

# Grenzen und Möglichkeiten klinischer Gutachten im Ausländerrecht

*Hans Wolfgang Gierlichs<sup>1</sup>, Eva van Keuk<sup>2</sup>, Claudia Greve<sup>3</sup>, Mechthild Wenk-Ansohn<sup>4</sup>, Guido Flatten<sup>5</sup>, Claudia Hartmann<sup>6</sup>, Peter Liebermann<sup>7</sup>, Markus Rottländer<sup>8</sup>, Thomas Weber<sup>9</sup>, Waltraut Wirtgen<sup>10</sup>.*

Wir danken Frau Dr. phil. Dipl. Psych. Angelika Birck, verstorben am 7.6.04, für ihre Vorarbeiten und Hilfe bei der Planung der Arbeit

## 1. Juristische und heilberufliche Denkmodelle

Seit der Einführung der §§ 53.6. und 55.2 AuslG (§§ 60.7 und 60a.2 Zuwanderungsgesetz) hat sich die Rechtsprechung zunehmend mit dem Thema „Traumatisierung“ auseinandergesetzt. Es entwickelte sich ein juristischer Umgang mit dieser medizinisch-psychologischen Thematik, der der komplexen Materie bislang in vielen Fällen nicht gerecht wurde (Gierlichs 2002, 2003).

Juristische und heilberufliche Herangehensweisen unterscheiden sich insofern, als medizinische und psychologische Untersuchungen sich ihrem Wesen nach mit der Subjektivität der Untersuchten befassen, sie suchen nach einem Zusammenhang zwischen der subjektiven Realität und den Beschwerden der Untersuchten. Auch wenn sie Erkrankungen als Reaktionen auf äußere Ereignisse beschreiben, beschäftigen sie sich mit dem subjektiven Erleben und der Verarbeitung der Ereignisse, d.h. mit deren individuellen Auswirkungen auf der psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Ebene. Dabei können sie ggf. Hinweise auf eine traumatische Ursache einer Störung liefern. Sie überprü-

---

<sup>1</sup> Dr. med., Arzt für Innere und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Koordinator SBPM, Mitglied AK Migration und Trauma DeGPT, Beauftragter für Flüchtlingsfragen des Vorstands der DeGPT

<sup>2</sup> Dipl. Psych., Verhaltenstherapeutin, Tanztherapeutin, Vorstand BAFF, Mitglied SBPM

<sup>3</sup> Dipl. Psych., Mitglied AK Forensik / Gutachten DeGPT, Schwerpunktpraxis für Rechtspsychologie in Trier

<sup>4</sup> Dr. med., Ärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Vorstand BAFF, Mitglied Arbeitsgruppe SBPM

<sup>5</sup> Dr. med., Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Vorstand DeGPT

<sup>6</sup> Dipl. Psych., Mitglied Arbeitskreis Migration und Trauma DeGPT, Mitglied BAFF

<sup>7</sup> Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter AK Forensik / Gutachten DeGPT

<sup>8</sup> Dipl. Psych., Institut für Psychotraumatologie, Köln, Stellv. Leiter Trauma Transform Consult

<sup>9</sup> Dipl. Psych., Institut für Psychotraumatologie, Köln, Leiter Trauma Transform Consult

<sup>10</sup> Dr. med., Ärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin, Mitglied BAFF, Mitglied Arbeitsgruppe SBPM, Mitglied AG Rück

SBPM = Arbeitsgruppe Standards f. die Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

BAFF = Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer,

DeGPT = Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie

AG Rück = Arbeitsgruppe Ländervertreter und Bundesärztekammer zur Mitwirkung von Ärzten bei Rückführungen

fen immer auch die Möglichkeit der Simulation (Birck 2002b, 2002c, 2004), es ist aber weder ihre Aufgabe noch ihr Anliegen, objektive Beweise im Sinne von Außenkriterien zu liefern. Was also können klinische Gutachten und Stellungnahmen im juristisch-heilberuflichen Spannungsfeld leisten?

Die Bestimmung dessen, was sich „in Wahrheit“ ereignet hat, obliegt einzig den Richtern. Ihr Wunsch, die Wahrheitsfindung unter Zuhilfenahme „eindeutiger und klarer“ psychologischer Methoden zu betreiben bzw. den Erlebnisbezug einer Aussage vor einem solchen Hintergrund anzuzweifeln, geht häufig einerseits von einem vereinfachten Modell der Wahrnehmung, Abspeicherung und Abrufbarkeit von Gedächtnisinhalten, und andererseits von einem vereinfachten, unidimensionalen, statischen Störungsmodell mit linearer Beziehung zwischen Ursache und Wirkung aus, das dem Bedürfnis juristischen, klassisch-logischen Denkens entspricht. Bestandteile der aussagepsychologischen Methodik werden isoliert verwendet und unzulässig interpretiert.

In zahlreichen Bescheiden des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (jetzt BAMF) sowie in Urteilsbegründungen von Verwaltungsgerichten in Asylverfahren werden beispielsweise die für strafrechtliche Fragestellungen entwickelten sog. Realkennzeichen von aussagepsychologischen Laien auf Flüchtlinge übertragen, isoliert bewertet und als Hinweise für Unglaubhaftigkeit gedeutet (Birck 2002a). Diese Vorgehensweise erscheint im Sinn einer sauberen Anwendung der aussagepsychologischen Methodik falsch. Die Aussagepsychologie ist eine probabilistische, also nicht streng quantifizierbare Wissenschaft. Daraus folgt u. a., dass Realkennzeichen nicht von Laien zu einer Summe mit einem Schwellenwert für Glaubhaftigkeit aufgerechnet werden können, sondern nur im Kontext mit weiteren Kriterien fachlich fundiert bewertet und zu einer Diagnose zusammengeführt werden dürfen. Die Erstellung der Diagnose ist ein komplexer Vorgang, der sachgerecht nur vom dafür ausgebildeten und darin erfahrenen Fachmann seriös geleistet werden kann. Darüber hinaus sind die derzeit verfügbaren aussagepsychologischen Methoden im interkulturellen Kontext aufgrund bislang fehlender Validierung der Methodik für andere Kulturen nach Einschätzung von Experten nicht verwendbar (Birck 2002a Haenel 2003, Volbert 2004). Auch die Anwendbarkeit bei Personen mit möglichen Traumastörungen und durch Symptome wie Übererregung, Vermei-

dung, Scham und Gedächtnisstörungen evtl. vorhandenen Beeinträchtigungen, über die traumatische Vorgeschichte auszusagen (Birck 2002b, 2002c, Graessner, Wenk-Ansohn 2000), wird kontrovers diskutiert (von Hinckeldey 2002, Volbert 2004).

Die vereinfachte Anwendung aussagepsychologischer Kriterien durch Laien auf dem Hintergrund persönlicher Alltagserfahrung, die den Anschein von Objektivität gegenüber reiner Plausibilitätsuntersuchung gibt, birgt besonders bei traumatisierten Menschen und Personen anderer Kulturkreise ein hohes Risiko für Fehleinschätzung in sich.

Bei behördlichen und juristischen Entscheidungsträgern ist häufig das Denkmodell anzutreffen, ein Trauma bedinge regelhaft als einzige Störung eine Posttraumatische Belastungsstörung, die ggf. als Abschiebehinderniss gewertet werden könne, jedoch per Behandlung zu reparieren sei, weswegen nach der Therapie die Abschiebung erfolgen könne. Dies widerspricht der klinischen fachlichen Erfahrung und essentiellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Schwere Traumatisierungen lösen komplexe prozesshafte Vorgänge und individuelle Störungsverläufe mit zumeist chronischem Verlauf und unterschiedlichen Phänotypen und Diagnosen aus (Wirtgen 2002, Flatten 2004, Reichelt 2004, Haenel 2004). Durch Behandlung können diese Auswirkungen reduziert werden, die Traumatisierung wird jedoch dadurch nicht ungeschehen gemacht (Fischer 2001, Flatten 2004, Gurriss, Wenk-Ansohn 2003). Es handelt sich nicht um eine infektiöse, z.B. bakterielle Erkrankung, deren Ursache und Auswirkung durch ein Antibiotikum erfolgreich bekämpft werden kann, sondern um einen reaktiven Prozess in der menschlichen Psyche, die von im Gedächtnis gespeicherten Erfahrungen nachhaltig beeinflusst und in Netzwerken organisiert ist. Diese klinische Realität, untermauert durch wissenschaftlichen Erkenntnisse, unter anderem im Bereich der Hirnphysiologie (Van der Kolk 2000, Hüther 2002) ist komplex. Es besteht die Tendenz, sie zugunsten eines schematisch einfachen Denkmodells zu vernachlässigen.

Die Fokussierung der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ als „Rettungsanker“ im Asylverfahren hat auch dazu geführt, dass Rechtsanwälte und fachfremde Unterstützer empirische psychotraumatologische Erkenntnisse undifferenziert auf Einzelfälle übertragen. Dies führt dazu, dass eine hohe Anzahl von

ähnlichen Attesten, Bescheinigungen, Stellungnahmen und Gutachten bei den juristischen Entscheidungsträgern eingeht, was deren ohnehin existierendes Misstrauen gegenüber Heilberuflern zusätzlich bestärkt. Bei den behandelnden TherapeutenInnen hat der juristische Druck in manchen Fällen zu einer undifferenzierten Darstellungsweise geführt, in der eine gründliche, individuelle Abklärung oder Beschreibung des Störungsbildes aus Kapazitäts- und Wirtschaftlichkeitszwängen ins Hintertreffen gerät.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren gab 1999 erstmals Richtlinien für die Untersuchung von Flüchtlingen heraus (BAFF 2001). Im Jahre 2001 wurden von der Arbeitsgruppe SBPM Qualitätsstandards für die Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen entwickelt (Gierlichs 2004) und mit bundesweiter Unterstützung der Ärzte- und Psychotherapeutenkammern (Gierlichs 2002, 2003) entsprechend den Beschlüssen der Deutschen Ärztetage 2002-2004 in curriculäre Fortbildungen für die Begutachtung von Menschen mit psychisch reaktiven Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren umgesetzt (Haenel u. Wenk-Ansohn 2004). Im Januar 2005 erfolgte die Anerkennung des Curriculums der Arbeitsgruppe SBPM als offizielles Fortbildungsmaterial der Bundesärztekammer. Eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der Länder und der Bundesärztekammer erarbeitete einen Kriterienkatalog für Untersuchungen vor Abschiebungen (Informations- und Kriterienkatalog 2004).

Trotz aller Bemühungen ist die Situation vor allem für die betroffenen AsylantragstellerInnen nicht leichter geworden (Gardemann 2005), es wird meist emotionalisiert über das Thema „Gutachten“ und „Trauma“ diskutiert. Wir möchten als Expertengremium in Kooperation mit der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT zu einer Versachlichung beitragen und mit diesem Beitrag deutlich machen, inwieweit klinische Stellungnahmen und Gutachten einen wichtigen Stellenwert im Rahmen des Asylverfahrens einnehmen können – und wo ihre Grenzen liegen.

### **Methodische Fragen**

Von Gerichten wurden in der jüngeren Vergangenheit wiederholt klinische Gutachten nach aussagepsychologischen Kriterien beurteilt und etwa das Fehlen einer Analyse der Aussagekonstanz, Aussagemotivation oder einzelner Krite-

rien der aussagepsychologischen Begutachtung bemängelt, obwohl eine Aussageanalyse dieser Art nicht Bestandteil des klinischen Vorgehens ist (Birck 2002b, Leonhardt 2004, Volbert 2004). Auch werden immer wieder rein aussagepsychologische Fragestellungen an klinische Gutachter gerichtet. Es ist daher vor der Erörterung der Möglichkeiten und Grenzen der klinischen Begutachtung zunächst wichtig, aussagepsychologische und klinische Begutachtung zu unterscheiden.

### **Aussagepsychologische Begutachtung**

Aussagepsychologische Gutachten äußern sich zu Aussagen über einen Ablauf. Die Methode wurde entwickelt, um mit Hilfe der Inhaltsanalyse einer Aussage und unter Berücksichtigung der Entstehungsgenese, der Kompetenz und der Motivation des Untersuchten sowie mit Hilfe des Vergleichs verschiedener Aussagen einer Person zu unterschiedlichen Zeiten (Konstanzanalyse) die Frage zu klären, inwieweit die Schilderungen glaubhaft und zuverlässig sind. Die Mindestanforderungen an die Qualität wurden in einem Urteil des BGH vom 30. Juli 1999 festgeschrieben. Das Urteil bezieht sich auf den positiven Nachweis der Glaubhaftigkeit von (Opfer-) Zeugen. Die Untersuchungsmethodik wurde ausschließlich für die Anforderungen im Strafverfahren entwickelt. Sie ist in dessen Rahmen dafür geeignet, zu klären, ob die Zuverlässigkeit eines Vorwurfs so sicher zu belegen ist, dass die Aussage im definierten Sinn als sicheres und eindeutiges Beweismittel anerkannt wird und eine Verurteilung auf dieser Grundlage erfolgen kann.

Die Methodik ist nicht darauf fokussiert, „Unglaubhaftigkeit“ zu erkennen oder gar zu erklären. Die Gutachten gemäß den zitierten BGH-Richtlinien sind daher nicht auf Asylverfahren übertragbar, in denen es in der Regel darum geht, ob eine Aussage unglaubhaft ist. Die aussagepsychologische Methodik ist in diesen Verfahren auch deshalb nicht anwendbar, weil sie noch nicht über seriöse, validierte Kriterien bei der Auswertung von Aussagen kulturfremder Personen (anderer Mitteilungs-, Erlebens- und Beziehungsstil) oder möglicherweise traumatisierter Personen (ggf. Vermeidung, veränderte Gedächtnisleistung) verfügt (Koch 2002). Durch die Verdolmetschung im Asylverfahren ergeben sich darüber hinaus unvermeidlich Verfälschungen des Mitteilungsstils und ihres Inhalts (Birck 2002b, Volbert 2004). Die methodisch unverzichtbare Inhaltsanalyse des

wörtlichen freien Berichts über das fragliche Geschehen ist nicht mehr zuverlässig möglich.

Aussagepsychologische Methoden unterscheiden sich vom klinisch-diagnostischen Vorgehen. Die methodologische Vermischung eines aussagepsychologischen mit einem klinisch-diagnostischen Ansatz ist nicht zu empfehlen (Leonhardt 2004), da bei der klinischen Untersuchung das vorliegende Störungsbild und bei der strafrechtlich beauftragten Untersuchung die Aussage im Mittelpunkt steht. In der praktischen Umsetzung ergeben sich durchaus wichtige Berührungspunkte und Überschneidungen zwischen beiden Verfahren, was derzeit aber eher zu Verwirrung als zu Synergieeffekten führt. Die Begrifflichkeiten der beiden Methoden sollten abgeglichen und die Einsatzgebiete deutlicher gegeneinander abgegrenzt werden.

### **Klinische Begutachtung**

Klinische Gutachten äußern zu der Frage, ob jemand gesund oder krank ist und dazu, welche Erkrankungen ggf. vorliegen. Sie werden von Psychologen und Ärzten mit klinischer Ausbildung und Fortbildung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt und betreffen folgende Punkte:

- Art der Erkrankung, Schweregrad, evtl. Chronizität,
- Behandlungsbedarf,
- Prognose (Umstände, unter denen Besserung/Verschlechterung erwartet wird),
- Risiko von Gesundheitsschäden und Suizidalität (unter welchen Umständen?),
- Hinweise auf den Erlebnisbezug von Berichten über traumatische Ereignisse (aus klinischer Sicht),
- Krankheitsbedingte Einschränkungen des Aussagevermögens zu traumatischen Erlebnissen sowie krankheitsbedingte allgemeine oder situative Einschränkungen des Aussagevermögens.

Im Zentrum der klinischen Untersuchung steht ein ausführliches semistrukturiertes Interview bezüglich der jetzigen Beschwerden und der Vorgeschichte. Das Gespräch ist vorstrukturiert. Durch seine offene Form wird eine unbewusste Selektion durch Hypothesen des Untersuchers ausgeschaltet. Das

subjektive Erleben der Befragten wird in den Mittelpunkt gestellt. die so die Möglichkeit erhalten, ihr Beschwerdebild und ihr Erleben verbal und szenisch darzustellen. Häufig werden unerwartete Aspekte des individuellen Erlebens beobachtbar oder mitgeteilt, was die Beantwortung der Fragestellung erleichtern kann. Im Zentrum des Gespräches steht die Frage nach der aktuellen, klinisch relevanten Symptomatik, ihrer Vorgeschichte sowie ihres möglichen Zusammenhanges mit potentiell traumatogenen Erlebnissen bzw. mit der aktuellen Situation. Dies ist eingebettet in eine Schilderung des bisherigen Lebenslaufes, also auch der familiären Hintergründe und Erkrankungen.

In der Regel sind bei der Untersuchung Sprachvermittler tätig, sie werden aufgefordert, eine möglichst wortgetreue Übersetzung durchzuführen (Dhawan 2004). Eine Übersetzung durch Familienangehörige oder Freunde ist aus fachlicher Sicht im Regelfall abzulehnen, die politische, religiöse, sexuelle und ethnische Zugehörigkeit der dolmetschenden Person sollte grundsätzlich beachtet werden. Störungen in der Kommunikation mit DolmetscherInnen oder ein erhöhtes Misstrauen zwischen KlientIn und DolmetscherIn können bereits eine gründliche Exploration unmöglich machen. Auch kulturspezifische Kommunikationsformen sind zu beachten – ein unerfahrener deutscher Gesprächspartner könnte bspw. das Lächeln eines Tamilen bei der Schilderung von Gewalterfahrungen als Anzeichen für Unglaubhaftigkeit bzw. parathyme emotionale Äußerung fehlinterpretieren. Untersuchungen im interkulturellen Bereich bergen vielfältige andere Fehlerquellen als muttersprachliche Untersuchungen. Der Gutachter sollte möglichst mit der jeweiligen Kultur Erfahrung haben. Gespräche mit Dolmetschern vor und nach den Untersuchungsterminen helfen ihm, sich in neue Kulturen einzuarbeiten. Wesentlich ist, dass er sich der Differenzen bewusst ist und sich entsprechende Zeit für Rückfragen und Annäherung an biographische Abläufe aus verschiedenen Perspektiven nimmt.

Während der Befragung wird eine eingehende Verhaltensbeobachtung durchgeführt. Bei der Erhebung der Beschwerden und der Vorgeschichte werden das Verhalten und das Mitgeteilte auf innere Kohärenz und Krankheitshinweise wie kognitive Schäden oder psychodynamische Abwehrvorgänge untersucht. Was wird geschildert - und vor allem wie wird es geschildert? Ergeben sich Hinweise auf kognitive Störungen bzw. emotionale Phänomene, die auf eine traumatische

Ursache hindeuten? Bestehen Hinweise auf Simulation bzw. Aggravation? Somit hat das klinische Vorgehen im Bereich des psychischen Befundes durchaus auch Negativkriterien. Über den im Verlauf der Untersuchung immer facettenreicher werdenden psychischen Befund entsteht unter Abwägung möglicher Differentialdiagnosen allmählich eine immer genauere Diagnose des gegenwärtigen Krankheitsbildes. Die mitgeteilte Vorgeschichte wird mit diesem Krankheitsbild abgeglichen. Dabei wird mittels Verhaltensbeobachtung während der Schilderung (Mitteilungsstil, Hinweise auf Gedächtnisstörungen, Fragmentierung, Vermeiden, Scham etc.) und mittels Analyse des Berichteten beurteilt, ob und inwieweit sich Hinweise auf eine Erlebnisfundierung des Mitgeteilten finden. Ferner wird der Bericht des Verlaufs der Ereignisse mit dem des Krankheits- und Symptomverlaufs verglichen. Die Klärung der Fragen, welches Krankheitsbild vorliegt, ob die Beschwerdeschilderung des Untersuchten aus klinischer Sicht als authentisch einzustufen ist, ob Simulation oder Aggravation auszuschließen sind, sowie die Diskussion der Differentialdiagnosen und möglichen Kausalität einer Erkrankung fallen ausschließlich in die genuine Kompetenz des klinischen Gutachters (Haenel 2003, 2004, Leonhard 2003, 2004). Nur der Kliniker kann hierzu klinisch fundierte Einschätzungen vornehmen.

Die notwendige gründliche und breite diagnostische Abklärung sollte sich keinesfalls nur auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, PTSD) beziehen. Bei Personen, die lang anhaltender, auch mehrfacher, so genannter kumulativer oder sequentieller (Keilson 1979) Traumatisierung durch Mitmenschen ausgesetzt waren, finden sich - mit oder ohne PTSD-Symptomatik - komplexe Krankheitsbilder, depressive Störungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Psychosen, Persönlichkeitsakzentuierungen/-störungen oder Suchterkrankungen (Reichelt 2004, Flatten 2004, Wirtgen 2002). Die Erhebung der traumatischen Vorgeschichte und die Abklärung der Diagnosen erfordern mehrere Sitzungen und insgesamt einen hohen Zeitaufwand. Aktuelle dissoziative oder psychotische Symptome können eine weitergehende Differentialdiagnostik zeitweilig unmöglich machen. Die aktuelle Einnahme von Psychopharmaka kann sich gravierend auf emotionale Reaktionen auswirken und muss daher berücksichtigt werden.



Die traumatogene Bedeutung berichteter Ereignisse und ihr Einfluss auf den Verlauf einer Störung kann vom erfahrenen Untersucher durch einen Abgleich mit Beginn, Ausprägung und Verlauf anamnestisch angegebener traumatypischer Symptome erschlossen werden. Diese Möglichkeit wird dadurch eingeschränkt, dass viele KlientInnen Schwierigkeiten haben, retrospektiv die Veränderungen der Symptome während einer langwierigen Traumatisierung selbstreflektierend zu schildern, sowohl wegen ihrer Gedächtnisstörungen, ihrer Vermeidung und Schamreaktionen (Haenel 2003) als auch deswegen, weil sie z. B. infolge ihrer kollektiven Sozialisation wenig Übung darin haben, ihrer eigenen Befindlichkeit reflektierend nachzugehen (Birck 2002b). Die Bedeutung mitgeteilter traumatischer Explorationsinhalte kann auch über eine eventuelle Zunahme des Vermeidungsverhaltens oder der klinischen Symptomatik in der folgenden Sitzung eingeschätzt werden. Therapeutische Erfahrung im Auffangen der psychischen Belastung unter der Befragung ermöglicht oft erst den Zugang zu den traumaassoziierten Inhalten, die schwer verbalisierbar sind. Sie ist auch notwendig, um Grenzen der Belastbarkeit zu erkennen und einzuhalten, damit das Risiko einer einschneidenden Verschlechterung/ Retraumatisierung minimiert wird.

Insofern ist der diagnostische Prozess keine „Checkliste“, die abgearbeitet wird und in der bei genügend „Häkchen“ eine Diagnose vergeben werden kann. Aus diesem Grund wird gefordert, dass GutachterInnen in diesem Bereich über ausreichende klinische Erfahrung verfügen müssen und die Bandbreite psychischer Störungen aus der Praxis kennen sollten. Wenn sich ihre Kenntnisse auf die Diagnosenkategorien der posttraumatischen Belastungsstörung als einzige Manifestationsform psychisch reaktiver Traumafolgen beschränken, werden sie bei komplexen Traumafolgen kaum zu einem angemessenen Ergebnis kommen.

Die Beurteilung des Mitgeteilten bezüglich innerer Kohärenz, krankheitsspezifischer Mitteilungsweise und Hinweisen auf mögliche kognitive Schäden ist ein entscheidender Teil der klinischen Untersuchung und erfordert ein hohes Maß an Erfahrung und Wissen, da die möglichen Krankheitsbilder sehr unterschiedlich sein können. Die meisten der beobachtbaren Symptome wie depressive Antriebsstörungen, Ängste, Unruhe, Abwesenheit, Misstrauen, Affektdurchbrüche, Widersprüche und Auslassungen, Vermeiden, Teilnahmslosigkeit, Ich-

Störungen oder kognitive Störungen sind für sich genommen mehr oder weniger unspezifisch. Sie treten nach Traumatisierungen, aber auch bei neurotischen, psychotischen und Persönlichkeitsstörungen auf, ähnlich wie Fieber, Luftnot, Oberbauchschmerzen, Krämpfe, Blässe und Schwitzen unspezifisch sind. Dissoziative Störungen, Angst- und Vermeidungsreaktionen auf bestimmte Reize hin und intrusive Symptome (mit szenischem Wiedererleben und Flashbacks) sind spezifischer für posttraumatische Störungen. Erst die immer subtilere Eruierung des spezifischen Symptomenkomplexes erlaubt eine sichere Diagnose.

Bei der Diagnosestellung der PTBS nach ICD-10 (WHO) und DSM-IV (American Psychiatric Association) ist mindestens ein traumatisches Ereignis in der Anamnese als A-Kriterium obligat. Bei Asylsuchenden ist häufig nicht bekannt, ob ein solches Ereignis stattgefunden hat und wie es ggf. abgelaufen ist. Dieses Dilemma (Leonhardt 2003) des Fehlens von Beweisen ist ein häufiges Charakteristikum von traumatischer Gewalt (Haenel 2003, Haenel und Birck 2004). In der klinischen Praxis wird, wie bereits ausgeführt, das Vorliegen des A-Kriteriums in der Regel anhand der klinischen Traumaanamnese im Zusammenhang mit dem dabei erhobenen psychischen Befund abgeleitet. Die klinische Diagnosestellung beinhaltet zwar keine aussagepsychologische Überprüfung der Glaubhaftigkeit von Aussagen über Ereignisse (Haenel 2003, 2004, Leonhardt 2003). Sie gibt aber anhand des beobachtbaren und sich verändernden Befundes im Rahmen der Anamneseerhebung Hinweise darauf, ob eine traumatische Vorgeschichte vorliegt. In der Beurteilung wird der mögliche Zusammenhang zwischen berichtetem traumatischem Erleben und den erhobenen Befunden dargelegt, Schlussfolgerungen werden begründet, es wird beschrieben, ob in Bezug auf Symptome oder traumatisches Erleben einzelne höchst sachtypische Details berichtet oder beobachtet werden, die mit dem Kern des anamnestisch berichteten traumatischen Ereignisses zusammenpassen oder nicht, so z.B., ob spezifische Reize erhöhte Schreckreaktionen, Vermeidungsreaktionen, dissoziative Abspaltungsreaktionen und Intrusionen auslösen, welche Thematik für das intrusive Erleben berichtet wird etc.. Auch Anhaltspunkte dafür, dass z.B. neurotische Prozesse die Aussagen zur Biographie beeinflussen oder wahnhafte Phänomene eine Rolle spielen, werden untersucht. Die Diskussion von möglicher Kausalität kann, wie in sozialgerichtlichen Verfahren üblich, auch bei anderen Diagnosen als der PTBS/PTSD Teil der kli-

nischen Beurteilung sein. Dabei sind dann verschiedene Faktoren und deren Einfluss auf das aktuelle Krankheitsbild zu diskutieren und zu gewichten. Es ist nicht möglich, aus einer posttraumatischen Symptomatik linear zu schließen auf ein bestimmtes auslösendes Trauma (McNally 2003, Leonhardt 2004, Ebert 2004 u. Volbert 2004). Jedoch kann die klinische Untersuchung indizienhaft wesentliche Hinweise auf ein krankheitsauslösendes Trauma, sein Vorhandensein und seine Beschaffenheit geben (Leonhardt 2004, Birck 2002a, Haenel 2003). Es handelt sich dabei nicht um einen Beweis, sondern um eine Beurteilung vor dem Hintergrund der Analyse der im Rahmen der klinischen Untersuchung erhobenen Befunde und des aktuellen Standes der klinischen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Dabei kann und will der Gutachter nicht nachweisen, dass die vom Probanden vorgegebenen Erfahrungen tatsächlich genau so stattgefunden haben, wie er sie aktuell geschildert hat, sondern nur, ob die gemachten Angaben und der begleitende psychopathologische Befund wichtige Indizien enthalten, die dafür oder dagegen sprechen, dass das geschilderte traumatische Ereignis ursächlich für die Entstehung der festgestellten Erkrankung ist.

Der Gutachter nimmt ebenfalls Stellung dazu, inwieweit der Untersuchte krankheitsbedingt in der Lage ist, über bestimmte Sachverhalte (z.B. traumatische Ereignisse) auszusagen oder nicht, inwieweit krankheitsbedingt allgemeine oder situative, auf alle Themen ausgeweitete oder auf traumatische Inhalte begrenzte Beeinträchtigungen des Aussagevermögens vorliegen, die aktuell eine Rolle spielen oder auch bei vorangehenden Aussagen eine Rolle gespielt haben können (Birck 2004).

Häufig werden KlinikerInnen mit dem juristischen Vorurteil konfrontiert, sie seien voreingenommen und würden unkritisch und ungeprüft die Annahmen des/r Patienten/In übernehmen und als Realität anerkennen. Diese Meinung entspricht nicht der Realität der klinischen Arbeit. Es ist Teil der klinischen Methodik, in Diagnostik und Therapie gleichzeitig zwei Positionen einzunehmen: die der Empathie als Basis der professionellen Beziehungsgestaltung und als Voraussetzung, Zugang zu dem zu erhebenden Material zu bekommen, und die der kritischen Distanz als Voraussetzung für eine diagnostische und differentialdiagnostische Einschätzung sowie für therapeutische Interventionen (Wilson,

Lindy 1994, Haenel 2000, Haenel, Wenk-Ansohn 2004, Fischer 2003). Die Tatsache, dass erfahrene Kliniker bei einer Untersuchung mit Empathie und Einfühlungsvermögen vorgehen, bedeutet nicht, dass sie alle Angaben unkritisch übernehmen. Die Einschätzung der Verzerrung der Realitätswahrnehmung des Untersuchten durch Abwehr- und Schutzmechanismen oder durch sekundären Krankheitsgewinn ist ein zentraler Bestandteil der Diagnostik und bestimmt in der Folge beispielsweise Therapieplanung und Prognoseeinschätzung wesentlich. Aggravation/Simulation spielen im klinischen Alltag auch jenseits der Asylverfahren eine Rolle (Rentenbegehren, Krankschreibung etc.). Gleichzeitig muss der/die Untersuchte sich verstanden und akzeptiert fühlen (Henningsson 2003). Im Hinblick auf möglicherweise traumatisierte Personen ist empathisches Vorgehen schon deswegen von Belang, weil ihre Gedächtnisleistung und damit die Verbalisierungsfähigkeit in erheblichem Ausmaß von ihrem aktuellen Stimmungszustand abhängig sind. Erst in einer angstfreien Atmosphäre werden bestimmte Erinnerungen zugänglich. Die Beziehungsgestaltung ist also keinesfalls mit einer unkritischen Übernahme der Explorationsinhalte gleichzusetzen. Möglicherweise werden in Stellungnahmen, die von der Abfassung her grundsätzlich nicht den Umfang eines Gutachten haben können (Wenk-Ansohn et al 2002), differentialdiagnostische Alternativen und Begründungen zu wenig explizit mitgeteilt und erschließen sich dadurch dem juristischen Empfänger eines Gutachtens oder einer Stellungnahme nicht hinreichend. Hier sollten klinische FachkollegInnen scheinbar Selbstverständliches transparenter darstellen und umgekehrt juristische Experten im Falle von Unklarheiten nachfragen.

## **Prognose**

Flüchtlinge haben grundsätzlich bislang keinen juristischen Anspruch auf eine möglichst gute Behandlung, auch wenn in der Europäischen Menschenrechtskonvention und den Europäischen Richtlinien (Amtsblatt EU) Rehabilitation und adäquate Versorgung von Folteropfern gefordert werden. Daher sind Überlegungen, wie eine möglichst gute Prognose zu erreichen ist, für die (juristischen) Empfänger meist nicht relevant. Nur schwerwiegende Bedrohungen der Gesundheit sind von juristischem Interesse.

Um mögliche schwerwiegende Gesundheitsgefahren, die durch die Abschiebung ausgelöst werden, beurteilen zu können, sollte zuvor die allgemeine indi-

viduelle, durch Faktoren wie Stressresistenz und Steuerungsfähigkeit gekennzeichnete Belastbarkeit mit der individuellen subjektiven Belastung durch die Abschiebung verglichen werden. Diese Einschätzung ist anhand des individuellen Störungsbildes mit ausreichender Sicherheit möglich, erfordert aber als originäre klinische Aufgabe viel Erfahrung und kann nicht durch medizinische Laien „auf dem Boden ihrer Lebenserfahrung“ durchgeführt werden. Angezweifelte fachliche Beurteilungen erfordern grundsätzlich erneute Untersuchungen und qualifizierte Zweitgutachten.

Aus klinischer Sicht sind nicht nur Patienten, die an einem Störungsbild infolge einer Traumatisierung in der Heimat leiden (Gefahr der akuten Reaktualisierung), sondern auch Patienten mit psychosenahen Störungen (Gefahr des Realitätsverlustes und der psychotischen Dekompensation), Patienten mit schweren Depressionen (Psychodynamik der Autoaggression) und Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und deutlich herabgesetzter Stressresistenz, wie z.B. Borderline PatientInnen (Gefahr des Impulsdurchbruches mit Eigen – oder Fremdgefährdung) besonders gefährdet. Sie verfügen einerseits über eine deutlich geringere Belastbarkeit und erleben zusätzlich Abschiebesituationen als wesentlich belastender als ein gesunder Mensch. Es ist also keinesfalls so, dass eine Abschiebung für alle Menschen eine ähnliche oder gar identische Belastung darstellt. Eine individuelle, fachliche Einschätzung auf dem Boden einer umfassenden Untersuchung ist daher an diesem Punkt erforderlich.

Bei Menschen mit Traumastörungen ist die Belastbarkeit infolge ihrer krankheitsbedingten hohen Vulnerabilität auch in symptomarmen Zeiten regelhaft reduziert. Der klinische Hintergrund dieser reduzierten Belastbarkeit ist, zunächst unabhängig von ihrer individuellen Diagnose, eine mangelnde Unterscheidungsfähigkeit zwischen gefährlichen und ungefährlichen Situationen. Während es also für gesunde Personen möglich ist, zwischen einer bedrohlichen Vergangenheit (z.B. Festnahme in der Heimat Türkei) und einer ungefährlichen aktuellen Realität (z.B. freundliche deutsche Polizisten bei einer Routinekontrolle) zu unterscheiden, kommt es bei traumatisierten Personen zu einer Aktivierung von mit dem Trauma verbundenen Reizen/situativen Faktoren und zu einer Überflutung mit Bildern der traumatischen Erinnerungen (Flashbacks, Intrusionen, Wiedererinnerungsreaktionen). Diese verhindern eine realistische

Wahrnehmung der jetzigen Situation, lösen starke Panikgefühle, innere Unruhe, Herzrasen, oder Erstarrung („sie nehmen mich fest, diesmal werden sie mich töten“) aus und führen zu Reaktionen wie Weglaufen oder um sich Schlagen, die Außenstehenden in der aktuellen Situation völlig inadäquat erscheinen. Es kommt zu einem Verlust der affektiven Modulation und einer undifferenzierten „fight – or – flight“ Reaktion (Le Doux 1998). Die komplexen hirnpfysiologischen Ursachen dieser Mechanismen, deren spezifische Auswirkungen auf den Krankheitsprozess häufig als Reaktualisierung oder Retraumatisierung bezeichnet werden, sind wissenschaftlich abgesichert (Birck 2002c, Van der Kolk 2000),

Die beschriebenen Mechanismen werden bereits durch die Androhung einer gewaltsamen Abschiebung in Deutschland im Sinne einer krankheitsspezifischen Belastung getriggert, da diese als „Gewalterfahrung“ bzw. Zwangsmaßnahme alte Gefühle von Ohnmacht und Ausgeliefertsein sowie Bilder traumatischer Erfahrungen im Herkunftsland aktiviert und unkontrollierbare Angst auslöst.

Menschen mit Traumastörungen nach traumatischen Entwurzelungen und Verlusten sind besonders verletzlich gegenüber erneuten Trennungserfahrungen. Durch Abschiebungen werden aktuelle haltgebende Alltagsorganisationen und Beziehungen, die nach der Gewalterfahrung mühsam aufgebaut wurden, zwangsweise abgebrochen. Hierzu gehören auch therapeutische Beziehungen.

Zusammenfassend führt die Androhung der Abschiebung oftmals bereits in Deutschland zu deutlicher psychischer Labilisierung und Verschlechterung des Krankheitsbildes. Es ist zu klären, in welchem Ausmaß diese Belastung die verminderte Belastbarkeit übersteigt und das Risiko von ggf. suizidalen Impulshandlungen oder erheblichen Verschlimmerungen der Erkrankung bereits vor der Abschiebung oder im Rahmen des Abschiebevorganges selbst auslöst.

Nach der Abschiebung kommt es durch die als schutzlos und unkontrollierbar wahrgenommene Situation und die Konfrontation mit dem Ort des Traumas oder mit Personen, die dem Kreise der Täter in Aussehen oder Handlungsweise ähneln, sehr oft zu verstärkten Wiedererinnerungsreaktionen und weiterer Destabilisierung. Diese können nicht nur eine akute und länger andauernde Ver-

stärkung der Symptomatik mit drohender Dekompensation, sondern auch eine zumeist dauerhafte Verschlimmerung und Chronifizierung des posttraumatischen Krankheitsprozesses auslösen, die unabhängig von im Herkunftsland vorhandener medizinischer Infrastruktur die Prognose insgesamt lebensbedrohlich verschlechtert. Selbst wenn „objektiv“ vor Ort die besten Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung ständen, kann demnach eine Abschiebung bei diesen Personengruppen infolge des „subjektiven Erlebens“ eine akute und anhaltende Gefahr für Leib und Leben bedeuten. Sie stellt in diesen Fällen durchaus eine „Körperverletzung“ (Verletzung der leib-seelischen Gesundheit) mit akuter und protahierter Wirkung dar, die durch eine etwaige spätere Behandlung nicht ungeschehen gemacht wird und deren Erfolg entscheidend beeinflusst. All diese möglichen Konsequenzen einer Abschiebung, die auch von den Ländervertretern und der Bundesärztekammer (Informations- und Kriterienkatalog 2004) ausdrücklich aufgeführt werden, müssen im Rahmen der prognostischen Einschätzung im Einzelfall klinisch geklärt werden.

### **Zur „Reisefähigkeit“**

Die Zwangsmaßnahme einer Abschiebung unterscheidet sich in ihrem subjektiven Erleben und ihren Auswirkungen erheblich von einer „Reise“, daher ist die eingeschränkte Untersuchung auf Reisefähigkeit bei traumatisierten Menschen aus Sicht der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften 2004), der Arbeitsgruppe Rückführung (Informations- und Kriterienkatalog 2004) und der Deutschen Ärztetage (Beschlüsse der D. Ärztetage) obsolet.

### **Schlussbemerkung**

Nach epidemiologischen Studien (Kessler 1995, Flatten 2004, Silove, Steel, & Mollica, 2001; Steel et al., 1999; Steel & Silove, 2000,) muss damit gerechnet werden, dass 30-45% der Asylbewerber und Bürgerkriegsflüchtlinge traumatisiert sind. Es besteht die Gefahr, dass gerade diese Schutzbedürftigen wegen ihrer mit der Traumatisierung verbundenen speziellen Schwierigkeit, über ihre Vorgeschichte auszusagen (Birck 2002, 2 u. Birck 2004), nicht in den Genuss von Schutz und Rehabilitation gelangen (Gäbel 2005). Klinische Untersuchungen können, auch infolge des breiten methodischen Ansatzes, der nonverbale

Kommunikation und Verhalten berücksichtigt, viel zur Klärung der Frage des Schutzbedürfnisses aus gesundheitlichen Gründen sowie der Erlebnisfundierung des Vorgetragenen beisteuern, allerdings, wie mehrfach ausgeführt, nicht im Sinne von eindeutigen Beweisen. Da Asylverfahren keine Strafprozesse sind und die Geschehnisse in der Regel schwer rekonstruierbar und nachprüfbar sind, sollten entsprechend höchstrichterlicher Aussage, Glaubhaftmachung reiche wegen des Beweisnotstandes aus (BVerwG), die Ansprüche an die Belegkraft nicht zu hoch geschraubt werden. Um qualitativ hochwertige Antworten auf komplexe Fragestellungen - und damit weitere Mosaiksteine für die Urteilsfindung - zu erhalten, sind klinische Gutachten und Stellungnahme aus Sicht der Expertengruppe von großem Nutzen. Überzogene und fachlich falsche Fragestellungen, die Verantwortung verlagern, können und wollen sie nicht beantworten.

### **Literatur:**

American Psychiatric Association / Saß H et al. 1996: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV Kapitel 309.81. Hogrefe.

Amtsblatt der Europäischen Union: RICHTLINIE 2003/9/EG DES RATES vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten

Beschlüsse der Deutschen Ärztetage  
[www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/040Beschluss/index.html](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/040Beschluss/index.html)

Birck A 2002a: Asylentscheidungen – zum Glaubhaftigkeitsverständnis von deutschen Behörden, Z. Politische Psychologie 10

Birck A 2002b: Traumatisierte Flüchtlinge, wie glaubwürdig sind ihre Aussagen? Asanger

Birck A 2002c: Echte und vorgetäuschte Posttraumatische Belastungsstörungen. Psychotraumatologie, 3 (26)

Birck A 2004: Erinnern, Vergessen und Posttraumatische Störungen, in: Haenel und Wenk-Ansohn, Beltz

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2001: Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern, 3. Auflage, Dt. Psychologen Verlag

BVerwG, Urteil vom 29.11.77, BVerwGE 55,82

Dhawan S 2004: Einsatz von Dolmetschern. In Haenel, Wenk-Ansohn (Hrsg.): Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, Beltz. S. 144- 159.



Dokumentation der Fachtagung „Begutachtung schwer traumatisierter Flüchtlinge“ 2003, Selbstverlag Therapiezentrum für Folteropfer Köln, Spiesergasse 12, 50670 Köln

Ebert D, Kindt H 2004: Die posttraumatische Belastungsstörung im Rahmen von Asylverfahren, VBI

Fischer G, Riedesser P 2003: Lehrbuch der Psychotraumatologie, Springer

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

Gäbel U, Ruf, Schauer, Odenwald, Neuner 2005: Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis, Z Klin Psychologie Psychotherapie

Gardemann J 2005: Begutachtung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Spannungsfeld der Aufgaben und Ziele verschiedener Auftraggeber. In: Elling P, Gardemann J, Koch E, Salman R. (Hrsg.) Transkulturelle Begutachtung. VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin

Gierlichs H W 2002: Psychologische Gutachten: Wissen über Traumata mangelhaft, Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 33

Gierlichs H W 2003: Begutachtung psychotraumatisierter Flüchtlinge, Konflikte... Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 34-35, 1098

Gierlichs H W et al. 2004: Standards für die Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, in Haenel, Wenk-Ansohn 2004, Beltz PVU

Greuel L et al. 1998: Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage – Theorie und Praxis der forensisch-psychologischen Begutachtung. Beltz PVU

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

Gurris N, M Wenk-Ansohn 2003: Folteropfer und Opfer politischer Gewalt, in: Maercker: Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung, Springer

Haenel F 2000: Die Beziehung zwischen Gutachter und zu Untersuchenden und ihre Bedeutung bei der Begutachtung chronisch psychischer Traumafolgen. Med Sach 96: 84-87

Haenel F 2003: Zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, ZPPM 4

Haenel F, A Birck 2004: Entgegnung zum Beitrag von Prof. Dieter Ebert und Prof. Dr. Hildburg Kindt, Die posttraumatische Belastungsstörung im Rahmen von Asylverfahren. VBI 9

Haenel F, M Wenk-Ansohn (Hrsg) 2004: Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, Beltz PVU

Henningsen, F 2003: Traumatisierte Flüchtlinge und der Prozess der Begutachtung. Psyche  
Z Psychoanal 57

- Hüther, G 2002: Traumatische Erinnerungen, in Asylpraxis Bd. 9, Bundesamt für Migration
- Informations- und Kriterienkatalog 2004, Ärztekammer Nordrhein 22.11.04, online
- Kessler R C et al. 1995: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52, 1048-1060.
- Keilson H 1979.: Sequentielle Traumatisierung bei Kindern, Enke
- Koch, D 2002: Verifizierung von psychischen Folgeschäden nach Extremtraumatisierung, Feststellung und Behandlungsmöglichkeiten, Glaubhaftigkeit von Ereignisberichten, Glaubhaftigkeitskriterien der forensischen Psychologie versus neue wissenschaftliche Befunde zum traumaspezifischen Gedächtnis und die Implikationen für den Umgang mit traumatisierten Menschen, in Asylpraxis Bd. 9, Bundesamt für Migration
- Le Doux J 1998: Das Netz der Gefühle, München, Wien: Carl Hanser
- Leonhardt M, K Foerster 2003: Probleme bei der Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung, MED SACH 99
- Leonhardt M 2004: Psychiatrische Begutachtung bei asyl- und ausländerrechtlichen Verfahren, in Venzlaff Foerster: Psychiatrische Begutachtung, Urban und Fischer
- Lindstedt L 2001: Qualitätsanforderungen an medizinische Gutachten, in Asylpraxis Band 7, Bundesamt für Migration, Nürnberg
- Reichelt E 2004 Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbidität, in: Haenel und Wenk-Ansohn Beltz PVU
- Silove D et al. 2001: Detention of asylum seekers: Assault on human rights and social development. The Lancet 357 1436-1437
- Steel Z et al. 1999: Pathways from a trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees and immigrants. Journal of Traumatic Stress 12, 421
- Steel Z, D Silove 2000: The psychosocial cost of seeking and granting asylum. In: Shalay Y, R Yehuda, A C McFarlane: International Handbook of Human Response to Trauma (pp 421-438), New York, NY, Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Steller M, R Volbert Hrsg 1997: Psychologie im Strafverfahren – Ein Handbuch. Hans Huber
- Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften 2003, ZPPM, 4, 41
- Undeutsch U 1967: Beurteilung der Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen. In: Handbuch der Psychologie, 11, 26-184. Hogrefe
- Undeutsch U, G Klein 2000: Redlich, aber falsch – zur psychologischen Problematik des Beweiswertes von Zeugenaussagen. AJP / PJA 11/2000
- Van der Kolk B, A McFarlane, L Weisaeth 2000: Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Jungfermann
- Volbert R 2004: Beurteilung von Aussagen über Traumata. Hans Huber

WHO / H Dilling et al. (Hrsg) 2005: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Hans Huber

Wilson J, J Lindy J 1994: Counter transference in the Treatment of PTSD. New York: The Guilford Press

Wirtgen W 2002: Krankheitsbild und Diagnostik, Untersuchung und Begutachtung der PTSD, in Asylpraxis Bd. 9, Bundesamt für Migration, Nürnberg

---