein aufgrund ihres akademischen Titels oder ihrer gewichtigeren beruflichen Position vor Gerichten und Behörden mehr gelten.

Überhöhtes Selbstbild. Andererseits beinhaltet das Außenseiterdasein auch ein Fasziösum. Folter ist ein Tabuthema. Es wird an Einrichtungen wie das Zentrum für Folteropfer delegiert, etwas dagegen zu tun. Der Arbeit haftet etwas Heroisches, Pionierhaftes, Missionarisches an. Dafür wird man bewundert, aber auch als Exot und Idealist belächelt. Das ist verführerisch und fördert eine narzisstische Selbstüberschätzung. Es besteht die Gefahr, den Bezug zur Wirklichkeit zu verlieren, da sich ein elitärer Teamgeist entwickelt. Gemeinsam wird die Außenwelt als feindlich erlebt oder pauschal in Gut und Böse unterteilt. Das überhöhte Selbstbild führt unweigerlich zu Enttäuschungen, die sich in Konflikten der Kollegen untereinander entladen können.

Beispiel Niederlande. Im Prinzip ist ein Behandlungszentrum für Folteropfer ein sozialmedizinisches Dienstleistungsunternehmen wie jedes andere, wie ein Kinderschutzzentrum, eine Suchtklinik, eine Schmerzambulanz oder ähnliches. Es würde die ideelle Überfrachtung der Arbeit, die überhöhten Ansprüche abbauen und die Mitarbeiter entlasten, wenn ein solches Zentrum Teil der medizinischen und sozialen Regelversorgung würde. In den Niederlanden ist die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen vor Jahren bereits in das allgemeine Versorgungssystem eingegliedert worden. Die-

se Form von gesellschaftlicher Anerkennung und Integration hat dort zu einer spürbaren Entlastung und erhöhten Professionalisierung der Mitarbeiter geführt.

10.6 Die Überfrachtung der Rolle des Gutachters im aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Machtposition. Die schrecklichen Schicksale, mit denen Therapeuten und Gutachter von Folterüberlebenden konfrontiert werden, erzeugen spontane Gefühle von Mitleid und einen starken Helferimpuls. Man ist versucht, alle Hebel in Bewegung setzen, um das Elend der Betroffenen zu lindern und ihnen ein sicheres Leben im Exil zu gewährleisten. Das Risiko, dabei die professionelle Distanz zu verlieren, ist groß. In den Augen des Probanden hat der Gutachter eine enorme Machtposition, da es im aufenthaltsrechtlichen Verfahren um Leben oder Tod gehen kann: Leben bei Aufenthaltsrecht, Tod bei Abschiebung.

Überforderung. Dies setzt den beteiligten Arzt oder Psychologen massiv unter Druck und schiebt ihm von Seiten des Probanden eine Verantwortung zu, die nicht die seine ist. Es muss davon ausgegangen werden, dass das hohe Burnout Risiko bei Gutachtern von Traumatisierten auch in dieser extremen Spannung liegt, in der Überforderung durch die ihnen zugewiesene Rolle des omnipotenten Richters und Retters. Dabei ist es nicht die Aufgabe des Gutachters, die Glaubhaftigkeit des Probanden und die Plausibilität seiner Verfolgungsgeschichte wie ein Kriminologe zu beurteilen. Die letztliche Entscheidung darüber trifft der Richter. Die Kompetenz des Arztes oder Psychologen als klinischer Gutachter besteht ausnahmslos im Erkennen einer Erkrankung, ihrer Diagnose sowie der Einschätzung ihrer Kausalität – fußend auf Anamnese und klinischen sowie auch testpsychologischen Untersuchungsbefunden. Besonders in der Psychologie und der Psychosomatik bewegt man sich hier im Bereich von Wahrscheinlichkeiten. Die Ämter, die Ausländerbehörden der Länder, das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge sowie die Versorgungsämter (für ehemalige politische Ver-

folgte der DDR) verlangen jedoch genauso wie ehemals die Entschädigungsämter für NS-Verfolgte so genannte „objektive“ Angaben und Befunde.

Großer moralischer Druck. Die Versuchung, eine zu parteiübergreifende Haltung für den Probanden einzunehmen, liegt für den Gutachter in genau dieser Überfrachtung seiner Rolle. Möglicherweise auch in seinen latent vorhandenen Schuldgefühlen, aus der sicheren Position eines Privilegierten im reichen Zufluchtsland mit einem Menschen konfrontiert zu sein, der alles verloren hat, auch durch Zutun der Regierung des Zufluchtslandes (Waffenlieferungen, Wirtschaftshilfe, restriktives Asylrecht). Er sieht sich unter großem moralischem Druck, fürchtet den Neid und die aggressiven Reaktionen des Probanden im Falle einer für diesen negativen Beurteilung. Auch kann er befürchten, als herzloser Mensch dazustehen, dem die Schuld an der Abschiebung und Auslieferung des Probanden an seine Häsher in die Schuhe geschoben werden könnte. Im Bereich der Psychotherapie sind für Therapeuten, die mit Traumaopfern arbeiten, negative Übertragungen oder Täterübertragungen der Patienten besonders schwer auszuhalten. Es kommt nicht selten vor, dass Kollegen, die im Laufe einer gutachterlichen Exploration zu einem anderen als dem vom Probanden gewünschten Ergebnis gekommen sind, von diesem als Unmenschen massiv beschimpft und moralisch unter Druck gesetzt werden. Ein vom Behandlungszentrum abgewiesener Flüchtling besetzte deswegen über mehrere Tage das Wartezimmer, übernachtete vor der Eingangstür, drang wiederholt in die Behandlungszimmer von Kollegen ein, um ihnen seine Narben zu zeigen und beschwerte sich beim Leiter des Zentrums, er werde wie ein Tier behandelt.

Letzter Rettungsanker. Wie für die Behandlung gibt es auch zu wenig Einrichtungen und erfahrene Experten zur Begutachtung reaktiver psychischer Traumafolgen. Alle Einrichtungen sind überlastet und haben lange Wartelisten. Das liegt u.a. daran, dass der Flüchtling, der in seiner Heimat alles aufgegeben hat und sich hier im Exil am untersten Ende der Armutsskala wiederfindet, sich einer Asylgesetzgebung gegenüber sieht, die eine detaillierte, widerspruchsfreie und in sich schlüssige Verfolgungsbio-graphie von ihm verlangt, die zu liefern er störungsbedingt oft nicht in der Lage ist. Daraus entsteht eine Sogwirkung in Richtung von Institutionen, die sich explizit mit Folter befassen. Anwälte und karitative Organisationen schicken ihre Klienten an Zentren für traumatisierte Flüchtlinge als letzten Rettungsanker, weil angeblich nur ein Attest oder eine Stellungnahme eines solchen Zentrums noch helfen kann. Der Arzt und Psychologe wird

instrumentalisiert für eine Arbeit, die eigentlich Juristen und Flüchtlingsberater zu leisten haben. Die Klienten können einen Anwalt sowieso meist nicht bezahlen und wenden sich schon deshalb an eine psychosoziale Einrichtung, die sie unentgeltlich berät.

10.7 Prophylaxe gegen Burnout und stellvertretende Traumatisierung

Therapeutische Selbsterfahrung und Supervision. Die wichtigste Prophylaxe gegen Burnout und stellvertretende Traumatisierung ist die therapeutische Selbsterfahrung im Rahmen einer Therapieausbildung. Fehlt diese, sollte sie auf jeden Fall berufsbegleitend erfolgen, ansonsten ist ein frühzeitiges Burnout vorprogrammiert. Unerlässlich sowohl bei Begutachtung als auch Behandlung sind regelmäßige Selbstüberprüfungen mittels kollegialer Intervision und externer Supervision, um sich im geschützten Rahmen mit seiner Helfer-Schattenseite zu konfrontieren und herauszufinden, ob man sich in eine Überidentifikation mit Klienten verstrickt hat und Gefahr läuft, seine professionelle Distanz zu verlieren, oder ob man sich in eine distanzierte Vermeidung oder Verleugnung des Traumas hineinmanövriert hat. Die Supervision kann jedoch – ein häufiges Missverständnis – eine therapeutische Ausbildung und Selbsterfahrung nicht ersetzen!

Vorbeugung gegen Irreführtwerden. Um dem Ausgenutzt- und Irreführtwerden durch Klienten vorzubeugen, sollten Grenzen und eine angemessene professionelle Distanz eingehalten werden. Die Angaben des Patienten sollten durch fremdanamnестische Erhebungen und ein Abgleichen mit früheren Aussagen vor Behörden sowie den Erkenntnissen von Menschenrechtsorganisationen über Methoden der Verfolgung und Folter sowie der Haftbedingungen einschließlich Daten über die Herkunftsländer unterlegt werden. Auch sollte der Untersucher bei der Erhebung der Anamnese den von Angelika Birck zusammengestellten Kriterienkatalog zur Unterscheidung von echter bzw. vorgetäuschter PTBS im Blick haben (Birck, 2002; siehe auch Kapitel 4 „Erinnern, Vergessen und posttraumatische Störungen“ in diesem Buch). Es sollten zum Abfassen

einer Stellungnahme oder eines Gutachtens mehrere ausführliche Interviews mit Erhebung der geschilderten Vorgänge aus unterschiedlichen Perspektiven geführt werden -in Anbetracht dessen, dass fingierte Geschichten im Allgemeinen über einen längeren Zeitraum nicht konsistent aufrechterhalten werden können.

Trennung von Therapeut und Gutachter. Ein weiterer Schutz gegen Burnout und stellvertretende Traumatisierung besteht in der institutionellen und personellen Trennung von Therapeut und Gutachter, was in vielen Einrichtungen aus Mangel an finanziellen und personellen Ressourcen bisher nicht genügend realisierbar war. Sie ist aber vermehrt von Geldgebern und verantwortlichen Stellen zu fordern. In Berlin hat man diesen Weg bereits beschritten. Dort bleibt das Behandlungszentrum für Folteropfer zusammen mit anderen Einrichtungen sowie den zuständigen Berufskammern ein Curriculum zur Diagnostik und Behandlung von PTBS für Ärzte und Psychologen, an dessen Ende die Teilnehmer eine Zertifizierung erhalten. Hiermit wird der bisher sehr kleine Kreis an gutachterlich tätigen Experten im Land Berlin langfristig so erweitert, dass eine Trennung der beiden Funktionen möglich wird.

Begrenzung der Gutachtertätigkeit. Als weitere Vorsorge sollte darauf geachtet werden, dass ein Kollege nicht ausschließlich mit der Begutachtung oder Behandlung von Traumatisierten befasst wird. Viele Kollegen in Zentren für traumatisierte Flüchtlinge haben aus einem gesunden Selbstschutzzinstinkt heraus ihre Stellen in den letzten Jahren reduziert und betreiben nebenher eine Praxis, in der sie weniger schwer kranke Patienten mit neurotischen Störungen behandeln.

Fortbildung und Weiterqualifizierung. Dringend ist von den Kostenträgern der Sozialversicherung die Integration von Einrichtungen für traumatisierte Flüchtlinge in die medizinische Regelversorgung zu fordern, da es langfristig teure Folgekosten für die stationäre psychiatrische Behandlung von chronifizierten Fällen vermeidet, die Arbeit von der ideologischen Überfrachtung und aus der karitativen Exotenecke befreit sowie mehr Chancen bietet, sich auch in anderen Bereichen weiterzuqualifizieren.

Nicht selten stellen sich bei Helfern in der Mitte ihrer beruflichen Laufbahn Apathie und das Desinteresse ein, wenn sie aufhören, sich fachlich weiterzuentwickeln, und sich stattdessen in eingefahrenen Mustern der Routine bewegen. Dies ist eine weitere Ursache für Burnout, die bisher in der Literatur kaum berücksichtigt wird (Hawkins & Shohet 2000). Daher ist ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das zu Flexibilität und Krea-

tivität ermuntert sowie Fortbildung und Weiterqualifizierung fördert, z.B. in Form von Freistellungen für Forschungsvorhaben und Veröffentlichungen.

10.8 Literatur

Birck A. (2002). Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen? (S. 68). Heidelberg: Asanger Verlag.

Bustos, E. (1999). Stellvertretende Traumatisierung, verwundete Heiler oder die unvermeidbare intersubjektive Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. Unveröffentlichter Vortrag auf der Tagung der BAFF, Berlin.

Figley, C.R. (Hrsg.), (1995). Compassion Fatigue, Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner and Mazel.

Hawkins P. & Shohet, R. (2000). Supervision in the helping professions: an individual, group and organizational approach. Buckingham: Open University Press.

Hoppe, K. D. (1969). The emotional reactions of psychiatrists when confronting holocaust survivors of persecution. In J. Lindon (Hrsg.), Psychoanalytic Forum, Band III. New York: Science House.

Lansen J. (1996). Was tut „es“ mit uns? In S. Graessner, N. Gurrus & C. Pross (Hrsg.), Folter – An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapien (S. 253-270). München: C.H. Beck.

McCann, L., Pearlman L. A. (1990). Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. Journal of Traumatic Stress, 3, 1, 131-149.

Pross, C. (2001). Wiedergutmachung – Der Kleinkrieg gegen die Opfer. Berlin: Philo-Verlagsgesellschaft.

Wilson, J.P. & Lindy, J.D. (1994). Countertransference in the Treatment of PTSD. New York: Guilford Press.

Ich danke der Hamburger Stiftung zur Förderung von Wissenschaft und Kultur, die diese Veröffentlichung ermöglicht hat.

11 Die rechtliche Stellung des Gutachters vor Gericht

Dietrich F. Koch

11.1 Überblick.....	229
11.2 Wichtige Definitionen	230
11.2.1 Gutachten im Zivilprozess und im Strafprozess.....	230
11.2.2 Gerichtsgutachten.....	231
11.2.3 Gutachterliche Stellungnahmen.....	231
11.2.4 Parteiengutachten.....	231
11.2.5 Privatgutachten.....	232
11.2.6 Gutachter	232
11.2.7 Sachverständiger	233
11.2.8 Sachverständiger Zeuge.....	233
11.2.9 Verschiedene Kategorien von Gesundheitszeugnissen.....	234
11.2.10 Bescheinigungen/Atteste	234
11.3 Grundlegende Anforderungen an ein Gutachten aus der Sicht der Auftraggeber	235
11.3.1 Der Nutzen für den Auftraggeber	235
11.3.2 Neutralität und Objektivität des Gutachtens.....	235
11.3.3 Lesbarkeit und Verständlichkeit des Gutachtens	236
11.3.4 Nachvollziehbarkeit des Gutachtens.....	236
11.3.5 Nachprüfbarkeit des Gutachtens	237
11.3.6 Überzeugungskraft und Akzeptanz von Gutachter und Gutachten ..	238
11.4 Die rechtliche Stellung des Sachverständigen in der Rechtsprechung	238
11.4.1 Hinzuziehungsfreiheit und Hinzuziehungspflicht.....	238
11.4.2 Begutachtungspflicht.....	239
11.4.3 Gutachtenverweigerungsrecht und Schweigepflicht	239
11.4.4 Auswahl des Sachverständigen.....	242
11.4.5 Ablehnung des Sachverständigen	242

11.4.6 Beeidigung	242
11.4.7 Ermittlungen des Sachverständigen	243
11.4.8 Körperliche und psychologische Untersuchungen	243
11.4.9 Haftung	243
11.5 Die Fachkompetenz des Gutachters.....	244
11.5.1 Fachkompetenz für das relevante Fachgebiet	244
11.5.2 Neuester Wissensstand für das relevante Fachgebiet.....	244
11.6 Literatur.....	245

11.1 Überblick

Wer im Rahmen eines juristischen Verfahrens gutachterlich tätig wird, hat per Gesetz bestimmten Normen Folge zu leisten, und sollte sich mit diesen vertraut machen. Das folgende Kapitel geht daher auf die rechtliche Stellung des Gutachters vor Gericht ein. Es beleuchtet die Rolle des Gutachters aus der Sicht des Juristen bzw. des Richters und stellt wichtige Normen und Grundsätze der Aufgabe und Funktion des Gutachters unter Anwendung der Zivil- und Strafprozessordnung dar.

Zunächst werden wichtige Definitionen in Anlehnung an gesetzliche Normen und etablierte Gutachtenpraxis aus verschiedenen psychologischen Bereichen erläutert.

Im Weiteren geht es um grundlegende Anforderungen an ein Gutachten aus der Sicht der Auftraggeber, also der streitenden Parteien bzw. des Gerichts. Es wird dargestellt, wie ein Gutachten gestaltet werden soll, damit es im Gerichtsverfahren größtmöglichen Nutzen entfalten kann. Berücksichtigt werden dabei u.a. die Haltung des Gutachters hinsichtlich Neutralität und Objektivität, die logische und formale Struktur des Gutachtens sowie Nachvollziehbarkeit und Überzeugungskraft.

Ein weiterer Abschnitt geht dann auf die Rechtsstellung des Sachverständigen vor Gericht ein. In diesem Abschnitt werden zentrale Rechte und Pflichten des gutachterlichen Sachverständigen dargestellt – unter anderem Begutachtungspflicht, Schweigepflicht, Haftung etc.

In einem letzten Abschnitt wird auf die Anforderungen an den Gutachter eingegangen (Vgl. Kühne A., Zuschlag B., (2001): „Richtlinien für die Erstellung psychologischer Gutachten“ und Zuschlag B. (2002): „Das Gutachten des Sachverständigen“ 2. Auflage.).

Im Anschluss findet sich eine umfassende Empfehlung weiterführender Literatur.

11.2 Wichtige Definitionen

In der Literatur zur Frage des Sachverständigen vor Gericht wird dieser als Entscheidungshelfer des Richters gesehen.

Creifelds schreibt hierzu (1997, S. 581): „Gutachten der in gerichtlichen Verfahren auftretenden Sachverständigen sind Hilfsmittel für das Gericht zur Beurteilung von Tatsachen oder Tatsachenkomplexen, insbesondere auf Grund von Erfahrungssätzen; sie vermitteln dem Richter die ihm fehlende Sachkunde. [...] Die Würdigung des Gutachtens und die aus ihm für die Sachentscheidung folgenden Schlussfolgerungen bleiben dagegen dem Gericht vorbehalten (§§286 ZPO, 261 StPO).”

Außerdem: §404a ZPO Abs. 1: „Das Gericht hat die Tätigkeit des Sachverständigen zu leiten und kann ihm für Art und Umfang seiner Tätigkeit Weisungen erteilen.”

11.2.1 Gutachten im Zivilprozess und im Strafprozess

Gutachten werden sowohl in Zivilprozessen, als auch in Strafprozessen erstellt.

Aufenthaltsrechtliche Verfahren überprüfen die Entscheidungen der Verwaltung (Ausländerbehörde, Bundesamt für Migration) hinsichtlich der Aufenthaltsberechtigung eines Ausländers in Deutschland und der rechtmäßigen Anwendung des Ausländerge-

setzes (AuslG) bzw. des Asylverfahrensgesetzes (AsylVfG). Letztere unterliegen der Zivilprozessordnung (ZPO) während Strafprozesse der Strafprozessordnung (StPO) unterliegen.

Für den Aufbau und Inhalt von Gutachten gibt es keine gesetzlichen Vorschriften. Doch haben sich in der Praxis gewisse Grundregeln entwickelt.

11.2.2 Gerichtsgutachten

Gerichtsgutachten sind Gutachten, die durch ein Gericht in Auftrag gegeben werden. Beweisbeschlüsse sind die Arbeitsgrundlage. Es gibt einen auf Verhandlungstermine abgestimmten Zeitrahmen. Die Abrechnung der Kosten erfolgt nach dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (ZSEG). Der Gutachter wird gegebenenfalls aufgefordert, im Rahmen einer Gerichtsverhandlung das Gutachten zusätzlich mündlich zu erstatten.

11.2.3 Gutachterliche Stellungnahmen

Gutachterliche Stellungnahmen weichen von Gerichtsgutachten stark ab, dennoch sollten sie weitgehend angelehnt an die Prinzipien der Gutachten erstellt werden. Als gutachterliche Stellungnahme wird eine ärztliche/psychologische Antwort auf eine eingeschränkte Fragestellung bezeichnet (vgl. Fisseni, 1990, S.276–277). Sie kann im Unterschied zum Gerichtsgutachten aus einem Behandlungskontext heraus erstellt werden.

11.2.4 Parteiengutachten

Ein Parteiengutachten ist ein Gutachten, das von einer der streitenden Parteien in Auftrag gegeben wird, im Gegensatz zu einem Gerichtsgutachten, bei dem das Gericht der Auftraggeber ist. Es sollte die gleichen Qualitätsanforderungen wie das Gerichtsgutachten erfüllen hinsichtlich Neutralität, Objektivität und Unabhängigkeit. Es kann dem Gericht als Sachverständigenbeweis vorgelegt werden. Das Gericht muss sich nach den Verfahrensregeln dann mit dem Parteiengutachten auseinander setzen.

11.2.5 Privatgutachten

Ein Privatgutachten ist wie das Parteiengutachten ein bei einem unabhängigen Sachverständigen in Auftrag gegebenes Gutachten. Es gilt als urkundlich belegter substantiiertes Parteienvortrag. Anstelle eines vom Gericht beauftragten Sachverständigengutachtens darf es nur verwandt werden beim Einverständnis beider Parteien, oder wenn das Gericht es für ausreichend hält oder halten darf. Es muss ähnlichen Qualitätsanforderungen genügen, um prozessural verwertbar zu sein. Der Privatgutachter haftet nach Vertragsrecht. Wird der Privatgutachter zu seinen Wahrnehmungen mündlich gehört, gilt er als sachverständiger Zeuge.

11.2.6 Gutachter

Ein Gutachter ist ein Sachverständiger, der von einem Auftraggeber mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt wurde.

11.2.7 Sachverständiger

Ein Sachverständiger ist eine natürliche Person, die auf einem abgrenzbaren Gebiet der Geistes- oder Naturwissenschaften, der Technik, der Wirtschaft, der Kunst oder in einem sonstigen Bereich über überdurchschnittliche Kenntnisse und Erfahrungen verfügt und diese besondere Sachkunde jedermann auf Anfrage persönlich, unabhängig, unparteilich und objektiv zur Verfügung stellt.

Im Beweisverfahren soll der Sachverständige für das Gericht Tatsachen und Erfahrungssätze beurteilen und feststellen. Im Zivilprozess und in anderen Streitsachen wird der Sachverständige nur auf besondere gerichtliche Anordnung hin mündlich gehört (§ 411 III ZPO). Der Sachverständige kann vereidigt werden (§ 410 ZPO).

11.2.8 Sachverständiger Zeuge

Sachverständiger Zeuge: Wird ein Privat- oder Parteiensachverständiger geladen, so ist er sachverständiger Zeuge und nicht Sachverständiger. Nicht die Sachkunde macht ihn zum Sachverständigen, sondern ausschließlich der Auftrag vom Gericht. Er ist Zeuge, insoweit er über eigene Wahrnehmungen berichtet, und Sachverständiger, insoweit er fachlich zu Fragen Stellung nimmt, dem Richter allgemeine Erfahrungssätze oder besondere Kenntnisse seines Wissensgebietes vermittelt oder aufgrund von Erfahrungssätzen oder besonderen Fachkenntnissen Schlussfolgerungen aus einem feststehenden Sachverhalt zieht. Als Sachverständiger und sachverständiger Zeuge hat man unterschiedlichen Entschädigungsanspruch für erbrachte Leistungen. Als Zeuge braucht man auf Fragen, die über die persönlichen Erfahrungen hinausgehen und sich auf fachliches Wissen beziehen, nicht zu antworten. Sollte man trotzdem als Sachverständiger antworten, sollte man mit dem Gericht im Vorfeld klären, inwieweit man als Sachverständiger

beansprucht werden soll, und entsprechend angemessene Entschädigung geltend machen.

11.2.9 Verschiedene Kategorien von Gesundheitszeugnissen

Im Gesundheitsbereich werden üblicherweise verschiedene Arten von Gesundheitszeugnissen erstellt, wobei umfangreiche Gutachten eher in Ausnahmefällen erstellt werden. In Anlehnung an die „Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern“, herausgegeben von der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, BAFF (3. Aufl., 2001, Deutscher Psychologen Verlag, Bonn) können folgende Kategorien unterschieden werden:

- ▶ Bescheinigungen/Atteste zur Vorlage bei Behörden oder Gerichten
- ▶ Gutachterliche Stellungnahmen
- ▶ Gutachten

11.2.10 Bescheinigungen/Atteste

Bescheinigungen bzw. Atteste dienen der kurzen Beschreibung eines medizinischen, psychologischen, sozialen Sachverhalts zur Vorlage bei einer Behörde oder auch beim Gericht. Der Inhalt ist abhängig vom Grund, wofür die Bescheinigung dienen soll. Es gibt keine besonderen formellen Vorgaben. Die Angaben müssen jedoch in jedem Fall der Wahrheit entsprechen. Falsche Gesundheitszeugnisse können strafrechtlich geahndet werden. Sie sind mit geringem Zeitaufwand verbunden, d.h. bereits ein Vorsprachetermin kann als ausreichend für die Informationserhebung gelten. Sie sollten kurz und prägnant sein. Der Umfang sollte je nach Anliegen eine bis zwei Seiten nicht überstei-

gen. Es ist wichtig zu beachten, dass auch kurze Stellungnahmen und Atteste in aufenthaltsrechtliche Verfahren einfließen und von den entsprechenden Richtern als Beweismittel anerkannt werden können. Daraus folgt unter Umständen, dass auch ein Attest bzw. eine kurze Bescheinigung durch das Gericht überprüft werden kann, und der Aussteller – wenn auch in seltenen Fällen – beispielsweise durch das Prozessgericht als sachverständiger Zeuge zur Verhandlung geladen werden kann und die von ihm geäußerte Meinung verteidigen muss.

11.3 Grundlegende Anforderungen an ein Gutachten aus der Sicht der Auftraggeber

11.3.1 Der Nutzen für den Auftraggeber

Der Nutzen für den Auftraggeber besteht in erster Linie darin, dass

- ▶ die Fragen des Auftraggebers vom Gutachter zufriedenstellend beantwortet werden,
- ▶ Kosten und Nutzen in einem vernünftigen Verhältnis stehen und
- ▶ das Gutachten in einem angemessenen Zeitraum erstellt wird.

Verschuldet der Sachverständige durch Gutachtenmängel eine Reduktion des zu erwartenden Nutzens, kann er gegebenenfalls dafür vom Auftraggeber haftbar gemacht werden (Verlust des Honoraranspruchs).

Der Auftraggeber kann darüber hinaus, sofern ihm Schäden entstehen, dementprechende Schadensersatzforderungen gegen den Sachverständigen geltend machen.

11.3.2 Neutralität und Objektivität des Gutachtens

Neutralität und Objektivität des Sachverständigen sind folgendermaßen definiert:

- ▶ Unabhängigkeit von den Beteiligten (streitenden Parteien);
- ▶ Neutralität gegenüber den Beteiligten (keine Sympathie/Antipathie bzw. Bevorzugung/Benachteiligung einer Partei, aber auch kein Entgegenkommen gegenüber den Ergebniswünschen des Gerichts);
- ▶ Die Bearbeitung ist frei von persönlichen, fachlichen oder ideologischen Vorurteilen;
- ▶ Objektivität bei der Klärung einer sachgerechten Fragestellung, bei der Aktenauswertung, der Untersuchungsplanung und -durchführung, sowie bei der Interpretation und Auswertung der Ergebnisse;
- ▶ Verwertung aller Untersuchungs- und Prüfungsergebnisse; keine fachlich nicht begründete Selektion.

11.3.3 Lesbarkeit und Verständlichkeit des Gutachtens

- ▶ formale Standards: Übersichtliche Textorganisation, vernünftige Gliederung, klare Textstrukturierung, Hervorhebung des Wesentlichen
- ▶ verständliche Formulierungen, präziser Wortlaut, ggf. Erläuterungen von Fachtermini, überschaubare Satzkonstruktion
- ▶ auf den Leser bzw. den Zuhörerkreis abgestimmtes Sprachniveau
- ▶ Veranschaulichung des Sachverhalts nach Möglichkeit
- ▶ Dokumentation der relevanten Auftragsdaten

11.3.4 Nachvollziehbarkeit des Gutachtens

- ▶ Voraussetzungen: klare Erfassung der Fragestellung und vernünftige Strukturierung des Gesamtkonzeptes
- ▶ übersichtliche Gliederung und Transparenz des Lösungsweges
- ▶ Arbeitshypothesen und Prüfung von Alternativhypothesen
- ▶ logische Konsistenz von Fragestellung über Untersuchungsergebnisse zu der Beantwortung der Fragestellung („roter Faden“)
- ▶ ausreichende und sachlich überzeugende Begründungen von Feststellungen und Schlussfolgerungen
- ▶ möglichst vollständige Darstellung der Überlegungen des Gutachters
- ▶ Eindeutigkeit der Begriffe und Formulierungen
- ▶ Widerspruchsfreiheit der Ausführungen
- ▶ klare Trennung von objektiven Tatsachen und Ergebnisbewertung
- ▶ möglichst exakte Beantwortung der gestellten Fragen
- ▶ keine Beantwortung nicht gestellter Fragen

11.3.5 Nachprüfbarkeit des Gutachtens

- ▶ detaillierte Angaben der Informationsquellen (Akten, Ergebnisse von Untersuchungen, Fachliteratur)
- ▶ detaillierte Angaben über eingesetzte Untersuchungsverfahren sowie über Auswertungsverfahren, Bewertungsnormen, Beurteilungskriterien
- ▶ Darstellung des Untersuchungsablaufs und der Rahmenbedingungen
- ▶ ausführliche, möglichst detaillierte Darstellung der Untersuchungen (erleichtert die Überprüfung durch Fachleute)
- ▶ Angaben über die Qualifikation von Hilfskräften und über vergebene Unteraufträge (z.B. an Fachärzte)
- ▶ gegebenenfalls ausführliche oder sogar komplette Dokumentation der Untersuchungsdaten im Anhang (z.B. Zeichnungen, Fotos, Messungen mit apparativen Verfahren)

Die Nachprüfbarkeit durch Fachkollegen sollte grundsätzlich im Auge behalten werden.

11.3.6 Überzeugungskraft und Akzeptanz von Gutachter und Gutachten

- ▶ Die Fragestellung und Anliegen des Auftraggebers werden richtig verstanden.
- ▶ Die Argumentation ist konsistent, logisch zwingend und stützt sich überzeugend auf objektivierbare Fakten.
- ▶ Probleme bei der Beantwortung der Fragestellung werden benannt
- ▶ Der Gutachter bezieht mit eindeutigen Ausführungen klar Stellung.
- ▶ Die Ausführungen sind widerspruchsfrei und mit Fakten kompatibel.
- ▶ Es erfolgt eine sachkompetente Auseinandersetzung mit möglichen Untersuchungs-, Auswertungs- und Beurteilungsalternativen.
- ▶ Es erfolgt eine prophylaktische und sachliche Auseinandersetzung mit kritischen Einwänden bei gegebenem Anlass - Vermutungen, fragwürdige Annahmen und Spekulationen werden vermieden.
- ▶ Das Für und Wider wird sachgerecht abgewogen, es werden keine voreiligen Schlüsse gezogen.
- ▶ Der Eindruck in Form und Inhalt ist professionell.
- ▶ Es gibt keinen Anlass zur Annahme von Befangenheit.

11.4 Die rechtliche Stellung des Sachverständigen in der Rechtsprechung

11.4.1 Hinzuziehungsfreiheit und Hinzuziehungspflicht

Grundsätzlich gilt, dass das Gericht den Sachverständigen nach seinem pflichtgemäßen Ermessen hinzuzieht.

Pflichtgemäße Hinzuziehung eines Sachverständigen ist jedoch dann erforderlich, wenn sich das Gericht keine genügende Sachkunde zutraut.

11.4.2 Begutachtungspflicht

Nach § 407 ZPO hat die Pflicht zur Begutachtung,

- ▶ wer sich ausdrücklich vor Gericht allgemein für Gutachten bestimmter Art oder im Einzelfall bereit erklärt hat;
- ▶ wer stillschweigend einen Auftrag entgegengenommen hat;
- ▶ wer mit der Erstellung eines Gutachtens beginnt;
- ▶ wer zur Erstattung eines Gutachtens vor Gericht erscheint;
- ▶ wer die unverzügliche Ablehnung eines Auftrags unterlässt;
- ▶ wer die Bereitschaftserklärung vor dem verordneten Richter abgibt. (Zuschlag, 2002)

Die Grenzen der Sachverständigenpflicht werden in der Zumutbarkeit gesehen. Inhaltlich erstreckt sich die Sachverständigenpflicht sowohl auf die Gutachtenerstellung einschließlich notwendiger Vorarbeiten als auch auf das Erscheinen vor Gericht.

11.4.3 Gutachtenverweigerungsrecht und Schweigepflicht

Zivilprozessordnung

Nach § 408 ZPO gilt:

„Dieselben Gründe, die einen Zeugen berechtigen, das Zeugnis zu verweigern, berechtigen einen Sachverständigen zur Verweigerung des Gutachtens.“ Dies betrifft nur den nach § 407 ZPO zur Begutachtung verpflichteten.

Dies sind u.a.: „[...] 6. Personen, denen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes Tatsachen anvertraut sind, deren Geheimhaltung durch ihre Natur oder durch gesetzliche Vorschrift geboten ist, in betreff der Tatsachen, auf welche die Verpflichtung zur Verschwiegenheit sich bezieht.“

Darüber hinaus gibt es ein Zeugnisverweigerungsrecht aus sachlichen Gründen „[...] über Fragen, deren Beantwortung dem Zeugen oder einem seiner im §383 Nr. 1 bis 3 bezeichneten Angehörigen zur Unehre gereichen oder die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden;“

Trotz Verweigerungsrecht besteht Zeugnispflicht nach § 385 ZPO Abs. 2, „[...] wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.“

Strafprozessordnung

In der Strafprozessordnung (353 StPO) ist das Zeugnisverweigerungsrecht aus beruflichen Gründen differenzierter dargestellt.

„Zur Verweigerung des Zeugnisses sind ferner berechtigt [...] 3. Rechtsanwälte, Patentanwälte, Notare, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, Steuerberater und Steuerbevollmächtigte, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Hebammen über das, was ihnen in dieser Eigenschaft anvertraut worden oder bekannt geworden ist.“ Bemerkenswert ist, dass der Berufspsychologe neben den Ärzten nicht explizit genannt ist. Mit der Gleichstellung ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes kann jedoch auch hinsichtlich eines Zeugnisverweigerungsrechts von einer Analogie ausgegangen werden.

Analog zur ZPO gilt, dass dennoch Zeugnispflicht besteht, wenn Berufsgeheimnisträger von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.“

Es besteht auch ein Zeugnisverweigerungsrecht für Berufshelfer solcher Berufsgeheimnisträger (z.B. Dolmetscher). Über die Ausübung des Rechtes dieser Hilfsperso-

nen, das Zeugnis zu verweigern, entscheiden die Berufsgeheimnisträger. Die Entbindung von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit gilt auch für die Hilfsperson.

Berufsordnung des Psychologen

Die Schweigepflicht des Psychologen ist in der Berufsordnung für Psychologen des Berufsverbandes deutscher Psychologen (BDP) e.V. gesondert geregelt in Anlehnung an § 203 StGB.

Insbesondere gilt: „[...] Die Schweigepflicht erstreckt sich auch auf denjenigen Gehilfen des Sachverständigen [z.B. Dolmetscher], der notwendigerweise mit der Vorbereitung oder Begleitung seiner Tätigkeit betraut ist.“

Mitarbeiter des Sachverständigen sind über ihre Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren, und diese Belehrung ist schriftlich festzuhalten.

Für die Fragestellung nicht relevante Informationen, die dem Sachverständigen während der Untersuchung anvertraut worden sind oder sonst bekannt geworden sind, darf dieser nur weitergeben, wenn er ausdrücklich von seiner Schweigepflicht entbunden worden ist.

Schweigepflicht des Sachverständigen gemäß § 203 StGB:

„II Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,
2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,
4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates oder
5. öffentlich bestellten Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet ist, anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist.“

11.4.4 Auswahl des Sachverständigen

Nach § 404 ZPO gilt:

“(1) Die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Anzahl folgt durch das Prozessgericht. [...]

(3) Das Gericht kann die Parteien auffordern, Personen zu bezeichnen, die geeignet sind, als Sachverständige vernommen zu werden.

(4) Einigen sich die Parteien über bestimmte Personen als Sachverständige, so hat das Gericht dieser Einigung Folge zu geben; das Gericht kann jedoch die Wahl der Parteien auf eine bestimmte Anzahl beschränken.”

11.4.5 Ablehnung des Sachverständigen

Nach §406 ZPO gilt:

„(1) Ein Sachverständiger kann aus denselben Gründen, die zur Ablehnung eines Richters berechtigen, abgelehnt werden.“ Beispiele:

- ▶ ein jetziges oder früheres Angestelltenverhältnis zu einer Partei;
- ▶ falsche Angaben über die tatsächlichen Grundlagen des Gutachtens;
- ▶ grobe Beleidigung gegenüber dem zu Begutachtenden;
- ▶ die Annahme einer privaten Zusatzvergütung;
- ▶ die nachweisbare Neigung des Sachverständigen zur Befangenheit.

11.4.6 Beeidigung

Bei der Beeidigung gehen StPO und ZPO auseinander. Während es im Strafprozess eher die Regel ist, dass der Sachverständige vereidigt wird, so ist im Zivilprozess eher die Regel, dass der Sachverständige grundsätzlich uneidlich vernommen wird. Dennoch ist es dem Gericht nach § 410 ZPO in das eigene Ermessen gelegt, den Sachverständigen zu vereidigen. Die Eidesnorm geht dahin, dass der Sachverständige das von ihm erforderte Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen erstatten werde oder erstattet hat.

11.4.7 Ermittlungen des Sachverständigen

Der Sachverständige ist nicht selbst zu eigenen Ermittlungen, Vernehmungen von Zeugen oder Beschuldigten oder eigenen Explorationen befugt. (Nur auf Weisung des Gerichts oder im Auftrag der Partei selbst)

11.4.8 Körperliche und psychologische Untersuchungen

Im Strafprozess (ausschließlich) kann das Gericht gegen den Willen eines Beschuldigten körperliche oder psychologische Untersuchungen anordnen.

11.4.9 Haftung

Wer ein mangelhaftes Gutachten erstellt, kann für daraus entstehende Schäden haftbar gemacht werden. Als angestellter oder beamteter Gutachter wird der Sachverständige in der Regel für solche Haftpflichtfälle versichert sein - soweit sie nicht mit dem Vorwurf der groben Fahrlässigkeit oder gar des Vorsatzes verbunden sind. Um nicht unversehens in Schwierigkeiten zu geraten, sollte daher insbesondere der freiberuflich tätige Sachverständige neben der Berufs-Rechtsschutzversicherung auch eine angemessene Berufs-Haftpflichtversicherung abschließen.

Für gerichtliche Gutachter gilt insbesondere die volle Haftung bei vorsätzlicher oder fahrlässiger Sachbeschädigung oder sittenwidrigem oder vorsätzlichem Schaden aus einem mangelhaften Gutachten.

Das Mangelhafte oder falsche Gutachten wird wie die fahrlässige Falschaussage des Zeugen bewertet. Uneidliche fahrlässige Falschaussage ist nicht strafbar. Bei Vorsatz und Vereidigung wird ein falsches Gutachten als vorsätzlicher Falscheid oder Meineid (§ 154 StGB) behandelt und mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft.

11.5 Die Fachkompetenz des Gutachters

11.5.1 Fachkompetenz für das relevante Fachgebiet

Der Sachverständige hat eine für das entsprechende Fachgebiet einschlägige Berufsausbildung abgeschlossen.

11.5.2 Neuester Wissensstand für das relevante Fachgebiet

- ▶ Kenntnisse und Untersuchungsmethoden sind auf dem aktuellen fachlichen bzw. wissenschaftlichen Stand.
- ▶ Der Sachverständige muss über ausreichende einschlägige Berufserfahrung verfügen.
- ▶ Erfüllt der Sachverständige die Voraussetzungen nicht, hat er dies dem Auftraggeber mitzuteilen und gegebenenfalls auf den Auftrag zu verzichten.
- ▶ Überschreiten Teile des Auftrages seinen unmittelbaren Kompetenzrahmen oder seine eigenen Arbeitsmöglichkeiten, hat er dies dem Auftraggeber ebenfalls mitzuteilen, und kann gegebenenfalls in Absprache Unteraufträge vergeben, wenn dieses Vorgehen vereinbart oder üblich ist.

11.6 Literatur

Die vorangegangenen Ausführungen sind eine knappe Zusammenfassung eines weiten Sachgebiets. Es mag den Leser mit den wichtigsten Informationen ausstatten, spezielle Fragen aber nicht beantworten. Daher sind nachfolgend Literaturhinweise genannt, die einen vertieften und umfassenderen Zugang für Interessierte eröffnen.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (Hrsg.) (1988). Richtlinien für die Erstellung psychologischer Gutachten. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hrsg) (2001). Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern (3. Aufl.). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Creifelds, C. (1997). Rechtswörterbuch. München: Beck.

Fisseni, H.-J. (1990). Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.

Fisseni, H.-J. (1992). Persönlichkeitsbeurteilung. Zu Theorie und Praxis des psychologischen Gutachtens. Göttingen: Hogrefe.

Kühne, A. & Zuschlag, B. (2001). Richtlinien für die Erstellung psychologischer Gutachten. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Kühne, H. H. (1986). Berufsrecht für Psychologen. Baden Baden: Nomos.

Zuschlag, B. (2002). Das Gutachten des Sachverständigen (2. Aufl.). Göttingen, Bern: Hogrefe Verlag.

12 Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen (SBPM)

Hans Wolfgang Gierlichs, Ferdinand Haenel, Franziska Henningsen, Eva Schaeffer, Helga Spranger, Mechthild Wenk-Ansohn, Waltraut Wirtgen

12.1 Fachliche Voraussetzung der Gutachter.....	247
12.2 Fortbildungsinhalte	248
12.3 Zur Erstellung des Gutachtens	251
12.3.1 Gliederung ohne Kommentierung	251
12.3.2 Gliederung mit Kommentierung	253

12.1 Fachliche Voraussetzung der Gutachter

I Eingangsvoraussetzungen:

- ▶ Approbierter ärztlicher, psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut einschließlich des Personenkreises, für welchen die Übergangsregelung zutrifft.
- ▶ Nachweis von mindestens fünf Jahren klinischer Tätigkeit im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik in Praxis, Beratungsstelle oder Klinik.

II Nachweis spezifischer Fortbildungsinhalte (siehe Abschnitt 12.2 Fortbildungsinhalte):

- ▶ Spezielle Kenntnisse in der Psychotraumatologie sowie interkultureller und aufenthaltsrechtlicher Besonderheiten in der Begutachtung.

- ▶ Nachweis von drei supervidierten Gutachten.

III Übergangsregelungen:

Kollegen, die vor dem gutachterlich tätig waren, können die gutachterliche Zertifizierung erhalten, wenn sie fünf Fachgutachten bzw. gutachterliche Stellungnahmen, davon zwei mit Hilfe von Dolmetschern erstellte Gutachten, nachweisen.

12.2 Fortbildungsinhalte

Die Fortbildungsinhalte werden als einzelne Module ausgewiesen. Die Kenntnisse können in einem in sich geschlossenen und auf den Richtlinien der SBPM basierenden Curriculum erworben werden. Es ist auch möglich, Kenntnisse einzelner Module in dafür geeigneten anderen Fortbildungsveranstaltungen zu erwerben und zu dem Gesamtfortbildungsinhalt zusammenzufügen.

Grundmodul: allgemeine gutachterliche Kenntnisse

- ▶ gutachterliche Techniken:
 - Exploration
 - Beziehungsanalyse und Verhaltensbeobachtung in der Gutachtensituation
 - Psychodiagnostische Testverfahren
 - Interpretation und Integration erhobener Untersuchungsergebnisse
 - Klärung der Notwendigkeit von Zusatzgutachten
 - Formale Gestaltung eines schriftlichen Gutachtens
- ▶ Unterschiede zwischen Attesten, Bescheinigungen, Stellungnahmen und Gutachten
- ▶ Rechtlicher Rahmen:
 - Sozialrecht
 - Strafrecht
 - Bundesversorgungsgesetz

rechtliche Stellung des Gutachters vor Gericht

- ▶ ethische Grundlagen gutachterlicher Tätigkeit

Aufbaumodul: Psychotraumatologie

- ▶ Psychotraumatologie inklusive Differentialdiagnostik
- ▶ Formen traumatisierender Gewalt

Aufbaumodul: Rechtliche, politische und ethische Rahmenbedingungen der Begutachtung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

- ▶ interkulturelle Besonderheiten in der Begutachtung:
 - Kulturspezifische, soziale, politische Strukturen
 - Formen politisch organisierter Gewalt und ihre Auswirkungen
 - Gesundheits- und Krankheitsbegriff im Kulturvergleich
 - Kommunikationsformen und deren Auswirkungen auf gutachterliche Interaktionen
- ▶ Einsatz von Dolmetschern in der Gutachtensituation
- ▶ Asyl- und Ausländerrecht, Struktur der Verwaltung von Flüchtlingen, Entscheidungswege
- ▶ Anfragen und Äußerungsformen in Flüchtlingsbereich (Attest, Bescheinigung: Auftraggeber: Betroffene; Adressat: z.B. Arbeitgeber, Sozialbehörde; kurze klinische Einschätzung, freie Formulierung; Verfasser: behandelnder Psychotherapeut)
- ▶ praktische Übungen
- ▶ themenzentrierte Gruppenselbsterfahrung von 20 Doppelstunden zum Thema Extremtrauma und Traumatisierung
- ▶ begleitende Supervision von drei Gutachten

Stellungnahme: Auftraggeber: meist nicht entscheidungskompetent (Betroffene, RÄ), aber auch Bundesamt, Gerichte, Ausländerbehörde; Adressat: Bundesamt, Gerichte, Ausländerbehörde; Verfasser: behandelnder Psychotherapeut

Gutachten: Auftraggeber entscheidungskompetente Behörden (Gerichte, Bundesamt, Ausländerbehörde); Verfasser: ein diesen Patienten nicht behandelnder Psychotherapeut

Kommentar:

Alle beruflichen Gruppierungen sind sich darin einig, dass der Untersucher über eine Selbsterfahrung verfügen sollte, in der er seine Entwicklung, Persönlichkeitsstruktur und seine eventuell selbst erfahrenen Traumata bearbeiten konnte. Über die Art und Intensität der Selbsterfahrung haben sich die einzelnen beruflichen Gruppierungen sehr unterschiedlich geäußert, was in engem Zusammenhang mit den eigenen Ausbildungsrichtlinien und theoretischen Grundannahmen zu verstehen ist. So zweifeln Analytiker an, ob eine analytische Selbsterfahrung von 120 Stunden genügen kann, Vertreter der akademischen Psychologie-Ausbildung plädieren dafür, Fortbildungen auf dem Gebiet der Psychotraumatologie mit einzubeziehen. Wir sahen uns vor die Aufgabe gestellt, hier einen Kompromiss vorzuschlagen, der in möglichst allen Berufsfeldern konsensfähig ist und der Sache gerecht wird. Wir gehen davon aus, dass approbierte ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten im Rahmen ihrer Ausbildung ein ausreichendes Maß an Selbsterfahrung nachweisen können. Darüber hinaus ist die Teilnahme an einer themenzentrierten Gruppenselbsterfahrung zum Thema „Extremtrauma und seine psychischen Folgen“ mit 20 Doppelstunden sinnvoll und notwendig.

Für die Durchführung der Übergangsregelungen und der Fortbildung werden Kollegen benannt, die große Erfahrung in der interkulturellen Trauma-Begutachtung haben. Sie sehen die Gutachten der Kollegen durch, die unter die Übergangsregelungen fallen, dabei müssen diese Gutachten nicht nach dem hier vorgeschlagenen Aufbau erstellt sein.

Sie führen die Fortbildungen und Supervisionen durch und beurteilen die einzureichenden Gutachten. Bedingungen und Fristen sollten ausgehandelt werden, nachdem das Verfahren erprobt und evaluiert werden konnte. Ein gemeinsames Gremium aus Ärztekammer und Psychotherapeutenkammer spricht die Ernennung aus.

12.3 Zur Erstellung des Gutachtens

Übersicht der Gliederung eines Gutachtens (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren)

- I. Gutachtauftrag
- II. Quellen
- III. Fragestellung und Hypothesen
- IV. Vorgeschichte
- V. Befunde
- VI. Diskussion und Beurteilung, Diagnose
- VII. Beantwortung der Fragen
- VIII. Zusammenfassung
- IX. Literaturangaben

12.3.1 Gliederung ohne Kommentierung

Betreff: Rechtsstreit des gegen Bundesrepublik Deutschland

Vertreten durch das Bundesamt für

Aktenzeichen:....

Bezug: Gutachtauftrag vom

I. Gutachtauftrag

Im Auftrag der xx. Kammer des Verwaltungsgerichtes vom wird in dem Rechtsstreit des Herrn/der Frau XY gegen die Bundesrepublik Deutschland das folgende psychiatrisch-neurologische/medizinische/psychologische Fachgutachten nach ambulanter/stationärer Untersuchung vom erstattet.

II. Quellen

Das Gutachten stützt sich auf:

1. Das Anhörungsprotokoll (des Bundesamtes) vom.....GZ:.....
2. Die Akte des Verwaltungsgerichts AZ:.....
3. Vorliegende ärztliche/psychologische Stellungnahmen von.....
4. Eigene Anamneserhebung und medizinische/(test)psychologische Untersuchung vom.....über jeweilsStunden....mit Hilfe eines Dolmetschers für.....
5. Fremdanamnestic Angaben von

III. Fragestellung und Hypothesen

Das Gutachten soll sich zu folgenden Fragen der Beweisanordnung äußern:.....

IV. Vorgeschichte

A. Vorgeschichte anhand der Aktenanlage

B. Vorgeschichte anhand eigener Angaben

1. Beschwerden/Angaben zur Symptomatik
2. spezielle Vorgeschichte (Traumaanamnese)
3. biographische Anamnese
4. Familienanamnese
5. allgemeine (somatische) Anamnese

V. Befunde

Psychischer Befund, Verhaltensbeobachtung/Beziehungsanalyse

Fakultativ:

- allgemeinmedizinischer, internistischer Befund

- ▶ neurologischer Befund
- ▶ Befunde testpsychologischer Untersuchungsverfahren
- ▶ apparative Untersuchungsbefunde

VI. Diskussion und Beurteilung, Diagnose

VII. Beantwortung der Fragen

Die Fragen des- Gerichtes/Bundesamtes werden wie folgt beantwortet:

VIII. Zusammenfassung

IX. Literaturangaben

12.3.2 Gliederung mit Kommentierung

Betreff: Rechtsstreit des gegen Bundesrepublik Deutschland

Vertreten durch das Bundesamt für

Aktenzeichen:.....

Bezug: Gutachtauftrag vom

I. Gutachtauftrag

Im Auftrag der xx. Kammer des Verwaltungsgerichtes vomwird in dem Rechtsstreit des Herrn/der Frau XY gegen die Bundesrepublik Deutschland das folgende psychiatrisch-neurologische/medizinische/psychologische Fachgutachten nach ambulanter/stationärer Untersuchung vom..... erstattet

Kommentar:

Die Annahme eines Gutachtenauftrages setzt voraus, dass sich der Beauftragte nicht nur vergewissert hat, dass die Beantwortung der Fragen in seinen fachlichen Kompetenzbereich fällt, sondern auch, dass der zu Begutachtende nicht Patient von ihm ist oder sonst zu ihm oder seinen Angehörigen in irgendeiner näheren Beziehung steht. Die Unabhängigkeit des Gutachters darf in keiner Weise beschränkt oder beeinträchtigt sein. Andernfalls ist der Gutachtenauftrag zurückzugeben.

Der Gutachter hat auch zu klären, ob der Gutachtenauftrag infolge ethnischer, geschlechtsspezifischer, religiöser oder politischer Befangenheiten zwischen Gutachter, Dolmetscher und Flüchtling beeinträchtigt werden könnte. Er überprüft, dass Flüchtling und Dolmetscher nicht verwandt oder bekannt sind. Er teilt dem Flüchtling mit, dass dieser ohne Nachteile, ähnlich wie im deutschen Sozialrecht, einen Gutachter ablehnen kann.

Stellungnahmen mit einer kürzeren Darstellung von Vorgeschichte, Beschwerdebild, Befunden und Beurteilung kann der Behandler seinem Patienten zur Vorlage bei einer eigens benannten Behörde ausstellen. Ihr Auftraggeber ist in der Regel der Patient oder dessen Rechtsvertretung. Sie ist in der Regel als „Parteivortrag“ zu werten und sollte als solcher kenntlich sein durch eine eingangs gemachte Feststellung, dass sich der Betreffende in Behandlung des Unterzeichners befindet. Ihre große Bedeutung ergibt sich aus der längerfristigen prozesshaften Beobachtung des Patienten, die Traumatisierungen häufig erst erkennbar werden lässt.

Atteste und Bescheinigungen des Behandlers enthalten meist nur die Diagnose.

II. Quellen

Das Gutachten stützt sich auf:

1. Das Anhörungsprotokoll des Bundesamtes vom.....GZ:.....
2. Die Akte des Verwaltungsgerichts AZ:.....
3. Vorliegende ärztliche/psychologische Stellungnahmen von.....
4. Eigene Anamneserhebung und medizinische/(test)psychologische Untersuchung vom.....über jeweilsStunden....mit Hilfe eines Dolmetschers für.....

5. Fremdanamnestic Angaben von

Kommentar:

Hier findet sich nach Art eines Inhaltsverzeichnisses die Übersicht aller hinzugezogenen Quellen.

III. Fragestellung und Hypothesen

Das Gutachten soll sich zu folgenden Fragen der Beweisanordnung äußern:

1.
2.
3.
4.

Kommentar:

Hier werden im Einzelnen die Fragen der Beweisanordnung notiert. Sind sie zu umfangreich wie z.B. bei Rentengutachten, so wird eine kurze Zusammenfassung gegeben und im Einzelnen auf die in der Beweisanordnung aufgeführten Fragen verwiesen. In ausländerrechtlichen Verfahren ist dies meist nicht der Fall. In Asylklageverfahren geht es in der Regel um die Frage, ob psychische, aber auch physische Gesundheitsstörungen vorliegen, welche die Angaben der Antragsteller oder Kläger zu ihrem Asylbegehren auf Grundlage von Art. 16a GG oder §60.1 AufenthG oder §60.2-7 (zielstaatenbezogene Abschiebehindernisse) stützen. In anderen *aufenthaltsrechtlichen Verfahren* wie z.B. bei den bosnischen Kriegsflüchtlings wird in der Regel gefragt, ob psychisch reaktive Traumafolgen bestehen und ob diese sich im Kontext einer Rückführung tief greifend und lebensbedrohlich verschlechtern können, so dass auch hier ein Abschiebehindernis nach § 53 Abs. 6 AuslG besteht.

Im Einzelnen können die Fragen in *Asylverfahren* z.B. lauten wie folgt:

1. Unter welchen Gesundheitsstörungen, die Ihr Fachgebiet betreffen, leidet der/ die Kläger/in?

2. Leidet der/die Kläger/in an einer posttraumatischen Belastungsstörung entsprechend DSM-IV /ICD-10?
3. Wenn ja, ist die posttraumatische Belastungsstörung durch Misshandlungen und Folterungen in ihrem Heimatland hervorgerufen worden oder hat sie andere Ursachen?
4. Sind bei der/dem Kläger/in noch weitere körperliche und seelische Spuren bzw. Spätfolgen feststellbar, die Rückschlüsse auf eine erlittene Folter zulassen?

Bei eventuellen Fragen zur Prognose unter einer therapeutischen Behandlung ist in der Diskussion auszuführen, dass eine Behandlung sinnvollerweise nur erfolgen kann, wenn sie von aufenthaltsrechtlichen Fragen gänzlich abgekoppelt ist und wenn der Therapieerfolg nicht mit einer Rückführung in das Land, in dem die Traumatisierung stattgefunden hat, verknüpft wird.

Der beauftragte Gutachter ist nun verpflichtet festzustellen, inwieweit die Beantwortung der Fragen in sein Fachgebiet fällt. Wenn nicht oder wenn er Zweifel hat, nimmt er telefonische Rücksprache mit dem/ der Richter/in und muss ggf. den Auftrag an das Gericht zurückgeben.

Zweitens hat er zu überprüfen, inwieweit die Beantwortung der in der Beweisordnung gestellten Fragen dem zugrunde liegenden Problem inhaltlich gerecht werden.

Aussagepsychologische Fragestellungen zur Glaubhaftigkeit von Angaben, die zur Begründung eines Asylantrages gemacht werden, sind nicht zu beantworten. Der Auftraggeber ist darauf hinzuweisen, dass diese Fragestellungen in den Bereich der forensischen Psychologie gehören, in welcher allerdings zur Zeit keine standardisierten und wissenschaftlich validierten Verfahren zur Überprüfung der Glaubhaftigkeit von Angaben psychisch traumatisierter Personen zur Verfügung stehen, zumal solcher, die nicht dem hiesigen Kulturkreis angehören.

Der Gutachter hat jedoch den Zusammenhang zwischen auslösender Traumatisierung und Symptomatik zu belegen. Insofern können klinische Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen nach bestehenden psychischen Traumafolgen wesentliche Anhaltspunkte enthalten, die für oder gegen den Erlebnisbezug von Aussagen zur traumati-

schen Vorgeschichte sprechen, wie sie auch Hinweise dafür geben können, inwieweit die Aussagefähigkeit des Begutachteten krankheitsbedingt eingeschränkt ist oder nicht.

Fragen zur „Reisefähigkeit“ sind ebenfalls nicht zu beantworten. Ein körperlich oder psychisch kranker Flüchtling kann im Falle seiner Rückkehr in sein Heimatland gesundheitlich lebensbedrohlich gefährdet, aber dennoch reisefähig sein. Die Beschränkung der Fragestellung auf bestehende Reisefähigkeit würde in diesem Falle dem eigentlichen Kern des Problems nicht gerecht werden. Hierauf ist der Auftraggeber telefonisch/ggf. schriftlich aufmerksam zu machen. Da bei Gericht eine Änderung der Beweisanordnung Monate in Anspruch nehmen kann, genügt in der Regel das mündliche Einverständnis des beauftragenden Richters, die Begutachtung gemäß einer fachlich sinnvoll erweiterten Fragestellung auszuführen.

Zur Hypothesenbildung (fakultativ). Die Bildung von Hypothesen ist der forensischen Psychologie entlehnt. Sie gehört somit nicht notwendigerweise in den Bereich medizinisch-psychologischer Begutachtung. Sie kann aber hilfreich sein.

Da Hypothesen aussagenlogisch niemals eindeutig belegt sondern nur widerlegt werden können, kann über die Widerlegung einer Hypothese die zugehörige Frage eindeutig bejaht werden. Eine exakte Beweisführung untersucht, inwieweit die erhobenen Befunde die einzelnen Hypothesen widerlegen oder nicht.

Um die Argumentation schlüssig und logisch abzusichern, kann diese Art der Beweisführung implizit in der späteren Diskussion im Abschnitt VI. Berücksichtigung finden.

Aus der Negation der in den Fragen 1 bis 4 enthaltenen Aussagen werden folgende Hypothesen gebildet:

- ▶ H^0 : Der Kläger leidet unter keiner das Fachgebiet des Untersuchers betreffenden Gesundheitsstörung
- ▶ H^1 : Der Kläger leidet an keiner posttraumatischen Belastungsstörung.
- ▶ H^2 : Der Kläger leidet an einer posttraumatische Belastungsstörung die nicht durch Misshandlungen und Folterungen im Herkunftsland hervorgerufen worden ist.
- ▶ H^3 : Es sind bei dem Kläger keine weiteren körperlichen und seelischen Spuren bzw. Spätfolgen feststellbar, die Rückschlüsse auf eine erlittene Folter zulassen.

Ist im obigem Beispiel H^0 und H^1 widerlegt, H^2 aber nicht, führt dies zu folgender Antwort: Der Kläger leidet an einer posttraumatische Belastungsstörung, die aller Wahrscheinlichkeit nach nicht durch Misshandlungen und Folterungen im Herkunftsland hervorgerufen worden ist, sondern andere Ursachen hat.

IV. Vorgeschichte

A. Vorgeschichte anhand der Aktenanlage

Kommentar:

Hier findet eine *knappe und übersichtliche* Zusammenfassung *aller für die Beantwortung der Fragen relevanten* Daten aus den Akten statt. In aufenthaltsrechtlichen Klageverfahren mit nur wenigen Unterlagen wie Anhörungs- und Verhandlungsprotokoll kann mitunter darauf verzichtet werden. Vorgegangene Stellungnahmen oder gar Gutachten sollten hier vor allem dann Erwähnung finden, wenn es sich später in der Diskussion herausstellt, dass der Gutachter zu einer anderen Auffassung als seine Vorgänger gelangt ist.

B. Vorgeschichte anhand eigener Angaben

1. Beschwerden/Angaben zur Symptomatik
2. spezielle Vorgeschichte (Traumaanamnese)
3. biographische Anamnese
4. Familienanamnese
5. allgemeine (somatische) Anamnese

Kommentar:

Es handelt sich im Wesentlichen um subjektive Angaben des Klägers/Antragstellers.

V. Befunde

Psychischer Befund, Verhaltensbeobachtung/Beziehungsanalyse

Fakultativ:

- ▶ allgemeinmedizinischer, internistischer Befund
- ▶ neurologischer Befund
- ▶ Befunde testpsychologischer Untersuchungsverfahren
- ▶ apparative Untersuchungsbefunde

Kommentar:

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der *begründet und je nach professioneller Ausrichtung des Gutachters* zur Anwendung gelangten Untersuchungen (ohne Interpretation und Beurteilung) dargestellt. In einer gewissen Variationsbreite sollten sie, wenn fachlich richtig ausgeführt, reproduzierbar sein und haben insofern gegenüber den Angaben des Klägers in Abschnitt IV. B einen *objektiveren Charakter*.

VI. Diskussion und Beurteilung, Diagnose

Kommentar:

In diesem Kapitel erfolgt die Interpretation und Beurteilung der einzelnen in Abschnitt V. dokumentierten Befunde und Untersuchungsergebnisse sowie deren Einordnung in einen Gesamtzusammenhang, aus welchem heraus sich anhand differentialdiagnostische Überlegungen die Diagnosen ergeben. Wenn eine oder mehrere Gesundheitsstörungen vorliegen, gilt es, hernach die Frage nach deren *wahrscheinlichen* kausalen Genese zu ermitteln. Die Abschätzung der Wahrscheinlichkeit kann quantitativ abgestuft erfolgen: mit Wahrscheinlichkeit, mit hoher Wahrscheinlichkeit, mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit. Nebenbei: Man hüte sich vor dem allzu häufigen Gebrauch von Superlativen. Dieser Abschnitt ist geprägt vor allem durch die Fachkompetenz und Erfahrung des Gutachters, aber in gewissem – aber hoffentlich viel geringerem Maße – auch seiner Subjektivität, die ihn veranlassen mag, dem einen Befund größeres Gewicht beizumessen als einem anderen.

VII. Beantwortung der Fragen

Die Fragen des- Gerichtes/Bundesamtes werden wie folgt beantwortet:

Zu 1.

Zu 2.

Zu 3.

Zu 4.

Kommentar:

Nach der Diskussion und Beurteilung der Befunde sowie Diagnosestellung und Klärung der wahrscheinlichen Genese werden alle Fragen einzeln beantwortet, je nachdem ob sich die aus ihnen im Abschnitt III. abgeleiteten Hypothesen widerlegen lassen oder nicht.

VIII. Zusammenfassung

Kommentar:

Eine halbe bis dreiviertel DIN A 4 Seite umfassen.

IX. Literaturangaben

Kommentar:

Selbstverständlich nur die für die Beantwortung der Fragen relevante Literatur soll hier aufgeführt werden.

13 Mustergutachten

Angelika Birck, Ferdinand Haenel

13.1 Mustergutachten I	261
13.2 Mustergutachten II	285

13.1 Mustergutachten I

Verwaltungsgericht

Berlin, den

Betreff: Verwaltungsrechtssache des Herrn **X.** gegen die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (Adresse)

Aktenzeichen: ...

Bezug: Gutachtenauftrag vom ... 2002

I. Gutachtenauftrag

Im Auftrag des Verwaltungsgerichtes ... erstatten die Unterzeichner das folgende Psychologische und ärztliche Fachgutachten über Herrn ... , geboren am ..., wohnhaft ..., türkischer Staatsbürger kurdischer Volkszugehörigkeit, nach ambulanter Untersuchung

am ... und ... 2002 mit Hilfe eines Dolmetschers für Kurmanci. Er hat sich ausgewiesen durch die Aufenthaltsgestattung Nr., erteilt am ... vom Einwohneramt

II. Quellen

Das Gutachten stützt sich auf:

1. das Anhörungsprotokoll des Bundesamtes vom2000, AZ,
2. die Niederschrift über die Verhandlung der ... Kammer des Verwaltungsgerichts ... vom2002, AZ: ...,
3. die medizinische Untersuchung und Anamneseerhebung durch Herrn Dr. med. Ferdinand Haenel, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, durchgeführt mit kurdischer Sprachvermittlung, am2002 über vier Stunden,
4. die Anamneseerhebung und psychologische Untersuchung durch Frau Dr. phil. Angelika Birck, Psychologin, vom und2002 über jeweils zwei Stunden mit Hilfe eines Dolmetschers für Kurmanci.

III. Fragestellung

Das Gutachten soll sich zu folgenden Fragen der Beweisanordnung äußern:

1. War der Kläger während der von ihm geschilderten Aufenthalte in türkischen Gefängnissen bzw. in Polizei-/Gendarmeriewachen physischen oder psychischen Misshandlungen ausgesetzt?
2. Um welche Misshandlungen handelte es sich gegebenenfalls?
3. Welche physischen oder psychischen Folgen hatten oder haben die unter 2. genannten Misshandlungen für den Kläger?
4. Ist eine Behandlung der zu 3. festgestellten (Folge-) Schäden erforderlich?
5. Welche Behandlungsmaßnahmen sind ggf. erforderlich?
6. Steht zu erwarten, dass die ggf. erforderliche Behandlung zu einer endgültigen Heilung führt?
7. Welche Auswirkungen im Hinblick auf den psychischen Zustand des Klägers sind zu befürchten, wenn er – ohne/gegen seinen Willen – in die Türkei zurück-

kehren müsste, nachdem er zuvor wegen der festgestellten Schäden behandelt würde?

IV. Vorgeschichte

A. Vorgeschichte anhand der Aktenlage

Entsprechend der Angaben im Anhörungsprotokoll des Bafl vom2000 sei Herr X. der Sohn von Frau ... und Herrn ..., er sei geboren am ... und habe mit seinen Eltern und ... Geschwistern (... Brüder, ... Schwestern) im Dorf ... (Kreis..., Provinz ...) gelebt. Ein weiterer Bruder und ein Onkel lebten in Berlin. Die Familie habe Landwirtschaft betrieben. Er sei fünf Jahre zur Schule gegangen und habe danach der Familie bei der Landwirtschaft geholfen. Er interessiere sich nicht für Politik. Sein Vater habe für die HA-DEP gearbeitet, deswegen und weil er die Kurden mit Geld und Lebensmitteln unterstützt habe, sei sein Vater bedroht, verfolgt und wiederholt festgenommen worden. Sicherheitskräfte seien ins Dorf gekommen, sie hätten den Vater und ihn, Herrn X., geschlagen und hätten den Vater aufgefordert, Dorfschützer zu werden. Wenn der Vater sich weigere, würden sie seinen Sohn, den Kläger Herrn X., in die Berge schicken und dort gegen die Guerilla einsetzen. Wegen der Aktivitäten des Vaters, und um diesen unter Druck zu setzen, sei Herr X. einmal auf die Wache mitgenommen und dort für zwei Tage festgehalten worden. Das sei im Jahr der Ausreise (2000) gewesen, an das genaue Datum könne er sich nicht erinnern, weil sich im Dorf die Tage, Wochen und Monate nicht voneinander unterscheiden würden, er wisse nur, wann bestimmte Feierlichkeiten seien. Man habe ihm die Schuhe und die Jacke weggenommen und ihn in eine kleine Zelle gesperrt. Er habe auf dem Boden schlafen müssen. Morgens sei er mit Fußtritten geweckt worden. Man habe ihn mit einem Stock geschlagen, aufgrund der Schläge sei er einmal zu Boden gefallen. Am Boden liegend, sei er mit Füßen getreten worden und bedroht worden, man würde ihn „im Kampf gegen die Kurden“ einsetzen. Man habe ihm mit weiterer Verfolgung gedroht, sollte sein Vater nicht Dorfschützer werden. Nach zwei Tagen hätten die Sicherheitskräfte ihn mit einem Fahrzeug in ein anderes Dorf gebracht und ihn dort abgesetzt. Dort habe er einem Mann gesagt, dass er Hilfe brauche, dieser habe dann seinen Vater benachrichtigt. Ein Onkel habe ihn von dort abgeholt. Aufgrund der Bedrohung mit weiterer Verfolgung habe ihm der Vater zur

Ausreise geraten und über einen Freund einen Schlepper organisiert. Zusammen mit dem Vater habe er sich bei der Behörde einen Pass besorgt. Etwa zwei Monate vor der Asylantragstellung (Rekonstruktion A., B.: etwa im August/September 2000) und im Alter von 16 Jahren sei er mit Hilfe eines Schleppers per LKW in Deutschland eingereist. Er könne sich nicht an die genauen Reisedaten und an die genaue Dauer der Reise erinnern. Er sei während der ganzen Reise auf der Ladefläche des LKW gewesen und habe nicht sehen können, durch welche Länder sie reisten. Er habe sofort nach Einreise einen Asylantrag gestellt, damals jedoch sein Geburtsjahr fälschlicherweise als ... angegeben, weil er damals keinen Nüfus dabei gehabt habe, deswegen habe er das Geburtsjahr verwechselt. Wenn er in die Türkei zurückkehren müsse, fürchte er weitere Verhöre (warum er das Land verlassen hätte) und erneute Folter.

Laut Protokoll des VG ... vom 2002 habe Herr X. im Dorf ... (Kreis ...) gelebt. Der Vater habe für die HADEP gearbeitet und Guerilla-Kämpfer mit Essen versorgt, deswegen sei der Vater dreimal festgenommen und gefoltert worden. Der Vater habe auch Herrn X. mit Essen in die Berge geschickt. Der Vater sei deswegen von Soldaten unter Druck gesetzt worden. Einmal habe ein Dorfbewohner Herrn X. gesehen und ihn „verpetzt“, daraufhin sei er auf die Gendarmeriewache nach Bozova mitgenommen und dort zwei Tage lang festgehalten worden. Man habe ihn in einen dunklen Raum ohne Mobiliar gesperrt, er habe auf dem Boden schlafen müssen. Man habe ihm die Schuhe weggenommen, diese habe er später ohne Schnürsenkel wiederbekommen. Morgens sei er mit Fußtritten geweckt worden, tagsüber sei er vernommen und geschlagen worden. Nach zwei Tagen habe man ihn freigelassen. Durch die Schläge und Tritte habe er Schmerzen gehabt, er sei erkältet gewesen.

Laut Anschreiben des Verwaltungsgerichts vom ... habe der Kläger nach eigenen Angaben im Jahr 2000 zwei Tage auf einer Polizeiwache in .../Türkei verbracht und sei dort schwer gefoltert worden. Er sei getreten und geschlagen worden. Er könne und wolle sich nicht an die furchtbaren Folterungen erinnern, weil dann „alles wieder hochkomme“, das könne er nicht ertragen. Er befinde sich nicht in fachärztlicher Behandlung.

B. Vorgeschichte anhand eigener Angaben

Beschwerden/Angaben zur Symptomatik

Herr X. klagt über Kopfschmerzen sowie über periodisch auftretende Schmerzen in Zeiten, in denen viele Erinnerungen an die erlebte Folter zurückkehrten, wobei zum Beispiel der Bereich unter dem linken Schulterblatt anzuschwellen und zu schmerzen beginne, ebenso wie der Bereich seiner großen Narbe am linken Unterschenkel. Er leide häufig unter Angst, sei deshalb aus dem Einzelzimmer im Asylbewerberheim herausgekommen und wohne jetzt in einer Privatunterkunft bei Landsleuten.

Er sei nervös und unruhig und erschrecke leicht, etwa wenn er laut angesprochen werde. Er könne oft nicht einschlafen. Häufig müsse er daran denken, was mit ihm geschehen sei, er habe dann die Bilder vor Augen. Weil er das nicht aushalte, daran zu denken, wolle er nicht daran erinnert werden. Er versuche, nicht darüber zu sprechen, es falle ihm sehr schwer, Fragen dazu zu beantworten. Auch mit seinen Freunden versuche er, das Thema zu vermeiden. Wenn er doch darüber spreche, könne er noch schlechter schlafen, es gehe ihm dann sehr schlecht, er bekomme Kopfschmerzen. Wenn er die Bilder vor sich sehe, oder wenn er in Gedanken und sehr nervös sei, zittere er oft auch am ganzen Körper, er schwitze dann auch und bekomme Herzklopfen. Auch die diagnostische Erhebung der Traumaanamnese habe er als stark belastend erlebt, da er dadurch an alles erinnert werde. Er habe seitdem (geäußert beim Gespräch einen Tag später) nichts essen und nicht schlafen können, er sei andauernd nervös und unruhig.

Er sei sehr unkonzentriert und vergesslich, oft könne er sich nicht mehr an Dinge erinnern, die er noch am Tag davor gemacht habe. Er könne sich auch wichtige Dinge oft nicht merken, etwa hätten ihn Freunde mehrfach daran erinnern müssen, dass er für die Fahrt nach Berlin eine Erlaubnis zum Verlassen des Aufenthaltsortes beantragen müsse. Dies habe er immer wieder vergessen, so dass er die Genehmigung erst in letzter Minute hätte besorgen können. Er sei im Kopf „durcheinander“ und würde deswegen viele Dinge vergessen. Danach befragt, ob er jemals einen Unfall oder eine schwere Krankheit gehabt hätte, sagt Herr X., dies sei nicht der Fall gewesen, oder wenn es so gewesen sei, könne er sich nicht mehr daran erinnern. (Auf Nachfrage:) Er könne sich nicht mehr so genau daran erinnern, was er in seinem Leben schon erlebt habe, es könne sein, dass er Dinge vergessen habe, er wisse es nicht.

Er werde auch rasch aufgebracht und wütend, früher sei er nicht so gewesen. Seine Freunde würden oft mit ihm „schimpfen“, (auf Nachfrage:) weil er manchmal auf ihre Fragen nicht reagieren würde, dann wieder werde er schnell wütend. Er würde deshalb manchmal nicht reagieren, wenn sich Menschen mit ihm unterhalten wollten, weil er oft „nicht anwesend“ sei. Er sei dann zwar wach, aber er könne nicht reagieren und sei „nicht bei sich“, das könne er sich nicht erklären. Deswegen habe er sich auf dem ihm bekannten Nachhauseweg auch schon verlaufen. Es passiere ihm ein- bis zweimal pro Woche, dass er „nicht anwesend“ sei.

Er habe andauernd Gedanken an die Dinge, die ihm geschehen seien. Er habe auch Alpträume, verstärkt dann, wenn er nervös sei, wenn tagsüber jemand mit ihm „schimpfe“ oder wenn er Probleme habe. Er werde dann manchmal durch diese Träume wach, bemerke, dass er geschwitzt habe und zittere am rechten Bein, außerdem habe er starke Angstzustände. Er erinnere sich manchmal noch an die Bilder im Traum, aber er wolle das vergessen. (Auf Nachfrage:) Er erinnere sich nicht daran, was er träume. Wenn er aus schlimmen Träumen erwache, müsse er aufstehen und umhergehen, sonst könne er nicht wieder zur Ruhe kommen.

Es gebe nichts mehr, was ihm Freude mache. Er sei immer freudlos und müde. (Auf Nachfrage:) Er besitze keine schönen Erinnerungen. Alles sei anstrengend, am liebsten würde er morgens nicht mehr aufwachen und tot sein. Angesprochen auf Gedanken oder Pläne, sich selbst umzubringen, reagierte Herr X. nicht, auf Nachfrage gab er an, die Frage verstanden zu haben - aber was solle er dazu sagen? Auf weiteres Nachfragen zu einem anderen Zeitpunkt schwieg er zunächst. Schließlich: Lieber würde er tot sein, als dass er das noch einmal erleben müsse, was er erlitten habe. Er könne nicht darüber sprechen.

In der Türkei sei er gesund gewesen. Nach der Ankunft in Deutschland sei seine Angst immer stärker geworden, er habe nun sehr oft Angst. Seit er in Deutschland sei, seien die Beschwerden insgesamt immer schlimmer geworden. Es habe zwischendurch hier nie eine Zeit gegeben, in der es ihm besser gegangen sei oder in der er gesund gewesen sei. Es gehe ihm immer schlechter.

Spezielle Vorgeschichte (Traumaanamnese)

Immer schon, seit er denken könne, habe es in der Gegend, in der er in der Türkei gelebt habe, PKK-Angehörige gegeben. Diese seien ins Dorf und ins Haus der Eltern gekommen. Zuletzt seien PKK-Angehörige alle zwei Tage in das elterliche Haus gekommen. Sie hätten immer wieder Unterstützung gefordert, mit dem Hinweis auf die kurdische Volkszugehörigkeit der Familie. Aufgrund dessen habe der Vater sie regelmäßig mit Lebensmitteln versorgt. Man habe auch Lebensmittel in die Berge gebracht. Aus diesem Grunde sei Herr X., als er noch etwas jünger war, zusammen mit seinem Vater inhaftiert und einen Tag und eine Nacht festgehalten worden. Herr X. sei danach freigelassen worden, weil er noch so jung gewesen sei, den Vater hätte man im Karakol etwa eine Woche behalten und gefoltert. Das genaue Alter oder Datum kann nicht rekonstruiert werden.

Auch an den genauen Zeitpunkt, als er das zweite Mal inhaftiert worden sei, was dann auch zu seiner Flucht aus der Türkei geführt habe, könne er sich nicht mehr erinnern. Danach befragt, meint Herr X., seine letzte Verhaftung müsse sich in einer etwas wärmeren Jahreszeit zugetragen haben, da er zu dieser Zeit mit den Tieren draußen gewesen sei. Davor seien die Guerillas alle zwei Tage zu seiner Familie gekommen. Man habe ihnen gesagt, sie sollten nicht mehr kommen, sie hätten es aber doch getan. Er habe sich am Tage seiner Verhaftung mit Lebensmitteln, Brot und anderen Dingen, die in ein großes Tuch eingeschlagen gewesen seien, zu den PKK-Kämpfern aufgemacht. Abends bei seiner Rückkehr habe er schon von ferne Spezialeinheiten vor der väterlichen Haustür wahrgenommen. Zu einer Flucht sei es aber zu spät gewesen, man habe ihn schon entdeckt gehabt. Woher er komme, hätten Angehörige der Spezialeinheiten ihn gefragt. Er habe geantwortet, dass er von der Herde kommen. Man habe ihm vorgehalten, was es denn mit dem großen Tuch, das er bei sich führe, auf sich habe. Wozu er das bei den Tieren brauche. Schließlich habe man ihn in einem Jeep mitgenommen ins Karakol nach Dort sei das Verhör fortgesetzt worden: „Warum machst du das! Wir haben dich doch damals schon gewarnt, als du mit deinem Vater hier gewesen bist!“, habe man zu ihm gesagt. Während des Verhörs sei er hin- und hergeschubst und gestoßen worden, auch sei er am Arm gegen die Wand geschleudert worden. Anschließend hätte man ihn in eine kleine Zelle gebracht. Später seien dann zwei Leute gekommen, hätten ihn verhört und währenddessen geschlagen sowie an den Füßen, den Händen und am Kopf getreten. Sie hätten ihn fürchterlich zugerichtet und ihm beim Weggehen die

Schnürsenkel seiner Schuhe weggenommen. Insgesamt sei er etwa eine Woche oder auch länger oder kürzer – er wisse es nicht genau – inhaftiert gewesen. An die Folterungen im Einzelnen könne und wolle er sich nicht erinnern, er sei möglicherweise auch bewusstlos gewesen. Bei der Entlassung hätte man ihn in ein anderes Dorf gefahren. Von dort hätte er per Telefon seinen Onkel benachrichtigt, der dann gekommen wäre, um ihn abzuholen. Herr X. sei in einem sehr schlechten Zustand gewesen und hätte noch eine lange Zeit, ungefähr Wochen, im Bett verbringen müssen. Wie die Wunde an seinem linken Oberschenkel entstanden sei, könne er nicht sagen, möglicherweise mit einem Bajonett (er deutete dabei mit beiden Armen einen großen Gegenstand an, als wolle er mit diesem zustoßen). Die Wunde sei zu Hause notdürftig versorgt, mit Salbe und Verband behandelt worden. Einen Arzt habe man aus Vorsicht und Angst nicht hinzugezogen. Auf wiederholtes Befragen über die Haftumstände zu mehreren Zeitpunkten der Untersuchung betonte Herr B., er wisse das nicht im Einzelnen, sie hätten ihn geschlagen, man habe ihn an verschiedenen Teilen des Körpers mit Füßen getreten, auch gegen die Stirn, was noch alles passiert sei, wisse er nicht.

Wenn er jetzt mit seinen Eltern telefoniere, würden diese ihm erzählen, sie würden weiterhin unterdrückt, es gebe Übergriffe. Deswegen mache er sich viele Sorgen. Die Eltern würden ihm erzählen, dass man nach ihm suche, die Polizei würde fragen: „Wo ist ..., was macht er?“, sie würden deswegen die Eltern unter Druck setzen. Daher habe er große Angst, er könne nicht wieder zurückgehen.

Allgemeine Vorgeschichte (familiäre und biographische Anamnese)

Herr X. sei am ... geboren, er sei der Sohn von Frau ... und Herrn ... und habe mit seiner Familie im Dorf ..., zu kurdisch ..., im Kreis ... (Provinz ...) gelebt. Er sei der Zweitälteste von insgesamt ... Geschwistern, er habe einen älteren Bruder, der in ... lebe, sowie ... jüngere Brüder und ... jüngere Schwestern. Eltern und die jüngeren Geschwister lebten noch in der Heimat. Das Dorf bestehe insgesamt aus zehn bis zwölf Familien bzw. Häusern. Das väterliche Haus sei am Rande der Siedlung am Ortsausgang gelegen. Der Vater habe viel Grundbesitz besessen, die Familie habe von Landwirtschaft und Tierzucht gelebt. Vor allem habe die Familie viele Nussbäume besessen. Er sei insgesamt etwa drei Jahre lang im Dorf zur Grundschule gegangen, bis die Schule wegen geringer

Nachfrage im Dorf geschlossen worden sei. Es habe zwar der Plan bestanden, für die Kinder mehrerer Dörfer eine neue Schule im Umkreis zu errichten, aber das sei nicht geschehen. Er könne daher nur sehr schlecht lesen und schreiben. Er habe danach im landwirtschaftlichen Betrieb der Familie gearbeitet, seine Aufgabe sei vor allem das Hüten der Tiere, besonders der Kühe, gewesen. In der Heimat sei er gesund gewesen, er habe keine Beschwerden gehabt. Auch in der Familie habe es keine schweren Erkrankungen gegeben, nur seine Mutter habe oft Beschwerden gehabt, sie habe einmal zu schwer gehoben und habe deswegen manchmal Rückenschmerzen bekommen und dann nicht arbeiten können. Er habe außer den berichteten Verfolgungs- und Haftsituationen keine anderen bedrohlichen Situationen erlebt, er habe keine schweren Unfälle erlebt, auch sonst hätte es keine stark belastenden oder bedrohlichen Situationen gegeben oder er hätte dies vergessen.

V. Befunde

Psychischer Untersuchungsbefund

...-jähriger, jugendlich wirkender kurdischer Mann von gepflegtem Äußeren. Er war wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert. Lediglich die formalen Gründe und besonderen Umstände der Begutachtung hier mussten ihm noch einmal ausführlich in allen Einzelheiten erläutert werden besonders auch die Gründe für die eingeschränkte Schweigepflicht. Diese Erläuterungen nahm Herr X. mit Verständnis entgegen, meinte aber, er wäre nun schon zweimal in der Bundesrepublik „verhört“ worden, womit er mit dem ersten die Anhörung beim Bundesamt und mit dem zweiten Mal den mündlichen Termin beim Verwaltungsgericht meinte. Zum dritten Male nun hier seine Vorgeschichte vorzutragen, würde ihm sehr schwer fallen, und er wisse nicht, wozu er diese Dinge noch einmal wiederholen solle. Schließlich gebe es auch Wochen, in denen er sich „an alles“ erinnere und sein Körper dann an vielen Stellen, wie zum Beispiel am Oberschenkel oder an der rechten Schulter, anzuschwellen und zu schmerzen beginne. Im Großen und Ganzen zeigte sich Herr X. während der Untersuchung kooperativ, wobei seine anfängliche freundlich zugewandte Stimmung im weiteren Verlauf bei der Darstellung der Verfolgungs- und Haftgeschichte zunehmend depressiv wurde.

Herr X. war am Tag nach der Erhebung der Traumaanamnese im Kontakt zunächst sehr zurückhaltend und wortkarg, sprach sehr leise, wirkte misstrauisch, nervös, angespannt und unruhig. Darauf angesprochen, gab er an, seit dem Sprechen über die Verfolgung in der Heimat sehr durcheinander zu sein, er habe nachts nicht schlafen können, er leide an Kopfschmerzen. Er habe alles schon gesagt, sei schon so oft verhört worden und wolle nun nicht mehr zu seiner Heimat befragt werden. Er ertrage es nicht, sich zu erinnern. Es gehe ihm sehr schlecht, das liege daran, dass er an seine Vergangenheit erinnert worden sei. Er wolle nichts mehr dazu sagen, er könne nicht mehr darüber sprechen, das sei für ihn zu anstrengend. Er müsse sonst immer daran denken. Seit dem Gespräch habe er Angst. Dabei wirkte Herr X. weinerlich und unruhig, vermied den Blickkontakt, spielte andauernd mit einem zerknüllten Terminzettel, saß vornüber gebeugt auf dem äußersten Stuhlrand und war nicht zu einer entspannteren Sitzposition zu bewegen. Er bat, nicht mehr zu seiner Heimat befragt zu werden, das ertrage er nicht, er habe Bilder vor den Augen. Er wolle nicht mehr erinnert werden. Dabei zeigte sich Herr X. sichtlich unter Druck und Anspannung. Nach Angaben des Dolmetschers war in dieser Gesprächssequenz seine Sprache bruchstückhaft, grammatikalisch unvollständig, einzelne Worte seien zusammenhangslos aneinandergereiht worden. Herr X. stimmte nach einer Pause jedoch zu, über aktuelle Beschwerden und Probleme Auskunft zu geben, auch berichtete er von seinen Geschwistern und der Arbeit im landwirtschaftlichen Betrieb der Eltern.

Im Affekt wirkte Herr X. eingeengt, ängstlich, verhalten, wobei er sich bezüglich der Hafterlebnisse auf die obige Darstellung beschränkte, aber bei jeder weitergehenden Frage deutlich ängstlich angespannt und verzweifelt wirkte - bis hin zu erhöhter motorischer Unruhe und Tränen in den Augen. Zu dem ginge seine Darstellung des Verhörs und der Foltermethoden mit impulsiven körperlichen, unwillkürlichen Bewegungen einher, als würde er – wie damals während des Verhörs – hin- und hergeschubst oder gegen die Wand geworfen werden. Diese begleitenden Bewegungen schienen unvermittelt und ohne eigentlichen Vorsatz zu erfolgen.

Soweit über Vermittlung eines Dolmetschers zu beurteilen, lagen keine formalen Denkstörungen vor, jedoch wurde Herr X. bei Annäherung an traumatische Inhalte so ängstlich und verwirrt, dass sein Denken und seine Sprache fragmentiert und bruchstückhaft wurden. Bei Angaben zu nicht-traumatischen Erlebnissen (z.B. Arbeit in der

Landwirtschaft, aktuelle Probleme) war sein Denken und seine Sprache (nach Angaben des Dolmetschers) zusammenhängend und geordnet. Es fanden sich anamnestisch keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen oder Störungen des Ich-Erlebens als Ausdruck einer Erkrankung psychotischer Genese. Jedoch war das Denken im Anschluss an die Traumaanamnese zunehmend depressiv eingeengt. Herr X. wiederholte, er sei sehr nervös und angestrengt, weil er die Bilder von dem, was mit ihm geschehen sei, nicht „wegbekomme“. Er war auf Nachfragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten nur sehr eingeschränkt in der Lage, sich an etwas Angenehmes aus seinem Leben zu erinnern oder etwas zu nennen, was ihm früher in der Heimat Freude bereitet hatte. Er könne keine Freude mehr empfinden, sich auch nicht mehr daran erinnern. Zum Beispiel habe er in der Heimat mit Tieren gearbeitet, alle hätten das gemacht, er wisse nicht mehr, ob ihm das gefallen habe oder nicht. (Zu einem anderen Zeitpunkt:) Am liebsten habe er mit den jungen Lämmern gearbeitet. (Dies blieb die einzige angenehme Erinnerung, die während der Untersuchungsgespräche rekonstruiert werden konnte).

Die Stimmung war niedergeschlagen, der Antrieb reduziert. Herr X. reagierte zum Teil nicht auf Angesprochenwerden. Auf Nachfragen dazu meinte er, das passiere ihm auch sonst, seine Freunde würden deswegen mit ihm „schimpfen“, weil er oft „nicht bei sich“ sei. Wenn er so „nicht bei sich“ sei, sei es auch schon vorgekommen, dass er in D., auf dem Weg nach Hause, zu weit gegangen sei und seine Wohnung nicht habe finden können, er habe dann wieder ein Stück zurückgehen müssen. Überhaupt passiere ihm das oft, dass er sich verlaufe, weil er so in Gedanken und so „durcheinander“ sei im Kopf.

(Auf Nachfragen zur Zukunft:) Er wolle nicht an die Zukunft denken, das mache ihm Angst. Er könne wegen der Angst nicht daran denken, was geschehen würde, wenn er in die Türkei zurückkehren müsste, sicher würden sie ihn weiter verfolgen, das würde er nicht überleben (dabei war Herr X. weinerlich, sprach bruchstückhaft und tonlos, ging aus dem Blickkontakt, wirkte verkrampft). Er habe auch keine Vorstellungen, was er machen würde, wenn er hier in Deutschland bleiben könnte. Er könne an nichts denken, weil sein Kopf so durcheinander sei. Er wisse nicht, was er hier in Deutschland machen könnte.

Der Dolmetscher berichtete nach einer Gesprächssequenz mit Fragen zur Situation in der Heimat und danach, was geschehen würde, wenn er wieder zurückkehren müsste, Herr X. habe keine vollständigen Sätze gebildet, sondern nur einzelne Worte aneinandergereiht. Er habe sprunghaft und wie abgehackt gesprochen und grammatikalische Fehler gemacht, die beim Übersetzen korrigiert worden wären. Nach einer weiteren Gesprächssequenz zur Landwirtschaft, zu den Tieren und zur Arbeit mit ihnen, bei der Herr X. entspannter wirkte, berichtete der Dolmetscher auf Nachfrage, nun habe Herr X. fließend und zusammenhängend gesprochen.

Psychodiagnostische Testverfahren konnten wir mit Herrn X. nicht durchführen, weil er angab, nur sehr schlecht lesen und schreiben zu können, und er außerdem an deutlichen Konzentrationsstörungen, zunehmend bei der Befragung zu traumatischen Ereignissen, litt.

Herr X. war durch die Befragung nach traumatischen Ereignissen, aber auch nach momentanen Beschwerden schnell überanstrengt. Er litt dann zunehmend unter Konzentrationsstörungen, seine Aussagen wurden sprunghafter und fragmentierter, und er vermied den Blickkontakt. Zudem wirkte Herr X. resigniert und sagte, er sei schon so oft verhört worden. Wiederholte und sehr einfache Erklärungen zum Sinn und Zweck der Begutachtung und zur Rolle des Gerichts und der Gutachter konnten auf Nachfrage zwar verstanden werden, waren aber am Tag später wieder vergessen. Es waren viele Pausen notwendig, in denen Herr X. umherlief und Tee trank, anschließend gab er an, sich wieder etwas beruhigt und erholt zu haben. Ein weiteres Gespräch wurde möglich. Nur ein einziges Mal lockerte sich die angespannte und ängstlich-verkrampfte Haltung von Herrn X.: als er aufgefordert wurde, von seiner Arbeit mit den Tieren zu erzählen, sein Lieblingslamm genau zu beschreiben. Kurz darauf war er wieder niedergeschlagen und verzweifelt: Er hätte damals gewusst, wie viele Tiere er gehabt habe, er habe sie jeden Abend gezählt, er sei für sie verantwortlich gewesen. Heute habe er alles vergessen, er könne sich nichts mehr merken, er wisse auch nicht mehr, wie viele Tiere das gewesen seien.

Körperlicher Befund

Athletisch-muskulöser Körpertyp, guter Allgemein- und Ernährungszustand.

Narbenbefunde: An der Stirn, oberhalb der Nasenwurzel fünf kleinere punktförmige Narben unter dem Hautniveau. An der rechten Schulter zwei leicht sichelförmig gebogene, reizlos verheilte Narben. Die eine ist etwas schmaler, die andere ein wenig verbreitet mit leicht geröteter Fläche. Zeichen einer chirurgischen Nahtversorgung finden sich hier nicht. An der rechten Hand befindet sich ein rotes, annähernd rundes flächiges Areal etwa von der Größe eines 20-Cent-Stückes, welches Herr X. auf Verbrennungsfolgen im Haushalt zurückführt (heißes Öl). Gleichzeitig finden sich ebenfalls an der dorsalen Fläche der rechten Hand im Bereich des Ansatzes des Zeige- und Mittelfingers jeweils zwei kleinere unregelmäßig gezackte Narbenareale; ebenso an der Rückseite der linken Hand an derselben Stelle im Bereich des Zeige- und Mittelfingers einige punktförmige reizlos verheilte Narben. Am linken Oberschenkel findet sich ventral eine quer verlaufende bis zu etwa 1,5 cm breite Narbe mit einer Länge von neun Zentimetern, mit Einziehung tief unter das Hautniveau, auf deren bindegewebigen Grund bläulich-rötlich das Muskelgewebe durchscheint. Auch hier – wie bei allen übrigen Narben – gibt es keine Zeichen einer chirurgischen Nahtversorgung.

Die übrige allgemeinmedizinische und internistische Untersuchung ergab – abgesehen von einem leichten Druckschmerz im Epigastrium – keine pathologischen Befunde. Ebenso erwies sich die neurologische Untersuchung bei unauffälligen Hirnnervenbefunden und seitengleichen schwach auslösbaren Reflexen ohne Zeichen einer Schädigung der zentralen Nervenbahnen insgesamt als unauffällig.

VI. Diskussion und Beurteilung, Diagnose

Die Beschwerden, die Herr X. schildert, und die Beobachtungen seines Verhaltens in der Untersuchungssituation sprechen eindeutig dafür, dass bei ihm eine psychische Erkrankung vorliegt. Bei Herrn X. sind folgende Symptome feststellbar: unwillkürlichen Erinnerungen an angstvolle Erlebnisse (nach seinen Angaben Haft- und Foltererlebnisse) tagsüber und nachts in Alpträumen sowie eine hohe psychovegetative Erregung mit muskulärer Anspannung, Nervosität und Schreckhaftigkeit. Er versucht angestrengt (und ohne längerfristigen Erfolg), Erinnerungen an traumatische Ereignisse zu vermeiden und nicht darüber zu sprechen, weil er das Erinnern als unaushaltbar schrecklich empfindet. Zusätzlich dazu leidet Herr X. an dissoziativen Symptomen, an Abwesen-

heitszuständen, in denen er nicht ansprechbar ist und nicht reagieren kann (wodurch er den Ärger von Freunden auf sich ziehe, weil er im Gespräch nicht reagiere), er ist sich bezüglich der Vollständigkeit seiner autobiographischen Erinnerungen sehr unsicher (Verdacht auf dissoziative Amnesie). Bei Annäherung an traumatische Inhalte oder bei der Konfrontation mit Reizen, die Erinnerungen auslösen (z.B. wiederholtes Fragen, was als „Verhört-werden“ erlebt wird und mit Verhören unter Folter assoziiert wird) verstärkt sich die Symptomatik, vor allem nehmen dabei Konzentrations- und Gedächtnisstörungen zu, das Denken wird (soweit dies entsprechend der Angaben des Dolmetschers über das Sprachverhalten zu beurteilen ist) zunehmend bruchstückhaft und fragmentiert. Herr X. war überdauernd niedergeschlagen, depressiv gestimmt, bei reduziertem Antrieb.

Diese Art der Symptomatik und die beobachtbaren vegetativen Begleiterscheinungen, die willentlich kaum zu beeinflussen sind (psychomotorische Unruhe, Anspannung, zunehmende Konzentrationsstörungen bei spezifischen Gesprächsinhalten), sowie die beobachteten und beschriebenen dissoziativen Symptome, die sich Herr X. selbst nicht erklären kann und für die er sich eher schämt, weil Freunde deswegen mit ihm „schimpfen“, sprechen mit hoher Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer schweren und chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) mit depressivem Syndrom.

Diagnose: Schwere und chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (F43.1 nach ICD-10) mit depressiver und dissoziativer Symptomatik.

Inwieweit sind die von Herrn X. angegebenen Hafterlebnisse für das beobachtete Krankheitsbild verantwortlich zu machen oder nicht? – Hierzu gibt es folgende Anhaltspunkte:

In der lebensgeschichtlichen Anamnese ergaben sich auf Nachfragen hin außer den geschilderten Verfolgungs- und Hafterlebnissen keine Hinweise für stark belastende oder sogar traumatische Erfahrungen, die Herr X. gemacht hat. Seine Angabe, wenn er solche Dinge erlebt hätte, könne er sich jedenfalls nicht mehr daran erinnern, ist vor dem Hintergrund der dissoziativen Symptomatik verständlich. Die Tatsache, dass er Unsicherheiten bezüglich seiner autobiographischen Erinnerungen äußert, sowie das beobachtete Nicht-erklären-Können der Symptomatik durch Herrn X. selbst spricht gegen ein Vortäuschen oder Übertreiben. Personen, die Verfolgung vortäuschen oder eine

posttraumatische Erkrankung simulieren, neigen eher dazu, ausschließlich Verfolgungsereignisse für die Symptomatik verantwortlich zu machen und ihre (vorgetäuschten) Erinnerungen als sicher zu beschreiben. Dass Herr X. auf solche Argumentationen verzichtet, ist als Indiz für das tatsächliche Bestehen der Erkrankung zu werten (vgl. Birck, 2002).

Herr X. ist innerhalb eines familiären Rahmens und eines festen Dorfverbandes aufgewachsen. Die beobachtete komplexe Symptomatik (mit starker Vermeidung sowie depressiven und dissoziativen Beschwerden) spricht dafür, dass Herr X. schwere traumatische Erlebnisse gemacht hat, also z.B. Gewalt durch Menschenhand erlitten hat. Nach einem traumatischen Unfall, z.B. in der Landwirtschaft, können in der Regel nicht solche chronifizierten und komplexen Störungen beobachtet werden. Natürlich können schwere Traumatisierungen auch innerhalb der Familie stattfinden. Dazu ergeben sich einerseits in der Befragung keine Anhaltspunkte, andererseits führen solche Traumatisierungen oft zu einem anderen spezifischen Symptombild (etwa Misstrauen in Beziehungen, sozialer Rückzug, Schreckreaktionen werden durch andere Hinweisreize ausgelöst). Herr X. dagegen scheint über freundschaftliche soziale Kontakte zu verfügen. Auch sprechen alle Kenntnisse über die politischen und gesellschaftlichen Zustände in der Herkunftsregion von Herrn X. für die von ihm geschilderte Art der Verfolgung (z.B. werden nach unseren Kenntnissen Familien aus randständigen Häusern in kurdischen Dörfern häufig von der Guerilla um Unterstützung gebeten und in politische Aktivitäten und Verfolgung verwickelt, jugendliche Familienmitglieder werden mitgenommen, um deren Väter oder älteren Brüder zu erpressen).

Die oben beschriebenen körperlichen Narbenbefunde können für sich genommen natürlich auch von anderen als durch Folter hervorgerufenen Verletzungen herrühren. Jedoch machen ihre unterschiedliche Lokalisation sowie die fehlenden Zeichen einer chirurgischen Nahtversorgung, vor allem was die große Narbe am linken Oberschenkel angeht, die beschriebene Traumagenese durch Folter wahrscheinlich. Zumindest steht fest, dass die festgestellten Narbenbefunde nicht gegen eine Genese durch Folter sprechen. Die Tatsache, dass Herr X. unterschiedliche Ursachen für die Narbentstehung angibt (z.B. Verbrennung durch heißes Öl als Haushaltsunfall) oder sagt, er könne sich nicht an das Entstehen der Verletzung erinnern, spricht gegen die Vermutung, dass er versucht, Verfolgungserlebnisse, die er nicht wirklich erlebt hat, bloß vor-

zutäuschen, um Asyl zu erhalten. Wäre Letzteres das Anliegen des Klägers, so wäre es für ihn nahe liegender, alle vorhandenen Narben als Folterfolgen anzugeben. Die Unschärfe seiner Erinnerung an die genaue Entstehungsweise der Verletzungen unter Folter spricht für eine traumatische dissoziative Amnesie und ist als Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern, ein Symptombestandteil der posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV (C-3). Wie Herr X. als er die Entstehung seiner Narbe am linken Oberschenkel zu erklären versucht, unwillkürlich mit beiden Armen das Bajonett andeutet und den Stoß durch entsprechende Bewegungen nachahmt, spricht für ein tatsächliches Erleben des so Geschilderten.

Die körperliche Untersuchung ergab keine Hinweise auf eine Erkrankung hirnorganischer Genese. Die psychodiagnostische Untersuchung ergab keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Realitätswahrnehmung (wie z.B. bei psychotischen Erkrankungen).

Wir gehen nach diesen Überlegungen davon aus, dass die posttraumatische Belastungsstörung, die wir bei Herrn X. diagnostizieren, durch Verfolgung und Folter im Heimatland verursacht worden ist.

Nach den Angaben von Herrn X. sind die beschriebenen Beschwerden erst einige Zeit nach seiner Ankunft hier in Deutschland entstanden. Die PTBS entwickelt sich manchmal nicht unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis, sondern erst nach einer scheinbar symptomfreien Zeit, die mitunter Jahre andauern kann (so genannter „verzögerter Beginn“, vgl. DSM-IV 309.81). Dass es eine beschwerdefreie Periode unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis und einen verspäteten Krankheitsbeginn geben kann, ist international anerkannt und spricht daher nicht gegen eine Verursachung der beschriebenen psychischen Störung durch das lange zurückliegende traumatische Ereignis (auch wenn die Forschung gegenwärtig noch nicht erklären kann, warum das so ist). Dass Herr X. einen verspäteten Krankheitsbeginn angibt, ist jedoch ein weiterer Hinweis dafür, dass die von ihm beschriebene Symptomatik tatsächlich vorliegt und nicht nur bloß simuliert wird. Würde er die Erkrankung als Folge von Folter simulieren, wäre eher anzunehmen, dass er seine Beschwerden als unmittelbar nach der Verhaftung und Folter beginnend beschreiben würde. Für das Wissen, dass die Erkrankung auch längere Zeit nach dem verursachenden traumatischen Ereignis entstehen kann, ist schon ein ho-

her fachspezifischer Kenntnisstand notwendig, der bei Herrn X. nicht angenommen werden kann.

Traumatische Ereignisse gelten als besonders schwer, wenn sie lange (lange sind in diesem Fall bereits einige Stunden) andauern, wenn sie wiederholt erlitten werden und wenn sie von Menschenhand ausgehen, wie dies bei Herrn X. höchstwahrscheinlich der Fall war. Wenn diese Ereignisse in einer Lebensperiode stattfinden, in der das Opfer noch ein Kind oder ein Jugendlicher ist, besteht ein besonders hohes Risiko, unmittelbar danach oder zu einem späteren Zeitpunkt im Leben eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. Ein Erwachsener verfügt im allgemeinen über eine ausgereifte Persönlichkeitsstruktur und ist dadurch sehr viel besser als ein Kind oder ein Jugendlicher in der Lage, Ereignisse zu verstehen, sich ihr Zustandekommen zu erklären, sich zu schützen oder sich Hilfe zu organisieren. Weil sich Kinder und Jugendliche noch in der Entwicklung befinden, sind sie besonders verletzlich gegenüber traumatischen Erlebnissen.

Traumatische Ereignisse, die massiv mit Angst und Ohnmacht verbunden sind, werden anders im Gedächtnis gespeichert als normale Alltagsereignisse. Aufgrund der hohen emotionalen Erregung ist die Einspeicherung (und später der Abruf) der traumatischen Ereignisse aus dem Gedächtnis zunächst beeinträchtigt. Man kann sich dann zunächst nicht willentlich an die traumatischen Ereignisse erinnern, die Erinnerungen sind nicht gut steuerbar. Stattdessen erinnert sich Herr X. an die Ereignisse in Haft unkontrolliert. Er wird regelrecht von ihnen überflutet, was mit sensorischen und affektiven Elementen einhergeht (er sieht Bilder, empfindet die Erinnerungen als schmerzhaft und schrecklich). Traumatische Erlebnisse werden zunächst bildhaft, raum- und zeitlos und nicht-symbolisch gespeichert, daher können traumatische Erinnerungen zunächst auch nur schwer in Worte gefasst werden (dafür gibt es hirnpfysiologische Erklärungen, vgl. Von Hinckeldey & Fischer, 2002; Birck, 2002). Traumatische Ereignisse führen häufig zu Wahrnehmungsveränderungen, die auch das Zeitempfinden betreffen. Die Zeit wird dann von den Betroffenen z.B. als beschleunigt oder als schleichend empfunden, Ereignisse können oft nur noch schwer zeitlich eingeordnet werden (vgl. Terr, 1984), woraus sich Widersprüche, die die Dauer von traumatischen Ereignissen betreffen, ergeben können. Herr X. gibt z.B. einmal an, zwei Tage in Haft gewesen zu sein, ein anderes Mal sagt er, die Haft habe mehrere Tage, vielleicht eine Woche „oder länger

oder kürzer“, er wisse es nicht genau, gedauert. Die posttraumatischen Gedächtnisstörungen, wie sie bei Herrn X. vorliegen, führen zu ungenauen und vagen Erinnerungen und damit häufig zu Widersprüchen bei Aussagen zu verschiedenen Befragungszeitpunkten. Diese Widersprüche sind trauma- und krankheitsbedingt erklärbar, sprechen daher nicht gegen die Glaubhaftigkeit der berichteten Inhaftierung. Aufgrund seiner psychischen Erkrankung kann Herr X. seine Erinnerungen an das, was er in Haft erlebt hat, nicht gut steuern. So hat er Schwierigkeiten, Ereignisse zeitlich einzuordnen. Dies ist allerdings sicherlich auch durch seine geringe Schulbildung und die ländliche Tradition bedingt, – dadurch orientiert sich Herr X. vorrangig an Jahreszeiten, Feierlichkeiten etc. und nicht an Datumsangaben. Herr X. hat in mehreren Befragungssituationen übereinstimmend einzelne konkrete Verfolgungs- und Haftereignisse mit z.T. nebensächlichen Details beschrieben (z.B. man habe ihm die Schnürsenkel weggenommen). Weitere Details der Folterungen konnten aufgrund der krankheitsbedingten massiven Angst und Erregung, die für Herrn X. mit den Erinnerungen verbunden war, nicht nachvollzogen werden. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Vermeidungsverhalten (z.B. ausweichend antworten, über Erlebtes nicht sprechen können und wollen), verstärkt bei Annäherung des Gesprächs an die Ereignisse in Haft, sind Teil seiner psychischen Erkrankung.

Die ausgeprägte Schwierigkeit, über die Erlebnisse in Haft zu sprechen, sowie die deutliche Verschlechterung der Symptomatik am Tag nach der Traumaanamnese, bei der Herrn X. sein Vermeidungsverhalten aufgeben und sich an Haftereignisse erinnern musste, sind typische Symptome im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung.

Es ist nicht davon auszugehen, dass Herr X. es vermeidet, über die Geschehnisse in Haft ausführlicher zu sprechen, da er die Verhaftungen bzw. die traumatischen Erlebnisse bloß vortäuscht. Untersuchungen zeigen, dass Menschen, die eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nur simulieren, dazu neigen, die zugrunde liegenden traumatischen Ereignisse deutlich zu schildern, sie sozusagen als Grundlage für die vorgetäuschte Krankheit detailliert zu präsentieren. Für Menschen hingegen, die tatsächlich an einer posttraumatischen Belastungsstörung erkrankt sind, sind Schwierigkeiten, über die Erlebnisse zu sprechen typisch, was von nicht willentlich zu beeinflussenden vegetativen Angstreaktionen (z.B. psychomotorischer Unruhe, Konzentrationsstörungen,

fragmentiertem Denken und Sprechen) begleitet wird (vgl. Birck, 2002b). Dies konnte bei Herrn X. beobachtet werden.

VII. Beantwortung der Fragen

Die Fragen des Verwaltungsgerichtes werden wie folgt beantwortet:

Zu 1. Es ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass Herr X. die geschilderten Verhaftungen tatsächlich erlebt hat und dabei gefoltert wurde.

Dafür sprechen die beobachteten psychischen Befunde, auch die körperlichen Narbenbefunde geben darauf Hinweise. Die unwillkürliche motorische Darstellung der Verletzung des linken Oberschenkels, die gleich bleibende und detaillierte Kernaussage, die auch mit nebensächlichen Details angereichert ist, die Behauptung, einzelne Narben seien Folge von Haushaltsunfällen und an die Ursachen für andere Narben könne er sich nicht erinnern, die erkrankungstypische Vermeidungssymptomatik mit deutlichen psychovegetativen Anzeichen von Angst und Stress bei Annäherung an traumatische Inhalte sprechen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Aussagen von Herrn X. zu den Folterereignissen in Haft erlebnisbegründet sind.

Zu 2. Nach eigenen Angaben wurde Herr X. bedroht, geschlagen, an verschiedene Teile des Körpers, auch gegen die Stirn mit Füßen getreten, an einem Arm gegen die Wand geschleudert, vermutlich mit einem Bajonett am Oberschenkel verletzt. Er sei fürchterlich zugerichtet worden und habe nach der Entlassung aus der Haft eine lange Zeit (Wochen) im Bett verbringen müssen. Auf die Frage, ob er noch andere Dinge erlitten habe, antwortete Herr X., das wisse er nicht, er könne und wolle sich nicht erinnern. Das Bemühen, Erinnerungen an traumatische Erlebnisse zu vermeiden und nicht darüber zu sprechen, ist Bestandteil der posttraumatischen Belastungsstörung. Aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes und der beobachteten dissoziativen Amnesie (Erinnerungsstörung) ist nach unserer Erfahrung davon auszugehen, dass Herr X. mit Sicherheit mehr erlebt hat, als er momentan krankheitsbedingt berichten kann.

Zu 3. Die Folterungen, die Herr X. mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit erlitten hat, hatten sowohl kurzfristige als auch langfristige gesundheitliche Folgen. Unmittelbar nach der Entlassung aus der Haft sei Herr X. nach eigenen Angaben mehrere Wochen so krank gewesen, dass er die Zeit im Bett habe verbringen müssen. Die körperlichen

Verletzungen seien nach Angaben von Herrn X. zu Hause nur notdürftig versorgt worden, ohne dass ein Arzt hinzugezogen worden wäre. Auch die in der Untersuchung beobachteten Narbenbefunde sprechen dafür, dass eine angemessene medizinische Versorgung der Wunden unterblieben ist.

Herr X. leidet heute an andauernden unwillkürlichen Erinnerungen an die Haft-erlebnisse tagsüber und in Alpträumen, begleitet von vegetativen Angstzuständen, motorischer Unruhe, Anspannung, Nervosität, erhöhter Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit sowie Kopfschmerzen. Er leidet an Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und ist krankheitsbedingt angestrengt bemüht, die schmerzhaften Erinnerungen zu vermeiden. Seine Stimmung ist niedergeschlagen und verzweifelt bei reduziertem Antrieb. Herr X. leidet an dissoziativen Abwesenheitszuständen, in denen er nicht ansprechbar ist und nicht reagieren kann. Diese Symptomatik lässt sich zweifelsfrei als posttraumatische Belastungsstörung und dissoziative Störung diagnostizieren. Es handelt sich dabei um eine chronische und komplexe Folterfolge, wie wir sie leider bei einer Vielzahl von aus der Türkei stammenden kurdischen Flüchtlingen beobachten müssen.

Selbst wenn diese Symptomatik im Rahmen von psychotherapeutischer Behandlung, die nur unter der Voraussetzung einer aktuell sicheren Lebenssituation prognostisch günstig zu beurteilen ist, abklingt, wird bei Herrn X. als Folge der Haft- und Folterereignisse lebenslang eine erhöhte Verletzbarkeit gegenüber belastenden Situationen bestehen bleiben.

Zu 4. Die festgestellten Beschwerden sind Teil einer schweren psychischen Erkrankung, die behandlungsbedürftig ist (vgl. zu 3.).

Zu 5. Zur Behandlung der vorliegenden komplexen posttraumatischen Störung empfiehlt sich eine Langzeit-Psychotherapie.

Psychotherapie ist in der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen wirksam. Medikamentöse Behandlung (z.B. mit Antidepressiva) kann einzelne Symptome günstig beeinflussen und eine sinnvolle Ergänzung zur Psychotherapie darstellen, eine ausschließlich medikamentöse Behandlung ist jedoch nicht Erfolg versprechend (Foa & Meadows, 1997; Ebbinghaus, et al., 1996).

Voraussetzung für die Behandlung einer posttraumatischen Störung wie bei Herrn X. ist, dass sich der Erkrankte in einer existentiell sicheren Lebenssituation befin-

det, in der ein erneuter Kontakt mit Tätern oder eine erneute Bedrohung mit Gewalt und Verletzung weitestgehend ausgeschlossen ist, und sich daher relativ sicher vor erneuter Traumatisierung fühlen kann. In einer Situation anhaltender Bedrohung oder bei ständiger Angst vor erneuter Konfrontation mit Tätern ist keine Erfolg versprechende Behandlung möglich. Weil Herr X. fürchtet, nach Rückkehr in die Heimat erneut verfolgt zu werden (dies wird durch Aussagen seiner Eltern, es werde nach ihm gefragt, verstärkt), wird eine erzwungene Rückkehr unabhängig von der objektiven Gefährdungslage eine derart massive subjektive Bedrohung für Herrn X. bedeuten, dass dies mit einer akuten Verschlechterung der Symptomatik bis hin zu von außen nur schwer zu beeinflussenden krisenhaften Zuständen verbunden sein wird.

Voraussetzung für die Behandlung von Herrn X. ist daher ein sicherer Aufenthalt – unabhängig vom Ergebnis der Therapie. Ein Aufenthalt zum Zwecke der Behandlung würde für Herrn X. bedeuten, erneut abschiebebedroht und damit gefährdet zu sein, wenn die Symptomatik abklingt. Wenn am Ende der Behandlung die Rückkehr ins gefürchtete Heimatland steht, ist kein Behandlungserfolg zu erwarten – eine sich endlos hinziehende, für Therapeut und Patient unbefriedigende Behandlung ohne nennenswerte Verbesserung der Symptomatik wäre das voraussichtliche Ergebnis.

Zu 6. Herr X. leidet an einer chronifizierten und aufgrund der zusätzlichen dissoziativen und depressiven Symptomatik auch komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Der Verlauf einer solchen Erkrankung kann unterschiedlich sein: Mit psychotherapeutischer Behandlung und unter der Voraussetzung einer existentiell sicheren Lebenssituation ohne subjektiv wahrgenommene Bedrohung (unabhängig von der objektiven „tatsächlichen“ Gefährdung) können einzelne Symptome an Intensität verlieren. Die Störung kann dann jedoch in Belastungssituationen erneut ausbrechen, sich dann zusätzlich verstärken und wieder teilweise abklingen (sogenannter phasenhafter Verlauf), oder aber über Jahre hinweg chronisch bestehen bleiben (McFarlane, 1996). Nach dem Abklingen einer solchen posttraumatischen Belastungsstörung – etwa durch eine erfolgreiche Behandlung – bleibt eine erhöhte psychische Verletzbarkeit (Vulnerabilität) lebenslang bestehen, d.h. ein traumatisierter Mensch ist nicht „geheilt“, wenn die Symptomatik zurückgegangen ist, sondern höchstens zeitweise beschwerdefrei. Aufgrund der krankheitsbedingt erhöhten Verletzbarkeit können Situationen, die subjektiv als belastend erlebt werden (wobei diese Situationen für gesunde Menschen manchmal

eine nur geringe Belastung darstellen würden, entscheidend ist allein die subjektive Wahrnehmung der Bedrohung, unabhängig von der „tatsächlichen“ Gefahr – Teil der Erkrankung ist es, dass dies nicht mehr gut differenziert werden kann) zu einer Reaktivierung der Symptomatik und damit zu einem erneuten Krankheitsausbruch führen. Bei Herrn X. ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass weitere Befragungen zu traumatischen Inhalten zu einer Intensivierung der Symptomatik führen (wie schon in der Begutachtungssituation beobachtbar). Die Bedrohung, abgeschoben zu werden und im Heimatland erneute Verfolgung zu fürchten, führt ebenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Intensivierung der Symptomatik – unabhängig davon, ob diese zuvor durch psychotherapeutische Behandlung reduziert wurde oder nicht.

Zu 7. Wie bereits zu 5. ausgeführt wurde, ist nicht zu erwarten, dass eine Behandlung, die zu dem Zweck durchgeführt wird, eine Verbesserung der Symptomatik zu erreichen, um danach eine Abschiebung durchführen zu können, erfolgreich sein wird. Wenn am Ende der Psychotherapie eine Abschiebung stehen soll, die eine massive Belastung für Herrn X. darstellen würde, da er befürchtet, nach Rückkehr in die Türkei erneut verfolgt und gefoltert zu werden, wird diese Stresssituation die Symptomatik erneut verschlechtern, bis hin zu akuten Krisen – unabhängig von einer vielleicht zuvor durch Psychotherapie erreichten Symptombesserung (welche vor dem Hintergrund der Abschiebebedrohung nicht sehr wahrscheinlich ist). Unter der Androhung von Abschiebung wird die Angst vor der Wiederholung der Gewalterfahrung bei Rückkehr ins Herkunftsland aufrechterhalten, damit kann eine Behandlung der Angstsymptomatik nur schwer zum Erfolg führen.

Es ist für den Verlauf der posttraumatischen Belastungsstörung, wie sie bei Herrn X. vorliegt, charakteristisch, dass auch nach einer erfolgreichen Behandlung der Erkrankung, die zu einer Reduktion der Symptomatik führen kann, lebenslang eine erhöhte Verletzbarkeit gegenüber belastenden Situationen bestehen bleibt, vor allem gegenüber solchen Situationen, die an die ursprüngliche Traumatisierung erinnern oder dieser im subjektiven Erleben ähnlich sind. Selbst nach einer umfassenden Verbesserung der Symptomatik infolge der Behandlung ist damit zu rechnen, dass sich in Belastungssituationen aufgrund der erhöhten Verletzbarkeit das Vollbild der Erkrankung erneut ausbildet (vgl. McFarlane, 1996). Jede starke Belastung kann daher zu bedrohlichen krisenhaften Zuspitzungen des Gesundheitszustandes führen, die sich beim An-

dauern der Belastung oder bei wiederholten Belastungssituationen weiter chronifizieren können und dann mitunter nur sehr schwer therapeutisch beeinflussbar sind. Wenn Herr X. erneut Situationen erlebt, die er als sehr bedrohlich empfindet (z.B. durch eine Abschiebeandrohung), ist mit einer Verschlimmerung der Erkrankung und mit einer dauerhaften Gefahr für Leib und Leben zu rechnen, und zwar unabhängig davon, ob zuvor seine Symptomatik im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung abgeklungen ist oder nicht.

VIII. Zusammenfassung

Herr X. ist psychisch krank. Er leidet nachts an Alpträumen und tagsüber setzen unwillkürlich Erinnerungen an Situationen mit massiver Angst ein (seinen Angaben nach Ereignisse in Haft, Folterungen). Dies ist verbunden mit einer starken psychischen Übererregung und Schreckhaftigkeit sowie mit Konzentrationsstörungen. Außerdem sind sehr ausgeprägte und klinisch relevante Vermeidungssymptome beobachtbar. Deshalb fällt es Herrn X. erkrankungsbedingt sehr schwer, über die Ereignisse in Haft zu sprechen, und er versucht, Erinnerungen an die erlittene Verfolgung zu vermeiden, weil er sie als unaushaltbar schmerzlich erlebt. Anhand der beobachteten Symptomatik lässt sich zweifelsfrei eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizieren, es handelt sich dabei um eine chronische und komplexe Folterfolge. Nicht allein die Angaben von Herrn X., sondern auch die von uns beobachtete spezifische Komplexität der Symptomatik sowie entsprechende Narbenbefunde sprechen dafür, dass die Krankheit durch Verfolgung und Folterungen in seiner Heimat entstanden ist. Unfälle verursachen in der Regel eine nicht so schwere und komplexe, intrafamiliäre Gewaltereignisse häufig eine andere spezifische Symptomatik. Es konnten keine Hinweise auf eine andere Ursache der posttraumatischen Belastungsstörung gefunden werden. Die Erkrankung ist schwer und chronifiziert. Eine psychotherapeutische Behandlung ist indiziert. Die Voraussetzung für eine Behandlung ist jedoch eine sichere Lebenssituation: Die Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung kann nur dann Erfolg versprechend sein, wenn der Erkrankte nicht aufgrund einer Abschiebeandrohung Furcht vor einer Konfrontation mit Tätern oder vor einer erneuten Wiederholung der erlittenen traumatischen Ereignisse hat.

Auch nach einer erfolgreichen Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung ist ein Mensch nicht völlig „geheilt“. Es bleibt lebenslang eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber Situationen bestehen, die als belastend erlebt werden, vor allem gegenüber solchen, die an die ursprünglichen traumatischen Situationen erinnern. Für uninformierte Außenstehende ist dabei die hohe Belastung einer spezifischen Situation manchmal nicht ersichtlich, entscheidend ist das subjektive Belastungserleben des Traumatisierten. Wenn Herr X. erneut Situationen erlebt, die er als sehr bedrohlich empfindet (z.B. durch eine Abschiebeandrohung), auch wenn diese in den Augen von Außenstehenden keine „reale“ Gefährdung beinhalten, ist mit einer Verschlimmerung der Erkrankung und mit einer dauerhaften Gefahr für Leib und Leben zu rechnen.

IX. Literaturangaben

Birck, A. (2002a). Echte und vorgetäuschte Posttraumatische Belastungsstörungen. *Psychotraumatologie*, 3 (26), Online: www.thieme.de/psychotrauma

Birck, A. (2002b). Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen? Heidelberg: Asanger.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (1995). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. (ICD-10). Amtliche deutschsprachige Ausgabe. Bern: Hans Huber.

Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV) (1996). Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Dt. Bearbeitung von H. Saß, H.-U. Wittchen & M. Zaudig. Göttingen: Hogrefe.

Ebbinghaus, R., Bauer, M. & Priebe, S. (1996). Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 64, 433-443.

Foa, E. X. & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.

Graessner, S. & Wenk-Ansohn, M. (2000). Die Spuren von Folter. Eine Handreichung. Berlin: Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin.

Herlihy J., Scragg P. & Turner, S. (2002). Discrepancies in autobiographical memories – implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study. British Medical Journal, 324, 324-327.

McFarlane, A. (1996). The longitudinal course of trauma. Baillieres Clinical Psychiatry, 2 (2), 353-370.

Terr, L. C. (1984). Time and trauma. Psychoanalytic Study of the Child, 39, 633-665.

Von Hinckeldey, S. & Fischer, G. (2002). Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. München: Ernst Reinhardt.

13.2 Mustergutachten II

Verwaltungsgericht ...

Betreff: Verwaltungsstreitsache A. Z. geb..... in Provinz Mersin/Türkei gegen die Bundesrepublik Deutschland

Geschäftszeichen:

I. Gutachtenauftrag

Auf Beschluss des Verwaltungsgerichtes XXX erstattet der Unterzeichner das folgende psychiatrische Fachgutachten über Herrn A.Z., geb. am in Mersin/Türkei, wohnhaft Asylbewerberheimnach ambulanter Untersuchung vom 1999. Die Ladung zu den beiden zuerst anberaumten Untersuchungsterminen am undhatte

Herrn Z. aufgrund seines Heimwechsels und der versäumten Mitteilung seiner Rechtsvertretung nicht rechtzeitig erreicht.

II. Quellen

Das Gutachten stützt sich auf:

1. Das Anhörungsprotokoll vom des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge.
2. Das Protokoll des Verwaltungsgerichtes XXX über die öffentliche Sitzung vom
3. Eigene Anamneseerhebung und psychiatrische Untersuchung vom ... und ...

III. Fragestellung

Es sollen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Leidet der Kläger an einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund von Misshandlungen und Folterungen in seinem Heimatland?
2. Leidet der Kläger aufgrund des Erlebten an einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung?
3. Sind bei dem Kläger körperliche oder seelische Spuren bzw. Spätfolgen feststellbar, die Rückschlüsse auf eine erlittene Folter zulassen?

IV. Vorgeschichte

A. Vorgeschichte anhand der Aktenlage

Dem Anhörungsprotokoll des Bundesamtes ist zu entnehmen, dass Herr Z., geb. am, aus dem Dorf D. im Kreise B. in der Provinz Mersin stamme und bis zu seiner Ausreise dort auch gelebt habe. Am 27.7.2000 habe er sein Dorf in Richtung Mersin verlassen, sei von dort am 30.7. nach Ankara gefahren und am selben Tage auch per Flugzeug nach Deutschland ausgereist. Er habe die Grundschule nur ein Jahr lang besucht. Lesen und Schreiben aber könne er. Von Beruf sei er Schafhirte gewesen, habe eine eigene

Viehzucht mit ungefähr 250 Schafen und sechs Kälbern besessen und auch eigene Landwirtschaft betrieben.

Von Sommer 1995 bis gegen Herbst 1997 habe er seinen Wehrdienst abgeleistet, Grundausbildung zunächst in Sivas und später stationiert in Agri. Die Ausreise sei von Ankara direkt nach Hannover erfolgt, Abflugzeit frühmorgens gegen 8 Uhr. Als Fluchtgrund wird angegeben, dass die Bewohner des Heimatdorfes von Herrn Z. schon seit seiner Kindheit mit den Angehörigen der Spezialeinheiten (Özeltim) Begegnungen und Konflikte gehabt hätten. Es werden Vorfälle von Inhaftierungen und Folterungen durch die Spezialeinheiten beschrieben, die nach seiner Entlassung aus dem Militärdienst stattgefunden hätten, wobei die zeitliche Zuordnung dieser Ereignisse im Anhörungsprotokoll recht unscharf und auch widersprüchlich ist.

B. Vorgeschichte anhand eigener Angaben

Geboren sei Herr A. Z. am 1975. Das Dorf, aus dem er stamme, heiße D. (kurdisch), zu türkisch S. Es gehöre zum Kreis B. und befindet sich in der Provinz Mersin. Die Eltern seien Landwirte, er habe fünf Geschwister. In der Geschwisterreihe sei er der Zweitälteste. Herr Z. habe lediglich ein bis zwei Jahre in B. die Grundschule besuchen können. Dort habe er beim Onkel mütterlicherseits gelebt, und danach sei er zurückgekehrt ins Heimatdorf, um die Schafe zu hüten. Der älteste Bruder, von dem er schätzt, dass er etwa zwei oder drei Jahre älter als er sei, habe dagegen eine vollständige vierjährige Grundschulausbildung. Er sei verheiratet und habe eine Familie. Herr Z. wisse nicht, ob der ältere Bruder noch im Heimatdorf oder in der Kreisstadt lebe. Die drei jüngeren Schwestern lebten allesamt noch unverheiratet bei den Eltern. Herr Z. habe die Schafe in den Bergen gehütet.

Seine Eltern, Landwirte, hätten recht viel Landbesitz, hätten viele Tiere gehabt damals, 200 Schafe, zwei Pferde, die jetzt tot sind, und auch sechs Rinder. Die Familie galt als begütert. Der Bauernhof der Familie stehe außerhalb des Ortsverbandes, vom Dorfe entfernt.

„Was mir passiert ist, muss etwa im April 1998 gewesen sein.“ Einmal hätte Herr Z. in den Bergen die Schafe gehütet, als Angehörige der Spezialeinheiten (Özeltim) aufgetaucht seien und ihn aufforderten, ihnen einige Schafe zu überlassen. Als er

sich geweigert habe, hätten die Männer entgegnet, schließlich würde er doch auch PKK-Angehörigen Schafe geben - warum ihnen nicht? „Ich habe ihnen gesagt, ich bin hinter meinem Brot, ich passe auf meine Tiere auf, was wollt ihr?“ Daraufhin hätten sie ihn zunächst geschlagen, dann in einem „Panzer“ zum Karakol (Polizeigefängnis) mitgenommen. Während der Zeit im Karakol, etwa fünf Tage, seien die Schafe ohne Obhut in den Bergen verblieben, so dass 26 von ihnen von Wölfen gerissen worden seien. Aus wie vielen Tieren die Herde damals bestanden habe, wisse er nicht, aber der Vater habe gesagt, es seien etwas über 200 Tiere gewesen. („Bei Gott, ich weiß nicht, und was ich heute auch alles vergessen habe...“)

Insgesamt sei er dreimal ins Karakol mitgenommen worden. Beim zweiten Mal sei er zehn oder auch fünfzehn Tage dort gewesen. Einmal habe er in B. mit einem Auto Nahrungsmittel, Tee, Mehl, Zucker und anderes besorgt. Auf dem Weg zurück zum Dorf hätte am Ortsausgang ein „Panzer“ auf der Straße gestanden und ihn gestoppt. „Der im Panzer“ hätte ihn gefragt, wem das Mehl und der Zucker gehöre, und warum er keine schriftliche Erlaubnis vom örtlichen Karakol bei sich führe, dass er diese Dinge transportieren dürfe? Die Nahrungsmittel und er seien daraufhin in den „Panzer“ verfrachtet und zum Karakol gebracht worden. Als man ihn nach Tagen wieder entlassen habe, hätten sie ihm Mehl, Zucker und den Tee miteinander vermischt zurückgegeben und ihn aufgefordert, dies könne er jetzt zur Guerilla mitnehmen.

Das dritte Mal sei er sieben oder fünfzehn Tage im Karakol gewesen. Das Haus der Familie stehe isoliert und abseits außerhalb des Dorfes. Eines Tages sei frühmorgens das Dorf von Soldaten umstellt und das Haus der Familie gesondert abgeriegelt worden. Die Hunde, darunter auch sein Hirtenhund, seien auf die Soldaten losgegangen, woraufhin die Soldaten die Hunde getötet hätten. Am Folgetag sei es weitergegangen: Das Haus sei erneut umstellt worden, Soldaten hätten unter Drohungen gegen die Tür geschlagen. Als der Vater geöffnet habe, sei er geschlagen worden. Ihn, den Sohn, hätte man mit Stiefeln getreten. Ohne die Stiefel auszuziehen, seien die Soldaten ins Haus hineingestürmt. Als er wieder geschlagen und mit Stiefeln getreten worden sei und auf dem Boden gelegen habe, habe sich die Mutter über ihn geworfen, um ihn mit ihrem Körper zu schützen (er weint). Später sei er dann mit seinen beiden Pferden mitgenommen worden. Sie hätten ihn nämlich beschuldigt, mit diesen beiden Pferden zwei PKK-Angehörige nach A., einer Kleinstadt in der Nähe, gebracht und mit Nahrung, Schuhen,

Zigaretten und Waffen versorgt zu haben. Die Soldaten hätten Herrn Z. und die beiden Pferde auf den Dorfplatz geführt, wo alle Dorfbewohner im Alter von sieben bis siebzig versammelt worden seien. Vor aller Augen seien seine beiden Pferde getötet worden. Anschließend sei er ins Karakol gebracht und verhört worden. Als er die Vorwürfe geleugnet habe, sei er geschlagen worden und schließlich zusammengebrochen. Der Vater habe unterdessen etwa 250 Millionen türkische Lire aufgebracht und einen Offizier im Karakol damit bestochen. Bei der Entlassung des Sohnes aus dem Karakol habe der Offizier gesagt, eine nochmalige Festnahme würde er sicherlich nicht überleben.

Als einige Zeit später erneut, er glaube, es sei das vierte Mal gewesen, das Haus der Familie gestürmt worden sei, habe er sich in den Bergen bei den Schafen befunden. Die Soldaten hätten nach ihm gesucht, weil sein Name in den Papieren eines in den Bergen getöteten PKK-Kämpfers gefunden worden sei. Sogleich vom Vater gewarnt, sei er gar nicht mehr nach Hause zurückgekehrt. Der Vater habe ihn von der Herde direkt zum Onkel nach A. gebracht und anschließend die Vorbereitungen zu seiner Flucht getroffen.

Von 1995, den Monat könne er nicht mehr nennen, bis 1997 sei er im Militärdienst gewesen, zunächst in Sivas, später dann in einer Kreisstadt in der Provinz Agri.

Das Datum der ersten Verhaftung sei wohl im April 1998 gewesen, als er von der Schafherde weggeholt und verhaftet worden war. Das Datum der zweiten Verhaftung, als man ihn wegen der Fuhre mit Lebensmittel verhaftet habe, könne er nicht nennen. Die dritte Verhaftung, anlässlich derer man die Hunde und die Pferde erschossen habe, hätte 1999 stattgefunden. Den genauen Zeitpunkt der Ereignisse, die dann zu seiner plötzlichen Flucht geführt hätten, könne er heute ebenfalls nicht mehr nennen.

Beschwerden/Angaben zur Symptomatik

Herr Z. sei, wenn er auf der Straße umherlaufe, mit den Gedanken bei der Familie zu Hause. Dabei achte er oft nicht auf den Verkehr und sei einmal schon beinahe von einem Auto angefahren worden. Im Heim müsse er wegen Kleinigkeiten zehnmal hin und herlaufen, weil er vergessen habe, was er wolle oder nach verlegten Gegenständen suche. „Ich verliere mich oft.“ Nachts kämen die Alpträume, die von Erlebnissen handeln, die ihm und den Eltern in Kurdistan widerfahren seien. Er sei dann Schweiß geba-

det, zittere und stehe dann auf. Er schreie auch im Schlaf, das sagten seine Zimmernachbarn. Seine Freunde hielten ihm oft vor, dass er, wenn sie ihn wegschickten, um etwas zu erledigen oder zu holen, dies nicht ausführe. Manchmal erinnere er sich im Nachhinein an den Auftrag, in der Mehrzahl der Fälle jedoch nicht. Häufig habe er Kopfschmerzen, wie auch jetzt während der Untersuchung. Denn wenn man ihm Fragen stelle, erinnere er sich sofort an die Verhörsituationen damals im Karakol, wo ihm auch Fragen gestellt worden seien. Dann gerate er in Aufregung und in Angst, verliere sich, werde ohnmächtig. Wenn man ihm Fragen stelle, kämen ganz viele Erinnerungen. Größere Menschenansammlungen meide er.

V. Untersuchungsbefunde

Psychischer Befund

Wacher, bewusstseinsklarer, für seine 27 Jahre etwas jünger wirkender Mann, der in Begleitung eines Landsmannes ins Behandlungszentrum kommt. Es stellt sich heraus, dass er über Sinn und Zweck seines Termins hier im Behandlungszentrum nicht unterrichtet ist. Man habe ihm gesagt, hier gäbe es einen Arzt, zu dem er gehen solle. Zeitlich ist er etwas unscharf orientiert, das Datum gibt er um einen Tag später an. Zur Person ist er vollständig orientiert. (Seinen Ausweis hat er im Heim vergessen, kann aber eine örtliche Bescheinigung zur Erlaubnis zum vorübergehenden Verlassen des Bezirks vom 1.5. bis 3.5. mit der Nummer der Aufenthaltsgestattung des Landkreisesvorlegen.) Im Erstkontakt wirkt Herr Z. äußerst zurückhaltend, etwas misstrauisch, verschlossen und auch kontrolliert. Er bittet den Dolmetscher, jede gestellte Frage noch einmal zu wiederholen, und erklärt auf Nachfrage, dass er aufgeregt sei und er auch Angst verspüre. Denn wenn man ihm Fragen stelle, kämen ihm ganz viele Erinnerungen an die Vorgänge damals im Karakol. Sein Blick ist vorwiegend auf den Dolmetscher gerichtet, den Untersucher spricht er über den Dolmetscher in der dritten Person an, indem er überwiegend seine Antworten beginnt mit: „Sag ihm doch, dass...“ oder „frag ihn doch, ob er das Gefühl kennt, wenn man seine Eltern und Geschwister verlassen muss.“ Im Affekt wirkt Herr Z. sehr kontrolliert, etwas hilf- und ratlos und ängstlich, misstrauisch sowie eingeschränkt schwingungsfähig. An einigen Stellen seiner Schilde-

rung, z.B. als von seiner Mutter die Rede ist, wird die kontrollierte affektive Verhalten etwas durchbrochen, und es zeigen sich Emotionen von Trauer oder Niedergeschlagenheit mit Tränen in den Augen. Oftmals bittet Herr Z. während der Untersuchung, zu seiner familiären Vorgeschichte sowie zur Verfolgungsgeschichte mit den Erlebnissen im Karakol möglichst wenig befragt zu werden, weil dann „die Erinnerungen kommen“ und er sich dann „verliert“. Parallel zu diesen Angaben ist zu beobachten, wie Fragen aufgrund offensichtlicher geistiger Abwesenheit des zu Untersuchenden wiederholt werden müssen. Danach befragt, erklärt er, dass es die Erinnerung an die Heimat und die Erlebnisse im Karakol seien, die seine Aufmerksamkeit hier, wie auch unterwegs auf der Straße, abzögen. Dies träte vor allem dann ein, wenn er – wie jetzt der Fall gewesen – nach seinen Erlebnissen in der Heimat befragt werde. Formal sind Herrn Z.'s Sätze einfach strukturiert, was auf wenig komplexe Gedankengänge schließen lässt. Manchmal fallen auch Sätze, die in der Übersetzung lauten wie: „Ich bin hinter meinem Brot“, womit er meint, dass er zwecks Broterwerbes und nicht aus politischen Motiven in den Bergen weilte. Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen oder Störungen im Ich-Erleben als Ausdruck einer Erkrankung psychotischer Genese finden sich weder anamnestisch noch aktuell. Durchweg ist eine leichte untergründige psychomotorische Unruhe und vegetative Erregtheit festzustellen.

Körperlicher Befund

Etwa sechs bis sieben Zentimeter lange, spindelförmige, chirurgisch unversorgte Narbe mit einer Breite bis zu einem Zentimeter am lateralen Außenrand des linken Unterschenkels. Fehlende Großzehen- und Kleinzehenpolster an den Fußsohlen beidseits; problemlos lässt sich das dünne Gewebe dort bis auf die Mittelfußknochen eindrücken, und es besteht dabei Druckschmerz. Schmerzhafte Bewegungseinschränkung im linken Knie. Narbe am linken Unterkiefer. Beide Narben seien infolge der Folterungen entstanden.

Abgesehen von einem auffallend starken, beidseits symmetrischen Schwitzen und einer Zunahme der Herzfrequenz bei der körperlichen Untersuchung und gesteigerter ängstlicher Nervosität als Ausdruck einer erhöhten vegetativen Erregung ergab die

neurologische Untersuchung keine Hinweise auf eine zentrale oder periphere Schädigung der Nerven.

Internistisch ebenfalls unauffällige Untersuchungsbefunde. Am Ende der Untersuchung wirkt Herr Z. wieder abwesend, und er erklärt auf wiederholtes Befragen: „Jetzt ist mir Dings.“

VI. Diskussion und Beantwortung der Fragen

Fest steht zunächst, Herr Z. ist psychisch krank. Und zwar leidet Herr Z. an einem komplexen psychiatrischen Beschwerdebild, welches sich aus zwei psychischen Störungen zusammensetzt:

Zum einen leidet er unter sehr ausgeprägten intrusiven Symptomen mit überdauernden Erinnerungen an vergangene Erlebnisse mit Alpträumen und situativem Wiedererleben traumatischer Erfahrungen, die mit den ebenfalls vorhandenen Symptomen der (vegetativen) Übererregtheit sowie der Vermeidung als Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10, F43.1) zu klassifizieren sind.

Zum anderen leidet Herr Z. an einer dissoziativen Störung (ICD-10, F44) mit passageren Abwesenheitszuständen, die so häufig sind, dass sie auch während der Exploration und der psychiatrischen Untersuchung wiederholt und auch lang anhaltend zu beobachten waren. Diese dissoziativen Abwesenheitszustände wurden in der Untersuchung provoziert und verstärkt durch Fragen über die Ereignisse der Verfolgung und Haft, an die sich Herr Z. seinen eigenen Angaben zufolge im Alltag möglichst nicht zurück erinnert. Es war in der Untersuchung nicht zu übersehen, dass diese dissoziativen Phänomene durch forcierte Exploration der oben dargestellten Verfolgungsgeschichte verstärkt wurden und damit inhaltlich mit ihr im Zusammenhang stehen.

Es liegen somit bei Herrn Z. zwei psychische Störungen vor: eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine dissoziative Störung. Diese Kombination begegnet uns in der Regel bei besonders schwer, mehrfach und wiederholt extremtraumatisierten Personen. Beide Störungen gemeinsam werden von uns häufig bei Folterüberlebenden gesehen und sind als komplexe psychisch reaktive Traumafolge zu verstehen. Dass diese Symptomatik hier auch wirklich durch die von Herrn Z. in seinem Asylantrag ange-

gegebenen Verfolgungs- und Hafterlebnisse hervorgerufen worden sind, belegen folgende Tatsachen:

1. Ergab die körperliche Untersuchung keine Hinweise auf organische, internistische oder neurologische Erkrankungen, die vorliegende Störungen hervorrufen oder verstärken können. Auch hat die Vorgeschichte keine Hinweise auf eine andere als die oben dargestellte Traumatisierung ergeben.

2. Neben einigen oben beschriebenen Narbenbefunden ergab die körperliche Untersuchung vor allem den Befund fehlender Großzehen- und Kleinzehenballen an den Fußsohlen, wie es oft nach Falakka (Schlägen auf die Fußsohlen) zu beobachten ist (Skyly, G., 1993. Falanza – diagnosis and treatment of late sequela Torture 3: 11-15).

3. Aufgrund seiner komplexen psychischen Störung mit erheblicher Verminderung seiner kognitiven Leistungsfähigkeit sowie seinem niedrigen Ausbildungsstand ist Herr Z. nicht in der Lage, eine erfundene Geschichte aufrechtzuerhalten. Im Kern hat er die gleichen Ereignisse wie damals in der Anhörung auch hier in der Untersuchung wiedergegeben – hier offenbar sogar noch etwas detaillierter, weil er im Laufe der Untersuchung im mittels eines Dolmetschers für kurmanci vermittelten Gespräch vermehrt Vertrauen zu fassen schien. Einzelheiten, gibt Herr Z. in einfacher Darstellung und Perspektive wieder, anfangs noch zögerlicher, später dann beherzter und zusammenhängender. Jedoch kann Herr Z. genaue zeitliche Einordnungen wie z.B. Datum und Dauer der Gefängnisaufenthalte nicht vornehmen, was häufig zu beobachten ist bei Personen aus bäuerlicher Umgebung mit niedrigem Ausbildungsgrad, die sich in ihrer zeitlichen Zuordnung eher an den Jahreszeiten oder an Ereignissen als an konkreten Daten orientieren. Dies ist natürlich noch mehr der Fall bei Personen mit posttraumatischer Belastungsstörung oder anderen psychisch reaktiven Traumafolgen. Aufgrund der mit diesen Störungen verbundenen Beeinträchtigung der Kognition sind diese Personen in der Regel nicht in der Lage, ihre Verfolgungsgeschichte chronologisch exakt und widerspruchsfrei darzustellen – wie es das Bundesamt aber fordert.

Aufgrund der durch die Anamneseerhebung provozierten und sehr ausgeprägten dissoziativen Abwesenheitszustände, hat es der Unterzeichner unterlassen, nach Einzelheiten der erlebten Folter zu fragen, da es den Patienten angesichts des kurzen Untersuchungszeitraums von zwei Terminen überfordert und mit Sicherheit auch gesundheitlich gefährdet hätte. Das vorliegende psychische Störungsbild sowie die psychopathologi-

schen Befunde ergeben ohnehin ausreichend Hinweise, die zur Feststellung berechtigen, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Herr A.Z. in der Türkei gefoltert worden ist.

Die Fragen des Verwaltungsgerichtes werden somit wie folgt beantwortet:

Zu 1: Herr A. Z. leidet an einer ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung in Kombination mit einer dissoziativen Störung, die sich in passageren Abwesenheitszuständen manifestiert. Beide Störungen sind mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch die von ihm beschriebenen Haft-, Verfolgungs- und Foltererlebnisse in der Türkei hervorgerufen worden.

Zu 2: An einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung leidet Herr Z. hingegen nicht, weil die im ICD-10 (F62.0) aufgeführten charakteristischen Symptome nicht vorliegen.

Zu 3: Die Kombination einer ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung mit einer dissoziativen Störung in Form von episodischen Abwesenheitszuständen, wie sie bei Herrn Z. vorliegt, finden wir in typischer Weise auch bei einem großen Teil unserer schwer traumatisierten Patienten. Zusätzlich finden sich bei Herrn Z. körperliche Spuren, die seine Darstellung, in der Türkei inhaftiert und gefoltert worden zu sein, ebenfalls stützen. Auch ist der Kläger aufgrund seiner psychischen Störung sowie auch aufgrund seines herkunftsbedingten niedrigen Ausbildungsgrades schwerlich in der Lage, etwas anderes als wirklich Erlebtes zu berichten. Dass er sich nicht in der Lage sieht, genaue zeitliche Angaben zu den Vorkommnissen zu machen und diese in ein kontinuierliches Zeitgitter einzufügen, ist krankheitsbedingt und macht im Grunde seine Darstellung noch glaubhafter.

Zusammenfassend erlauben das Beschwerdebild und die von uns erhobenen Befunde daher die Feststellung, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Herrn A.Z.'s Angaben zu seiner Verfolgungsgeschichte im Kern auch tatsächlich Erlebtem entsprechen.