

# Stand des Wissens über Traumatisierungen bei Flüchtlingen

Dietrich F. Koch

## Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Tagung und für Interesse an der Sache. Ich möchte Sie also einführen in den Stand des Wissens über Traumatisierungen bei Flüchtlingen. Lassen Sie mich aber zunächst mit einem persönlichen Eindruck beginnen. Mein Vorredner, Herr Scharbach (Vertreter des Innenministeriums Schleswig-Holstein und Mitorganisator der Veranstaltung) hat in seiner Begrüßungsrede die Bedeutung der heutigen Veranstaltung aus der Sicht seiner Behörde dargestellt. Ich habe seinen Ausführungen mit einiger Überraschung gelauscht, spiegelt sich darin doch ein Grad von Problembewusstsein und Sachkenntnis, die mir bisher aus dem Munde von Vertretern von Innenbehörden nie begegnet sind. Die grundsätzliche Bereitschaft der Behörde, in Fragen der Schutzbedürftigkeit von traumatisierten Flüchtlingen den Dialog mit Fachleuten und Behandlungseinrichtungen aktiv zu suchen, um realistische Konzepte für den Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen gemeinsam zu erarbeiten, sucht in dieser Art sein Beispiel in anderen Bundesländern. Wie Sie wissen, komme ich aus einem anderen Bundesland (Berlin) und bin es ganz und gar nicht gewohnt, mit der Thematik dieses Vortrags und den damit verbundenen konkreten Anliegen offene Ohren und offene Türen vorzufinden. Der Innensenat von Berlin hat Mitte 1999 gerade in der Frage der Beurteilung von Traumatisierungen bei Flüchtlingen den Fachleuten und Behandlungseinrichtungen in der Stadt regelrecht die Türen zugeschlagen und die grundsätzliche Kooperationsbereitschaft zu einer nach meinem Empfinden unerträglichen Auseinandersetzung werden lassen mit den gleichermaßen unerträglichen Auswirkungen auf die Flüchtlinge und alle anderen Beteiligten in diesem Verfahren. Ich bin daher dankbar, zu sehen, dass es auch anders geht.

Wie jede Katastrophe auch ein Geschenk mitbringt, so verhält es sich auch in diesem Fall. Wir, die Behandlerinnen und Behandler von traumatisierten Flüchtlingen in Berlin waren aufgrund der misslichen Situation, in der wir uns fanden, gezwungen, größere Anstrengungen zu unternehmen, um die neueren Ergebnisse der Forschung und Praxis der Psychotraumatologie daraufhin zu untersuchen, ob sich darun-

ter neue und überzeugende Argumente finden ließen, die geeignet waren, die besondere Schutzbedürftigkeit traumatisierter Flüchtlinge in unseren Stellungnahmen und Gutachten durch wissenschaftlich anerkannte Befunde zu untermauern. So erarbeiteten wir eine Materialsammlung relevanter Ergebnisse aus der klinischen Forschung und Praxis der Psychotraumatologie, die wir versuchen, so aufzuarbeiten, dass sie Chancen hat, in juristisch-politischen Kreisen verstanden und zur Kenntnis genommen zu werden. Der aktuelle Stand dieser Arbeit findet sich in der jüngsten Ausgabe der Zeitschrift für politische Psychologie unter dem Titel: „Beiträge der Psychotraumatologie zur Menschenrechtsdiskussion im Kontext der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen“.\* Wir versuchten dabei einige Grundlagen und klinische Begrifflichkeiten zu klären, die in juristische und politische Kreise noch kaum eingedrungen und selbst in der klinischen Fachwelt noch nicht Allgemeingut geworden sind. Sie finden einige der in diesem Vortrag zitierten wissenschaftlichen Befunde dort detaillierter beschrieben.

Die bisherige Arbeit hat uns aber auch die Erkenntnis erbracht, wie schwierig es ist, Entscheidungsträgern bei Gerichten, in Verwaltung und Politik klinisches Wissen und unsere Erfahrung zu vermitteln. Aus den verschiedenen professionellen Denk- und Begriffssystemen heraus ergeben sich bisweilen erhebliche Kompatibilitätsprobleme in der Kommunikation. Wir haben daher als KlinikerInnen den Versuch gemacht, (ausländer-) rechtliche Belange und damit die professionellen Interessen von Juristen und im juristischen, verwaltungstechnischen und politischen Bereich Tätigen „mitzudenken“.

Ich will heute versuchen, die für Sie relevanten Aspekte herauszustellen

\* Zeitschrift für Politische Psychologie 4/00 + 1/01 (Doppelnummer): „Politische Traumatisierung: Therapie im Kontext“. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn, 50 DM

## Dietrich Koch

ist Diplom-Psychologe und seit 1990 Leiter von »XENION« in Berlin. Seit 1997 Vorstandsmitglied der »Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.« (BAFF).

XENION, Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte, Roscherstr. 2a, 10629 Berlin, Tel.: 030 / 323 29 33, Fax: 324 85 75, e-Mail: xenion@bln.netdiscounter.de

und zusammenzufassen – ein (weiterer) Versuch, wie diese Tagung selbst, eine Verständigungsbrücke zwischen den verschiedenen Berufs- und Gesellschaftsgruppen im Bereich der Flüchtlings- und Menschenrechtsarbeit zu schlagen.

## **Die Entdeckung einer bislang verborgenen Krankheit**

### **Die psychischen Reaktionen auf extreme Belastungen**

#### **Historisches**

Wenn ich in Vorträgen oder zu anderen öffentlichen Anlässen, auch vor Fachpublikum, über Psychotrauma spreche, dann beschleicht mich oft das Gefühl, als würde ich von einer geheimnisvollen, neu entdeckten Krankheit sprechen. Das ist erklärungsbedürftig, sind doch die „psychischen Reaktionen nach Extrembelastungen“ bereits seit 1980 in die international anerkannten Klassifikationen psychischer Erkrankungen (DSM IV, ICD-10) als eigenständige Kategorie aufgenommen und sollten damit als Allgemeingut zumindest bei Fachleuten vorausgesetzt werden. Die Geißel des Krieges und der Gewalt begleitet doch die Menschheit von allem Anbeginn an. Gerade in Deutschland müsste man bestens über die Wirkung staatlichen Terrors, Krieg und Vertreibung Bescheid wissen. Aber gerade die deutsche psychiatrische Wissenschaft tut sich ungeheuer schwer mit der neu „entdeckten“ Krankheitsursache „Psychotrauma“. Warum ist das so?

Bis in die jüngste Vergangenheit (1980) galt in der psychiatrischen Krankheitslehre der Grundsatz, dass Stressfaktoren zwar pathologische psychische Reaktionen auslösen können, dass diese psychische Gesundheitsstörung jedoch beim Aufhören oder Nachlassen der Stress-Situation bald wieder abklingt oder sich zumindest in einem Umfang verringert, dass ihr kein Krankheitswert mehr zukommt. Ich selbst bin noch (1986!) nach diesem bis dahin ehernen Grundsatz der Psychopathologie ausgebildet worden, obwohl dies bereits international als „überholter Wissenschaftsstand“ galt. „Von einer Tiefenwirkung und Weiterwirkung der stattgehabten Verfolgungsmaßnahmen – von Ächtung, Diskriminierung, Diffamierung, Erniedrigung, Verfehlung, Vertreibung aus Amt und Würde, um nur einige auf seelischem Gebiet zu nennen – war höchst selten die Rede.“ (Niederland 1980).

Die Studien an Überlebenden der NS-Verfolgung (Venzlaff 1958; Matussek 1961; von Baeyer, Häfner und Kisker 1964) lieferten die

ersten wissenschaftlich untermauerten Ergebnisse, dass unter bestimmten Umständen erlebnis- und verfolgungsbedingt ein psychisch tiefgreifender Persönlichkeitswandel stattfinden könne. Walter von Baeyer beschreibt diese ersten Befunde 1964: „Es war hier etwas Neues in Erscheinung getreten: chronische, äußerst hartnäckige, therapeutisch wenig beeinflussbare Beschwerden, Leistungsmängel, Veränderungen der sozialen Persönlichkeit, die sich bei fehlendem oder gering ausgeprägtem Organbefund, hirnpathologisch nicht erklärbar, in biographischer Kontinuität aus den furchtbaren, leiblich-seelisch-sozialen Schicksalen der Verfolgung entwickelt haben ...“. Diese „neuen“ Befunde wurden seither v.a. in der Folge der Feststellung tiefgreifender psychischer Auswirkungen des Vietnamkriegs auf Soldaten aus den USA und der Erkenntnisse bezüglich der Folgen von sexuellem Missbrauch und Misshandlungen bei Kindern und Vergewaltigung bei Frauen wissenschaftlich so weit abgesichert, dass die psychischen Reaktionen auf Extrembelastungen 1980 als neue Kategorie von Krankheitsursachen in das international gebräuchliche amerikanische „Diagnostische und Statistische Manual der Krankheiten (DSM III; American Psychiatric Association (APA), 1980)“ und wenig später in das „Internationale Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-9; World Health Organisation (WHO), 1980)“ der Weltgesundheitsorganisation aufgenommen wurden. Damit wurde weltweit erstmals anerkannt, dass eine psychische Störung ausschließlich äußere Ursachen haben kann.

Diese Erkenntnis schuf die Grundlage für die Entwicklung eines neuartigen psychiatrisch-diagnostischen Denkens, eines für die psychiatrische Wissenschaft neuen Paradigmas. Leider haben in Deutschland bis heute nicht viele Vertreter der Fachwelt diese „kopernikanische Wende“ in der Psychodiagnostik zur Kenntnis genommen. Die verschiedenen Forschungsansätze zur psychischen Traumatisierung haben sich über eine lange und schwierige Geschichte (van der Kolk et al., 1994; Keilson, 1995) und vor allem im Ausland langsam entwickelt. Erschwert wurden die Fortschritte in Deutschland hauptsächlich durch politische und ökonomische Interessen wie u.a. das Bestreben, Entschädigungsansprüche von NS-Opfern zurückzuweisen, das Ausmaß der damals stattgefundenen Gewalt an sich zu verleugnen und die Entschädigungsleistungen der Versicherungsgesellschaften und des Staates gering zu halten. Auch psychische Barrieren wie die allgemein menschliche Neigung, Todesgefahr aus dem Bewusstsein zu bannen und Traumafolgen nicht wahrhaben zu wollen, mögen eine gewisse Rolle dabei spielen.

Noch 1995 wies Priebe darauf hin, dass in Deutschland noch nicht vorausgesetzt werden könne, dass die Kenntnis der diagnostischen Kriterien, geschweige denn der mittlerweile vor-

handenen spezifischen Behandlungsansätze für Traumafolgen sich in Lehre und Praxis durchgesetzt und genügend weit verbreitet hätte. Da die meisten FachärztInnen und psychologischen PsychotherapeutInnen, die heute praktizieren, ihre Ausbildung schon längst hinter sich haben und in den Aus- und Weiterbildungen bis zum Anfang der neunziger Jahre wenig zum Thema Diagnostik und Behandlung psychischer Traumatisierung angeboten wurde, ist trotz einer erfreulichen Steigerung der Anstrengungen auf diesem Gebiet, u.a. auch des Aufbaus eines Netzwerkes von BehandlerInnen und ForscherInnen auf dem Gebiet der Psychotraumatologie, davon auszugehen, dass sich an diesem Umstand noch nicht viel geändert hat. Mit anderen Worten, aktuell sind nur diejenigen Fachleute, die sich intensiv um die Anpassung ihrer Kenntnisse an den neuesten Forschungsstand bemühen, in der Lage, psychische Reaktionen auf Extrembelastungen sicher zu erkennen, zu diagnostizieren und richtig zu behandeln. Das trifft in der Regel nur für wenige Spezialisten zu, die durch ihren professionellen Alltag gehäuft mit Überlebenden extremer Gewalt konfrontiert waren. In der gesundheitlichen Regelversorgung in Deutschland können diese Kenntnisse nicht als Allgemeingut vorausgesetzt werden. Betrachtet man darüber hinaus die Gruppe von Fachleuten, die ihre Erfahrungen mit ausländischen Flüchtlingen, also im transkulturellen Bereich, gesammelt haben, so dürfte sich der Kreis der Sachverständigen noch erheblich weiter einschränken. Für traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland sind sie in aller Regel in den Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer zu finden.

Wenn sich die beschriebene „Revolution“ der Diagnostik auch noch nicht als Allgemeingut durchgesetzt hat, so können wir seither doch wenigstens die Folgen von staatlichem Terror, Krieg und Genozid aus einer gesundheitlichen Perspektive beschreiben und auch politisch thematisieren.

## **Zur Diagnostik von Traumenschäden bei Flüchtlingen**

Durch sorgfältige medizinische und psychologische Erhebungen können psychische Traumafolgen anhand typischer körperlicher Spuren und psychischer Reaktionen festgestellt und diagnostiziert werden. Voraussetzung ist, dass die DiagnostikerIn über die entsprechende Erfahrung verfügt und die wissenschaftlich fundierten internationalen Diagnosestandards sachgemäß anwendet. Es können sogar mit gewisser Wahrscheinlichkeit fachlich fundierte Einschätzungen über die Genese der Traumatisierung und damit über die Glaubhaftigkeit der dargelegten Verfolgungsgeschichte abgegeben werden, wenn die Darstellung der Verfolgung sorgfältig auf

Merkmale hin untersucht wird, die einen konkreten Erlebnishintergrund begründet erscheinen lassen.

Geschieht diese Diagnostik prozessbegleitend im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung, so können dabei auch kontextbezogene Unschärfen der Informationserhebung, wie sie z.B. bei der Anhörung beim Bundesamt oder in anderen Interviewsituationen vorkommen, ausgeräumt werden. Keine Gesprächssituation ist mehr geeignet, Vertrauen zu schaffen, Missverständnisse auszuräumen, verdrängte bzw. dissoziierte belastende Erfahrungen ausdrückbar und Erinnerungslücken deutlich zu machen und wieder zu füllen, als die therapeutische. Damit wird der therapeutische Prozess gerade für extrem traumatisierte Menschen oft zur einzigen Chance, überlebenswichtige Selbstschutzstrategien kontrolliert zu lockern und tiefe seelische Verletzungen zur Sprache zu bringen.

Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass die Diagnostik von Traumenschäden in die Hand von Fachleuten gehört, die auch die entsprechende Sachkenntnis und Erfahrung nachweisen können.

## **Grundlagen der Psychotraumatologie**

Für die Diagnostik psychischer Erkrankungen gibt es international anerkannte und gebräuchliche Standards. Zwei Hauptwerke der Diagnostik psychischer Störungen sind gegenwärtig im Gebrauch:

1. Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; WHO 1991)
2. Diagnostic and Statistic Manual of Psychiatric Disorders (DSM IV, APA 1994)

Das ICD-10 wird inzwischen im deutschen Gesundheitssystem als Klassifikationssystem und Diagnosestandard vorausgesetzt. Das DSM IV wurde in den Vereinigten Staaten entwickelt. Es findet dort im Gesundheitswesen Gebrauch und wird in vielen Ländern der Welt in der psychologischen und psychiatrischen Forschung eingesetzt. Beide Werke legen klare Kriterien für die Diagnose psychischer Störungen fest. Sie repräsentieren in der jeweils gültigen Version den aktuellen Stand wissenschaftlicher Forschung zur Psychodiagnostik. Fachärzte, Psychologen und Psychotherapeuten sind prinzipiell qualifiziert und autorisiert, Diagnosen nach diesen Kriterien zu erstellen.

Über diese beiden Standardwerke der Diagnostik hinaus gibt es einschlägige Literatur speziell zur Beurteilung traumatischer Störungen (z.B. Briere 1997; Wilson & Keane, 1996). Die nach-

folgenden Erläuterungen beziehen sich auf diese Grundlagen.

## Was ist ein Trauma?

Der Begriff „Trauma“ wird in der medizinischen Wissenschaft im Sinne von „Wunde“ oder „Verletzung“ gebraucht. Auch eine körperliche Verletzung, meinetwegen eine Schnittwunde, wird als Trauma bezeichnet. In Abgrenzung dazu sprechen wir von „Psychotrauma“, wenn ausschließlich eine seelische Verletzung gemeint ist. Beide internationale Klassifikationen beginnen ihre Kriterien zur Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung mit einer Definition des auslösenden traumatischen Ereignisses. Im ICD-10 (WHO, 1991) wird ein traumatischer Stressor als ein belastendes Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß beschrieben. Das Ereignis muss eine bestimmte traumatisierende Kraft aufweisen, die nach menschlichem Ermessen ausreichend ist, um bei fast jedem Betroffenen starke Angst und Verzweiflung auszulösen. Das Ereignis muss seiner Natur nach geeignet sein, die traumatische Symptomatik zu determinieren. Das DSM IV gibt einem Ereignis dann eine traumatische Qualität, wenn es eine reale oder drohende Todesgefahr, ernsthafte Verletzung oder Gefahr für die körperliche Integrität beinhaltet und die Person mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder panischem Schrecken erfüllt wird und entsprechend reagiert. Bei Kindern kann sich die Reaktion auch in desorganisiertem oder agitiertem Verhalten ausdrücken. Dabei reicht es aus, wenn die betroffene Person auch nur unmittelbar Zeuge eines solchen Ereignisses wird.

Dieses Stressorkriterium wird durch ganz verschiedene kritische Lebensereignisse erfüllt, die in der Tabelle unten aufgeführt sind.

Man hat bei dieser Klassifizierung eine Unterscheidung gemacht zwischen den sogenannten

### Klassifikation von Traumen

(zitiert nach Maercker 1997)

#### Vom Menschen verursachte Traumen

- sexuelle/körperliche Miss-handlungen in der Kindheit
- kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigungen
- Kriegserlebnisse
- zivile Gewalterlebnisse (z.B. Geiselnahme)
- Folter und politische Inhaftierung
- Massenvernichtung (KZ-Vernichtungshaft)

#### Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumen

- Naturkatastrophen
- technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)
- berufsbedingte (z.B. Militär, Polizei, Feuerwehr)
- Arbeitsunfälle (z.B. Grubenunglück)
- Verkehrsunfälle

„man made disaster“, den vom Menschen verursachten Traumata, und solchen, die nicht durch Menschen verursacht sind. Diese Unterscheidung ist insofern sinnvoll, als auch die psychischen und sozialen Folgeschäden signifikante Unterschiede zeigen. Das Verhältnis der betroffenen Person zu ihrer sozialen Umwelt (v.a. ihre generelle Beziehungsfähigkeit, Sozialverhalten und Kontaktverhalten) ist in aller Regel stärker beeinträchtigt, wenn das Trauma in einem sozialen Kontext verursacht wurde. Folter, Krieg und Genozid gehören in die Kategorie der vom Menschen verursachten Traumata.

Eine zweite Unterscheidung wurde hinsichtlich der Dauer und Frequenz der Einwirkung des traumatischen Stressors gemacht. Es gibt auch hier Hinweise darauf, dass lang dauernde und wiederholte Belastungssituationen oder ganze Sequenzen traumatischer Erlebnisse (Typ II) einen stärker beschädigenden Einfluss auf den Betroffenen haben als einmalige oder kurzzeitige Erlebnisse (Typ I). Vor allem chronische Verläufe der Erkrankung sind mit höherer Wahrscheinlichkeit unter den Stressoren vom Typ II zu finden (vgl. Abb. nächste Seite).

## Vom Trauma zur posttraumatischen Erkrankung

Wer die öffentliche Diskussion um den Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in den letzten Jahren aufmerksam mitverfolgte, stieß häufig auf Argumente, die aus fachlicher Sicht dringend klärungsbedürftig sind. Auf der einen Seite erfuhr der Begriff der „Traumatisierung“ zunehmende Beliebtheit, gepaart mit zunehmend inflationärem Gebrauch. Er wurde u.a. in solcher Weise verwendet, dass die Grenze zwischen einer „normalen“ psychischen Belastungsreaktion auf ein beliebiges belastendes Ereignis und dem klinischen Krankheitsbild schwerer chronischer Folgen von Extrembelastung z.T. nicht mehr erkennbar war. Es gibt definierte Kriterien, nach denen eine Belastungssituation im klinischen Sinne als potentiell „traumatisierend“ beurteilt wird, und wir wissen, dass traumatische Belastungssituationen von längerer Dauer und/oder wenn das traumatische Ereignis besondere traumatisierende Kraft entfaltet mit höher Wahrscheinlichkeit chronische Folgeschäden mit Krankheitswert nach sich ziehen, aber eine notwendige kausale Folge lässt sich daraus nicht ableiten. Mit anderen Worten können wir zum Beispiel für die Überlebenden serbischer Konzentrationslager eine sehr hohe Prävalenzrate für die Entwicklung chronischer Spätfolgen der Extrembelastung annehmen, aber nicht jeder wird zwangsläufig im Sinne einer lebenslangen klinischen Erkrankung betroffen sein. Es gibt in den Verarbeitungsmöglichkeiten traumatischer Erfahrungen u.a. erhebliche individuelle Unterschiede.

Jeder von uns erlebt mit 50% Wahrscheinlichkeit einmal in seinem Leben ein Trauma, das die Stressorkriterien der posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt. Die klinische Erfahrung zeigt aber auch, dass nicht jeder, der ein Trauma erlebt, krankheitswertige Folgeschäden davontragen wird. Das belegen epidemiologische Studien.

Was sich mit aller Vorsicht aufgrund dieser Studie sagen lässt ist, dass bei traumatisierten Kriegsflüchtlingen und Überlebenden von Folter oder Genozid die Erkrankungs Wahrscheinlichkeit bei 30 bis 50% liegt. Wir können also nach den vorliegenden Studien damit rechnen, dass mindestens jeder dritte nach Deutschland eingereister Flüchtling an einer traumabedingten Störung erkrankt ist oder war.

## Die Verlaufstypen der posttraumatischen Belastungsreaktionen

Die *posttraumatische Belastungsstörung* (PTBS oder PTB, engl. PTSD) ist die zentrale, aber nur eine Form der traumabedingten psychischen Reaktion. PTBS erscheint in der öffentlichen Diskussion im Zentrum der Aufmerksamkeit, weil das Symptombild als typische Folge von Traumatisierungen zu erwarten zu sein scheint, sich relativ klar beschreiben lässt und eine relativ große Kohärenz der Einzelsymptome aufweist. Diese Verengung der Diskussion auf das Krankheitsbild der *posttraumatischen Belastungsstörung* entspricht jedoch nicht den epidemiologischen Befunden. Tatsache ist, dass Menschen auf traumatische Ereignisse auch mit einer ganzen Reihe anderer psychischer Störungen reagieren können, insbesondere Depression, Angst- und Panikstörungen, dissoziativen Störungen, Suchtkrankheiten, somatoformen Störungen, psychosomatischen Störungen. Die genannten Störungen und weitere können entweder einzeln oder in verschiedenen Kombinationen auftreten (Komorbidität). Tatsache ist auch, dass nicht jeder Mensch, der einer traumatischen Erfahrung ausgesetzt war, in der Folge psychische Reaktionen entwickelt, die Krankheitswert im Sinne der diagnostischen Standards haben. Akute Symptome bilden sich häufiger spontan zurück, als dass nachhaltige Gesundheitsstörungen wie die posttraumatische Belastungsstörung zurückbleiben.

Die Belastungsreaktionen auf ein traumatisches Ereignis werden in verschiedene Verlaufstypen unterteilt. DSM IV und ICD-10 unterscheiden eine „akute Belastungsstörung“ (Dauer bis zu vier Wochen) von einer „posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS ab vier Wochen Dauer). Das DSM IV kennt drei verschiedene Verlaufstypen der PTBS: die akute Form (bis 3 Monate Dauer), die chronische Form (ab 3 Monate) und die verzögerte Form (Auftreten mindestens 6

## Klassifikation von Traumen

(zitiert nach Maercker 1997)

### Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-I-Traumen)

- Naturkatastrophen
- Unfälle
- technische Katastrophen
- kriminelle Gewalttaten wie Überfälle, Schusswechsel

### Längerdauernde, wiederholte Traumen (Typ-II-Traumen)

- Geiselaft
- mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft
- KZ-Haft
- wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung sowie wiederholte Vergewaltigungen

## Epidemiologie I (Langkafel, 2000)

- Wahrscheinlichkeit, ein Trauma zu erleben, entsprechend der Stressorkriterien der PTBS liegt bei 50 %.
- Erkrankungsrisiko liegt bei 20 % im Durchschnitt (etwa nach Verkehrsunfall).
- Nach Kampfeinsätzen, Folter, sexuellen Traumata liegt das Erkrankungsrisiko zwischen 30 und 50 %.

Monaten nach dem belastenden Ereignis). ICD-10 unterscheidet in PTBS (Aufreten nach vier Wochen) und einer chronischen Verlaufsform, der „andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“, wenn die Störung länger als zwei Jahre besteht.

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

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

Unter den bosnischen Kriegsflüchtlingen, die heute noch eine posttraumatische Symptomatik zeigen, muss eine chronische Erkrankung angenommen werden, da das traumatische Ereignis bei den meisten bereits mehr als 5 Jahre zurückliegt.

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

Auch zur Frage des Krankheitsverlaufs gibt es bereits epidemiologische Untersuchungen, die eine Erwartungswahrscheinlichkeit für bestimmte Verlaufstypen herausgearbeitet haben.

Nach der vorliegenden Studie von Kessler (1995) sind mehr als 30% posttraumatisch erkrankter Personen im ersten Jahr der Erkrankung wieder beschwerdefrei. Nach 4 Jahren gilt dies bereits für jeden zweiten Betroffenen. Zwei Befunde, nämlich die Tatsache, dass bei etwa einem Drittel der Betroffenen die Symptomatik noch nach 10 Jahren weiterbesteht und die Beobachtung, dass später hinzukommende kritische Lebensereignisse die Symptomatik verstärken, sind für die Beschäftigung mit kriegstraumatisierten bosnischen Flüchtlingen von besonderer Bedeutung. Es wäre demnach bei

## Epidemiologie II (Kessler 1995)

- Beschwerdefreiheit innerhalb der ersten 12 Monate liegt bei mehr als 30 %.
- 50 % sind nach ca. 4 Jahren beschwerdefrei.
- Bei etwa einem Drittel bestand die Symptomatik noch nach 10 Jahren fort.
- 50 % der Erkrankten, die irgendeine Therapie erhielten, waren nach drei Jahren beschwerdefrei.
- Verstärkung der Symptomatik tritt nach kritischen Lebensereignissen auf.

aller Vorsicht gegenüber statistischen Werten rein arithmetisch zu erwarten, dass 30 bis 50 % der bosnischen Kriegsflüchtlinge posttraumatisch erkrankt waren und ein Drittel davon heute noch chronische Folgeschäden zeigen müsste. Darüber hinaus hat die Gestaltung des Aufenthalts von Kriegsflüchtlingen in Deutschland in positiver wie negativer Weise Einfluss auf die Chancen einer Erholung von der Erkrankung. Im negativen Fall, wenn also die Aufenthaltsbedingungen selbst zu einem kritischen Belastungsfaktor werden, erfährt die Erkrankung eine nachhaltige Verstärkung und die Chancen einer Erholung schwinden.

## Faktoren, die eine Erkrankung determinieren können

Warum der eine nach einem Trauma erkrankt und unter Umständen lebenslange Schäden davonträgt und ein anderer nicht erkrankt oder sich nach einiger Zeit von der Störung wieder erholt, dafür hat man einige maßgebliche Faktoren ausgemacht, die eine Rolle im psychischen Verarbeitungsprozess spielen. Die vorliegenden Modelle der Entstehung der psychischen Erkrankung sind zwar größtenteils noch nicht so weit durch empirische Studien abgesichert, dass man sie im strengen Sinne als „bewiesen“ bezeichnen könnte, sie können aber als brauchbare Arbeitshypothesen gelten, die den gesunden und den pathologischen Verarbeitungsprozess einer Traumatisierung beschreiben.

Das vorliegende Schaubild (nächste Seite oben) zeigt einen normalen Prozessverlauf der Traumaverarbeitung und eine pathologische Form. Der normale Prozessverlauf führt zu einem Abschluss des Verarbeitungsprozesses, während im Falle der pathologischen Verarbeitung die traumatische Problematik nicht abgeschlossen werden kann. Es bleiben dauerhafte psychische Folgeschäden zurück. Grundsätzlich reagiert fast jeder mit typischen Belastungsreaktionen auf ein traumatisches Ereignis.

Eine ganze Reihe von Faktoren spielen bei der Entscheidung eine Rolle, ob ein Mensch ein traumatisches Ereignis gesund übersteht oder möglicherweise bleibende psychische Folgeschäden davonträgt.

**Das Trauma selbst:** Art, Dauer und Intensität der traumatischen Erfahrung haben einen wesentlichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Eine besondere Rolle scheint dabei die „Vorhersehbarkeit“ des Traumas zu spielen. Offenbar stellt die Vorhersehbarkeit eines traumatischen Ereignisses einen gewissen Schutz vor dem Gefühl des Überwältigenseins dar, das dann besonders stark ist, wenn das Trauma als zufälliges und willkürliches Ereignis erfahren wird.

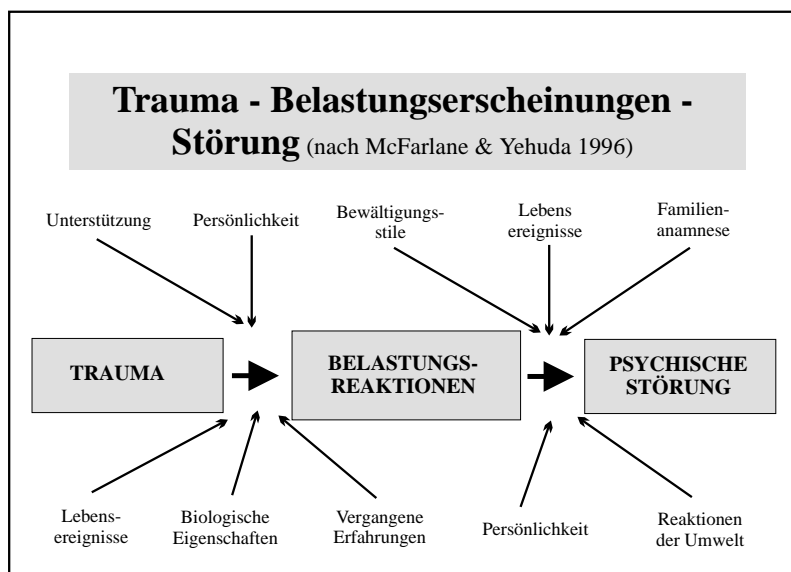
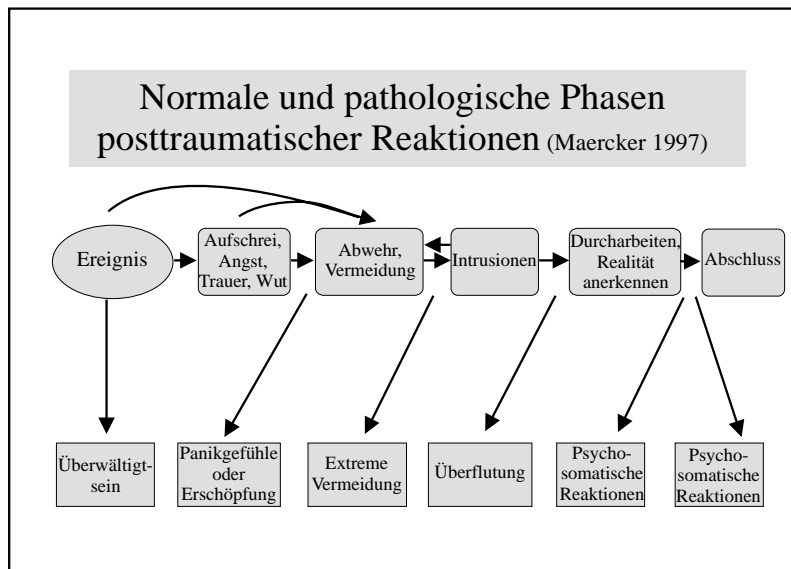
**Unterstützung (social support):** Wenn die Person ein intaktes, tragendes und unterstützendes soziales Umfeld hat, Familie, Freunde oder Bekannte Unterstützung und Hilfe anbieten, dann ist die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung geringer bzw. die Chance der Erholung höher, als wenn dieses soziale Netz nicht vorhanden ist oder nicht im Sinne einer Unterstützung funktioniert. Bei Flüchtlingen, die zum Teil ihre gesamten sozialen Bezüge aufgegeben oder verloren haben, fällt dieser stabilisierende Faktor oft ganz weg.

**Persönlichkeit:** Die Persönlichkeit des Betroffenen hat ihren Einfluss auf das Krankheitsgeschehen. Ängstliche oder depressive Persönlichkeiten sind eher gefährdet, die Krankheit zu entwickeln, als andere. Andere persönliche Merkmale wie Bildungsstand, Religiosität, sozioökonomischer Status im Herkunftsland spielen u.U. eine Rolle.

**Bewältigungsstile:** Jeder Mensch verfügt bereits über ein erlerntes Repertoire, mit belastenden Situationen umzugehen. Manche dieser persönlichen Bewältigungsstile tragen eher dazu bei, das Trauma zu verarbeiten (z.B. Kontakt und Gespräch suchen bei nahen sozialen Bezugspersonen) als andere (z.B. Alkohol im Sinne der Selbstmedikation). Ob es einem Betroffenen beispielsweise gelingt, dem Geschehen einen Sinn zuordnen zu können oder einen Weg gefunden zu haben, ein gewisses Kohärenzgefühl bewahrt zu haben (z.B. im Rahmen religiöser Praxis oder politischen Engagements), kann von entscheidender Bedeutung für Gesundheit oder Krankheit sein.

**Kritische Lebensereignisse:** Oft treten in Folge der Traumatisierung weitere kritische Lebensereignisse hinzu. Flüchtlinge sehen sich oft nach dem traumatischen Ereignis weiterer Verfolgung ausgesetzt, werden aus ihrer angestammten Umgebung vertrieben, ihrer Existenzgrundlage beraubt oder zur Flucht ins Ausland getrieben, wo sie keine sozialen Bezüge mehr haben, die bisher erlernten Kulturtechniken nicht mehr brauchbar sind und sie als Kulturfremdlinge einem fremden, unverständlichen System von Normen und Gesetzen gegenüberstehen mit vorwiegend frustrierten Erfahrungen oft über eine lange Zeit hinweg, bis eine gewisse Anpassung an die neue Umgebung erreicht ist. Dies führt dann oft zu „Sekundärtraumatisierungen“, Anpassungsstörungen (z.B. Entwurzelungssyndrom) oder langanhaltenden depressiven Reaktionen. All diese zusätzlichen Belastungen begünstigen die Entwicklung der Erkrankung.

**Familienanamnese:** Oft erhält eine traumatische Erfahrung ihren Sinn in familiären oder ethnischen Loyalitäten, wenn z.B. über Generationen hinweg in einer Familie eine bestimmte politische Haltung gezeigt wird oder das offene Bekenntnis zu einer bestimmten ethnischen Zugehörigkeit eine identitätsstiftende Rolle spielt,



dann kann das familiäre Umfeld eine wichtige Stabilisierungsfunktion haben. Andererseits kann es für die Krankheitsentwicklung von entscheidender Bedeutung sein, wenn die Familie den Betroffenen ausgrenzt oder ausstößt, weil z.B. das traumatische Ereignis als Schande oder Bedrohung für das Familiensystem eingestuft wird. Traten in der Familie bereits früher traumatische Erfahrungen auf, so kann dies ein Hinweis auf eine besondere Vulnerabilität für die Ausbildung traumatischer Erkrankungen sein.

**Vergangene Erfahrungen:** Sind dem Trauma bereits traumatische Erfahrungen vorausgegangen, so ist dies geradezu ein Prädiktor für die Entwicklung von chronischen posttraumatischen Störungen bei der Wiederholung der Traumatisierung. Entsprechend ernst zu nehmen ist die Gefahr von Chronifizierung und Dynamisierung der Störung bei Retraumatisierungen.

**Biologische Eigenschaften:** Offenbar spielt auch die körperliche Konstitution, insbesondere die Belastbarkeit des Nervensystems, eine ge-

wisse Rolle bei der Erkrankungs Wahrscheinlichkeit nach einem Trauma.

**Reaktionen der Umwelt:** Das Gefühl von Sicherheit, einer gewissen Akzeptanz und Geborgenheit sind *conditio sine qua non* jeder psychischen Stabilisierung und jedes Behandlungserfolges bei posttraumatischen Erkrankungen. Umgekehrt wirkt sich eine Umgebung, von der aktuell noch eine reale Gefahr ausgeht, die offen oder verdeckt feindselig reagiert oder die auch nur als bedrohlich empfunden wird, als ernstes Krankheitsrisiko aus. Laufende juristische Verfahren, unsicherer Aufenthalt, frustrierende Behördenkontakte haben eine ähnlich erschwerende Wirkung für die Verarbeitung der traumatischen Erfahrung. Selbstverständlich sind auch eine perspektivlose ökonomische Situation oder die gänzlich fehlende Existenzgrundlage Belastungsfaktoren, die den Krankheitsverlauf entscheidend negativ beeinflussen.

Die Faktorenanalyse des Krankheitsverlaufs traumabedingter Folgeschäden macht es unseres Erachtens möglich, Kriterien für die Beurteilung der Gesundheitsrisiken bei unfreiwilliger Rückführung traumabedingt erkrankter Flüchtlinge abzuleiten. Sie wirft meines Erachtens auch ein anderes Licht auf die Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung der Störung. Da etwa bei bosnischen Kriegsflüchtlingen der Aufenthalt in Deutschland bisher an die Behandlung geknüpft ist und bislang die Überzeugung herrschte, dass verbesserte Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland die Rückführung möglich machen würden, erscheint uns der Hinweis auf diese Befunde und ihre Interpretation sehr wichtig. Die Bedeutung von Behandlungsmöglichkeiten bei chronischer Traumatisierung im Heimatland muss auf ein realistisches Maß hin korrigiert werden. Sie wird bei der Beurteilung der Gesundheitsrisiken bei unfreiwilliger Rückführung bislang weit überschätzt. Demgegenüber müssen andere bedeutungsvolle Faktoren, wie z.B. das subjektive Sicherheitsempfinden, das Vorhandensein einer materiellen Existenzgrundlage, ein funktionierendes soziales Netz in ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen erheblich aufgewertet werden. Das subjektive Sicherheitsempfinden ist dabei nicht identisch mit der objektiven Gefährdungslage. Es ist eine Einschätzung, die der Betroffene auf dem Hintergrund seines persönlichen Schicksals vornimmt.

Dass diese subjektive Einschätzung traumabedingt erkrankter Menschen unter Umständen in Widerspruch zu den Einschätzungen gerät, die der gesunde, nicht-traumatisierte Mensch vornimmt, mag ein historisches Beispiel verdeutlichen. Im Frankreich der Nachkriegszeit entstand eine öffentliche Diskussion darüber, ob man die während des Krieges aus Deutschland geflüchteten Juden wieder in die demokratische Bundesrepublik zurückführen solle. Dieser Schluss schien nahezu liegen, wenn man sich das eher geringe Gefährdungsrisiko für rück-

kehrende Juden im Nachkriegsdeutschland betrachtete. Dennoch entstand in der französischen Öffentlichkeit breiter, energischer Protest gegen diese Pläne. Man betrachtete die unfreiwillige Rückführung der Geflohenen angesichts deren Widerstands als „Monstrosität“, weil man in dieser speziellen Situation die erheblichen psychischen Veränderungen bei den Opfern in ihrer ganzen Tragweite angemessen einschätzen und anerkennen konnte.

Sicherlich ist der Holocaust eine historische Einzigartigkeit. Dennoch bilden sich vergleichbare grausame Erfahrungen auf individueller Ebene auch nach anderen von Menschen verursachten Katastrophen ab. Viele der heute noch in Deutschland lebenden bosnischen Flüchtlinge sind nicht im engeren Sinne vor dem Krieg in ihrer Heimat geflohen, sondern vor dem systematischen Genozid. In jedem Fall aber ist die Einstellung zur freiwilligen Rückkehr an den Ort, wo die erfahrenen Grausamkeiten geschehen sind, eine Determinante des persönlichen Schicksals und seiner individuellen Verarbeitung und als solche weitgehend unabhängig von medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten.

## Die posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; engl. PTSD) ist die zentrale Form der pathologischen psychischen Reaktionen auf Extrembelastungen. Sie ist keinesfalls die einzige Folgeerkrankung nach Psychotrauma. Es wurde bereits an anderer Stelle darauf hingewiesen, dass PTBS in der öffentlichen Diskussion im Zentrum der Aufmerksamkeit steht, weil das Symptombild als typische Folge von Traumatisierungen zu erwarten zu sein scheint, sich relativ klar beschreiben lässt und eine relativ große Kohärenz der Einzelsymptome aufweist. Sie soll an dieser Stelle detaillierter beschrieben werden.

Sie wird durch ein traumatisches Ereigniskriterium beschrieben und dazugehörige charakteristische Symptome. Zu den Kardinalsymptomen zählen:

- Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen)
- Symptome des Vermeidens
- Symptome anhaltender Übererregung (Hyperarousal)

**Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen):** Nach einer traumatischen Erfahrung wird das Geschehen in verschiedener Form wiedererlebt. Man spricht von Nachhallerinnerungen, wenn Szenen des Geschehens sich tagsüber in Gedanken immer wieder unwillkürlich aufdrängen. Bisweilen geht der Bezug zur Realität zeitweise gänzlich verloren und die wiedererlebten Gefühle erreichen eine vergleichbare Intensität wie in der traumatischen Erfahrung selbst

(Flashbacks). In der Nacht kommt es zu Alpträumen. Dabei wird das traumatische Geschehen mit allen dazugehörigen Gefühlen intensiv wiedererlebt.

**Symptome des Vermeidens:** Um den belastenden Symptomen des Wiedererlebens aus dem Wege zu gehen, vermeiden die Betroffenen alle Gedanken, Gefühle, Aktivitäten und Orte, die mit den Erinnerungen assoziativ verknüpft sind. Es kann zu weitgehendem sozialem Rückzug und Isolationstendenzen, Apathie und Interessenlosigkeit oder einem Gefühl der völligen Entfremdung und emotionalen Losgelöstheit von der sozialen Umgebung kommen. Die Betroffenen zeigen manchmal charakteristische Erinnerungsstörungen an Teile des traumatischen Geschehens bis zur vollständigen Amnesie für das gesamte traumatische Geschehen.

**Symptome anhaltender Übererregung (Hyperarousal):** Durch die traumatische Erfahrung wird das Nervensystem der Betroffenen in einen Alarmzustand versetzt, der auch lange nach dem traumatischen Geschehen fortbestehen kann, obwohl nach objektiven Kriterien kein Anlass mehr für das Gefühl der Bedrohtheit besteht. Sie drückt sich u.a. in einer Haltung andauernder Verteidigungsbereitschaft aus, in ständiger innerer Unruhe, chronischen Schlafstörungen, erhöhter Reizbarkeit, Konzentrationschwierigkeiten sowie erhöhter Schreckhaftigkeit.

Die Symptome verursachen einen individuellen Leidensdruck und eine beachtliche Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (Beziehungsfähigkeit, allgemeine Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Lernfähigkeit).

## Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung (DSM-IV):

**Kriterium A:** Die Person hatte ein traumatisches Erlebnis, bei dem sie selbst oder andere tödlich bedroht, verletzungsgefährdet waren, schwer verletzt oder andere tatsächlich getötet wurden. Unmittelbare Reaktion auf dieses Erlebnis war intensive Furcht, Hilflosigkeit und /oder Entsetzen.

**Kriterium B:** Das traumatische Ereignis bewirkte in der Folge mindestens eines der aufgelisteten Reaktionen:

- 1) wiederkehrende, eindringliche und belastende Erinnerungen an das Ereignis;
- 2) entsprechende (s.o.) Träume;
- 3) Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehren würde;
- 4) konkrete oder symbolische (auch gedankliche) Hinweisreize für das traumatische Ereignis

## Die posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 und DSM IV

- Das traumatische Ereigniskriterium
- Symptomgruppe Erinnerungsdruck (**Intrusionen**)
- Symptomgruppe **Vermeidung**
- Symptomgruppe anhaltende **Übererregung**
- Eintritt der Störung innerhalb von sechs Monaten nach dem belastenden Ereignis

werden als psychisch sehr belastend empfunden  
5) entsprechende Hinweisreize (s.o.) lösen körperliche Reaktionen aus.

**Kriterium C:** Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Wachrufen der Erinnerung an das traumatische Erlebnis verbunden sind (oder aber eine generelle Abflachung der Reagibilität); mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- 1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen mit Bezug zum Trauma;
- 2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die an das Trauma erinnern;
- 3) Unfähigkeit einen wichtigen Aspekt des traumatischen Erlebnisses zu erinnern;
- 4) vermindertes Interesse und/oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten;
- 5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen;
- 6) Eingeschränktheit bestimmte Gefühle zu empfinden (z.B. Zärtlichkeit);
- 7) Gefühl/Erwartung einer eingeschränkten Zukunft (Karriere, Ehe, Kinder oder normale Lebensdauer) .

**Kriterium D:** Anhaltend erhöhte Erregbarkeit, gekennzeichnet durch mindestens zwei der folgenden Symptome:

- 1) Schlafschwierigkeiten,
- 2) Reizbarkeit, Wutausbrüche,
- 3) Konzentrationsschwierigkeiten,
- 4) übermäßige Wachsamkeit,
- 5) starke Schreckempfindlichkeit.

**Kriterium E:** Die Störung dauert länger als einen Monat an

**Kriterium F:** Die Störung verursacht erhebliches Leiden und eine Beeinträchtigung des sozialen und beruflichen Lebens.

Die psychologischen Repräsentationen traumatischer Erfahrungen haben ein physiologisches Äquivalent. Einige der heute bekannten physiologischen Folgen von Traumatisierung sollen hier benannt werden.

## **Mit PTSD verbundene physiologische Veränderungen**

(Friedman, 1992; Hiley-Young et al., 1993)

- 1) Erregung des sympathischen Nervensystems
  - erhöhte sympathische Ausgangsindexwerte
  - Überreaktion auf neutrale Reize
  - Überreaktion auf trauma-mimetische Reize
- 2) Überschießender Schreckreflex
  - reduzierte Schwelle
  - erhöhte Amplitude
- 3) Reduziertes Muster kortikaler evozierter Potentiale als Reaktion auf normale Reize
- 4) Störungen der Schlafphysiologie (Ein- und Durchschlafprobleme)
  - erhöhte Schlaflatenz; vermehrte Körperbewegungen; häufigeres Aufwachen
  - reduzierte Gesamtschlafzeit; reduzierte Schlaffeffizienz
  - mögliche Störungen in Schlafarchitektur (kontrovers)
  - traumatische Alpträume, die einzigartig sind und sich von anderen Arten von Alptraum unterscheiden

## **Mit PTSD verbundene abnorme neurohumorale / neuroendokrinologische Befunde**

(Hiley-Young et al., 1993; Vargas & Davidson, 1993)

- 1) Erhöhte noradrenerge Aktivität
  - erhöhte Katecholaminspiegel im Urin
  - Drosselung von alpha-2 und beta-Rezeptoren
  - reduzierte Aktivität der Monoaminoxidase in den Blutplättchen
  - Panik und PTSD-adrenerge Wiedererlebenserfahrungen ausgelöst durch Yohimbin
- 2) Unterfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse
  - reduzierte Kortisolspiegel im Urin
  - erhöhtes Verhältnis von Katecholaminen: Kortisol im Urin
  - erhöhte Sensibilität im Dexamethason-Suppressions-Test (DST) – HPA-Suppression im Anschluss am DST
  - weniger empfindliche ACTH-Reaktion auf CRH
- 3) Dysregulierung des Opioidsystems – Störungen des endogenen Opioidsystems
  - allgemeine Herabsetzung der Schmerzschwelle im Ruhezustand
  - Belastungsbedingte Aufhebung des Schmerzgefühls durch traumatogenetische Reize
  - reduzierte Endorphinspiegel

## **Die chronische Verlaufsform der Traumatisierung**

Die chronische Verlaufsform der Traumatisierung nimmt nach neueren Befunden eine gewisse Sonderstellung unter den posttraumatischen Belastungsreaktionen ein. Sie ist insbesondere wichtig, weil die bosnischen Kriegsflüchtlinge, die heute noch unter posttraumatischen Symptomen leiden, sowohl nach der Nomenklatur des ICD-10 als auch des DSM IV dieser chronischen Erkrankung zugerechnet werden müssen, auch wenn die beiden Klassifikationssysteme in ihrer Begrifflichkeit an dieser Stelle auseinandergehen. Das DSM IV spricht von der chronischen posttraumatischen Belastungsstörung, während das ICD-10 diese chronische Verlaufsform der PTBS als andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen bezeichnet. Da in Deutschland in der klinischen Praxis das ICD-10 als Diagnosestandard verlangt wird, wollen wir uns im Weiteren ausschließlich darauf beziehen.

## **Die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (nach ICD-10)**

Eine andauernde Persönlichkeitsänderung kann der Erfahrung von extremer Belastung folgen. Die Belastung muss so extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit als Erklärung nicht ausreicht. Beispiele hierfür sind Erlebnisse in einem Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, andauernde lebensbedrohliche Situationen (als Geisel, langandauernde Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr). Eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) kann dieser Form der Persönlichkeitsänderung vorangehen. Sie wird dann als eine chronische, irreversible Folge von Belastung angesehen. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung kann sich auch ohne vorangegangene posttraumatische Belastungsstörung entwickeln.

Langanhaltende Änderungen der Persönlichkeit nach einer kurzzeitigen Lebensbedrohung wie bei einem Autounfall sind jedoch nicht unter dieser Kategorie einzuordnen, da neuere Forschungsergebnisse bei solchen Entwicklungen auf eine vorbestehende psychische Vulnerabilität hinweisen.

## Diagnostische Leitlinien

Die Persönlichkeitsänderung muss andauernd sein und sich in unflexiblem und unangepassten Verhalten äußern, das zu Beeinträchtigungen in den zwischenmenschlichen, sozialen und beruflichen Beziehungen führt. Die Persönlichkeitsänderung sollte fremdanamnestic bestätigt werden.

Zur Diagnosenstellung müssen folgende, bei dem Betroffenen zuvor nicht beobachtete Merkmale vorliegen:

1. Eine feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber.
2. Sozialer Rückzug.
3. Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit.
4. Ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohsein.
5. Entfremdung.

Die Persönlichkeitsänderung muss über mindestens 2 Jahre bestehen und nicht auf eine vorher bestehende Persönlichkeitsstörung oder auf eine andere psychische Störung außer einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) zurückzuführen sein. Eine schwere Schädigung oder Krankheit des Gehirns, die gleiche klinische Bilder verursachen können, muss ausgeschlossen werden.

Aus der Kenntnis des Krankheitsverlaufs, der Heilungschancen und der Behandlungsmöglichkeiten von chronischen posttraumatischen Störungen ergeben sich Schlussfolgerungen, die für die Beurteilung des Gesundheitsrisikos bei Rückführungsentscheidungen bosnischer Kriegsflüchtlinge von großer Bedeutung sind.

Es wird in der neueren Forschung immer häufiger darauf hingewiesen, dass bei chronischen posttraumatischen Störungen nicht mehr ohne Einschränkungen von einer „Heilung“, also dem vollständigen Verschwinden der Symptomatik ausgegangen werden kann (z.B. Meichenbaum, 1994, S. 43; McFarlane & Yehuda, 1996).

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

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

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

Der Grad der Beeinträchtigung oder der besonderen persönlichen Gefährdung (z.B. Suizidalität) ist bei sorgfältiger diagnostischer Arbeit durch erfahrene, spezialisierte Fachleute hinreichend genau zu ermitteln. In jedem Fall sollte der Rat des autorisierten Spezialisten bei einer zu treffenden Entscheidung auf Rückführung herangezogen werden.

Die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von Flüchtlingen mit chronischen posttraumatischen psychischen Reaktionen bei Rückkehr in eine Umgebung, in der die traumatische Erfahrung stattgefunden hat, wenn die betreffende Person das Risiko der Gefährdung nicht selbst als kalkulierbar einschätzt, ist generell sehr hoch. Selbst die freiwillige Rückkehr in das Herkunftsland birgt die Gefahr der Selbstüberforderung in sich. Die individuelle Vulnerabilität gegenüber traumatischen Störungen ist bei genauester Prüfung des Einzelfalles durch erfahrene und spezialisierte Fachleute hinreichend zuverlässig abzuschätzen. Doch selbst bei geringer aktueller Symptombelastung der betreffenden Person in Deutschland ist die Wahrscheinlichkeit für eine eventuelle Retraumatisierung im Herkunftsland nicht hinreichend genau zu prognostizieren. Sie gilt bei chronischen posttraumatischen Belastungsreaktionen allgemein als sehr hoch. Doch letztlich kann nur die betreffende Person selbst die ausschlaggebende Einschätzung abgeben. Sie sollte dementsprechend bei dem angesprochenen Personenkreis zur Grundlage der ärztlich-psychologischen Empfehlung gemacht werden.

Unseres Erachtens ist die Wahrscheinlichkeit einer adäquaten Behandlung und einer guten sozialen Unterstützung in Deutschland besser als in Bosnien bzw. anderen von Krieg, organisierter Gewalt und Bürgerkrieg heimgesuchten Ländern, wo die gesamte Bevölkerung mehr oder minder von täglichen Gewalterfahrungen betroffen ist und die gegenwärtigen sozialen und ökonomischen Bedingungen sehr belas-

tend sind. Sie ist aber auch in Deutschland nicht gewährleistet, wenn die Flüchtlinge ständig mit ihrer baldigen Abschiebung rechnen müssen (Rössel-Cunovic, 1999).

Der Abbruch einer laufenden therapeutischen Behandlung führt bei allen Formen psychischer Störung erfahrungsgemäß zu einem Rückfall bzw. sogar zu einer Verschlimmerung der Ausgangssymptomatik. Im Falle der psychischen Störungen in Folge zwischenmenschlicher Gewalterfahrungen wirkt schon jede weitere Form der Einschränkung der Autonomie und jede weitere Gewalterfahrung krankheitsverstärkend. Jede Form behördlicher Zwangsmaßnahmen muss daher aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt werden. Auch nach Abschluss einer Therapie bzw. bei weitgehender Symptombfreiheit zum Zeitpunkt der Rückkehr ins Herkunftsland muss eine Behandlungsmöglichkeit vor Ort erreichbar sein. Der individuelle Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung muss im Einzelfall als sichergestellt gelten.

## **Besondere Probleme traumabedingt erkrankter Flüchtlinge im Asylverfahren**

Die Behandlungszentren für Folteropfer in Deutschland haben in der Vergangenheit immer wieder die Erfahrung machen müssen, dass gerade traumabedingt erkrankte Flüchtlinge die Glaubhaftigkeitskriterien der Anhörung im Asylverfahren nicht bestehen und dadurch negativ ausselektiert werden. Hier soll speziell auf

Nicht-traumatische Erinnerungen	Traumatische Erinnerungen
Kein Wiedererleben des Ereignisses in den verschiedenen Sinnesmodalitäten (olfaktorisch, visuell, auditorisch oder kinästhetisch).	Initial keine sprachliche Kodierung der Erinnerungen an das Trauma bei keinem der Pbn, unabhängig davon, ob zeitweise eine Amnesie für das Ereignis bestand oder nicht.
Keine Alpträume oder Flashbacks in Bezug auf das Ereignis.	Initiale Erinnerungen an das Trauma als somato-sensorische oder emotionale Flashback-Erlebnisse, unabhängig vom Alter, in dem das Trauma auftrat.
Kein Triggern der Erinnerungen durch Umgebungsreize.	Fortbestehen von sensomotorisch kodierten Erinnerungen auch bei den Pbn, die später ein Narrativ bzgl. des Traumas entwickeln konnten (bei 89 % der Pbn).
Keine Angabe von amnestischen Episoden in Bezug auf die berichteten Ereignisse.	Partielle oder totale Amnesien bei 42 % der Pbn mit Kindheits-Traumata.
Kein Versuch, Erinnerungen an das Ereignis zu unterdrücken.	Erhöhte Neigung zur Dissoziation (signifikante Korrelation mit ereignisbezogenen Variablen wie Dauer, körperlicher Missbrauch).

Gründe für dieses Phänomen eingegangen werden, die direkt als krankheitsbedingt zu erklären sind.

Im Asylverfahren kommen Glaubhaftigkeitskriterien zur Anwendung, die auf die Tradition der Glaubhaftigkeitsprüfung von Zeugenaussagen der forensischen Psychologie aufbauen. Dies sind im Einzelnen Detailreichtum, Farbigkeit der Darstellung, logische Kohärenz, Homogenität, innere Widerspruchsfreiheit und Konstanz der Aussage. Wir wissen heute, dass traumatische Erinnerungen aus neurophysiologischen und psychodynamischen Gründen eher fragmentarischen Charakter haben und dass gerade bei traumatisierten Flüchtlingen charakteristische Gedächtnisstörungen krankheitsbedingt die Regel sind. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen traumatischen und nicht-traumatischen Erinnerungen (vgl. nebenstehende Tabelle).

Vier unterschiedliche Formen von Gedächtnisstörungen als Traumafolge:

- die komplette oder partielle (psycho-)traumatische Amnesie
- generalisierte Störungen des Gedächtnisses sowohl für kulturelle als auch für autobiographische Ereignisse
- dissoziative Prozesse, die sich als sensorische und emotionale Fragmentierung von Erfahrung darstellen und
- die sensomotorische Organisation bzw. die fehlende semantische Repräsentation traumatischer Erfahrung

(van der Kolk & Fisler, 1995, zitiert nach: Hinckeldey, 2000).

Es ist leicht nachvollziehbar, dass ein Betroffener, dessen Erinnerungsvermögen an die traumatischen Geschehnisse ganz oder teilweise gestört ist, die Glaubhaftigkeitskriterien der Anhörung im Asylverfahren kaum erfüllen kann, je mehr sich das Gespräch an den traumatischen Kern der Verfolgungserfahrungen annähert. Zudem sind gerade die Kardinalsymptome der posttraumatischen Belastungsstörung, insbesondere die Vermeidungssymptome, Ursache für das Versagen gerade von traumabedingt erkrankten Flüchtlingen im Asylverfahren. Unseres Erachtens nach besteht dringender Bedarf für eine Anpassung des Asylverfahrens an die Bedürfnisse traumatisierter Flüchtlinge, um den Betroffenen eine reelle Chance zur Darstellung ihrer Verfolgungsgründe und den Entscheidern eine Möglichkeit zu umfassender Sachaufklärung zu geben. Sollte dies im Asylverfahren nicht lösbar erscheinen, so wäre auch die Möglichkeit der Begutachtung von traumatisierten Flüchtlingen durch unabhängige Sachverständige zu prüfen, oder die Einbeziehung von Befundberichten aus therapeutischen Behandlungen in die Entscheidungsfindung. Von Seiten der deutschen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer ist diesbezüglich jede Kooperationsbereitschaft zu erwarten.