

Verifizierung von psychischen Folgeschäden nach Extremtraumatisierung, Feststellung und Behandlungsmöglichkeiten, Glaubhaftigkeit von Ereignisberichten

Dietrich F. Koch (XENION, Berlin)

Glaubhaftigkeitskriterien der forensischen Psychologie versus neue wissenschaftliche Befunde zum traumaspezifischen Gedächtnis und die Implikationen für den Umgang mit traumatisierten Menschen

Einleitung

Herzlichen Dank zunächst an Sie, Frau Staatssekretärin Dr. Sonntag-Wolgast, für Ihre Initiative zu der heutigen Tagung. Herzlichen Dank an unseren Gastgeber, Herrn Dr. Schmid und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bundesamtes für Ihr Interesse an der Sache und für Ihren Mut und die Offenheit für diesen Dialog. Herzlichen Dank für die Einladung zu der heutigen Veranstaltung und für die freundliche Einführung und Vorstellung.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, bevor ich zum eigentlichen Thema meines Vortrags komme, gestatten Sie mir ein paar persönliche Worte darüber zu verlieren, was mich bei der Entscheidung bewegte, Ihrer Einladung zu dieser Veranstaltung zu folgen. Ich arbeite als Psychotherapeut in XENION, einer psychosozialen Einrichtung für politisch Verfolgte in Berlin, nun seit mehr als dreizehn Jahren mit traumatisierten politischen Flüchtlingen und Folteropfern. Ich bin hauptsächlich psychotherapeutisch tätig. Verstehen Sie mich daher bitte in erster Linie als Praktiker, der nur dann nach Theorie sucht, wenn er aus der Arbeit her-

aus auf Fragen stößt, also auf Phänomene, die er nicht versteht und auf die er Antworten sucht. Die Grundlagenarbeit in Forschung und Wissenschaft machen andere. An dieser Stelle möchte ich ausdrücklich auf eine wichtige Arbeit von Professor Fischer und Mitarbeitern seines Instituts in Köln hinweisen, von deren systematischer Sichtung aktueller gedächtnispsychologischer und psychotraumatologischer Forschungsergebnisse ich in meiner Arbeit sehr profitiert habe und auf die ich in meinem Vortrag mehrfach zurückgreifen werde. Das was ich Ihnen heute an theoretischen Ergebnissen vom aktuellen Stand des Wissens und der Diskussion aus der psychotraumatologischen Forschung und Praxis mitgebracht habe, ist nicht mehr als "ein Eimer voll Wasser, geschöpft aus einem Ozean". Vermessen, wer glaubt, nun alles über den "Ozean" zu wissen. Dieser einschränkende Hinweis hat zum einen Teil damit zu tun, dass der Stand der Forschung bei weitem noch nicht die Antworten bereithält, nach denen wir suchen, und ich zum anderen nur solche Befunde ausgewählt habe, die für unsere Fragestellung relevant sind, und dass ich diese Ergebnisse stellenweise auch noch so vereinfache, dass sie von Nicht-Fachleuten noch verstanden werden. Die Fachleute unter Ihnen möchte ich daher im Voraus um Verständnis bitten.

Die bisherige Arbeit hat uns vor allem auch darauf aufmerksam gemacht, 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. Wie ich der Teilnehmerliste entnehmen konnte, dürften die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer Juristen sein oder zumindest

im professionellen Alltag eher mit juristischen Fragen befasst sein als mit psychologischen oder gesundheitlichen Fragen. Ich habe daher den Versuch gemacht, (ausländer-) rechtliche Belange und damit die professionellen Interessen von Juristen und im juristischen, verwaltungstechnischen und politischen Bereich Tätigen zu berücksichtigen.

Ich habe in den zurückliegenden Jahren der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen viele Lektionen lernen müssen. Eine der wichtigsten Lektionen wird in einem persischen Sprichwort treffend beschrieben. Es lautet: "Es braucht nur einen um eine Münze in einen Brunnen zu werfen, aber hundert, um sie wieder herauszuholen". Um wie viel mehr gilt das, wenn es um Menschen geht und um die Heilung der körperlichen und seelischen Wunden, die der Mensch im Stande ist, anderen Menschen zuzufügen! Erfolg in dieser Arbeit ist nur schwer zu erringen, wenn nicht ein basales Gefühl von Sicherheit und Schutz vor einer Wiederholung stattgehabter Traumata möglich ist. Das Ende der subjektiven Angst vor weiteren Gewaltmaßnahmen und Verfolgung ist der Dreh- und Angelpunkt der therapeutischen Arbeit und - *conditio sine qua non* - jeden therapeutischen Erfolgs. Es ist selbstverständlich, dass sich dieses subjektive Sicherheitsgefühl nicht gegen die objektive Realität aufrechterhalten lässt, die dieses Gefühl von Sicherheit nicht wirklich zulässt. Und umgekehrt wirkt sich kaum etwas förderlicher auf die psychische Gesundheit unserer Klienten und den Erfolg unserer therapeutischen Bemühungen aus als ein kurzes Asylverfahren mit dem positiven Ausgang eines Bleiberechts. Der oft jahrelange Zustand quälender Unsicherheit, Angst und chronischer Belastungen durch Stress bindet und absorbiert die Energie, die so dringend als Ressource der Selbstheilung gebraucht würde.

Therapeutische Erfolge werden von der belastenden Alltagssituation permanent aufgezehrt und genau so schnell abgenutzt wie wir sie im Stande sind aufzubauen. Die Qualen, die die Betroffenen bis zur endgültigen Gewissheit durchleben und der Therapeut mit ihnen, sind für beide Seiten nur schwer zu ertragen. Sie sehen also in welchem Maße die Arbeit der beteiligten Behörden, insbesondere des Bundesamtes, aber auch der Verwaltungsgerichte mit dem Erfolg unserer therapeutischen Arbeit verbunden ist. Wir teilen eine gemeinsame Verantwortung für den Schutz von Opfern von Menschenrechtsverletzungen und deren Rehabilitation. Wo dieser Schutz gelingt, können wir Menschen aus existentieller Ausweglosigkeit befreien, sie "wieder heimisch machen in der Welt", um an die berühmt gewordenen Worte von Jean Améry¹ anzuknüpfen. Wo der Schutz versagt, können auch die ehrgeizigsten therapeutischen Bemühungen wenig anhaltende Besserung bewirken. Die Verantwortung unserer Arbeit wiegt schwer, wo man erkennen muss, dass es für einige der Betroffenen um nichts Geringeres geht als um Leben und Tod. Angesichts dessen ist dies heute ein wichtiger Tag. Es ist ein weiterer Baustein des - zugegebenermaßen - "kritischen Dialogs", der seit einiger Zeit zur Frage traumatisierter Flüchtlinge im Asylverfahren begonnen hat. Ich würde mir wünschen, dass wir auf diesem Wege eine institutionalisierte Kooperation im Sinne unserer gemeinsamen Verantwortung aufbauen können. Diese Aufgabe wird nicht mit dieser Tagung erfüllt sein. Aber "auch eine Reise von dreitausend Meilen beginnt mit einem einzigen Schritt." (chinesisches Sprichwort)

Ein Weiteres: Meistens treten die Flüchtlinge an uns heran, wenn das Asylverfahren schon weit fortgeschritten ist und vom Bundesamt negativ

beschrieben wurde. Es gibt dabei erfahrungsgemäß eine ganze Reihe von Faktoren, die für ein Scheitern in der Asylanhörung angeführt werden können, angefangen von eher kulturbedingten Hürden (z.B. erlerntes Verhalten gegenüber Autoritätspersonen), über Bildungsstand (z.B. mehr oder weniger gut ausgebildete Kommunikationsfähigkeiten) bis zu situativen Faktoren (z.B. Dolmetscherprobleme) u.v.m.. Unter unseren Klienten, aber auch in anderen psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, gibt es eine reiche Sammlung von Fallbeispielen, die solches Scheitern dokumentieren. All diese Faktoren möchte ich aber in meinen Betrachtungen ausklammern. Ich möchte mich in meinem Vortrag ausschließlich auf solche klinischen Befunde aus unserer Arbeit beziehen, bei denen ich allen Grund habe anzunehmen, dass die typischen Merkmale traumabedingter Erkrankung mit den Anforderungen an den Flüchtling im Asylverfahren in einer Weise interferieren, dass gerade traumatisierte Flüchtlinge überfordert sind, ihr Anliegen ihrer Mitwirkungspflicht gemäß vorzubringen, und, eben weil sie diesen Anforderungen krankheitsbedingt nicht gewachsen sind, dann negativ ausselektiert werden.

Und ein Letztes: Bei allem, was ich im Folgenden an kritischen Bemerkungen machen werde, bitte ich Sie zu verstehen, dass ich mir über die Schwere der Aufgabe, sowohl menschlich als auch juristisch vertretbare Entscheidungen im Asylverfahren zu treffen, durchaus bewusst bin. Tatsächlich glaube ich, dass wir die Bedingungen des Asylverfahrens ändern und weiterentwickeln müssen, damit wir mehr Einzelfallgerechtigkeit besonders für traumabedingt erkrankte Flüchtlinge erreichen können. Vor allem stellt sich den psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folter-

opfer die entscheidende Frage, wie die Befunde und Stellungnahmen von Heilberuflern in das Asylverfahren Eingang finden können, und dies möglichst in einem frühen Stadium, in dem noch keine Entscheidungen gefallen sind. Wenn sich hierfür ein institutionalisiertes Verfahren finden ließe, so glaube ich, dass wir nicht nur für die betroffenen Flüchtlinge eine wichtige präventive Schutzmaßnahme gefunden hätten, sondern auch den Einzelentscheiderinnen und –entscheidern eine nicht zu unterschätzende Unterstützung bei der Entscheidungsfindung an die Hand geben könnten. In diesem Sinne hoffe ich, dass uns diese Tagung einen guten Schritt weiter bringen wird.

Zur Diagnostik von Traumaschäden bei Flüchtlingen

Die Diagnostik von Traumaschäden ist möglich und durch wissenschaftlich abgesicherte internationale Diagnosestandards eindeutig definiert. 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 (International Classification of Diseases and other related health problems, 10. Revision, kurz: ICD-10; Hrsg. World Health Organisation 1991)
2. Diagnostic and Statistic Manual of Psychiatric Disorders, 4. Revision, kurz: DSM IV, Hrsg. American Psychiatric Association, 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, u.a. auch für die psychischen Reaktionen nach Extrembelastungen. 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.

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.

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

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. Mein Kollege Dr. Mehari hat in seinem Beitrag bereits auf die Gründe aufmerksam gemacht, warum es die "psychischen Reaktionen nach Extrembelastungen", obwohl bereits seit 1980 in die international anerkannten Klassifikationen psychischer Erkrankungen (heute DSM IV bzw. ICD-10) als eigenständige Kategorie aufgenommen, gerade in Deutschland so schwer haben, sich in Fachkreisen durchzusetzen. Fakt ist, dass sie selbst bei Fachleuten nicht als Allgemeingut vorausgesetzt werden können. Halten wir folgendes fest:

Noch 1995 wies Pribe darauf hin, dass in Deutschland noch nicht vorausgesetzt werden könne, dass die Kenntnis der diagnostischen Kriterien, geschweige denn der mittlerweile vorhandenen spezifischen Behandlungsansätze für Traumafolgen, sich in Lehre und Praxis 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.

Grundlagen der Psychotraumatologie

Was ist ein Trauma?

Nicht alles was in der Alltagssprache ein "Trauma" genannt wird, ist auch im klinischen Sinne als ein solches zu bezeichnen. 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 spre-

chen 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 katastrophenartigem 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 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 sogenannte Stressorkriterium oder A-Kriterium wird durch ganz verschiedene kritische Lebensereignisse erfüllt, die in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt sind.

| <h2 style="text-align: center;">Klassifikation von Traumata</h2> <p style="text-align: center;">(zitiert nach Maercker 1997)</p> | |
|---|---|
| Vom Menschen verursachte Traumata | Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumata |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sexuelle/körperliche Misshandlungen in der Kindheit, ▶ kriminelle und familiäre Gewalt, ▶ Vergewaltigungen, ▶ Kriegserlebnisse, ▶ zivile Gewalterlebnisse (z.B. Geiselnahme), ▶ Folter und politische Inhaftierung, ▶ Massenvernichtung (KZ-, Vernichtungslagerhaft). | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Naturkatastrophen, ▶ technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen), ▶ berufsbedingte (z.B. Militär, Polizei, Feuerwehr), ▶ Arbeitsunfälle (z.B. Grubenunglück), ▶ Verkehrsunfälle. |

Man hat bei dieser Klassifizierung eine Unterscheidung gemacht zwischen den sogenannten "man made disaster", den vom Menschen verursachten Traumata, und solchen, die nicht durch Menschen verursacht sind. Diese Unterscheidung ist in sofern 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. Bei Folterüberlebenden finden wir überaus häufig ein generalisiertes Misstrauen gegenüber Funktions-

trägern von Staat oder Justiz wie z.B. Polizeibeamten, Richtern, aber auch nicht uniformierten Mitarbeitern von Staatsbehörden.

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.

| Klassifikation von Traumen (zitiert nach Maercker 1997) | |
|---|---|
| Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-I-Traumen) | Längerdauernde, wiederholte Traumen (Typ-II-Traumen) |
| <ul style="list-style-type: none">▶ Naturkatastrophen,▶ Unfälle,▶ technische Katastrophen,▶ kriminelle Gewalttaten wie Überfälle, Schusswechsel. | <ul style="list-style-type: none">▶ Geiselnhaft,▶ mehrfache Folter,▶ Kriegsgefangenschaft,▶ KZ-Haft,▶ wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung sowie wiederholte Vergewaltigungen. |

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. Mit anderen Worten: nicht jeder, der ein Trauma erfährt, wird eine länger anhaltende klinische Erkrankung davontragen. 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.

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%.

Was sich mit aller Vorsicht aufgrund dieser Studie sagen lässt ist, dass bei traumatisierten Kriegsflüchtlingen und Überlebenden von Folter oder Genozid die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei 30 – 50% liegt. Wir können also nach den vorliegenden Studien damit rechnen, dass mindestens jeder dritte nach Deutschland eingereiste Flüchtling an einer traumabedingten Störung erkrankt ist oder war. Umgekehrt gilt aber auch, dass nur maximal jeder zweite, der Folter erlebt hat, auch Symptome einer posttraumatischen Erkrankung zeigt, oder anders ausgedrückt:

Das Fehlen von typischen traumabedingten Krankheitssymptomen und Verhaltensauffälligkeiten lässt nicht den Schluss zu, dass beispielsweise die Foltererfahrung nicht stattgefunden haben kann.

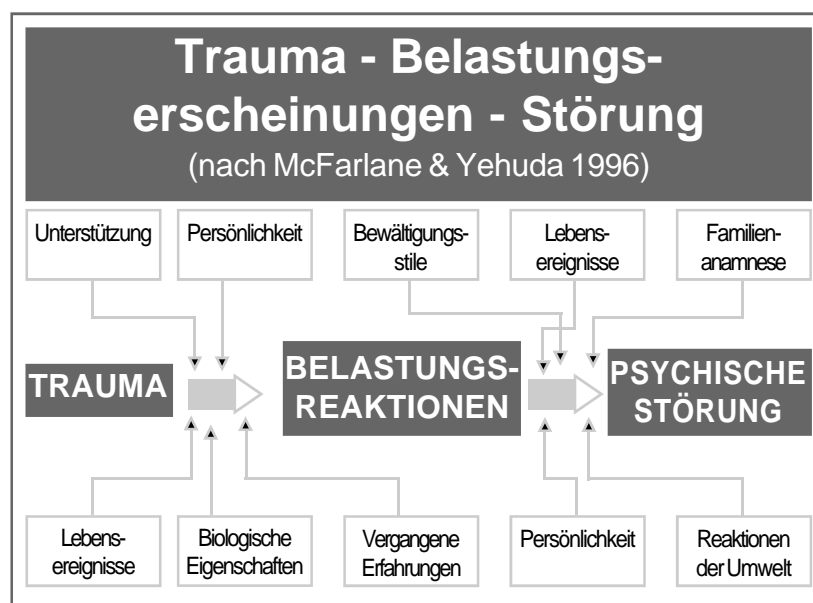
Dies ist vor allem bei Asylanhörungen wichtig zu berücksichtigen.

Faktoren, die eine Erkrankung determinieren können

Die folgende etwas differenziertere Betrachtung des Krankheitsverlaufs und der möglichen positiven und negativen Beeinflussung des Krankheitsgeschehens und der Heilungschancen durch äußere und innere Faktoren illustriert noch einmal meine eingangs formulierte These der gemeinsamen Verantwortung aller im Asylverfahren beteiligten Akteure für die vollständige Rehabilitation von Überlebenden staatlicher Gewalt und krassen Menschenrechtsverletzungen.

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.

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. Diejenigen, die für unsere Arbeit eine wichtige Rolle spielen, sind:



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 Überwältigtseins dar, das dann besonders stark ist, wenn das Trauma als zufälliges und willkürliches Ereignis erfahren wird. Hieraus erklärt sich auch das paradoxe Phänomen, dass Menschen an sich selbst brutalste Gewalterfahrungen wie Folter ohne längerdauernde Folgeschäden überstehen können.

Menschen, die bewusst politischen Widerstand leisten, sind oft auf die Möglichkeit vorbereitet, dass ihnen Folter widerfahren kann.

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. Dies wird vor allem wichtig, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass Flucht und Exil oft mit dem vollständigen Verlust des sozialen Netzes einhergehen. Der Wegfall des gewohnten sozialen Unterstützungssystems stellt einen großen Belastungsfaktor im Sinne des Erkrankungsrisikos dar.

Hinzukommende 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, unverstandenen System von Normen und Gesetzen gegenüberstehen mit vorwiegend frustranen 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.

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 Re-traumatisierungen.

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, frustrane 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 posttraumatische Belastungsstörung

Die PTBS 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 (auch Stressorkriterium bzw. A-Kriterium genannt) beschrieben und dazugehörige charakteristische Symptome. Zu den Kardinalsymptomen zählen:

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

Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen): Nach einer traumatischen Erfahrung wird das Geschehen in verschiedener Form wiedererlebt. Man spricht von Nachhall Erinnerungen, 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 sozialen 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. Oft treten unwillkürliches Wiedererleben und Vermeidung hintereinander auf und es scheint dann, als würden die Betroffenen zwischen dem einen und dem anderen hin und her oszillieren.

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, Konzentrationsschwierigkeiten sowie erhöhter Schreckhaftigkeit.

Die Symptome verursachen einen individuellen Leidensdruck und eine beachtliche Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (Be-

ziehungsfähigkeit, allgemeine Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Lernfähigkeit).

Wir werden im weiteren Verlauf auf diese Kardinalsymptome zurückkommen, wenn wir uns die Frage stellen, wie sich diese typischen Krankheitserscheinungen in der Asylanhörnung auswirken können. Als nächstes möchte ich Ihnen aber die Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung zunächst noch einmal in ihrer Gesamtheit zeigen, und zwar so, wie sie durch die internationalen Diagnosestandards vorgegeben sind. Sie sollen sich selbst ein Bild davon machen können, dass sich der Kliniker bei der Beurteilung der Erkrankung an exakt definierte Vorgaben halten muss. Wer also sein Handwerkszeug beherrscht und auf seriöse Weise damit umgeht, der kann traumabedingte Erkrankungen zweifelsfrei erkennen und feststellen.

Die psychologischen Repräsentationen traumatischer Erfahrungen haben ein physiologisches Äquivalent. Dies soll an dieser Stelle nur angemerkt werden, ohne dass ich genauer darauf eingehen möchte.

Nachfolgend möchte ich Ihnen die diagnostischen Kriterien der "Posttraumatischen Belastungsstörung" in ihren Einzelheiten zeigen. Sie sind dem DSM IV entnommen. Beide Diagnoseschlüssel (ICD-10 und DSM IV) decken sich bei diesem Störungsbild weitgehend. Sie können erkennen, dass der Kliniker, der diese Diagnose vergibt, streng definierte Kriterien und klare Vorgaben für ihre Anwendung hat, vorausgesetzt er kennt den neuesten Stand der Diagnostik und wendet die entsprechenden Standards sachgemäß an.

| |
|--|
| Posttraumatische Belastungsstörung |
| Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung (DSM-IV): |
| Kriterium A |
| <ul style="list-style-type: none"> 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 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 |

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 erfüllen und dadurch negativ ausselektiert werden. Hier soll speziell auf Gründe für dieses Phänomen eingegangen werden, die eindeutig als krankheitsbedingt zu erklären sind. Genau betrachtet handelt es sich um die Kardinalsymptome Vermeidung und Wiedererinnern sowie um traumatypische Gedächtnisstörungen.

Vermeidung und unwillkürliches Wiedererleben

Bei aller menschenmöglichen Einfühlsamkeit und Sorgfalt des Gesprächspartners werden traumatische Erfahrungen, also solche zutiefst von Schmerzen, Scham und Schuld geprägten Erfahrungen, in aller Regel eher nicht mitgeteilt, auch wenn aus dem Verschweigen, wie beispielsweise beim Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, eigener Schaden erwächst. Die Qual des Wiedererinnerns, und damit der eigenen Niederlage und Schutzlosigkeit erneut ins Auge schauen zu müssen, ist oft schlimmer zu ertragen als Isolation und anderweitige Nachteile. Ich möchte Ihnen zwei Beispiele darstellen, neben denen, die wir in den Beiträgen meiner Vorrednerinnen und Vorredner bereits gehört haben, die das Problem illustrieren können. Das erste Beispiel stammt nicht aus meiner eigenen Praxis. Es wurde mir jüngst von einer Einzelentscheiderin erzählt. Es handelte sich dabei um einen chilenischen Flücht-

ling zu Zeiten der Pinochet-Diktatur. Er erwähnte Folter als Grund für seine Flucht. Die Art und Weise jedoch, wie er über seine Verfolgungsgründe berichtete, war oberflächlich, eher emotionslos und ausweichend bei Nachfragen seitens der Entscheiderin. Entgegen der üblichen Praxis konfrontierte die Entscheiderin den Asylbewerber mit ihrer Absicht negativ zu entscheiden. Die Folge war ein völliger psychischer Zusammenbruch, bei dem der Mann eine detaillierte Darstellung brutaler Folterungen erzählte, begleitet von überwältigenden emotionalen und psychosomatischen Reaktionen, die schließlich den Einsatz eines Notarztes notwendig machten.

Klinisch betrachtet handelt es sich um ein typisches Beispiel von Vermeidungsreaktionen im Zusammenhang mit traumabedingten psychischen Störungen. Was wir an diesem Beispiel aber auch sehr gut studieren können ist, dass es sich bei Vermeidungsreaktionen generell um psychische Schutzmechanismen handelt, deren offensichtliche Funktion es ist, die psychische Stabilität des Betroffenen zu gewährleisten. Wird ein solcher Abwehrmechanismus unerwartet durchbrochen, können die ausgelösten psychischen Reaktionen wie im erwähnten Beispiel die Ich-Funktionen des Betroffenen überwältigen und zu einer unkontrollierten Ausbreitung bisher unterdrückten Affekts und gebundener Emotionen in der Psyche führen. Der respektvolle Umgang mit diesen individuellen Schutzvorkehrungen hat daher eine schützende Bedeutung sowohl für den Betroffenen selbst, als auch für sein soziales Umfeld, in unserem Fall für die Einzelentscheiderin. Ich nutzte die Gelegenheit, die Einzelentscheiderin, die den Fall berichtete, zu fragen, welche Gefühle bei ihr durch diese außergewöhnliche Begegnung ausgelöst worden waren, und

wie viele solcher Fälle sie sich in ihrer Arbeit zumuten würde? Sie antwortete offen und sehr ehrlich, dass sie nicht viele solcher Ausbrüche verkraften würde. Nicht selten wissen auch die Betroffenen von den zu erwartenden Reaktionen ihrer Umgebung auf die Konfrontation mit ihren Gewalterfahrungen, und aus diesem Grunde schützen sie sowohl den Anderen als auch sich selbst vor weiteren psychischen Verletzungen, indem sie einfach schweigen. Andererseits erscheint es auch nur legitim, wenn sich ein Entscheider bewusst oder unbewusst vor der Konfrontation mit überwältigenden Emotionen seiner Interviewpartner schützt. Es dient schließlich der Erhaltung der psychischen, auf Dauer auch der physischen Gesundheit. Damit sind wir beim grundsätzlichen Dilemma in diesem Zusammenhang. Werden Vermeidungsreaktionen in der Asylanhörung durchbrochen, setzen sich alle beteiligten Akteure, Entscheider, Dolmetscher und Asylbewerber einem akuten Gesundheitsrisiko aus. Bleiben sie dagegen unangetastet, entgehen oft die entscheidenden Informationen über den politischen Verfolgungshintergrund eines Flüchtlings der Aufmerksamkeit des Entscheiders und werden im Asylverfahren nicht aktenkundig.

Ein zweites Fallbeispiel stammt aus meiner eigenen Praxis. Es handelte sich um einen palästinensischen Flüchtling aus dem Libanon, der angab, vom syrischen Geheimdienst im Libanon festgenommen, nach Syrien in verschiedene Gefängnisse gebracht und schwer gefoltert worden zu sein. Wir waren nach sorgfältiger Eingangsdiagnostik relativ sicher, dass er ernstzunehmende Verfolgungsgründe vorzubringen hat. Um so erstaunter nahmen wir zur Kenntnis, dass das Protokoll der Anhörung nicht den geringsten Hinweis auf die bei uns berichtete Inhaftierung

und Folter enthielt. Insgesamt erschien uns die Mitschrift der Anhörung relativ inhaltslos und nichtssagend. Nach der Ursache für diesen Umstand befragt, wies der Klient auf Probleme mit dem Dolmetscher hin. In der Annahme, dass es sich um Sprachprobleme handelte, wiesen wir den Klienten darauf hin, dass er mit seiner Unterschrift unter das Protokoll Sprachprobleme explizit ausschloss und fragten, ob er über den Inhalt des Protokoll durch sachgemäße Rückübersetzung in Kenntnis gesetzt wurde. Letzteres bejahte er und gab auch zu verstehen, dass es keine Verständigungsprobleme gegeben habe. Auf meine erstaunte Nachfrage erzählte er dann, dass es vielmehr der damaszener Akzent des Dolmetschers war, der ihn augenblicklich verstummen ließ. Es schien ihm geradezu offensichtlich, dass der syrische Geheimdienst hinter diesem Arrangement stand. Er fühlte sich, seine Freunde und Familie augenblicklich in höchster Lebensgefahr. Die instinktive Reaktion war Schweigen über alles, was ihn oder andere hätte belasten können. Gleichzeitig war er unter Aufbietung äußerster Anstrengung darauf bedacht, sich nichts von dem inneren Aufruhr anmerken zu lassen, der von ihm Besitz ergriffen hatte. Die weitere Anhörung verlief diszipliniert, ruhig und erging sich in Belanglosigkeiten, sobald das Interesse des Entscheiders in die Nähe der politischen Aktivitäten meines Klienten geriet.

Wenn wir ein solches Angstphänomen analysieren, ist immer die erste Frage, wie die empfundene Angst real bzw. auf Übertragungsphänomenen beruht. Es ist nicht ganz auszuschließen, dass der syrische Geheimdienst in Deutschland operiert. Mit letzter Sicherheit auszuschließen ist die Berechtigung realer Angst im Konstrukt meines Klienten nicht. Dennoch zeigte die weitere Exploration von Gefühlen und Gedanken, die

er in dieser Situation erlebte, dass die Intensität der empfundenen Angst und Lebensbedrohung nur zum geringsten Teil aus der aktuellen Anhörungssituation stammte, sondern vielmehr ein Wiedererleben traumatischer Folterverhöre darstellt. Der damaszener Akzent des Dolmetschers hatte dabei lediglich Auslösefunktion (trigger) für einen komplexen automatischen Wiederholungsmechanismus, den man bei Traumatisierten regelmäßig beobachten kann. In der Situation selbst war es dem Betroffenen nicht möglich, den Impuls äußerster Panik als Erinnerung an etwas Vergangenes zu identifizieren und unter Kontrolle zu bringen. Vielmehr wurden die normalen Ich-Funktionen vom Angstaffekt überwältigt und eine instinktive Schutzreaktion setzte ein. Erst als er das Geschehene in der therapeutischen Situation rekonstruierte, konnte er erkennen, dass er mit seiner Reaktion in der Anhörung nicht adäquat auf die reale Situation einging, sondern auf eine traumatische Erinnerung. Die Erinnerung an Folterverhöre war in seinem Empfinden Realität geworden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit hat keiner der anderen Beteiligten von diesem Vorkommnis etwas gemerkt. Nicht einmal der Betroffene selbst konnte in seiner spontanen Affektreaktion den Traumatismus erkennen, der in solchen unwillkürlichen Nachhallerinnerungen, Flashbacks oder anhaltenden paranoiden Verfolgungsvorstellungen zum Ausdruck kommt. Für den Kliniker sind solche Phänomene die besten Belege für einen traumatischen Erfahrungshintergrund, denn sie entziehen sich gänzlich der bewussten Steuerung. In der Anhörung werden sie oft zum Verhängnis für den Traumatisierten. Für viele Flüchtlinge, die Folterverhöre über sich ergehen lassen mussten, wird die Anhörung selbst zur Wiederholung des Traumas. Die Anhörer werden - ohne es zu wollen oder etwas von dieser Dynamik zu ahnen - zu den Folterern von damals. Die

Betroffenen verlieren die Kontrolle über sich und die Interaktion und schweigen entweder über asylrelevante Bereiche oder verwickeln sich aufgrund des Kontrollverlustes in Ungereimtheiten und Widersprüche in der Raum-Zeit-Zuordnung ihrer Biographie. Die Entscheidung über die Gewährung von Asyl wird sehr früh nach der Ankunft in Deutschland und unter hohem Zeitdruck getroffen. Dies hat unbestrittene Vorteile. Es hat aber auch einen dramatischen Nachteil, dass nämlich schwer traumatisierte Menschen in aller Regel größte psychisch bedingte Schwierigkeiten haben, mit dem geforderten Detailreichtum und der nötigen Widerspruchsfreiheit und Glaubhaftigkeit über ihre Fluchtgründe zu sprechen. Sie erfüllen selten diese Selektionskriterien. Der gesamte Druck und die Fremdheit der Umstände, unter denen eine solche Befragung durchgeführt wird, tun ein übriges.

Traumatypische Gedächtnisstörungen

In der neueren psychotraumatologischen Forschung beginnt sich in den letzten Jahren herauszukristallisieren, dass es bei der Einprägung (Kodierung) und dem Wiedererinnern (Enkodierung) signifikante Unterschiede zwischen traumatischen Erinnerungen und anderen biographisch bedeutsamen, aber nicht traumatischen Erinnerungen gibt. Wir wissen heute, dass traumatische Erinnerungen aus neurophysiologischen und psychodynamischen Gründen eher fragmentierten Charakter haben und dass gerade bei traumatisierten Flüchtlingen charakteristische Gedächtnisstörungen krankheitsbedingt die Regel sind. Nachfolgend sind die wichtigsten Unterschiede zwischen traumatischen und nicht-traumatischen Erinnerungen einander gegenüber gestellt.

| 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 ereignis-bezogenen Variablen wie Dauer, körperlicher Missbrauch). |

zitiert nach: Hinckeldey, 2000

Im Asylverfahren ist vor allem die Beobachtung von Bedeutung, dass traumatische Erinnerungen oft nicht sprachlich kodiert werden, sondern eher als körperliche Empfindungen, Gefühle, Sinneswahrnehmungen. Entsprechend fällt es den Betroffenen schwer, ohne weiteres über die Erinnerungen zu sprechen. Oft ist ein langer Prozess der Rekonstruktion der Ereignisse notwendig, um ein Narrativ, also eine detailreiche, widerspruchsfreie und in sich konsistente sprachliche Form der Erinnerung zu gewinnen. Dass dieser Prozess oft jahrelanger therapeutischer Arbeit bedarf, müssen wir immer wieder beobachten, und können wir anhand vieler Einzelbeispiele belegen. Folglich ist es eine typische Folge des

Traumata auf das menschliche Gedächtnis zu verdanken, dass traumatisierten Flüchtlingen eine Darstellung der eigenen Verfolgungsgeschichte entsprechend der Glaubhaftigkeitskriterien des Asylverfahrens oft nicht ohne intensive Vorbereitung und therapeutische Aufarbeitung des Geschehenen möglich ist.

Vier unterschiedliche Formen von Gedächtnisstörungen sind als Traumafolge bekannt:

1. die komplette oder partielle (psycho-)traumatische Amnesie
2. generalisierte Störungen des Gedächtnisses sowohl für kulturelle als auch für autobiographische Ereignisse
3. dissoziative Prozesse, die sich als sensorische und emotionale Fragmentierung von Erfahrung darstellen und
4. 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. Wenn Erinnerungen nur fragmentiert und eher sensomotorisch kodiert wurden, so ist es praktisch unmöglich, im spontanen Erzählen einen in sich konsistenten Narrativ zu präsentieren. Wenn darüber hinaus Teile der Erinnerung schlicht fehlen oder aus

Gründen der psychischen Stabilität der bewussten Erinnerung nicht einfach zugänglich sind, dann bedeutet „Erinnerung“ vielmehr oft mühevoller „Rekonstruktion“. All das, was das Asylverfahren in Anlehnung an die Tradition der Glaubhaftigkeitsprüfung von Zeugenaussagen der forensischen Psychologie als selbstverständlich fordert, kann bei traumatisierten Flüchtlingen nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden. Dies sind im Einzelnen Detailreichtum, Farbigkeit der Darstellung, logische Kohärenz, Homogenität, innere Widerspruchsfreiheit und Konstanz der Aussage.

Synopse der aussageimmanenten Qualitätsmerkmale erlebnisfundierter Aussagen

| Allgemeine Merkmale | Spezielle Merkmale | Motivationsbezogene Merkmale |
|------------------------------|--|---|
| <u>Aussageinhalt:</u> | <u>Schilderung von:</u> | <u>Vorbringen von:</u> |
| Detailreichtum | raum-zeitlichen Verknüpfungen | spontanen Aussageverbesserungen |
| Anschaulichkeit | Interaktionen | Einwänden gegen die Richtigkeit der Aussage |
| Strukturgleichheit | | |
| Logische Konsistenz | Gesprächen | Selbstbelastungen |
| Deliktsspezifität | Komplikationen, phänomenorientierten Wahrnehmungen unverstandener Elemente | Entlastungen des Beschuldigten |
| <u>Aussageweise:</u> | | Eingeständnissen von Erinnerungslücken |
| Gefühlsbeteiligung | Erleben phänomenaler Kausalität | |
| Unstrukturiertheit | eigenpsychischem Erleben | |
| Ungesteuertheit | multimodaler Wahrnehmung psychischem Erleben beim Beschuldigten nebensächlichen Details originellen Details Aspekten der Beziehungsentwicklung zwischen den Beteiligten indirekten Handlungsbezügen Wirklichkeitskontrolle | |

Aus:

L. Greuel, S. Offe, A. Fabian, P. Wetzels, T. Fabian, H. Offe und M. Stadler (1999). Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage. Theorie und Praxis der forensisch-psychologischen Begutachtung. Weinheim: Beltz

Zusammenfassung und Ausblick

Für traumatisierte Flüchtlinge im Asylverfahren ergeben sich mehrere große Probleme, ihre Verfolgungsgründe angemessen darzustellen. Allem voran muss der Zeitdruck genannt werden, unter dem eine Entscheidung getroffen werden muss. Ein zweites Problem stellt die Komplexität traumabedingter Störungen dar und die Schwierigkeit der Erkennung und des richtigen Umgangs mit Traumatisierungen. Wir begrüßen die Bereitschaft des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, traumatisierten Flüchtlingen im Asylverfahren größere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Unseres Erachtens nach besteht dringender Bedarf für eine Anpassung des Asylverfahrens, um den Betroffenen eine reelle Chance zur Darstellung ihrer Verfolgungsgründe, und den Entscheidern eine Möglichkeit zu umfassender Sachaufklärung zu geben.

Ein denkbarer Schritt der Öffnung in diese Richtung wäre es, wenn Hinweise auf eine vorliegende traumabedingte psychische Störung möglichst früh im Verfahren festgestellt und ernstgenommen würden. Eine präventive diagnostische Abklärung sollte Fachleuten vorbehalten sein. Hinweise, die sich aus Behandlungsbefunden unabhängiger Kliniker ergeben, sollten in jedem Falle ernsthaft geprüft und zur Kenntnis genommen werden.

Im Falle des Vorliegens traumabedingter psychischer Störungen sollte der Betroffene die Chance bekommen, mit geschulten Entscheidern sprechen zu können, die in der Lage sein sollten, mit entsprechender Sensibilität und Sachkenntnis auf den traumatischen Erfahrungshintergrund eingehen zu können.

Die narrative Aufarbeitung traumatischer Erfahrungen u.U. mit professioneller Unterstützung scheint geradezu eine Vorbedingung für die Fähigkeit zu sein, logisch schlüssig, detailreich, in sich konsistent und widerspruchsfrei über traumatische Verfolgungserfahrungen berichten zu können. Dies ist ein bisweilen langdauernder und mühevoller Rekonstruktionsprozess. Entsprechend darf bei Korrekturen und Differenzierungen im Laufe des Asylverfahrens nicht mehr von einem „gesteigerten Vorbringen“ ausgegangen werden.

Sollte eine abschließende Klärung des Sachverhaltes in der Asylanhörnung nicht möglich sein, 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 zu prüfen. Dabei wäre es wichtig, dass die Erwartungen des Bundesamtes an die Begutachtung durch unabhängige Sachverständige bzw. die formalen und inhaltlichen Ansprüche an Befundberichte aus laufenden Behandlungen im Vorfeld definiert und transparent gemacht würden. Hierzu wäre unseres Erachtens ein intensiver Diskussionsprozess zwischen Fachleuten und dem Bundesamt nötig. Von Seiten der deutschen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer ist diesbezüglich jede Kooperationsbereitschaft zu erwarten.

Fußnoten

- 1 “Wer der Folter erlag, der wird nicht mehr heimisch in der Welt”
(Jean Améry)