

Behandlungsbedarf, Prognose und Suizidalität bei komplexen chronischen Traumastörungen

Dr. med. H. W. Gierlichs, Dr. med. Mechthild Wenk-Ansohn

In verschiedenen Urteilen verwaltungsgerichtlicher Oberinstanzen fanden sich im letzten Jahr Ausführungen zu komplexen medizinischen Fragen im Zusammenhang mit Traumastörungen (speziell PTSD), die einer fachlichen Überprüfung nicht standhalten. Wir sehen die Gefahr, dass Richter, die ihre Kompetenzen überschätzen, zu Fehleinschätzungen kommen, die ihre Urteilsfindung beeinflussen, und nehmen aus fachlicher Sicht zu einigen Fragen Stellung.

Krankheitsbegriff

Krankheiten können weitgehend reversibel, nur teilweise reversibel oder irreversibel sein. Akute oder leichtere psychische Störungen heilen unter geeigneter Behandlung oft weitgehend aus, komplexere und chronifizierte psychische Krankheitsbilder sind nur stabilisierbar, schwere Persönlichkeitsstörungen sind oft kaum beeinflussbar und können nur medikamentös gedämpft werden. Auch chronische komplexe Traumastörungen lassen sich nach übereinstimmenden wissenschaftlichen Erkenntnissen, unter anderem im Bereich der Hirnphysiologie, nicht heilen. Schwere Traumatisierungen lösen komplexe prozesshafte Vorgänge und individuelle Störungsverläufe mit zumeist chronischem Verlauf und unterschiedlich gelagerten Störungsbildern aus.

Behandlungsziel

Bei Menschen mit chronisch-komplexen Trauma Störungen besteht das erreichbare Behandlungsziel im Allgemeinen nicht in Heilung, sondern darin, eine Symptomreduktion und bestmögliche Stabilisierung zu erreichen. Ziel ist es dabei, eine Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen und eine Wiederhinwendung zum Leben zu erreichen und belastungsabhängige Persönlichkeitsänderungen einzudämmen. Schwer Traumatisierte bleiben lebenslang vulnerabel. Ihre Symptomatik kann durch Ereignisse, die Außenstehenden unter Umständen nicht bedrohlich vorkommen, immer wieder getriggert (reaktualisiert) werden. Dies zeigen die bisherigen klinischen und wissenschaftlichen Beobachtungen zum Langzeitverlauf von Traumastörungen. Aufgrund dieser krankheitsbedingten hohen Vulnerabilität (Verletzbarkeit) reagieren Menschen, die an einer chronischen Traumastörung leiden, auch in symptomfreien Zeiten oder nach Abklingen der Symptomatik auf Reize, die sie erneut in eine Situation der Hilflosigkeit bringen oder die mit der ursprünglichen traumatischen Situation in Verbindung stehen, besonders sensibel. Verschlechterungen treten auch in unspezifischen Belastungssituationen auf,

z.B. beim Wegfall stabilisierender Faktoren. Die bleibende Instabilität chronisch Traumatisierter ist allerdings nicht bei allen Personen und Störungsbildern gleich lang und stark ausgeprägt, daher muss jeder Einzelfall geprüft werden. In jedem Falle ist es für Traumatisierte wesentlich, dass sie selbst Entscheidungsmöglichkeit über Handlungsoptionen und Kontrolle in ggf. belastenden Situationen haben, andernfalls werden akute und/oder anhaltende Verschlechterungen riskiert.

Behandlungsmittel

1. Basismaßnahmen der Behandlung

Die wichtigste Behandlung jeder Störung besteht in der Herstellung einer Heilung fördernden Umgebung und in dem Vermeiden von Schädigung. Dies ist aus der Behandlung körperlicher Erkrankungen bekannt. Ein Beinbruch erfordert Ruhigstellung, eine Leberentzündung Diät, eine Allergie Allergenkarenz. Ohne diese Basistherapie sind andere Maßnahmen sinnlos.

Die grundlegenden Heilungsmittel für Traumastörungen heißen Sicherheit und Vermeidung erneut traumatisierender Situationen sowie Eindämmung von Hinweisreizen auf das Trauma, das heißt Reizen, die unkontrollierbare Wiedererinnerungsreaktionen auslösen (vgl. Flatten 2004). Mit Sicherheit ist hier sowohl die soziale Sicherheit und Geborgenheit gemeint als auch die materielle Sicherheit, wobei der Aspekt, dass die Lebenssituation subjektiv vom Traumatisierten als sicher eingeschätzt und erfahrbar ist ausschlaggebend ist. Der Opferschutz Traumatisierter als Grundvoraussetzung eines Stabilisierungs- und Besserungsprozesses ist nicht ersetzbar. Der Verlauf der Trauma-Störungen ist wesentlich von sozialen Faktoren in der Phase nach den traumatischen Erlebnissen abhängig (Keilson, Fischer). Faktoren, die Betroffene in ihrer Selbstständigkeit und im Empfinden, selbst etwas tun und bewirken zu können, fördern, begünstigen eine Stabilisierung und ein Abklingen der Symptomatik. Der Möglichkeit, das eigene Leben zu gestalten und aktiv zu werden, insbesondere auch durch eigene Arbeit Geld zu verdienen, soziale Achtung und Anerkennung zu erfahren, kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Ein stabilisierendes familiäres Umfeld beeinflusst den Krankheitsverlauf ebenfalls günstig. Faktoren, die eine erneute Abhängigkeit, Unklarheit und Hilflosigkeit auslösen, wirken dagegen auf den Verlauf der Erkrankung nachteilig.

2. Weitere Maßnahmen

Auf den Basismaßnahmen bauen sich weitere therapeutische Maßnahmen auf, sie sind bei akuten Störungen kürzer, bei chronischen Störungen oft sehr langfristig. Eine einfache Traumastörung erfordert Beruhigung, Stabilisierung und - wenn möglich und gewünscht - eine relativ baldige Bearbeitung der traumatischen Situationen sowie der ausgelösten Gefühle und

Kognitionen, d.h. ein therapeutisches Vorgehen mit einem schrittweisen und für den Traumatisierten kontrollierbaren Abbau des Vermeidungsverhaltens. Bei einer chronischen Traumastörung kann das Erlebte oft nur fragmentarisch mitgeteilt werden, die Rekonstruktion der Biographie (einschließlich Erstellung eines Narrativs zur traumatischen Vorgeschichte soweit möglich) und die Entlastung durch das Mitteilen des Erlebten sind oft ein wichtiger Schritt in der Konstruktion einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Das intensivere Wiederheranführen an die traumatischen Situationen und die damit verbundenen Gefühle und Gedanken (vertiefte traumafokussierende therapeutische Arbeit, auch „Traumaexposition“ oder Durcharbeiten des traumatischen Materials genannt) und die schrittweise Aufhebung von Dissoziationen und Verdrängungsversuchen können oft erst spät oder nur begrenzt oder in einigen Fällen gar nicht erfolgen. Vertrauensaufbauende, stabilisierende, ressourcenorientierte und psychoedukative, autonomiefördernde psychotherapeutische Maßnahmen dauern infolge der tieferen Verletzung lange und stellen in einem Teil der Fälle die einzig indizierte therapeutische Maßnahme dar. Stabilisierung umfasst den Bereich der Wiederherstellung des menschlichen Grundvertrauens, der Bindungsfähigkeit, der grundlegenden Affektkontrolle und der Lebensperspektive sowie die positive Bewältigung des Alltags. Die Stabilisierung erfolgt in einer längeren Phase äußerer Sicherheit mit psychotherapeutischen Gesprächen und evtl. paralleler medikamentöser Therapie. Erst später kann bei Indikation und Bereitschaft des Traumatisierten eine traumafokussierende Therapie folgen. Eine rein medikamentöse Behandlung ist nicht zu empfehlen, sie ergibt ein schlechteres Resultat als die Kombination einer medikamentösen und einer psychotherapeutischen Behandlung (Fischer, Maercker, Flatten). Sie ist aber oftmals aus Mangel an Therapeuten zunächst die einzige Möglichkeit, Linderung zu verschaffen. In vielen Fällen, insbesondere bei Extremtraumatisierung durch Menschenhand und bei aversiven Lebensbedingungen in der Phase nach den traumatischen Erlebnissen ist eine Stabilisierung und Reduktion der Intrusions- und Übererregungssymptomatik oft nur unter einer gleichzeitig fortdauernden hohen Vermeidungssymptomatik möglich. Traumaassoziierte Stimuli werden gemieden, eine Annäherung an diese löst weiterhin Ängste aus, die als schwer kontrollierbar erlebt werden.

Behandlungsdauer und Prognose

Die Behandlungsdauer und Prognose hängt davon ab, ob die Basismaßnahmen und stabilisierenden therapeutischen Maßnahmen möglich sind.

Sichere Umgebung

Unter sicheren Umgebungsbedingungen und positiver Zukunftsperspektive (z.B. bei Patienten, die nach Einreise als Asylberechtigte anerkannt wurden), ggf. Medikamenten und Psy-

chotherapie kommt es erfahrungsgemäß meist nach einer mittleren Behandlungsdauer von 2-3 Jahren zu einer deutlichen Besserung des Krankheitsbildes und Stabilisierung. Unter den Bedingungen äußerer Sicherheit und angemessener spezifischer Therapie, ist meist ein lebenswertes Leben und eine relativ hohe Belastbarkeit erreichbar. Im Allgemeinen bleibt jedoch bei Extremtraumatisierten mit chronischen Traumastörungen auch in diesen Fällen eine Vulnerabilität für Reaktualisierungen des Traumas in Belastungssituationen und für Retraumatisierungen. Persönlichkeitsänderungen können jedoch eingedämmt werden, Rehabilitation bis hin zu vollständiger Arbeitsfähigkeit und eine positive Zukunftsgestaltung im Exilland kann in vielen Fällen erreicht werden.

Relative Unsicherheit

Unter relativer Unsicherheit, also bei noch schwebendem Asylverfahren und insbesondere, wenn bei einem nur kurzfristig gesicherten Aufenthaltstitel (Duldung/Aussetzung der Abschiebung) keine dauerhaft gesicherte Aufenthaltssituation gegeben ist und erhebliche Einschränkungen der Freizügigkeit und Integrationsmöglichkeit bestehen, ist die Prognose beeinträchtigt. Die weitere Chronifizierung des traumatischen Krankheitsprozesses wird begünstigt und eine langfristige Behandlung in Form von Kriseninterventionen und psychotherapeutischer Stützung sowie supportiven therapeutischen Maßnahmen mit Beschäftigungsangeboten oder Gruppenangeboten ist notwendig. Die Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse kann oft nur in relativ eingeschränktem Maße erfolgen. Steht am Ende der Therapie eine Abschiebung in Aussicht, ist der Therapie- und Rehabilitationsprozess behindert, das Krankheitsbild kann medikamentös und durch stützende Behandlung zumeist nur oberflächlich stabilisiert werden und chronifiziert weiter. Dennoch sind Heilberufler verpflichtet, den geschädigten Menschen beizustehen, um die Leiden zu lindern. Durch den sich vertiefenden Chronifizierungsprozess kommt es oft zu einer Ausweitung der Symptomatik (die Komorbidität/Komplexität der Störung steigt), die Rehabilitations- und Integrationschancen vermindern sich, so dass langfristig nicht nur die traumatisierten Menschen weiterhin Schaden nehmen sondern auch die Kosten im Aufnahmeland im Rahmen der Gesundheits- und sozialen Versorgung steigen ebenso wie die Auswirkungen der Traumatisierung in der Generation der heranwachsenden Kinder von Opfern von Folter und Gewalt in Kriegen und Bürgerkriegen.

Drohende Abschiebung

Eine Abschiebungsandrohung oder deren Durchführung verschlechtert die Prognose erheblich und bedeutet aus fachlicher Sicht einen schweren, medizinisch nicht verantwortbaren Eingriff in die leibseelische Gesundheit eines bereits traumatisch vorgeschädigten Menschen mit dem

Risiko von erheblicher akuter und anhaltender weiterer Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Wie lässt sich dies erklären? Eine Rückführung stellt fachlich gesehen eine Re-)Exposition dar, also ein Wiederaussetzen gegenüber den traumaassoziierten Reizen. Diese wird bei frischeren Traumata angestrebt, um zu lernen, das Trauma zu verarbeiten (z. B. Feuerwehrmann nach sehr belastendem Einsatz). Zuvor muss eine Festigung der Therapiebeziehung und ausreichende Stabilisierung erfolgt sein, die Exposition muss im Schutz der Therapiebeziehung behutsam (d.h. nur bei Freiwilligkeit und schrittweiser Annäherung) erfolgen, dann kann sie wirksam sein (Cloitre)*.

Bei Opfern von Gewalt gilt generell, dass die Freiwilligkeit, sich ggf. mit dem Ort der Traumatisierung sowie anderen traumaassoziierten Reizen zu konfrontieren gegeben sein muss. Bei Traumatisierten, die sich über die Symptomatik der Vermeidung stabilisieren, löst die erzwungene Konfrontation mit den vermiedenen Situationen/Stimuli eine als unkontrollierbar empfundene Angst aus, die Dynamik ist vergleichbar mit einer phobischen Störung.. Dabei handelt es sich um eine psychobiologisch verankertes Muster, dass sich der einfachen gedanklichen Steuerung entzieht. Durch eine Zwangsmaßnahme und das erneute Erleben von hilflos ausgeliefert Sein sowie die Überflutung mit Angst und traumatischem Erinnerungsmaterial entsteht eine erhebliche psychische Destabilisierung mit der Gefahr von Kurzschlusshandlungen und Retraumatisierung (s. u.) und damit verbundener akuter und anhaltender Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Eine Reexposition ohne ausreichende vorherige Stabilisierung gilt als schwerer, prognostisch erheblich ungünstiger Behandlungsfehler (Seidler, Reddemann, Steil, Flatten u. v. a.). Die entsprechenden Untersuchungen beschreiben deutliche Verschlechterungen.

Eine Abschiebung entspricht einer **Exposition mit zusätzlichem plötzlichem Entzug einer als stabilisierend erlebten Umgebung** sowie ggf. einer Therapiebeziehung, sie wirkt zerstörerisch auf die Reststabilität, sie ist medizinisch indiskutabel und führt zu einer erheblichen Verschlechterung der Prognose. Es gibt hierzu aus ethischen Gründen keine vergleichenden statistischen Untersuchungen.

* * : „Phase 1 therapeutic alliance and negative mood regulation skills predicted Phase 2 exposure success in reducing PTSD, suggesting the value of **establishing a strong therapeutic relationship and emotion regulation skills before exposure** work among chronic PTSD populations” (Cloitre).

Auch bei freiwilliger Rückkehr (z.B. bei Schnupperreisen nach Bosnien) wurden in den Behandlungszentren in einem Teil der Fälle schwere Reaktualisierungen, die durch erneute Kriseninterventionen bei zuvor bereits gebesserter Symptomatik abgefangen werden mussten, beobachtet.

Retraumatisierung

Die Auswirkungen einer erzwungenen Rückführung auf traumatische Krankheitsbilder sowie die hierdurch ausgelösten konkreten gesundheitlichen Gefährdungen lassen sich psychodynamisch recht genau beschreiben und begründen. Ihr Schweregrad lässt sich aufgrund der Beschwerdeanamnese und des psychischen Befundes, der Intensität beobachtbarer psychodynamischer Veränderungen, kognitiver Einschränkungen und Realitätsverzerrungen bei einer klinischen Untersuchung bzw. anhand der Art der Erkrankung und des bisherigen Krankheitsverlaufes recht genau voraussagen. Es lässt sich vom mit der Behandlung Traumatisierter erfahrenen Klinikern abschätzen, ob eine akute und/oder anhaltende Verschlechterung des Krankheitsbildes (sog. Retraumatisierung) im Zuge einer Abschiebung zu erwarten ist. Die Folgen sind nicht unbestimmt, zeichnen sich nicht erst in „ungewisser Ferne“ - und sie sind nicht nur mit der „Gabe der Prophetik“ prognostizierbar. Es handelt sich vielmehr um eine Beurteilung vor dem Hintergrund einer umfassenden klinischen Untersuchung und dem aktuellen Stand der Wissenschaft und klinischen Erfahrung. Dabei wird bei angedrohter Abschiebung oftmals bereits die Eskalation eines typischen Krankheitsprozesses vorgefunden, beginnend mit einer schweren Traumatisierung und gefolgt von Labilisierung und Chronifizierung infolge Entwurzelung durch die Flucht, langfristige Aufenthaltsunsicherheit, fehlende Zukunftsgestaltungsmöglichkeiten, Eskalation bereits vor der Abschiebung (sofern die Untersuchung erst in diesem Stadium stattfindet), oftmals lässt sich dann leider weitere Eskalation und Verlust von Reststabilität absehen für den Prozess der Abschiebung selbst und bei Konfrontation mit dem Herkunftsland. Bei bestimmter Schwere und Konstellation des Krankheitsbildes ist dann evtl. eine akute Gefahr für Leib und Leben sowie Gefahr der anhaltenden Verschlechterung des Krankheitsprozesses/ eine Retraumatisierung im Falle einer Abschiebung prognostisch abzusehen. Der Prozess ist vergleichbar einer allmählichen Verengung eines Herzkranzgefäßes, die bei einer körperlichen oder psychischen Belastung zu Angina Pectoris und bei sich weiter verschlechternder äußerer Situation zu einem Infarkt führt. Auch ein Herzinfarkt ist nicht 100%ig vorhersagbar, dennoch würde Niemand das Risiko leugnen oder mutwillig erhöhen.

Therapie im Heimatland

1. Medikamentöse Therapie

Die Verschlechterung der Prognose durch eine Abschiebung ist medikamentös nicht zu verhindern.

Eine intensive medikamentöse Behandlung kann evtl. während der Abschiebung eine akute Dekompensation verhindern bzw. diese aufschieben. Sie erreicht wahrscheinlich eine „Ruhigstellung“ und übertüncht die sichtbare Symptomatik. Sie hält aber die Vertiefung der Störung nicht auf, da sie keine kausale Behandlung darstellt.

Es darf im Übrigen grundsätzlich nicht davon ausgegangen werden, dass eine im Anschluss evtl. erfolgende symptomatische medikamentöse Behandlung mit der erforderlichen Dosis und Medikamentenart erfolgen kann. Veränderte Bedingungen erfordern Dosisanpassungen und Ergänzungen. Ein Bluthochdruck muss unter veränderten Bedingungen ebenso wie ein Diabetes, eine Depression, eine Hormonstörung etc. neu eingestellt werden. Dieses medizinische Basiswissen muss nicht nur für den Transport, sondern auch für die Phase der Dauertriggrung nach dem Vorgang der Abschiebung berücksichtigt werden. Der Zustand absoluter Unsicherheit nach der Abschiebung ist nicht mit dem Zustand hier, wenn auch unter relativ unsicheren Bedingungen (Aussetzung der Abschiebung) zu vergleichen. Nach der Abschiebung ist die Triggerdichte erheblich höher und die Sicherheit noch deutlich niedriger, es herrschen völlig andere Umgebungsbedingungen. Ein einfaches Fortführen der in Deutschland durchgeführten Behandlung birgt also das konkrete Risiko der Dekompensation und der Impulshandlung. Die notwendige oft erhebliche Erhöhung der Dosis und Ausweitung der Medikation ist nicht im Voraus planbar, sondern nur durch begleitende Beobachtung und Anpassung. Sie führt zu verstärkten oder neuen Nebenwirkungen wie Herzrhythmusstörungen, Störungen der Verdauungsfunktion, der Bewegungen, der Atmung, da Nebenwirkungen in höchstem Maße abhängig von der Dosis und Interaktion von Medikamenten sind. Zusätzlich droht Persönlichkeitsabbau. Die Fähigkeit zur Teilnahme an basalen Lebenszusammenhängen wird eingeschränkt (entsprechend der „Ruhigstellung“ von Geisteskranken in früheren Zeiten). Andererseits fehlen in der Regel in den Heimatländern sozialpsychiatrische teilstationäre und ambulante Programme, z.B. in den Ländern des ehem. Jugoslawien oder der Türkei herrscht nach wie vor die rein custodiale Psychiatrie vor. Bei erheblicher Angst und Depression und zusätzlich bei evtl. weiterhin notwendiger hoher antidepressiver, antipsychotischer oder sedierender Medikation ist bei Entlassung aus einer psychiatrischen stationären Behandlung die Anpassungsfähigkeit an die veränderten Lebensbedingungen eingeschränkt und es kommt zu materieller und erlebter Hilflosigkeit und darüber ebenfalls zu weiterer Verschlechterung des traumatischen Krankheitsprozesses.

2. Psychotherapie

Auch eine anschließende Psychotherapie hebt die neuerliche Verletzung der leibseelischen Gesundheit, die durch die Zwangsmaßnahme einer Abschiebung riskiert wird und die damit verbundene Verschlechterung der Prognose insgesamt nicht auf. Die Erfolgchancen einer evtl. zukünftigen Psychotherapie werden durch eine Retraumatisierung erheblich verringert.

Eine Psychotherapie in den Heimatländern ist für die dort verbliebenen Traumatisierten in der Regel nur dann sinnvoll möglich, wenn die wichtigste erforderliche Basis für eine Behandlung gegeben ist, nämlich die äußerer Sicherheit und Triggerarmut. So lange die Konfliktsituation, in der die Gewalterlebnisse stattgefunden haben, anhalten oder latent sind, löst Dauertiggerung einen permanenten Erregungs- und Angstzustand aus, der Abspaltungsreaktionen überlebensnotwendig sein lässt, so dass die Bedingungen für eine psychotherapeutische Behandlung äußerst schwierig sind. Die Sorge für die materielle Sicherheit steht im Vordergrund, ggf. können sinnvollerweise psychopädagogische und sozialpädagogische flankierende Maßnahmen die Nothilfe begleiten. Die Möglichkeit der Aktivität kann u.U. dem Ausbruch einer klinisch manifesten posttraumatischen Störung entgegen wirken oder diesen aufschieben, was für die Langzeitperspektive der Einzelnen und der Gesellschaft positive und negative Folgen haben kann. Frauen aus traditionellen Gesellschaften, die sexualisierte Gewalt erfahren haben und ihre Kinder haben oft zusätzlich zu ihrer schweren Traumatisierung eine anhaltend schwierige Situation in der Gesellschaft und damit eine anhaltende schwere Belastung.

Der traumatische Prozess von Dekompensationen und Kompensationen verläuft unterschiedlich, je nach Lebenssituation nach dem Trauma und ist bei vor Ort gebliebenen anders anzunehmen als bei Flüchtlingen. Insofern sind auch die psychotherapeutischen Hilfen abhängig von den unterschiedlichen Phasen, in denen sich ein Traumatisierter befindet unterschiedlich zu gestalten. Allerdings handelt es sich hierbei nur um eine mehr theoretische Diskussion. Bisherige Studien zu Erfahrungen mit therapeutischen Angeboten vor Ort haben nur einen Einblick in kurzfristige Verläufe, was mit dem Vorhandensein von Fachleuten in der Gesundheitsversorgung vor Ort einerseits und der Entsendungspraxis psychologischer Experten an Krisenorte andererseits zusammenhängt. Nachhaltiger und von der Kapazität her ausreichender Aufbau von Versorgungsstrukturen im psychosozialen Gesundheitsbereich in ehemaligen Krisengebieten ist bislang nirgends geleistet worden und langfristige Katharsen liegen bislang nicht vor, Vergleichsstudien sind aufgrund sehr unterschiedlicher Bedingungen und Wirkfaktoren schwierig und mit Vorsicht zu bewerten. Stattdessen werden in verschiedenen Studien Erfolge von Quick-Impact-Programmen dargestellt, deren Nutzen oder Schaden für die Trauma Überlebenden letztendlich nicht zu überprüfen ist.

Psychotherapie unter sicheren Rahmenbedingungen ist sowohl in den Krisenländern als auch in den Exilländern sinnvoll wenn sie adaptiert ist an den jeweiligen durch Bedingungen vor

Ort beeinflussten Prozess des Individuums und des sozialen Kollektives. Eine Verlegung einer im Exil begonnenen Therapie in das Heimatland (auch wenn es dort tatsächlich Therapeuten in ausreichender Qualifizierung und Zahl gäbe) ist nicht sinnvoll, denn Retraumatisierung durch den Prozess der Abschiebung und Zerstörung von bereits ausgebildeten Kompensationsmechanismen und neuerliche Entwurzelung labilisieren Traumatisierte in nicht zu vertretendem Maße und verschlechtern die Prognose insgesamt sowie die Heilungschancen im Rahmen einer zukünftigen Therapie. Seriöse Psychiater und Therapeuten, die vor Ort z.B. in Kosovo, Bosnien oder der Türkei tätig sind, warnen immer wieder vor der Abschiebung Traumatisierter. Abgesehen davon, dass sie ohnehin bereits die Versorgung der im Land verbliebenen Traumatisierten in keiner Weise gewährleisten könnten, könnten sie die spezifischen Belastungsprozesse, denen Traumatisierte bei Wiedereinreise ausgesetzt würden nicht auffangen. Leider bestimmen nicht diese Expertenwarnungen die Entscheidungen sondern das theoretische Vorhandensein von Behandlungsmöglichkeit von PTBS allgemein vor Ort reicht für eine Entscheidungsbegründung pro Abschiebung.

Als Beleg dafür, dass eine PTSD im Herkunftsland meist sogar größere Heilungschancen hätte, wurde ein Artikel von Herrn van Krieken, der weder Mediziner noch Psychologe ist, in den Informationsbrief Ausländerrecht 11-12/2000, S. 518 ff. zitiert. Dort wird zunächst juristisch und ethisch diskutiert, in wie weit eine Erkrankung eine Ausreisepflicht behindere, wenn im Aufnahmeland keine ausreichende Versorgung zu erwarten sei. Im vorletzten Absatz des Artikels wird eine medizinische Behauptung aufgestellt: „Experten der Psychosozialogie erkennen seit längerem, dass meist posttraumatische Störungen im Herkunftsland die größten Heilungschancen haben (Europa leidet hin und wieder an einem gewissen Maß Megalomanie)“, ohne dass irgendeine Literaturstelle hierfür zitiert wird, in einer Fußnote steht lediglich: „am europäischen Wesen soll die Welt genesen“. Eine Diskussion über die Seriosität dieses Teils der Veröffentlichung erübrigt sich.

Suizidalität

Unfreiwillige Rückkehr bedeutet für Menschen, die aus einer Not heraus geflohen waren, immer eine Belastungssituation. Schwere Belastungsreaktionen bis hin zu Suiziden wurden im Vorfeld oder im Rahmen einer Abschiebung wiederholt beobachtet. Dieses Risiko ist jedoch wesentlich höher und die Verarbeitungsfähigkeit des Abschiebestresses als wesentlich herabgesetzt einzuschätzen bei Flüchtlingen, die bereits eine Vorschädigung aufweisen. Das sind Menschen

– mit Traumastörungen (Gefahr der akuten Reaktualisierung/Retraumatisierung)

- Menschen, die potenziell traumatische Situationen erlebt haben, die sich jedoch stabilisieren konnten und unter einer neuerlichen Angst- und Entwurzelungssituation dekompensieren. Besonders gefährdet sind Menschen, die sich zuvor mit oder ohne klinisch manifeste Symptome über Vermeidung stabilisiert haben
- mit psychosenahen Störungen (Gefahr des Realitätsverlustes und der psychotischen Dekompensation),
- mit schweren Depressionen (Psychodynamik der Autoaggression) und mit schweren Persönlichkeitsstörungen und deutlich herabgesetzter Stressresistenz, wie z.B. Borderline Patienten (Gefahr des Impulsdurchbruches mit Eigen – oder Fremdgefährdung. (Gierlich et al. 2005)).

Insofern ist die Suizidalität im Rahmen einer Abschiebung bei Traumatisierten und anderen psychisch schwerer erkrankten Personen zunächst grundsätzlich deutlich höher einzuschätzen als bei durchschnittlich gesunden Asylsuchenden. Krankheit erhöht insgesamt das Suizidrisiko. Etwa 98% der Suizidanten sind psychisch oder körperlich krank, 40-60% leiden an einer Depression. Suizide werden in 60 bis 70 Prozent der Fälle angekündigt, nur die Minderheit erfolgt ohne Ankündigung.

Die individuelle Einschätzung der Suizidalität setzt immer eine umfassende klinische Untersuchung voraus, sie ist eine nicht ganz leichte Aufgabe und setzt klinische Ausbildung und Erfahrung voraus. Zu nennen sind zwei Untersuchungen zu Prädiktoren bzw. Risikofaktoren, die Hinweise auf das Ausmaß der Suizidgefährdung geben.

1. Nach Lindner, Zentrum für Suizidprophylaxe der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hamburg gibt es vier große Bereiche, die Aussage über das Risiko machen. Besonders gefährdet sind:

- Psychisch Kranke mit starker Angst, andauernder Schlaflosigkeit, Hilf- und Hoffungslosigkeit und gesteigerter Impulsivität,
- Menschen in psychosozialen Krisen, die sich inneren oder äußeren Ereignissen gegenüber sehen, die sie mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln nicht bewältigen können und
- Menschen mit konkreten Suizid-Vorbereitungen, vorhergehenden Suizidversuchen/Suiziden in der Familie.

- Menschen vor oder nach schweren Trennungserfahrungen...

Erkenntnis leitend für die Einschätzung des Risikos ist die Frage, wie viel Fürsorge der Patient für sich selbst entwickeln kann (Lindner).

2. Eine weitere Hilfe zur Abschätzung des Suizid-Risikos ist das vor nahezu 50 Jahren von Ringel beschriebene präsuizidale Syndrom. Es beinhaltet eine Verknüpfung von drei psychischen Konstellationen:

- Die zunehmende Einengung, sowohl in sozialen Funktionsbereichen als auch im psychischen Erleben der eigenen Selbst- und Weltwahrnehmung im Sinne eines sozialen und psychischen Rückzugs.
- Eine erhöhte innere Aggressivität bei gleichzeitiger Wendung aggressiver Impulse gegen die eigene Person.
- Bewusste Suizidphantasien.

Zunächst empfiehlt es sich, die Suizidalität zu klären, die bereits vor einer Abschiebeandrohung besteht. Hierzu ist im Einzelfall zu untersuchen, ob die aufgeführten wissenschaftlich untersuchten Risikohinweise bestehen. Wichtig ist die Einschätzung der Intensität folgender Faktoren:

- erlebte Trennungen
- jetzige existentielle Krisensituation
- Fähigkeit zu Selbstfürsorge
- unterschwellige oder manifeste chronische Suizidalität, konkrete Andeutungen über die Art des geplanten Suizids, Suizidvorbereitungen
- Angst, Schlaflosigkeit
- depressive Symptomatik, Erleben des Schicksals als Strafe, Gefühle von Wertlosigkeit, Beschädigung, Erschöpfung, Entleerung, Perspektivlosigkeit, Hoffnungslosigkeit
- quälende Intrusionen oder dissoziative Symptome
- Störungen der Impulssteuerung
- Einengung und Rückzug
- erhöhter Anspannung, unterschwelliger Aggression

Die zusätzliche durch die Abschiebung ausgelöste situative Suizidalität hat mehrere Aspekte, deren Intensität zu klären ist. Psychodynamisch stellt die Abschiebung auch einen von den Opfern als endgültiger Triumph der Täter wahrgenommenen Schritt dar und erhöht die (Auto)Aggression entsprechend. Psychotraumatologisch ist sie eine Trigger, der eine starke Schädigung der Steuerungsfähigkeit infolge Affektüberflutung mit entsprechenden neurobiologischen Störungen auslöst (s.o.). Schließlich handelt es sich bei einer Abschiebung auch um eine erneute Entwurzelung eines Menschen der bereits durch Trauma und Flucht Entwurzelung erlebt hat. Bei Menschen mit bekanntem Suizidrisiko ist das Risiko suizidaler Dekompensation bei Trennungserfahrungen besonders hoch, (Lindner). Auch die Trennung aus einer therapeutischen Beziehung bedeutet eine besondere, oft die späteren Möglichkeiten des Beziehungsaufbaus abträglich beeinflussende Belastung, insbesondere beeinträchtigt sie auch die Möglichkeit, sich auf eine evtl. neue therapeutische Beziehung einzulassen. Die Beendigung einer therapeutischen Beziehung sollte möglichst langfristig vorbereitet und im beiderseitigem Einvernehmen erfolgen.

Die Bewertung aller aufgeführten Faktoren lässt eine annähernde Einschätzung der Suizidalität zu.

Schlussbemerkungen

1. Wenn traumatisierte Menschen frühzeitig Sicherheit, Anerkennung und ergänzende Hilfe erhalten, können sie sich häufig erstaunlich gut stabilisieren. Nicht alle Traumatisierten können nie wieder in ihrem Leben in ihr Heimatland zurückkehren. Personen, die frühzeitige Hilfe und adaequate materielle und soziale Lebensbedingungen erhalten, die kurzfristige isolierte Traumatisierungen erlebt haben und/oder die Möglichkeit haben, nach gesellschaftlichen Veränderungen und Befriedung in ihrer Heimat dorthin aus freien Stücken zunächst besuchshalber zurückzukehren, sich zu informieren, selbstbestimmt festzustellen, dass eine Chance besteht, sich sozial wieder zu integrieren, können durchaus nach einer Phase der Stabilisierung auf freiwilliger Basis in ihre Heimat zurückkehren, wie dies beispielsweise in Chile geschah. Systematische Untersuchungen hierzu fehlen noch.
2. Manche der hier beschriebenen Prozesse sind möglicherweise schwer in juristische Begriffe übersetzbar. Es ist notwendig, das subjektive Erleben nachzuempfinden bzw. ihm eine Bedeutung zuzubilligen, Krankheit als in seinen Auswirkungen unterschiedlich reversiblen Prozess wahrzunehmen und vor allem die eingeschränkte Überprüfbarkeit der komplexen Vorgänge durch Nicht-Fachleute zu akzeptieren. Geschieht dies nicht, kommt es zu gravierenden Fehlern in der Bewertung, die erhebliche Auswirkungen auf das Schick-

sal der Betroffenen sowie auf die Kultur und das Ansehen der Rechtsprechung haben. Schwere Verletzungen der leibseelischen Gesundheit werden riskiert.

Literatur:

Cloitre, M. Et al. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.

Fischer G./Riedesser 1999: *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, Springer

Flatten, G. et. al. 2004: *Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentext*, Schattauer Verlag

Gäbel, U. Machbarkeitsstudie des Projektes: Asylpraxis in Deutschland – Eine Analyse der Rückführung

Gierlichs, H.W. et al. 2005: *Grenzen und Möglichkeiten klinischer Gutachten im Ausländerrecht*, ZAR, im Druck.

Graessner, S. und M. Wenk-Ansohn 2000: *Die Spuren der Folter*, Schriftenreihe Behandlungszentrum f. Folteropfer, Berlin,

Gurris, N. und Wenk-Ansohn. 2003. *M. Folteropfer und Opfer von Gewalt*. In: A. Maercker, *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. 2. Auflage. Berlin, Springer. S. 221-246.

Haenel, F. und M. Wenk-Ansohn 2004: *Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren*, Beltz

Keilson 1979: *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*, Enke, Stuttgart

Lindner et al. *Dtsch Arztebl* 2003; 100: A 1004–1007 [Heft 15]

Maercker, A.: *Posttraumatische Belastungsstörung/Psychologie der Extremtraumatisierungen bei Opfern politischer Gewalt*, Papst Science, Lengerich

Reddemann, L.: *Zur Behandlung komplexer Posttraumatischer Störungen, Gruppenpsychotherapie*, 2000