

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Sektion Medizinische Psychologie
Prof. Dr. Harald Traue

**Zur Versorgungssituation traumatisierter Flüchtlinge am Beispiel des
Behandlungszentrums für Folteropfer Ulm**

Psychische und Körperliche Beschwerden nach Extremtraumatisierung

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie der
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

von

Nicole Leißner

geb. in Dessau, Deutschland

2009

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

Erster Berichterstatter: Prof. Dr. Harald C. Traue

Zweiter Berichterstatter: Prof. Dr. Heiner Fangerau

Tag der Promotion: 30. April 2010

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	v
Tabellenverzeichnis	vi
Abbildungsverzeichnis	viii
1 EINLEITUNG	1
Zielsetzung der Arbeit	1
Versorgungssituation von Asylbewerbern in Deutschland	2
Das Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm	5
Fragestellungen	7
Psychische und Somatische Beschwerden nach Extremtraumatisierung	8
Extremtraumatisierung und Folter	8
Folgen von traumatischen Ereignissen	17
Angemessenheit des Konzeptes der PTSD	24
Weitere psychische Beschwerdebilder infolge Traumatisierung	24
Körperliche Beschwerden infolge Traumatisierung	25
Geschlechtsspezifika	26
Kultureller Einfluss	27
Schweregrad	28
Zusammenfassung und Ableitung der Hypothesen	29
2 MATERIAL UND METHODEN	30
Studienaufbau	30
Datenmaterial	30
Zusatzerhebung zur Kontakthäufigkeit mit der Behandlungseinrichtung	31
Stichprobenbeschreibung 2004	32
Fehlerbreite	34
Berechnung und statistische Analysen	35

3	ERGEBNISSE	37
	Darstellung der Arbeit des Behandlungszentrums für Folteropfer Ulm	37
	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Versorgung	
	Extremtraumatisierter im BFU	46
	Zu den Misshandlungsarten sowie den psychischen und körperlichen	
	Beschwerden Extremtraumatisierter	47
	Zusammenfassung der Ergebnisse zu psychischen und körperlichen	
	Beschwerden nach Extremtraumatisierung sowie Zusammenhängen	
	zu Misshandlungsarten	66
4	DISKUSSION	67
	Fragestellungen und Hypothesen	67
	Zur Versorgungssituation traumatisierter Flüchtlinge: Die Tätigkeit des BFU	67
	Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Herkunftsland bzw. Geschlecht	
	und Art der Misshandlung sowie psychischen und körperlichen Beschwerden	73
	Zusammenfassende Beurteilung der Hypothesen 1-8	84
	Probleme	85
	Bedeutung der vorliegenden Ergebnisse	86
	Ausblick für weitere Forschung	87
5	ZUSAMMENFASSUNG	89
6	LITERATURVERZEICHNIS	91

Abkürzungsverzeichnis

AI	Amnesty International
APA	American Psychiatric Association
AsylblG	Asylbewerberleistungsgesetz
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BFU	Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder
EMDR	Eye Movement Desensitization Reprocessing
GAD	General Anxiety Disorder
HumHAG	Gesetz über Maßnahmen für im Rahmen humanitärer Hilfsaktionen aufgenommene Flüchtlinge
ICD	International Classification of Disorders
IRCT	International Rehabilitation Council for torture victims
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
WHO	World Health Organization
MDE	Major Depression Episode

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Entwicklung der jährlichen Asylantragszahlen seit 1995	3
Tabelle 2	PTSD bei Asylbewerbern und Flüchtlingen in Flüchtlingscamps	4
Tabelle 3	Prävalenz von Folter in nationalen Zufallsstichproben	12
Tabelle 4	Prävalenz von Folter von Flüchtlingen in Flüchtlingscamps	13
Tabelle 5	Prävalenz von Folter von Flüchtlingen im Exilland	13
Tabelle 6	Diagnostische Merkmale nach DSM IV und ICD 10	23
Tabelle 7	Zusammensetzung der Studienpopulation	31
Tabelle 8	Zusammensetzung der Stichprobe der Zusatzerhebung	32
Tabelle 9	Summenskalen zur Berechnung des Zusammenhanges zwischen Schweregrad der Traumatisierung und psychischen und körperlichen Beschwerden	33
Tabelle 10	Beschreibung der für die Analysen verwendeten Stichproben	34
Tabelle 11	Fehlerraten in Prozent	35
Tabelle 12	Klientenzahlen des BFU von 1999-2004	37
Tabelle 13	Aufenthaltsrechtliche Situation	41
Tabelle 14	Zugangswege der Klienten an das BFU	42
Tabelle 15	Maßnahmen des BFU	44
Tabelle 16	Kontaktdauer im Beobachtungszeitraum	45
Tabelle 17	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Misshandlungsarten	49
Tabelle 18	Untersuchungspopulation 2004 und Teilstichprobe	50
Tabelle 19	Länderspezifischer Vergleich der Misshandlungsarten	51
Tabelle 20	Häufigkeit psychischer Beschwerden in der Untersuchungspopulation 2004	55
Tabelle 21	Geschlechtsspezifische Häufigkeiten psychischer Störungen in der Untersuchungspopulation 2004	56
Tabelle 22	Somatische Beschwerden und Schmerzen	58
Tabelle 23	Geschlechtsunterschiede hinsichtlich körperlicher Beschwerden	60

Tabelle 24	Zusammenhänge zwischen Anzahl berichteter Misshandlungsarten und Symptomatik	61
Tabelle 25	Zusammenhänge zwischen Misshandlungsart und spezifischen Schmerzen	63
Tabelle 26	Länderspezifische Häufigkeiten psychischer und körperlicher Symptomatik	65
Tabelle 27	Zusammenhänge zwischen Misshandlungsart und Schmerz	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Modell der traumatischen Stressreaktion von Horowitz	21
Abbildung 2	Herkunftsländer der Klienten im Untersuchungszeitraum 1999-2004	38
Abbildung 3	Notwendigkeit von Dolmetschern im Rahmen von Diagnostik und Therapie	40
Abbildung 4	Vermittlung durch Rechtsanwälte, Beratungsstellen, Bekannte/ Verwandte oder auf eigene Initiative	43
Abbildung 5	Anzahl der Klientenkontakte im Jahr 2004	46
Abbildung 6	Misshandlungen und Foltermethoden 2004	48
Abbildung 7	Misshandlungsarten bei Angehörigen aus Bosnien, Kosovo und kurdischen Personen aus der Türkei	52
Abbildung 8	Häufigkeit psychischer Störungen in der Untersuchungspopulation 2004	54
Abbildung 9	Gemeinsames Auftreten von PTSD, Depressiver Episode und angstbezogenen Beschwerden	57
Abbildung 10	Pearson's Korrelationen zwischen Anzahl der Misshandlungsarten und Anzahl berichteter psychischer und körperlicher Symptomatik, sowie Schmerzen	62
Abbildung 11	Asylerstanträge Deutschland 2004: Zugangsstärkste Herkunftsländer	68

1 EINLEITUNG

Zielsetzung der Arbeit

Für schwerwiegende traumatische Ereignisse, wie durch Menschen verursachte Misshandlungen und insbesondere Folter, wurde der Begriff der Extremsituation bzw. der Extremtraumatisierung geprägt. Diese Begriffe gehen auf den Kinderpsychologen und Wissenschaftler Bruno Bettelheim zurück, der damit seine Erfahrungen im Konzentrationslager beschrieb (Bettelheim, 1980). Leider ist der Begriff der Extremtraumatisierung nach wie vor bedeutsam. Im aktuellen Jahresbericht von 2007 resümiert Amnesty International, dass in 102 von den 153 im Jahresbericht aufgeführten Staaten Menschen misshandelt bzw. gefoltert werden (AI, 2007). Es kann davon ausgegangen werden, dass ein beträchtlicher Teil der in Deutschland Asyl Suchenden unter den Folgen ihrer traumatischen Erfahrungen leidet (Silove et al., 1997, Gäbel, 2005, Gerritsen, 2006).

Die mit extremer Traumatisierung verbundene pathologische Reaktion wird typischerweise unter der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ (Dilling et al., 1999: F 43.1, ICD 10, WHO) klassifiziert. Dieses Störungskonzept liegt der aktuellen Traumaforschung und der klinischen Praxis zugrunde. Die Kernsymptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung umfasst Intrusionen bzw. Erinnerungsattacken, Vermeidungsverhalten sowie körperliche Übererregung (ICD 10, WHO 1999). Über die posttraumatischen Belastungssymptome hinaus neigen traumatisierte Flüchtlinge jedoch zu einer Vielzahl weiterer körperlicher und psychischer Beschwerden, insbesondere Schmerzen, Depression, Angst, Sucht, Dissoziation (Thomsen et al., 1997, Mollica et al., 2001, Lindert & Traue, 2003, Flatten, 2004, Quiroga & Jaranson, 2005). Das Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung berücksichtigt allerdings die körperliche Konsequenzen, sowie die kultur- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten extremtraumatischer Erfahrung nur unzureichend.

Deshalb werden in der vorliegenden Arbeit unter Berücksichtigung von geschlechts- und länderspezifischen Besonderheiten Art und Ausmaß der traumatischen Erfahrung, sowie die

damit verbundenen Beschwerden der Klientenpopulation des Behandlungszentrums untersucht.

Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung innerhalb der Strukturen des deutschen Gesundheitssystems ist für traumatisierte Flüchtlinge insofern erschwert, als sie nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (vgl. §4 AsylbLG, 1993) lediglich Anspruch auf Behandlung bei akuten Erkrankungen oder akutem Schmerz haben. Um traumatisierten Flüchtlingen eine angemessene gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten entstanden außerhalb der gesetzlichen Regelversorgung Behandlungszentren für Folteropfer, beispielsweise in Berlin und Ulm. Am Beispiel des Behandlungszentrums für Folteropfer Ulm wird in dieser Arbeit untersucht, inwieweit eine adäquate psychosoziale Versorgung betroffener Flüchtlinge in der Praxis erreicht werden kann. Hierzu werden Art und Umfang der bisher geleisteten Arbeit der Behandlungseinrichtung dokumentiert.

Versorgungssituation von Asylbewerbern in Deutschland

Weltweit wird die Zahl der Flüchtlinge und Asylsuchenden auf über 13,9 Millionen geschätzt (World Refugee Survey, 2007). Ein Flüchtling ist eine Person, die „aus der begründeten Furcht vor der Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will...“ (Genfer Flüchtlingskonvention, 1951). Bis Flüchtlinge einen offiziellen Aufenthalts- bzw. Flüchtlingsstatus haben, gelten sie als Asylbewerber. In Deutschland wurden im Zeitraum von 1995 bis 2006 jährlich zwischen 166.951 und 30.100 Asylanträge gestellt (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), 2006). Die Zahl der Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz belief sich 2005 auf über 211.000 Personen. In der folgenden Tabelle sind die jährlichen Asylantragszahlen von 1995 bis 2006 dargestellt (Tabelle 1).

Tabelle 1. Entwicklung der jährlichen Asylantragszahlen seit 1995.

	Insgesamt	davon Erstanträge	davon Folgeanträge	Empfänger von Regel- leistungen nach dem AsylbG
1995	166.951	127.937	39.014	488.974
1996	149.193	116.367	32.826	489.742
1997	151.700	104.353	47.347	486.643
1998	143.429	98.644	44.785	438.873
1999	138.319	95.113	43.206	435.930
2000	117.648	78.564	39.084	351.642
2001	118.306	88.287	30.019	314.116
2002	91.471	71.127	20.344	278.592
2003	67.848	50.563	17.285	264.240
2004	50.152	35.607	14.545	230.148
2005	42.908	28.914	13.994	211.122
2006	30.100	21.029	9.071	*)

Anzahl Asylbewerber 1995 bis 2006: Entwicklung der jährlichen Asylantragszahlen nach Angaben des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (2006). Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

*) aktuelle Zahl noch nicht verfügbar

Es kann davon ausgegangen werden, dass ein beträchtlicher Anteil der Flüchtlinge und Asylbewerber unter den Folgen erfahrener traumatischer Ereignisse leidet. Pathologische Reaktionen auf traumatische Ereignisse werden mit der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (Dilling et al., 2006) objektiviert. Die Häufigkeit dieses Krankheitsbildes in Flüchtlingspopulationen wird von zahlreichen Studien untersucht. Untersuchungen der vergangenen zehn Jahre an Flüchtlingen in Flüchtlingscamps zeigen, dass zwischen 10-50% dieser Flüchtlinge eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (Mollica, 1999; Favaro et al., 1999, deJong, 2001; Gerritsen, 2006; Roth & Ekblath, 2006). Untersuchungen an Asylbewerberpopulationen zeigen Häufigkeiten der Posttraumatischen Belastungsstörung zwischen 28-42% (Silove et al., 1997, Gäbel, 2006, Gerritsen, 2006, Kozaric-Kovacic et al., 2000). Ergebnisse und Gegenstand der genannten Studien im Einzelnen sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst (Tabelle 2).

Tabelle 2. PTSD bei Asylbewerbern und Flüchtlingen in Flüchtlingscamps.

Autor & Jahr	Land	Studienpopulation	Untersuchungsmethode	PTSD ¹⁾ Prävalenzrate
Silove 1997	Australien	N=40 Asylbewerber aus 21 Ländern (Asien, Lateinamerika, Mittlerer Osten, Europa, Afrika)	HSCL-25 HTQ CIDI-PTSD	37%
Favaro et al. 1999	Italien	40 Flüchtlinge aus Bosnien, Kroatien, Serbien und Albanien in einem Flüchtlingscamp in Italien	SKID H-SCL	50%
Mollica 1999	Kroatien	534 bosnische Flüchtlinge	HTQ DSM-IV	26,3%
Kozaric-Kovacic et al. 2000	Kroatien	368 kroatische Flüchtlinge	SKID DSM-III-R	42%
deJong 2001	Kambodscha Äthiopien Gaza	N=610 Inlandsflüchtlinge teilweise von der thailändischen Grenze N=1200 Flüchtlinge aus Eritrea N=585 Flüchtlinge aus dem Gaza-Gebiet	CIDI-PTSD	28,4% 15,8% 17,8%
Roth et al. 2006	Schweden	N=402 kosovarische Flüchtlinge	HTQ SKID	37%
Gerritsen 2006	Niederlande	N=178 Flüchtlinge und N= 232 Asylbewerber aus Afghanistan, Iran, Somalia	HTQ	10,6% bei Flüchtlingen 28,1% bei Asylbewerbern
Gäbel 2006	Deutschland	N=40 Asylbewerber	PDS CIDI-PTSD	40%

¹⁾Posttraumatic Stress Disorder

Unter Berücksichtigung der aktuellen deutschen Asylbewerberzahlen von 2005 (siehe Tabelle 1, S. 3) kann entsprechend abgeschätzt werden, dass etwa zwischen 59.000 und 84.000 der in Deutschland Asyl Suchenden klinisch relevante posttraumatische Symptome aufweisen und einer entsprechenden gesundheitlichen Versorgung bedürfen. Über die Posttraumatische Belastungsstörung hinaus leiden traumatisierte Flüchtlinge häufig unter weiteren langfristigen körperlichen und psychischen Konsequenzen (Mollica et al., 1997, Thomsen et al., 1997, Quiroga & Jaranson, 2005). Andauernde psychosoziale Belastungen, wie zum Beispiel fehlende Arbeitserlaubnis, Trennung von der Familie und unsichere Dauer des Aufenthaltes behindern eine Erholung von den Folgen der traumatischen Erfahrung und fördern eine Chronifizierung des Krankheitsgeschehens. Die medizinische Versorgung von Asylbewerbern ist

laut § 4 des AsylbLG (1993) allerdings auf die Behandlung von „akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen“ begrenzt. Die Behandlung chronischer Krankheiten ist hier nicht inbegriffen. Die Behandlung langfristiger körperlicher und psychischer Folgen der Traumatisierung ist im Rahmen von § 6 AsylbLG (1993) nur insoweit geregelt, als sie im Einzelfall zur „Sicherung des Lebensunterhaltes und der Gesundheit“ unerlässlich ist. Einer großen Zahl von Asylbewerbern mit oft chronischen schweren und multiplen posttraumatischen Störungen ist durch diese gesetzlichen Rahmenbedingungen der Zugang zur Regelversorgung des deutschen Gesundheitssystems erschwert (Gurris, 2005). Zudem stellen unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache, sowie Unkenntnis über posttraumatische Symptome und Behandlungsmöglichkeiten weitere Zugangsbarrieren dar. Um diese Versorgungslücke traumatisierter Asylbewerber zu schließen, wurden in der Vergangenheit psychotraumatologisch spezialisierte Behandlungseinrichtungen gegründet, unter anderem 1995 in Ulm.

Das Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm

Das Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm wurde auf Initiative von Amnesty International (Arbeitsgruppe Ulm) im Januar 1995 unter Trägerschaft des Reha-Vereins (Reha-Verein zum Aufbau sozialer Psychiatrie in Württemberg e.V.) gegründet. Von Anfang an bestand eine enge Kooperation mit der Universität Ulm, insbesondere Herrn Prof. Traue, als wissenschaftlichem Berater. 1997 wurde eine Außenstelle in Karlsruhe gegründet, die 2005 aufgrund der schwierigen finanziellen Lage des Zentrums wieder geschlossen wurde. Eine weitere Außenstelle wurde 1998 in Ludwigsburg eröffnet.

Ziel des BFU ist es, Folteropfern ärztliche, therapeutische und soziale Hilfe zukommen zu lassen. Die Komplexität kurz- und langfristiger Traumafolgen, die soziale Situation ausländischer Menschen in Deutschland, die Interaktion zwischen beidem sowie kulturelle Diversitäten erfordern ein flexibles Behandlungskonzept. Hilfsangebote des BFU umfassen neben psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Angeboten auch Beratung, Sozialbegleitung, Integrationsarbeit und Familienzusammenführung. Angehörige verschiedener Professionen sind an der Behandlung der Folteropfer beteiligt: Diplom-Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte und Psychiater, ein Soziologe, eine Juristin, je eine Ge-

stalttherapeutin und ein Kunsttherapeut, eine Vielzahl qualifizierter Dolmetscher sowie ehrenamtliche Sozialbegleiter. Klienten werden unabhängig von ihrer politischen, weltanschaulichen oder religiösen Überzeugungen oder ihrer ethnischen Zugehörigkeit aufgenommen. Die erste Kontaktaufnahme erfolgt zumeist telefonisch. Beim telefonischen Erstkontakt werden bereits die wichtigsten persönlichen Daten, insbesondere auch zur Muttersprache aufgenommen, um einen entsprechenden Dolmetscher ausfindig zu machen. Ein kurzer Fragebogen wird dem Betroffenen zugesandt, auf dem die wichtigsten persönlichen Daten abgefragt werden. Bei Wiedereingang des Fragebogens im BFU werden zunächst Kosten- und Genehmigungsfragen geklärt und baldmöglichst ein erster Termin vereinbart. In Erstgesprächen werden gegenseitige Erwartungen und Möglichkeiten geklärt und die körperlichen und psychischen Beschwerden des Klienten erhoben. Ein Schwerpunkt der diagnostischen Sitzungen liegt in der vorsichtigen Erarbeitung bzw. Annäherung an die traumatische(n) Erfahrung(en) des Betroffenen, sowie deren Einordnung in seine Biographie. Dies erfordert viel Fingerspitzengefühl, um eine Retraumatisierung durch die Gesprächstechnik zu vermeiden. Ziel der diagnostischen Gespräche ist die Abschätzung der Therapiebedürftigkeit. Seit Mitte 2005 wird die Diagnostik systematisch durch den Einsatz standardisierter Fragebögen unterstützt. Zuvor wurden psychische Diagnosen und Beschwerden aufgrund der Expertise des Diagnostikers im Rahmen des klinischen Gespräches erhoben und Fragebögen bei Bedarf eingesetzt. Im klinischen Prozess werden für jeden Klienten Daten zur Soziodemographie, zur Foltererfahrung und behandlungsspezifische Informationen erhoben. Diese Daten wurden nach Abschluss der Diagnostik auf einem Datenerfassungsblatt für die Statistik dokumentiert. Ist Therapiebedürftigkeit und die Indikation für eine Traumatherapie gegeben, folgt die Phase der Therapieplanung. Ein Kostenträger für die therapeutische Behandlung – zumeist die zuständigen Sozialämter im Erstattungsverfahren- muss gewonnen werden. Dazu ist eine ausführliche schriftliche Begründung der Therapiebedürftigkeit durch das BFU an das Gesundheitsamt erforderlich. Gesetzliche Krankenkassen übernehmen die im BFU durchgeführten Therapien nur in Einzelfällen. Kann auf diesem Weg keine Kostenzusage erreicht werden, wird versucht, Stiftungen oder Menschenrechtsorganisationen, wie Amnesty International für die Übernahme der Behandlungskosten zu gewinnen. Jede Kostenübernahme, die neben der therapeutischen Behandlung auch die Kosten für den Dolmetscher und die

Reisekosten umfasst, stellt eine Einzelfallentscheidung dar und erfordert entsprechend erheblichen bürokratischen Aufwand durch das BFU. In Teamsitzungen wird ein geeigneter Therapeut mit der Durchführung der Therapie betraut und ein individuelles Behandlungskonzept erstellt. In der therapeutischen Behandlung werden eklektisch traumaadaptierte psychotherapeutische Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie, der Gestalt- und Kunsttherapie sowie EMDR eingesetzt. Eine traumatherapeutische Behandlung umfasst im Idealfall die Phasen Beziehungsaufbau, Stabilisierung und Ressourcenaktivierung, Traumakonfrontation und Integration der traumatischen Erfahrung (Reddemann, 2004). Darüber hinaus versorgt das BFU seit etwa 2005 zunehmend Akuttraumatisierte und bietet psychologische Soforthilfe in und nach Krisensituationen. Regelmäßige Supervision und Intervision der Therapeuten dient der Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit sowie der Psychohygiene der Traumatherapeuten, die in besonderem Maße durch sekundäre Traumatisierung oder Burn-Out gefährdet sind (Gurris, 2005).

Fragestellungen

Nach über zehnjähriger Tätigkeit des Behandlungszentrums soll nun systematisch die bislang behandelte Klientel, ihre Zugangswege, sowie die Bandbreite der (Behandlungs-) Maßnahmen dargestellt werden.

Folgende Fragestellungen werden bearbeitet:

1. Wie viele Männer und Frauen wurden im Zeitraum von 1999 bis 2004 behandelt?
2. Aus welchen Flüchtlingsländern stammen die Klienten?
3. In welchem Umfang war der Einsatz von Dolmetschern nötig?
4. Wie ist der aufenthaltsrechtliche Status der Klienten?
5. Durch wen wurden die Klienten an die Behandlungseinrichtung vermittelt?
6. Welche psychotherapeutischen, sozialen und medizinischen Hilfen wurden in welchem Umfang eingeleitet?
7. Über welchen Zeitraum bleiben Klienten in die Behandlungseinrichtung eingebunden?

Psychische und somatische Beschwerden nach Extremtraumatisierung

In diesem Kapitel werden zunächst der Traumbegriff als auch der davon abzugrenzende Begriff der Extremtraumatisierung näher bestimmt. Anschließend wird Folter als spezielle Form extremer Traumatisierung fokussiert.

(Extrem-) Traumatisierung und Folter

Begriffsbestimmung Trauma

Als Traumen werden Ereignisse mit realer oder potentieller Todesbedrohung für die Person selbst oder beobachtete Andere, welche mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken verbunden sind, definiert (American Psychiatric Association (APA), 1994: Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM). Nach dieser Definition können Naturkatastrophen, technische Katastrophen oder schwere Unfälle, aber auch Formen körperlicher Gewalt, die von Menschen an Menschen verursacht wird, als Traumen klassifiziert werden (Maercker, 2003). Kampfhandlungen oder das Leben in einem Kriegsgebiet werden in der Definition traumatischer Ereignisse in der ICD-10 (Forschungskriterien) explizit berücksichtigt (Dilling et al., 2006). Aber auch alltäglichere Stressoren, wie schwere Krankheit oder der Verlust nahe stehender Personen können als Traumen bezeichnet werden, sofern sie plötzlich und unerwartet auftreten (Breslau, 2002) oder auf subjektiver Ebene – gefiltert durch kognitive, mnestiche und emotionale Prozesse – als Bedrohung wahrgenommen werden (Friedman & Jaranson, 1994).

Prävalenz traumatischer Ereignisse

In einer Studie an 5877 Teilnehmern des National Comorbidity Survey (United States) berichteten 60,7 Prozent der Männer und 51,2 Prozent der Frauen mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben (Kessler et al., 1995). In Deutschland scheint die Exposition bezüglich traumatischer Ereignisse niedriger zu sein. 25,5 Prozent der Männer und 17,7 Prozent der Frauen berichten mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben (Perkonig et al., 2000). Allerdings werden Prävalenzschätzungen für die Exposition traumatischer

Ereignisse a) von der Definition der Stressorkriterien (Trauma) und b) vom Alter der Studienteilnehmer beeinflusst. Zu a): Während ältere Studien unter Anwendung des DSM-III-R zu Prävalenzschätzungen zwischen 40 und 60 Prozent kommen, erhöht die Anwendung der erweiterten Definition des Stressorkriteriums des DSM-IV die Schätzungen für die Exposition traumatischer Ereignisse. In einer Studie führte die Revision von DSM-III-R zu DSM IV zu einer Erhöhung der Lebenszeitprävalenz von 68 Prozent auf nahezu 90 Prozent (Breslau & Kessler, 2001). Zu b): Die unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich zumindest teilweise durch die Tatsache erklären, dass die amerikanischen Studienteilnehmer zwischen 15 und 54 Jahren alt und die deutschen Probanden zwischen 14 und 24 Jahren alt waren.

Geschlechtsspezifika

Für spezielle traumatische Ereignisse zeigen sich Geschlechtsunterschiede insofern, als Männer häufiger Zeuge der Verletzung oder des Todes Anderer werden (35,6% vs. 14,5%) und häufiger in Naturkatastrophen (18,9% vs. 15,2%) sowie lebensbedrohliche Unfälle (25% vs. 13,8%) verwickelt werden als Frauen. Außerdem berichten Männer häufiger traumatische Erfahrungen, wie körperliche Gewaltattacken, Kampfhandlungen, Waffenbedrohung, Gefangenschaft und Entführung als Frauen. Frauen berichten im Vergleich zu Männern signifikant häufiger Vergewaltigung, sexuelle Belästigung, Vernachlässigung in der Kindheit und Kindesmissbrauch (Kessler et al., 1995).

Entsprechend übereinstimmender Studienergebnisse sind Männer insgesamt häufiger traumatischen Ereignissen ausgesetzt als Frauen (Kessler et al., 1995, Stein et al., 1997, Breslau, 2002, Rosner et al., 2003).

Extremtrauma

Für schwerwiegende traumatische Ereignisse, die hinsichtlich der Art, wie sie sich ereignen, ihrer kurz- und langfristigen Folgen, sowie ihrer gesellschaftlichen Implikationen, spezifisch sind, wurde der Begriff der Extremsituation geprägt. Diesen Begriff verwendete erstmals Bettelheim, um seine Erfahrungen während des Aufenthaltes im Konzentrationslager zu beschreiben:

„Wir befinden uns dann in einer Extremsituation, wenn wir in eine Lage hineinkatapultiert werden, in der unsere alten Anpassungsmechanismen und Wertvorstellungen nicht mehr helfen, ja wo sogar einige von ihnen unser Leben gefährden, anstatt es wie früher zu schützen. In dieser Situation werden wir sozusagen unseres ganzen Abwehrsystems beraubt, und wir werden soweit zurückgeworfen, dass wir –der Situation gemäß – neue Einstellungen, Lebensweisen und Wertvorstellungen entwickeln müssen.“ (Bettelheim, 1980, S. 20)

Als Extremtrauma gilt demnach ein Ereignis, dem ein Mensch machtlos und ohnmächtig ausgeliefert ist, welches unausweichlich ist, dessen Dauer ungewiss ist und das bis zum Tode andauern könnte, währenddessen das Überleben permanent bedroht ist und dem Menschen keine eigenen Mittel zur Verfügung stehen, sein Leben zu schützen und die Bedrohung abzuwehren (Bettelheim, 1980). Im Rahmen einer etwas erweiterten Sichtweise schließt der *Prozess* der Extremtraumatisierung die Unfähigkeit der Gesellschaft, adäquat darauf zu antworten, mit ein (Becker, 2006). Folter kann unter diesen Aspekten als spezifische Form extremer Traumatisierung betrachtet werden.

Folter

Die vollständige Kontrolle des Täters über das Opfer und die damit verbundene totale Abhängigkeit und Hilflosigkeit des Betroffenen stellt den wesentlichen Unterschied zwischen Folter und anderen Formen der Traumatisierung dar (Vesti & Kastrup, 1995). Dieser Abschnitt fokussiert auf spezielle Traumatisierung durch Folter. Zunächst wird eine Begriffsbestimmung vorgenommen und anschließend werden die Häufigkeit des Vorkommens von Folter, sowie regionale und geschlechtsspezifische Unterschiede betrachtet.

Begriffsbestimmung Folter

Es existieren verschiedene Definitionen von Folter, die jeweils unterschiedliche Aspekte betonen. So sollte die erste Folterdefinition von Amnesty International (AI) vor allem größtmöglichen Schutz vor körperlicher und sexueller Misshandlung bezwecken und ist entsprechend allgemein gehalten (AI, 1973).

Folter ist die systematische und beabsichtigte Zufügung von akutem Schmerz an eine Person durch eine andere Person, oder an eine dritte Person mit dem Zweck die Absicht des Ersteren gegen den Willen des Letzteren zu erfüllen. (Amnesty International, 1973).

In der Definition der Vereinten Nationen von 1984 wird besonders der Aspekt der Staatlichkeit von Folter betont. Gewaltanwendungen durch nichtstaatliche Gruppen werden ausgeschlossen. Es wird zusätzlich eine Abstufung eingeführt, die nur die Zufügung „schwerer“ Schmerzen oder Leiden als Folter anerkennt. Insofern liegt hier eine Einschränkung im Vergleich zur früheren Definition von AI (1973) vor.

Diese Definition wurde 1986 von einer Arbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation durch die Einführung des Konzeptes der organisierten Gewalt erweitert. Demnach wird auch die zwischenmenschliche Zufügung signifikanter, vermeidbarer Schmerzen und Leiden durch eine organisierte Gruppe, die übereinstimmt hinsichtlich ihrer erklärten oder vermuteten (angedeuteten) Strategie und/ oder eines Systems von Ideen oder Einstellungen als Folter bezeichnet (Geuns, 1987).

Folter ist demnach die

1. vorsätzliche
2. schwere
3. Zufügung von physischem oder seelischen Schmerz oder Leid an eine Person durch
4. eine oder mehrere andere Personen, die in amtlicher Eigenschaft oder im Rahmen einer organisierten Gruppe handeln.

Die der physischen Misshandlung vorangehenden Drohungen, Entwürdigungen, Beleidigungen oder die erzwungene Anwesenheit Betroffener bei der Folterung oder Bedrohung Anderer gelten dementsprechend ebenfalls als Folter (Gurris, 2005). Folter richtet sich nicht nur gegen Individuen, sondern insbesondere gegen religiöse und ethnische Minderheiten (Moisander & Edston, 2003), um komplexe traumatisierte Gemeinschaften zu erzeugen (Gurris, 2005).

Das Ziel der Folter besteht in der Schädigung bzw. Zerstörung der sozialen, kulturellen und politischen Integrität des Individuums, in der Abschreckung und Einschüchterung politisch

aktiver Einzelpersonen und Gruppen, Gewerkschaftsführern, Poeten, sowie deren Angehörigen und Freunden, aber auch einfacher Bauern oder Handwerker aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit (Traue et al., 1997). Folter dient der Schwächung der politischen Opposition, ist die Demonstration der Macht des herrschenden Regimes und dient der Sicherung desselben.

Häufigkeit von Folter

Aussagen über die Häufigkeit von Folter sind nur eingeschränkt möglich. Sowohl von Seiten der Täter als auch der Regierungen besteht ein Widerwille, zuzugeben, dass Folter eingesetzt und toleriert wird. Aber auch Überlebende tendieren dazu, ihre Foltererfahrungen zu verschleiern (Jaranson, 1995).

Die folgenden Ergebnisse zu Angaben über die Häufigkeit von Folter stammen aus einer umfassenden Überblicksarbeit (Quiroga & Jaranson, 2005), ergänzt durch eine aktuelle Studie (Crosby et al., 2006).

Nationale Zufallsstichproben verschiedener Länder zeigen, dass zwischen 8 und 39 Prozent der im Heimatland Befragten Folter berichten (Tabelle 3).

Tabelle 3. Prävalenz von Folter in nationalen Zufallsstichproben ¹⁾

Algerien	8%	de Jong et al., 2001
Kambodgia	9%	
Gaza (Palästina)	15%	
Äthiopien	26%	Modvig et al., 2000
Osttimor (Indonesien)	39%	

¹⁾zusammengestellt nach Quiroga & Jaranson, 2005

Der Anteil von Folteropfern in diversen Flüchtlingspopulationen liegt zwischen 2,7 und 16 Prozent (Tabelle 4).

Tabelle 4. Prävalenz von Folter von Flüchtlingen in Flüchtlingscamps ¹⁾

Buthanesen in Flüchtlingscamp in Südnepal	2,7%	Shresta et al., 1998
Kosovaren in Flüchtlingscamps in Mazedonien und Albanien	3%	Iacopino et al., 2001
Senegalesen in Flüchtlingscamps in Gambia	16%	Tang & Fox, 2001

¹⁾zusammengestellt nach Quiroga & Jaranson, 2005

Zwischen 6 und 51 Prozent der nach Europa oder den USA ausgewanderten Flüchtlinge berichten Foltererlebnisse.

Tabelle 5. Prävalenz von Folter von Flüchtlingen im Exilland ¹⁾

Flüchtlinge in Norwegen	6%	Lie, 2002
Flüchtlinge aus Somali und Oromo in Minnesota	36%	Jaranson et al., 2004
Flüchtlinge in Schweden	51 %	Ekblad et al., 2002

¹⁾zusammengestellt nach Quiroga & Jaranson, 2005

Aussagen über tatsächliche Prävalenzraten von Folter sind kaum möglich. Aus oben bereits genannten Gründen ist von einer großen Dunkelziffer und einer erheblichen Unterschätzung der tatsächlichen Rate auszugehen. Generell variieren die Prävalenzangaben für Folter unter Flüchtlingen in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der Stichprobe hinsichtlich Alter, Geschlecht, politischer Aktivität des Einzelnen in der Vergangenheit, dem Ausmaß kollektiver Gewalt im Herkunftsland (Quiroga & Jaranson, 2005), sowie der Selektivität der Stichprobe (Flüchtlingspopulation, Patienten in einer Allgemein- oder Spezialklinik). Der Anteil Folterüberlebender, die in Allgemeinkrankenhäusern um Hilfe ersuchen ist gering, da neben der Entwicklung behandlungsbedürftiger Symptome gewisse Sprach- und soziale Fähigkeiten vorhanden sein müssen, um Zugang zu adäquater Behandlung zu bekommen. In einer Studie wurden 25 Prozent der potentiellen Teilnehmer ausgeschlossen, weil kein Übersetzer gefunden werden konnte (Crosby, 2006). Darüber hinaus

bestimmt die zugrunde gelegte Definition von Folter ob eine Person als Folterüberlebende(r) klassifiziert wird oder nicht und beeinflusst so die Prävalenzschätzungen.

Laut Amnesty International werden aktuell in 102 Staaten, der 153 im Jahresbericht aufgeführten Länder, Menschen misshandelt oder gefoltert (AI, 2007). Es wird geschätzt, dass zwischen 5 bis 35 Prozent aller Flüchtlinge Folterüberlebende sind (Vesti & Kastrup, 1995, Baker, 1992).

Foltermethoden

Folterüberlebende berichten eine Vielzahl verschiedener Misshandlungen körperlicher, psychischer und sexueller Art. Die am häufigsten berichteten körperlichen Misshandlungsarten sind Schläge, Elektrofolter, Überdehnen, Untertauchen, Ersticken, Verbrennungen, Aufhängen, Schnitte und sexuelle Übergriffe (Gurr & Quiroga, 2001). Psychologische Foltermethoden umfassen durch Nahrungs-, Wasser- und Schlafdeprivation induzierte Schwäche und Erschöpfung, Isolation einerseits vom sozialen Umfeld, andererseits durch Verbinden der Augen oder Unterbringung in Einzelhaft, Fokussieren der Wahrnehmung durch eingeschränkte Bewegungsfreiheit, laute, kreischende oder hohe Töne und Geräusche, Dunkelheit oder helles Licht, Bedrohung mit dem Tode bis zur Scheinhinrichtung, Drohungen bezüglich Angehöriger, erzwungene Zeugenschaft der Folter Anderer (Gurr & Quiroga, 2001). Sexuelle Misshandlung umfasst sexuelle Demütigungen, wie erzwungenes Nacktsein, Beschimpfungen bezüglich der Sexualorgane, direkte traumatische Einwirkung auf die Genitale, wie Schläge, Stichwunden, Verbrennungen, Aufhängen und Vergewaltigung (Moreno & Grodin, 2002). Foltermethoden können in körperliche, psychologische und sexuelle Formen der Misshandlung unterteilt werden, sind in der Realität jedoch meist miteinander verwoben (Moreno & Grodin, 2002).

Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Männer werden häufiger Deprivation (Essen, Schlaf, Wasser, Komfort, Kommunikation) und körperlichen Misshandlungsarten ausgesetzt. Frauen sind häufiger Opfer sexueller Folter als Männer (Allodi & Stiasny, 1990, Gurr & Quiroga, 2001, Moisaner & Edston, 2003, Gurr & Wenk-Ansohn, 2003, Hooberman, 2007). Sexuelle Folter von Frauen stellt

ein politisch motiviertes Verbrechen mit dem Ziel Frauen zu beschädigen dar. Männer sind insofern mit betroffen, als die Beschützerfunktion männlicher Familienmitglieder dadurch demontiert wird (Birk, 2002). Geschlechtsspezifische bzw. sexuelle Folter hat viele Gesichter. Sie umfasst ein breites Spektrum sexueller Handlungen, sexueller Bedrohung, das Zufügen von Schmerzen an den Genitalien und Vergewaltigung (Arcel, 2002, Birk, 2002). Vergewaltigung kann definiert werden als:

„Forcible penetration or near-penetration (vaginal, rectal, oral) of a woman’s body openings by body parts of, or any instruments used by, a person in an official capacity during armed conflict or during peace, with the purpose of manifesting aggression and causing physical and psychological damage. Rape includes cases where a woman is coerced by State officials to exchange sexual favours for certain entitlements for her self or her family (food, necessary papers, health services, access to her imprisoned family members) or is coerced into sexual intercourse because she fears for her safety.” (Arcel, 2002, S.7)

Sexuelle Folter umfasst darüber hinaus die erzwungene Teilhabe an sexuellen Beziehungen mit Anderen, beispielsweise Familienmitgliedern, anderen Gefangenen, auch Tieren, erzwungene Zeugenschaft von Vergewaltigungen Anderer, erzwungene Masturbation, sowie beispielsweise mechanische Stimulation, Zusammenbinden oder Aufhängen der Brüste, genitale Verstümmelung, (Selbst oder Andere), außerdem eine allgemeine Atmosphäre sexueller Aggression aufgrund sexueller Belästigung, Ausziehen, abwertender Bemerkungen, sexueller Bedrohung und Belästigung ohne Penetration (Arcel, 2002). Häufig ist sexuelle Gewalt kombiniert mit anderen Formen körperlicher Folter, wie Schlägen oder Tritten.

Die bisherige Studienlage zeigt konsistent geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Art der erfahrenen Misshandlungen (Kessler et al. 1995, Stein et al., 1997, Breslau, 2002, Rosner et al., 2003). Allerdings untersuchten bislang nur wenige empirische Studien Foltermethoden unter geschlechtsspezifischem Gesichtspunkt (Allodi & Stiasny, 1990, Hooberman, 2007), teilweise mit geringer Stichprobengröße (Allodi & Stiasny, 1990).

In dieser Arbeit sollen nun geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich erfahrener Foltermethoden an einer größeren Gruppe extremtraumatisierter Männer und Frauen unter-

sucht werden. Es wird angenommen, dass sich in dieser Gruppe Extremtraumatisierter geschlechtsspezifische Formen der Misshandlung dokumentieren lassen.

Länderspezifische Besonderheiten

Nahezu alle Folterüberlebenden berichten Schläge in irgendeiner Form (Goldfield et al, 1988, Rasmussen, 1990, Moisaner & Edston, 2003). Drohungen, Elektrofolter und Scheinhinrichtung gehören zu den weltweit häufigsten Foltermethoden (Gurr & Quiroga, 2001). Darüber hinaus sind Angaben zur Häufigkeit von Foltermethoden abhängig von der regionalen Zusammensetzung der untersuchten Stichprobe. Länderspezifische Foltermethoden werden u.a. für die Türkei (Elektroschocks, Schläge auf die Fußsohlen (Falanga), Verbrennungen mit Zigaretten, lang anhaltendes Aufgehängt sein an Händen oder Füßen, Schläge auf alle Körperteile, einschließlich Geschlechtsorgane), Kamerun (routinemäßiges Schlagen von Häftlingen, in seltenen Fällen Elektroschocks, Nahrungsentzug, Falanga, In Ketten gelegt, mit Exkrementen beworfen), Jugoslawien, bezogen auf Kosovo (Erpressen von Geständnissen, eher psychischer Druck, aber auch Nahrungsentzug, Schläge) berichtet (AI, 1985). Die Zusammenstellung erfolgte hier auf der Basis von Einzelfallberichten. Nur wenige Studien untersuchten den Zusammenhang zwischen Foltermethoden und Land empirisch. Moisaner und Edston (2003) verglichen anhand einer Stichprobe von 160 Patienten aus Bangladesch, Iran, Syrien, Peru, Uganda und der Türkei die Häufigkeiten berichteter Misshandlungsarten. Misshandlungen durch stumpfe Gewalteinwirkung wurden übereinstimmend aus allen sechs Ländern am häufigsten berichtet. Falanga wird von Betroffenen aus Bangladesch, Iran, Syrien und der Türkei berichtet. Drei Foltermethoden scheinen spezifisch zu sein: die so genannte Wasserbehandlung, d.h. das Einflößen heißen oder verschmutzten Wassers durch die Nase berichteten 59 Prozent der Bangladesi und den „Roller“ (Rollen mit einem dicken Holz über die Vorderseite der Beine) berichteten 9 Prozent der Bangladesi. Telefono (gleichzeitiges Schlagen mit den Händen auf beide Ohren) wird ausschließlich für Peru berichtet (19 Prozent der Peruaner). Sexuelle Folter der Genitalien in Form von Schlägen, Verbrennungen, Quetschungen, Anhängen von Ziegeln an den Penis wird am häufigsten aus Bangladesch und der Türkei berichtet (Moisaner und Edston, 2003). Hooberman et al. (2007) untersuchten regionale Besonderheiten von Foltermetho-

den faktoranalytisch an einer Stichprobe von 325 Klienten eines Behandlungszentrums für Folterüberlebende. Die Studienteilnehmer stammten aus Afrika, Asien, Süd-/Zentralamerika und Europa. Die berichteten Foltermethoden ließen sich zu fünf Faktoren zusammenfassen: Zeuge der Folter Anderer, Folter von Familienangehörigen, körperliche Züchtigung, Vergewaltigung und sexuelle Folter, Deprivation oder passive Folter. Es zeigte sich dass Afrikaner in dem Faktor ‚Zeuge der Folter Anderer‘ signifikant überrepräsentiert sind. Die empirischen Ergebnisse weisen daraufhin, dass nationalitätenspezifische Bevorzugungen hinsichtlich bestimmter Foltermethoden existieren. Die klinische Erfahrung in der Arbeit mit Folterüberlebenden stützt diese Annahme. In der vorliegenden Arbeit soll die Hypothese länderspezifischer Foltermethoden überprüft werden.

Folgen von traumatischen Ereignissen

Peritraumatische Stressreaktion

Extreme Traumata stellen Stressoren dar, die insbesondere durch ihre Unausweichlichkeit, Unkontrollierbarkeit und Unvorhersehbarkeit (s.o.) gekennzeichnet sind. Das Ereignis der Folter ist eine Erfahrung von völliger Hilflosigkeit und Kontrollverlust. Weder Flucht noch Kampf stellen Verhaltensalternativen in dieser Situation dar. Oft ist Folter auch ein anhaltendes, sich wiederholendes Ereignis, dessen Ende nicht absehbar ist.

Bereits während der traumatischen Situation setzt eine Stressreaktion ein. Auf neurobiologischer Ebene wird die Ausschüttung von Stresshormonen (Katecholamine, Kortikoide / Cortisol, Opiate) aktiviert (Bering et al. 2005). Damit sind die typischen körperlichen Stressreaktionen, wie beispielsweise erhöhte Herz- und Atemfrequenz, erhöhter Blutdruck, erhöhte Muskelspannung, Schwitzen sowie eine zunächst erhöhte Schmerztoleranz verbunden (Selye, 1980).

Akute Belastungsreaktion

Exponierte Personen können im Anschluss oder auch bei anhaltender Belastungssituation ein breites Spektrum körperlicher Stressreaktionen, Angst, Unruhezustände, dissoziative

und intrusive Symptome, Überaktivität, Rückzug, eingeschränkte Aufmerksamkeit, Bewusstseinsengung, Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, Desorientiertheit, Verzweiflung, Depression oder Ärger entwickeln. Die Symptome sind gemischt und wechselnd im Verlauf. Als akute Belastungsstörung bzw. akute Stressreaktion hat das Konzept Eingang in die Diagnosesysteme ICD 10 und DSM IV gefunden und erlaubt eine entsprechende Diagnose, insofern die Symptome klinische Signifikanz erreichen. Langfristig können sich die Symptome in einer PTSD manifestieren (z.B. Flatten, 2004). Aber auch eine ausgeprägte akute Symptomatik kann sich im Sinne einer zunächst normalen Reaktion auf traumatische Ereignisse zurückbilden (Schnurr et al., 2002). Ob eine traumatisierende Erfahrung zu einer pathogenen Entwicklung führt, wird von einer Reihe von Risikofaktoren beeinflusst.

Risikofaktoren für die Entwicklung pathologischer Reaktionen

Zwei Meta-Analysen überprüften den Einfluss verschiedener Risikofaktoren auf die Herausbildung einer PTSD statistisch (Brewin et al., 2000, Ozer et al., 2003). Als Risikofaktoren für die Herausbildung einer posttraumatischen Störung gelten demnach vorbestehende psychiatrische Krankheiten, z.B. Sucht, Lebensstress vor dem Trauma, ein hoher Grad an Introversion und Neurotizismus, fehlendes Selbstvertrauen in der Kindheit, Verhaltensstörungen, Leistungsschwächen in Kindheit und Jugend, frühes sexuelles und anderes Kindheitstrauma, sowie weibliches Geschlecht. Aber auch Eigenschaften des traumatischen Ereignisses selbst erhöhen das Risiko einer posttraumatischen Störung: Schwere und Dauer der Traumaexposition, fehlende Antizipation und Kontrolle während des traumatischen Ereignisses, psychologische und körperliche Verletzung, von Menschen verursachtes Trauma mit dem primären Ziel der Demütigung, sowie zusätzliche traumatische Ereignisse (sequentielles oder kumulatives Trauma) und Tendenz zur Dissoziation. Unangemessenes oder fehlendes Debriefing nach dem traumatischen Ereignis, zusätzliche Stressoren nach dem Trauma, eine Umwelt ohne die Möglichkeit zur Erholung (unsichere soziale Situation, nicht ausreichende soziale Unterstützung) erhöhen nach dem Trauma das Risiko einer posttraumatischen Störung. In den Meta-Analysen erwiesen sich nicht prä-traumatische Charakteristika, sondern peri- und posttraumatische Aspekte (Traumaschwere, peritraumatische Dissoziation, fehlende soziale Unterstützung nach dem Trauma, zusätzlicher Le-

bensstress) als stärkste Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Ozer et al., 2003, Brewin et al., 2000).

Schwere Misshandlung und Folter sind traumatische Ereignisse, die diese Risiko erhöhenden Eigenschaften aufweisen: fehlende Antizipation und Kontrolle während des traumatischen Ereignisses, psychologische und körperliche Verletzung, von Menschen verursachtes Trauma mit dem primären Ziel der Demütigung. Oftmals finden Misshandlungen wiederholt und über einen längeren Zeitraum statt. Extremtraumatisierte Asylbewerber sind zusätzlich oftmals einer unsicheren wirtschaftlichen und sozialen Situation ausgesetzt (z.B. unsicherer Asylstatus, abwesende Familienangehörige, fehlende soziale Unterstützung). Extremtraumatisierte Asylbewerber scheinen insofern besonders gefährdet zu sein, eine posttraumatische Störung zu entwickeln.

Epidemiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Für die Häufigkeit der PTSD in der Allgemeinbevölkerung wird in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine Lebenszeitprävalenz von 2 bis 7 Prozent angegeben (Flatten, 2004). Zwei deutsche Studien an repräsentativen Bevölkerungsstichproben ermitteln Lebenszeitprävalenzen von 1,3 Prozent (Perkonig et al., 2000) bzw. 2,3 Prozent (Märker et al., 2008) auf der Basis des DSM IV. Auf gleichem Niveau zwischen 1 bis 3 Prozent wird die Lebenszeitprävalenz in einem Überblicksartikel von Girolamo & McFarlane (1996) angegeben. Eine amerikanische Studie auf der Basis des NCS findet eine Lebenszeitprävalenz von 7,8 Prozent (Kessler et al., 1995). Es ist zu erwarten, dass Lebenszeitprävalenzen in Gebieten mit häufigeren Naturkatastrophen oder politischen Gewaltereignissen höher sind. Rosner & Powell (2007) ermittelten anhand einer Zufallstichprobe der Bewohner von Sarajewo (wobei als Einschlusskriterium das Leben im Kanton Sarajewo während des Krieges von 1992 bis 1995 galt) eine Lebenszeitprävalenz von 19 Prozent (basierend auf DSM IV). Prävalenzzahlen hängen von der Häufigkeit traumatischer Ereignisse im untersuchten Gebiet ab.

Doch nicht nur die Häufigkeit, auch die Art des Ereignisses scheint die Wahrscheinlichkeit, in der Folge eine PTSD zu entwickeln zu beeinflussen. Verschiedene Studien untersuchten die konditionalen Wahrscheinlichkeiten spezifischer Traumen für die Entwicklung einer

PTSD (Kessler et al. 1995, Breslau et al., 1998, Perkonig et al., 2000, Creamer et al., 2001). So konnte der bereits genannte National Comorbidity Survey (NCS) an 5877 Personen der Allgemeinbevölkerung zwischen 15 und 54 Jahren zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, nach Vergewaltigung, sexueller Belästigung, körperlicher Misshandlung und bei Männern Kampfexposition eine PTSD zu entwickeln wesentlich höher ist (zwischen 22-65%), als beispielsweise nach Unfällen oder Naturkatastrophen (zwischen 4-9%) (Kessler et al., 1995). In der Zusammenschau mit anderen Studien (Breslau et al., 1998, Perkonig et al., 2000, Creamer et al., 2001) zeigen sich übereinstimmende Ergebnisse hinsichtlich 1. unterschiedlicher konditionaler Wahrscheinlichkeiten für spezifische Traumen und 2. ein höheres konditionales Risiko für PTSD nach von Menschen vorsätzlich zugefügten Schädigungen im Vergleich zu Unfällen oder Naturkatastrophen.

Die Prävalenzen der PTSD nach Folter liegen zwischen 14 % (Badley & Tawfiq, 2006) und 88% (Mollica et al., 1998). In diesem breiten Spektrum liegen auch die in einem aktuellen Überblicksartikel angegebenen Zahlen (Johnson & Thompson, 2008). Allerdings werden hier Studien an gefolterten Asylbewerbern (Bradley & Tawfiq, 2006) ebenso wie Patientenspopulationen von Folterüberlebenden (Moisander & Edston, 2003) und Gefolterte aus Bevölkerungsstichproben (Basoglu et al., 1994) berücksichtigt. Neben der untersuchten Studienpopulation werden die Angaben zu Häufigkeiten der Posttraumatischen Belastungsstörung in Populationen von Folterüberlebenden von einer Reihe weiterer Faktoren beeinflusst:

- der zugrunde liegenden Definition von Ereignissen als Folter
- der Anzahl erlebter Folterereignisse und der Schwere der Folter (Silove et al., 1997, Shresta et al., 1998, Mollica et al., 1998)
- der Dauer des Untersuchungszeitraumes (die Prävalenz steigt mit längerem Untersuchungszeitraum (z.B. Moisander & Edston, 2003).

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, mit welcher Häufigkeit die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung in der untersuchten Population Behandlungssuchender Extremtraumatisierter vorkommt.

Das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung

Nach überstandener Folter versuchen Überlebende das Erlebte in ihr Welt- und Selbstbild zu integrieren bzw. Kompensationsmöglichkeiten zu finden. Betroffene berichten u.a. häufig über Alpträume und plötzlich auftauchende unangenehme Gedanken an das traumatische Ereignis. Intrusive Gedanken können plötzlich und grundlos kommen oder durch traumarelevante Trigger ausgelöst werden. Meist wird begleitend eine starke physiologische Übererregung, wie Zittern oder Schwitzen berichtet. Gedanken an das traumatische Ereignis werden nun mühsam versucht zu unterdrücken und potentiell Erinnerung auslösende Stimuli in der Umwelt möglichst vermieden. Diese bei Folterüberlebenden in der klinischen Praxis typischerweise zu beobachtenden Phänomene werden erstmals von Horowitz (1976) beschrieben. Er schlägt ein Modell vor, dass intrusive Wiederholung und Vermeidung als Kernsymptome, bzw. gegensätzliche Reaktionen, die in alternierenden Phasen ablaufen, betont (Abbildung 1).

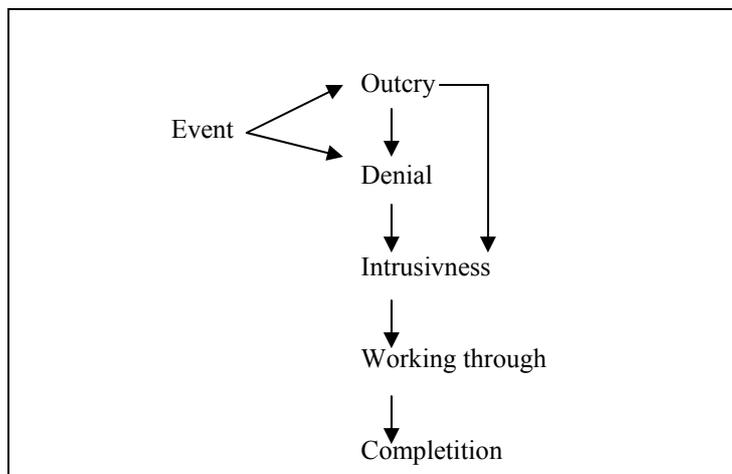


Abbildung 1. Modell der traumatischen Stressreaktion von Horowitz (1976, S 56).

Nach dem traumatischen Ereignis kommt es entsprechend diesem Modell zu einem emotionalen Ausbruch, der in Verleugnung und Vermeidung einerseits und Intrusionen und Flashbacks andererseits mündet. Im weiteren Verlauf wird ein Durcharbeiten des Traumas angenommen, welches eine Integration desselben und Fortsetzen des eigenen Lebensweges ermöglicht.

Auf diesem Modell basiert im Wesentlichen die heutige Konzeption der Posttraumatischen Belastungsstörung, die 1980 Eingang in das Diagnosemanual der American Psychiatric Association (DSM III, 1980) gefunden hat, mit den Symptombereichen Intrusion, Vermeidung und Übererregung. 1992 wurde die Posttraumatische Belastungsstörung erstmals als diagnostische Kategorie in das im deutschen Sprachraum in der klinischen Praxis gebräuchliche Klassifikationsschema der WHO, die International Classification of Disorders aufgenommen. Hinsichtlich der drei zentralen Symptombereiche Intrusion, Vermeidung und Übererregung stimmen beide Klassifikationssysteme überein. Die beiden diagnostischen Systeme unterscheiden sich hinsichtlich der Definition des A-Kriteriums, der Anzahl geforderter Vermeidungssymptome, des Kriteriums E (Dauer) und des Beeinträchtigungskriteriums, das Bestandteil des DSM-IV ist. Insgesamt ist das PTSD-Konzept im DSM IV strenger operationalisiert, was in empirischen Studien zu höheren Prävalenzzahlen bei Verwendung des DSM-IV im Vergleich zur ICD 10 führt (Rosner & Powell, 2007).

Im Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm, dessen Klientel in der vorliegenden Arbeit untersucht wird, werden Diagnosen auf der Basis der ICD-10 gestellt. Insgesamt sind die Kriterien des DSM-IV strenger. Somit führt die Anwendung des ICD-10 zu höheren Prävalenzzahlen im Vergleich zum DSM-IV (Rosner & Powell, 2007). In der folgenden Tabelle sind die Kriterien der beiden diagnostischen Systeme einander gegenüber gestellt (Tabelle 6).

**Tabelle 6. Diagnostische Merkmale nach DSM IV und ICD 10
(Forschungskriterien).**

	DSM-IV	ICD-10
A	<p>Ereigniskriterium:</p> <p>A1: Mind. Ein traumatisches Erlebnis mit Todesbedrohung oder Verletzung oder entspr. Beobachtung bei Anderen.</p> <p>A2: Gefühl intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken</p>	<p>Ereigniskriterium:</p> <p>Betroffener ist kurz- oder lang anhaltendem Ereignis außergewöhnlicher Bedrohung ausgesetzt, dass bei nahezu jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde (beispielsweise Leben in einem Kriegsgebiet)</p>
B	<p>Mindestens ein Intrusionssymptom</p> <p>Intrusionen, belastende Gedanken oder Alpträume, Nachhallerlebnisse, Belastung durch Auslöser, physiologische Reaktion bei Erinnerung</p>	<p>Mindestens ein Intrusionssymptom</p> <p>Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wdh. Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen</p>
C	<p>Mindestens drei Vermeidungssymptome</p> <p>Gedanken- und Gefühlsvermeidung, Aktivitäts- oder Situationsvermeidung, (Teil-)Amnesien, Interessenverminderung, Entfremdungsgefühl, eingeschränkter Affektspielraum, eingeschränkte Zukunft, emotionale Abstumpfung</p>	<p>Mindestens ein Vermeidungssymptom</p> <p>Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst gemieden. Dieses Vermeiden bestand nicht vor dem belastenden Ereignis</p>
D	<p>mindestens zwei Symptome chronischer Übererregung:</p> <p>Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übermäßige Schreckreaktion</p>	<p>D1: teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern</p> <p><u>Oder:</u></p> <p>D2: Symptomgruppe: chronische Übererregung (mindestens zwei Symptome nötig):</p> <p>anhaltende Symptome (nicht vor der Belastung mit zwei der folg. Merkmale: Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit</p>
E	<p>Dauer der Beeinträchtigungen (B, C, D) länger als ein Monat</p>	<p>B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder der Belastungsperiode auf</p>
F	<p>Klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen sowie weiteren Funktionsbereichen</p>	<p>Beeinträchtigungskriterium nicht erforderlich</p>

Angemessenheit des Konzeptes der Posttraumatischen Belastungsstörung

Das in Tabelle 6 beschriebene aktuelle Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung kann hinsichtlich verschiedener Aspekte in Frage gestellt werden, die im Folgenden erläutert werden.

Weitere psychische Beschwerdebilder infolge Traumatisierung

Die Angemessenheit des Konzeptes der Posttraumatischen Belastungsstörung kann hinsichtlich einer adäquaten Beschreibung von Traumafolgesymptomen in Frage gestellt werden (Spitzer et al, 2007, Rosen & Taylor, 2007).

Teil des Konstruktes der Posttraumatischen Belastungsstörung ist eine spezielle Ätiologie, d.h. eine Posttraumatische Belastungsstörung kann nicht ohne ein definiertes traumatisches Ereignis diagnostiziert werden. Umgekehrt sind traumatische Ereignisse jedoch nicht spezifisch für eine Psychopathologie (Friedman & Marsella, 1996, Taylor, 2006, Rosen & Taylor, 2007). So ist beispielsweise sexueller Missbrauch in der Kindheit mit einem erhöhten Risiko für PTSD, aber auch für Panikstörung, Depression und Bulimia Nervosa verbunden (Taylor, 2006). Studien konnten Depressivität und Ängstlichkeit als psychische Symptomatik, die sich infolge einer Traumatisierung entwickeln können, identifizieren (z.B. Shalev et al., 1998, Mollica et al., 2001, Lindert & Traue, 2003, Quiroga & Jaranson, 2005). Darüber hinaus werden Alkoholabhängigkeit (Kozaric-Kovacic, 2000, Ivezic et al., 2000), Alkohol- und Drogenmissbrauch (Kessler et al., 1995), Suizidalität, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Aggressivität (Traue et al., 1997), emotionale Instabilität, Scham- und Schuldgefühle, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (Jacobson & Smidt-Nielsen, 1997) als weitere psychische Beschwerden infolge Traumatisierung berichtet.

Die Posttraumatische Belastungsstörung stellt also lediglich den Kernbereich eines ganzen Spektrums post-traumatischer Störungen dar. Die Studienlage zeigt, dass sich nach traumatischer Erfahrung eine vielfältige psychische Symptomatik entwickeln kann.

Die vorliegende Arbeit soll die Hypothese überprüfen, dass Extremtraumatisierte psychische Beschwerden berichten, die über die Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.2, ICD 10, siehe Tabelle 6, Seite 23) hinausgehen.

Körperliche Beschwerden infolge Traumatisierung

Das Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung beschränkt sich auf die psychischen Symptome infolge einer traumatischen Erfahrung. Die Wechselwirkung zwischen Soma und Psyche, die sich in den körperlichen Folgen einer Traumatisierung ausdrückt hat bislang im Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung keinen Eingang gefunden, obwohl bereits Horowitz selbst darauf hinwies, dass „...the model could be extended to include changes in somatic and autonomic systems.“ (Horowitz 1976, S. 108).

Folteropfer berichten oft körperliche Beschwerden, die mit den zur Verfügung stehenden medizinischen Geräten wie Röntgen oder Scannen nicht objektiviert werden können (Jacobson & Smidt-Nielsen, 1997). Körperliche Spätfolgen von Misshandlung bzw. Folter können alle Organsysteme betreffen. 90% aller berichteten Beschwerden sind muskuloskeletaler Art. Als Ursache werden Schläge auf Körper und Extremitäten sowie Elektrofolter vermutet, aber auch Stresszustände, die sich in anhaltenden Muskelspannungen ausdrücken und Zwangshaltungen in engen Käfigen (Jacobson & Smidt-Nielsen, 1997, Forrest, 1995). Schmerzen sind einer der häufigsten körperlichen Konsequenzen nach Folter (Quiroga & Jaranson, 2005, Thomsen et al., 1997, Bradley & Tawfiq, 2006). Neben muskuloskeletalen Schmerzen sind Kopf- und Rückenschmerzen und Schmerzen an den Fußsohlen häufig berichtete somatische Beschwerden (Rasmussen, 1990, Traue et al., 1997, Moisander & Edston, 2003, Forrest, 1995, Thomsen et al., 1997, Shresta et al., 1998, Olsen et al., 2006).

In dieser Arbeit wird die Hypothese untersucht, dass Extremtraumatisierte neben der psychischen Symptomatik auch somatische Beschwerden, insbesondere Schmerzen, berichten.

Körperliche Beschwerden und Schmerzen nach Traumata können als direkte Folge der Misshandlungen und damit verbundener Organverletzungen auftreten (Rasmussen, 1990, 2005, Jacobson & Smidt-Nielsen, 1997). Für einige Bereiche konnten die langfristigen Schäden, die bestimmte Foltertechniken hervorrufen, dokumentiert werden. Falange, das Schlagen auf die Fußsohlen, kann langfristig zu chronischen, dumpfen, krampfartigen oder scharfen Schmerzen an der Fußsohle führen (Quiroga & Jaranson, 2005, Rasmussen, 2005). Das Gehen kann hinsichtlich Reichweite und Geschwindigkeit beeinträchtigt sein (Ras-

mussen, 2005). Achtzig Prozent der Patienten mit Falanga berichteten in einer Studie des IRCT neuropathische Schmerzen (Rasmussen, 2005). Die Palästinänsische Schaukel, bzw. das Aufhängen an den Armen kann langfristig mit Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich, Bewegungsschmerzen beim Überkopf-Hantieren, Instabilität im Schultergürtel und Verletzungen des Brachial-Plexus verbunden sein (Thomsen et al., 1997, Rasmussen, 2005). Telephono, das Schlagen auf beide Ohren zugleich, steht in signifikantem Zusammenhang mit späterem Tinnitus (Sinding, 2000), beeinträchtigtem Hörvermögen und Schwindel (Quiroga & Jaranson, 2005).

Kopfschmerzen, Nacken- und Rückenschmerzen werden von Betroffenen oft mit Schlägen oder dem Einsperren in enge Käfige in Verbindung gebracht. Wirkliche Ursache ist aber oft die vermutliche Muskelanspannung und schlechte Haltung Traumatisierter (Forrest, 1995). Olsen et al. (2006) findet in einer Gruppe von 69 Folterüberlebenden Zusammenhänge zwischen Schmerzen in Kopf, Rücken und Fußsohlen und vorangegangener Erstickungsfolter. In der vorliegenden Arbeit soll die Hypothese untersucht werden, dass Zusammenhänge zwischen spezifischen Misshandlungserfahrungen und berichteten Schmerzen bestehen.

Geschlechtsspezifika

Das in Tabelle 6 dargestellte Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung mit seinen Kernsymptomen Intrusion, Vermeidung und Übererregung vernachlässigt Geschlechtsunterschiede.

Studien zeigen jedoch, dass es ein geschlechtsspezifisches Risiko gibt, nach einem traumatischen Ereignis eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. (Kessler et al., 1995, Breslau et al., 1997, Stein et al., 1997, Brewin et al., 2000, Rosner et al., 2002, Ekblad et al., 2002, Roth et al., 2006). Während Männer insgesamt häufiger traumatischen Ereignissen ausgesetzt sind als Frauen, weisen Frauen ein größeres Risiko auf, nach einem traumatischen Ereignis eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. Eine Studie dokumentiert Geschlechtsunterschiede hinsichtlich PTSD und weiterer psychischer Beschwerden (Ängstlichkeit, Depression) in einer Gruppe von 131 Extremtraumatisierten auf der Basis von Selbstberichten (Ekblad et al., 2002).

In der vorliegenden Arbeit wird erstmals eine Population Extremtraumatisierter unter geschlechtsspezifischem Fokus hinsichtlich der Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie weiterer psychischer und somatischer Beschwerden untersucht. Es soll die Hypothese überprüft werden, dass Frauen häufiger psychische und körperliche Beschwerden nach Extremtraumatisierung entwickeln als Männer.

Kultureller Einfluss

Das Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung lässt mögliche kulturelle Einflüsse auf die Entwicklung posttraumatischer Beschwerden unberücksichtigt.

Die psychophysiologische Aktivierung und Dysregulation des adrenergen, opioiden und hypothalamischen Systems in Reaktion auf traumatische Ereignisse stellt eine universale biologische Reaktion dar. Insofern können Intrusions- und Arousal-Symptome als universale posttraumatische psychobiologische Reaktionen betrachtet werden (Marsella, Friedman & Spain, 1996). Allerdings sind Stress und die mit der Misshandlungserfahrung verbundenen körperlichen Beschwerden, insbesondere Schmerzen, Formen der Wahrnehmung von Dysphorie und können als Kommunikationskanäle betrachtet werden, die in diversen Kulturen unterschiedlich ausgeprägt sind (Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003). Insbesondere in Kulturen, in denen Foltererfahrungen tabuisiert sind, sind auch die psychischen Folgen einer Foltererfahrung nicht fassbar. Entsprechend gibt es in verschiedenen Kulturen eine Vielzahl kulturspezifischer Idiome, um Erfahrungen von Distress auszudrücken, beispielsweise „nervious“, „calor“ oder „dhat“ (Kirmayer, 1996). Insofern können nach Extremtraumatisierung berichtete Beschwerden kulturell geprägter Ausdruck der traumatischen Erfahrung sein.

Eine systematische empirische Untersuchung länderspezifischer Muster psychischer und körperlicher Beschwerden nach Traumatisierung, einschließlich PTSD, erfolgte bislang nicht. Lediglich eine Studie verglich Folterüberlebende aus sechs verschiedenen Ländern hinsichtlich dem Ausmaß berichteter psychosomatischer Beschwerden und typischer Schmerzen und dokumentierte unterschiedliche Beschwerdemuster (Moisander & Edston, 2003). In der vorliegenden Arbeit soll deshalb die Hypothese überprüft werden, dass Angehörige diverser Länder unterschiedliche psychische und körperliche Beschwerden berichten.

Schweregrad

Das in Tabelle 6 beschriebene Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung berücksichtigt weder den Einfluss spezifischer Traumata noch deren Schweregrad. Obwohl eine spezifische Ätiologie Teil des PTSD-Konstruktes ist, erfolgt keine trennscharfe Beschreibung des A-Kriteriums. Vielmehr werden hier sowohl einmalige als auch sequentielle Traumen, Typ-I- und Typ-II-Traumen einschließlich extremer Traumata subsumiert.

Studien zeigen jedoch überwiegend einen positiven Zusammenhang zwischen Stressorintensität (also dem Schweregrad der Traumatisierung) und dem Schweregrad der PTSD-Symptome (Snow et al., 1988, Mollica et al., 1998, für einen aktuellen Überblick: Quiroga & Jaranson, 2005). Die Annahme einer Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen Traumaschwere und Schweregrad der PTSD-Symptome gilt derzeit als gesichert (Quiroga & Jaranson, 2005, Johnson & Thompson, 2008). Eine Dosis-Wirkungsbeziehung existiert, wenn das Ausmaß eines Stressors direkt proportional zu dem darauf folgenden Risiko, eine PTSD zu entwickeln ist (Meichenbaum, 1994).

Der Fokus der vorliegenden Studien beschränkt sich auf die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung. In der vorliegenden Arbeit soll der Zusammenhang zwischen der Stressorintensität und dem Schweregrad der gesamten psychischen Symptomatik untersucht werden, da davon ausgegangen werden kann, dass traumatische Ereignisse auch an der Entstehung weiterer psychischer Beschwerden beteiligt sind (siehe oben, Seite 24).

Darüber hinaus sind mir derzeit keine Studien bekannt, die Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Traumatisierung und dem Schweregrad bzw. Ausmaß körperlicher Beeinträchtigungen aufzeigen. Dieser Zusammenhang soll ebenfalls in der vorliegenden Arbeit untersucht werden. Aufgrund der bisherigen Studienlage soll die Hypothese einer positiven Korrelation zwischen dem Schweregrad der Traumatisierung und dem Schweregrad berichteter psychischer und körperlicher Beschwerden überprüft werden.

Zusammenfassung und Ableitung der Hypothesen

Flüchtlinge bzw. Asylbewerber haben oft schwere Misshandlungen in ihrem Heimatland erfahren. Je nach Herkunftsland und Geschlecht werden zum Teil unterschiedliche Misshandlungsarten berichtet. Um die Symptomatik Extremtraumatisierter zu erfassen und entsprechend zu behandeln, greift die diagnostische Kategorie der Posttraumatischen Belastungsstörung zu kurz. Betroffene berichten eine Reihe psychischer und körperlicher Beschwerden, deren Kernbereich lediglich die PTSD darstellt. Es kann angenommen werden, dass die Symptomatik durch geschlechts- und länderspezifische Faktoren, sowie durch die Schwere der Traumatisierung beeinflusst wird.

Zusammenfassend sollen folgende Hypothesen in der vorliegenden Arbeit untersucht werden:

1. Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Misshandlungsarten.
2. Es gibt regionale Unterschiede hinsichtlich der Misshandlungsarten.
3. Extremtraumatisierte zeigen psychische Beschwerden, die über die Kriterien der PTSD nach ICD / DSM hinausgehen.
4. Extremtraumatisierte zeigen körperlichen Beschwerden, insbesondere Schmerzen.
5. Frauen entwickeln häufiger als Männer psychische und körperliche Beschwerden nach Extremtraumatisierung.
6. Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Traumatisierung und dem Schweregrad berichteter psychischer und körperlicher Beschwerden
7. Es bestehen Zusammenhänge zwischen spezifischen Misshandlungserfahrungen und berichteten Schmerzen.
8. Es bestehen länderspezifische Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung psychischer und körperlicher Beschwerden.

2 MATERIAL UND METHODEN

Studienaufbau

Die vorliegende Arbeit ist eine deskriptive empirische Querschnittsstudie. Datengrundlage bilden die im klinischen Prozess erhobenen Daten des Behandlungszentrums für Folteropfer Ulm. Das Behandlungszentrum für Folteropfer unterstützte in den vergangenen zehn Jahren circa 1500 Klienten mit ärztlichen, psychotherapeutischen und sozialen Hilfen. Die wichtigsten soziodemographischen und behandlungsspezifischen Informationen sowie diagnostische Ergebnisse werden seit 1999 dokumentiert. Die Feststellung der Beschwerden und die Diagnosestellung basiert auf der Expertise erfahrener Traumatherapeuten. Einzelfallbezogen erfolgte der Einsatz psychometrischer Fragebögen. Die so gewonnenen Informationen werden in der Behandlungseinrichtung gewissenhaft dokumentiert. Einmal jährlich werden diese Daten elektronisch erfasst. Die statistische Erfassung erfolgt sehr sorgfältig, da sie gleichzeitig Grundlage für die Beantragung von Fördermitteln darstellt.

Um Aussagen über die Häufigkeit therapeutischer oder diagnostischer Kontakte zu ermöglichen, wurde eine ergänzende Datenerfassung per Aktenstudium durchgeführt. Die Akten jener Klienten, welche im Jahr 2004 in therapeutischer oder diagnostischer Behandlung waren, wurden hinsichtlich der Anzahl der Therapie- bzw. Diagnostiktermine überprüft.

Alle Variablen liegen in dichotomisierter Form vor. Sofern eine uneindeutige Zuordnung zu einer Kategorie der betreffenden Variable möglich war, wurden Variablen in dichotome nominalskalierte Variablen transformiert. Diese Transformation erfolgte für die Variablen Geschlecht, Herkunftsland, Deutschkenntnisse, Wohnort und Asylstatus.

Datenmaterial

Vom Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm stehen die Datensätze von sechs aufeinander folgenden Jahren (1999 – 2004) in elektronischer Form zur Verfügung. Das Datenmaterial umfasst soziodemographische Variable (Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Deutschkenntnisse, Aufenthaltsstatus), Informationen über die Art der Traumatisierung, körperliche und psychische Beschwerden, sowie behandlungsspezifische Informationen (Zugang

zum BFU, Maßnahmen). Aus Tabelle 7 ist die Zusammensetzung der Studienpopulation in den Jahren 1999 bis 2004 ersichtlich.

Tabelle 7. Zusammensetzung der Studienpopulation.

Jahr	N	Männer n (%)	Frauen n (%)	Alter (M) in Jahren (Min-Max)
1999	280	147 (52,5)	133 (47,5)	30 (1-71)
2000	762	433 (56,8)	329 (43,2)	32 (1-74)
2001	358	191 (53,4)	167 (46,6)	34 (7-73)
2002	357	176 (49,3)	181 (50,7)	33 (1-71)
2003	415	213 (51,3)	202 (48,7)	34 (10-73)
2004	406	203 (50,0)	203 (50,0)	33 (8-74)

Zur Untersuchung der Fragestellungen des ersten Teils der vorliegenden Arbeit zur Versorgungssituation von traumatisierten Flüchtlingen in Deutschland am Beispiel des Behandlungszentrums für Folteropfer Ulm werden die in Tabelle 7 beschriebenen Datensätze (1999-2004) analysiert.

Es wird angenommen, dass Klienten teilweise über mehrere Jahre in die Behandlungseinrichtung eingebunden bleiben (Fragestellung 7 auf Seite 7). Entsprechend sind Überschneidungen eines Teils der Klientenpopulation eines jeweiligen Jahres mit der Klientenpopulation des Vorjahres zu erwarten. Um die Fragestellung der Behandlungsdauer zu bearbeiten und die Gesamtklientenzahl im Zeitraum von 1999 bis 2004 zu ermitteln und dabei entsprechend jeden Patienten nur einmal zu berücksichtigen, wurden relevante Teile (Geschlecht, Erhebungsjahr) der sechs Datensätze (Tabelle 7) anhand der Patientenidentifikationsnummer zusammengeführt. Dazu wurde die statistische Prozedur des Matching eingesetzt (SPSS 11.0).

Zusatzerhebung zur Kontakthäufigkeit mit der Behandlungseinrichtung

Zur Beantwortung der Fragestellung 6 bezüglich des Umfangs psychotherapeutischer Behandlung mussten zusätzliche Informationen erhoben werden, die nicht in den in Tabelle 7 aufgeführten Datensätzen enthalten waren. Anhand eines sorgfältigen Aktenstudiums wur-

de erhoben, wie oft Klienten im Jahr 2004 Kontakt mit der Behandlungseinrichtung hatte. Dazu wurden die Akten aller Klienten, die sich 2004 einer therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme unterzogen hatten und deren Akten im Behandlungszentrum in Ulm lagerten, untersucht. Auf diese Weise konnten von 164 Klienten Informationen bezüglich der Kontakthäufigkeit erhoben werden. Das sind 53% der Klienten, die sich 2004 in einer therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme befanden. Tabelle 8 zeigt die Zusammensetzung dieser Stichprobe.

Tabelle 8. Zusammensetzung der Stichprobe der Zusatzerhebung.

	N	Männer n (%)	Frauen n (%)	Alter (M) in Jahren (SD)
Zusatzerhebung	164	69 (42,1)	95 (57,9)	33 (9,3)

Stichprobenbeschreibung 2004

Die Analyse der im zweiten Teil der Arbeit aufgestellten Hypothesen zu den psychischen und somatischen Beschwerden, sowie Zusammenhängen mit Geschlecht, Herkunftsland und Misshandlungsarten (Seite 29) wird auf der Basis der Klientenpopulation des Jahres 2004 durchgeführt. Dieser Datensatz wurde aufgrund seiner Aktualität und Zuverlässigkeit der Datenqualität ausgewählt.

Der Datensatz von 2004 umfasst 406 Personen im Alter von 8-74 Jahren. Darunter sind 17 Kinder unter 18 Jahren (Altersmittelwert 13 Jahre). Davon berichten 12 Kinder diverse Misshandlungen. Die Kinder berichten durchschnittlich 2 verschiedene Misshandlungsarten. Die Literatur betreffend psychischer und körperlicher Beschwerden nach Extremtraumatisierung beschränkt sich auf erwachsene Personen. Um die Ergebnisse dieser Arbeit in bestehende Erkenntnisse des Forschungsbereiches einordnen zu können und eine gewisse Vergleichbarkeit zu ermöglichen, werden bei der Überprüfung der aufgestellten Hypothesen nur erwachsene Personen ab 18 Jahre in die Analyse einbezogen.

Damit umfasst die zu untersuchende Stichprobe 364 Personen im Alter von 18-74 Jahren mit einem Altersmittelwert von 34 Jahren, 187 Frauen (51%) und 177 Männer (49%). Das sind 90% der Gesamtklientel des Behandlungszentrums für Folteropfer Ulm im Jahr 2004.

Zur Überprüfung des Zusammenhanges zwischen Schweregrad der Traumatisierung und den psychischen und körperlichen Beschwerden

Es wird anhand der Analysestichprobe von 364 Personen die Korrelation zwischen der Anzahl verschiedener berichteter Misshandlungen und der Anzahl psychischer und körperlicher Beschwerden ermittelt. Durch Aufsummierung der Anzahl verschiedener berichteter Folterereignisse, der Anzahl berichteter psychischer und körperlicher Symptome, sowie der Anzahl berichteter Schmerzen wurden einfache Skalen gebildet (Tabelle 9).

Tabelle 9. Summenskalen zur Berechnung des Zusammenhanges zwischen Schweregrad der Traumatisierung und psychischen und körperlichen Beschwerden.

Summenskala	Minimum	Maximum (theoretisches Maximum)
Anzahl berichteter Misshandlungsarten	0	13 (31)
Anzahl psychischer Beschwerden	0	25 (31)
Anzahl somatischer Beschwerden	0	15 (48)
Anzahl Schmerzmodalitäten	0	8 (14)
Gesamtanzahl der Beschwerden	0	32 (79)

Zur Berechnung des Zusammenhanges zwischen der Anzahl berichteter Misshandlungsarten und der Anzahl der Beschwerden wurde Pearson's Korrelationskoeffizient ermittelt und die Korrelation in Scatterplots graphisch dargestellt.

Zur Überprüfung länderspezifischer Unterschiede

Hinsichtlich der Misshandlungsarten beschränkt sich die Analyse auf die am häufigsten besetzten Herkunftsländer. Es wird eine Teilstichprobe aller erwachsenen Bosnier, Kurden, Kosovaren und Kameruner gebildet, die 74,6% der Analysestichprobe von 2004 (N=364) ausmacht: Die Teilstichprobe wird in der folgenden Tabelle näher beschrieben.

Tabelle 10. Beschreibung der für die Analysen verwendeten Stichproben.

	Frauen	Männer	Gesamt	Alter (M)	Min-Max
Gesamterhebung	203 (50,0%)	203 (50,0%)	406	33	8-74 Jahre
Untersuchungspopulation	187 (51,0%)	177 (49,0%)	364	34	18-74 Jahre
Teilstichprobe zur Überprüfung länderspezifischer Unterschiede	148 (54,6%)	123 (45,4%)	271	34	18-74 Jahre
Bosnier	27 (73,0%)	10 (27%)	37 (13,7%)	36	18-61 Jahre
Kurden	64 (42,7%)	86 (57,3%)	150 (55,4%)	33	18-74 Jahre
Kosovaren	46 (75,4%)	15 (24,6%)	61 (22,2%)	35	21-54 Jahre
Kameruner	11 (47,8%)	12 (52,2%)	23 (8,5%)	30	19-41 Jahre

Zur Überprüfung des Zusammenhanges zwischen Misshandlungsart und Herkunftsland wird der Chiquadrat-Mehrfeldertest eingesetzt. Zur Identifikation jener Zellen, in denen es signifikante Unterschiede der beobachteten von der erwarteten Häufigkeit gibt, werden die quadrierten standardisierten Residuen herangezogen. Für den Unterschied zwischen beobachteter und erwarteter Häufigkeit werden dabei folgende Grenzwerte angesetzt: $>3,84$ – signifikant ($p < 0,05$, *), $>6,64$ – sehr signifikant ($p < 0,01$, **), $>10,83$ – höchst signifikant ($p < 0,001$, ***) (Zöfel, 2002).

Fehlerbreite

Um die Qualität der vorliegenden Daten beurteilen zu können wurde im Rahmen einer weiteren Zusatzerhebung eine Fehlerkontrolle durchgeführt. Dazu wurde eine Stichprobe von 40 Akten einer Tiefenkontrolle hinsichtlich aller in den Datensätzen enthaltenen Variablen unterzogen (soziodemographische Variable, Informationen über die Art der Traumatisierung, körperliche und psychische Beschwerden, sowie behandlungsspezifische Informationen).

Die Stichprobe wurde gewonnen, indem von den etwa 1600 alphabetisch archivierten Akten jede zehnte Akte ausgewählt und sorgfältig untersucht wurde. Diskrepanzen zwischen Akteninformation und bereits vorliegender Datenbasis ergaben sich am häufigsten bezüglich der Informationen zu Wohn-, Finanz- und Asylsituation. Informationen zu Alter, Ge-

schlecht, Herkunftsland und Sprachkenntnissen waren am zuverlässigsten. In Tabelle 11 sind die bereichsspezifischen Fehlerquoten dargestellt.

Tabelle 11. Fehllraten (in Prozent, Mittelwert (Standardabweichung), Median).

Jahr	Soziodemographie I ^{*1)}	Soziodemographie II ^{*2)}	Mißhandlungen	Körperliche Beschwerden	Psychische Beschwerden	BFU-Informationen ^{*3)}	Gesamt
2000 N=7	5,71 (9,76), 0	25 (25), 25	0 (0), 0	0 (0), 0	11,9 (20,89), 0	11,90 (24,93), 0	7,9 (4,83), 8,3
2001 N=6	14,17(16,86), 10	9,72 (15,29), 0	2,78 (6,80), 0	4,17 (10,21), 0	2,78 (6,80), 0	10,28 (13,76), 4,17	5,69 (4,52), 7,64
2002 N=6	0 (0), 0	25(27,34), 25	9,17 (14,29), 0	1,67 (4,08), 0	9,65 (18,49), 0	13,89 (22,15), 0	6,19 (9,54), 2,08
2003 N=6	8,33 (12,91), 0	0 (0), 0	17,78(22,28), 8,33	11,11 (20,18), 0	10,85(14,71), 6,67	5,56 (13,61),, 0	7,32 (8,79), 5,7
2004 N=15	0 (0), 0	0 (0), 0	8,66 (17,50), 0	10,93(21,31), 0	8,29 (19,22), 0	4 (11,21), 0	5,31 (9,85), 1,67
Gesamt N=40	4,38 (10,01), 0	9,58 (18,73), 0	7,70 (15,37), 0	6,64 (15,92), 0	8,68 (16,90), 0	8,04 (16,36), 0	6,25 (7,98), 4,11

*1) Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Sprachkenntnisse

*2) Wohn-, Finanz-, Asylsituation

*3) Kontaktart, Angebote

Durchschnittlich ist eine Fehlerquote von 6,25% festzustellen. Aufgrund von Ausreißern wird zusätzlich der Median berücksichtigt. Damit ergibt sich eine Fehlerquote von 4% für das gesamte Datenmaterial. Dieser Wert wird als akzeptabel betrachtet. Alle Datensätze wurden darüber hinaus einer Plausibilitätskontrolle unterzogen.

Berechnungen und statistische Analysen

Die Datenauswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 11.0. Uni- und bivariate Statistiken werden zur deskriptiven Analyse der Stichprobe hinsichtlich Häufigkeiten, Mittelwerten und Standardabweichung der Variablen eingesetzt. Zur Identifikation signifikanter Zusammenhänge zwischen nominal bzw. dichotom skalierten Variablen wird der zwei-

seitige Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet. Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman wird als Assoziationsmaß für ordinal skalierte Variablen verwendet (Schlittgen, 1995; Zöfel, 2002). Für entsprechende Analysen intervall- oder verhältnisskalierter Variablen wird der zweiseitige T-Test nach Student für unabhängige Stichproben angewendet (Zöfel, 2002).

3 ERGEBNISSE

Der Ergebnisteil gliedert sich in zwei große Hauptteile. Im ersten Teil wird zunächst die Arbeit der Behandlungseinrichtung in den Jahren von 1999 bis 2004 dokumentiert und die eingangs formulierten Fragestellungen (Seite 7) beantwortet. Im zweiten Teil wird der Datensatz des Jahres 2004 hinsichtlich der Misshandlungsarten, der körperlichen und psychischen Beschwerden, sowie Zusammenhängen zu Herkunftsland und Geschlecht analysiert.

Darstellung der Arbeit des Behandlungszentrums für Folteropfer Ulm

Im Folgenden wird die Klientel des BFU hinsichtlich soziodemographischer Daten (Geschlecht, Alter Herkunftsland), asylrechtlicher Situation, Deutschkenntnissen sowie Behandlungsdauer beschrieben (1.1.). Anschließend wird dargestellt, über welche Institutionen die Klienten an das BFU vermittelt wurden (1.2.). Abschließend erfolgt die Darstellung der von der Behandlungseinrichtung eingeleiteten (Therapie-) Maßnahmen (1.3.). Alle Daten beziehen sich auf den gesamten Beobachtungszeitraum von 1999 bis 2004.

Wie viele Klienten wurden im Zeitraum von 1999 bis 2004 behandelt?

Im Untersuchungszeitraum kontaktierten insgesamt 1481 Klienten die Einrichtung. Das waren 646 Frauen und 835 Männer. Teilweise bleiben Klienten über mehrere Jahre in Behandlung bzw. im Kontakt mit dem BFU. Aus Tabelle 12 ist die Zusammensetzung der Studienpopulation von 1999 bis 2004 im Einzelnen ersichtlich.

Tabelle 12. Klientenzahlen des BFU von 1999-2004.

Jahr	N	Männer n (%)	Frauen n (%)	Alter (M) in Jahren (Min-Max)
1999	280	147 (52,5)	133 (47,5)	30 (1-71)
2000	762	433 (56,8)	329 (43,2)	32 (1-74)
2001	358	191 (53,4)	167 (46,6)	34 (7-73)
2002	357	176 (49,3)	181 (50,7)	33 (1-71)
2003	415	213 (51,3)	202 (48,7)	34 (10-73)
2004	406	203 (50,0)	203 (50,0)	33 (8-74)

Der jeweilige Anteil von Männern und Frauen ist relativ ausgewogen und unterscheidet sich statistisch (Chi-Quadrat-Test) nicht hinsichtlich der Häufigkeit.

Die Altersmittelwerte liegen zwischen 30 und 34 Jahren. Auch hier ergeben sich keine Geschlechtsunterschiede (t-Test für unabhängige Stichproben). Die jüngsten Klienten sind zum jeweiligen Erfassungszeitpunkt 1 Jahr alt, die ältesten Klienten 74 Jahre. Insgesamt gibt es 132 Klienten unter 18 Jahren, 63 Mädchen (48%) und 69 Jungen (52%).

Aus welchen Ländern stammen die Klienten?

Die Klienten des Behandlungszentrums stammen aus einer Vielzahl von Herkunftsländern. Mehr als zwei Drittel aller Klienten (jährlich zwischen 82 und 68 Prozent) stammen aus Bosnien, der Türkei und dem Kosovo. In Abbildung 2 ist die regionale Zusammensetzung der Klientel in den Jahren 1999 bis 2004 dargestellt.

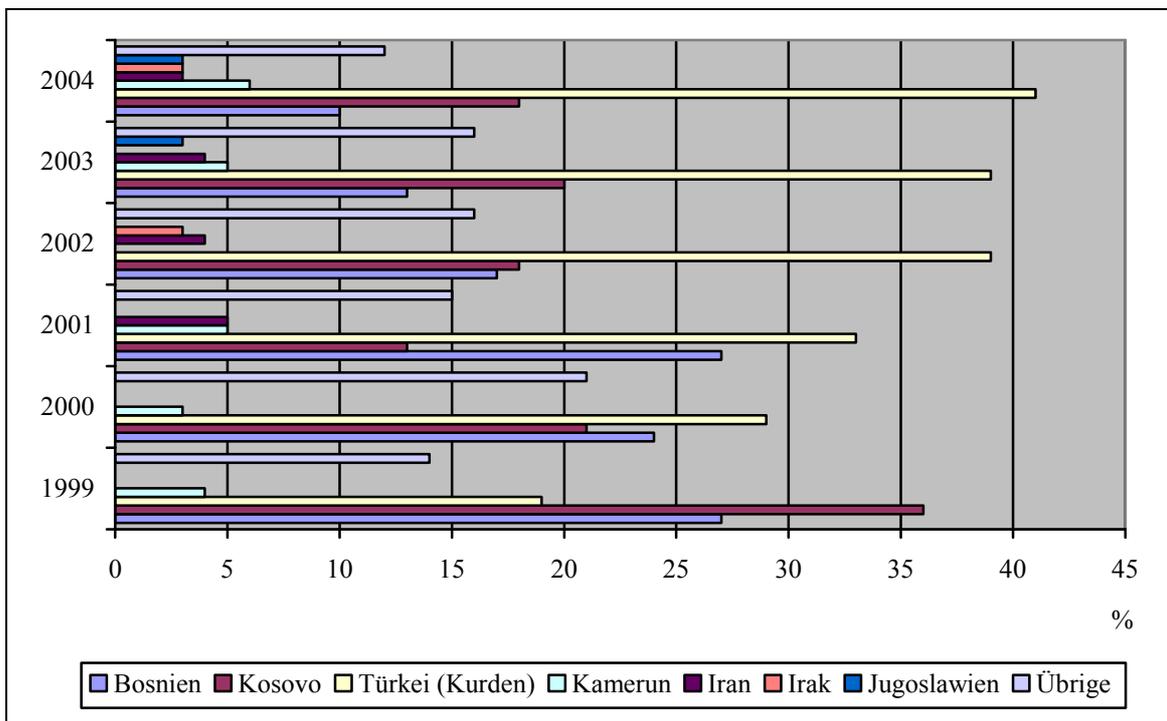


Abbildung 2. Herkunftsländer der Klienten im Untersuchungszeitraum 1999-2004

Die Kategorie „Übrige“ umfasst alle Länder, deren Anteil <3 % ausmacht:

1999: Ägypten, Algerien, Bangladesch, Deutschland, Iran, Irak, Jugoslawien, Jordanien, Kongo, Marokko, Nigeria, Pakistan, Sierra Leone, Russland, Sudan, Sri Lanka, Syrien, Benin, Mongolei

2000: Afghanistan, Ägypten, Albanien, Algerien, Angola, Armenien, Äthiopien, Bangladesch, Burkina Faso, Deutschland, Guinea, Iran, Irak, Jugoslawien, Jordanien, Kongo, Libanon, Liberia, Marokko, Nigeria, Pakistan, Ruanda, Sierra Leone, Russland, Sudan, Sri Lanka, Syrien, Togo, Benin, Bulgarien, Kuwait, Mongolei, Vietnam, Indien

2001: Afghanistan, Algerien, Armenien, Äthiopien, Deutschland, Irak, Jugoslawien, Jordanien, Kongo, Liberia, Marokko, Nigeria, Russland, Sudan, Sri Lanka, Syrien, Togo, Indien, Georgien

2002: Afghanistan, Albanien, Angola, Armenien, Äthiopien, Aserbeidschan, Guinea, Jordanien, Kamerun, Kongo, Nigeria, Tschetschenien, Sierra Leone, Sudan, Sri Lanka, Syrien, Togo, Ukraine, Indien, Georgien, Eritrea

2003: Albanien, Algerien, Armenien, Irak, Jugoslawien, Jordanien, Kongo, Libanon, Liberia, Marokko, Nigeria, Tschetschenien, Pakistan, Sierra Leone, Russland, Sudan, Sri Lanka, Syrien, Togo, Georgien, Eritrea, China, Israel

2004: Afghanistan, Algerien, Armenien, Äthiopien, Burkina Faso, Guinea-Bissau, Deutschland, Georgien, Guinea, Jordanien, Kongo, Liberia, Nigeria, Somalia, Nordkorea, Pakistan, Sierra Leone, Russland, Sudan, Sri Lanka, Syrien, Togo, Ukraine.

Der prozentuale Anteil kurdischer Klienten aus der Türkei steigt von 1999 bis 2004 stetig an. Hingegen melden sich im Beobachtungszeitraum immer weniger bosnische Klienten an. Die übrige Klientel stammt aus verschiedenen Regionen Europas, Asiens und Afrika. Ferner befindet sich ein Fall aus Deutschland unter den Klienten. Die Person erfuhr u.a. Morddrohungen und wurde traumatherapeutisch im BFU behandelt.

In welchem Umfang war der Einsatz von Dolmetschern nötig?

In Abbildung 2 ist dargestellt, in welchem Ausmaß Dolmetscher zur Sprachvermittlung notwendig waren. Tendenziell nimmt der Anteil von Klienten, die einen Dolmetscher benötigen über den Beobachtungszeitraum ab. Mehr als die Hälfte der Klienten in den Jahren 1999 bis 2004 verfügt nicht über ausreichend Sprachkenntnisse, um deutschsprachige therapeutische Angebote wahrnehmen zu können.

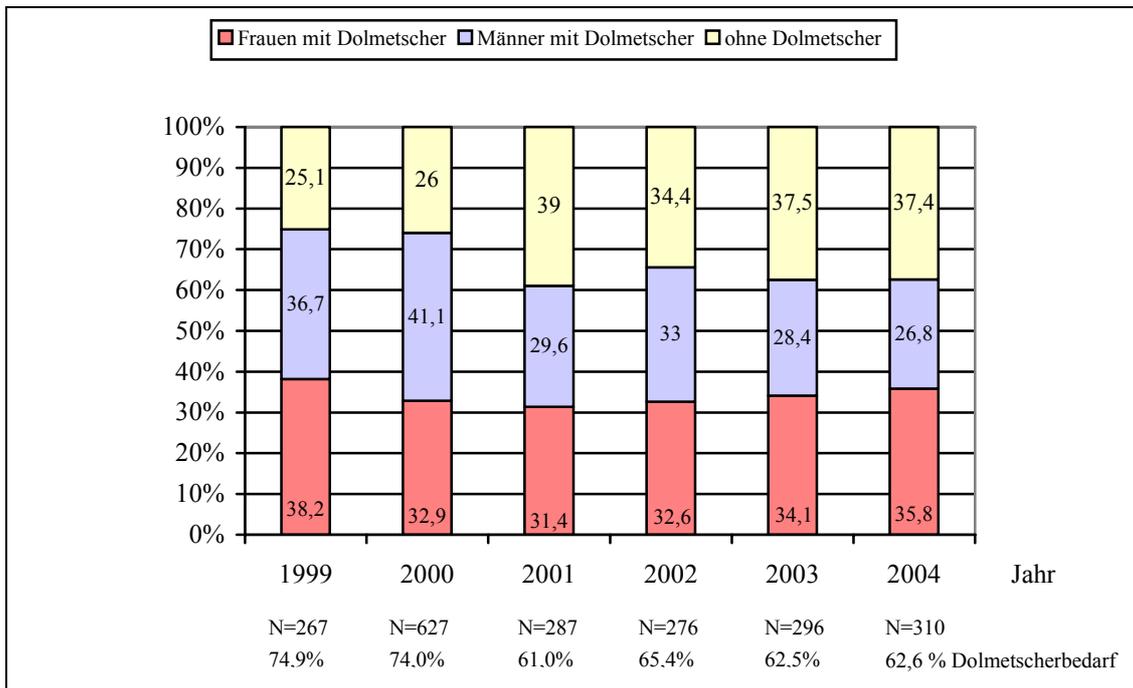


Abbildung 3. Notwendigkeit von Dolmetschern im Rahmen von Diagnostik und Therapie (für Männer und Frauen getrennt, Angaben in Prozent, relative Häufigkeiten, jahresbezogene Anzahl der Klienten in Diagnostik und Therapie (N)).

Zwischen 75% und 63% der Klienten benötigten in den sechs Jahren des Beobachtungszeitraumes im Rahmen der Diagnostik oder Therapie einen Dolmetscher zur Sprachvermittlung. Männer und Frauen nehmen Dolmetscher in gleichem Maße in Anspruch. Es konnte kein systematischer Einfluss des Geschlechtes auf den Dolmetscherbedarf festgestellt werden.

Wie ist der aufenthaltsrechtliche Status der Klienten?

Im Rahmen der Befunddokumentation oder bereits bei der Anmeldung wird die aufenthaltsrechtliche Situation der Klienten festgehalten. Es können vorerst sichere von unsicheren Aufenthaltssituationen unterschieden werden. Als zunächst sicherer Aufenthalt können Kontingentflüchtling, Aufenthaltsbefugnis, Aufenthaltsgestattung, sowie Aufenthaltserlaubnis eingestuft werden. Kontingentflüchtlinge sind eine besondere Gruppe von Personen, die auf der Basis des Gesetzes über Maßnahmen für im Rahmen humanitärer Hilfsak-

tionen aufgenommene Flüchtlinge (Gesetz über Maßnahmen für im Rahmen humanitärer Hilfsaktionen aufgenommene Flüchtlinge, HumHAG, 1980) in Deutschland eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis erhalten haben. Bestehen zwischen Ländern Abkommen die Aufnahme von Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtlingen betreffend, erhalten diese bei der Einreise nach Deutschland eine Aufenthaltbefugnis (Ausländergesetz, § 32a). Eine Aufenthaltbefugnis ist an eine zeitliche Frist und an humanitäre Gründe gebunden. Aufenthaltsgestattung wird allen Flüchtlingen, die einen Asylantrag gestellt haben, für die Dauer des Asylverfahrens gewährt (§55 Asylverfahrensgesetz, 1982). Aufenthaltserlaubnis wird zunächst zweckgebunden und befristet erteilt, und bei Vorliegen bestimmter Integrationsbedingungen entfristet (§§15 ff, §§ 24-26 AuslG, 1990). Klienten mit Duldung, abgelaufenem Abschiebehindernis, bzw. Vor-Abschiebung befinden sich in einer unsicheren Aufenthaltssituation. Eine Duldung ist keine Aufenthaltsgenehmigung, allerdings bleibt der Aufenthalt in Deutschland unbestraft. Die Abschiebung wird hier befristet aufgeschoben, sofern ein Abschiebehindernis, z.B. Krankheit, vorliegt (§41 Asylverfahrensgesetz, 1982). Diese Aufenthaltssituation ist mit der Novellierung des Asylverfahrensgesetzes zum 1.1.2005 aufgehoben worden. Das Ergebnis der deskriptiven Analyse der diversen asylrechtlichen Einstufungen ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 13. Aufenthaltsrechtliche Situation (je Jahr, absolute und relative Häufigkeiten).

Aufhaltungssituation	1999 N=273	2000 N=754	2001 N=354	2002 N=353	2003 N=405	2004 N=403
Kontingentflüchtling / Aufenthaltbefugnis	90 (33,0)	119 (15,8)	39 (11,0)	35 (9,9)	55 (13,6)	42 (10,4)
Asyl anerkannt / Aufenthaltserlaubnis	11 (4,0)	40 (5,3)	22 (6,2)	36 (10,2)	60 (14,8)	67 (16,6)
Asylantrag / Aufenthaltsgestattung	40 (14,7)	170 (22,5)	79 (22,3)	84 (23,8)	103 (25,4)	97 (24,1)
Duldung / abgelaufenes Abschiebehindernis	105 (38,5)	285 (37,8)	128 (36,2)	100 (28,3)	135 (33,3)	161 (40,0)
Vor Abschiebung	14 (5,1)	60 (8,0)	18 (5,1)	12 (3,4)	7 (1,7)	16 (4,0)
Inländer	3 (1,1)	7 (0,9)	2 (0,6)	2 (0,6)	1 (0,2)	1 (0,2)
vorerst sicher ¹⁾	141 (51,6)	329 (43,6)	140 (39,5)	155 (43,9)	218 (53,8)	206 (51,1)
Unsicher ²⁾	122 (44,7)	352 (46,7)	148 (41,8)	114 (32,3)	143 (35,3)	178 (44,2)
Keine Information über den Asylstatus	10 (3,7)	73 (9,7)	66 (18,6)	84 (23,8)	44 (10,9)	19 (4,7)
Asyl erhalten nach Attestierung durch BFU	51 (18,7)	106 (14,1)	43 (12,1)	10 (2,8)	4 (1,0)	3 (0,7)

¹⁾ Gestattung, Befugnis, Kontingentflüchtling, Erlaubnis

²⁾ Duldung, Vorabschiebung (d.h. Aussetzung der Abschiebung, bzw. anstehende Abschiebung)

Tabelle 13 zeigt, dass der jährliche Anteil von Klienten, die zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme bezüglich ihres Aufenthaltes in Deutschland gefährdet sind, zwischen 32 und 47 Prozent liegt. Gemittelt über den sechsjährigen Untersuchungszeitraum befanden sich demnach 47,3 % der Klientel in einer sicheren vs. 40,8% in einer unsicheren Aufenthaltssituation. Im Jahr 2004 standen drei Klienten in Kontakt mit dem BFU, die nach der Attestierung durch das BFU Asyl erhalten hatten. Diese Personen befanden sich jedoch nicht in traumatherapeutischer Behandlung, sondern wurden durch Beratung und Sozialarbeit unterstützt. Ein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Aufenthaltssituation kann nicht festgestellt werden. Bei einem Teil der Klienten (zwischen 5 und 24 Prozent) sind keine Informationen über den aufenthaltsrechtlichen Status vorhanden.

Durch wen wurden die Klienten an die Behandlungseinrichtung vermittelt?

Im Rahmen einer deskriptiven Analyse wurde untersucht, wie der Kontakt zwischen dem BFU und den Klienten vermittelt wurde (Tabelle 14).

Tabelle 14. Zugangswege der Klienten an das BFU (n, Angaben in Prozent).

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Kommunalbehörde	8 (3,3)	38 (6,1)	23 (7,8)	19 (6,9)	16 (6,3)	26 (8,2)
Bundesamt	6 (2,5)	7 (1,1)	4 (1,4)	8 (2,9)	3 (1,2)	1 (0,3)
Rechtsanwalt	23 (9,4)	99 (15,9)	58 (19,7)	55 (19,9)	65 (25,6)	75 (23,5)
Verwaltungsgericht	5 (2,0)	14 (2,3)	0	4 (1,4)	5 (2,0)	17 (5,3)
Klinik	5 (2,0)	9 (1,4)	2 (0,7)	3 (1,1)	4 (1,6)	7 (2,2)
Arzt / Psychologe	15 (6,1)	32 (5,1)	26 (8,8)	29 (10,5)	18 (7,1)	17 (5,3)
Beratungsstelle	23 (9,4)	80 (12,9)	69 (23,4)	22 (8,0)	49 (19,3)	47 (14,7)
AK Asyl	9 (3,7)	18 (2,9)	2 (0,7)	2 (0,7)	2 (0,8)	14 (4,4)
AI	5 (2,0)	39 (6,3)	1 (0,3)	3 (1,1)	1 (0,4)	5 (1,6)
Bekannte	29 (11,9)	106 (17,0)	23 (7,8)	35 (12,7)	60 (23,6)	64 (20,1)
Selbst	20 (8,2)	58 (9,3)	43 (14,6)	58 (21,0)	31 (12,2)	36 (11,3)
Sonstige	96 (39,3)	122 (19,9)	44 (14,9)	38 (13,8)	0	10 (3,1)
keine Information	36 (12,9)	140 (18,4)	63 (17,6)	81 (22,7)	161 (38,8)	87 (21,4)
Gesamt	280	762	358	357	415	406

Die Kontaktaufnahme mit der Behandlungseinrichtung erfolgt über verschiedene Zugangswege. Die meisten Klienten wurden von Rechtsanwälten, Beratungsstellen sowie durch Bekannte vermittelt. Einen großen Anteil nehmen auch Selbstanmeldungen ein. Die Entwicklung dieser Anmeldequoten von 1999 bis 2006 ist in Abbildung 4 dargestellt.

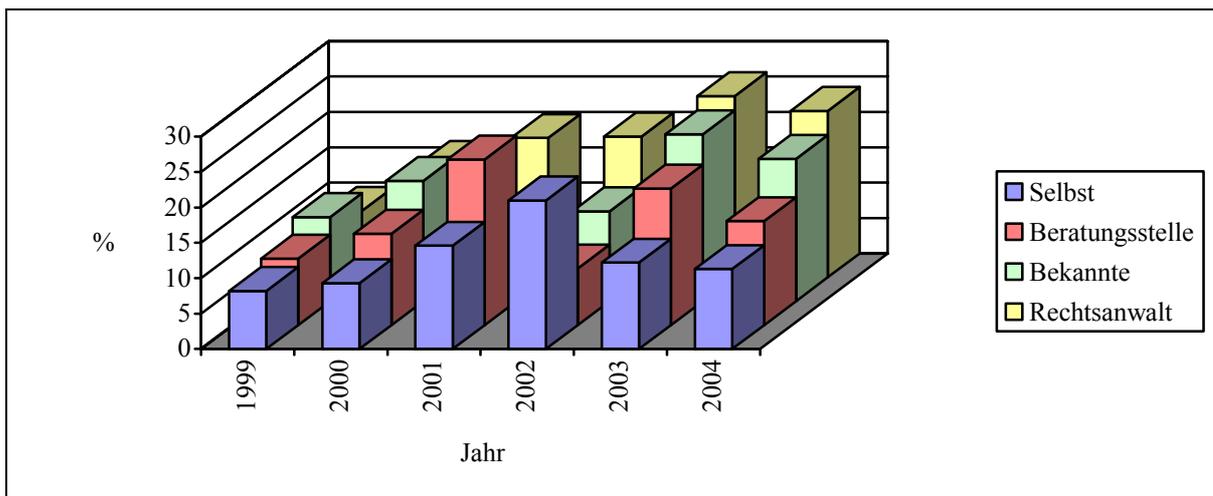


Abbildung 4. Vermittlung durch Rechtsanwälte, Beratungsstellen, Bekannte/ Verwandte oder auf eigene Initiative (selbst) (Angaben in Prozent).

Die Abbildung zeigt, dass der Anteil der durch Rechtsanwälte vermittelten Klienten über die Jahre hinweg tendenziell zunimmt. Im Jahr 2004 sind mit über 23% fast ein Fünftel aller Klienten durch Rechtsanwälte an das BFU vermittelt worden. Die Anmeldungen von Klienten durch Beratungsstellen sind in den letzten beiden Jahren des Untersuchungszeitraumes wieder gestiegen.

Welche psychotherapeutischen, sozialen und medizinischen Hilfen wurden eingeleitet?

Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen sind der Kerntätigkeitsbereich des BFU. Tabelle 15 stellt dar, mit welchen Behandlungsangeboten das BFU in den Jahren 1999 bis 2004 tätig geworden ist und in welchem Umfang die einzelnen Maßnahmen jahresbezogen umgesetzt wurden. Zur besseren Übersichtlichkeit wurden Beratungsangebote zu einer Kategorie zusammengefasst, ebenso ergänzende Therapieangebote neben verbaler

Therapie. Ergänzend zur verbalen traumaadaptierten Psychotherapie wurden im Beobachtungszeitraum kunst-, körper-, musik- und spieltherapeutische Angebote gemacht. Unterstützung bei Arbeit, Wohnen, Behörden, Umverteilung wurden unter der Bezeichnung Sozialarbeit subsumiert.

Tabelle 15. Maßnahmen des BFU (absolute und relative Häufigkeiten, Angaben in Prozent, Mehrfachangaben sind die Regel).

	1999 n=280	2000 n=762	2001 n=358	2002 n=357	2003 n=415	2004 n=406	1999-2004 n=1481
Diagnostik	264 (94,3)	615 (80,7)	275 (76,8)	244 (68,3)	240 (57,8)	291 (71,7)	1158
Überweisung¹⁾	66 (23,6)	175 (23,0)	114 (31,8)	73 (20,4)	51 (12,3)	74 (18,2)	364
Verbale Therapie	92 (32,9)	146 (19,2)	124 (34,6)	83 (23,2)	110 (26,5)	111 (27,3)	342
Erg. Therapie²⁾	4 (1,4)	14 (1,8)	11 (3,1)	23 (6,4)	8 (1,9)	8 (2,0)	42
Beratung³⁾	101 (36,1)	231 (30,3)	155 (43,3)	107 (30,0)	139 (33,5)	155 (38,2)	561
Sozialarbeit⁴⁾	207 (73,9)	418 (54,9)	234 (65,4)	147 (41,2)	138 (33,3)	166 (40,9)	739
Integration, F.⁵⁾	1 (0,4)	2 (0,3)	1 (0,3)	41 (11,5)	46 (11,1)	59 (14,5)	98

¹⁾Überweisung an Arzt, Klinik oder Beratungsstelle

²⁾ Kunst-, Musik-, Körper-, Spieltherapie

³⁾ Sozialbegleitung, Sozialberatung, Beratung vor der Anhörung, stützende Beratung

⁴⁾ Unterstützung bei Arbeit, Wohnen, Behörden, Umverteilung (bez. Asylwohnheim)

⁵⁾ Integrationsarbeit, Familienzusammenführung

Bezogen auf den gesamten Untersuchungszeitraum erhielten insgesamt 78% aller Klienten (n=1158) diagnostische Gespräche zur Abklärung ihrer Beschwerden. 23% aller Klienten, die mit dem BFU Kontakt aufnahmen, erhielten eine verbale Traumatherapie. Eine Weiterüberweisung an Ärzte, Kliniken oder Beratungsstellen erfolgte jährlich in 12 bis 24 Prozent der Fälle. Ein geringer Teil erhielt ergänzende Therapieformen (Kunst-, Musik-, Körper- oder Spieltherapie). Wie in Tabelle 15 ersichtlich, stellen die Bereiche Sozialarbeit und Beratung weitere Schwerpunkte des Tätigkeitsbereichs des BFU dar. Zwischen 33 und 74 Prozent der Klientel erhielt jährlich Unterstützung bei der Arbeits-, Wohnungssuche, bei Behörden oder Umverteilung. Bei etwa einem Drittel der Klienten (zwischen 30 und 43 Prozent) wurden Beratungsgespräche durchgeführt. Sozialarbeit und Beratung sind Maßnahmen, die eigenständig aber bei einem Teil der Klienten auch ergänzend zur verbalen

Therapie durchgeführt werden. Der Bereich der Integrationsarbeit bzw. Familienzusammenführung stieg ab 2002 sprunghaft an. 15 Prozent der Klienten wurden 2004 in diesem Bereich unterstützt.

Über welchen Zeitraum bleiben Klienten in der Behandlungseinrichtung eingebunden?

Die Gesamtzahl der Klienten und deren Kontaktdauer wurde, wie im Methodenteil beschrieben, durch Zusammenführen der Datensätze aller sechs Jahre (1999 bis 2004) anhand der Patientenidentifikationsnummer ermittelt. In Tabelle 16 ist dargestellt, über wie viele Jahre der Kontakt mit der Behandlungseinrichtung andauerte. Mehr als die Hälfte der Klienten (52 %) sind länger als ein Jahr im Behandlungszentrum eingebunden. Teilweise dauern Behandlungsmaßnahmen bis zu sechs Jahren, also über den gesamten Beobachtungszeitraum. 23% der traumatherapeutischen Behandlungen dauern länger als zwei Jahre, aber nur selten (2%) länger als vier Jahre. Von den 51 Klienten, die über vier Jahre mit dem BFU in Kontakt standen (Tabelle 16), erhielten 28 Klienten verbale Therapie innerhalb eines Zeitraumes von vier Jahren. Lediglich 10% der beratenden Maßnahmen werden über mehr als zwei Jahre angeboten.

Tabelle 16. Kontaktdauer im Beobachtungszeitraum (absolute und relative Häufigkeiten).

	N (%)	Frauen (%)	Männer (%)
1 Jahr	719 (48,5)	284 (44,0)	435 (52,1)
2 Jahre	546 (36,9)	249 (38,5)	297 (35,6)
3 Jahre	134 (9,0)	64 (9,9)	70 (8,4)
4 Jahre	51 (3,4)	32 (5,0)	19 (2,3)
5 Jahre	25 (1,7)	12 (1,9)	13 (1,6)
6 Jahre	6 (0,4)	5 (0,8)	1 (0,1)
Gesamt	1481 (100)	646 (100)	835 (100)

Es ergibt sich ein statistisch signifikanter Einfluss des Geschlechtes auf die Behandlungsdauer (Chi= 7,869, $p < 0,05$). Allerdings ist die Stärke des Zusammenhanges mit r^2 (shared variance) = 0,0005 verschwindend klein.

Neben der Kontaktdauer im gesamten Beobachtungszeitraum wurde für 228 Klienten, die sich 2004 in einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme befanden, die Kontakthäufigkeit erhoben. Diese Information konnte für 164 Klienten ermittelt werden. Bei 64 weiteren Klienten lagen zum Erhebungszeitpunkt keine Akten im BFU vor. Es ergab sich eine mittlere Kontakthäufigkeit von 6 Kontakten im Jahr 2004 (Minimum 1 Kontakt, Maximum 33 Kontakte). Die Verteilung der Kontakthäufigkeit ist in Abbildung 5 graphisch dargestellt.

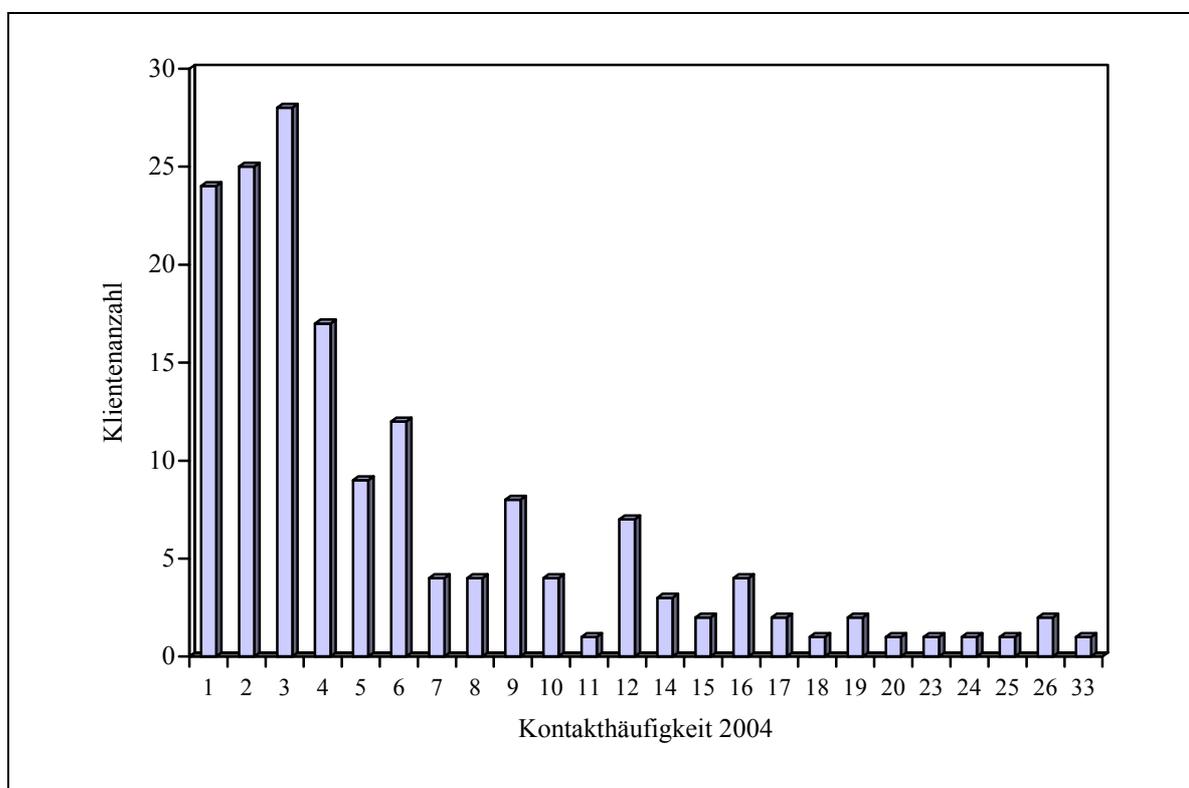


Abbildung 5. Anzahl der Klientenkontakte im Jahr 2004 n=164 Klienten

Zusammenfassung der Ergebnisse zur Versorgung Extremtraumatisierter im BFU

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Klientel des Behandlungszentrums im Untersuchungszeitraum jährlich durchschnittlich 430 Personen umfasste, die aus einer Vielzahl von Herkunftsländern stammen. Durchschnittlich befindet sich jährlich 47,3% der Klientel in einer vorerst sicheren Aufenthaltssituation. Bezogen auf den gesamten Untersu-

chungszeitraum erhielten insgesamt 78% aller Klienten (n=1158) diagnostische Gespräche zur Abklärung ihrer Beschwerden. 23% aller Klienten, die mit dem BFU Kontakt aufnahmen, erhielten eine verbale Traumatherapie. In der therapeutischen Arbeit müssen durchschnittlich bei 67% der Klienten Dolmetscher eingesetzt werden. Die meisten Klienten werden durch Rechtsanwälte, Beratungsstellen oder Bekannte an das BFU vermittelt. Diagnostik, Beratung und Sozialarbeit machen den größten Teil des Tätigkeitsbereiches der Behandlungseinrichtung aus. Fast die Hälfte der Klienten (48%) bleibt mehr als zwei Jahre in die Behandlungseinrichtung eingebunden.

Zu den Misshandlungsarten sowie den psychischen und körperlichen Beschwerden Extremtraumatisierter

Die Überprüfung der Hypothesen 1-7 (Seite 29) erfolgt anhand des Datensatzes von 2004. Der Datensatz umfasst 364 erwachsene Klienten zwischen 18 und 74 Jahren.

Geschlechts- und länderspezifische Besonderheiten hinsichtlich der berichteten Misshandlungsarten

Es soll anhand der vorliegenden Daten die Annahme geschlechts- und länderspezifischer Unterschiede hinsichtlich der Misshandlungsarten überprüft werden. In Abbildung 6 (Seite 48) sind die Ergebnisse der deskriptiven Analyse der berichteten Misshandlungsarten dargestellt. Die Mehrzahl aller Klienten (79,1%) berichtet mehr als ein Folterereignis. Die personenbezogene maximale Anzahl berichteter verschiedener Misshandlungsarten ist 13. 335 Klienten (92%) berichten mindestens ein Folterereignis in ihrer Lebensgeschichte. Insgesamt werden 30 verschiedene Misshandlungsarten berichtet, sowie eine Kategorie ‚Sonstige‘.

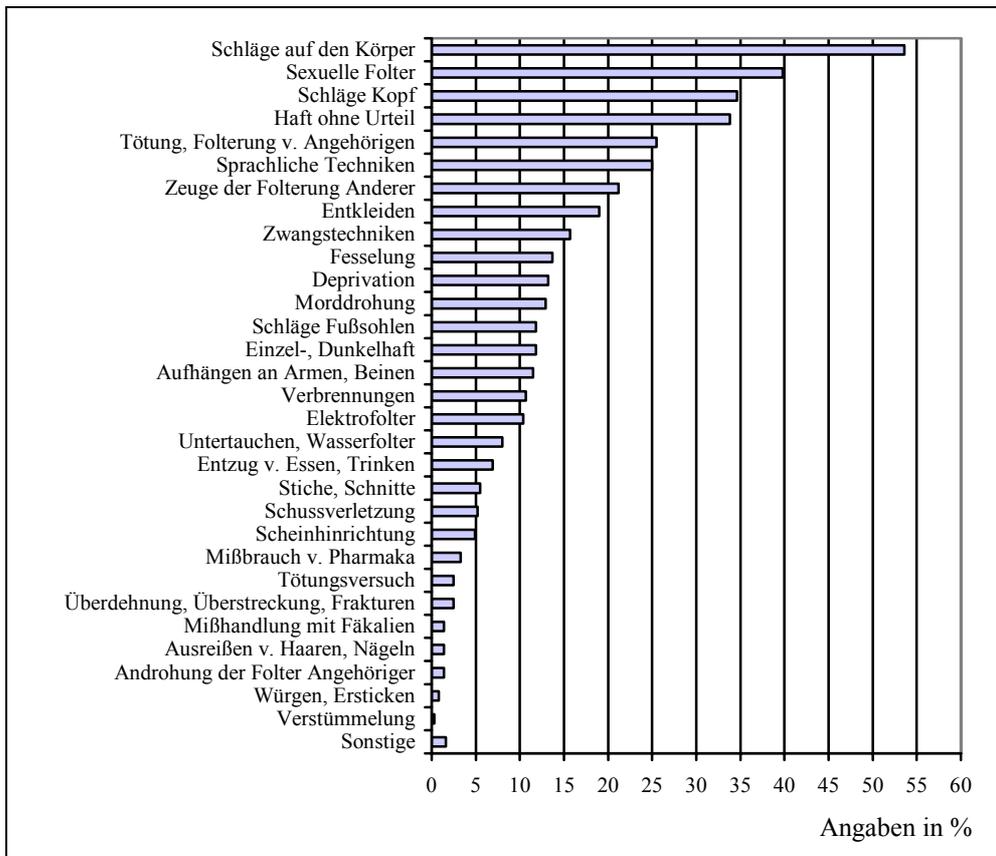


Abbildung 6. Misshandlungen und Foltermethoden 2004. Mehrfachangaben sind die Regel. (Angaben in Prozent, N=364 Klienten).

Geschlechtsspezifische Besonderheiten

Zur Überprüfung der Hypothese 1, die annimmt, dass Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Misshandlungsarten bestehen, wurde zunächst der T-Test für zwei unabhängige Stichproben durchgeführt (Schlittgen, 1995). Damit wurde ermittelt, ob sich die Anzahl berichteter distinkter Misshandlungsarten bei Männern und Frauen unterscheidet. Das Ergebnis des T-Tests zeigt, dass Frauen durchschnittlich 3,4 distinkte Misshandlungsarten berichten – Männer dagegen durchschnittlich 4,9 verschiedene Misshandlungsarten. Dieser Unterschied ist signifikant ($T=-5,086^{***}$).

Um zu untersuchen, ob Männer und Frauen mit unterschiedlicher Häufigkeit von diversen Misshandlungsarten betroffen sind, wurde eine deskriptive Analyse der relativen Häufigkeiten der Misshandlungsarten unter geschlechtsspezifischem Gesichtspunkt durchgeführt. Zur Identifizierung signifikanter Unterschiede wurde der Chi-Quadrat-Test (Schlittgen, 1995) eingesetzt. Diese Analyse ergab Geschlechtsunterschiede bei folgenden Misshandlungsarten (Tabelle 17):

Tabelle 17. Geschlechtsspezifische Häufigkeiten der Misshandlungsarten (absolute und relative Häufigkeiten, Chi-Quadrat, Mehrfachangaben sind möglich) N=364.

	Frauen (n=187)	Männer (n=177)	Chi-Quadrat
Sexuelle Folter	111(59%)	34 (19%)	61,159***
Elektrofolter	4 (2%)	34 (19%)	28,339***
Haft ohne Urteil	41(22%)	82 (46%)	24,203***
Schläge auf die Fußsohlen ¹⁾	7 (4%)	36 (20%)	24,040***
Einzel-, Dunkelhaft ¹⁾	7 (4%)	36 (20%)	24,040***
Aufhängen an Armen und Beinen	8 (4%)	34 (19%)	19,860***
Schläge Körper	80 (43%)	115 (65%)	18,003***
Schussverletzung	1(0,5%)	18 (10%)	17,062***
Verbrennungen	8 (4%)	31 (18%)	16,653***
Schläge Kopf	47 (25%)	79 (45%)	15,276***
Scheinhinrichtung	2 (1%)	16 (9%)	12,288***
Untertauchen, Wasserfolter	6 (3%)	23 (13%)	11,876***
Fesselung	16 (9%)	34 (19%)	8,709**
Entzug von Essen und Trinken	6 (3%)	19 (11%)	8,052**
Entkleiden	44 (24%)	25 (14%)	5,236*
Deprivation	18 (10%)	30 (17%)	4,260*

(*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001)

¹⁾ Dem aufmerksamen Leser mag bezüglich Tabelle 20 die übereinstimmenden Zellbesetzungen bei „Schläge auf die Fußsohlen“ sowie „Einzel-, Dunkelhaft“ auffallen. Die identische Geschlechtsverteilung beider Variablen ist rein zufällig. Tatsächlich sind beide Kategorien insofern assoziiert, als das von jeweils 43 Betroffenen 13 Personen sowohl Schläge auf die Fußsohlen als auch Einzel-, Dunkelhaft berichten.

Es bestehen keine signifikanten Geschlechtsunterschiede hinsichtlich folgender Misshandlungen: Tötung oder Folterung von Angehörigen, Zeuge der Folterung Anderer, Androhung der Folter Angehöriger, sprachliche Foltertechniken (Beleidigungen, Beschimpfungen), Zwangstechniken, Morddrohung, Stiche/ Schnitte, Tötungsversuch, Überdehnen/Überstrecken, Misshandlung mit Fäkalien, Missbrauch von Pharmaka, Ausreißen von Haaren, Nägeln, Würgen/ Ersticken, Verstümmelung, Sonstige.

Die Ergebnisse weisen bei diversen Misshandlungsarten auf geschlechtsspezifische Unterschiede hin. Sexuelle Folter und Entkleiden wird häufiger von Frauen berichtet. Alle weiteren in Tabelle 17 aufgeführten Misshandlungsarten werden signifikant häufiger von Männern berichtet, als von Frauen.

Länderspezifische Unterschiede hinsichtlich der Misshandlungsarten

Um Hypothese 2 zu überprüfen, die postuliert, dass regionaler Unterschiede hinsichtlich der Misshandlungsarten bestehen, werden Häufigkeiten der Misshandlungsarten jener Länder, die in der Stichprobe am häufigsten vertreten sind, verglichen. Dazu wird der Chi-Quadrat-Test eingesetzt. Die häufigsten Nationalitäten in der untersuchten Stichprobe sind Bosnier, Kurden, Kosovaren und Kameruner. Diese vier Nationalitäten machen insgesamt 74,7% der Gesamtklientel von 2004 aus. Im Folgenden ist die Teilstichprobe dieser vier Länder, auf denen die Analyse zur Überprüfung von Hypothese 2 basiert, beschrieben (Tabelle 18). Für eine ausführlichere Beschreibung sei auf den Methodenteil (Seite 33) verwiesen.

Tabelle 18. Untersuchungspopulation 2004 und Teilstichprobe.

	Frauen	Männer	Gesamt	Alter (M)	
Untersuchungspopulation 2004	187 (51,0%)	177 (49,0%)	364	34	18-74 Jahre
Teilstichprobe zur Überprüfung länderspezifischer Unterschiede	148 (54,6%)	123 (45,4%)	271	34	18-74 Jahre

Die Teilstichprobe umfasst 150 Kurden aus der Türkei, 61 Personen aus dem Kosovo, 37 Bosnier und 21 Kameruner. In der folgenden Tabelle sind die beobachteten relativen Häu-

figkeiten der berichteten Misshandlungsarten in den einzelnen Ländern dargestellt. Obwohl im vorangegangenen Abschnitt geschlechtsspezifische Bevorzugungen hinsichtlich der Misshandlungsarten festgestellt wurden, wird dieser Einfluss in der folgenden Tabelle zunächst außer Acht gelassen, da für die Signifikanzberechnungen bestimmte Zellbesetzungen ($f_e \geq 5$) nicht unterschritten werden dürfen. In Tabelle 19 sind die Häufigkeiten jener Misshandlungsarten dargestellt, deren beobachtete Werte signifikant von den erwarteten Werten (f_e) abweichen. Dabei gibt das Vorzeichen der in Klammern angegebenen standardisierten Residuen Auskunft, ob der beobachtete Wert über (positives Vorzeichen) oder unter (negatives Vorzeichen) dem erwarteten Wert liegt.

Die beobachteten Häufigkeiten der Misshandlungsarten weichen bei Bosniern, Kosovaren und Kurden teilweise von den -bei Fehlen länderspezifischer Unterschiede- theoretisch erwarteten gleich verteilten Häufigkeiten ab.

Tabelle 19. Länderspezifischer Vergleich der Misshandlungsarten (relative Häufigkeiten, standardisierte Residuen) in der Teilstichprobe N=271, Prüfgröße Chi-Quadrat.

Misshandlungsart	Bosnien n=37	Kosovo n=61	Kurden n=150	Kamerun n=23	Chi- Quadrat
Sexuelle Folter	7 (19, -2.3)*	28 (46, 0.3)	73 (49, 1.0)	10 (44, 0.0)	10,866*
Schläge Kopf	7 (19, -1.8)	13 (21, -2.0)*	71 (47, 2.0)*	10 (44, 0.5)	18,851***
Haft ohne Urteil	9 (24, -0.8)	7 (12, -2.8)**	66 (44, 2.6)**	5 (22, -0.9)	23,808***
Tötung/ Folterung v. Angehörigen	23 (62, 4.2)***	14 (23, -0.5)	33 (22, -1.1)	2 (9, -1.7)	29,807***
Sprachliche Foltertechniken	6 (16, -1.1)	8 (13, -1.9)	50 (33, 2.0) *	4 (17, 0.7)	12,352**
Zeuge der Folterung Anderer	15 (41, 2.3)*	13 (21, -0.2)	31 (21, -0.5)	2 (9, -1.4)	9,755*
Entkleiden	1 (3, -2.5)*	6 (10, -2.0)**	46 (31, 2.3)*	6 (26, 0.4)	20,222***

(*p<0.05, **p<0,01, ***p<0,001)

So berichten Kurden häufiger als erwartet Haft ohne Urteil, Entkleiden, Schläge auf den Kopf und sprachliche Foltertechniken. Bosnier berichten häufiger als erwartet Tötung, Fol-

terung von Angehörigen, sowie Zeuge der Folterung Angehöriger. Darüber hinaus zeigen sich folgende geschlechtsbezogene Besonderheiten: Sexuelle Folter und Entkleiden wird von bosnischen Personen deutlich seltener berichtet, als aufgrund der Stichprobengröße der Bosnier zu erwarten wäre. Hier sind zudem alle Betroffenen weiblich. Im Vergleich dazu beträgt der Anteil männlicher Betroffener in der kurdischen Teilstichprobe bezüglich sexueller Folter 33% und bezüglich Entkleiden 46%. Die folgende Abbildung veranschaulicht die länderspezifischen Bevorzugen der diversen Misshandlungsarten.

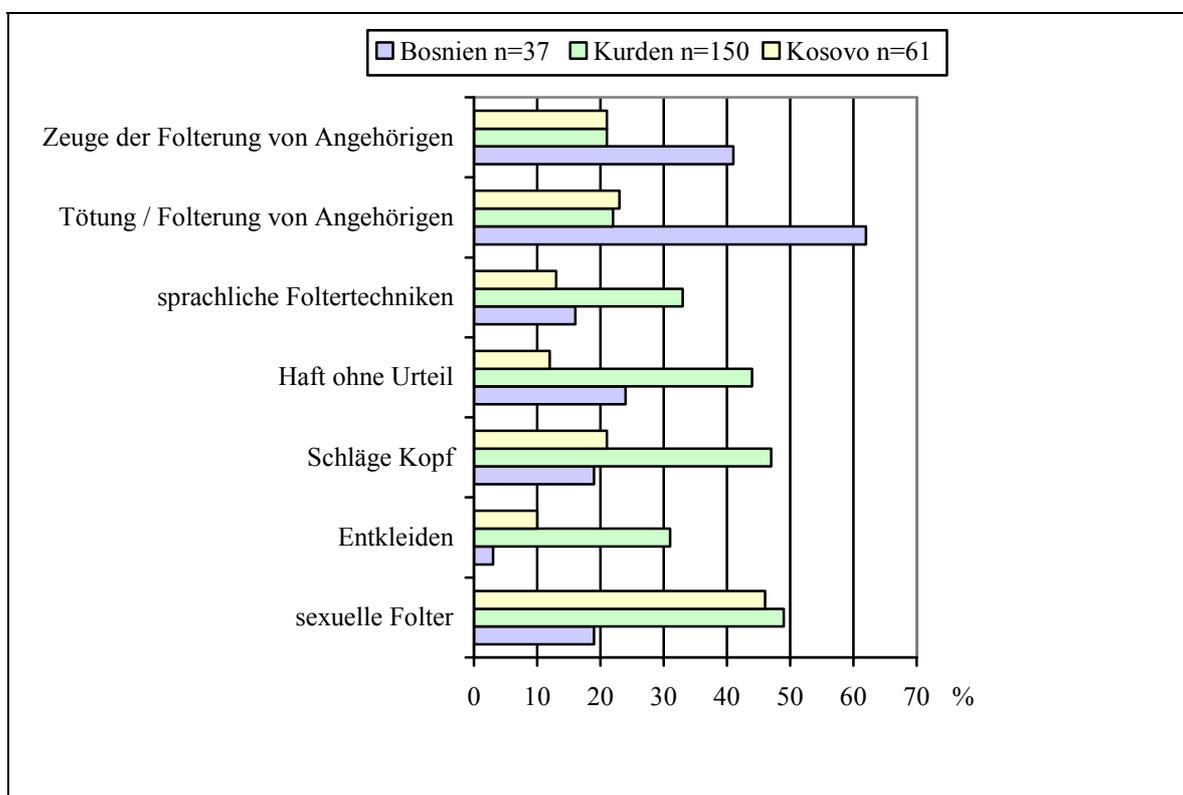


Abbildung 7. Misshandlungsarten bei Angehörigen aus Bosnien, Kosovo und kurdischen Personen aus der Türkei (relative Häufigkeiten).

Die Traumatisierung durch die Tötung und Folterung von Angehörigen (von 62% der BosnierInnen berichtet) und durch Zeugenschaft der Folterung Anderer (von 41% der BosnierInnen berichtet) scheint in Bosnien bevorzugte Folterstrategie zu sein und wird darüber hinaus bevorzugt von Frauen berichtet (18 bosnische Frauen vs. 5 Männer berichten Tö-

tung/ Folterung von Angehörigen, 4 Frauen vs. 11 Männer berichten Zeuge der Folterung Anderer). Misshandlung und Terrorismus richtet sich in Bosnien entsprechend eher gegen das soziale Netz, als gegen die Zielperson selbst. Kurdische Personen weichen bei vier Misshandlungsarten (Schläge auf den Kopf, Haft ohne Urteil, sprachliche Foltertechniken und Entkleiden) signifikant von den erwarteten Werten ab. In allen vier Fällen liegen die beobachteten Werte deutlich über den bei Gleichverteilung der Misshandlungsarten erwarteten Häufigkeiten.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass verschiedene Misshandlungsarten in den vier Ländern unterschiedlich häufig vorkommen. Insofern wird die aufgestellte Hypothese länderspezifische Bevorzugungen diverser Misshandlungsarten durch die vorliegenden Daten gestützt.

Psychische Beschwerden nach Extremtraumatisierung

Entsprechend Hypothese 3 wird angenommen, dass Extremtraumatisierte psychische Beschwerden zeigen, die über die Kriterien der PTSD nach ICD/ DSM hinausgehen. Die psychische Symptomatik der Klienten umfasst sowohl psychische Störungen nach ICD10, als auch vorgebrachte psychische Beschwerden (also lediglich Symptome, keine Diagnosen). In der Ergebnisdarstellung werden psychische Störungen und psychische Symptome getrennt referiert.

Das Ergebnis der deskriptiven Analyse der in der Stichprobe diagnostizierten psychischen Störungen ist in Abbildung 8 dargestellt (Seite 54). Die häufigsten psychischen Diagnosen sind die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1 ICD 10) und die Depressive Episode (F32.2 ICD 10). 58% der Klienten weisen eine Posttraumatische Belastungsstörung auf. Mit 63% ist die Depressive Episode die häufigste Diagnose in dieser Personengruppe. 34% der Klienten weisen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung eine Anpassungsstörung auf. Bei 18% wurde eine Essstörung festgestellt, bei 17% eine dissoziative Störung, bei 16% eine Somatisierungsstörung diagnostiziert. Wenige Personen zeigen das Bild einer Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (4%) und Suchtverhalten (5%).

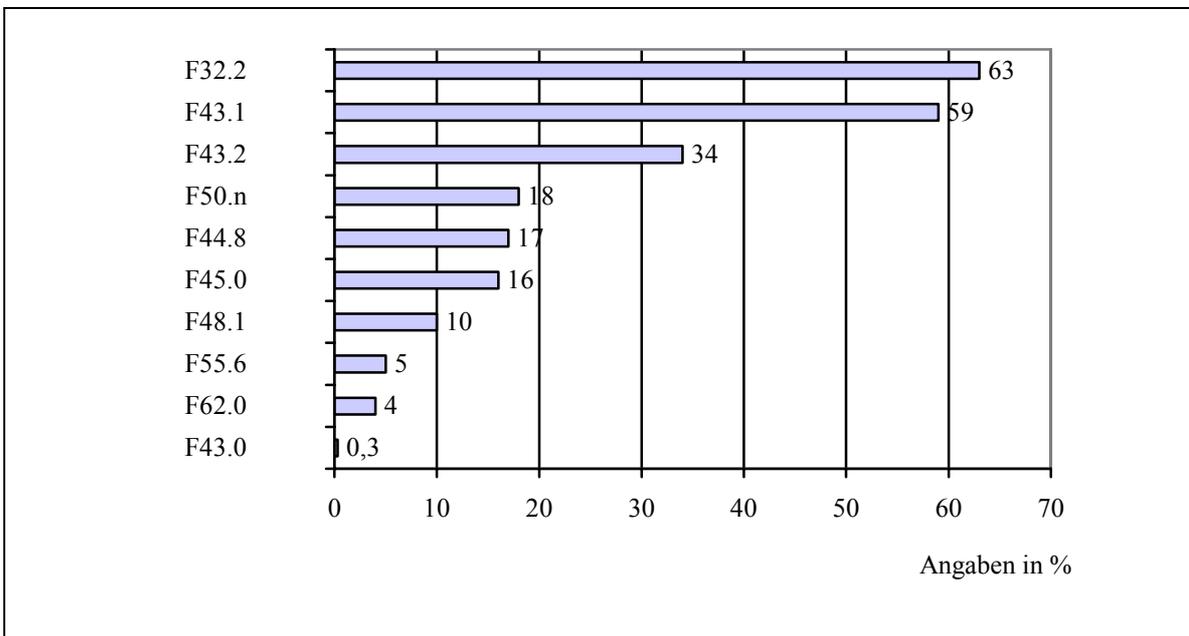


Abbildung 8. Häufigkeit psychischer Störungen in der Untersuchungspopulation 2004 (n=364, relative Häufigkeiten).

F32.2: Depressive Episode, F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung, F43.2: Anpassungsstörung, Kommunikationsstörung, Vermeidungsverhalten, F50.n: Ess-Störung, nicht näher bezeichnet, F44.8: Dissoziative Störung, F45.0: Somatisierungsstörung, F48.1: Depersonalisations-/ Derealisationssyndrom, F55.6: Suchtverhalten, F62.0: Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extremtraumatisierung, F43.0: akute Belastungsreaktion

In der untersuchten Stichprobe werden neben den in Abbildung 8 dargestellten diagnostizierten psychischen Störungen nach ICD10 eine Reihe weiterer psychischer Symptome berichtet. Das Ergebnis der deskriptiven Analyse der psychischen Symptome ist in Tabelle 20 (Seite 55) dargestellt. Besonders häufig werden angstbezogene Symptome berichtet (59%), sowie Suizidgedanken (35%) und Gedächtnisprobleme (32%).

Tabelle 20. Häufigkeit psychischer Beschwerden in der Untersuchungspopulation 2004, Mehrfachangaben sind möglich (n=364, absolute und relative Häufigkeiten, Prüfgröße Chi-Quadrat)

Psychische Beschwerden	Frauen (n=187)	Männer (n=177)	Gesamt (n=364)	Chi- Quadrat
Angst, Belastende Gedanken, Phobie	138 (74)	78 (44)	216 (59)	33,309***
Scham-, Schuldgefühle	45 (24)	15 (9)	60 (17)	16,053***
Erschöpfungszustand	31 (17)	7 (4)	38 (10)	15,496***
Suizidgedanken	81 (43)	45 (25)	126 (35)	12,861***
Selbstunsicherheit, Wertlosigkeit	41 (22)	17 (10)	58 (16)	10,305**
Unruhe, Nervosität	52 (28)	25 (14)	77 (21)	10,207**
Intrusionen (Flashback)	112 (60)	77 (44)	189 (52)	9,786**
Schreckhaftigkeit	59 (32)	31 (18)	90 (25)	9,626**
Psychogene Anfälle, Ohnmacht	22 (12)	6 (3)	28 (8)	8,982**
Schlafstörungen	138 (74)	112 (63)	250 (69)	4,678*
Alpträume	136 (73)	110 (62)	246 (68)	4,646*
Antriebs-, Konzentrations-, Teilnahmslosigkeit, Rückzug	96 (51)	71 (40)	167 (46)	4,613*
Kontrollverlust, Reizbarkeit	87 (47)	72 (41)	159 (44)	n.s.
Hypervigilanz	52 (28)	34 (19)	86 (24)	n.s.
Desorientierung, Hilflosigkeit, Wahnvorstellungen	31 (17)	21 (12)	52 (14)	n.s.
Verfolgungsgedanken	14 (8)	13 (7)	27 (7)	n.s.
Identitätsprobleme	5 (3)	6 (3)	11 (3)	n.s.
Gedächtnisprobleme	60 (32)	57 (32)	117 (32)	n.s.
Hassgefühle	18 (10)	14 (8)	32 (9)	n.s.
Selbstbeschädigung, Suizidversuche	17 (9)	22 (12)	39 (11)	n.s.
Zwanghaftes Verhalten	19 (10)	15 (9)	34 (9)	n.s.

(*p<0.05, **p<0,01, ***p<0,001)

Geschlechtsunterschiede hinsichtlich psychischer Beschwerden

Hypothese 5 postuliert, dass Frauen häufiger psychische und körperliche Beschwerden nach Extremtraumatisierung entwickeln als Männer. Zur Überprüfung dieser Hypothese hinsichtlich der psychischen Beschwerden wurde die Analyse der relativen Häufigkeiten unter geschlechtsspezifischem Schwerpunkt durchgeführt (Tabelle 21). Signifikante Unterschiede wurden mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests (Schlittgen, 1995) identifiziert. Wie in Tabelle 23 ersichtlich, zeigen sich bei einer Reihe psychischer Beschwerden signifikante Geschlechtsunterschiede. Darüber hinaus zeigen sich signifikante Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Diagnosen Posttraumatische Belastungsstörung, Depressive Episode, Somatisierungsstörung und Dissoziative Störung. In Tabelle 21 sind die geschlechtsbezogenen Häufigkeiten dieser Störungen referiert.

Tabelle 21. Geschlechtsspezifische Häufigkeiten psychischer Störungen in der Untersuchungspopulation 2004 (Mehrfachangaben sind möglich (n=364), absolute und relative Häufigkeiten, Prüfgröße Chi-Quadrat).

	Frauen (n=187)	Männer (n=177)	Gesamt (n=364)	Chi- Quadrat
Posttraumatische Belastungsstörung F43.1	133 (71)	79 (45)	212 (58)	26,237***
Somatisierungsstörung F45.0	45 (24)	14 (8)	59 (16)	17,472***
Depressive Episode F32.2	136 (73)	93 (53)	229 (63)	15,878***
Dissoziative Störung F44.8	41 (22)	20 (11)	61 (17)	7,360**

(*p<0.05, **p<0,01, ***p<0,001)

In allen Fällen signifikanter Geschlechtsunterschiede werden die jeweiligen psychischen Störungen und Beschwerden häufiger von Frauen als von Männern berichtet.

Mit Hilfe von Kreuztabellen wurde ermittelt, mit welcher Häufigkeit die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung gemeinsam mit Depressiver Episode und Angst gestellt wurden. So treten Posttraumatische Belastungsstörung und Depressive Episode in 160 Fällen gemeinsam auf (Abbildung 9, Seite 57). Posttraumatische Belastungsstörung und Angst treten in 164 Fällen gemeinsam auf.

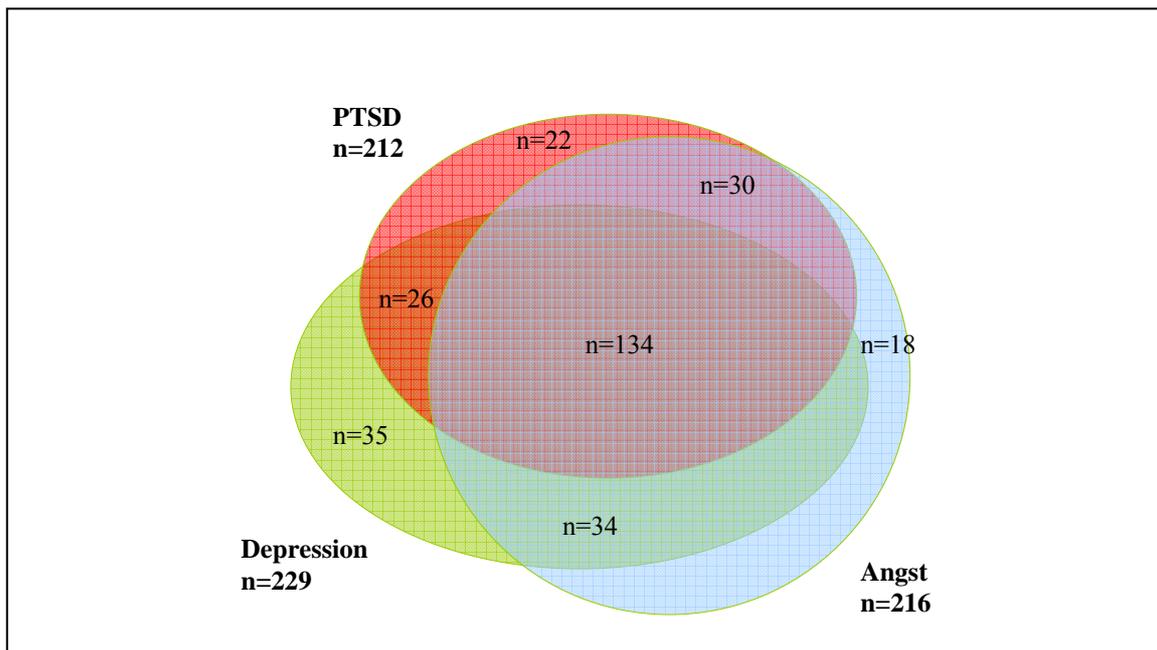


Abbildung 9. Gemeinsames Auftreten von PTSD, Depressiver Episode und angstbezogenen Beschwerden (absolute Häufigkeiten im Venn-Diagramm, n=364).

Darüber hinaus kommt die Posttraumatische Belastungsstörung häufig mit der Anpassungsstörung (51%), der Dissoziativen Störung (28%), der Somatisierungsstörung (25%), der Essstörung (22%), dem Depersonalisations-, Derealisationssyndrom (12%) sowie Suchtverhalten (5%) vor.

Körperliche Beschwerden nach Traumatisierung

Zur Überprüfung von Hypothese 4, dass nach Extremtraumatisierung körperliche Beschwerden, insbesondere Schmerzen, berichtet werden, wurde eine deskriptive Analyse aller in der Stichprobe (N=364) berichteten körperlichen Beschwerden durchgeführt. Hypothese 5 postuliert, dass Frauen häufiger psychische und körperliche Beschwerden nach Extremtraumatisierung entwickeln als Männer. Zur Überprüfung dieser Hypothese hinsichtlich der körperlichen Beschwerden wurde die Analyse der relativen Häufigkeiten unter geschlechtsspezifischem Schwerpunkt durchgeführt (Tabelle 22). Zur Identifizierung signifikanter Unterschiede wurde der Chi-Quadrat-Test (Schlittgen, 1995) eingesetzt.

Tabelle 22. Somatische Beschwerden und Schmerzen (absolute und relative Häufigkeiten und Chi-Quadrat).

	Frauen (n=187)	Männer (n=177)	Gesamt (n=364)	Chi-Quadrat
Kopfschmerzen	120 (64)	93 (53)	213 (59)	5,066*
Muskelschmerzen	45 (24)	41 (23)	86 (24)	n.s.
Herzattacken, Herzbeschwerden	53 (28)	32 (18)	85 (23)	5,351*
Schweißausbruch	48 (26)	37 (21)	85 (23)	n.s.
Magenschmerzen	44 (24)	32 (18)	76 (21)	n.s.
Tremor	48 (26)	25 (14)	73 (20)	7,558**
Atemnot in Ruhe, Atemprobleme	40 (21)	27 (15)	67 (18)	n.s.
Rückenschmerzen	28 (15)	38 (22)	66 (18)	n.s.
Narben	22 (12)	36 (20)	58 (16)	4,991*
Bauchschmerzen	28 (15)	13 (7)	41 (11)	5,294**
Schwindel	26 (14)	12 (7)	38 (10)	4,936*
Schmerz, Ruhe	17 (9)	21 (12)	38 (10)	n.s.
Sexuelle Störungen	27 (14)	7 (4)	34 (9)	11,802**
Kreislaufprobleme, Ohnmacht	23 (12)	6 (3)	29 (8)	9,844**
Schmerz, Brust	19 (10)	10 (6)	29 (8)	n.s.
Sensibilitätsstörungen, Reflexstörungen	15 (8)	13 (7)	28 (8)	n.s.
Ohrenscherzen	7 (4)	16 (9)	23 (6)	4,309*
Starker Gewichtsverlust	18 (10)	4 (2)	22 (6)	8,688**
Menstruationsstörungen	21 (11)	0	21 (6)	21,094***
Augenschmerzen, Augenprobleme	7 (4)	14 (8)	21 (6)	n.s.
Nierenschmerzen	9 (5)	10 (6)	19 (5)	n.s.
Hyperventilation	8 (4)	11 (6)	19 (5)	n.s.
Übelkeit, Erbrechen	16 (9)	3 (2)	19 (5)	8,653**
Hörprobleme	5 (3)	11 (6)	16 (4)	n.s.
Schmerzen Fußsohlen	3 (2)	13 (7)	16 (4)	7,130**
deutlich vorgealtert	10 (5)	5 (3)	15 (4)	n.s.
Neuralgische Schmerzen	6 (3)	9 (5)	15 (4)	n.s.
Krampfanfälle	7 (4)	7 (4)	14 (4)	n.s.

Tabelle 22. (Fortsetzung).

	Frauen (n=187)	Männer (n=177)	Gesamt (n=364)	Chi-Quadrat
Hautbeschwerden	4 (2)	9 (5)	13 (4)	n.s.
Schwellung Extremitäten	5 (3)	7 (4)	12 (3)	n.s.
Knochenbruch	4 (2)	8 (5)	12 (3)	n.s.
Deformation (Extremitäten)	1 (0,5)	8 (5)	9 (3)	5,988*
Zahndefekte	1 (0,5)	8 (5)	9 (3)	5,988*
Schmerzhafte Miktion	4 (2)	5 (3)	9 (3)	n.s.
Ohrgeräusche, Tinnitus	5 (3)	3 (2)	8 (2)	n.s.
Sehstörungen	3 (2)	5 (3)	8 (2)	n.s.
Lähmungen	2 (1)	4 (2)	6 (2)	n.s.
Leberbeschwerden	1 (0,5)	5 (3)	6 (2)	n.s.
Sprechstörung	3 (2)	2 (1)	5 (1)	n.s.
Krampfadern /Krampfadernbruch	1 (0,5)	3 (2)	4 (1)	n.s.
Magenblutungen	2 (1)	1 (0,6)	3 (0,8)	n.s.
Impotenz	0	3 (2)	3 (0,8)	n.s.
Abort, Abtreibung	3 (2)	0	3 (0,8)	n.s.
Sprachstörung	2 (1)	0	2 (0,5)	n.s.
HIV-Infektion	1 (0,5)	1 (0,5)	2 (0,5)	n.s.
Cerebrales Anfallsleiden	2 (1)	0	2 (0,5)	n.s.
Anämie	1 (0,5)	0	1 (0,3)	n.s.
Hirnorganische Schädigung	0	1 (0,6)	1 (0,3)	n.s.

Die deskriptive Analyse der einzelnen somatischen Beschwerden zeigt eine Vielzahl verschiedener körperlicher Beschwerden und Schmerzen. Am häufigsten kommen Schmerzen vor (Kopf-, Muskelschmerzen, Herzbeschwerden, Magenschmerzen, Rückenschmerzen), sowie körperliche Zeichen von Übererregung (Schweißausbruch, Tremor, Atemprobleme).

Geschlechtsunterschiede hinsichtlich körperlicher Beschwerden

Im Hinblick auf die Geschlechtsunterschiede (Hypothese 5) zeigt sich folgendes Bild. Obwohl Kopfschmerzen signifikant häufiger von Frauen als von Männern berichtet werden, stellen Kopfschmerzen bei beiden Geschlechtern die am häufigsten berichtete somatische

Beeinträchtigung dar (59%). Muskelschmerzen werden von 24% der Stichprobe berichtet, von beiden Geschlechtern etwa gleich häufig. Tabelle 23 gibt einen Überblick über die Geschlechtsunterschiede bei den diversen somatischen Beschwerden.

Tabelle 23. Geschlechtsunterschiede hinsichtlich körperlicher Beschwerden.

Frauen zeigen häufiger	Männer zeigen häufiger
Kopfschmerzen	Narben
Herzattacken, Herzbeschwerden	Ohrenschmerzen
Tremor	Schmerzen an den Fußsohlen
Bauchschmerzen	Deformation (Extremitäten)
Schwindel	Zahndefekte
Sexuelle Störungen	
Kreislaufprobleme, Ohnmacht	
Starker Gewichtsverlust	
Übelkeit, Erbrechen	
Menstruationsstörungen	

Insgesamt zeigt das Ergebnis sowohl somatische Beschwerden, die häufiger von Frauen berichtet werden, als auch solche, die überwiegend bei Männern auftreten.

Für eine vertiefte Betrachtung wurde mittels Kreuztabellen ermittelt, inwieweit die häufigsten Schmerzen (Kopf-, Muskel-, Rücken- und Bauchschmerzen) gemeinsam mit der Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten. Diese Analyse zeigte, dass 61% der Klienten, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, zusätzlich Kopfschmerzen berichten. Personen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung berichten zu 17% Rückenschmerzen, zu 23% Muskelschmerzen und zu 11% Bauchschmerzen. Schmerzen treten nach Extremtraumatisierung jedoch auch häufig ohne eine Posttraumatische Belastungsstörung auf. Zwischen 40% und 46% der von Kopf-, Muskel-, Rücken- und Bauchschmerzen Betroffenen zeigen keine posttraumatische Belastungsstörung.

Zusammenhang zwischen Schweregrad der Traumatisierung und Schweregrad der psychischen und körperlichen Beeinträchtigung

Hypothese 6 postuliert einen positiven Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Traumatisierung und dem Schweregrad berichteter psychischer und körperlicher Beschwerden. Zur Überprüfung dieses Zusammenhanges wurde zwischen der Summenskala der Misshandlungsarten einerseits und den Summenskalen der psychischen und somatischen Beschwerden andererseits jeweils der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet (Schlittgen, 1995). Zur Beschreibung der Bildung der Summenskalen und deren Range sei auf den Methodenteil (Seite 33) verwiesen. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Korrelationsberechnungen.

Tabelle 24. Zusammenhänge zwischen Anzahl berichteter Misshandlungsarten und Symptomatik (Pearsons Korrelationskoeffizienten, N=364).

		Anzahl psychischer Beschwerden	Anzahl somatischer Beschwerden	Anzahl Schmerzmodalitäten	Gesamtanzahl der Beschwerden
Anzahl Misshandlungen	Frauen n=187	.32**	.39**	.29**	.40**
	Männer n=177	.51**	.50**	.35**	.57**

Die Korrelationen (Pearson) sind auf dem Niveau von $p \leq 0,01$ (einseitig) signifikant.

Das Ergebnis der korrelativen Analyse zeigt signifikante positive Zusammenhänge zwischen der Anzahl berichteter Misshandlungsarten und der Anzahl berichteter psychischer Beschwerden, sowohl für Männer ($r=.51$, $p \leq 0,01$), als auch für Frauen ($r=.32$, $p \leq 0,01$). Hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen Stressorintensität (Anzahl berichteter Misshandlungen) und körperlichen Beschwerden zeigen sich ebenfalls signifikante Korrelationen im mittleren Bereich (Frauen: $r=.39$, $p \leq 0,01$; Männer: $r=.50$, $P \leq 0,01$). Eine signifikante positive Korrelation konnte auch zwischen dem Schweregrad der Traumatisierung und dem Ausmaß berichteter Schmerzen aufgezeigt werden. In Abbildung 10 sind die berichteten Zusammenhänge graphisch im Scatterplot veranschaulicht.

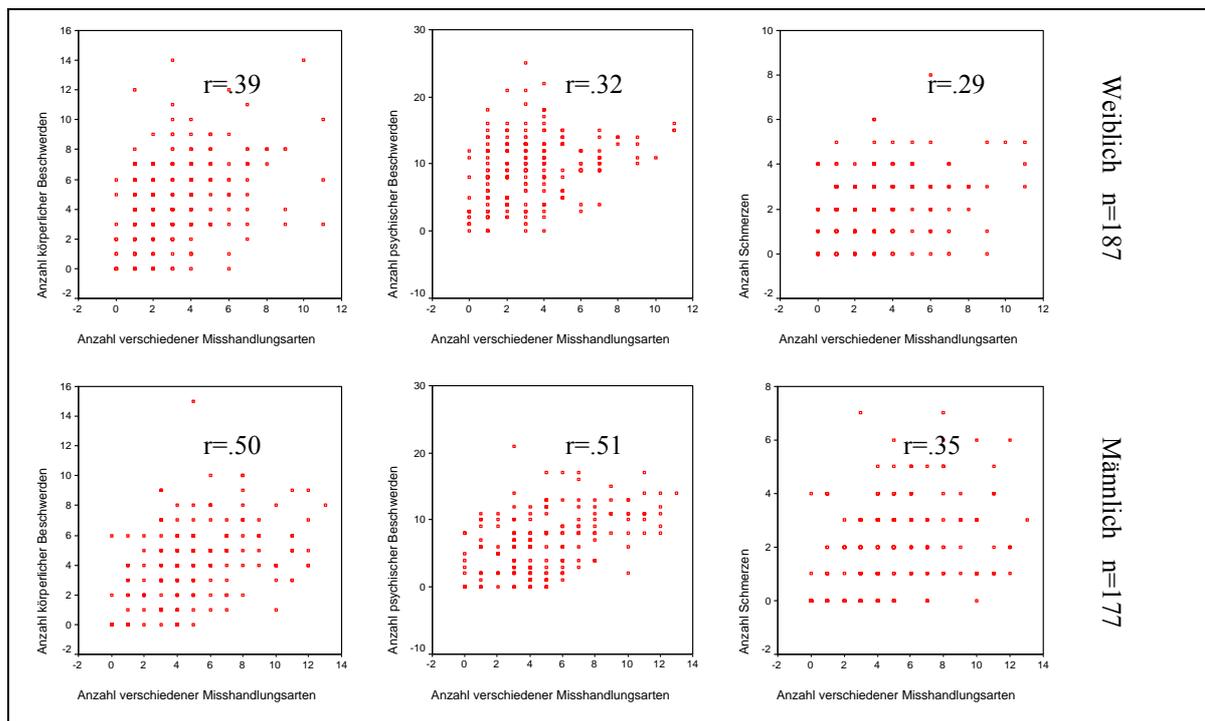


Abbildung 10. Pearson's Korrelationen zwischen Anzahl der Misshandlungsarten und Anzahl berichteter psychischer und körperlicher Symptomatik, sowie Schmerzen (N=364).

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen zeigen durchweg signifikante positive Korrelationen zwischen der Anzahl der Misshandlungsarten und der Anzahl berichteter psychischer und somatischer Beschwerden.

Zusammenhang zwischen Misshandlungsart und Schmerzen

Entsprechend Hypothese 7 wird angenommen, dass Zusammenhänge zwischen spezifischen Misshandlungserfahrungen und Schmerzen bestehen. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden alle in der Stichprobe berichteten Schmerzmodalitäten auf signifikante Beziehungen zu berichteten Misshandlungsarten hin untersucht. Die bivariaten Variablenbeziehungen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test überprüft. Das Ergebnis dieser Analyse zeigt die folgende Tabelle:

Tabelle 25. Zusammenhänge zwischen Misshandlungsart und spezifischen Schmerzen (187 Frauen und 177 Männer) Prüfgröße Chi-Quadrat.

Angegeben ist die relative Häufigkeit der von der jeweiligen Schmerzart Betroffenen im Verhältnis zur Gesamtzahl von der Misshandlungsart Betroffenen; z.B. Kopfschmerzen – Schläge auf den Kopf 73% vs. 51% bedeutet, dass 73% jener, die Schläge auf den Kopf erhielten Kopfschmerzen berichten, im Vgl. zu einer Kopfschmerzrate von 51% bei den Personen, die keine Schläge auf den Kopf erhielten.

Schmerzen	Misshandlungsart	relative Häufigkeit	Chi-Quadrat
Kopfschmerzen	Schläge auf den Kopf	73% vs. 51%	16,689***
	Sexuelle Folter	65% vs. 54%	3,954*
	Einzel- , Dunkelhaft	77% vs. 56%	6,674*
Muskelschmerzen	Schläge auf den Kopf (Männer)	33% vs. 15%	7,617**
	Fesselung (Männer)	38% vs. 20%	5,371*
	Schläge auf den Körper (Männer)	28% vs. 15%	4,010*
	Entzug von Essen und Trinken	40% vs. 22%	3,988*
Schmerzen Herz, Herzbeschwerden	Morddrohung	49% vs. 20%	19,737***
	Entzug von Essen und Trinken	52% vs. 21%	12,309***
	Untertauchen, Wasserfolter	45% vs. 22%	8,120**
	Schläge auf den Körper (Männer)	24% vs. 7%	8,711**
	Sexuelle Folter	30% vs. 19%	6,585*
	Tötung, Folterung von Angehörigen	35% vs. 13%	9,991**
	Zeuge der Folterung Anderer (Männer)	42% vs. 13%	14,442**
	Schläge auf den Kopf (Männer)	25% vs. 12%	5,046*
	Sprachlichen Foltertechniken (Männer)	34% vs. 12%	11,011**
Magenschmerzen	Schläge auf den Kopf	30% vs. 16%	10,045**
	Fesselung (Männer)	35% vs. 14%	8,421**
Bauchschmerzen	Sexuelle Folter (Frauen)	20% vs. 8%	5,039**
Rückenschmerzen	Einzel- , Dunkelhaft	40% vs. 15%	15,047***
	Haft ohne Urteil (Frauen)	34% vs. 10%	15,163***
	Sprachliche Foltertechniken (bei Frauen)	30% vs. 11%	9,597**
	Schläge auf den Körper (Frauen)	23% vs. 9%	6,221*
	Schläge auf den Kopf	25% vs. 15%	5,437*
	Fesselung (Männer)	35% vs. 18%	4,771*
Schmerzen in Ruhe	Haft ohne Urteil	19% vs. 6%	13,555***
	Sprachliche Foltertechniken	20% vs. 7%	11,322**
	Zeuge der Folterung Anderer	17% vs. 9%	4,337*
	Deprivation	19% vs. 9%	4,084*
	Schläge auf den Körper	16% vs. 5%	4,505*
Schmerzen Brust	Entkleiden	17% vs. 6%	10,313**
	Sexuelle Folter	12% vs. 6%	4,640*
	Sprachliche Foltertechniken	13% vs. 6%	4,509*

Tabelle 25. Fortsetzung

Schmerzen	Misshandlungsart	relative Häufigkeit	Chi-Quadrat
Ohrenschmerzen	Schläge auf den Kopf	13% zu 3%	13,250***
	Schläge auf den Körper	9% vs. 3%	6,017*
Schmerzen an den Fußsohlen	Schläge auf die Fußsohlen	23% vs. 2%	41,273*** ¹⁾
Augenschmerzen	Schläge auf den Kopf	10% vs. 3%	7,333**
Neuralgische Schmerzen	Schläge auf den Kopf	7% vs. 2%	4,454*

¹⁾ Eine Zelle hat eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die Ergebnisse der Chi-Quadrat –Analyse zeigen eine Vielzahl von Zusammenhängen zwischen Misshandlungsart und berichteter Schmerzmodalität. Die Zusammenhänge sind teilweise geschlechtsspezifisch. Beispielsweise zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Bauchschmerzen und vorangegangener sexueller Misshandlung nur bei Frauen, nicht bei Männern. Von 28 Frauen, die Bauchschmerzen berichten, berichten 22 (79%) sexuelle Misshandlung in der Vorgeschichte. Oder anders ausgedrückt: 20% der sexuell misshandelten Frauen berichten Bauchschmerzen, aber nur 8% der nicht sexuell misshandelten Frauen.

Ferner scheint die Misshandlungsart „Schläge auf den Kopf“ besonders häufig mit Schmerzen verschiedener Modalitäten assoziiert zu sein.

Ein hoch signifikanter Zusammenhang zeigt sich weiterhin zwischen Schmerzen an den Fußsohlen und Schlägen an den Fußsohlen (Chi-Quadrat=41,273***). 10 Personen (23%), die Schläge auf die Fußsohlen berichten, leiden unter Schmerzen an den Fußsohlen. Im Vergleich dazu leiden nur 2% der Personen, die keine Schläge auf die Fußsohlen erfahren haben unter Schmerzen an den Fußsohlen.

Länderspezifische Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung psychischer und somatischer Beschwerden

Zur Überprüfung der Hypothese 8 bezüglich länderspezifischer Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung psychischer und körperlicher Beschwerden werden Angehörige aus vier Ländern verglichen: Bosnier, Kurden, Kosovaren und Kameruner. Diese Teilstichprobe umfasst 271 Personen und wird in Tabelle 10 (Seite 34) im Methodenteil ausführlich beschrieben. Es wurde eine deskriptive länderspezifische Analyse der relativen Häufigkeiten

der psychischen und körperlichen Symptomatik durchgeführt und Abweichungen von den theoretisch bei Gleichverteilung zu erwartenden Häufigkeiten mit dem Chi-Quadrat-Test überprüft. Das Ergebnis dieser Analyse ist in Tabelle 26 dargestellt.

Tabelle 26. Länderspezifische Häufigkeiten psychischer und körperlicher Symptomatik in der Teilstichprobe (absolute und relative Häufigkeiten, standardisierte Residuen) N=271, Prüfgröße Chi-Quadrat.

Symptomatik	Bosnien n=37	Kosovo n=61	Kurden n=150	Kamerun n=23	Chi-Quadrat
PTSD F43.1	32 (87, 2.1)*	39 (64, 0.4)	84 (56, -0,7)	8 (35, -1,6)	18,323***
Erschöpfungszustand	9 (24, 2,4*)	12 (20, 2,0*)	7 (5, -2,4)	2 (9, -0,3)	17,567**
Unruhe, Nervosität	14 (38, 2,0*)	19 (31, 1,4)	28 (19, -1,0)	0 (0, -2,3*)	15,545**
Kontrollverlust, Reizbarkeit	19 (51, 0,6)	24 (39, -0,6)	75 (50, 1,0)	3 (13, -2,3*)	12,401**
Magenschmerzen	4 (11, -1,6)	18 (30, 0,9)	42 (28, 1,1)	0 (0, -2,3)	13,246**
HIV-Infektion	0 (0, -0,5)	0 (0, -0,7)	0 (0, -1,1)	2 (9, 4,4)	21,726*** ¹⁾
Schwellung der Extremitäten	0 (0, -1,3)	1 (2, -1,0)	7 (5, 0,1)	4 (17, 3,0)	11,988** ¹⁾
Narben	4 (11, -0,5)	4 (7, -1,5)	22 (15, 0,3)	7 (30, 2,2)	8,484 ¹⁾

(*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001)

¹⁾ die erwartete Häufigkeit ist kleiner 5.

Die länderspezifische Analyse der psychischen Störungen zeigte für die Posttraumatische Belastungsstörung signifikante Besonderheiten. Sie wird von Bosniern mit 87% deutlich häufiger als in den anderen untersuchten Ländern (zwischen 35-64%) berichtet. Ein Geschlechtsunterschied besteht in dieser Teilstichprobe bosnischer Klienten nicht, eine Posttraumatische Belastungsstörung wurde bei 89% der bosnischen Frauen vs. 80% der bosnischen Männer diagnostiziert. Bosnische Personen berichten darüber hinaus häufiger als die Vergleichsländer Unruhe, Nervosität und Erschöpfungszustände. Bei Kamerunern kommen im Vergleich zu den anderen untersuchten Ländern signifikant seltener Kontrollverlust und Reizbarkeit, Unruhe und Nervosität vor. Hinsichtlich der übrigen psychischen Störungen und Beschwerden lassen sich keine länderspezifischen Besonderheiten feststellen. Bezüglich der körperlichen Beschwerden zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Ländern bezüglich Magenschmerzen. Die darüber hinaus als signifikant eingestuften länderspezifischen Unterschiede bei HIV-Infektionen, Narben und Schwell-

lung der Extremitäten sind aufgrund geringer Zellbesetzungen instabil. Die Ergebnisse werden hier trotzdem referiert, weil sich systematisch Kamerun von den übrigen drei Ländern unterscheidet.

Zusammenfassung der Ergebnisse zu psychischen und körperlichen Beschwerden nach Extremtraumatisierung sowie der Zusammenhänge zu Misshandlungsarten

In der untersuchten Stichprobe werden insgesamt dreißig verschiedene Misshandlungsarten berichtet. Hinsichtlich der Häufigkeit der berichteten Misshandlungsarten zeigen sich sowohl geschlechts- als auch länderspezifische Unterschiede. Häufigste psychische Störungen in der untersuchten Gruppe Extremtraumatisierter sind Depressive Episode und Posttraumatische Belastungsstörung. Weitere psychische Störungen sind Essstörung, Dissoziative Störung, Somatisierungsstörung. Sehr selten werden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung und Suchtverhalten diagnostiziert. Darüber hinaus zeigen sich psychische Beschwerden, die über die Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung hinausgehen, zum Beispiel Suizidgedanken, Gedächtnisprobleme, Scham- und Schuldgefühle. Hinsichtlich Posttraumatischer Belastungsstörung, Somatisierungsstörung, Depressiver Episode und Dissoziativer Störung zeigen sich Geschlechtsunterschiede. Diese Störungen werden häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert. Die häufigsten körperlichen Beschwerden sind Schmerzen und körperliche Zeichen von Übererregung (Schweißausbruch, Tremor, Atemprobleme). Hinsichtlich der Ausprägung körperlicher Beschwerden und Schmerzen zeigen sich Geschlechtsunterschiede. Zwischen dem Schweregrad der Traumatisierung und dem Schweregrad der psychischen und körperlichen Beeinträchtigung zeigen sich moderate positive Korrelationen zwischen .40 (bei Frauen) und .57 (bei Männern). Bezüglich des Zusammenhanges zwischen Misshandlungsarten und berichteter Schmerzmodalitäten ergab sich eine Vielzahl –teilweise geschlechtsspezifischer- signifikanter Beziehungen. Bezüglich der Häufigkeit der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung konnten länderspezifische Besonderheiten aufgezeigt werden.

4 DISKUSSION

Fragestellungen und Hypothesen

Zur Versorgungssituation traumatisierter Flüchtlinge: Die Tätigkeit des BFU im Untersuchungszeitraum 1999-2004

Klientel der Behandlungseinrichtung

Im Untersuchungszeitraum wurden im Behandlungszentrum für Folteropfer 1481 Klienten aufgenommen. Die jährlichen Klientenzahlen schwanken in Abhängigkeit von der Anfragedichte, den Kapazitäten des BFU (Fördergelder, Therapeuten) und besonderen Behandlungsaufträgen infolge von Kriegsereignissen. Beispielsweise wurden im Jahr 2000 Kriegsflüchtlinge aus dem Kosovo im Auftrag des Innenministers behandelt und durch entsprechende Budgetierung die Arbeitskapazität des BFU in diesem Jahr erhöht.

Der Anteil von Männern bzw. Frauen an der Gesamtklientel ist relativ ausgewogen. Dennoch ist der Anteil der Frauen am Gesamtklientel hoch, wenn berücksichtigt wird, dass lediglich 32,2% aller Asylanträge in Deutschland von Frauen gestellt werden (BAMF, 2004). Entsprechend sind Frauen in dieser Studienpopulation überrepräsentiert. Eine mögliche Erklärung ist die höhere Bereitschaft von Frauen, wegen gesundheitlicher Einschränkungen Hilfe aufzusuchen.

Die Klientel des BFU ist durchschnittlich zwischen 30 und 34 Jahren alt. Die Kinder sind im Rahmen des Kosovokontingentes angemeldet worden und sind Kosovaren und Kosovoalbaner.

Herkunftsländer

Die Klientel des BFU ist aus einer Vielzahl von Herkunftsländern zusammengesetzt. Dieses breite Spektrum an Herkunftsländern verdeutlicht, dass Menschenrechtsverletzungen in vielen Ländern vorkommen. Die Mitarbeiter der Behandlungseinrichtung sind dadurch gefordert, sich flexibel auf die Angehörigen der verschiedenen Kulturen, deren jeweiliges Krankheitsverständnis und kulturspezifische Bewältigungsmechanismen einzustellen.

Hauptherkunftsländer bilden im Untersuchungszeitraum von 1999 bis 2004 durchgängig die Türkei, der Kosovo und Bosnien mit einem Anteil zwischen 68% und 82%. Die Zusammensetzung der Herkunftsländer der Klientel der Behandlungseinrichtung spiegelt den durch wirtschaftliche, soziale, politische und gesellschaftliche Verhältnisse bedingten allgemeinen Flüchtlingsstrom nach Deutschland nur verzerrt wider. Abbildung 11 zeigt die Zusammensetzung der 10 zugangsstärksten Herkunftsländer für neue Asylbewerber im Jahr 2004.

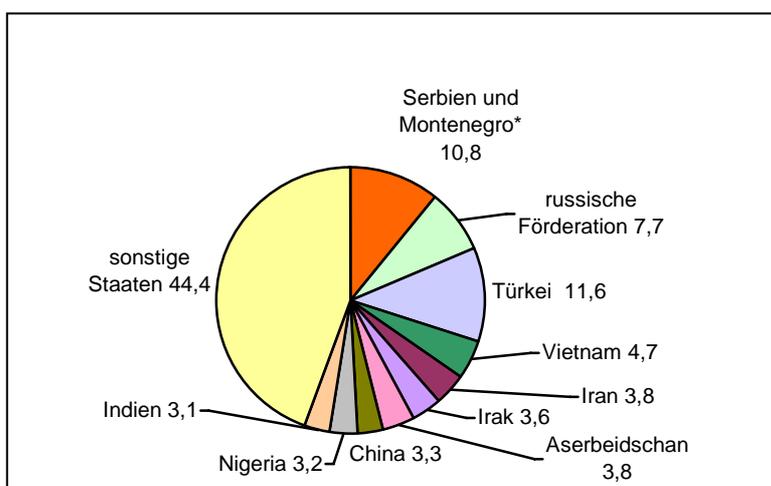


Abbildung 11. Asylersanträge Deutschland 2004: Zugangsstärkste Herkunftsländer

Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2006, S. 30 * Anmerkung: Jugoslawien: ab 04.02.2003 Serbien und Montenegro

Personen aus China oder Indien, die zu den zehn zugangsstärksten Herkunftsländern für Asylersanträge im Jahr 2004 zählten, sind unter der Klientel des BFU beispielsweise nicht vertreten. Dabei spielt unter anderem eine Rolle, dass Flüchtlinge in ihrem Heimatland in Abhängigkeit von den jeweiligen dortigen Verhältnissen traumatische Erfahrungen in unterschiedlichem Ausmaß gemacht haben und diese traumatische Erfahrung hier eine Filterwirkung insofern entfaltet, als dass sich im Behandlungszentrum Fälle mit intensiver Beeinträchtigung durch extremtraumatische Erfahrungen konzentrieren. Zudem erfordern Traumatisierungen eine meist länger dauernde Behandlung, so dass Klienten teilweise über

mehrere Jahre in der Behandlungseinrichtung versorgt werden. Auch das trägt bei der Fokussierung auf ein Jahr (2004) zu dieser Verzerrung bei.

Dolmetscher in der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen

Die therapeutische Arbeit des BFU findet in mehr als der Hälfte der Fälle mit Hilfe von Dolmetschern statt, da die Klienten von einer Behandlung in deutscher Sprache nicht oder nur in geringem Maße profitieren könnten. Diese routinierte und effiziente Zusammenarbeit mit einem großen Netz von erfahrenen Dolmetschern ermöglicht ein therapeutisches Arbeiten, dass von niedergelassenen Ärzten bzw. Psychotherapeuten in Einzelpraxen nicht erbracht werden kann.

Im Unterschied zur therapeutischen Zweierbeziehung (Patient -Therapeut) entstehen durch das triadische Beziehungssystem (Patient –Therapeut –Dolmetscher) vielfältige Besonderheiten. Beispielsweise hat der Therapeut Sorge zu tragen, dass über die therapeutische Beziehung hinaus auch zwischen Klient und Dolmetscher eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann. Emotionale Reaktionen, die im Rahmen therapeutischer Prozesse üblicherweise entstehen, sind im tryadischen System weitaus komplexer als in der Beziehungsdyade (Miller et al., 2005). Trotz besonderer Schulungen, die Dolmetscher vor Beginn ihrer Tätigkeit beim BFU erhalten, besteht für sie, ebenso wie für den Therapeuten, die Gefahr einer Sekundärtraumatisierung (Gurris, 2005). Die besondere therapeutische Situation erschwert es dem Therapeuten, Worte, Gestik und Mimik einander unmittelbar bzw. eindeutig zuzuordnen und so spontan auf den nonverbalen Ausdruck von Gefühlen einzugehen (Haenel, 1997).

Die Rolle des Dolmetschers im psychotherapeutischen Prozess wurde bislang nur in wenigen Studien untersucht. Es werden potentielle Einflussgrößen und besondere Aspekte auf der Basis von Falldarstellungen und Erfahrungsberichten diskutiert (Haenel, 1997, Miller et al., 2005, Ruf et al., 2008).

Wie die vorliegende Arbeit zeigt, ist in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten die Arbeit mit Dolmetschern notwendige und übliche Praxis. Weitere Forschung zur Psychotherapie mit Dolmetschern ist erforderlich, um therapeutische Prozesse im triadischen System effizienter gestalten und Stagnation oder Abbrüchen in der Therapie wirk-

samer begegnen zu können; aber auch um im Versorgungssystem die Forderung nach rechtlichen Grundlagen für die Finanzierung von Dolmetschern auf eine wissenschaftliche Basis stellen zu können.

Aufenthaltsrechtlicher Status

Ein beträchtlicher Teil der Klienten, die sich im BFU anmelden, befinden sich in einer befristeten oder noch unklaren Aufenthaltssituation. Männliche und weibliche Klienten sind gleichermaßen von unsicheren Aufenthaltssituationen betroffen. Ein unsicherer Aufenthalt in Deutschland hat Konsequenzen für die therapeutische Arbeit mit den Betroffenen. Die Angst vor einer Zwangsrückkehr in das als bedrohlich erfahrene Land kann bestehende psychische Beschwerden möglicherweise verstärken.

Zugangswege der Klienten zum BFU

Häufig werden die Klienten durch Rechtsanwälte an das BFU vermittelt, was für solche Erwartungshaltungen von Seiten der Klienten fördert. Beim Vergleich der verschiedenen Zugangswege zum BFU fällt auf, dass Vermittlungen durch den Arbeitskreis Asyl über den sechsjährigen Beobachtungszeitraum eher selten sind (zwischen 0,3 und 6,3%). Einen ähnlich geringen Teil nehmen Vermittlungen durch Gerichte und Kliniken ein. Anmeldungen von Klienten durch Gerichte sind in der Regel mit Gutachterkosten verbunden. Das Ergebnis zeigt, dass der Bedarf zur gutachterlichen Feststellung posttraumatischer Beschwerden gering ist. Die vergleichsweise geringe Anmeldequote durch Kliniken kann bedeuten, dass in Kliniken selten Asylbewerber wegen posttraumatischer Beschwerden behandelt werden. Wenn die stationäre Behandlung körperlicher Beschwerden im Vordergrund steht, werden posttraumatische Symptome möglicherweise übersehen, was durch sprachliche Barrieren zusätzlich erschwert werden kann. Möglicherweise ist auch der Bekanntheitsgrad des Behandlungszentrums für Folteropfer Ulm in den Kliniken der Region noch gering. Hier wäre mehr Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und Vorstellung der Arbeit des BFU nötig. Andererseits sprechen die steigenden Anmeldequoten durch Beratungsstellen für eine gute Vernetzung des BFU mit anderen ambulanten Einrichtungen.

Umfang psychotherapeutischer, sozialer und medizinischer Hilfen

Die Diagnostik posttraumatischer Beschwerden stellt im Beobachtungszeitraum den Haupttätigkeitsbereich des BFU dar. Ein moderater Teil der Klienten erhält eine traumatherapeutische Behandlung. Für die Behandlung von Folteropfern existiert derzeit noch kein standardisiertes Behandlungskonzept. Das vom BFU angebotene Spektrum sozialer und psychotherapeutischer Hilfen ist individuell und am Bedarf der einzelnen Klienten orientiert. Die Ergebnisse zeigen, dass neben der diagnostischen Abklärung am häufigsten Beratung in Form von Sozialbegleitung, Sozialberatung, Beratung vor der Anhörung, stützende Beratung und Unterstützung bei Arbeit, Wohnen, Behörden (Sozialarbeit) in Anspruch genommen werden. Hier zeigt sich, dass die Klienten einen großen Bedarf an praktischer Unterstützung bei der Bewältigung ihres Alltags und Ordnung ihres Lebens benötigen, wodurch auch eine Stabilisierung ihres gesundheitlichen Zustandes gefördert werden kann. Das Angebot an Therapieplätzen wird durch die ökonomischen Möglichkeiten der Behandlungseinrichtung bestimmt. Mit besseren finanziellen Mitteln wäre entsprechend eine umfangreichere traumatherapeutische Versorgung möglich.

Kontakt- bzw. Behandlungsdauer

Die Kontakt- bzw. Behandlungsdauer umfasst das gesamte Spektrum zwischen ein und sechs Jahren. Die Ergebnisse zeigen bei längerer Kontaktdauer (mehr als zwei Jahre) einen besonders hohen relativen Anteil verbaler traumatherapeutischer Behandlungen. Das bedeutet, dass die Behandlung posttraumatischer Störungen infolge schwerer Misshandlung eine langfristige therapeutische Einbindung erfordert. Darüber hinaus ist ein statistisch signifikanter Trend insofern erkennbar, dass es überproportional mehr Frauen sind, die langfristig in das Behandlungszentrum eingebunden sind.

Im Rahmen einer Zusatzerhebung wurde mittels Aktenstudium die Kontakthäufigkeit von Klienten in diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in 2004 ermittelt. Pro Klient ergaben sich durchschnittlich sechs Kontakte im Jahr 2004. Die Kontakthäufigkeit ist allerdings nicht gleichzusetzen mit der Anzahl der Therapiestunden. Beispielsweise nehmen Personen, die über größere Entfernungen anreisen, pro Kontakt mehrere Behandlungsstunden in Anspruch. Die Kontakthäufigkeit der deutschen Allgemeinbevölkerung zu psycho-

therapeutischer Versorgung im Regelversorgungssystem lag demgegenüber für 2004 bei durchschnittlich 2,3 Kontakten je Person (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, ISEG, 2006, S. 55).

Zusammenfassung und Ausblick bezüglich der Tätigkeit des BFU

Während des sechsjährigen Untersuchungszeitraumes nahmen 1481 Klienten die Behandlungseinrichtung außerhalb der Regelversorgung des deutschen Gesundheitssystems in Anspruch. Bei 78% der Klienten wurden Beschwerden und Behandlungsbedarf durch die Mitarbeiter des BFU diagnostisch abgeklärt. Die Mitarbeiter des BFU zeichnen sich durch ihre besondere Expertise im Erkennen und Behandeln von Traumafolgestörungen im speziellen Bereich extremtraumatisierter Flüchtlinge aus. Diese Arbeit ist gekennzeichnet durch eine große Bandbreite kultureller Bewältigungsmöglichkeiten der Traumatisierung durch den Betroffenen, mit denen Therapeuten konfrontiert werden, außerdem durch die Arbeit mit Dolmetschern, die in der Regel bei Diagnostik und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge anwesend sind, aber auch durch traumatherapeutische Arbeit mit Patienten, die bei unsicherer Aufenthaltssituation ständig von Retraumatisierung bedroht sind.

Im gesamten Untersuchungszeitraum von 1999 bis 2004 erhielten 342 Klienten (23% der Gesamtklientel) eine Traumatherapie. Im Jahr 2004 beispielsweise wiesen 55% der Klienten eine PTSD (F43.1) und 60% der Klienten eine Depression (F32.2) auf. Demgegenüber stehen in diesem Jahr 27% Klienten in traumatherapeutischer Behandlung. Durch die Arbeit der Behandlungseinrichtung außerhalb des deutschen Regelversorgungssystems ist das BFU auf Spenden und Fördergelder angewiesen. Eine verbesserte ökonomische Situation würde es der Behandlungseinrichtung ermöglichen, eine größere Zahl von Therapieplätzen anzubieten.

Das BFU leistete in den vergangenen Jahren einen enormen Beitrag, um die Versorgungslücke, die für traumatisierte Asylbewerber besteht, zu schließen. Die vorliegenden Ergebnisse sind von gesundheitspolitischer Relevanz, da sie aufzeigen, dass ein weiterer Ausbau des therapeutischen Angebotes für Extremtraumatisierte nötig ist, um den tatsächlichen Behandlungsbedarf zu decken. Eine adäquate psychosoziale Versorgung traumatisierter Flüchtlinge wird bislang nur bei einem Teil der betroffenen Klienten erreicht.

Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Herkunftsland bzw. Geschlecht und Art der Misshandlung sowie psychischen und körperlichen Beschwerden Extremtraumatisierter

Zu den Geschlechtsspezifischen Unterschieden hinsichtlich der Misshandlungsarten

Hypothese 1: Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Mißhandlungsarten.

Die berichteten Ergebnisse bestätigen die Annahme geschlechtsspezifischer Misshandlungen hinsichtlich sexueller Folter und Entkleiden. Mehr als dreimal so viele Frauen als Männer berichten in der vorliegenden Studie sexuelle Folter. Aber auch Männer sind mit 19% häufig Opfer sexueller Gewalt. Dies steht im Einklang mit den beiden zum Thema existierenden empirischen Studien (Allodi & Stiasny, 1990, Hooberman, 2007). Demnach erfahren Frauen signifikant mehr Traumen als Männer im Bereich Vergewaltigung / sexuelle Gewalt ($t(314)=5,34, p<0.0001$) (Hooberman, 2007). Angaben über die Häufigkeitsverteilung macht Hooberman in seiner Publikation leider nicht. Allodi & Stiasny (1990) berichten im Rahmen einer retrospektiven Studie mit einem Stichprobenumfang von je 28 Männern und Frauen von 12 Frauen vs. 5 Männern, die Vergewaltigung erfuhren.

Eine Reihe weiterer Misshandlungsarten werden in der vorliegenden Studie signifikant häufiger von Männern berichtet. Allodi & Stiasny (1990) zeigen, dass Männer signifikant häufiger Deprivation, körperlichen Misshandlungsarten, wie Schlägen, Aufhängen, Verbrennungen und Elektroschocks ausgesetzt sind als Frauen. Hinsichtlich psychologischer Foltermethoden (sprachliche Foltertechniken, Zeuge der Folterung Anderer, Misshandlung mit Fäkalien) finden Allodi & Stiasny (2003) keinen Geschlechtsunterschied. Dies entspricht auch den hier berichteten Ergebnissen. Im Gegensatz zu Allodi & Stiasny (2003) findet die vorliegende Studie bei Scheinhinrichtung einen deutlichen signifikanten Geschlechtsunterschied.

Ein Geschlechtsunterschied kann zusätzlich hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl berichteter verschiedener Misshandlungsarten festgestellt werden. Hier berichten Männer signifikant mehr verschiedener Misshandlungsarten. Dies muss jedoch nicht im Widerspruch damit stehen, dass Frauen häufiger traumatischen Ereignissen ausgesetzt sind als Männer (Breslau, 2002). Die vorliegenden Daten erlauben keine Aussagen über die Anzahl erfahrener

Misshandlungsereignisse, sondern über die Anzahl erfahrener *verschiedener* Misshandlungsarten, was vermutlich zu einer Unterschätzung hinsichtlich der kumulativen Anzahl erfahrener Misshandlungsereignisse führt.

Zu den Länderspezifischen Unterschieden hinsichtlich der Misshandlungsarten

Hypothese 2: Es gibt regionale Unterschiede hinsichtlich der Misshandlungsarten.

Die Ergebnisse stützen die Annahme länderspezifischer Bevorzugungen von Misshandlungsarten hinsichtlich sexueller Folter und Entkleiden, Schlägen auf den Kopf, Haft ohne Urteil, sprachlichen Foltertechniken, sowie der Tötung / Folterung von Angehörigen und der Zeugenschaft der Folterung Anderer. Dieses Ergebnis kann mit den beiden existierenden empirischen Studien zu länderspezifischen Foltermethoden nur bedingt verglichen werden, da eine andere Methodik eingesetzt wird und andere Länder verglichen werden. Moisander & Edston (2003) fanden für Bangladesh („Roller“) und Peru („Telefono“) länderspezifische Misshandlungsarten. Derartige exklusive länderspezifische Foltermethoden können in der vorliegenden Arbeit nicht festgestellt werden. Hier muss allerdings die relativ enge geographische Lage der betrachteten Länder (mit Ausnahme von Kamerun) im Vergleich zu Moisander & Edston (2003) in Betracht gezogen werden. Regionale oder kulturelle Einflüsse auf die Misshandlungsarten könnten hier verschwommen sein. Die von Hooberman (2007) gefundene Bevorzugung der Misshandlungsart „Zeuge der Folterung Anderer“ durch Afrikaner kann anhand der vorliegenden kleinen Stichprobe der Kameruner (n=23) nicht bestätigt werden.

Bezüglich der Häufigkeit berichteter Schläge auf den Körper stehen die Ergebnisse im Einklang mit der Literatur (Rasmussen, 1990, Moisander & Edston, 2003), wonach Schläge in irgendeiner Form zu den weltweit am häufigsten angewandten Misshandlungsarten gehören und auch in der vorliegenden Arbeit erwartungsgemäß keine länderspezifische Bevorzugung festgestellt wurde.

Interessanterweise zeigte sich, dass sexuelle Folter und Entkleiden von BosnierInnen signifikant seltener berichtet werden, als aufgrund der Stichprobengröße bei einer Gleichverteilung der Misshandlungsarten zu erwarten wäre. Das kann einerseits entsprechend der Hypothese länderspezifischer Bevorzugungen so interpretiert werden, dass beide Misshandlungsarten

bei bosnischen Personen seltener vorkommen als in den anderen drei untersuchten Ländern. Andererseits würden die vorangegangenen bekannten Massenvergewaltigungen im Rahmen des Bosnienkrieges 1992-1995 ein anderes Bild vermuten lassen. Leider ist in den vorliegenden Daten keine Information über die zeitliche Einordnung der erfahrenen Traumatisierung enthalten. Möglicherweise besteht die untersuchte Population von 2004 tatsächlich aus Personen, die keine sexualisierte Gewalt erfahren haben. Allerdings scheinen BosnierInnen zu einem Underreporting bezüglich Vergewaltigung und psychischen Beschwerden zu tendieren (Friedrich, 1999). Möglicherweise ist sexuelle Folter also bei BosnierInnen ein extrem großes Tabu, so dass über die traumatische Erfahrung nicht berichtet werden kann. Da die wenigen Berichte sexueller Gewalt ausschließlich von bosnischen Frauen stammen, scheint dieses Tabu bei männlichen bosnischen Personen noch größer zu sein.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch folgendes Ergebnis: Bei Kurden unterscheiden sich vier Misshandlungsarten (Schläge auf den Kopf, Haft ohne Urteil, sprachliche Foltertechniken und Entkleiden) signifikant von den bei Gleichverteilung unter Berücksichtigung der Stichprobengröße zu erwartenden Werten. Überraschenderweise werden alle vier Misshandlungsarten wesentlich häufiger als erwartet berichtet.

Die Ergebnisse zeigen, dass Folterer anscheinend bei der Wahl ihrer Methoden das Geschlecht des Opfers beachten und in den verschiedenen Ländern teilweise unterschiedliche Misshandlungsarten bevorzugt werden. Insofern sollten Studien an Folterüberlebenden neben dem Herkunftsland immer auch das Geschlecht der Studienteilnehmer berücksichtigen und Ergebnisse geschlechtsbezogen referieren. Bei der Diagnostik posttraumatischer Beschwerden, insbesondere der Erhebung der Traumageschichte kann das Wissen um die Existenz geschlechts- und länderspezifischer Misshandlungsarten hilfreich, z.B. durch gezieltes Nachfragen, genutzt werden.

Studien geben Hinweise darauf, dass mit spezifischen Traumen unterschiedliche konditionale Wahrscheinlichkeiten, eine PTSD zu entwickeln verbunden sind (Kessler et al., 1995, Breslau et al., 1998, Perkonig et al., 2000, Creamer et al., 2001). Insofern können Geschlechtsunterschiede und regionale Besonderheiten bezüglich der Misshandlungsarten un-

terschiedliche Prävalenzen posttraumatischer Beschwerden bei Männern und Frauen mitbedingen.

Zu den psychischen Beschwerden nach Extremtraumatisierung

Hypothese 3: Extremtraumatisierte zeigen psychische Beschwerden, die über die Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung hinausgehen.

In der 364 Personen umfassenden Stichprobe zeigen 212 Personen (58%) eine Posttraumatische Belastungsstörung. Weitere psychische Störungen konnten identifiziert werden: Depressive Episode (63%), Anpassungsstörung/ Kommunikationsstörung (34%), Essstörung (18%), Dissoziative Störung (17%), Somatisierungsstörung (16%), Depersonalisations-/ Derealisierungssyndrom (10%), Suchtverhalten (5%), Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extremtraumatisierung (4%), akute Belastungsreaktion (0,3%).

Folgende psychische Beschwerden werden berichtet, die nicht im Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung berücksichtigt werden: Suizidgedanken (35%), Gedächtnisprobleme (32%), Scham- und Schuldgefühle (17%), Selbstunsicherheit, Wertlosigkeit (16%), Desorientierung / Hilflosigkeit / Wahnvorstellungen (14%), Selbstbeschädigung / Suizidversuche (11%), Erschöpfungszustand (10%), Hassgefühle (9%), Zwanghaftes Verhalten (9%), Psychogene Anfälle / Ohnmacht (8%), Verfolgungsgedanken (7%), Identitätsprobleme (3%).

Die Hypothese 3 kann somit beibehalten werden. In der Untersuchungsstichprobe von 364 extremtraumatisierten Personen werden psychische Beschwerden berichtet, die über die Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung hinausgehen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die PTSD (58%) und die Depressive Episode (63%) die am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen in der untersuchten Gruppe Extremtraumatisierter sind. Eine ähnlich hohe PTSD-Prävalenzrate von 53% zeigt sich in einer Gruppe von 34 in Deutschland lebenden gefolterten iranischen Flüchtlinge (Priebe & Esmaili, 1997). Werden nur Behandlungssuchende berücksichtigt, steigt die PTSD-Prävalenz auf 83% an (Priebe & Esmaili, 1997), allerdings bei einem äußerst kleinen Stichprobenumfang von N=12. Eine PTSD-Prävalenz von 40% zeigt sich in einer repräsentativen Untersuchung von 76 Asylbewerbern in Deutschland (Gäbel et al., 2005). Die Depressive Episode ist die häu-

figste Diagnose in der untersuchten Klientenpopulation. Damit wird die Annahme Mollicas (Mollica, 2004) gestützt, der vermutete, nach Traumatisierung sei nicht die Posttraumatische Belastungsstörung, sondern die Depression das häufigste Störungsbild.

Bei der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Population handelt es sich um eine multikulturelle selegierte Gruppe Behandlungssuchender Klienten eines spezialisierten Behandlungszentrums. Erstmals werden für Deutschland Prävalenzzahlen berichtet, die anhand einer größeren Gruppe Extremtraumatisierter (N=364) ermittelt wurden.

Vielfältigkeit der psychischen Symptomatik nach Extremtraumatisierung

Die vorliegenden Ergebnisse deuten daraufhin, dass sich nach Traumaexposition distinkte psychische Störungen entwickeln können. Breslau (2002) postuliert, dass traumatische Ereignisse eine Diathesis (Krankheitsneigung) sowohl für eine Posttraumatische Belastungsstörung als auch für andere Krankheiten induzieren. Entsprechend können Extremtraumatisierte eine PTSD, aber auch andere Krankheiten, wie Depression oder Abhängigkeitserkrankung, abhängig von den vorbestehenden Vulnerabilitäten entwickeln.

In der vorliegenden Arbeit konnten bei 160 Personen der Stichprobe (44% von n=364) sowohl eine Posttraumatische Belastungsstörung, als auch eine Depressive Episode diagnostiziert werden. Komorbidität mit PTSD könnte entsprechend das Nebeneinanderbestehen verschiedener Diathesen widerspiegeln. Komorbidität zeigt sich auch zwischen PTSD und Dissoziativer Störung, sowie PTSD und Somatisierungsstörung.

Eine andere Hypothese besagt, die vielfältige psychische Symptomatik nach Traumatisierung könnte den unterschiedlichen phänomenologischen Ausdruck der gleichen zugrunde liegenden Pathophysiologie widerspiegeln (Friedmann, 1990). Es könnte sich demnach um psychische Beschwerden handeln, die die Kernproblematik der Posttraumatischen Belastungsstörung in unterschiedlicher Ausprägung begleiten. Ergebnisse aus der neurobiologischen Forschung geben Hinweise darauf, dass sich die neurobiologischen Korrelate einer Depression vom neurobiologischen Muster der Posttraumatischen Belastungsstörung, die mit Depression gemeinsam auftritt unterscheiden (Yehuda et al., 1993, Friedman & Yehuda, 1995). Friedman & Yehuda (1995) verglichen MDE, PTSD und GAD (generalisierte

Angststörung) hinsichtlich verschiedener Neurohormone (Katecholamine, Kortisol, Testosteron, Acetylcholin, Endorphine, Thyroid) sowie weiterer physiologischer Parameter. Der Dexamethasone Suppression Test untersucht die Fähigkeit, Kortisol nach Gaben von Dexamthasone zu unterdrücken. Im Dexamethasone Suppression Test zeigten sich bezüglich PTSD und MDE gegensätzliche Wirkungen. PTSD- Patienten zeigen eine Hypersuppression von Kortisol, während MDE- Patienten keine suppressive Reaktion zeigen (Friedman & Yehuda 1995). Patienten, die sowohl eine PTSD als auch eine Depression aufweisen, zeigten ebenfalls eine hypersuppressive Reaktion im Dexamethasone Suppression Test (Yehuda et al., 1993). Aus diesen Ergebnissen könnte man schließen, dass es sich bei der Doppeldiagnose Depression und Posttraumatische Belastungsstörung eher um eine Posttraumatische Belastungsstörung mit begleitender depressiver Symptomatik als um eine „echte“ Komorbidität handelt. Andererseits könnte dieser Test zur differentialdiagnostischen Einordnung der Symptomatik nach Traumatisierung herangezogen werden. Hierzu wäre zunächst noch weitere Forschung in diesem speziellen neurobiologischen Bereich der Posttraumatischen Belastungsstörung notwendig.

Als weitere Möglichkeit zur Erklärung des breiten Spektrums psychischer Beschwerden nach Extremtraumatisierung kommen prätraumatisch bereits bestehende psychiatrische Krankheiten in Betracht. Vorbestehende psychiatrische Erkrankungen erhöhen sowohl das Risiko, einem traumatischen Ereignis ausgesetzt zu werden, als auch das Risiko, infolge des Traumas eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln (Breslau, 2002). Zum Beispiel erhöhen Abhängigkeitserkrankungen (z.B. Drogenmissbrauch) die Wahrscheinlichkeit für PTSD, weil damit ein Lebensstil verbunden ist, der ein höheres Risiko, Gewalt zu erfahren birgt (Breslau, 2002). Umgekehrt ist mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung auch ein höheres Risiko verbunden, eine MDE zu entwickeln (Breslau et al., 1997, Breslau et al., 2000). Hier ist am ehesten McLeod's (2001) „consequence of PTSD hypothesis“ (S. 261) einzuordnen, nach der die Posttraumatische Belastungsstörung ein kausaler Risikofaktor für andere psychiatrische Krankheiten sein könnte. Alkohol und Drogen vermindern im Sinne einer Selbstmedikation die intrusiven und Übererregungssymptome der PTSD und helfen als Teil des Vermeidungsverhaltens Gefühle und Bilder, die mit der

traumatischen Erfahrung verbunden sind, zu unterdrücken. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für eine Abhängigkeitserkrankung.

Nur auf der Basis eines längsschnittlichen Studiendesigns sind Aussagen über solche kausalen Zusammenhänge ableitbar. Die vorliegende Arbeit kann einen solchen Beitrag nicht leisten. Theoretisch wäre es denkbar, eine Kohorte Behandlungsuchender Klienten des Behandlungszentrums für Folteropfer über einen längeren Zeitraum zu beobachten, um Informationen über den zeitlichen Verlauf des Beschwerdebildes zu erlangen. Praktisch limitieren ethische Probleme die Umsetzung eines solchen längsschnittlichen Studiendesigns am Behandlungszentrum, da die psychotherapeutische Behandlung das Beschwerdebild beeinflusst und nicht vorenthalten werden kann. Darüber hinaus suchen Klienten das Behandlungszentrum meist zu einem Zeitpunkt auf, an dem schon ein vielfältiges Symptommuster besteht.

Zu den somatischen Beschwerden nach Extremtraumatisierung

Hypothese 4: Extremtraumatisierte zeigen körperliche Beschwerden, insbesondere Schmerzen.

Als häufigste Schmerzen kommen Kopfschmerzen (59%) vor, weiterhin Muskelschmerzen (24%), Schmerzen im Zusammenhang mit dem Herzen (23%), Magen- (21%) und Rückenschmerzen (18%). Dies stimmt mit bisherigen Studienergebnissen an Folterüberlebenden überein, nach denen ebenfalls Kopf- und Rückenschmerzen und Schmerzen muskuloskeletaler Art als häufigste somatische Beeinträchtigung auftreten (Quiroga & Jaranson, 2005, Thomsen et al., 1997, Bradley & Tawfiq, 2006, Rasmussen, 1990, Traue et al., 1997, Moisander & Edston, 2003, Forrest, 1995, Thomsen et al., 1997, Shresta et al., 1998, Olsen et al., 2006).

Zum Teil treten Schmerzen gemeinsam mit der Posttraumatischen Belastungsstörung auf. Möglicherweise besitzen Schmerzen und PTSD eine gemeinsame ätiologische Grundlage (Asmundson, 2002, Sharp & Harvey, 2001). Das Modell der geteilten Vulnerabilität (Asmundson et al., 2002) geht davon aus, dass das Ausmaß der Angstbereitschaft einer Person prädispositionierend an der Entwicklung von PTSD und chronischem Schmerz beteiligt ist. Personen mit hoher Angstbereitschaft reagieren auf körperliche Angstsymptome, wie Herz-

klopfen und Atemlosigkeit eher ängstlich und nehmen diese als Gefahrensignale wahr. Erfahren Personen mit hoher Angstbereitschaft traumatische Ereignisse oder Schmerz (oder beides) reagieren sie mit größerer Furcht als solche mit niedriger Angstbereitschaft. Diese Tendenz, mit Furcht auf körperliche Symptome zu reagieren, wird als gemeinsame Vulnerabilität angesehen, die die Entwicklung, sowohl von PTSD als auch von chronischen Schmerzen begünstigt. Zur Alarmreaktion auf den traumatischen Stressor kommt die stärkere Reaktion auf körperliche Angstsignale hinzu, was eine stärkere emotionale Reaktion zur Folge hat und die Entwicklung einer PTSD begünstigt. Bezüglich Schmerz's erhöhen Angstsignale Furcht und fördern Vermeidung von Aktivitäten, die Schmerz induzieren könnten. Furcht und Vermeidungsverhalten führen zu anhaltendem chronischen Schmerz. Sowohl Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung als auch Schmerzpatienten weisen ein hohes Niveau kognitiver Aktivität auf und zeigen in erhöhtem Maße katastrophisierende Gedanken. Dadurch könnte die kognitive Kapazität limitiert und Entwicklung funktionaler Strategien zur Schmerzkontrolle eingeschränkt sein (Otis et al., 2003). Über Schmerzen hinaus wird eine Vielzahl weiterer somatischer Beschwerden berichtet. Am häufigsten treten Schweißausbruch, Tremor und Narben auf.

Das Ergebnis zeigt, dass Extremtraumatisierte eine Vielzahl körperlicher Beschwerden und besonders häufig Schmerzen berichten. Hypothese 4 kann somit beibehalten werden.

Zu Geschlechtsspezifika hinsichtlich psychischer und körperlicher Beschwerden nach Extremtraumatisierung

Hypothese 5: Frauen entwickeln häufiger als Männer psychische und körperliche Beschwerden nach Extremtraumatisierung.

Bezüglich psychischer Störungen zeigen sich Geschlechtsunterschiede hinsichtlich Posttraumatischer Belastungsstörung, Depressiver Episode, Somatisierungsstörung und Dissoziativer Störung. Darüber hinaus konnten bei Angst/ Belastende Gedanken/ Phobie, Scham- und Schuldgefühlen, Erschöpfungszustände, Suizidgedanken, Selbstunsicherheit / Wertlosigkeit, Unruhe/ Nervosität, Intrusionen, Schreckhaftigkeit, Psychogene Anfälle / Ohnmacht, Schlafstörungen, Alpträume, Antriebs-/ Konzentrations-/ Teilnahmslosigkeit/ Rückzug signifikante Geschlechtsunterschiede festgestellt werden. Diese Störungen und Symptome wurden in der

untersuchten Population Extremtraumatisierter deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert.

Damit dokumentiert dieses Ergebnis den Einfluss des Geschlechtes auf die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung, insbesondere auf die Intrusions- und Übererregungssymptome. Bezüglich der Posttraumatischen Belastungsstörung zeigt sich ein Geschlechtseinfluss insofern, als Intrusions- und Übererregungssymptome häufiger von Frauen als Männern berichtet werden und die Störung häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert wird.

Bezüglich somatischer Beschwerden ist der Geschlechtseinfluss ebenfalls vorhanden, allerdings weniger eindeutig. Es konnte gezeigt werden, dass Kopfschmerzen, Herzattacken/ Herzbeschwerden, Tremor, Bauchschmerzen, Schwindel, Sexuelle Störungen, Kreislaufprobleme/ Ohnmacht, Starker Gewichtsverlust, Übelkeit/ Erbrechen signifikant häufiger berichtet werden. Bei Männern zeigen sich Narben, Ohrenschmerzen, Schmerzen an den Fußsohlen, Deformation (Extremitäten) und Zahndefekte signifikant häufiger bei Männern als bei Frauen.

Damit kann Hypothese 5 bezüglich psychischer Beschwerden beibehalten werden. Sofern Geschlechtsunterschiede identifiziert werden können, werden diese psychischen Beschwerden häufiger von Frauen berichtet als von Männern. Bezüglich somatischer Beeinträchtigungen kann Hypothese 5 nicht beibehalten werden.

Zum Zusammenhang zwischen Traumaschwere und Symptomschwere

Hypothese 6: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Traumatisierung und dem Schweregrad berichteter psychischer und somatischer Beschwerden.

Das vorliegende Ergebnis zeigt moderate Korrelationen zwischen der Anzahl berichteter Misshandlungsarten einerseits und der Anzahl berichteter psychischer Beschwerden, somatischer Beschwerden und Schmerzen andererseits.

Je mehr Misshandlungsarten berichtet werden, desto mehr psychische und körperliche Beschwerden und Schmerzen werden berichtet. Diese Zusammenhänge zeigen sich sowohl bei Männern, als auch bei Frauen. Damit stützen die Ergebnisse die eingangs formulierte Hypothese 6.

Bezüglich des Zusammenhanges zwischen Traumaschwere und psychischer Symptomatik lässt sich das vorliegende Ergebnis in bestehende Studienergebnisse einordnen, denen zufolge eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Stressorintensität und Schweregrad der PTSD-Symptome als gesichert gilt (Quiroga & Jaranson, 2003, Johnson & Thompson, 2008). Die vorliegenden Ergebnisse können darüber hinaus das Spektrum dieses bereits bekannten Zusammenhanges insofern erweitern, als ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl erlebter Misshandlungsarten und der Anzahl berichteter körperlicher Beschwerden ($r_{\text{Pearson (Männer)}} = .50^{**}$, $r_{\text{Pearson (Frauen)}} = .39^{**}$), sowie der Anzahl berichteter Schmerzen ($r_{\text{Pearson (Männer)}} = .35^{**}$, $r_{\text{Pearson (Frauen)}} = .29^{**}$) aufgezeigt werden konnte.

Zum Zusammenhang zwischen Misshandlungsart und Schmerzen

Hypothese 7: Es besteht ein Zusammenhang zwischen spezifischen Misshandlungserfahrungen und Schmerzen.

Das Ergebnis der umfangreichen Analyse aller berichteten Schmerzmodalitäten auf Zusammenhänge zu den Misshandlungsarten ergab eine Vielzahl signifikanter Beziehungen. Es zeigen sich teilweise Zusammenhänge, bei denen die Vermutung nahe liegt, dass die Schmerzen direkte Folge der Misshandlung und damit verbundener Läsionen oder anhaltender Verletzungen sein könnten. Darüber hinaus zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen Schmerzen und Misshandlungsarten, die es unwahrscheinlich erscheinen lassen, dass die Schmerzen direkte Folge einer Organverletzung im Rahmen der Misshandlung sind. Tabelle 27 zeigt den Versuch der Zuordnung identifizierter signifikanter Zusammenhänge zu einer von diesen beiden Kategorien.

Tabelle 27. Zusammenhänge zwischen Misshandlungsart und Schmerz.

Schmerzen als direkte Folge der Misshandlung möglich	Schmerzen als direkte Folge der Misshandlung unwahrscheinlich
Bauchschmerzen – sexuelle Folter	Kopfschmerzen – sexuelle Folter
Schmerzen an den Fußsohlen - Schläge auf die Fußsohlen	Schmerzen Herz – Morddrohung, sexuelle Folter, sprachliche Foltertechniken, Tötung, Folterung von Angehörigen, Zeuge der Folterung Anderer
Rückenschmerzen – Schläge auf den Körper, -Fesselung	Magenschmerzen – Schläge auf den Kopf
Kopfschmerzen – Schläge auf den Kopf	Rückenschmerzen – sprachliche Foltertechniken
Muskelschmerzen – Schläge auf den Körper, -Fesselung	Schmerzen Brust – Entkleiden, sprachliche Foltertechniken
Schmerzen in Ruhe – Schläge auf den Körper	
Schmerzen Brust – Sexuelle Folter	

Schmerzen als direkte Folge von Misshandlungen und damit verbundenen Organverletzungen wurden bereits in anderen Studien beschrieben (Rasmussen, 1990, 2005, Jacobson & Smidt-Nielsen, 1997). Insofern lässt sich ein Teil der Ergebnisse in die bereits vorhandene Studienlage einordnen: Extremtraumatisierte leiden an Schmerzen, die sich mit einiger Wahrscheinlichkeit auf die erfahrenen Misshandlungen zurückführen lassen. Es kann hier davon ausgegangen werden, dass erfahrene Misshandlung und Folter nachhaltige Gewebeschäden, die mit Schmerzen verbunden sind, bewirkt hat. Das Ergebnis spricht weiterhin dafür, dass ein Teil der berichteten Schmerzen nur unwahrscheinlich direkte Folge der Misshandlungen sein kann (siehe Tabelle 27), beispielsweise bei dem Zusammenhang zwischen Kopfschmerzen und sexueller Folter oder Rückenschmerzen und sprachlichen Foltertechniken. Diese Zusammenhänge werden mutmaßlich durch psychologische Faktoren vermittelt. So könnten diese Schmerzen als Konversionssymptome betrachtet werden. Schmerzen stellen so für den Betroffenen eine Möglichkeit dar, psychischen Stress zu bewältigen. Gefühle von Angst, Wut, Verzweiflung, Scham oder Ekel beispielsweise, die der Betreffende nicht ertragen kann, werden auf unbewusster Ebene mit Hilfe eines körperlichen Symptoms, nämlich dem Schmerz, neutralisiert (Adler, 1990, S.467). Konversion ist insofern eine Erklärungsmöglichkeit für zunächst unerwartet erscheinende Zusammenhänge zwischen Schmerzen und Misshandlungsarten. Ein weiterer Aspekt soll noch ergänzt werden. Psychisches Leiden kann Qualitäten annehmen, die nicht in Worte gekleidet werden können, sei es, weil die Muttersprache keine Begrifflichkeiten dafür kennt oder weil kulturelle Tabus Schranken auferlegen. Hier kann Schmerz eine Möglichkeit bieten, die erlittene Misshandlung auszudrücken. Das bedeutet für wissenschaftliche Studien, dass Berichte von Schmerz auf der einen Seite vorhanden wären – die Berichte zu erfahrenen Misshandlungen jedoch fehlen würden und demzufolge keine Zusammenhänge zu spezifischen Misshandlungen aufgezeigt werden können.

Das hier vorliegende Ergebnis spricht dafür, dass Hypothese 7 beibehalten werden, da zwischen spezifischen Misshandlungserfahrungen und Schmerzmodalitäten signifikante Zusammenhänge aufgezeigt werden konnten.

Zu länderspezifischen Unterschieden hinsichtlich psychischer und körperlicher Beschwerden nach Extremtraumatisierung

Hypothese 8: Es bestehen länderspezifische Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung psychischer und somatischer Beschwerden nach Extremtraumatisierung.

Die länderspezifischen Prävalenzzahlen für die Posttraumatische Belastungsstörung variieren zwischen den untersuchten Ländern zwischen 35% und 87%. Hinsichtlich der Ausprägung einzelner psychischer Beschwerden zeigen sich bezüglich Kontrollverlust, Reizbarkeit, Unruhe, Nervosität und Erschöpfungszustand länderspezifische Besonderheiten. Bezüglich somatischer Beschwerden und Schmerzen zeigen die Ergebnisse bei Magenschmerzen einen länderspezifischen Einfluss. Weitere signifikante Zusammenhänge konnten nicht identifiziert werden. Insofern kann Hypothese 8 hinsichtlich der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie Kontrollverlust, Reizbarkeit, Unruhe, Nervosität und Erschöpfungszustand und bezüglich Magenschmerzen beibehalten werden. Aus den Ergebnissen lassen sich zwei interessante Tendenzen ablesen: Bosnier berichten PTSD und psychische Beschwerden häufiger als Angehörige der Vergleichsländer (Kosovaren, Kurden, Kameruner). Kameruner berichten PTSD, psychische Beschwerden und Magenschmerzen seltener als Angehörige der Vergleichsländer (Bosnier, Kosovaren, Kurden).

Die Ergebnisse weisen auf länderspezifische Einflüsse hin, die nicht vernachlässigbar sind. Allerdings sind weitere Studien mit einem größeren regionalen Spektrum, sowie größeren Fallzahlen für eine weitere Untersuchung länderspezifischer Besonderheiten nötig.

Zusammenfassende Beurteilung der Hypothesen 1-8

In Hypothese 1 und 2 wurden die Annahmen formuliert, dass die berichteten Misshandlungsarten durch das Geschlecht und das Herkunftsland der Betroffenen beeinflusst werden. Die vorliegenden Ergebnisse stützen diese Hypothesen.

Hypothese 3 postulierte, dass psychische Beschwerden berichtet werden, die über die Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung hinausgehen. Auch diese Hypothese wird durch die Ergebnisse dieser Arbeit gestützt. Die Fokussierung auf die Posttraumatischen Belastungsstörung ist unzulässig und vernachlässigt den Blickwinkel auf das breite Spektrum

psychischer und körperlicher Beschwerden, insbesondere Schmerzen, das nach Extremtraumatisierung berichtet wird.

Hypothese 4 kann ebenso beibehalten werden. Extremtraumatisierte zeigen als häufigste körperliche Konsequenz Schmerzen und darüber hinaus eine Vielzahl weiterer somatischer Beeinträchtigungen.

Entsprechend Hypothese 5 wird davon ausgegangen, dass Frauen häufiger als Männer psychische und körperliche Beschwerden nach Extremtraumatisierung zeigen. Diese Hypothese kann nur in Hinblick auf die psychischen Beschwerden beibehalten werden. Es konnten eine Reihe körperlicher Beschwerden aufgezeigt werden, die von Männern häufiger berichtet werden.

Die Hypothesen 6 und 7 postulieren Zusammenhänge zwischen Misshandlungsarten und Schmerzen. Die Ergebnisse stützen beide Hypothesen. Es zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Traumatisierung und dem Schweregrad berichteter psychischer und körperlicher Beschwerden: je mehr Misshandlungen berichtet werden, desto mehr psychische und körperliche Beschwerden und Schmerzen werden berichtet. Es zeigt sich eine Vielzahl signifikanter Beziehungen zwischen Misshandlungsarten und Schmerzmodalitäten.

Entsprechend Hypothese 8 werden länderspezifische Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung psychischer und somatischer Beschwerden nach Extremtraumatisierung angenommen. Diese Hypothese kann für die Posttraumatische Belastungsstörung beibehalten werden.

Probleme

Im Folgenden sollen konzeptionelle Aspekte der vorliegenden Arbeit betrachtet werden, die die Interpretation der Ergebnisse und deren Geltungsbereich beeinflussen.

Generalisierbarkeit

Bei der untersuchten Gruppe Extremtraumatisierter handelt es sich um Behandlung Suchende Klienten eines Behandlungszentrums. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf extremtraumatisierte Personen im Allgemeinen, beispielsweise Betroffene im Heimatland oder in Flüchtlingscamps ist eingeschränkt.

Studiendesign

Die vorliegende Studie ist eine Querschnittstudie. Insofern sind die Aussagen dieser Arbeit auf korrelative Zusammenhänge beschränkt. Informationen über Misshandlungen wurden retrospektiv erhoben. Die Validität der Misshandlungsberichte ist nicht überprüfbar. Es ist keine Information über den Zeitpunkt der Misshandlungen in den Daten enthalten.

Stichprobenumfang

Trotz der moderaten Stichprobengröße von 364 Personen ergaben sich bei den Analysen unter geschlechts- und länderspezifischem Gesichtspunkt oft nur für eine Signifikanz unzureichende Zellbesetzungen. Hier sind weitere Studien an größeren Stichproben Extremtraumatisierter nötig.

Bedeutung der vorliegenden Ergebnisse

Dass in Tabelle 6 (Seite 23) vorgestellte Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung, welches der aktuellen Traumaforschung zugrunde liegt, hat sowohl eine klinische, als auch eine gesundheits- und gesellschaftspolitische Relevanz. Durch die Vergabe der psychiatrischen Diagnose PTSD und die dem Konstrukt inne wohnende Ätiologie werden bestehende Beschwerden des Betroffenen als Folge eines in der Vergangenheit erfahrenen Ereignisses klassifiziert und anerkannt. Diese Art der Anerkennung eines Opferstatus kann je nach Art des traumatischen Ereignisses mit ökonomischen (z.B. Opferentschädigungsgesetz) oder im Falle der Folter mit asylpolitischen Konsequenzen verbunden sein. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass nicht die Posttraumatische Belastungsstörung, sondern die Depressive Episode die häufigste psychische Diagnose in der untersuchten Gruppe Extremtraumatisierter ist. Häufig stehen körperliche Beschwerden im Vordergrund und die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung wird nicht gestellt (Seite 60). Pathologische Entwicklungen nach Extremtraumatisierung münden also nicht ausschließlich in einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Dies sollte bei asylrechtlichen Entscheidungen unbedingt berücksichtigt werden.

Die Vielzahl psychischer und körperlicher Beschwerden, die in dieser Arbeit dokumentiert werden, sollten von den Systemen zur gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerbern be-

rücksichtigt werden. Aus den Ergebnissen kann die Forderung abgeleitet werden, dass die Versorgung sowohl psychischer, als auch nicht akuter körperlicher Beschwerden fest im Asylbewerberleistungsgesetz verankert werden sollte. Im Untersuchungszeitraum standen 1481 Behandlungssuchenden 342 Therapieplätze gegenüber. Dieses Ergebnis verdeutlicht die derzeitige Diskrepanz zwischen dem Versorgungsbedarf traumatisierter Flüchtlinge und dem Versorgungsangebot des deutschen Gesundheitssystems. Um eine adäquate gesundheitliche Versorgung traumatisierter Flüchtlinge in Deutschland zu erreichen, muss ein entsprechend spezialisiertes therapeutisches Angebot ausgebaut werden. Die traumatherapeutische Behandlung im BFU findet in mehr als der Hälfte der Fälle mit Hilfe von Dolmetschern statt. Hier besteht ein Bedarf nach der Schaffung einer rechtlichen Grundlage für die Finanzierung von Dolmetschern in der psychotherapeutischen Arbeit.

Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung die Beschwerden Extremtraumatisierter nur unzureichend beschreibt. Zum einen wird das breite Spektrum psychischer und somatischer Beeinträchtigungen, insbesondere Schmerzen, das nach Extremtraumatisierung, berichtet wird vernachlässigt. Zum anderen konnten bedeutsame Einflüsse von Geschlecht und Herkunftsland (und der damit verbundene kulturelle Einfluss) aufgezeigt werden, die im Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung nicht berücksichtigt werden.

Ausblick für weitere Forschung

Die Ergebnisse weisen auf länderspezifische Besonderheiten sowohl hinsichtlich der Posttraumatischen Belastungsstörung als auch tendenziell hinsichtlich weiterer psychischer und körperlicher Beschwerden hin. Hier besteht noch ein großer Forschungsbedarf an hinsichtlich der Herkunftsländer heterogenen Stichproben größerer Fallzahl.

Die vorliegenden Ergebnisse sollten bei einer Neukonzeption der Kategorie PTSD Beachtung finden. Darüber hinaus ist aber weitere Forschung im Hinblick auf das Bestehen psychischer und körperlicher Symptomatik neben oder anstelle der Posttraumatischen Belastungsstörung notwendig, um eindeutige Diagnosekriterien und differentialdiagnostische Abgrenzungen zu erreichen.

Es ist dringend wissenschaftliche Forschung zum Einsatz von Dolmetschern in der Psychotherapie nötig. Bisherige Publikationen zu diesem Thema beschränken sich auf Erfahrungsberichte und Richtlinien zur therapeutischen Handhabung (Haenel, 1997, Miller et al., 2006, Ruf et al., 2008). Potentielle Einflussgrößen der Beziehungstriade auf den therapeutischen Prozess, Wirksamkeit, Erfolg, Therapieabbrüche usw. sollten empirisch untersucht werden, um die Forderung nach Finanzierung der Dolmetscherkosten auf eine wissenschaftliche Basis stellen und um therapeutische Prozesse im triadischen System (Klient - Therapeut – Dolmetscher) wirksamer gestalten zu können.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit untersucht am Beispiel des Behandlungszentrums für Folteropfer Ulm, inwieweit eine adäquate psychosoziale Versorgung betroffener Flüchtlinge in der Praxis erreicht werden kann und dokumentiert Art und Umfang der bisherigen Arbeit der Behandlungseinrichtung.

Das der aktuellen Traumaforschung und der klinischen Praxis zugrunde liegende Störungskonzept der Posttraumatischen Belastungsstörung vernachlässigt die Vielzahl weiterer psychischer und körperlicher Beschwerden, insbesondere anhaltende Schmerzen, die nach Extremtraumatisierung auftreten können. Darüber hinaus bleiben in diesem Modell geschlechts- und kulturspezifische Besonderheiten hinsichtlich der psychischen und körperlichen Konsequenzen, aber auch im Hinblick auf das traumatische Ereignis unberücksichtigt.

Es wird angenommen, dass nach Extremtraumatisierung neben der Posttraumatischen Belastungsstörung eine Vielzahl weiterer psychischer und somatischer Beschwerden berichtet werden. Es wird weiterhin angenommen, dass sowohl die erfahrenen Misshandlungsarten als auch die berichteten Beschwerden durch geschlechts- und länderspezifische Faktoren beeinflusst werden und dass Zusammenhänge zwischen Misshandlungsart und Beschwerden bestehen.

Datengrundlage der vorliegenden Arbeit bilden die im klinischen Prozess erhobenen Daten des Behandlungszentrums Ulm. Das Datenmaterial umfasst soziodemographische Variable (Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Deutschkenntnisse, Aufenthaltsstatus), Informationen über die Art der Traumatisierung, körperliche und psychische Beschwerden, sowie behandlungsspezifische Informationen (Zugang zum Behandlungszentrum für Folteropfer, Maßnahmen), welche zu statistischen Zwecken erfasst wurden und bereits in elektronischer Form vorlagen.

Die Ergebnisse zur Versorgungssituation traumatisierter Flüchtlinge zeigen, dass im Untersuchungszeitraum von 1999-2004 insgesamt 1481 Klienten das Behandlungszentrum kontaktierten, die aus einer Vielzahl von Herkunftsländern stammen. Bezogen auf den gesamten Untersuchungszeitraum erhielten insgesamt 78% aller Klienten (n=1158) diagnostische Ge-

sprache zur Abklärung ihrer Beschwerden. 23% aller Klienten, die mit dem BFU Kontakt aufnahmen, erhielten eine verbale Traumatherapie. In der therapeutischen Arbeit müssen durchschnittlich bei 67% der Klienten Dolmetscher eingesetzt werden. Durchschnittlich befindet sich jährlich 47,3% der Klientel in einer vorerst sicheren Aufenthaltssituation. Die meisten Klienten werden durch Rechtsanwälte, Beratungsstellen oder Bekannte an das BFU vermittelt. Fast die Hälfte der Klienten (48%) bleibt mehr als zwei Jahren in die Behandlungseinrichtung eingebunden.

Die weiteren Ergebnisse zeigen eine Vielzahl psychischer und körperlicher Beschwerden, die über die diagnostische Kategorie der Posttraumatischen Belastungsstörung hinausgehen. Schmerzen werden von Extremtraumatisierten als häufigste körperliche Konsequenz berichtet. Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Traumatisierung und dem Schweregrad der psychischen und körperlichen Beeinträchtigung. Weiterhin konnten bedeutsame Einflüsse von Geschlecht und Herkunftsland auf die Häufigkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt werden. Auch berichtete Misshandlungen werden von Geschlecht und Herkunftsland beeinflusst.

Die Ergebnisse sind von asylpolitischer und gesundheitspolitischer Bedeutung. Sie zeigen, dass Erstens ein großer Bedarf an traumatherapeutischer Behandlung besteht und Zweitens ein Defizit des Versorgungssystems existiert, diesem Bedarf gerecht zu werden. Sie verdeutlichen weiterhin, dass die Fokussierung auf die Posttraumatische Belastungsstörung in asylrelevanten Entscheidungen der Realität pathologischer Entwicklungen nach Extremtraumatisierung und Folter nicht entspricht. Ferner kann die Angemessenheit der diagnostischen Kategorie der Posttraumatischen Belastungsstörung unter Bezugnahme auf die vorliegenden Ergebnisse in Frage gestellt werden, da die Einflüsse von Geschlecht, Herkunftsland, Traumatare, sowie die Bandbreite psychischer und körperlicher Beschwerden nach Extremtraumatisierung in diesem Modell unberücksichtigt bleiben.

6 LITERATURVERZEICHNIS

1. Adler, R. (1990). Konversion. In: Adler, R., Herrmann, J.M., Köhle, K., Schonecke, O.W., Uexküll, T., Wesiak, W. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, 4. Auflage: 467- 473
2. Allodi, F. & Stiasny, S. (1990). Woman as Torture Victims. Canadian Journal of Psychiatry, 35 (2): 144-148
3. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th ed.) Washington, DC
4. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC
5. Amnesty International. (1973). Report on Torture. First American ed. Amnesty International. Reprint in USA 1975.
6. Amnesty International. (1985). "Wer der Folter erlag..." Ein Bericht über die Anwendung der Folter in den 80er Jahren. Frankfurt am Main: Fischer (Fischer Taschenbücher, 3448).
7. Amnesty International. (2007). Jahresbericht 2007. Fischer (S.), Frankfurt
8. Arcel, L.T. (2002). Torture, Cruel, inhuman, and degrading treatment of woman. Torture, 12 (1): 5-16
9. Asmundson, G.J.G., Coons, M.J., Taylor, S., Katz, J. (2002). PTSD and the Experience of Pain: Research and Clinical Implications of shared Vulnerability and Mutual Maintenance Models. Canadian Journal of Psychiatry, 47(10): 930-937

10. Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) vom 5. August 1997, BGBl. I, S. 2022 (Neubekanntmachung), ursprüngliche Fassung vom 30. Juni 1993
11. Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) vom 16. Juli 1982, BGBl. I: 946
12. Ausländergesetz (AuslG): Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet vom 9. Juli 1990, BGBl. I: 1354
13. Baker, R. (1992). Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches. Cambridge, UK: Cambridge University Press: 83-106
14. Basoglu, M., Paker, M., Paker, Ö., Özmen, E., Marks, I., Incesu, C., Sarimurat, N. (1994). Psychological Effects of torture: A Comparison of tortured with nontortured Political Activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 151(1): 76–81.
15. Becker, D. (2006). Prüfstempel PTSD – Einwände gegen das herrschende Traumakonzept. In: Medico International (Hg.): Schnelle Eingreiftruppe Seele: Auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft. Frankfurt / Main (Medico Mondiale): 25-49
16. Bering, R., Fischer, G., Johansen, F.F. (2005). Neurobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung im Vier-Ebenen-Modell. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin Themenschwerpunkt Psychobiologie des Traumas*: 7-18
17. Bettelheim, B. (1980). *Erziehung zum Überleben. Zur Psychologie der Extremsituation.* Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart.
18. Birk, A. (2002). Verfolgung und Flucht von Frauen. *MRM Menschenrechtsmagazin Heft 2*: 73-82

19. Bradley, L. & Tawfiq, N. (2006). The physical and psychological effects of torture in Kurds seeking asylum in the United Kingdom. *Torture*, 16 (1): 41-47
20. Breslau, N. (1997). Sex Differences in Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54: 1044-1048
21. Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L., Schultz, L. (1997). Psychiatric sequale of PTSD in women. *Archives of General Psychiatry*, 54: 81-87
22. Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. *Archives of General Psychiatry*, 55: 626- 632
23. Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L., Schultz, L.R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disordermajor depression connenction. *Biological Psychiatry*, 48: 902-909
24. Breslau, N. & Kessler, R. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50: 699-704
25. Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (10): 923-929
26. Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 748-766.
27. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.). (2006). Migration, Asyl und Integration in Zahlen. Das Druckhaus Bernd Brümmer, Bonn, 14. Auflage, S. 30

28. Creamer, M., Burgess, P., McFarlane, A.C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31: 1237-1247
29. Crosby, S.S., Norredam, M., Paasche-Orlow, M.K., Piwowarczyk, L., Heeren, T., Grodin, M.A. (2006). Prevalence of torture survivors among foreign-born patients presenting to an urban ambulatory care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (7): 764-768
30. De Jong, J.T.V.M., Komproe, I.H., van Ommeren, M.V., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., Somasundaram, D. (2001). Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *Journal of the American Medical Association*, 286 (5): 555-562
31. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2006). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Huber.
32. Draguns, J.G. & Tanaka-Matsumi, J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 755-776
33. Ekblad, S., Prochazka, H., Roth, G. (2002). Psychological impact of torture: a 3-month follow-up of mass-evacuated Kosovan adults in Sweden. Lessons learnt for prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 412: 30-36
34. Favaro, A., Maiorani, M., Colombo, G., Santonastaso, P. (1999). Traumatic Experiences, Posttraumatic Stress Disorder, and Dissociative Symptoms in a Group of Refugees from Former Yugoslavia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (5): 306-308

35. Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W., Petzold, E.R. (2004). Posttraumatische Belastungsstörung – Leitlinie und Quellentext. 2. Auflage, Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York
36. Forrest, D. (1995). The physical after-effects of torture. *Forensic Science International*, 76: 77-84
37. Friedrich, M.J. (1999). Addressing mental health needs of Balkan refugees. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282: 422-423
38. Friedman, M. J. (1990). Interrelationships between biological mechanisms and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. In: Wolf, M.E., Mosnaim, A.D. (eds.): *Posttraumatic stress disorder: etiology, phenomenology, and treatment*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 204-225
39. Friedman, M.; Jaranson, J. (1994). The applicability of the Posttraumatic Stress Disorder concept to refugees: Amidst peril and pain: the mental health and wellbeing of the worlds refugees. American Psychological Association, Washington, DC, 207–222.
40. Friedman, M.J. & Marsella, A.J. (1996). Posttraumatic Stress Disorder: An Overview over the concept. In: Marsella, A.J., Friedman, M.J., Gerrity, E.T., Scurfield, R.M. (eds.): *Ethnocultural Aspects of posttraumatic stress disorder. Issues, Research and Clinical Applications*. American Psychological Association, Washington, DC, 11-31
41. Friedman, M.J.H. & Yehuda, R. (1995). Post-traumatic stress disorder and comorbidity: psychobiological approaches to differential diagnosis. In: Friedman, M.J., Charney, D.S., Deutch, A.Y. (eds.) *Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to post-traumatic stress disorder*. New York: Lippincott-Raven, 429-445

42. Frueh, B.C., Elhai, J.D., Grubaugh, A.L., Monnier, J., Kashdan, T.B., Sauvageot, J.A. (2005). Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186: 467-472
43. Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., Neuner, F. (2005). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35 (1): 12-20
44. Galea, S., Nandi, A., Vlahov, D. (2005). The Epidemiology of Posttraumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27: 78 -91
45. Genfer Flüchtlingskonvention (GFK). (1951). Abkommen über die Rechtstellung der Flüchtlinge. Vom 28. Juli 1951
46. Gerritsen, A.A.M., Bramsen I., Deville W., Willingen L.H.M., Hovens J.E. v. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41: 18-26
47. Gesetz über Maßnahmen für im Rahmen humanitärer Hilfsaktionen aufgenommene Flüchtlinge (HumHAG) vom 22. Juli 1980, BGBl I 1980, 1057
48. Geuns H van. (1987). The concept of organized violence. In: Health hazards of organized violence. Proceedings of a working group. The Netherlands April 22-25, 1986. Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, Riswijk, 1987.
49. Girolamo, G. & McFarlane, A.C. (1996). The Epidemiology of PTSD: A Comprehensive Review of the International Literature. In: Marsella, A.J. et al. (ed.): *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder. Issues, Research, Clinical Application*. American Psychological Association. Washington DC. 33-85

50. Goldfield, A.E., Mollica, R.E., Pesavento, B.H. (1988). The physical and psychological sequelae of torture. Symptomatology and diagnosis. *Journal of the American Medical Association*, 259: 2725-2729.
51. Gurr, R. & Quiroga, J. (2001). Approaches to torture rehabilitation. A desk study covering effects, cost-effectiveness, participation and sustainability. *Torture*, 11 (suppl.1): 1-35
52. Gurr, N.F. (2005). Stellvertretende Traumatisierung und Behandlungseffizienz in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. Dissertation. Sektion Gesundheitspsychologie. Universität Ulm
53. Gurr, N.F. & Wenk-Ansohn, M. (2003). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In : Maercker, Andreas (Hrsg): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. 2., überarb. und erg. Aufl. Berlin: Springer, 221-246
54. Haenel, F. (1997). Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. *Systema*, 11 (2): 136-144
55. Hooberman, J.B., Rosenfeld, B., Lhewa, D., Rasmussen, A., Keller, A. (2007). Classifying the Torture Experience of Refugees Living in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (1): 108-123
56. Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York Jason Aronson
57. Iacopino, V., Frank, M., Bauer, H.M., Keller, A.S., Fink, S.L., Ford, D. (2001). A population based assessment of human right abuses committed against ethnic Albanian refugees from Kosovo. *American Journal of Public Health*, 91: 2013-2018.

58. Ivezic, S., Bagaric, A., Oruc, L., Mimica, N., Ljubin, T. (2000). Psychotic Symptoms and Comorbid Psychiatric Disorders in Croatian Combat-related Posttraumatic Stress Disorder Patients. *Croatian Medical Journal*, 41(2): 179–183.
59. ISEG, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung. (2006). GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2006: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Sankt Augustin: Asgard-Verlag. (GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse)
60. Jacobson, L. & Smidt-Nielsen, K. (1997). Torture survivor – trauma and rehabilitation. International Rehabilitation Council for torture victims (IRCT): Copenhagen
61. Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm. (2001). Jahresbericht 2000/ 2001.
62. Jaranson, M.J. (1995). Government-Sanctioned Torture: Status of the Rehabilitation Movement. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32: 253-286
63. Johnson, H. & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28: 36-47
64. Kessler, C.R., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52: 1048–1060.
65. Kirmayer, L. J. (1996). Confusion of the Senses: Implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorder for PTSD. In: Marsella, A.J., Friedman, M.J., Gerrity, E.T., Scurfield, R.M. (eds.): *Ethnocultural Aspects of PTSD. Issues, Research and Clinical Applications*. American Psychological Association, Washington, DC: 131-163

66. Kozaric-Kovacic, D., Ljubin, T, Grappe, M. (2000). Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Dependence in Displaced Persons. *Croatical Medical Journal*, 41(2): 173-178
67. Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106: 415-425.
68. Lindert, J.U., Traue H.C. (2003). Traumatisierung nach Flucht und Vertreibung aus dem Kosovo. *Psychosozial*, 26(91): 137–140.
69. Marsella, A.J., Friedman, M.J. & Spain, E. H. (1996). Ethnocultural Aspects of PTSD: An Overview of Issues and Research Directions. In: Marsella, A.J. et al. (eds.): *Ethnocultural Aspects of PTSD. Issues, Research and Clinical Applications*. American Psychological Association, Washington, DC, 105-129
70. Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt*, 79(5): 577-586
71. Maercker, Andreas (2003). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. 2., überarb. und erg. Aufl. Berlin: Springer.
72. McLeod, D.S., Koenen, K.C., Meyer, J.M., Lyons, M.J., Eisen, S., True, W. (2001). Genetic and environmental influences on the relationship among combat exposure, posttraumatic stress disorder symptoms and alcohol use. *Journal of Traumatic Stress*, 14: 259-275
73. Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbock / practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo (Canada): Institute press,

74. Miller, K.E., Martell, Z. L., Pazdirek, L., Caruth, M., Lopez, D. (2005). The role of interpreters in psychotherapy with refugees: an exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1): 27-39
75. Miller, S. M. (1980). When is a little Information a Dangerous Thing? Coping with stressful events by monitoring vs Blunting. In: Levine, S. & Ursin, H. (eds) *Coping and Health*. New York: 204-256
76. Modvig, J., Pagaduan-Lopez, J., Rodenburg, J., Salud, C.M.D., Cabigon, R.V., Panelo, C.I.A. (2000). Health and Human rights: Torture and Trauma in post-conflict East Timor. *Lancet*, 356 (9243): 1763
77. Moisander, P. A. & Edston, E. (2003). Torture and its sequale - a comparison between victims from six countries. In: *Forensic Science International*, 137 (2-3): 133–140
78. Mollica, R.F.M., Cinnes, K., Pham, T, Smith Fawzi, M.C., Murphy, E., Lin, L. (1998). The Dose-Effect-Relationship between Torture and Psychiatric Symptoms in Vietnamese Ex-Political Detainees and a Comparison Group. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (9): 543-553
79. Mollica, R. F., McInnes K., Sarajlic N., Lavelle J., Sarajlic I., Massagli M. P. (1999). Disability Associated With Psychiatric Comorbidity and Health Status in Bosnian Refugees Living in Croatia. *Journal of the American Medical Association*, 281 (5): 433–439.
80. Mollica, R.F., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Sarajlic, V. I., Massagli M.P. (2001). Longitudinal Study of Psychiatric Symptoms, Disability, Mortality, and Emigration Among Bosnian Refugees. *Journal of the American Medical Association*, 286 (5): 546–554.

81. Mollica, R.F. (2004). Surviving Torture. *The New England Journal of Medicine*, 351: 5-7
82. Moreno A. & Grodin, M.A. (2002). Torture and its neurological sequelae. *Spinal Cord*, 40 (5): 213–223.
83. de Jong, J.T.V.M., Komproe, J.H., van Ommeren, M., el Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., Somasundaram, D. (2001). Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *Journal of the American Medical Association*, 286: 555-562
84. Olsen, D.R., Montgomery, E., Carlsson, J., Foldspang, A. (2006). Prevalent pain and pain level among torture survivors. *Danish Medical Bulletin*, 53 (2): 210-214
85. Otis, J.D., Keane, T.M., Kerns, R.D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder. *Journal of rehabilitation Research & Development*, 40(5): 397-406
86. Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129: 52-73.
87. Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (1): 46-59
88. Priebe, S., & Esmaili, S. (1997). Long-Term Mental Sequelae of Torture in Iran – Who seeks Treatment? *The Journal of Nervous and Mental Disease* 185 (2): 74-77
89. Quiroga, J. & Jaranson, J. M. (2005). Politically-motivated torture and its survivors: A desk study review of the literature. *Torture*, 16 (2-3)

90. Rasmussen, O.V., Helweg-Larsen, K., Kelstrup, J., Carle, P., Rehof, L.A. (1990). The medieval component in fact-finding missions. *Danish Medical Bulletin*, 37: 371-374
91. Rasmussen, O.V., Amris, S., Blaauw, M., Danielsen, L. (2005). Medical physical examination in connection with torture. Section II. *Torture*, 15(1): 37-45
92. Reddemann, L., (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta.
93. Rosen, G.M. & Taylor, S. (2007). Pseudo-PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 201-210
94. Rosner, R., Powell S., Butollo W. (2003). Posttraumatic Stress Disorder Three Years after the Siege of Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (1): 41–55.
95. Rosner, R. & Powell, S. (2007). Überschätzt die ICD-10 die PTBS-Prävalenz? Auswirkungen unterschiedlicher Diagnoseraten der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Kriegstraumatisierung. *Trauma & Gewalt*, 1: 46-52
96. Roth, G., Ekblad, S. & Agren, H. (2006). A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *European Psychiatry*, 21: 152-159
97. Ruf, M., Schauer, M., Elbert, T. (2008). Raum für den Dritten – Sprachmittler in der Therapie von Flüchtlingen. *Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 125*: 10-14
98. Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Hogrefe

99. Schlittgen, R. (1995). Einführung in die Statistik: Analyse und Modellierung von Daten. 5. Auflage. Wien, München. Oldenburgverlag
100. Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Bernardy, N.C. (2002). Research on Posttraumatic Stress Disorder: Epidemiology, Pathophysiology, and Assessment. *Psychotherapy in Practice*, 58 (8): 877-889
101. Selye, H. (1980). *Selye's Guide to stress research.*, Vol. 1., New York: Van Nostrand Reinhold
102. Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S.P., Pitman, R.K. (1998). Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155: 630–637
103. Sharp, T.J. & Harvey, A.G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21: 857-877
104. Shresta, N.M., Sharma, B., Ommeren, M.V., Regmi, S., Makaju, R., Komproe, L. (1998). Impact of Torture on Refugees Displaced Within the Developing World. Symptomatology Among Bhutanese Refugees in Nepal. *The Journal of the American Medical Association*, 280: 443-448
105. Sinding R. (2000). The late ear, nose, and throat region sequelae of torture. *Torture*, 9: 20-22.
106. Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170: 351-357

107. Snow, B.R., Stellman, J.M., Stellman, S.D., Sommer, J.F. (1988). Post-traumatic stress disorder among American Legionnaires in relation to combat experience in Vietnam: associated and contributing factors. *Environmental Research*, 47 (2): 175-192
108. Spitzer, R.L., First, M.B., Wakefield, J.C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 233-241
109. Stein, M., Walker, J., Hazen, A.L., Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154: 1114-1119
110. Taylor, S. (2006). *Clinicians guide to PTSD: a cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford.
111. Thomsen, A.B., Madsen, J.B., Smidt-Nielsen, K., Eriksen, J. (1997). Chronic pain in torture survivors. *Torture*, 7(4): 118-120
112. Traue, H.C., Schwarz-Langer, G., Gurrus, N.F. (1997). Extremtraumatisierung durch Folter. Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18 (1): 41-62
113. United Nations. Convention against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. 10 December 1984. In: *Human rights 1945-1995. Blue Book Serie. Volume VII: Document 50*. United Nations, 1995: 294-300.
114. Vesti, P. & Kastrup M. (1995). Refugee Status, Torture, and Adjustment. In: Freedy, J.R. Hobfoll S.E. (eds.): *Traumatic Stress. From Theory to Practice*. New York: Plenum Press: 213–235.

115. Yehuda, R., Southwick, S.M., Krysta, J.H., Bremner, D., Charney, D.S., Mason, J.W. (1993). Enhanced suppression of cortisol following dexamethasone administration in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150: 83-86
116. Zöfel, P. (2002). *Statistik verstehen. Ein Begleitbuch zur computergestützten Anwendung*. München. Addison-Wesley.
117. US Committee for Refugees and Immigrants. (2007). World refugees survey 2007. http://www.refugees.org/uploadedFiles/Investigate/Publications_&_Archives/WRS_Archives/2007/table%209.pdf 1998-2006 (zuletzt geprüft am 01.08.2009)