

Psychische Reaktionen nach Extrembelastungen bei traumatisierten Kriegsflüchtlingen

Ergebnisse der psychologischen und medizinischen Forschung mit Relevanz für die aufenthaltsrechtliche Behandlung traumabedingt erkrankter Flüchtlinge
Dietrich F. Koch, Dipl.-Psych. und Deirdre Winter, Dipl.-Psych., XENION, Berlin

Zur Diagnostik von Traumaschäden bei Flüchtlingen:

Es gibt zwei Hauptwerke der Diagnostik psychischer Störungen:

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 im deutschen Gesundheitssystem als Diagnosestandard vorausgesetzt. Das DSM IV wurde in den Vereinigten Staaten entwickelt. Es findet dort im Gesundheitswesen Gebrauch und wird in der ganzen 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 Revision den aktuellen Stand wissenschaftlicher Forschung zur Psychodiagnostik. Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten sind prinzipiell qualifiziert und autorisiert, Diagnosen nach diesen Kriterien zu erstellen. Es muß allerdings angemerkt werden, daß die diagnostische Kategorie der *psychischen Reaktionen nach Extrembelastungen* erst 1980 in das „Diagnostische Manual Psychischer Krankheiten“ aufgenommen wurde. Damit wurde weltweit erstmals anerkannt, daß eine psychische Störung ausschließlich äußere Ursachen haben kann.

Dieses für die psychiatrische Wissenschaft neue Paradigma ist in Studien u.a. an Überlebenden der Shoah (u.a. Baeyer, Häfner u. Kisker, 1964, Keilson 1979), Kriegsveteranen und Atombombenüberlebende des 2. Weltkriegs (z.B. Kardiner, 1941; Lifton, 1993), Israel, (z.B. Kaplan et al., 1988), Vietnam (z.B. Haley, 1978 (zitiert n. Davison & Neale, 1996); Keane et al., 1987; Mollica et al., 1987) Golfkrieg (z.B. Easton & Turner, 1991) und den Opfern sexueller Gewalt (z.B. Kilpatrick et al., 1985) wissenschaftlich untersucht worden. Die verschiedenen Forschungsansätze zur psychischen Traumatisierung haben sich über eine lange und schwierige Geschichte (van der Kolk et al., 1994) und vor allem im Ausland langsam entwickelt. In Deutschland kann es noch nicht vorausgesetzt werden, daß sich die Kenntnis der diagnostischen Kriterien, geschweige denn der spezifischen Behandlungsansätze, schon in Lehre und Praxis durchgesetzt und genügend weit verbreitet hat (Priebe, 1995). 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 zu erkennen, zu diagnostizieren und richtig zu behandeln. Das trifft in der Regel nur für wenige Spezialisten zu, die durch ihren professionellen Alltag gehäuft mit Überlebenden extremer Gewalt konfrontiert waren. In der gesundheitlichen Regelversorgung können diese Kenntnisse nicht als Allgemeingut vorausgesetzt werden. (Priebe, 1995). 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.

Über die beiden oben genannten Standardwerke der Diagnostik hinaus gibt es einschlägige Literatur speziell zur Beurteilung der traumatischen Störungen (z.B. Briere 1997; Wilson und Keane 1996). Die nachfolgenden Erläuterungen beziehen auf diese Grundlagen.

Die allgemeinen Standards klinischer Diagnostik müssen als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Darüber hinaus muß bei der Diagnostik von Traumafolgen besondere Sorgfalt in der diagnostischen Arbeit walten, vor allem, was eine vertrauensvolle Beziehung und das Gefühl der Sicherheit für den Betroffenen anbelangt. Die größte Schwierigkeit bei der psychodiagnostischen Arbeit mit traumatisierten Menschen erwächst aus dem bisweilen erheblichen Widerstandspotential, das die Betroffenen der Exploration entgegensetzen. Menschen, die extreme Traumatisierungen durch andere Menschen erfahren haben, erzählen nie spontan von ihren Erfahrungen oder berichten alles auf einmal. Vielmehr bedarf es eines beharrlichen Drucks des diagnostischen Verfahrens, damit das Erfahrene oft nur in Andeutungen und Stück für Stück preisgegeben wird. Dies gilt besonders dann, wenn die traumatische Erfahrung starke Scham- und Schuldgefühle oder soziale Tabus berührt. Die Rekonstruktion der Ereignisse im Gespräch bedeutet für die Betroffenen aber auch für den Untersucher eine enorme psychische Belastung. Sie erfordert ein Höchstmaß an Zeit, Beharrlichkeit, Geduld und Einfühlsamkeit, um ein gewisses Maß an analytischer Tiefe zu erreichen, ohne die Grenze der psychischen Belastbarkeit der Betroffenen zu überschreiten. In einigen Fällen (zum Beispiel vergewaltigter muslimischer Frauen) muß sogar davon ausgegangen werden, daß aufgrund von kulturspezifischen Maßstäben von Moral und Ehre der befürchtete Verlust an sozialer Geltung und Selbstachtung als so groß eingeschätzt wird, daß das offene Bekenntnis solcher Erfahrungen überhaupt nicht in Frage kommt.

Zusammenfassung und Kommentar:

Aus diesen Erkenntnissen und Erfahrungen ergeben sich besondere Anforderungen an den Prozeß und das Setting der diagnostischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen:

- Die Diagnostik traumabedingter psychischer Reaktionen ist ein relativ junger Zweig diagnostischer Forschung. Entsprechend sind die Kenntnisse über die Diagnosekriterien und die besonderen Anforderungen an den Untersucher und das geeignete Setting für die Untersuchung wenig bekannt.
- Selbst unter Fachleuten, die die notwendige allgemeine professionelle Qualifikation für die psychologische und medizinische Diagnostik nachweisen können, kann die nötige Kenntnis und Erfahrung zur richtigen Beurteilung posttraumatischer Störungen nicht als gegeben vorausgesetzt werden.
- Qualifizierte diagnostische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen setzt ein gewisses Maß an Vertrauen zwischen Untersucher und Befragtem voraus, damit die schmerzhafte oder peinliche Rekonstruktion der Ereignisse überhaupt möglich wird. Traumatisierte Menschen sind in der Regel erst dann bereit, über ihre belastenden Erfahrungen zu sprechen, wenn sie wahrnehmen/sich überzeugen können, daß es sich beim Untersucher um einen „prinzipiell helfenden Anderen“ handelt.
- Die Gesprächsatmosphäre muß frei von Angst vor Sanktionen und spürbarer voreingenommener Skepsis des Untersuchers sein, und sie darf nicht als latent bedrohlich empfunden werden. „... the assessing clinician must strive even more than usual to provide a manifestly safe testing environment and work to develop as much rapport with the client as possible“ (Armstrong 1995 zit. nach J. Briere 1997). Der Untersucher muß besondere Mühe darauf verwenden, ein hohes Maß an „Rapport“ im Gespräch herzustellen und zu halten.
- Der Untersuchende einerseits braucht ein nötiges Maß an Geduld, Erfahrung und Geschick im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen und andererseits muß das Untersuchungsverfahren ausreichend Zeit zur Verfügung stellen, damit eine zufriedenstellende analytische Tiefe der Ergebnisse erreicht wird, ohne dabei die Grenzen der zumutbaren psychischen Belastung für die Betroffenen zu überschreiten.
- Die Untersuchung sollte zum Schutz der Betroffenen grundsätzlich nur in einem Rahmen stattfinden, der stützende therapeutische Interventionen zuläßt.

- Eine unverzichtbare Voraussetzung ist, daß diagnostische Interviews und klinische Tests in der Muttersprache des Betroffenen erfolgen. Nötigenfalls sind Dolmetscher für diese Aufgabe heranzuziehen, die für den Gesundheitsbereich qualifiziert sind. Diagnostik über Sprach- und Kulturbarrieren hinweg liefert nur dann verlässliche Ergebnisse, wenn dafür Sorge getragen wird. Sind Sprachmittler zwischengeschaltet, so steht außer Frage, daß die Qualität der Sprachmittlung geprüft und für zuverlässig befunden sein muß.
- Bei der Beurteilung von Traumaschäden bei Flüchtlingen ist besonders zu beachten, daß traumatische Reaktionen in verschiedenen Kulturen unterschiedlich ausgedrückt werden und daher die im westlichen Kulturkreis entwickelten Diagnoseschlüssel unter Umständen nicht greifen. Die diagnostische Arbeit sollte daher besondere Aufmerksamkeit auf kultursensitive Gestaltung und Durchführung verwenden (Jenkins, 1996)
- Der Untersucher muß sich über die Wirkung typischer Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in der Arbeit mit Extremtraumatisierten im Klaren sein und zum Schutz des Betroffenen und seiner eigenen Gesundheit gegebenenfalls eigene professionelle Supervision in Anspruch nehmen können.

Die häufigsten psychischen Reaktionen auf traumatische Extrembelastungen

Auf der Grundlage der bereits zitierten Hauptwerke läßt sich feststellen, daß sich psychische Reaktionen auf Extrembelastungen individuell nach Art, Ausprägung, zeitlichem Auftreten und Verlauf stark unterscheiden. Trotzdem lassen sich einige wissenschaftliche Erkenntnisse darstellen:

Ein traumatischer Stressor wird im ICD-10 (WHO, 1991) als ein belastendes Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß beschrieben. Das Ereignis muß eine bestimmte traumatisierende Kraft aufweisen, die nach menschlichem Ermessen ausreichend ist bei fast jedem Betroffenen Angst und Verzweiflung auszulösen. Das Ereignis muß seiner Natur nach geeignet sein, um 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 reagiert. Bei Kindern kann sich die Reaktion auch in desorganisiertem oder agitiertem Verhalten ausdrücken. Dabei reicht es aus, wenn die Person auch nur unmittelbar Zeuge eines solchen Ereignisses wird.

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

Mehrere Forscher unterscheiden zwei grundsätzliche Typen von traumatischen Stressoren (Terr 1991): Typ I bezeichnet dabei ein einmaliges, außergewöhnlich belastendes Ereignis während Typ II eine langanhaltende traumatische Situation oder wiederholte traumatische Erfahrungen beschreibt.

Die *posttraumatische Belastungsstörung* (PTBS) ist die zentrale, aber nur eine Form der traumabedingten psychischen Reaktionen. PTBS erscheint in der öffentlichen Diskussion im Zentrum der Aufmerksamkeit weil das Symptombild als typische Folge von Traumatisierungen zu erwarten ist, sich relativ klar beschreiben läßt und eine relativ große Kohärenz der Einzelsymptome aufweist. Diese Verengung der Diskussion auf das Krankheits-

bild 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, wie z.B. Depression, Angst- und Panikstörungen, dissoziativen Störungen, Suchtkrankheiten, somatoformen Störungen, psychosomatischen Störungen. Die genannten Störungen 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. In aller Regel bilden sich akute Symptome häufiger zurück, als daß nachhaltige Gesundheitsstörungen wie die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; engl. PTSD) zurückbleiben. („The typical pattern for even the most catastrophic experiences, however, is resolution of symptoms and not the development of PTSD“). (McFarlane und Yehuda, 1996).

Die Reaktionen 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 bzw. PTSD ab vier Wochen Dauer). Das DSM IV kennt drei verschiedene Verlaufsformen der PTBS: die akute Form (bis 3 Monate Dauer), die chronische Form (ab 3 Monate) und die verzögerte Form (Auftreten nach mindestens 6 Monaten nach dem belastenden Ereignis). ICD-10 unterscheidet in PTBS (Auftreten nach vier Wochen) und einer chronischen Verlaufsform, der *andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung*, wenn die Störung länger als zwei Jahre besteht.

Die *chronische posttraumatische Belastungsstörung* bzw. die *andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung* müssen als schwere Krankheiten betrachtet werden. Nicht nur die psychische und körperliche Befindlichkeit der betreffenden Person ist beeinträchtigt, sondern auch die soziale Beziehungsfähigkeit, die generelle Anpassungs- und Belastungsfähigkeit sowie die 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 Bedrohtheit und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet. Die Störung tritt erfahrungsgemäß gehäuft nach:

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

Zusammenfassend läßt sich feststellen:

- Die in der Gesundheitsversorgung gängigen internationalen Diagnosestandards geben klare Anweisungen zu den verschiedenen Arten und Verlaufsformen traumabedingter psychischer Störungen
- Nicht jeder Mensch, der ein Trauma erlebt, entwickelt nachhaltige psychische Störungen. Im Regelfall klingen akute psychische Reaktionen nach Traumatisierungen auch ohne professionelle Hilfe wieder ab. Bleibende Störungen sind eher die Seltenheit.
- Die Posttraumatische Belastungsstörung in ihren verschiedenen Verlaufsformen ist nicht die einzige psychische Reaktion nach traumatischen Erfahrungen. Häufig werden andere psychische Störungen durch traumatische Erfahrungen ausgelöst oder es

treten Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen auf. Jedoch ist der Hinweis auf die traumabedingte Verursachung entscheidend für die Prognose und die Heilungschancen der Krankheit.

- Weil die posttraumatische Belastungsstörung häufig von anderen psychischen Störungen überlagert wird bzw. sich in der Form anderer Störungen zeigt, wird die traumabedingte Verursachung häufig verkannt und in Folge dessen falsch diagnostiziert und behandelt. Viele Betroffene befinden sich wegen psychosomatischer Begleitscheinungen (chronischer Schlafstörungen, migräneartiger Kopfschmerzen u.ä.) in ärztlicher Behandlung, ohne daß die traumabedingte Verursachung je zur Sprache kommt.
- Menschen mit traumabedingten Störungen und gerade chronische Verlaufsformen suchen nicht in jedem Fall ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe. Es ist geradezu ein Ausdruck des Krankheitsgeschehens und gehört zur Eigenart der Symptomatik (z.B. generalisiertes Mißtrauen, Vermeidungsverhalten, soziale Isolationstendenzen) daß dies der Fall ist.
- Liegt ein Trauma über zwei Jahre zurück und ist die posttraumatische Symptomatik dann noch nachweisbar, so muß von chronischen Verlaufsformen ausgegangen werden, deren Beeinträchtigung durch die Störung generell schwerer ist mit einer eher ungünstigen Heilungsprognose.

Heilung versus Remission

Es wird in der neueren Forschung immer häufiger darauf hingewiesen, daß bei chronischen posttraumatischen Störungen nicht mehr ohne Einschränkungen von einer Heilung der Krankheit ausgegangen werden kann. Dies ist wichtig zu betonen, denn im Sinne der Definition bezeichnet „Heilung“ das Ende einer Episode von Krankheit und man geht weiter davon aus, daß eine weitere Krankheitsepisode eher einem neuerlichen Auftreten der früheren Krankheit entspricht als einem Rückfall.

„In medizinisch-juristischen Kreisen, wo die Prognose von PTSD und ihrer Langzeitfolgen von besonderer Bedeutung sind, gibt es die verbreitete Annahme, daß wenn sich die Symptome der PTSD einmal zurückgebildet haben, die Krankheit fürderhin nicht mehr auftreten wird. [...] Es erscheint immer wahrscheinlicher, daß dies nicht der Fall ist. Besonders Solomon, Garb, Bleich und Gruzpper (1987a) beschrieben 35 Soldaten, die mehrere Kampfeinsätze und multiple Episoden von PTSD erlitten. Das Konzept einer Reaktivierung der ursprünglichen PTSD bei einigen Soldaten wurde durch die Befunde unterstützt, wohingegen bei anderen die zweite Episode möglicherweise substantiell unabhängig von der ersten war.“ Sowohl klinische als auch biologische Daten legen den Schluß nahe, daß bei einer Reihe von Betroffenen PTSD signifikante psychologische und neurobiologische Veränderungen hervorbringt, die sogar ein Abklingen der Störung überdauern. Dies mag eine irreversible Änderung der persönlichen Vulnerabilität gegenüber einer ganzen Reihe von psychiatrischen Erkrankungen mit einschließen, die von später auftretenden belastenden Lebensereignissen ausgelöst werden können, oder auch nicht.“ (McFarlane & Yehuda, 1996; S. 169; Übers. der Autoren)

Zusammenfassung und Kommentar:

Nimmt man diese Forschungsergebnisse ernst, so muß zumindest für chronische posttraumatische Störungen angenommen werden, daß auch ein Abklingen der Symptome noch keine „Heilung“ im klassischen Sinne bedeuten muß, sondern in einem bestimmten Prozentsatz von Fällen lediglich eine Remission der Krankheit eintritt, die durch widrige äußere Umstände und negative Auslöser wieder voll ausbrechen kann. Für die Diagnostik

heißt das dann, daß bei wiederholt traumatisierten Menschen oder bei Personen mit chronischer posttraumatischer Erkrankung nach abgeschlossener psychotherapeutischer Behandlung aktuelle *Symptomfreiheit* nicht mit *Gesundheit* gleichgesetzt werden kann.

Retraumatisierung und Vulnerabilität

Unter **Retraumatisierung** versteht man gemeinhin die Reaktualisierung der inneren Bilder des traumatischen Erlebens in der Vorstellung und der körperlichen Reaktionen des betroffenen Individuums, ausgelöst durch äußere Ursachen oder Bedingungen, die dem zugrundeliegenden traumatischen Erlebnis gleichen, ähneln oder auch nur Anklänge daran haben. Sie geht einher mit der vollen oder gesteigerten Entfaltung des Symptombilds der ursprünglichen traumatischen Reaktion auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene.

„Wenn Menschen PTSD entwickeln, führt das Wiedererleben des Traumas zu einer Sensibilisierung, und mit jeder Wiederholung des Traumaerlebens wächst die Schwere der Beschwerden. Das traumatische Ereignis, das als sozialer und zwischenmenschlicher Prozeß begann, verursacht im Individuum sekundäre biologische Nachwirkungen, die nur noch schwer rückgängig zu machen sind, wenn sie sich erst einmal etabliert haben. [...] Diese Neuorganisation der Erfahrungen kann man sich als Ergebnis eines Lernprozesses von sich wiederholenden Mustern erklären, bei dem traumabezogene Erinnerungen körperlich eingepreßt werden. Das bedeutet, daß wiederholte Traumaexposition sich nur um so stärker in das Gehirn eingräbt. (van der Kolk & Greenberg, 1987; Post, 1992; McFarlane, Yehuda, & Clark, in press). Diese biologische (Fehl-)anpassung bildet am Ende das Fundament bleibender PTSD-Symptome, wie Probleme mit erhöhter Erregung, gesteigerter Wachsamkeit, Reizunterscheidung und der ganzen Reihe psychologischer Schutzvorkehrungen und Abwehrmechanismen. (McFarlane & Yehuda, 1996, S. 157-158; Übers. der Autoren)

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

Van der Kolk (1996) schreibt, daß neuere Studien an Menschen mit chronischer posttraumatischer Belastungsstörung bzw. andauernder Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung den Schluß nahelegen, daß bei chronischen Verlaufsformen eine pathologische Veränderung neurobiologischer und endokrinologischer Prozesse stattgefunden hat.

“ Seitdem man angefangen hat, Reaktionen von Menschen auf überwältigende Belastungen systematisch zu untersuchen, haben Forscher beobachtet, daß "ein Trauma im somatischen Gedächtnis gespeichert wird und in Veränderungen der biologischen Belastungsreaktion ausgedrückt wird. Intensive Emotionen, die zum Zeitpunkt des Traumas erlebt wurden, leiten die langfristigen konditionierten Reaktionen auf Erinnerungen an das Ereignis ein, die sowohl mit **chronischen Veränderungen der physiologischen Streßreaktion** als auch mit den **Amnesien und dem krankhaft gesteigerten Gedächtnis**, die für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) charakteristisch sind, einhergehen. Eine fortdauernde **physiologische Hypererregung** und eine **veränderte Ausschüttung der Streßhormone** beeinflussen außerdem die aktuelle Bewertung sensorischer Reize. Während Gedächtnis normalerweise als ein aktiver und konstruktiver Prozeß zu sehen ist, kann bei PTBS ein Versagen des deklarativen Gedächtnisses zu einer Organisierung des Traumas auf einer somatosensorischen Ebene (in Form visueller Bilder bzw. körperlicher Empfindungen) führen, die für Veränderungen relativ unzugänglich sind. Die Unfähigkeit von Menschen mit (chronischer) PTBS, traumatische Erfahrungen zu integrieren und ihre

Tendenz, statt dessen die Vergangenheit ständig wiederzuerleben, spiegeln sich physiologisch und hormonell in der **Fehlinterpretation harmloser Reize als potentielle Bedrohungen**". (van der Kolk 1994, Übers. und Hervorhebung der Autoren).

Van der Kolk weist zudem daraufhin, daß Menschen mit PTBS eine ständige Aufmerksamkeit und Sensibilität für Anzeichen der Bedrohung in der Umwelt entwickeln. " Sie haben Schwierigkeiten, sensorische Reize richtig zu bewerten und mit einem angemessenen Ausmaß der physiologischen und neurohormonalen Erregung zu reagieren. Die unpassende¹ Mobilisierung biologischer Notfallreaktionen spiegelt sich in einer Unfähigkeit, Erinnerungen an das Trauma richtig zu integrieren und in einer Fixierung an der Vergangenheit. Die biologische Fehlsteuerung der PTBS kann auf der physiologischen, der neurohormonalen, der immunologischen und der funktionalen Ebene gemessen werden." (van der Kolk; 1997, Übers. der Autoren).

McFarlane und Yehuda (1996) berichten über die Arbeit von Resnick und Mitarbeitern (zitiert nach Yehuda, Resnick, Kahana & Giller, 1993a), die eine veränderte Kortisolausschüttung bei Frauen fanden, die ein zweites Mal vergewaltigt wurden und daraus schlossen, daß man für den Verlauf von PTSD ähnliche kumulative, sensibilisierende Veränderungen der Streßreaktion in Betracht ziehen muß, wie man sie bei Affektstörungen annimmt.

Insgesamt legen die Ergebnisse der Längsschnittforschung an PTSD und anderen traumabedingten Zuständen also nahe, **daß selbst wenn die Symptome der unmittelbaren Störung verschwinden, Veränderungen in der individuellen Vulnerabilität gegenüber Störungen des Affekts und der Erregbarkeit zurückbleiben können**. Die zugrunde liegende Neurobiologie mag Ähnlichkeiten mit derjenigen aufweisen, die man bei Affektstörungen gefunden hat, und van der Kolk et al, (1985) haben vorgeschlagen, daß das sog. „kindling model“ (*wortwörtlich: "Zündungsmodell", Anm. der Autoren* geeignet ist, um die Veränderungen bei PTSD zu erklären. Yehuda und Antelman (1993) haben ebenfalls vorgeschlagen, daß ein Modell der Sensibilisierung die Anomalien der Kortisol-Reaktion bei dieser Störung erklären kann. (McFarlane & Yehuda 1996 S. 169f). Eine Untersuchung von Orr et al. (1997) an israelischen Veteranen des Yom Kippur-Krieges von 1973 fand veränderte physiologische Reaktionen bei Personen mit PTSD. Verglichen mit Personen ohne PTSD produzierten sie über die 15 dargebotenen Töne hinweg im Durchschnitt höhere Herzschlagfrequenzen und ein langsames Abklingen der Hautwiderstandsreaktion. (...) Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen frühere Befunde erhöhter autonomer Reaktionen bei dieser Störung. Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich einer signifikant übertriebenen Schreckreaktion als bleibende psychobiologische Veränderung bei chronischem Trauma konnten an Vietnam-Veteranen beobachtet werden.

In einer Studie zur durch Angst potenzierten Schreckkonditionierung auf explizite und kontextuelle Hinweisreize bei Golfkrieg-Veteranen mit der posttraumatischen Belastungsstörung fanden Grillon und Morgan (1999), daß Menschen mit PTSD die Tendenz zeigen, Angst über verschiedene Stimuli hinweg zu generalisieren und durch Streß sensibilisiert sind.

Solomon und Prager führten 1992 während des Golfkrieges eine Untersuchung über psychologische Belastung bei älteren Holocaust-Überlebenden durch. Sie fanden, daß Holocaust-Überlebende ein höheres Ausmaß der Gefahr wahrnahmen und mehr akute Belastungssymptome angaben, als Vergleichspersonen. Außerdem zeigten sie ein höheres Ausmaß an sowohl Zustands- als auch Eigenschaftsangst. Die Autoren folgerten, daß ihre Befunde die Idee, daß frühere Extrembelastungserfahrungen einen "impfende" Wirkung haben, die zu einer höheren Widerstandskraft bei der Verarbeitung anderer Streßformen

¹ unwillkürliche - Anm. d. Autoren

führt, nicht bestätigt. Im Gegenteil, die Erfahrung des Holocaust machten nach ihren Ergebnissen die älteren Überlebenden eher anfälliger als weniger anfällig.

Während des Golfkrieges, als eine Einheit für die Behandlung von Folgen des Kampfeinsatzes innerhalb der psychiatrischen Abteilung des Zentralen Militärkrankenhauses des IDF aktiv in der Behandlung von Soldaten mit PTSD war, fanden Kaplan et al. (1992), daß es sich bei 70 von 72 behandelten Fällen um Reaktivierungen vorangegangener Streßreaktionen handelte. Selbst bei scheinbar remittierten Fällen besteht daher Anlaß zur Annahme bleibender Vulnerabilität.

Robinson et al. (1994) untersuchten Holocaust-Überlebende auf Retraumatisierung während der Raketenangriffe auf Israel während des Golfkriegs. Die Untersuchungsteilnehmer, deren Wohnungen durch die Raketen beschädigt wurden, zeigten eine Reaktivierung bzw. Verschlimmerung des Überlebenden-Syndroms². Sechs von Ihnen zeigten ein volles PTSD-Syndrom.

In neuerer Zeit setzt sich aufgrund der oben berichteten und anderer Forschungsergebnisse die Annahme durch, daß wiederholte Traumaexposition in der Regel zu anderen Resultaten führt, als früher angenommen. Man geht heute davon aus, daß wiederholte Traumaerfahrungen bei chronischer posttraumatischer Belastungsstörung nicht zu einer Gewöhnung an den Stressor führen, sondern im Gegenteil zu einer erhöhten Sensibilisierung und zu einer Verstärkung der Symptomatik. Eine weitere Erkenntnis ist, daß sich mit der Dauer der traumabedingten Störung die Auslösereize für den Ausbruch einer vollen Symptomatik immer weiter vom direkten Zusammenhang mit dem eigentlichen Trauma entfernen und immer mehr sogar von alltäglichen Stressoren abgelöst werden, die dem normalmenschlichen Empfinden nach nicht zu einer traumatischen Reaktion führen dürften.

Zusammenfassung:

Neuere Studien legen hinsichtlich der posttraumatischen Störungen den Schluß nahe:

- daß eine einmalige Traumatisierung, auch wenn keine Symptome von PTSD ausgebildet wurden, zu einer signifikanten Vulnerabilität für die Ausbildung einer schweren Symptomatik bei einer späteren, wiederholten Traumatisierung führt, und
- daß eine chronische traumatische Schädigung eine oft lebenslang wirksame Vulnerabilität zur Ausprägung einer schweren Störung im Individuum anlegt, auch wenn es zwischenzeitlich zu einer Remission (dem gänzlichen oder weitgehenden Abklingen der Symptomatik) kommt

² Das "Überlebendensyndrom" besteht aus einer Reihe von Symptomen, die Ähnlichkeit mit der Diagnose der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10) hat - Anm. der Autoren

Zur Beurteilung psychischer Folgen eines Traumas: mögliche Fehldiagnosen, Fehleinschätzungen und typische Mißverständnisse

Extremtraumatisierte Flüchtlinge, deren Trauma in einem sozialen oder zwischenmenschlichen Kontext geschehen ist, begegnen anderen Menschen generell, insbesondere aber staatlichen Funktionsträgern, mit äußerstem Mißtrauen und größter Vorsicht. Der Kontakt ist oft in höchstem Maße angstbesetzt. „Patienten mit einem chronischen Trauma haben besonders feine Antennen für unbewußte und nonverbale Kommunikation. Über einen langen Zeitraum hinweg haben sie sich darin geübt, die geistige und emotionale Verfassung ihres feindlichen Gegenübers zu erraten;“ (Herman 1994, S.191) Oft ist ein langer Prozeß zur Vertrauensbildung notwendig, um Bewältigungsstrategien für die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen zu entwickeln, bevor ein offenes, strukturiertes Sprechen über solche Extremerfahrungen zur Beurteilung, auch im Rahmen von gutachterlichen Verfahren, überhaupt möglich wird.

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

Erfahrungen aus dem Behandlungsprozeß lassen erkennen, daß die oben beschriebenen Kardinalsymptome der posttraumatischen Belastungsreaktion - Verdrängung und Verleugnung - für den Betroffenen wichtige Schutzmechanismen gegen Reizüberflutung darstellen. Erinnerungslücken, sogenannte dissoziative Amnesien, die gar nicht erst richtig symbolisiert in das organisierte Gedächtnis aufgenommen werden und daher auch nicht ohne Schwierigkeiten „erinnert“ werden, haben ebenfalls eine wichtige Funktion für die Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität eines Traumabetroffenen.

„Die wenigsten Menschen haben eine Vorstellung davon, welche psychischen Veränderungen Gefangenschaft bewirken kann, und die Betroffenen finden selten Verständnis. (...) Chronisch mißhandelte Menschen wirken hilflos und passiv, sind gefangen von ihrer Vergangenheit, leiden unter hartnäckigen Depressionen und somatischen Beschwerden und haben häufig Wutausbrüche.“ (Herman 1994, S.161) Die Gedächtnisleistung insgesamt kann betroffen sein. Verschiedene Studien zeigen, daß das Erinnerungsvermögen für traumatische Erfahrungen schlechter ist als für nichttraumatische Erfahrungen. Die Befunde weisen darauf hin, daß beim Erinnern von Traumata die Erinnerung an die zentralen Details z.B. möglich sein kann, während die Erinnerung an die Begleitumstände, wie Zeit, Ort usw. gleichzeitig stark beeinträchtigt ist

Die Gedächtnisleistung nach langer Traumatisierung ist häufig schlechter, als nach einem kurzen, einmaligen traumatischen Erlebnis. Eine mögliche Erklärung dafür ist, daß Menschen, die über eine lange Zeit hin traumatisiert wurden, mit der Zeit Schutzmechanismen aufbauen, die ihrerseits die Gedächtnisleistungen im Sinne von Wahrnehmungsverzerrungen verschlechtern können, während bei einem einmaligen, nicht vorhersehbaren Ereignis, der Mensch keine Abwehrmechanismen mobilisieren kann.

Besonders zu beachten ist, daß die Einschätzung, ob ein Flüchtling traumatisiert wurde oder nicht, mit der Zunahme von subtilen, meist psychischen Methoden der Gewaltanwendung, immer schwieriger wird. Das Zuschauenmüssen bei Folterungen oder Töten von Angehörigen hinterläßt keine sichtbaren Narben, führt jedoch zu massiven Scham- und Schuldgefühlen, die gravierende Persönlichkeitsveränderungen, meist einhergehend mit starken aggressiven Impulsen, zur Folge haben können. Ähnlich schwere Veränderungen sind zu beobachten nach Lagerhaft (Isolationshaft, sensorische Deprivation und Hirnschädigung durch wiederholte Schläge auf den Hinterkopf mit mehrmaligem Bewußtseinsverlust (contre coup).

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

Demzufolge sucht man das Verhalten des Opfers durch Fehler und Defekte in seiner Persönlichkeit oder seinem Charakter zu erklären. (...) Die Neigung, dem Opfer die Schuld zuzuschreiben, hat das psychologische Verständnis und die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung beeinträchtigt. Statt die Psychopathologie des Opfers als Reaktion auf die Mißhandlungssituation zu begreifen, haben Psychiater und Psychologen häufig die Mißhandlungssituation auf die mutmaßlich verborgene Psychopathologie des Opfers zurückgeführt. (Herman 1994, S.161 u. 162)

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

Zusammenfassung:

- Die besonderen Schwierigkeiten im Umgang mit chronisch traumatisierten Menschen sowohl im persönlichen als auch im professionellen Bereich sind krankheitsbedingt, werden jedoch oft als absichtliches Verhalten (Verletzung der Mitwirkungspflicht) oder Charaktereigenschaften fehlinterpretiert, weil Maßstäbe normaler Entwicklung der Beurteilung zugrundegelegt werden. Auch fachliche Beurteilungen oder Diagnosen sind vor diesen Fehleinschätzungen nicht gefeit.
- Besondere physiologische und psychologische Begleiterscheinung der Krankheit wie Störungen der Gedächtnisleistungen, weitreichendes Vermeidungsverhalten, generalisiertes Mißtrauen anderen Menschen gegenüber, führen zu typischen Mißverständnissen nicht nur im allgemeinen Kontakt, sondern auch im diagnostischen Gespräch mit schwer traumatisierten Menschen, die nur durch besondere Sachkenntnis, Sensibilität und Fachkompetenz aufgelöst werden können. Bei diesen oft bizarren erscheinenden Verhaltensweisen handelt es sich um psychische Schutzmaßnahmen, die mit großer Vorsicht und grundsätzlichem Respekt behandelt werden müssen.
- Wenn chronisch traumatisierte Menschen keine medizinische und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben oder erst dann, als behördlicher Druck sie dazu veranlaßt, so ist dies kein Hinweis darauf, daß kein Behandlungsbedarf vorliegt oder eine Traumatisierung in Frage steht. Es kann im Einzelfall unmittelbarer Ausdruck der psychischen Störung sein.
- Häufig werden chronisch traumatisierte Menschen über Jahre hinweg, meist mit wenig Erfolg medikamentös behandelt, jedoch nur für ein Teilsymptom (z.B. chronische Schlafstörungen, Kopfschmerzen etc.) Die traumatische Verursachung kann dabei völlig verborgen bleiben. Solche Fehldiagnosen sind häufig, v.a. wenn der Arzt oder der Psychotherapeut aus mangelnder Erfahrung mit dem Störungsbild nicht aktiv nach einer traumatischen Ursache sucht. Eine voll ausgebildete posttraumatische Belastungsstörung läßt sich selten mit Medikamenten allein wirksam behandeln.

Therapie

Psychotherapie und Psychopharmakotherapie:

Psychotherapeutische Methoden, insbesondere bestimmte, ausgewählte Methoden, die sich als wirksam bei der Behandlung posttraumatischer Störungen erwiesen haben, sind das für PTSD-Patienten Mittel der Wahl. Psychopharmaka sollten nach den vorliegenden Forschungsergebnissen nach sorgfältiger Abwägung im Einzelfall begleitend zur Psychotherapie herangezogen werden. Es besteht jedoch Einigkeit darüber, daß dies Psychotherapie nicht ersetzen kann (Fischer u. Riedesser, 1998). Neben der Gefahr der Dauerabhängigkeit von psychotropen Medikamenten wird darauf hingewiesen, daß symptomunterdrückende Psychopharmaka zwar vorübergehende Besserung bringen können, für den Gesamtprozeß der Traumaverarbeitung aber auch Nachteile haben und teilweise sogar kontraindiziert sind (Roth 1988; van der Kolk 1988, zitiert nach Fischer u. Riedesser, 1998). Antidepressive und angstreduzierende Medikation sowie manche dämpfen zwar recht erfolgreich den überhöhten Erregungszustand des autonomen Nervensystems und sind geeignet, die Wucht der intrusiven Phänomene abzuschwächen, haben sich jedoch als wirkungslos erwiesen u.a. gegenüber Vermeidungsverhalten, Anfällen von Trauer, Schuldgefühlen, Problemen der Intimität und bei der Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen (Friedman, 1993; zitiert nach Fischer u. Riedesser, 1998).

Ein zentrales Modell für die psychischen Folgeschäden soll hier zitiert werden, weil es für die Beurteilung der Frage der Sicherheit für den Therapieerfolg von besonderer Bedeutung ist. Es stammt von Janoff Bulman (1992) und wird im allgemeinen als das Konzept der „shattered assumptions“ (erschütterten Annahmen) bezeichnet. (zitiert in Peterson, Schwarz & Prout, 1991).

Bulman betrachtet PTSD nach einer traumatischen Erfahrung weitgehend als Ausdruck und Folge der Erschütterung fundamentaler Annahmen über das Selbst und die Welt. Drei solcher fundamentaler Überzeugungen, die von nahezu allen Menschen geteilt werden, sind dabei hauptsächlich betroffen:

1. Der Glaube an die persönliche Unverwundbarkeit
2. Die Wahrnehmung der Welt als sinnvoll und verstehbar
3. Die Betrachtung des Selbst in einem positiven Licht

„Das Trauma löst beim Opfer ein Gefühl der Ohnmacht und des Kontrollverlustes aus. Für die Genesung ist es daher von grundlegender Bedeutung, daß der Patient seine Stärke und die Kontrolle über sich und sein Leben wiedererlangt. Vorrangiges Behandlungsziel ist zunächst die Sicherheit des Patienten; solange sie nicht in ausreichendem Maße gewährleistet ist, muß jede Therapiearbeit erfolglos bleiben. Erst wenn ein vernünftiges Maß an Sicherheit erreicht ist, können neue therapeutische Aufgaben in Angriff genommen werden. Diese Anfangsphase kann bei akuten Traumata Tage und Wochen, bei chronischem Mißbrauch sogar Monate und Jahre dauern.“ (Herman, 1994, S. 221).

Vertrauen und Sicherheit ebenso wie Autonomie und Handlungsfähigkeit sind fundamentale psychische Haltungen, deren Grundlagen sehr früh in der psychosozialen Entwicklung der Persönlichkeit erworben werden. Erikson (1961) spricht vom ersten Entwicklungsstadium der Persönlichkeitsentwicklung als dem Stadium, in dessen Verlauf sich die Überzeugung beim Säugling bildet, daß die Welt und die Menschen im Grunde gut, positiv/unterstützend und vertrauenswürdig sind. Er nennt diese psychosoziale Qualität „Urvertrauen“. Die Entwicklung dieses Grundgefühls gegenüber der Welt und den Menschen entwickelt sich in einer Zeit, die vor der Fähigkeit zu bewußtem Denken beginnt. Ohne dieses Urvertrauen bleibt die weitere psychosoziale Entwicklung des Men-

schen gestört. Es gibt klinische Hinweise, daß dieses „Urvertrauen“ bei chronisch traumatisierten Menschen in seinen Grundlagen erschüttert ist und sie daher mit einer tiefgehenden Verunsicherung und generalisiertem Mißtrauen reagieren. Der Kern der psychotherapeutischen Arbeit besteht darin, festzustellen, für welche Lebensbereiche „Sicherheit“ noch gilt und in wie weit sie gilt, um die ursprüngliche Generalisierung der Verunsicherung allmählich wieder zu differenzieren. Daß dies nur in einer hinreichend sicheren, unterstützenden Umgebung und nicht ohne einen grundsätzlich unterstützenden sozialen Kontext möglich ist, versteht sich von selbst.

"It is the positive evaluation of the self in the social context, as well as social support, that corrects the negative effects of stressful events (Csikszentmihalyi, 1991; DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman, & Lazarus, 1982; Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981). (de Vries, Marten W., 1996)

Zusammenfassung:

- Das Mittel der Wahl zur ursächlichen Behandlung von Psychotrauma ist Psychotherapie. Medikamentöse Behandlung kann als Unterstützung und Begleitung der Psychotherapie sinnvoll sein. Ersetzen kann sie sie nicht.
- Psychotherapie ist Heilbehandlung. Ein **Therapieabbruch**, also der Entzug von Hilfe und Unterstützung, bestätigt die weitreichend negativen Erwartungen des Patienten der Welt und den Menschen gegenüber und wirkt von daher unmittelbar krankheitsverstärkend.
- Traumatisierte Menschen sind durch eigene Gewalterfahrungen gegenüber jeder Form von Gewalt sensibilisiert. Gewalterfahrungen wirken unmittelbar krankheitsvertiefend.
- Die objektiven Bedingungen spielen für den Erfolg von Therapie eine entscheidende Rolle. Da Sicherheit, sowohl als Eigenschaft der realen Umgebung als auch als Gefühlsqualität von zentraler Bedeutung für die Gesundung ist, steht und fällt die Chance der Besserung oder Heilung der Krankheit mit dem Vertrauen des Patienten in seine eigene Sicherheit und die **Sicherheit der Umgebung**.

Diskussion:

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

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

Extrem belastende Erfahrungen mit organisierter Gewalt führen zu einer Reihe ernster psychischer Erkrankungen, die bleibende, therapeutisch schwer zugängliche körperlich-seelische Folgen haben können. Flüchtlinge mit schweren traumabedingten psychischen Störungen, suizidgefährdete Flüchtlinge und Flüchtlinge mit chronischen posttraumatischen Störungen bedürfen in vielerlei Hinsicht des besonderen Schutzes des Staates.

- Alle Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die heute noch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen traumabedingten psychischen Reaktion zeigen, müssen auf der Grundlage internationaler Diagnosestandards als chronische Verlaufsformen der Krankheit eingeordnet werden.
- Ihre psychische Krankheit beeinträchtigt sie oft erheblich, irreversibel und lebenslang in ihrem körperlich-seelischen Wohlbefinden, ihrer sozialen Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit, Lern- und Anpassungsfähigkeit (z.B. Krystal, 1995; Niederland 1971)
- Ihre Reaktionen auf alltäglichen Streß ist aufgrund von neurobiologischen Anpassungsprozessen pathologisch verändert (van der Kolk, 1996, 1997), so daß ihre Belastbarkeit verglichen mit gesunden Menschen stark herabgesetzt ist.
- Insbesondere die Reaktionen auf tatsächlich bedrohliche oder auch nur als bedrohlich empfundene Situationen, die an die individuellen Gewalterfahrungen erinnern, sind Ausdruck andauernder Veränderungen der Persönlichkeit und neurobiologischer Anpassungsprozesse im Sinne einer dauerhaften gesundheitlichen Vulnerabilität (Solomon, Prager 1992; Long, Chamberlain, Vincent 1994; Shalev, Peri, Gelpin, Orr, Pitman 1997).
- Therapeutische Behandlung ist nur dann wirklich erfolgversprechend, wenn die betroffene Person sich in Sicherheit fühlt. Dieses Gefühl der Sicherheit korreliert jedoch nur unscharf mit der objektiven Gefährdungssituation, da diese gemeinhin die Bewertungsmaßstäbe der gesunden, nicht vorgeschädigten Persönlichkeit zugrundelegt. Entscheidend für die Symptomatik und den Krankheitsverlauf der posttraumatischen Störung ist jedoch vielmehr die subjektive Einschätzung. Diese aber ist mehr oder weniger stark durch die Störung selbst verzerrt.
- Jede Form der Wiederholung einer traumatischen Situation ist geeignet, die Störung zu vertiefen und die Symptomatik zu verschlimmern und die Chancen auf eine abschließende Verarbeitung zu verringern.
- Bei lang andauernden Störungen sind die Auslöser einer traumatischen Reaktion immer weniger mit der ursprünglichen Gewalterfahrung verbunden. Es genügen z.T. nur Anklänge an die Ursprungssituation oder Assoziationen daran.

Fazit: 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 gänzlicher Invalidität. Ihre Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit ist nicht mit der des gesunden Menschen zu vergleichen. Ohne besondere (psycho-)soziale Unterstützung und gegebenenfalls 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 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 nicht selbst das Risiko der Gefährdung 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 letztlich ausschlaggebende Einschätzung abgeben. Sie sollte dementsprechend bei dem angesprochenen Personenkreis zur Grundlage der ärztlich-psychologischen Empfehlung gemacht werden.

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 jedoch ganz besonders 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 Symptommfreiheit zum Zeitpunkt der Rückkehr ins Herkunftsland muß eine Behandlungsmöglichkeit vor Ort erreichbar sein. Der individuelle Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung muß im Einzelfall als sichergestellt gelten.

Berlin, den 29.01.2005

(Koch, Dietrich F.) Dipl.-Psych., XENION, Berlin, Leiter
Vorstandsmitglied der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der
Psychozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) e.V.