

Somatisierung bei Opfern organisierter Gewalt

Wissenschaftliche Arbeit
zur Erlangung des Grades einer Diplom-Psychologin
im Fachbereich Psychologie
der Universität Konstanz

vorgelegt von

Christine Stellfeld

Erstgutachter: Prof. Dr. Thomas Elbert
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Brigitte Rockstroh

Konstanz, im Januar 2004

Herzlich bedanken möchte ich mich bei:

Herrn Prof. Dr. Elbert und Frau Prof. Dr. Rockstroh für die Übernahme der Begutachtung dieser Arbeit und die Betreuung, Frank Neuner für die Termine und Antworten auf meine Fragen, Willi Nagl für die statistische Inspiration und Unterstützung, Lena Henningsen, Andi Kupka und Bärbel Türk für Kommentare & Anregungen, Anke Magill für die belebenden Telefonate, Tanja Baumgartner für das Lachen und die Information, Barbara Eberhardinger für die Pragmatik und die wunderbare Unterstützung am Schluss, ebenso Pippa, Eva und Toni nicht nur für den Januar, Eva Brookmate, Bernhard Müller und Nina für ihr Dasein die ganze Zeit, meinem Papa und meiner Ma.

„Wer gefoltert wurde, bleibt gefoltert... Wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt“

- Jean Améry, 1977.

Der Schriftsteller, der 1943 von der Gestapo verhaftet und gefoltert wurde und bis 1945 im Konzentrationslager Auschwitz interniert war, nahm sich 1978 das Leben.

„Beim Essen kommt mir die Zunge immer wieder zwischen die Zähne, so dass ich sie blutig beiße. Die Unterlippe der linken Hälfte ist taub, so dass ich dort nichts spüre. Früher war das noch viel stärker. Ich habe ständige Kieferschmerzen, Schmerzen an den Fußsohlen beim Gehen, ständige Schmerzen in den Füßen, besonders am linken Bein. Ich habe ständige Schmerzen in beiden Händen, ständige Schmerzen im Rücken, besonders in der Wirbelsäule, eine Schädigung der Rückenwirbel. Ich war zeitweilig überhaupt nicht in der Lage zu gehen. Ich konnte zeitweilig auch nicht stehen.

Als ich nach Deutschland kam, konnte ich auf dem Flughafen Frankfurt nicht einmal zu Fuß gehen. Angesichts meiner schlechten Verfassung hat mich die Polizei schleunigst zum Arzt geschickt.

Heute, 25 Jahre nach den Folterungen unter der Schahzeit, und 17 Jahre nach den Folterungen, die ich unter dem Chomeini-Regime erlitten habe, werde ich noch immer im Traum verhaftet, gefoltert und manchmal auch hingerichtet. Rennen ist für mich äußerst beschwerlich, ich habe ständige Rückenschmerzen, ebenso Schmerzen in den Beinen. Jedes Mal, wenn ich im Traum verhaftet und gefoltert werde, habe ich danach tagelang, manchmal auch wochenlang Rückenschmerzen und benötige wieder eine psychotherapeutische und körperliche Behandlung.“

- Der iranische Schriftsteller Ali Schirasi über die physischen Folgen der Folter, die er zur Zeit des Schahs und zur Zeit Chomeinis als politisch Verfolgter erlitten hat (2003).

Inhaltsverzeichnis

0	ZUSAMMENFASSUNG	4
1	EINLEITUNG	6
2	THEORIE	8
2.1	ORGANISIERTE GEWALT	8
2.1.1	Definition	8
2.1.2	Auswirkungen organisierter Gewalt	9
2.2	SOMATISIERUNG	10
2.2.1	Konzept der Somatisierung	10
2.2.2	Anwendbarkeit des Konzepts auf traumatisierte Flüchtlinge	11
2.3	SOMATISCHE FOLGEN VON TRAUMATISCHEN ERLEBNISSEN	12
2.4	EPIDEMIOLOGISCHE BEFUNDE	14
2.4.1	Somatoforme Störungen	14
2.4.2	Einzelne körperliche Symptome	15
2.5	ERKLÄRUNGSMODELLE FÜR KÖRPERLICHE SYMPTOMATIK	
2.5.1	Körperliche Verletzungen und Erkrankungen	17
2.5.2	Stress	17
2.5.2.1	Zwei Stressmodelle	17
2.5.2.2	Traumatischer Stress	19
2.5.3	PTBS als Mediatorvariable zwischen Trauma und körperlicher Symptomatik	20
2.6	RISIKOFAKTOREN FÜR KÖRPERLICHE SYMPTOMATIK	22
2.6.1	Ereignisschwere	22
2.6.2	Folter	23
2.6.3	PTBS, Depression und Angst	24
2.6.4	Offenlegen traumatischer Erfahrung	24
2.6.5	Soziodemographische Merkmale	25
2.6.6	Weitere Risikofaktoren	25
2.7	FRAGESTELLUNGEN	26
2.7.1	Ausmaß der körperlichen Symptomatik bei Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen	26
2.7.2	PTBS und körperliche Symptomatik	27
2.7.3	Zusammenhang zwischen Ereignisschwere bzw. Folter und körperlicher Symptomatik	28
2.7.4	Zusammenhang zwischen Offenlegen und körperlicher Symptomatik	28

3	METHODE	30
3.1	Stichprobe	30
3.2	Ablauf	31
3.3	Untersuchungsinstrumente	32
3.4	Datenauswertung	35
4	ERGEBNISSE	36
4.1	Anzahl körperlicher Symptome	36
4.2	Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome	39
4.3	PTBS und körperliche Symptomatik	45
4.4	Zusammenhang zwischen Ereignisschwere bzw. Folter und körperlicher Symptomatik	47
4.5	Zusammenhang zwischen Offenlegen und körperlicher Symptomatik	48
5	DISKUSSION	50
5.1	FRAGESTELLUNGEN	50
5.1.1	Ausmaß der körperlichen Symptomatik bei Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen	50
5.1.1.1	Anzahl körperlicher Symptome	50
5.1.1.2	Auftretenshäufigkeiten einzelner körperliche Symptome	52
5.1.2	PTBS und körperliche Symptomatik	55
5.1.3	Zusammenhang zwischen Ereignisschwere bzw. Folter und körperlicher Symptomatik	57
5.1.4	Zusammenhang zwischen Offenlegen und körperlicher Symptomatik	60
5.2	PROBLEME	61
5.2.1	Zusammensetzung der Stichprobe	61
5.2.2	Untersuchungssituation	62
5.2.3	Probleme bei der Untersuchung von Somatisierung und dem Zusammenhang zu traumatischen Erlebnisse	63
5.3	AUSBLICK	64
5.3.1	Gezielte Somatisierung	64
5.3.2	Implikation für Untersuchungssituation und –instrumente	65
5.3.3	Relevanz körperlicher Symptomatik	65
6	VERZEICHNIS DER TABELLEN UND ABBILDUNGEN	66
7	LITERATURVERZEICHNIS	67
8	ANHANG	75

0 Zusammenfassung

Opfer organisierter Gewalt gelten als schwer traumatisierte Personengruppe. Neben relativ gut dokumentierten Folgen wie der post-traumatischen Belastungsstörung (PTBS) und depressiven Reaktionen klagen viele Betroffene über somatische Beschwerden. Diese Arbeit widmet sich dem Ausmaß der körperlichen Symptomatik, der Art und Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome, und untersucht darüber hinaus die Einflüsse einiger mit körperlicher Symptomatik zusammenhängender Variablen bei einer Gruppe von Flüchtlingen.

Nach einem Überblick über den Stand der Forschung zu somatischen Folgen traumatischer Erlebnisse und epidemiologischen Befunden zu Somatisierung werden drei theoretische Modelle zur Erklärung von körperlicher Symptomatik bei Opfern organisierter Gewalt erläutert und mögliche Risikofaktoren angeführt.

Da die PTBS mit vermehrt körperlichen Beschwerden assoziiert ist (Andreski, Chilcoat & Breslau, 1998; Friedman & Schnurr, 1995; Van Ommeren et al., 2002), sollte dieser Zusammenhang, auch unter der Berücksichtigung der drei Symptomuntergruppen der Störung, überprüft werden. Außerdem versucht die Untersuchung in der Diskussion der Frage, ob die PTBS unabhängig von Angst- und Depressionssymptomatik einen Einfluss auf körperliche Symptomatik ausübt, einen Beitrag zu leisten. Schließlich sollte der Einfluss folgender Risiko- bzw. protektiver Faktoren auf das Ausmaß der körperlichen Symptomatik untersucht werden: Ereignisschwere, Erfahrung von Folter und das Berichten über Details der traumatischen Erlebnisse („Offenlegen“).

Die Daten von 67 Flüchtlingen und 20 Kontrollpersonen, die in der Ambulanz für Flüchtlinge der Universität Konstanz im Zentrum für Psychiatrie Reichenau untersucht worden waren, gingen in die Studie ein. Erstere wurden nochmals unterteilt in die Gruppe der Flüchtlinge mit und ohne PTBS. Es konnte gezeigt werden, dass beide Flüchtlingsgruppen signifikant mehr körperliche Symptome aufwiesen als die Probanden der Kontrollgruppe. Flüchtlinge mit PTBS unterschieden sich jedoch entgegen der Erwartungen nicht signifikant von denjenigen ohne PTBS. Die am häufigsten vorkommenden Beschwerden waren in Einklang mit Befunden aus der Literatur Kopfschmerzen (96,5%), sexuelle Funktionsstörung (83,7%), Rückenschmerzen (82%), Schmerzen in Arm oder Bein (81%) und Schwäche (78%) (Goldfeld et al., 1988; Miller, 1992; Shrestha et al., 1998). Die Auftretenshäufigkeiten waren deutlich höher als in anderen Studien, was aber möglicherweise mit dem besonderen motivationalen Hintergrund der Stichprobe, sowie unterschiedlicher Stichprobengewinnung und Untersuchungsinstrumente zu erklären war. Nur

zwischen Flüchtlingen mit PTBS und Kontrollpersonen bestanden signifikante Unterschiede hinsichtlich der meisten körperlichen Beschwerden.

Erwartungsgemäß ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der PTBS Symptome, sowie der Summenscores der einzelnen Symptomuntergruppen der PTBS und der körperlichen Symptomatik feststellen. Auch erwies sich die PTBS als ein Prädiktor für körperliche Symptomatik. Unter Konstanthaltung von Angst- und Depressionssymptomatik konnte sie das Ausmaß der körperlichen Symptomatik jedoch nicht vorhersagen, was unter Umständen auf die Kollinearität dieser drei klinischen Variablen zurückzuführen war.

Wurden nur die Probanden mit mindestens einem traumatischen Erlebnis, d.h. alle Flüchtlinge bis auf einen, analysiert, ergab sich entgegen der Annahmen aus der Hypothese keine signifikante positive Korrelation zwischen Ereignisschwere und körperlicher Symptomatik. Auch Folteropfer zeigten nicht signifikant mehr körperliche Symptome als nicht gefolterte Flüchtlinge. Eine plausible Erklärung für diese letzten beiden Ergebnisse bezog sich darauf, dass die subjektive Bedeutung des traumatischen Ereignisses entscheidend für dessen Folgen ist. Außerdem wurde die Problematik der Operationalisierung des Konzepts der Ereignisschwere und der Kategorisierung in gefoltert/nicht gefoltert angesprochen.

Die Hypothese, dass Personen, die mit anderen über Details ihrer traumatischen Erlebnisse gesprochen hatten, unter weniger körperlichen Beschwerden litten, als Personen, die dies nicht getan hatten, fand durch die Ergebnisse keine Unterstützung. Auch hier war wiederum die post-hoc Aufteilung in die beiden Untersuchungsgruppen sowie die zur Kategorisierung verwendete Variable zu kritisieren.

Neben der eingeschränkten Repräsentativität der Stichprobe war die Befragungssituation mit dem komplexen Sprachübermittlungsprozess ein Problem der Studie, welches möglicherweise die Reliabilität und Validität der Daten beeinträchtigte.

1 Einleitung

Zunehmend starkes Interesse wurde in den letzten Jahren durch das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge den psychologischen Dimensionen der Flüchtlingschicksale zu teil, was sich beispielsweise in der Verbreitung der Kenntnis über das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und der Einrichtung von Fortbildungen für die Einzelentscheider zur Sensibilisierung für traumatisierte Personen zeigte. Dennoch wurden 2003 nur 1,6% aller gestellten Asylanträge anerkannt und in nur 1,7% der Fälle Abschiebungsschutz gewährleistet (Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, 2003). Angesichts von Schätzungen europäischer Studien, die belegen, dass 25% der Flüchtlinge, die Deutschland erreichen, durch Folter oder andere Menschenrechtsverletzungen in ihren Heimatstaaten traumatisiert sind, sind dies sehr geringe Quoten (Graessner, 1996). Durch die Änderung des Asylrechts rückte der Fluchtweg in den Vordergrund der Anhörung, während Verfolgungsbiografie und die Erfahrung organisierter Gewalt nur einen nebensächlichen Stellenwert einnahmen und bei der Entscheidung über die Anerkennung oftmals nicht weiter berücksichtigt wurden. Auch wurde die Qualität des Asylanhörungsverfahrens bereits vielfach kritisiert und den Beamten die Fähigkeit eines adäquaten sensiblen Umgangs mit den zum Teil schwer misshandelten und traumatisierten Flüchtlingen abgesprochen. Befragungssituation und -techniken waren den extrem belastenden und häufig schambesetzten Themen nicht angemessen, Gedächtnisausfälle wurden zu Lasten der Glaubwürdigkeit ausgelegt und weder die psychische Verfassung noch die kulturellen Hintergründe der Flüchtlinge wurden respektiert (Graessner, 1996).

Den extremen Traumatisierungen, die Opfer organisierter Gewalt erlitten haben, und deren langfristigen Auswirkungen werden das derzeit geltende Asylrecht und die Verfahrenspraxen daher nicht gerecht. Dabei bedeuten die Konsequenzen dieser fundamentalen Menschenrechtsverletzungen schwerwiegende Beeinträchtigungen der psychischen und körperlichen Gesundheit der Opfer. Für diese gibt es meist „kein Leben vor und nach, sondern nur ein Leben mit dem Trauma“ (Ollech, 1999).

Häufig kommt es bei Opfern organisierter Gewalt zu vielfältigen, schweren und über Jahrzehnte hinweg andauernden körperlichen Symptomen, die für die Betroffenen neben der Schmerzerfahrung an sich, eine ständige Erinnerung an das Trauma und die damit verbundene Hilflosigkeit bedeuten, und so die Lebensqualität stark beeinträchtigen. Meist werden wegen dieser somatischen Beschwerden Allgemeinärzte aufgesucht, die häufig keine medizinischen Ursachen feststellen und die Symptome auf die erlebten Belastungen zurückführen. In ähnlicher Weise

hatte ein israelischer Allgemeinarzt die häufigen Rückenschmerzen von im Libanon-Krieg traumatisierten Soldaten als „Feigenblatt“ bezeichnet. Der emotionale Stress wurde diskret in körperliche Beschwerden verhüllt, welche für Opfer und soziale Umgebung akzeptabler sind (Solomon, 1993). Dieses Feigenblatt, das auch als Somatisierung bezeichnet werden kann, steht im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit.

Sowohl das Ausmaß der körperlichen Symptomatik, als auch die Auftretenshäufigkeiten einzelner Beschwerden sollen bei Opfern organisierter Gewalt untersucht werden. Außerdem soll der Einfluss der PTBS auf das Ausmaß der körperlichen Symptomatik überprüft werden, und analysiert werden, ob Ereignisschwere, Folter und das Offenlegen der traumatischen Erfahrung mit dem Ausmaß der körperlichen Symptomatik in Zusammenhang stehen.

2 Theorie

2.1 Organisierte Gewalt

2.1.1 Definition

Eine Arbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) prägte 1986 eine Definition von organisierter Gewalt, die auch heute noch von den psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland in Gebrauch ist. Sie definierte organisierte Gewalt als die

„Zufügung von empfindlichem, vermeidbarem Schmerz und Leid, von Menschen zugefügt, ausgeführt von der Regierung eines Landes, einem politischen Regime oder einer organisierten Gruppierung, und ausgehend von einer ausgesprochenen oder unausgesprochenen Strategie und/oder einem System von Haltungen. Sie umfasst jede Gewalthandlung, die dem allgemein menschlichen Empfinden widerspricht.“
(Die psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 1999)

Unter den Begriff der organisierten Gewalt fallen Folter, grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Verfolgung und Schikane durch Autoritäten, willkürliche Inhaftierungen, Scheinhinrichtungen, sowie Geiselnahme und andere Formen gewaltsamer Freiheitsberaubung. Zwischen staatlich motivierter Gewalt und Gewalt, die in anderem Kontext, beispielsweise im Rahmen von Bürgerkrieg stattfindet, differenziert der Begriff nicht.

Folter wird in der Literatur häufig synonym zu organisierter Gewalt verwendet, stellt jedoch nur eine spezifische Form organisierter Gewalt dar, wenn auch eine der grausamsten und umfassendsten. Folter ist ein erschreckend aktuelles und weitverbreitetes Problem: Laut Amnesty International wird in 106 Staaten der Welt Folter angewendet, unterstützt oder zumindest stillschweigend geduldet (Amnesty International, 2003). Schätzungen über den Anteil von in ihren Herkunftsländern gefolterten Flüchtlingen rangieren zwischen 5% und 35% (Baker, 1992). Ausgehend von der gesamten Flüchtlingspopulation, die das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (2003) mit weltweit 20 Millionen Menschen beziffert, belief sich die Zahl von Menschen, die Folter ausgesetzt waren, auf ein bis sieben Millionen Menschen, ungeachtet derer, die an ihrem Heimatort verblieben und gegenwärtig oder potenziell immer wieder Opfer von Folterungen werden.

Folter dient einerseits der Zerstörung der Persönlichkeit und damit des politischen Willens und der politischen Handlungsfähigkeit. Darüber hinaus zielt die Folter durch ihre Abschreckungsfunktion auf das soziale Umfeld der Betroffenen ab und ermöglicht so die Verfolgung ganzer

Bevölkerungsgruppen. Letztendlich wird die Ausschaltung jeglicher Opposition und die totale Kontrolle des Systems über das Volk bezweckt.

2.1.2 Auswirkungen organisierter Gewalt

Organisierte Gewalt bedeutet eine eklatante systematische Verletzung fundamentaler Menschenrechte. Die Betroffenen sind extremem Stress und wiederholten schweren Traumatisierungen ausgesetzt. Ihr „körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden und das ihrer Familien und sozialen Gefüges sind schwerwiegend beeinträchtigt“ (Die psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 1999).

Häufig resultiert eine derartige Situation in Vertreibung oder Flucht, innerhalb der Heimatländer der Betroffenen, in angrenzende Staaten oder in westliche Exilländer. Die Flucht an sich, der Verlust von Familienangehörigen und Freunden, sowie die mit der Exilsituation verbundenen zusätzlichen Belastungsfaktoren wie die erzwungene Entwurzelung, Migrations-, Akkulturationsstress, die Sprachbarriere und die schon angesprochenen Probleme innerhalb des Asylverfahrens kommen für den traumatisierten Flüchtling erschwerend hinzu. Gravierenden Einfluss hat die permanente Bedrohung durch Abschiebung in die Heimat wegen des meist über Jahre hinweg unklaren Aufenthaltsstatus. Auch sind viele Flüchtlinge Vorurteilen und Diskriminierung ausgesetzt oder werden sogar Opfer von rassistisch motivierter Gewalt im Exilland.

Organisierte Gewalt hat schwerwiegende Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit des Einzelnen, welche qualitativ und quantitativ von jenen „einfacher“ Traumatisierung zu differenzieren sind. Bei Überlebenden organisierter Gewalt spricht man von „extremer Traumatisierung“ im Wesentlichen aufgrund von zwei Unterschieden: Organisierte Gewalt bedeutet eine willentliche und von Menschenhand zugefügte Traumatisierung, was die Folgen für die Betroffenen deutlich schwerwiegender macht, als dies bei einem Verkehrsunfall oder einer Naturkatastrophe der Fall wäre. Außerdem haben die meisten Folterüberlebenden sequentielle bzw. kumulative Traumatisierungen erlitten (Ollech, 1999).

Abgesehen von den unmittelbaren Reaktionen auf das traumatische Ereignis und den Kurzzeitfolgen (z.B. Angst, Hilflosigkeit, depressive Reaktionen), wurden vor allem die Langzeitfolgen von organisierter Gewalt, im speziellen von Folter untersucht (Fischer, 1998). Zu diesen zählen u.a. die PTBS, Depression, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsveränderungen und multiple körperliche Beschwerden (Nice, Garland, Hilton, Baggett, & Mitchell, 1996; Shrestha et al., 1998).

Turner und McIvor (1997) haben vier allgemeingültige Aspekte innerhalb der psychologischen Folgen der Erfahrung von organisierter Gewalt extrahiert:

1. Unvollständige emotionale Verarbeitung (vergleichbar mit Symptomen der PTBS)
2. Depressive Reaktionen
3. Somatische Symptome
4. Existenzielles Dilemma (Auswirkungen auf persönliche Einstellungen und Wertesystem).

Die vorliegende Arbeit thematisiert den dritten Aspekt.

2.2 Somatisierung

2.2.1 Konzept der Somatisierung

Somatisierung (griechisch „soma“: Körper) kann wörtlich als „Verleiblichung“ übersetzt werden und bedeutet, dass sich Affekte in körperlicher Form manifestieren. Das Konzept der Somatisierung geht davon aus, dass eine belastende Situation zu einer Erregung und damit verbunden zu Affekten wie beispielsweise Angst führt. Aufgrund der sogenannten „Entdifferenzierung des Affekts“ (Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996), d.h. der Unfähigkeit, spezifische Emotionen zu erkennen und als handlungsweisend zu nutzen, können die mit dem Trauma verbundenen Affekte nicht als solche wahrgenommen und erlebt werden, sondern drücken sich auf körperlicher Ebene aus. Es entstehen körperliche Beschwerden, die in unterschiedlichen Körpersystemen lokalisiert sein können, wie im Magen-Darm- oder Herz-Kreislauf-System, im Kopf, in Muskeln oder Gelenken.

Befunde aus der Gedächtnisforschung unterstützen die Gültigkeit der Annahme der Entdifferenzierung des Affekts. Die Kodierung eines traumatischen Erlebnisses erfolgt vorwiegend im nondeklarativen (impliziten) Gedächtnis, während das deklarative (explizite) Gedächtnis nur wenig unstrukturierte und fragmentarische Informationen über das Erlebnis speichert. Dieses nondeklarative oder „Emotionalgedächtnis“ beinhaltet Emotionen, Sinneseindrücke und somatische Empfindungen, welche verbal nur mit Schwierigkeiten ausgedrückt werden können. Das „sprachlose Entsetzen“, zu dem ein Trauma häufig führt, bringt mit sich, dass die Affekte, die mit dem Erlebnis verbunden sind, nur stumm in Form einer Dysfunktion des Körpers ausgedrückt werden können (Van der Kolk et al., 1996).

In der Literatur wird Somatisierung häufig auch synonym zu somatoform verwendet (Rief & Hiller, 1998) und bezieht sich in diesem Sinne statt auf den Mechanismus der Umwandlung von

Affekten in körperliche Symptome auf die körperlichen Beschwerden selbst. Diese legen zwar eine organische Verursachung nahe, können aber bei adäquater medizinischer Untersuchung nicht vollständig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, die Wirkung einer Substanz (z.B. Medikament, Droge) oder eine andere psychische Störung erklärt werden. Es werden entweder gar keine organischen Ursachen für die körperlichen Symptome festgestellt, oder der medizinische Befund kann „die Schwere, das Ausmaß, die Vielfalt und die Dauer der körperlichen Beschwerden“ nicht erklären (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1994). Die körperlichen Symptome unterliegen keiner willentlichen Kontrolle. Nach dem Vorliegen einer bestimmten Anzahl derartiger somatischer Symptome aus bestimmten Symptombereichen erfolgt die Diagnostizierung von somatoformen Störungen. Nach den diagnostischen Kriterien des Diagnostic Statistical Manual (DSM)-IV fallen unter diese Kategorie die Somatisierungsstörung, die undifferenzierte somatoforme Störung, die Schmerzstörung, die Konversionsstörung, die Hypochondrie und die körperdysmorphe Störung.

Somatisierung wird in dieser Arbeit als Mechanismus der Manifestation von Affekten in körperliche Beschwerden verstanden. Da keine genaue Kenntnis über die Wirkungsweise dieses Mechanismus besteht und im Mittelpunkt der Arbeit Flüchtlinge und deren gesamte körperliche Symptomatik jeglicher Ursache steht, werden im Abschnitt 2.6 drei Erklärungsmodelle für die Entstehung körperlicher Symptome diskutiert, die nur teilweise mit dem Konzept der Somatisierung vereinbar sind.

2.2.2 Anwendbarkeit des Konzepts der Somatisierung auf traumatisierte Flüchtlinge

Der französische Psychiater Pierre Briquet beschrieb 1859 erstmals das Störungsbild, das, damals noch Hysterie genannt, später als Briquet-Syndrom in die Literatur einging, und heute in ähnlicher Form als Somatisierungsstörung im DSM-IV wiederzufinden ist. Briquet folgerte damals, dass die Hysterie anscheinend mit einer Vorgeschichte extremer Belastungen zusammenhängt. Schon in den historischen Wurzeln des Konzepts liegt also die Kernannahme begründet, dass ein stark belastendes Ereignis als Auslöser für Somatisierung fungiert. In der Literatur besteht Einigkeit über die Rolle von traumatischen Lebensereignissen als Risikofaktoren für Somatisierung (Rief & Hiller, 1998). In Anbetracht der Extrembelastungen durch Folter, Flucht, Krieg oder Vertreibung, denen die Flüchtlinge ausgesetzt waren, scheint das Konzept adäquat für diese Personengruppe zu sein. Es wird vielen Forschungsarbeiten, die sich mit Flüchtlingen befassen, zugrunde gelegt (Priebe & Esmaili 1997; Van Ommeren et al., 2002).

Ob jedoch jegliche Art und Schwere körperlicher Symptomatik bei traumatisierten Flüchtlingen auf Somatisierung zurückzuführen ist, wird angezweifelt. Nach Friedman und Schnurr (1996) ist das Konzept für traumatisierte Personen bzw. PTBS-Patienten nicht zutreffend, da es sich bei deren Beschwerden „meist um körperliche Symptome mit diagnostizierbaren medizinischen Ursachen“ handele, nicht um somatoforme Beschwerden. Nur einem sehr geringen Anteil körperlicher Symptome innerhalb der Gesamtpopulation der PTBS Patienten läge Somatisierung zugrunde, der weit größere Anteil beruhe auf medizinischen Ursachen (Friedman & Schnurr, 1996).

Viele Autoren sprechen im Zusammenhang mit Flüchtlingen von körperlicher Symptomatik oder Gesundheit und umgehen damit die Problematik, ob für die Symptome medizinische Grundlagen bestehen oder nicht. Dafür besteht Anlass, da bei vielen Studien, die körperliche Folgen organisierter Gewalt thematisieren, aufwändige medizinische Untersuchungen fehlen, um organische Ursachen zu überprüfen, und auch bei erfolgten gründlichen Untersuchungen die Ursachen für die Beschwerden meist nicht eindeutig bestimmt werden können (Friedman & Schnurr, 1996; Goldfeld et al., 1988).

2.3 Somatische Folgen von traumatischen Erlebnissen

Der Zusammenhang zwischen traumatischen Lebensereignissen und der Entwicklung von somatischen Symptomen wird von der Forschung bestätigt (Andreski, Chilcoat & Breslau, 1999; Friedman & Schnurr, 1995; Herman, 1998; Rief & Hiller, 1998). Vor allem wiederholte schwere oder extreme Traumatisierung stellt einen Risikofaktor für körperliche Beschwerden dar. So ist sexueller Missbrauch in der Kindheit mit multiplen somatischen Beschwerden in verschiedenen Körpersystemen und dem erhöhten Risiko einer Somatisierungsstörung assoziiert (Herman, 1998). Kindheitstraumata allgemein stehen in Verbindung mit vor allem chronischen körperlichen Krankheiten (McEwen, 2002). Auch wurden Zusammenhänge zwischen Kriegserlebnissen und selbstberichteten schlechten Gesundheitszuständen (Wolfe, Schnurr, Brown & Furey, 1994), sowie vermehrten gesundheitlichen Problemen ohne medizinischen Befund (Centers for Disease Control, 1988) dokumentiert. Hier existieren allerdings auch widersprüchliche Meinungen, die Kriegsstress an sich keine negativen Folgen für die körperliche Gesundheit zusprechen (Solomon, 1993).

In einem Literaturüberblick attestierte Friedman (1995) militärischem, sexuellem und anderem Trauma (wie Folter, Unfall, Flucht oder Geiselnahme) einen deutlichen, Trauma resultierend aus

einer Naturkatastrophe, einen wahrscheinlichen Zusammenhang zu selbstberichtetem negativen Gesundheitszustand, der sich z.B. in Herzerkrankungen, Magen-Darmstörungen oder hormonellen Veränderungen manifestierte. Diese konsistenten Ergebnisse wurden durch andere Indikatoren für körperliche Gesundheit wie die Nutzung medizinischer Einrichtungen, Morbidität und Mortalität gestützt.

Bei allen diesen zitierten Untersuchungen bestand die methodische Problematik des Nachweises einer Ursache-Wirkungs-Beziehung, da die berichteten Zusammenhänge zwischen traumatischem Stress und physischer Gesundheit rein korrelativer Natur sind.

Zahlreiche somatische Folgen einer Extremtraumatisierung durch organisierte Gewalt sind dokumentiert worden (Bojholm, 1997; Goldfeld et al., 1988; Van Ommeren et al., 2002). Bei Opfern des Holocaust beispielsweise waren psychosomatische Reaktionen praktisch universell. Ähnliche Beobachtungen wurden bei Flüchtlingen aus Konzentrationslagern in Südostasien gemacht (Herman, 1998). Folteropfer litten sehr häufig unter somatoformen und psychosomatischen Störungen (Graessner, 2002; Priebe & Esmaili, 1997). Somatoforme Störungen stellten dabei nach PTBS und Depression die dritthäufigste Diagnose bei Überlebenden organisierter Gewalt dar (Ramsay, Gorst-Unsworth & Turner, 1993). Nice et al. (1996) dokumentierten in einer kontrollierten Untersuchung langfristige Organschädigungen bei kriegsgefangenen Vietnam-Veteranen, die gefoltert worden waren. Diese litten unter vermehrten Problemen im peripheren Nervensystem, in Gelenken und im Rücken, und zeigten ein erhöhtes Risiko für Magengeschwüre, ein typisch psychosomatisches Symptom.

Folter führt einerseits zu spezifischen somatischen Beeinträchtigungen, die in dem durch die Folter betroffenen Körperbereich lokalisiert sind. So können Tinnitus als Konsequenz von sogenannter „Telefono Folter“ (Schläge auf die Ohren) oder chronische Beckenschmerzen nach sexuellem Missbrauch (Goldfeld et al., 1988) beispielhaft erwähnt werden. Neben strukturellen Schädigungen des betroffenen Systems wird davon ausgegangen, dass Somatisierung hierbei eine Rolle spielt: diese erfolgt jedoch nicht ungezielt, sondern spezifisch als „Retraumatisierung“ oder „Erinnerungsspur“ im Körper (Fröhlich-Gildhoff, 1999).

Auf der anderen Seite kommt es durch Folter zur Entstehung unspezifischer körperlicher Symptome wie Kopfschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Rücken- und Gelenkschmerzen kommen (Goldfeld et al., 1988). Diese multiplen somatischen Beschwerden lassen sich nur selten durch objektive medizinische Befunde stützen (Bojholm, 1997).

2.4 Epidemiologische Befunde

2.4.1 Somatoforme Störungen

Da das Gebiet der Somatisierung nur unzureichend erforscht ist, u.a. aufgrund der Schwierigkeit, das Konzept operational zu fassen und der weitgehenden Unwissenheit über die Wirkungsweise des Mechanismus der Somatisierung, sind Abschätzungen der Auftretenshäufigkeiten schwierig. Auch herrscht bezüglich der Prävalenzen somatoformer Störungen in der Forschung keine Einigkeit. Die diagnostische Kategorisierung somatoformer Störungen basiert auf der Verwendung verschiedener Somatisierungsindizes, die sich schwerpunktmäßig in ihrem cut-off-Wert bezüglich der notwendigen Anzahl von Symptomen für die Diagnose unterscheiden. Prävalenzen zwischen 0,3% und 0,7% wurden für die Somatisierungsstörung nach DSM-III berichtet, für die allerdings relativ restriktive Kriterien von mindestens 12 Symptomen für Männer und mindestens 14 Symptomen für Frauen galten. Ein breiter angelegtes Somatisierungskonstrukt (vier Symptome für Männer und sechs Symptome für Frauen) ist der Somatic Symptom Index (SSI)-4/6, mit dem sich Prävalenzen zwischen 4,4% und 20% in der Allgemeinbevölkerung ergaben (Escobar, Rubio-Stipec, Canino & Karno, 1989). Nach neueren Schätzungen, die auf einem noch weniger restriktiven Konstrukt, dem SSI-3/5, basierten, litten sogar durchschnittlich 23,6% der Bevölkerung unter Somatisierung, was aber eine deutliche Überschätzung sein mag (Rief, Hessel & Braehler, 2001). Die Häufigkeit für das Auftreten einer Somatisierungsstörung nach DSM-IV lag wiederum bei durchschnittlich 0,3%. Somatisierung kommt bei Frauen häufiger als bei Männern vor (Rief et al., 2001).

Bei traumatisierten Populationen ergaben verschiedene Studien ungleich höhere Prävalenzen. Somasundaram und Sivayokan (1994) berichteten in einer Untersuchung über Kriegstraumata und deren Konsequenzen bei der Zivilbevölkerung von Sri Lanka über eine Somatisierungsrate von 41% (der Somatisierungsindex erforderte fünf oder mehr somatische Beschwerden). Unter den Folgen von Kriegsführung geringer Intensität in Nicaragua wurde das Symptombild einer chronischen psychosomatischen Störung (u.a. Kopfweg, Körperschmerzen, Schwindel) bei 57% der Männer und 86% der Frauen beschrieben, wobei allerdings keine Diagnosen nach DSM-Kriterien gestellt wurden (Summerfield & Toser, 1990). Von 100 Überlebenden organisierter Gewalt wurde bei 29 eine Schmerzstörung nach DSM-III-R diagnostiziert, bei 14 ein chronisches Hyperventilationssyndrom (Ramsay et al., 1993). Nach Van Ommeren et al. (2001) litten über die Hälfte von 418 gefolterten Flüchtlingen aus dem Bhutan unter einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung nach ICD-10. Priebe & Esmaili (1997) stellten somatoforme Störungen bei der Hälfte einer behandlungsbedürftigen Gruppe von 12 iranischen Folteropfern fest.

Der Anteil an Personen mit mindestens einer körperlichen Beschwerde lag in Flüchtlingspopulationen zwischen 78% und 100% (Bojholm, 1997; Mollica, Poole & Tor, 1998; Shrestha et al., 1998; Van Ommeren et al., 2002; Van Willigen & Hondius, 1995). Da die meisten dieser Untersuchungen allerdings nur somatische Beschwerden abfragten, ohne medizinische Ursachen zu kontrollieren, mag die tatsächliche Rate rein psychiatrischer Symptome geringer ausfallen.

Zur genaueren Anzahl körperlicher Symptome berichteten Van Ommeren et al. (2002) bei 526 gefolterten Flüchtlingen folgende Zahlen: 16% wiesen keine, 71% ein bis vier und 13% über fünf somatische Probleme auf.

Die durchschnittliche Anzahl an somatoformen Symptomen in der Allgemeinbevölkerung lag nach Rief et al. (2001) bei 3,4 Symptomen, wobei nach 53 Symptomen und deren Auftreten in den letzten zwei Jahren gefragt wurde. Untersuchungen mit Flüchtlingen berichteten über Mittelwerte von 3,7 (Crescenzi et al., 2002) bzw. 9,3 (Van Willigen & Hondius, 1995) körperlichen Symptomen. Sie beschränken sich aber nicht auf rein somatoforme Beschwerden. Eine Vergleichbarkeit ist daher und aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungsinstrumente und Auftretenszeiträume kaum gegeben.

2.4.2 Einzelne körperliche Symptome

Die Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome in der deutschen Allgemeinbevölkerung lagen zwischen 1% und 30% (Rief et al., 2001). Von 53 abgefragten Symptomen durch das Screening für Somatoforme Störungen (SOMS) wurden allerdings nur somatoforme Symptome berücksichtigt, d.h. Symptome die das subjektive Wohlbefinden signifikant beeinträchtigten und für die Ärzte keine ausreichende medizinische Erklärung festgestellt hatten. Zu den häufigsten Symptomen zählten Rückenschmerzen (30%), Gelenkschmerzen (25%), Schmerzen in Arm oder Bein (20%), Kopf- (19%) und Bauchschmerzen (11%). Die Prävalenzen weiterer Beschwerden lagen unter 10%, die der dissoziativen körperlichen Symptome sogar unter 5%.

Es liegt ein Defizit an Untersuchungen vor, die die Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome in dieser Breite bei traumatisierten Stichproben zu bestimmen versuchen. Bei einigen Studien existieren Prävalenzwerte für somatische Beschwerden in bestimmten Körperbereichen, die deutlich höher liegen als die von Rief berichteten. So litten nach einer Untersuchung von Bojholm (1997) von 177 Flüchtlingen 74% unter Beschwerden im Herz-Lunge-System, 68% unter Beschwerden im Magen-Darm-System, 86% unter neurologischen, 34% unter urologischen

und 54% unter sexuellen Beschwerden. Lediglich die Symptome im Muskel-Skelett-System (92%) konnten durch medizinische Befunde objektiviert werden. Goldfeld et al. (1988) nannten in ihrem Literaturüberblick über die physischen Folgen von Folter keine Zahlen, zählten aber Kopf- und Gelenkschmerzen, eingeschränktes Hörvermögen, sowie Magen-Darm-Störungen zu den häufigsten körperlichen Symptomen nach Folter. Unter die psychosomatischen Folgen des sogenannten Foldersyndroms fielen u.a. Kopfschmerzen, Ohnmacht, Schmerzen und Schwindel (Miller, 1992).

Da bei den meisten Untersuchungen mit Flüchtlingen die körperliche Gesundheit unabhängig von der genauen Beschwerdeursache im Vordergrund stand, berücksichtigten diese nicht nur rein somatoforme, sondern jegliche Art von körperlichen Beschwerden. Daher liefern die in Tabelle 1 aufgeführten Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome nur einen Hinweis auf die Diskrepanz zu den Werten der Allgemeinbevölkerung, wie sie von Rief et al. (2001) berichtet wurden. Ein direkter Vergleich wäre nur möglich, wenn auch Rief sich nicht nur auf rein somatoforme Symptome beschränkt hätte. Die Vergleichbarkeit der Untersuchungen ist neben diesem Aspekt durch unterschiedliche Stichprobengrößen, Samplingprozeduren und Untersuchungsinstrumente beeinträchtigt. Deutlich ersichtlich ist bei den Untersuchungen mit Flüchtlingen bzw. Kriegsopfern das häufige Auftreten von Schmerzsymptomen (Kopf: 74% bzw. 79%; Gelenk: 62% bzw. 81%; Rücken: 41% bzw. 77%) und Schwäche (69%).

Tabelle 1. Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome nach verschiedenen Untersuchungen

Studie	Rief et al., 2001	Mollica et al., 1993	Shrestha et al., 1998	Nice et al., 1996	Priebe & Esmaili, 1997	Somnier & Genefke, 1986
Stichprobe	2050 Deutsche (Allgemeinbevölkerung)	993 kambodjanische Flüchtlinge	526 gefolterte Flüchtlinge aus dem Bhutan	70 gefolterte Vietnam-Veteranen (55 Kontrollpersonen)	34 iranische Folteropfer	24 Folteropfer
Rückenschmerzen	30%	-	41%	41% (24%)	77%	-
Gelenkschmerzen	25%	-	-	81% (53%)	62%	-
Schmerzen am Brustkorb	5%	-	20%	-	-	-
Kopfschmerzen	19%	74%	-	-	-	79%
Sicht ist unscharf	-	28%	33%	-	-	-
Völlige Bewegungsunfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile	2%	2%	-	-	-	-
Schwäche	2%	69%	-	-	-	-
Kribbelndes Empfinden oder Taubheit	5%	15%	-	-	-	-
Sexuelle Funktionsstörung	6%	-	-	-	-	21%

2.5 Erklärungsmodelle für körperliche Symptomatik

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Erklärungsansätze für die Entstehung von körperlicher Symptomatik bei Opfern organisierter Gewalt dargestellt.

2.5.1 Körperliche Verletzungen und Erkrankungen

Traumatische Erfahrungen, wie sie Flüchtlinge berichten, resultieren häufig direkt in körperlichen Verletzungen oder Erkrankungen. Neben Kriegs- oder Fluchterlebnissen mit Verletzungsfolgen führt Gefangenschaft beispielsweise häufig zu Symptomen der Mangelernährung und Infektionskrankheiten, welche wiederum langfristige körperliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen können. Zu den direkten körperlichen Schädigungen durch Folter gehören Knochenbrüche, Nerven-, Gefäß- und Hautverletzungen, Verletzungen von Sehnen und Gelenken, Entzündungen von Muskeln und Bindegewebe, sowie Hör- und Sehschäden (Skylv, 1992). Auch wurde dokumentiert, dass bestimmte Foltertechniken mit spezifischen somatischen Folgen assoziiert sind, u.a.: Falanga (Schläge auf die Fußsohlen) führt zur Bildung von Nekrosen und zertrümmerter Muskulatur; Palestinian Hanging (Aufhängen an den auf dem Rücken zusammengebundenen Armen) hat Verletzungen des Schultergürtels, Nervenschädigungen und Bewegungsschmerz bis hin zu Bewegungsverlust zur Folge (Skylv, 1992).

Nicht vergessen werden darf, dass es sich bei den körperlichen Symptomen, die bei den Flüchtlingen in den Exilstaaten festgestellt werden können, vorwiegend um Spätfolgen von Folter handelt. Da zunehmend staatlich gerichtet sogenannte „saubere Folter“ praktiziert wird, d.h. Foltermethoden, die außer psychischen Folgen keine sichtbaren, direkt nachweisbaren Spuren hinterlassen, werden derartige physische Konsequenzen möglicherweise immer seltener diagnostiziert werden (Bojholm, 1997).

Diese Verletzungen und Erkrankungen tragen zu den langfristigen gesundheitlichen Beschwerden der Opfer zu einem gewissen Teil bei, können deren Befindlichkeiten und die häufig multiplen körperlichen Symptome allerdings nicht vollständig erklären.

2.5.2 Stress

2.5.2.1 Zwei Stressmodelle

Die Entstehung körperlicher Beschwerden kann über den psychologischen oder somatischen Stress, dem die Flüchtlinge ausgesetzt sind, und dessen schädigende physiologische Auswir-

kungen erklärt werden. Um diesen Ansatz zu verdeutlichen, wird im Folgenden kurz auf die Grundlagen der Stresstheorie sowie ein modernes Stressmodell näher eingegangen.

Exzessiven äußeren Anforderungen begegnet der Organismus mit einer physiologischen Stressreaktion, die aus zwei Systemen besteht:

1. Das HPA-System beinhaltet Hypothalamus, Hypophyse und Nebennieren. Die Ausschüttung des Kortikotropin-Releasing-Faktors durch den Hypothalamus führt zur Absonderung des adrenokortikotropen Hormons vom Hypophysevorderlappen, was eine Reihe von Reaktionen aktiviert mit der Folge, dass die Nebennierenrinde Glukokortikoide ausscheiden.
2. Das Adrenalinsystem wirkt primär auf das sympathische Nervensystem. Der Hypothalamus veranlasst über das Nebennierenmark eine Ausschüttung von Noradrenalin und Adrenalin, was einen Zustand von erhöhter Erregung und Wachsamkeit zur Folge hat (Alarmreaktion).

Diese Anpassungsreaktionen mobilisieren die Energiereserven des Körpers für eine schnelle Flucht oder Gefahrenbekämpfung. Auch verringern sie die Infektionsanfälligkeit durch eine kurzfristige Stimulation des Immunsystems. Lebenswichtige direkt bedrohte Funktionen wie die Sauerstoffversorgung von Lunge und Gehirn und die Kerntemperatur werden durch die Stressreaktion gestützt, während Körperfunktionen niedriger Priorität wie gastrointestinale, Reproduktions- und Wachstumsfunktionen eine Hemmung erfahren. So kann die Homöostase, der stabile innere Gleichgewichtszustand des Organismus, aufrechterhalten werden. Nach der Alarmreaktion kommt es zu einer Widerstands- und einer Erholungs- oder Erschöpfungsphase. Das akute kurzfristige Auftreten der Stressreaktion ist adaptiv und hat keine schädlichen Konsequenzen für den Organismus. Mittel- und langfristige Konsequenzen übersteigen jedoch die Reichweite des homöostatischen Modells (z.B. Selye, 1956).

Ein moderneres Stressmodell arbeitet mit den Konzepten der Allostase und allostatichen Belastung (McEwen, 2002), und behandelt dabei auch die langfristigen Konsequenzen dieser physiologischen Anpassungsreaktionen auf Belastungen. In Anlehnung an die Homöostase versteht McEwen unter Allostase die Fähigkeit eines Organismus, sich flexibel an unterschiedliche Stressoren aus der Umwelt anzupassen und seine Funktionstüchtigkeit aufrechtzuerhalten, indem bestimmte Prozesse in Gehirn, Hormon- und Immunsystem erfolgen. Allostase kann die Kampf- bzw. Fluchtreaktion auf eine direkt lebensgefährliche Bedrohung bedeuten, kann sich aber auch auf Reaktionen auf langfristig wirkende Stressoren wie Kälte, Nahrungs- oder Schlafdeprivation beziehen und kann ebenso durch die reine Vorstellung einer Bedrohung hervorgerufen werden. Wenn die allostatische Reaktion nicht angemessen funktioniert, z.B. durch chronische oder exzessive Aktivierung des Stresssystems bzw. fehlender Habituation der Stressreaktionen, kommt es zu einer allostatichen Belastung, welche über die

beiden oben beschriebenen Stresssysteme langfristig schädigende Auswirkungen auf den Körper hat, und mit der Entstehung von körperlichen Krankheiten assoziiert ist:

Über das Adrenalinsystem der Stressreaktion kommt es zu einer andauernden Aktivierung des sympathischen Nervensystems, was zur Schädigung der Blutgefäße in den Herzarterien und einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Krankheiten führt. Auch werden dadurch langfristig die Immunfunktionen des Körpers inhibiert, was die Infektionsanfälligkeit erhöht.

Kommt das HPA-System aus dem Gleichgewicht, kann dies a) zu einer Über- oder b) zu einer Unterproduktion von Cortisol führen.

a) Ein anhaltender hoher Cortisolspiegel interferiert u.a. bei Prozessen der Knochenbildung. Eine Überproduktion von Cortisol ist mit folgenden Krankheiten assoziiert: Depression, Anorexie, Diabetes, Alkoholismus, Cushing's Syndrom, Zwangs- und Panikstörung, funktionelle gastro-intestinale Störung und Hyperthyroidismus (McEwen, 2002).

b) Auch eine langfristige Unterproduktion von Cortisol kann schädigende Konsequenzen haben, weil Cortisol auf das Immunsystem wirkt, welches ohne Cortisoleinfluss überreagiert. Folgende Krankheiten sind mit einer Unterproduktion von Cortisol assoziiert: Entzündliche Erkrankungen, das Chronic Fatigue Syndrom, Allergien, Asthma, sowie Fibromyalgia (McEwen, 2002).

Psychologischer oder somatischer Stress kann also schädliche Konsequenzen auf physiologischer Ebene haben, die bei chronischer oder exzessiver Aktivierung des Stresssystems langfristig zu Organschädigungen, diversen Erkrankungen und damit zur Entstehung somatischer Beschwerden führen können (Chrousos & Gold, 1992; Everly, 1995; McEwen, 2002; Nice et al., 1996).

2.5.2.2 Traumatischer Stress

Aufgrund der in inhaltlicher und methodologischer Hinsicht problematischen Verbindung zwischen dem Gebiet der Stressforschung und dem der traumatischen Belastung, wurden in der Stressforschung somatische Konsequenzen von traumatischem Stress bislang wenig untersucht, und „milde“ Stressoren und deren kurzfristige Konsequenzen standen im Vordergrund (Shalev, 1996). Dennoch gibt es Studien, die die Beziehung zwischen traumatischem Stress, einer langfristigen Dysregulation des Stress- und Immunsystems und körperlichen Krankheiten dokumentierten, wobei es sich hier wiederum lediglich um korrelative Zusammenhänge handelte (Heim, Ehler, Hanker & Hellhammer, 1998; McEwen, 2002).

Eine grundlegende Annahme besteht darin, dass unterschiedliche traumatische Erlebnisse wie Kriegssituationen, Vergewaltigung, oder Folter gemeinsame Elemente enthalten, die eine bestimmte psychobiologische Reaktion hervorrufen und zu ähnlichen kurz- und langfristigen Konsequenzen führen (Saporta & Van der Kolk, 1992). Die meisten dieser Studien untersuchten jedoch nicht direkt die körperlichen Folgen dieser Stressoren, sondern stützten sich auf PTBS Patienten, um die es im nächsten Abschnitt geht.

2.5.3 PTBS als Mediatorvariable zwischen Trauma und körperlicher Symptomatik

Der Zusammenhang zwischen PTBS und körperlicher Symptomatik wurde in vielen Untersuchungen nachgewiesen (Andreski et al., 1998; Hauff & Vaglum, 1994; Van Ommeren et al., 2002; Zatzick et al., 1997). So litten israelische Kriegsveteranen mit PTBS unter mehr körperlichen Beschwerden als eine Kontrollgruppe ohne PTBS. Zwischen der Gruppe mit traumatischen Kriegserlebnissen und derjenigen ohne fanden sich jedoch keine signifikanten Unterschiede im Ausmaß der körperlichen Symptomatik (Solomon et al., 1993). Dieser Befund liefert einen Hinweis darauf, dass nicht das traumatische Erlebnis an sich, sondern die Art des Erlebens und die Reaktionen darauf entscheidend für die Entstehung körperlicher Beschwerden sind. Der PTBS kommt somit eine Mediatorfunktion in der Beziehung von Trauma und physischer Gesundheit zu. Eine Untersuchung von Wolfe et al. (1994) konnte mittels einer multiplen Regressionsanalyse diese Annahme stützen: Der Einfluss des traumatischen Ereignisses auf die physische Gesundheit reduzierte sich drastisch, wenn PTBS in die Analyse mit einbezogen wurde. Auch Friedman und Schnurr (1995) konnten diese Hypothese durch Pfadanalysen mit den abhängigen Variablen „selbstberichteter Gesundheitszustand“ und „Anzahl gesundheitlicher Probleme“ untermauern: Der Effekt des traumatischen Erlebnisses auf die Gesundheit war hauptsächlich ein indirekter, vermittelt über die PTBS.

Der Zusammenhang zwischen PTBS und schlechter körperlicher Gesundheit kann a) über neurobiologische und b) über psychologische und behaviorale Faktoren erklären werden. Alle drei Symptomgruppen der PTBS, die Übererregungs-, Wiedererlebens- und Vermeidungssymptomatik, sind in diesen Faktoren repräsentiert, und liefern ihren jeweiligen Beitrag zur Entstehung der körperlichen Symptome.

a) Neurobiologische Faktoren

Mit PTBS gehen neurobiologische Veränderungen einher, wie die sympathische Übererregung, andrenerge und opioide Dysregulation, endokrinologische Abnormalitäten, sowie Veränderung

des HPA-Systems und der Immunmechanismen (Friedman & Schnurr, 1995). Das Stresssystem von PTBS Patienten weist Dysfunktionen auf, wobei kontroverse empirische Befunde darüber existieren, ob die Aktivität des Stresssystems generell verringert und das Cortisol-Grundniveau niedrig ist (Chrousos, 1992; Yehuda et al., 1998), oder ob es zu einer Unterproduktion von Cortisol nach dem Trauma und während Intrusionen kommt, zu anderen Zeitpunkten aber ein höheres Cortisolniveau und eine übersensitive HPA-Achse vorherrscht (McEwen, 2002).

Wie im Abschnitt über Stress erläutert wurde, bilden diese neurobiologischen Prozesse eine Grundlage für die Entstehung von Infektionen, Schmerzen, Autoimmunstörungen, kardiovaskulären und gastrointestinalen Störungen, Magengeschwüren und anderen somatischen Krankheiten (Everly, 1995; Friedman & Schnurr, 1995; McEwen, 2002).

b) Psychologische und behaviorale Faktoren

Zu psychologischen und behavioralen Faktoren zählen das Konzept der Feindseligkeit, die psychiatrischen Tendenzen der Depressivität und Angst, negative Gesundheitspraktiken, die Tendenz zur Vermeidung von negativen Emotionen, sowie die Art der Kodierung des traumatischen Erlebnisses im Gedächtnis. Sie werden im Folgenden näher erläutert.

Hovens et al. (1992) konnten in ihrer Studie zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen PTBS und erhöhter Feindseligkeit besteht. Letztere stellt wiederum einen Risikofaktor für kardiovaskuläre Krankheiten dar (Williams, 1995).

Wegen der hohen Komorbidität von PTBS mit Depression kann auch über diese Störung der Zusammenhang zu körperlicher Symptomatik erklärt werden: Depression ist mit verringerten Immunfunktionen, Herzproblemen, und vermehrten somatischen Beschwerden assoziiert. Depressive Patienten berichten über mehr somatische Symptome und nehmen mehr medizinische Behandlung in Anspruch als nicht depressive Patienten. Ähnlich verhält es sich mit Angst (Golding, Smith & Kashner, 1991; Kirmayer, Robbins, Dworkind & Yaffe, 1993). Dieser Erklärung widersprechen jedoch aktuelle empirische Befunde, die einen Zusammenhang zwischen PTBS und körperlicher Gesundheit unabhängig von Depression und Angst feststellen konnten (Van Ommeren et al., 2002; Zatzick et al., 1997).

Auch negative Gesundheitspraktiken wie erhöhter Alkoholkonsum und Substanzmissbrauch (beides weist eine hohe Komorbidität mit PTBS auf) sind mit schädlichen Gesundheitskonsequenzen verbunden.

Schließlich kann PTBS durch vermeidende und emotionsfokussierte Copingstrategien negative Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben. Die Rolle von Vermeidung, Verdrängen oder Unterdrückung von unangenehmen Emotionen für die Entstehung von somatischen

Beschwerden wurde durch die Literatur bestätigt (Burns, 2000; Nader & Fairbanks, 1994; Pennebaker, Hughes & O'Heeron, 1987).

Der Einfluss der Wiedererlebenssymptomatik auf die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von körperlichen Beschwerden und Schmerzempfindungen kann über die Kodierung des traumatischen Erlebnisses vorwiegend im nondeklarativen „Emotionalgedächtnis“ erklärt werden. Wird durch einen Reiz, der mit dem Trauma in Verbindung steht, die Repräsentation im Gedächtnis aktiviert, kommt es zu Intrusionen, Alpträumen oder Flashbacks in Form von visuellen Vorstellungen, affektiven Zuständen, somatischen und dabei eben auch Schmerzempfindungen (Van der Kolk, 1999).

2.6 Risikofaktoren für körperliche Symptomatik

Nicht alle Überlebenden organisierter Gewalt entwickeln somatische Symptome. Auch unterscheiden sich diejenigen mit körperlicher Symptomatik in Art, Ausmaß und Anzahl ihrer Beschwerden. In der Literatur haben verschiedene Faktoren Eingang gefunden, die körperliche Symptomatik begünstigen bzw. unwahrscheinlicher machen.

Da bei Opfern organisierter Gewalt davon ausgegangen werden kann, dass sie mindestens ein als traumatisch einzustufendes Ereignis erlebt haben, wird das Vorliegen eines solchen Ereignisses als gegeben angenommen und unter den Risikofaktoren nicht mehr gesondert ausgeführt.

2.6.1 Ereignisschwere

Als Indikator für die Ereignisschwere kann die Menge an Stressoren bzw. die Intensität oder Dauer eines Stressors gelten. Somasundaram und Sivayokan (1994) wiesen einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl an Kriegsstressoren und der Anzahl somatischer Symptome nach. Auch berichteten Menschen aus stärker vom Krieg betroffenen Gebieten über mehr gesundheitliche Probleme als jene aus weniger betroffenen Gebieten (Kulka et al., 1990; Wolfe et al., 1994). Da der Einfluss der Ereignisschwere auf das Ausmaß der PTBS Symptomatik nachgewiesen wurde (Mollica, McInnes, Poole & Tor, 1998), kann auch über diese Störung der Zusammenhang zur körperlichen Symptomatik vermutet werden.

Paker (1992) wies darauf hin, dass bei einer schwereren Art der Folter (wie beispielsweise Palestinian Hanging) die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass das Opfer körperliche Symptome entwickelt. Ebenso ist die Dauer der Foltererfahrung mit dem Risiko, chronische organische Beschwerden zu entwickeln, assoziiert (Somnier, Vesti, Kastrup & Kemp-Genefke, 1992).

Flüchtlinge, die mehrere und verschiedene Arten von Gewalt miterlebt haben, klagen durchschnittlich über eine höhere Anzahl körperlicher Beschwerden (Van Willigen & Hondius, 1995).

Die Ereignisschwere steht daher mit der Entwicklung körperlicher Symptome und deren Ausmaß in Zusammenhang. Allen Studien gemein ist die Problematik der Operationalisierung von Ereignisschwere und der Klassifizierung von Ereignissen nach Schwere oder Intensität (McFarlane & Girolamo, 1996). Zudem ist die subjektive Bedeutung der Schwere eines Ereignisses, welche sehr schwierig zu erfassen ist, entscheidend dafür, welche gesundheitlichen Konsequenzen diese für den Menschen hat (Paker, 1992).

2.6.2 Folter

Widersprüchliche Befunde existieren zur Frage, ob Folter einen Prädiktor für körperliche Symptome darstellt. Auf der einen Seite konnten kontrollierte Untersuchungen zeigen, dass Folterüberlebende deutlich mehr somatische Beschwerden als nicht gefolterte Flüchtlinge aufweisen (Goldfeld et al., 1988; Nice et al., 1996; Somnier et al., 1992; Van Ommeren et al., 2002). Shrestha lokalisierte die vermehrten körperlichen Beschwerden von gefolterten gegenüber nicht gefolterten Flüchtlingen aus dem Bhutan vor allem im Muskel-Skelett- und im Atmungssystem, Nice et al. (1996) im peripheren Nervensystem, in Gelenken und im Rücken. Auch wurde bei den bhutanesischen Folteropfern eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Konversionsstörung nach ICD-10 signifikant häufiger als bei Kontrollpersonen diagnostiziert (Van Ommeren, 2001).

Auf der anderen Seite ergaben Untersuchungen keine signifikanten Unterschiede in der Höhe der somatischen Beschwerden zwischen Flüchtlingen, die sich in Gefangenschaft befanden und Folter erlebt haben und solchen, die nur geflüchtet sind (Crescenzi et al., 2002; Holtz, 1998). Unterschiede bestanden zwischen diesen beiden Gruppen allerdings in der Angstsymptomatik. Beachtung geschenkt werden muss der Tatsache, dass es neben der Folter eine Reihe anderer Formen organisierter Gewalt gibt, und dass es oftmals schwierig ist, zwischen Folter und weniger systematischer Misshandlung eine Grenze zu ziehen. Auch kann der Faktor Folter *per se* nicht untersucht werden, da immer konfundierende Variablen, die mit organisierter Gewalt und Flucht in Zusammenhang stehen, einen Einfluss ausüben.

2.6.3 PTBS, Depression, Angst

Personen mit PTBS entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit körperliche Beschwerden als Personen ohne PTBS (Andreski et al., 1998; Hauff & Vaglum, 1994; Van Ommeren et al., 2002; Zatzick et al., 1997). Die PTBS fungiert daher als ein Risikofaktor für körperliche Gesundheit. Unter 2.6.2 wurde der Zusammenhang zwischen PTBS und Somatisierung ausführlich erläutert.

Sowohl depressive als auch Angstpatienten berichteten über mehr und multiple hypochondrische und somatische Symptome und nehmen mehr medizinische Behandlung in Anspruch als Personen ohne diese Störungen (Centers for Disease Control, 1988; Golding et al., 1991; Kirmeyer et al., 1994). Auch besteht bei somatoformen Störungen eine hohe Komorbidität mit depressiven und Angststörungen (Rief & Hiller, 1998).

Widersprüchliche Forschungsergebnisse sprachen jedoch Depression und Angst einen entscheidenden Einfluss auf körperliche Gesundheit ab und führten die Entstehung somatischer Symptome dagegen auf das Vorliegen einer PTBS zurück (Bramsen, 1995; Van Ommeren et al., 2002; Zatzick et al., 1997).

2.6.4 Offenlegen traumatischer Erfahrung

Aufgrund der Speicherung des traumatischen Erlebnisses vorwiegend im nondeklarativen Gedächtnis fällt das Verbalisieren der Erinnerung schwer. Neuroanatomische Befunde, die eine verminderte Aktivierung des Broca-Zentrums und eine verstärkte Aktivierung der Amygdala und sensorischen Felder während Flashbacks, sowie eine Lateralisierung zugunsten der rechten Hemisphäre zeigen konnten, untermauern diese Annahme (Van der Kolk et al., 1996).

Entsprechend dem Konzept der Somatisierung, das darin besteht, dass sich nicht ausgedrückte Affekte auf körperlicher Ebene manifestieren, ist davon auszugehen, dass sich gerade durch dieses Sprechen über das traumatische Erlebnis und die damit verbundenen Emotionen die körperliche Symptomatik reduziert. Dies konnte durch viele Untersuchungen nachgewiesen werden: Das Verbalisieren traumatischer Erfahrungen führte zu einer Verringerung psychosomatischer Symptome und einer verbesserten körperlichen Gesundheit (Harber & Pennebaker, 1992; Mehl & Pennebaker, 2002). Umgekehrt ist Verdrängung, Vermeidung und Unterdrückung von Emotionen mit Somatisierung assoziiert (Burns, 2000).

Aus diesem theoretischen und empirischen Hintergrund heraus wird deutlich, dass dem Offenlegen von traumatischen Erfahrungen eine wichtige Rolle als protektiver Faktor bei der Entwicklung körperlicher Symptomatik zufällt.

2.6.5 Soziodemografische Merkmale

Zu den soziodemografischen Merkmale, die Risikofaktoren für Somatisierung darstellen, zählen a) weibliches Geschlecht, b) Alter und c) ein niedriges Bildungsniveau. Auf die Zugehörigkeit zu niedrigen sozialen Schichten wird aufgrund mangelnder Relevanz für die Untersuchung nicht näher eingegangen.

a) Wie epidemiologische Befunden bestätigen, tritt Somatisierung deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern auf. Geschlechtseffekte wurden für die meisten somatoformen Symptome in Allgemeinbevölkerung (Rief et al., 2001) und in Flüchtlingspopulationen (Mollica, Poole & Tor, 1998) dokumentiert.

b) Mit zunehmendem Alter kommt es zu vermehrt körperlichen Beschwerden. Alterseffekte für viele somatoforme Symptome existierten in Allgemeinbevölkerung (Rief et al., 2001) und bei Flüchtlingen (Mollica, Poole & Tor, 1998). Es konnte gezeigt werden, dass Alter als Prädiktor für die Anzahl somatischer Beschwerden und die Anzahl betroffener Organsysteme fungiert (Van Ommeren et al., 2002).

c) Somatisierung ist mit niedrigem Bildungsstand assoziiert (Rief & Hiller, 1998). Flüchtlinge ohne jegliche Bildung berichten häufiger über gesundheitliche Beeinträchtigungen als Flüchtlinge mit mehrjährigem Bildungshintergrund (Mollica, Poole & Tor, 1998).

2.6.6 Weitere Risikofaktoren

Für die Entstehung und Aufrechterhaltung von somatoformen Störungen werden weitere Risikofaktoren wie genetische Faktoren, prädisponierende Persönlichkeitszüge und Kognitionen (introzeptiver Wahrnehmungsstil, somatosensorische Verstärkung sowie kognitive Fehlbewertungen) diskutiert (Kirmayer, Robbins & Paris, 1994; Van Ommeren et al., 2002). Auch Faktoren aus der Sozialisation, soziale Unterstützung und Akkulturation spielen eine Rolle (Solomon et al., 1990; Westermeyer, Neider und Callies, 1989).

Nicht zuletzt hat die soziokulturelle Prägung einen Einfluss auf die Entwicklung körperlicher Symptome ohne organische Ursachen. Somatisierung tritt häufiger bei Personen aus ländlichen Gebieten und mit traditionellen religiösen Einstellungen auf. Auch sind ein kollektivistischer oder traditioneller kultureller Hintergrund mit Somatisierung assoziiert (Moore & Boehlein, 1991; Rief & Hiller, 1998).

2.7 Fragestellungen

2.7.1 Ausmaß der körperlichen Symptomatik bei Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen

Traumatische Lebensereignisse in der Kindheit oder auch im Erwachsenenalter gelten als Risikofaktoren für somatoforme Symptomatik (Rief & Hiller, 1998). Da mit organisierter Gewalt eine Vielzahl von extrem traumatischen Erlebnissen verbunden ist, sind deren Opfer besonders gefährdet, somatische Symptome zu entwickeln. Im Vergleich zu einer nicht traumatisierten Population ist also davon auszugehen, dass Flüchtlinge, die organisierte Gewalt erfahren haben, eine größere Anzahl an körperlichen Symptomen aufweisen.

Empirische Untersuchungen untermauern diese Annahmen: In verschiedenen Flüchtlingsstichproben erwies sich der Anteil an Personen mit mindestens einer körperlichen Beschwerde als sehr hoch (78% bis 100%). Auch ergaben sich hohe Prävalenzen für einzelne körperliche Symptome: Kopfschmerzen: 74% bzw. 79%, Gelenkschmerzen: 62% bzw. 81%, Rückenschmerzen: 41% bzw. 77%, Schwäche: 69% (Mollica et al., 1993; Nice et al., 1996; Priebe & Esmaili, 1997; Shrestha et al., 1998; Somnier & Genefke, 1986). Die Basisraten verschiedener somatoformer Symptome in der Allgemeinbevölkerung hingegen lagen zwischen 1% und 30%, wobei dies reine Somatisierungssymptome waren (Rief et al., 2001).

Als weiterer Risikofaktor hat sich das Vorliegen einer PTBS herausgestellt. Personen mit PTBS litten unter mehr körperlichen Symptomen als Personen ohne PTBS (Andreski et al., 1998; Friedman & Schnurr, 1995; Van Ommeren et al., 2002; Wolfe et al., 1994; Zatzick et al., 1997). Neben der Annahme, dass Flüchtlinge (mit oder ohne PTBS) ein höheres Ausmaß an körperlichen Symptomen als nicht geflüchtete Kontrollpersonen aufweisen, besteht daher auch die Erwartung, dass die körperliche Symptomatik der Flüchtlinge mit PTBS diejenige der Flüchtlinge ohne PTBS übertrifft.

Da Untersuchungen mit Flüchtlingen Defizite aufweisen bezüglich einer umfassenden Analyse von Auftretenshäufigkeiten verschiedener körperlicher Symptome und deren Vergleichswerte in der Allgemeinbevölkerung, ist dieser Thematik ein Abschnitt der vorliegenden Arbeit gewidmet. Auch soll der Frage nach den häufigsten körperlichen Symptomen bei Flüchtlingen nachgegangen werden.

Sowohl in Hinblick auf die Anzahl körperlicher Beschwerden als auch auf die Auftretenshäufigkeiten einzelner somatischer Symptome soll also festgestellt werden, ob signifikante Unterschiede zwischen Flüchtlingen mit PTBS, ohne PTBS und Kontrollpersonen bestehen und - wenn dies zutrifft -, ob die angenommene Richtung der Unterschiede aufrechterhalten werden kann.

2.7.2 PTBS und körperliche Symptomatik

Der Zusammenhang zwischen PTBS und körperlichen Beschwerden wurde in der Literatur vielfach nachgewiesen (Andreski et al., 1998; Hauff & Vaglum, 1994; Van Ommeren et al., 2002; Zatzick et al., 1997). „Vietnam Veteranen mit der größten Anzahl PTBS Symptome hatten auch die größte Zahl körperlicher Gesundheitsprobleme“ (Stretch, 1986).

Auch wurde zwischen den einzelnen Symptomgruppen der PTBS, a) Übererregung, b) Vermeidung und c) Wiedererleben und der Schmerzstärke ein signifikanter linearer Zusammenhang gefunden (Jauch, 2001), welcher folgendermaßen erklärt werden könnte:

- a) Wie die Stresstheorie und das Modell der allostatischen Belastung gezeigt hat, ist Übererregung mit schädlichen physiologischen Konsequenzen verbunden, welche langfristig zu Krankheiten und körperlichen Beschwerden führen können (Chrousos & Gold, 1992; Everly, 1995; McEwen, 2002; Nice et al., 1996).
- b) Vermeidungssymptomatik steht mit der Entstehung körperlichen Symptome in Zusammenhang (Burns, 2000; Nader & Fairbanks, 1994; Pennebaker et al., 1987).
- c) Mit dem Wiedererleben werden die nondeklarativ abgespeicherten Gedächtnisinhalte, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, aktiviert, und neben Emotionen und visuellen Vorstellungen kommt es dabei auch zu körperlichen Sensationen und Schmerzen, welche langfristig zu den somatischen Beschwerden der Opfer beitragen (Van der Kolk, 1999).

Da PTBS eine hohe Komorbidität zu Angst und Depression aufweist, besteht die Möglichkeit, das Auftreten von somatischen Beschwerden bei PTBS Patienten über diese komorbiden Störungen zu erklären. Verschiedene Autoren sind aber der Auffassung, dass dies keine gültige Erklärung ist. Es wurden Zusammenhänge zwischen körperlicher Gesundheit und PTBS unabhängig von Angst und Depression berichtet (Bramsen, 1995; Van Ommeren et al., 2002; Zatzick et al., 1997).

2.7.3 Zusammenhang zwischen Ereignisschwere bzw. Folter und körperlicher Symptomatik

Der Einfluss von Ereignisschwere auf körperliche Gesundheit ist in systematischer Art und Weise vor allem durch Studien mit Kriegsveteranen dokumentiert worden (Kulka et al., 1990; Somasundaram & Sivayokan, 1994; Wolfe et al., 1994). Operationalisiert als die Anzahl an traumatischen Haft- und Foltererlebnissen, kann die Ereignisschwere über alle drei postulierten theoretischen Modelle mit der Stärke der körperlichen Symptomatik in Zusammenhang gebracht werden: Bei einer Vielzahl von verschiedenen derartigen Erfahrungen erhöht sich das Risiko für Verletzungen bzw. Erkrankungen. Nach dem Stressmodell trägt kumulative Belastung zur Entstehung somatischer Beschwerden bei. Da für die PTBS ein dose-response Effekt im Sinne eines linearen Zusammenhangs zwischen Anzahl traumatischer Ereignisse und Anzahl PTBS Symptome nachgewiesen wurde (Mollica, McInnes et al., 1998), kann auch über diese eine verstärkte körperliche Symptomatik erklärt werden.

Widersprüchliche Befunde existieren bezüglich des Einflusses von Folter auf die körperliche Symptomatik (Crescenzi et al., 2002; Goldfeld et al., 1988; Holtz, 1998; Nice et al., 1996; Somnier et al., 1992; Van Ommeren et al., 2001a). Um in dieser Diskussion einen Beitrag zu liefern, sollen in der vorliegenden Studie Folteropfer mit Flüchtlingen ohne Foltererfahrungen hinsichtlich der Anzahl körperlicher Symptome verglichen werden.

2.7.4 Zusammenhang zwischen Offenlegen und körperlicher Symptomatik

Die Verbalisierung der traumatischen Erlebnissen ist mit günstigen Konsequenzen für die körperliche Gesundheit assoziiert (Harber & Pennebaker, 1992; Mehl & Pennebaker, 2002). Da gerade auf diesem Gebiet in Bezug auf traumatisierte Flüchtlinge Forschungsbedarf besteht, wird diesem Thema eine abschließende Fragestellung gewidmet.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen daher folgende Hypothesen innerhalb folgender vier Themenbereiche untersucht werden:

1. Ausmaß der körperlichen Symptomatik von Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen

Hypothese 1a.

Es gibt signifikante Unterschiede in der Anzahl körperlicher Symptome zwischen Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen.

Hypothese 1b.

Die Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome unterscheiden sich zwischen Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen signifikant.

2. PTBS und körperliche Symptomatik

Hypothese 2a.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS, sowie den drei Symptomgruppen der PTBS – Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung – und dem Ausmaß der Schmerzsymptomatik.

Hypothese 2b.

Die Anzahl der PTBS Symptome ist ein Prädiktor für die Anzahl körperlicher Symptome. Sie kann diese unter Konstanthaltung der Angst- und Depressionssymptomatik vorhersagen.

3. Zusammenhang zwischen Ereignisschwere bzw. Folter und körperlicher Symptomatik

Hypothese 3a.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ereignisschwere, gemessen an der Anzahl traumatischer Erlebnisse durch Haft, Folter, Krieg oder Vertreibung, und der Schwere der körperlichen Symptomatik.

Hypothese 3b.

Flüchtlinge, die gefoltert worden sind, leiden unter mehr körperlichen Symptomen als Flüchtlinge, die nicht gefoltert worden sind.

4. Zusammenhang zwischen Offenlegen und körperlicher Symptomatik

Hypothese 4.

Flüchtlinge, die über Details ihrer traumatischen Erlebnisse anderen berichtet haben, leiden unter weniger körperlichen Symptomen als Flüchtlinge, die dies nicht getan haben.

3 Methode

3.1 Stichprobe

Im Rahmen der Untersuchungen, die in der Ambulanz für Flüchtlinge der Universität Konstanz im Zentrum für Psychiatrie Reichenau (ZPR) durchgeführt wurden, gingen in die vorliegende Studie die Daten von 67 Flüchtlingen und 20 Kontrollpersonen ein.

Die Flüchtlinge waren über verschiedenen Hilfsorganisationen (u.a. Amnesty International, exilio e.V.) an die Universität Konstanz vermittelt worden und erhielten für ihre Teilnahme ein psychologisches Gutachten, das sie für ihr Asylverfahren in Deutschland einsetzen konnten.

Die Rekrutierung der Kontrollpersonen erfolgte über Aushänge an der Universität Konstanz, dem Islamischen Kulturzentrum und an türkischen Lebensmittelläden der Stadt, sowie über persönliche Kontakte. Teilnahme Kriterien waren islamischer Hintergrund und keine PTBS. Gegenleistung für die Teilnahme der Kontrollpersonen waren 7,50 Euro Versuchspersonen-honorar pro Stunde und die Fahrtkostenerstattung.

Die Flüchtlingsstichprobe bestand aus 52 Kurden, einem Aleviten, zehn Personen aus dem Kosovo (fünf Albaner, zwei Bosniaken, zwei Roma und eine Serbin), einem Algerier, einem Inder, einer Person aus der ehemaligen UdSSR, und einer Muslimin (Ethnizität unbekannt). Unter den Kontrollpersonen befanden sich 15 Türken, zwei Marokkaner, ein Inder und zwei andere.

27 Flüchtlinge und 11 Kontrollpersonen waren weiblichen, 40 Flüchtlinge und 9 Kontrollpersonen männlichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter der Probanden lag bei 30,5 Jahren in der Gruppe der Flüchtlinge und 24,5 Jahren in der Kontrollgruppe. Die Anzahl der Jahre in Ausbildung betrug bei den Flüchtlingen im Mittel 6,48 Jahre, bei den Kontrollpersonen 13,10 Jahre. Aus der folgenden Übersicht ist die Zusammensetzung der Stichprobe anhand der demografischen Variablen ersichtlich.

Tabelle 2. Zusammensetzung der Stichprobe

		Flüchtlinge	Kontrollgruppe
Geschlecht		27 Frauen (40,3%) 40 Männer (59,7%)	11 Frauen (55%) 9 Männer (45%)
Alter	Mittelwert	30,5	24,5
	Standardabweichung	7,32	5,02
	Minimum	17	15
	Maximum	49	35
Bildungsniveau (Ausbildungs- jahre)	Mittelwert	6,48	13,1
	Standardabweichung	4,56	3,7
	Minimum	0	8
	Maximum	16	20

3.2 Ablauf

Über die Hilfsorganisationen und ein Anschreiben vom ZPR erfolgte die Terminvereinbarung und Information der Flüchtlinge über Dauer, Zweck und Inhalt der Untersuchung.

Wegen ungenügender Deutschkenntnisse war bei den Interviews mit den Flüchtlingen ein(e) Dolmetscher(in) beteiligt, der/die mit dem Probanden weder bekannt noch verwandt sein sollte. Neben dem klinisch geschulten Versuchsleiter nahm an einigen Untersuchungen auch ein(e) Student(in), u.a. auch die Autorin teil.

Die ungefähr achtstündige Untersuchung umfasste ein standardisiertes klinisch-psychologisches Interview und eine neurophysiologische Abklärung durch eine Magnetenzephalographie (MEG) - Untersuchung.

Zu Beginn wurden die Schweigepflichtserklärung durch den/die Studenten/in und die Schweigepflichtsentbindung durch den Flüchtling ausgefüllt und unterschrieben.

Es folgte die Erfassung der soziodemographischen Daten und die Durchführung folgender Instrumente in Form eines Interviews: CIDI Sektion C, HTQ, PDS, ein dissoziativer Fragebogen (nur bei 26 Flüchtlingen), HSCL und CIDI Sektion G. Üblicherweise fand die MEG – Untersuchung nach der Durchführung der PDS statt. Die Gesamtdauer des Interviews variierte stark zwischen den Probanden, betrug aber durchschnittlich ca. sechs Stunden.

Bei den Kontrollpersonen musste aufgrund von Berufstätigkeit oder Studium die Untersuchung auf zwei Termine aufgeteilt werden. Am ersten Termin erfolgte das Interview, dessen Dauer sich, da es auf einer verkürzten Version beruhte und keine Übersetzung notwendig war, auf ungefähr anderthalb bis zwei Stunden verkürzte. Es wurden CIDI Sektion C, PDS, der dissoziative

Fragebogen und HSCL durchgeführt. Am zweiten Termin fand die MEG - Untersuchung statt und das Versuchspersonenhonorar wurde ausbezahlt.

Im folgenden Abschnitt werden nur die Untersuchungsinstrumente näher beschrieben, deren Ergebnisse für die vorliegende Studie relevant waren.

3.3 Untersuchungsinstrumente

1. Soziodemografischer Fragebogen (Anhang 1)

Dieser lag in geringfügig unterschiedlichen Versionen für die Flüchtlings- und Kontrollgruppe vor. Er umfasste u.a. Fragen zu Alter, Geschlecht, Herkunft, Bildungsstand, Beruf, Wohnsituation, Ehestatus, Anzahl der Kinder, Sprachkenntnisse, Immigrationsstatus, Dauer des bisherigen Aufenthalts im Exilland, Fluchtmotivation und zu eventuellen Haft- und Foltererfahrungen. Das angehängte klinische Interview erhob Informationen zu psychiatrischer Vorgeschichte, Substanzmittelmissbrauch und Medikation, zu körperlichen Erkrankungen oder Verletzungen vor der Verfolgung, sowie zum Offenlegen oder „previous disclosure“ (ob der/die Betroffene über Details des (schlimmsten) traumatischen Erlebnisses mit jemandem gesprochen hat). Weiterhin wurde nach einer eventuellen therapeutischen Behandlung gefragt, und dem Probanden die Gelegenheit gegeben, körperliche und psychische Probleme frei vorzubringen. Fragen, die spezifisch für die Flüchtlinge sind (wie beispielsweise zu psychiatrischer Erkrankung vor der Verfolgung), sind in der Fragebogen-Version für die Kontrollpersonen nicht enthalten.

2. Composite International Diagnostic Interview Sektion C (CIDI-C) (World Health Organisation, 1997) (Anhang 2)

Das CIDI ist ein umfassendes voll standardisiertes Interviewverfahren zur Erfassung psychischer Beschwerden und Auffälligkeiten bei Gesunden und körperlich Kranken. Es erlaubt die Diagnose von psychischen Störungen auf Grundlage der ICD-10 und DSM-IV Kriterien und wird für epidemiologische, klinische und Forschungszwecke verwendet. Es besteht aus 15 Sektionen, von denen die Sektionen C, G und K bei der Untersuchung Anwendung fanden, aber nur die Sektion C für die vorliegende Arbeit ausgewertet wurde. Das CIDI-C erlaubt die Diagnose der psychogenen Schmerzstörung (C1 bis C14), der dissoziativen Störung (C21 bis C33), der hypochondrischen Störung (C55 bis C61), sowie der Somatisierungsstörung (C1 bis C54).

Für die Untersuchung wurden 34 Items (C1 bis C11, C15, C17 bis C19, C21 bis C31, C34 bis C36, C39, C40, C42-43 und C45-50) ausgewählt und abgefragt.

Die Kodierung der einzelnen Items erfolgt beim CIDI-C mittels einer standardisierten Prüffragen-Prozedur in fünf Stufen: -1- (nein, nicht vorhanden), -2- (keine klinische Bedeutung), -3- (nur unter Medikation, Drogen- oder Alkoholeinfluss), -4- (körperliche Erkrankung oder Verletzung) oder -5- (wahrscheinliches oder definitives psychiatrisches Symptom). Der Beobachtungszeitraum für das Auftreten der körperlichen Symptome bezieht sich auf die letzten vier Wochen.

Das CIDI hat durch seine hohe Standardisierung gegenüber anderen Interviewverfahren, die häufig subjektive „prototypische klinische Beschreibungen“ liefern, den Vorteil einer höheren Reliabilität in der Symptomerfassung und kann grundsätzlich auch von trainierten Laien verwendet werden (Rief & Hiller, 1998). Es ist für den Gebrauch in unterschiedlichen Settings und Kulturen entworfen und in verschiedene Sprachen übersetzt worden.

Es weist eine hohe Interrater-Reliabilität und bezüglich der meisten der berücksichtigten diagnostischen Kategorien auch eine befriedigende Test-Retest-Reliabilität auf (Kappa-Koeffiziente von ,60 bis ,90 bei einer Übereinstimmung von meist über 90%). Die Validitätsbeurteilung erfolgte über die Übereinstimmung der Diagnosen mit Klinikerurteilen nach Anwendung entsprechender Checklisten und erwies sich als zufriedenstellend (Westhoff, 1993).

3. Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (Foa, 1995; deutsche Übersetzung von Ehlers, Steil und Winter) (Anhang 3)

Die PDS wurde mit dem Ziel entwickelt, ein schnell und einfach anwendbares Untersuchungsinstrument für eine reliable Diagnose von PTBS zur Verfügung zu haben, das ein Screening vor allem von Risikopopulationen ermöglicht. Sie richtet sich in Inhalt und Struktur nach den DSM-IV Kriterien A bis F für die PTBS und ermöglicht neben der Diagnosestellung auch die quantitative Bestimmung der Symptomschwere. Sie besteht aus einem Teil mit Fragen zu potenziell traumatischen, sowie dem ersten und schlimmsten traumatischen Ereignis (Items 1-21). Der zweite Teil umfasst einen Symptomfragebogen, der die Auftretenshäufigkeiten von Übererregungs-, Wiedererlebens- und Vermeidungssymptomen innerhalb der letzten vier Wochen abfragt (Items 22-49). Die Kodierung erfolgt von -0- (überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat) über -1- (einmal oder seltener pro Woche / manchmal) und -2- (zwei bis viermal pro Woche / die Hälfte der Zeit) bis -3- (fünf mal oder öfter pro Woche / fast immer). Außerdem wird die Dauer der Symptome und der zeitliche Zusammenhang zum traumatischen Ereignis erhoben, sowie die subjektive Beeinträchtigung verschiedener Lebensbereiche.

Obwohl die PDS eigentlich ein Selbstberichtsverfahren ist, wurde sie in dieser Untersuchung aufgrund der mangelnden Sprachkenntnisse der Flüchtlinge und um gegenüber anderen Probanden verzerrte Einschätzungen bezüglich der Schwere der traumatischen Ereignisse zu

vermeiden in Form eines Interviews angewendet. Neben der PTBS Diagnose fanden der Summenscore über die gesamten abgefragten Symptome, sowie die Summenscores für die einzelnen Symptomgruppen (Übererregung, Vermeiden und Wiedererleben) Eingang in diese Studie. Außerdem wurde das PDS Ereignis 10 (Folter) zur Aufteilung der Stichprobe in Folteropfer und nicht gefolterte Flüchtlinge verwendet.

Bei den Kontrollpersonen wurden zur Überprüfung des Teilnahmekriteriums des Nichtvorliegens einer PTBS die 12 Ereignisse aus dem Ereignisteil abgefragt, bei positiven Antworten wurde auch der Rest der PDS durchgeführt.

Die Validierung der PDS erfolgte an einer Stichprobe, die nicht nur aus Vietnam-Veteranen bestand, sondern sich aus Männern und Frauen zusammensetzte, die unterschiedliche Traumata erlitten hatten oder einer Risikopopulation angehörten, aber keine Behandlung anstrebten. Die Reliabilität der Skala ist als hoch anzusehen (Test-Retest-Reliabilität von ,83; interne Konsistenz von ,92). Die Validitätsprüfung erfolgte unter anderem über das Strukturierte Klinische Interview zu DSM (SKID), welches als goldener Standard bei der Diagnose nach DSM Kriterien gilt. Es ergab sich ein Kappa-Koeffizient von ,59 bei einer Übereinstimmung von 79,4%, was als gute diagnostische Übereinstimmung gilt.

4. Hopkins Symptom Checklist (HSCL) (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenleuth & Cori, 1974) (Anhang 4)

Die HSCL ist als Screening Instrument zur Feststellung des Ausmaßes der depressiven und Angstsymptomatik in klinischen Populationen als auch in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet. Sie fragt Angstsymptome (10 Items) und Depressionssymptome (15 Items) ab. Die Antworten auf die einzelnen Items sind auf einer 4-stufigen Likert Skala von -1- (überhaupt nicht) über -2- (ein wenig) und -3- (ziemlich) bis -4- (extrem) angeordnet, und beziehen sich auf das Auftreten der Symptome in der letzten Woche. Als Richtlinie für klinische Auffälligkeit wird ein cut-off-Wert von 1,75 angenommen.

Auch die HSCL ist als Selbstberichtsverfahren entwickelt worden, wurde in der Untersuchung aber als Interview eingesetzt. Es wurden die Summenscores über die Werte der Angst- und der Depressionssymptome in der vorliegenden Arbeit verwendet.

Die HSCL wurde in mehrere Sprachen übersetzt. Für alle Versionen erwiesen sich die Reliabilitäten und Validitäten als gut bis befriedigend (Kleijn, Hovens & Rodenburg, 2001). Die Anwendbarkeit der HSCL bei traumatisierten Stichproben und im speziellen bei traumatisierten Flüchtlingen wurde empirisch bestätigt, was die hohe Kultursensitivität des Instruments unterstützt (Hollifield et al., 2002). Um Zusammenhänge zwischen verschiedenen Traumata und verschiedenen Symptomen nachzuweisen, ist das Instrument allerdings nicht geeignet.

5. Modifizierte Version des Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (Mollica et al., 1992) (Anhang 5)

Der HTQ ist ein Instrument zur Erfassung spezifischer traumatischer Erlebnisse, wie sie in Haft bzw. Folter (I) und Krieg bzw. Vertreibung (II) vorkommen, und damit zusammenhängender Symptome. Für die Untersuchung wurde eine modifizierte und erweiterte Form des HTQ I und II verwendet, die aus insgesamt 43 traumatischen Erlebnissen bestand, die mit ja (erlebt) oder nein (nicht erlebt) beantwortet werden sollten. Das Verfahren kam nur bei den Flüchtlingen zur Anwendung, da die Kontrollpersonen keine Haft- bzw. Kriegserlebnisse hatten.

Der HTQ gehört zu einem der am weitesten verbreitetsten und am besten validierten Instrumenten in Studien mit unterschiedlichen Flüchtlingspopulationen (Hollifield et al., 2002). Die Reliabilität für den Stressorteil wurde an Flüchtlingen aus Indochina untersucht, und erwies sich als gut (alpha-Koeffizient = ,90; Test-Retest-Reliabilität = ,89). Der HTQ gilt als ein kultursensitives Verfahren. Mollica et al. (1992) weisen jedoch trotzdem explizit auf die Notwendigkeit hin, das Instrument an die traumatisierte Population und Kultur anzupassen, statt bloß zu übersetzen. Die Modifizierung und Erweiterung des Instruments basierte auf den Erfahrungen der Arbeitsgruppe mit Flüchtlingen und Folteropfern und befindet sich derzeit in Evaluation.

3.4 Datenauswertung

Die Datenanalyse erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 10.0.

4 Ergebnisse

4.1 Anzahl körperlicher Symptome

Um Unterschiede in der Anzahl körperlicher Symptome zwischen Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen feststellen zu können, wurde die Flüchtlingsstichprobe auf Grundlage der Diagnose nach der PDS aufgeteilt in Flüchtlinge mit PTBS (58 Personen) und Flüchtlinge ohne PTBS (9 Personen). Die Zusammensetzung dieser beiden Gruppen, sowie der Kontrollgruppe hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildung ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3. Zusammensetzung der drei zu untersuchenden Gruppen hinsichtlich demografischer Variablen

	Flüchtlinge mit PTBS	Flüchtlinge ohne PTBS	Kontrollpersonen
Geschlecht	22 Frauen (37,9%) 36 Männer (62,1%)	5 Frauen (55,6%) 4 Männer (44,4%)	11 Frauen (55%) 9 Männer (45%)
Alter (Mittelwert)	30,36	31,44	24,5
Bildungsniveau (Mittelwert)	6,29	7,67	13

Von den 34 abgefragten Symptomen ergab sich bei den Flüchtlingen mit PTBS eine durchschnittliche Anzahl von 13,71, bei den Flüchtlingen ohne PTBS von 11,89 und bei Personen der Kontrollgruppe von 1,25 Symptomen.

Während 30% der Kontrollpersonen über keine, und der Rest von ihnen über höchstens drei somatische Beschwerden klagten, wiesen alle Flüchtlinge mit PTBS mindestens ein, und 98,3% mindestens drei körperliche Symptome auf. 70,7% dieser Gruppe litten unter mindestens 10 somatischen Beschwerden, 22,4% unter mindestens 20, und 6,9% sogar unter 25 bzw. 26 verschiedenen körperlichen Symptomen.

Aus Tabelle 4 sind der absolute sowie prozentuale Anteil an Personen für jede vorkommende Anzahl an körperlichen Symptomen und getrennt nach den drei Gruppen ersichtlich.

Tabelle 4. Häufigkeiten und Prozent pro Anzahl körperlicher Symptome bei Flüchtlingen mit und ohne PTBS und bei Kontrollpersonen

Anzahl körperlicher Symptome	Flüchtlinge mit PTBS		Flüchtlinge ohne PTBS		Kontrollgruppe	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
0	0	0	0	0	6	30
1	1	1,7	0	0	7	35
2	0	0	2	22,2	3	15
3	3	5,2	0	0	4	20
4	3	5,2	0	0	0	0
5	4	6,9	1	11,1	0	0
6	2	3,4	0	0	0	0
8	3	5,2	0	0	0	0
9	1	1,7	0	0	0	0
10	3	5,2	0	0	0	0
11	2	3,4	0	0	0	0
12	3	5,2	1	11,1	0	0
13	2	3,4	0	0	0	0
14	3	5,2	2	22,2	0	0
15	3	5,2	0	0	0	0
16	3	5,2	0	0	0	0
17	1	1,7	1	11,1	0	0
18	4	6,9	0	0	0	0
19	4	6,9	1	11,1	0	0
20	3	5,2	0	0	0	0
21	3	5,2	0	0	0	0
22	0	0	1	11,1	0	0
23	2	3,4	0	0	0	0
24	1	1,7	0	0	0	0
25	3	5,2	0	0	0	0
26	1	1,7	0	0	0	0
Gesamt	58	100	9	100	20	100

Zur Überprüfung der Hypothese 1a, die postuliert, dass sich die drei Gruppen signifikant in der Anzahl körperlicher Symptome unterscheiden, wurde der Kruskal-Wallis-Test durchgeführt. Dieser konnte mit einem Chi-Quadrat von 42,6 bei 2 Freiheitsgraden auf einem Signifikanzniveau von $p = ,000$ zeigen, dass ein signifikanter Unterschied besteht.

Wie aus Tabelle 3 ersichtlich ist, unterscheiden sich beide Flüchtlingsgruppen deutlich von der Kontrollgruppe hinsichtlich der Mittelwerte des Alters und der Bildung. Die Berechnung von Korrelationen von Alter bzw. Bildung mit der Anzahl körperlicher Symptome innerhalb jeder der drei Gruppen ergab nur in der Gruppe der Flüchtlinge mit PTBS einen signifikanten Zusammenhang von Alter und Anzahl körperlicher Symptome ($r(58) = ,30$; $p = ,022$). Auch über alle Probanden hinweg erwies sich diese Korrelation als signifikant ($r(87) = ,39$; $p = ,000$). Ein Streudiagramm verdeutlicht die Beziehung von Alter und körperlicher Symptome bei den drei Gruppen (Abbildung 1).

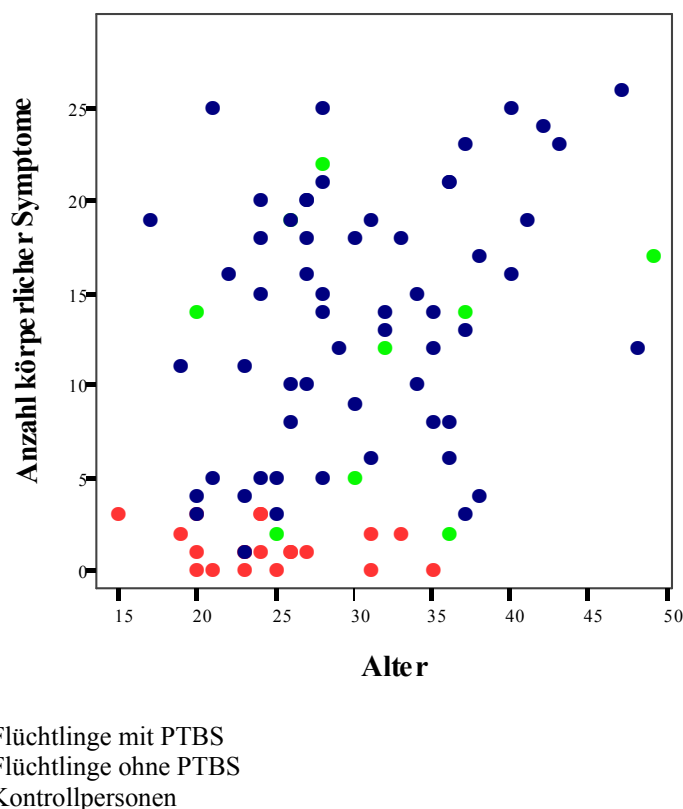


Abbildung 1. Streudiagramm zur Beziehung von Alter und Anzahl körperlicher Symptome bei Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen

Um diesem möglichen Einfluss des Alters entgegenzuwirken, wurden aus den folgenden post-hoc Analysen, an denen die Kontrollgruppe beteiligt war, Personen älter als 35 und jünger als 17 Jahre herausgenommen, und so nur der sich hinsichtlich des Alters überlappende Anteil der Stichprobe untersucht. Die veränderten Mittelwerte und Gruppengrößen sind der Tabelle 5 zu entnehmen.

Paarweise Vergleiche der drei Gruppen mittels Mann-Whitney-U-Tests ergaben folgendes: Signifikante Unterschiede in der Anzahl körperlicher Symptome wurden zwischen Flüchtlingen mit PTBS und Kontrollgruppe, sowie zwischen Flüchtlingen ohne PTBS und Kontrollgruppe ermittelt (Tabelle 5).

Tabelle 5. Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests

Mann-Whitney-U-Test 1	Flüchtlinge mit PTBS (n=58)		Flüchtlinge ohne PTBS (n=9)		U
	Mittelwert	Rangsumme	Mittelwert	Rangsumme	
Anzahl körperlicher Symptome	13,71	2011,0	11,89	267,0	222
Mann-Whitney-U-Test 2	Flüchtlinge mit PTBS (n=42)		Kontrollgruppe (n=19)		U
	Mittelwert	Rangsumme	Mittelwert	Rangsumme	
Anzahl körperlicher Symptome	12,71	1688,5	1,16	202,5	12,5**
Mann-Whitney-U-Test 3	Flüchtlinge ohne PTBS (n=6)		Kontrollgruppe (n=19)		U
	Mittelwert	Rangsumme	Mittelwert	Rangsumme	
Anzahl körperlicher Symptome	12,33	130,5	1,16	194,5	4,5**

** p<0,01

4.2 Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome

Eine deskriptive Analyse ergab für die einzelnen körperlichen Symptome pro Gruppe (Flüchtlinge mit PTBS, Flüchtlinge ohne PTBS und Kontrollpersonen) folgendes:

Bei der Gruppe der Flüchtlinge mit PTBS war das Symptom mit der höchsten Auftretenshäufigkeit Kopfschmerzen (96,5%), gefolgt von sexueller Funktionsstörung (83,7%), Rückenschmerzen (82,9%), Schmerzen in Armen oder Beinen (81,1%) und Schwäche (78,3%). Über das Symptom mit der geringsten Auftretenshäufigkeit – Anfall mit Zuckungen – klagten immerhin 14% dieser Personengruppe; kein Symptom hatte eine Auftretenshäufigkeit von 0%.

Bei der Kontrollgruppe kamen nur folgende Symptome vor: Kopf- (40%), Bauch- (30%) und Rückenschmerzen (25%), sowie Schmerzen beim Menstruieren (25%) und Übereben (5%).

Die weiteren Prävalenzen der einzelnen somatischen Beschwerden sind den Tabellen 6.1 bis 6.3 für Schmerzsymptome, dissoziative Symptome und weitere Symptome der Somatisierungsstörung zu entnehmen.

Abbildung 2 visualisiert die Auftretenshäufigkeiten der einzelnen körperlichen Symptome in gültigen Prozent sortiert nach den Häufigkeiten des Auftretens der zahlenmäßig stärksten Probandengruppe, der Flüchtlinge mit PTBS.

Tabelle 6.1. Auftretenshäufigkeiten von Schmerzsymptomen

		Flüchtlinge mit PTBS		Flüchtlinge ohne PTBS		Kontrollgruppe	
		Absolute Häufigkeit	Gültige Prozent	Absolute Häufigkeit	Gültige Prozent	Absolute Häufigkeit	Gültige Prozent
C1	Bauchschmerzen	33	75	4	100	6	30
C2	Rückenschmerzen	34	82,9	6	100	5	25
C3	Gelenkschmerzen	20	57,1	2	50	0	0
C4	Schmerzen in Armen oder Beinen	30	81,1	4	100	0	0
C5	Schmerzen am Brustkorb	31	75,6	5	100	0	0
C6	Kopfschmerzen	55	96,5	6	100	8	40
C7	Schmerzen beim Menstruieren	11	50	3	100	5	25
C8	Schmerzen beim Urinieren	17	47,2	1	33,3	0	0

C9	Unfähigkeit zu Urinieren für mehr als 24h	6	18,2	0	0	0	0
C10	Schmerzen im Intimbereich	17	47,2	1	33,3	0	0
C11	Schmerzen an anderen Körperstellen	29	69	2	50	0	0

Tabelle 6.2. Auftretenshäufigkeiten von dissoziativen Symptomen

		Flüchtlinge mit PTBS		Flüchtlinge ohne PTBS		Kontrollgruppe	
		Absolute Häufigkeit	Gültige Prozent	Absolute Häufigkeit	Gültige Prozent	Absolute Häufigkeit	Gültige Prozent
C21	Blindheit in einem oder mehreren Augen für wenige Sekunden	15	34,9	1	16,7	0	0
C22	Sicht ist unscharf	31	67,4	3	42,9	0	0
C23	Taubheit auf beiden Ohren	11	25,6	2	33,3	0	0
C24	Gleichgewichtsstörung	31	75,6	4	57,1	0	0
C24A	Schwerfälligkeit	5	23,8	1	33,3	0	0
C25	Taubheit in einem Arm oder Bein	25	65,8	4	80	0	0
C26	Völlige Bewegungsunfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile	16	39,0	2	50	0	0
C27	Verlust der Stimme für mehr als 30 min.	18	41,9	3	50	0	0
C28	Anfall mit Zuckungen	7	14	0	0	0	0
C29	Ohnmachtsanfälle ohne Bewusstlosigkeit	23	47,9	4	57,1	0	0
C30	Bewusstlosigkeit	14	29,2	0	0	0	0
C31	Amnesie	24	51,1	5	71,4	0	0

Tabelle 6.3. Auftretenshäufigkeiten von weiteren Symptomen der Somatisierungsstörung

		Flüchtlinge mit PTBS		Flüchtlinge ohne PTBS		Kontrollgruppe	
		Absolute Häufigkeit	Gültige Prozent	Absolute Häufigkeit	Gültige Prozent	Absolute Häufigkeit	Gültige Prozent
C15	Übergeben	18	46,2	2	66,7	1	5
C17	Übelkeit	26	72,2	5	100	0	0
C18	Durchfall	12	30,8	2	50	0	0
C19	Exzessive Blähungen	19	48,7	4	80	0	0
C34	Doppelbilder	28	68,3	2	33,3	0	0
C35	Kurzatmigkeit	33	73,3	5	83,3	0	0
C36	Schwäche	36	78,3	7	100	0	0
C39	Exzessives Urinieren	21	58,3	3	75,0	0	0
C40	Kribbelndes Empfinden oder Taubheit	29	60,4	5	83,3	0	0
C42- 43	Unregelmäßige Menstruation oder exzessive Blutung	13	72,2	2	66,7	0	0
C45- 50	Sexuelle Funktionsstörung	41	83,7	6	75	0	0

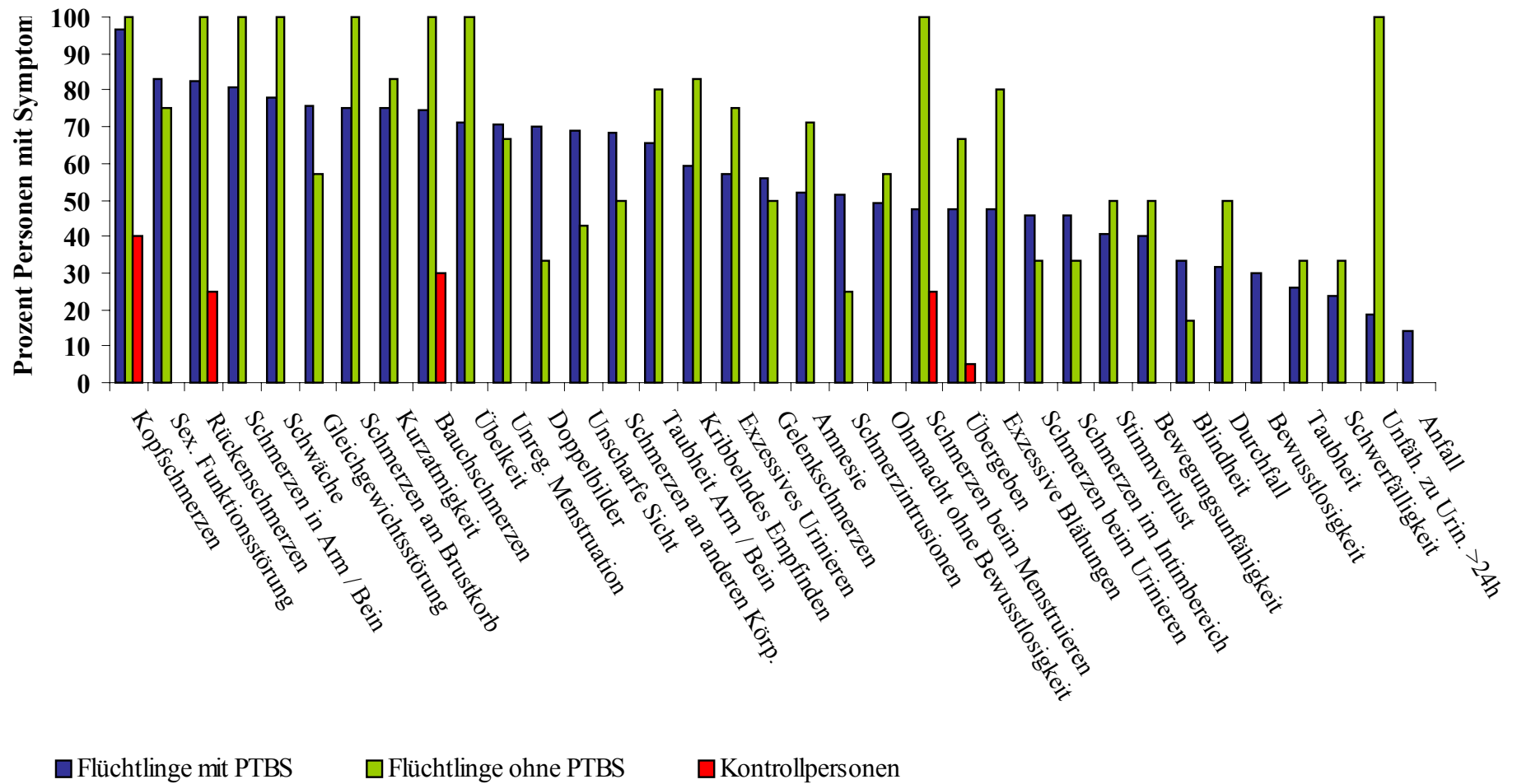


Abbildung 2. Auftretenshäufigkeiten der einzelnen körperlichen Symptome für Flüchtlinge mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen

Um zwischen den Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Personen der Kontrollgruppe Häufigkeitsunterschiede im Auftreten einzelner Symptome zu analysieren und so Hypothese 1b zu überprüfen, wurden die Gruppen bezüglich der einzelnen Symptome paarweise mittels exakter Tests nach Fisher verglichen.

Um bei einer Anzahl von 102 Tests (3 x 34 Symptome) der Inflation des α -Fehlers entgegenzuwirken, wurde das Signifikanzniveau von $p=,05$ mit Hilfe der Bonferoni-Korrektur ($\alpha' = \alpha / m$; bei $\alpha = ,05$ und $m=102$) auf $p = ,00049$ verbessert (Bortz, 1999). Auf diesem korrigierten Niveau ergaben sich für kein Symptom signifikante Häufigkeitsunterschiede zwischen den Flüchtlingen mit und ohne PTBS. Der Vergleich von Flüchtlingen ohne PTBS und Kontrollpersonen erwies sich als signifikant ($p \leq 0,00049$) für C4, C5, C17, C19, C25, C31, C35, C36, C40 und C45-50. Diese Symptome traten signifikant häufiger bei Personen mit PTBS als bei Kontrollpersonen auf.

Beim Vergleich von Flüchtlingen mit PTBS und Kontrollpersonen stellte sich heraus, dass folgende körperliche Symptome bei den Flüchtlingen signifikant häufiger als bei den Kontrollpersonen vorkamen: C2, C3, C4, C5, C6, C8, C10, C11, C 17, C19, C22, C24, C25, C27, C29, C31, C34, C35, C36, C39, C40, C42-43 und C45-50.

Die Ergebnisse der exakten Tests sind in den Tabellen 7.1 bis 7.3 dargestellt.

Tabelle 7.1. Ergebnisse der exakten Tests für Schmerzsymptome

	Vergleich Flüchtlinge mit und ohne PTBS	Vergleich Flüchtlinge ohne PTBS und Kontrollpersonen	Vergleich Flüchtlinge mit PTBS und Kontrollpersonen
	P (einseitige Testung)	p (einseitige Testung)	p (einseitige Testung)
C1 Bauchschmerzen	,339	,020	,001
C2 Rückenschmerzen	,357	,002	,000*
C3 Gelenkschmerzen	,593	,022	,000*
C4 Schmerzen in Armen oder Beinen	,458	,000*	,000*
C5 Schmerzen am Brustkorb	,275	,000*	,000*
C6 Kopfschmerzen	,817	,013	,000*
C7 Schmerzen beim Menstruieren	,158	,032	,088
C8 Schmerzen beim Urinieren	,559	,130	,000*
C9 Unfähigkeit zu Urinieren für mehr als 24h	,569	-°	,048
C10 Schmerzen im Intimbereich	,559	,130	,000*
C11 Schmerzen an anderen Körperstellen	,394	,022	,000*

* $p \leq 0,00049$

° keine Statistik berechnet, da Variable eine Konstante ist

Tabelle 7.2. Ergebnisse der exakten Tests für dissoziative Symptome

		Vergleich Flüchtlinge mit und ohne PTBS	Vergleich Flüchtlinge ohne PTBS und Kontrollpersonen	Vergleich Flüchtlinge mit PTBS und Kontrollpersonen
		P (einseitige Testung)	p (einseitige Testung)	p (einseitige Testung)
C21	Blindheit in einem oder mehreren Augen für wenige Sekunden	,351	,231	,001
C22	Sicht ist unscharf	,199	,012	,000*
C23	Taubheit auf beiden Ohren	,510	,046	,009
C24	Gleichgewichtsstörung	,278	,002	,000*
C24A	Schwerfälligkeit	,597	,130	,027
C25	Taubheit in einem Arm oder Bein	,469	,000*	,000*
C26	Völlige Bewegungsunfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile	,529	,022	,001
C27	Verlust der Stimme für mehr als 30 min.	,518	,008	,000*
C28	Anfall mit Zuckungen	,431	-°	,083
C29	Ohnmachtsanfälle ohne Bewusstlosigkeit	,479	,002	,000*
C30	Bewusstlosigkeit	,149	-°	,004
C31	Amnesie	,277	,000*	,000*

* $p \leq 0,00049$

° keine Statistik berechnet, da Variable eine Konstante ist

Tabelle 7.3. Ergebnisse der exakten Tests für weitere Symptome der Somatisierungsstörung

		Vergleich Flüchtlinge mit und ohne PTBS	Vergleich Flüchtlinge ohne PTBS und Kontrollpersonen	Vergleich Flüchtlinge mit PTBS und Kontrollpersonen
		P (einseitige Testung)	p (einseitige Testung)	p (einseitige Testung)
C15	Übergeben	,463	,034	,001
C17	Übelkeit	,227	,000*	,000*
C18	Durchfall	,393	,022	,003
C19	Exzessive Blähungen	,202	,000*	,000*
C34	Doppelbilder	,115	,046	,000*
C35	Kurzatmigkeit	,516	,000*	,000*
C36	Schwäche	,209	,000*	,000*
C39	Exzessives Urinieren	,471	,002	,000*
C40	Kribbelndes Empfinden oder Taubheit	,268	,000*	,000*
C42-43	Unregelmäßige Menstruation oder exzessive Blutung	,658	,012	,000*
C45-50	Sexuelle Funktionsstörung	,429	,000*	,000*

* $p \leq 0,00049$

° keine Statistik berechnet, da Variable eine Konstante ist

4.3 PTBS und körperliche Symptomatik

Zur Überprüfung der Hypothese 2a, die postuliert, dass ein Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS, gemessen am Summenscore der PDS Symptome, sowie zwischen den Summenscores der drei Symptomuntergruppen der PTBS und dem Ausmaß der Schmerzsymptomatik, gemessen an der Anzahl Schmerzsymptome besteht, wurden vier Korrelationen nach Pearson berechnet. Diese erwiesen sich als signifikant auf einem Niveau von $p=,01$ und sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8. Zusammenhänge der Summenscores der PTBS-, Wiedererlebens-, Vermeidungs- und Übererregungssymptome mit der Anzahl Schmerzsymptome

Korrelation (86 Freiheitsgrade)	Anzahl Schmerzsymptome
Summe PDS	,554**
Summe Wiedererleben	,489**
Summe Vermeidung	,513**
Summe Übererregung	,525**

** $p \leq 0,01$ (einseitige Testung)

Bei einer jeweils separaten Kontrolle der Summenscores der drei Symptomuntergruppen mittels Berechnung von partiellen Korrelationen veränderte sich die Korrelation zwischen dem Summenscore der PDS Symptome und der Anzahl Schmerzsymptome folgendermaßen (Tabelle 9), blieb aber signifikant.

Tabelle 9. Partielle Korrelationen zwischen der Summe PDS und der Anzahl Schmerzsymptome

Partielle Korrelation (83 Freiheitsgrade)	Anzahl Schmerzsymptome unter Kontrolle von:		
	Summe Wiedererleben	Summe Vermeidung	Summe Übererregung
Summe PDS	,3070**	,2437*	,2205*

* $p \leq 0,05$ (einseitige Testung)

** $p \leq 0,01$ (einseitige Testung)

Um Hypothese 2b zu untersuchen, wurde eine multiple Regressionsanalyse nach der Einschlußmethode mit der Anzahl körperlicher Symptome als abhängige Variable durchgeführt, in die nacheinander zunächst die demografischen Variablen (Geschlecht, Alter, Bildung) (Modell1), dann der PDS Summenscore (Modell2) und schließlich die Summenscores der Depressions- und Angstsymptomatik (Modell3) eingeführt wurden. Während in Modell 1 sowohl Alter und Bildung signifikant zur Varianzaufklärung beitragen konnten, war es in Modell 2 nur

das Alter sowie der PDS Summenscore, in Modell 3 nur noch das Alter, der signifikante Einfluss des PDS Summenscores blieb nicht bestehen. Aus Tabelle 10 sind die Einflussvariablen, das R-Quadrat der einzelnen Modelle inklusive Veränderungen, die t-Werte und Signifikanzen für die eingeschlossenen Variablen, sowie die Ergebnisse einer zusätzlich berechneten Kollinearitätsstatistik ersichtlich.

Tabelle 10. Regressionsanalyse mit der Anzahl körperlicher Symptome als abhängige Variable

Einflussvariablen	R-Quadrat (Änderung im R-Quadrat)	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten			Kollinearitätsstatistik	
		B	Standardfehler	Beta	T	Signifikanz	Toleranz	Vif
Modell 1		,295						
Geschlecht		,894	1,551	,055	,576	,566	,984	1,016
Alter		,374	,106	,341	3,518	,001**	,959	1,043
Bildungsniveau		-,545	,153	-,348	-3,570	,001**	,948	1,054
Modell 2		,441 (+,145)						
Geschlecht		1,822	1,406	,113	1,296	,199	,963	1,039
Alter		,225	,101	,206	2,233	,028*	,855	1,170
Bildungsniveau		-,141	,164	-,090	-,858	,393	,661	1,514
Summe PDS		,253	,057	,493	4,475	,000**	,598	1,674
Modell 3		,462 (+,021)						
Geschlecht		1,620	1,406	,100	1,152	,253	,951	1,051
Alter		,204	,102	,186	2,007	,048*	,833	1,201
Bildungsniveau		-,121	,168	-,077	-,720	,474	,624	1,601
Summe PDS		,143	,113	,279	1,268	,209	,149	6,722
Summe Angst		-,049	,185	-,050	-,265	,792	,203	4,936
Summe Depression		,212	,123	,312	1,719	,090	,218	4,589

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

4.4 Zusammenhang zwischen Ereignisschwere bzw. Folter und körperlicher Symptomatik

Die Operationalisierung der Ereignisschwere erfolgte als die Summe der traumatischen Ereignisse durch Haft, Folter, Krieg oder Vertreibung, wie sie durch den HTQ ermittelt worden waren. Um festzustellen, ob ein positiver Zusammenhang zwischen dem Summenscore der traumatischen Ereignisse und der Anzahl körperlicher Symptome besteht (Hypothese 3a), wurde eine Korrelation nach Pearson berechnet. Diese erwies sich als signifikant über alle Probanden ($r(87) = ,516$; $p = ,000$) (siehe Abbildung 3). Wurden die Personen ohne ein traumatisches Erlebnis nach dem HTQ aus der Analyse ausgeschlossen (alle Kontrollpersonen und ein Flüchtling), resultierte eine nicht signifikante Korrelation von $r(66) = ,125$; $p = ,158$.

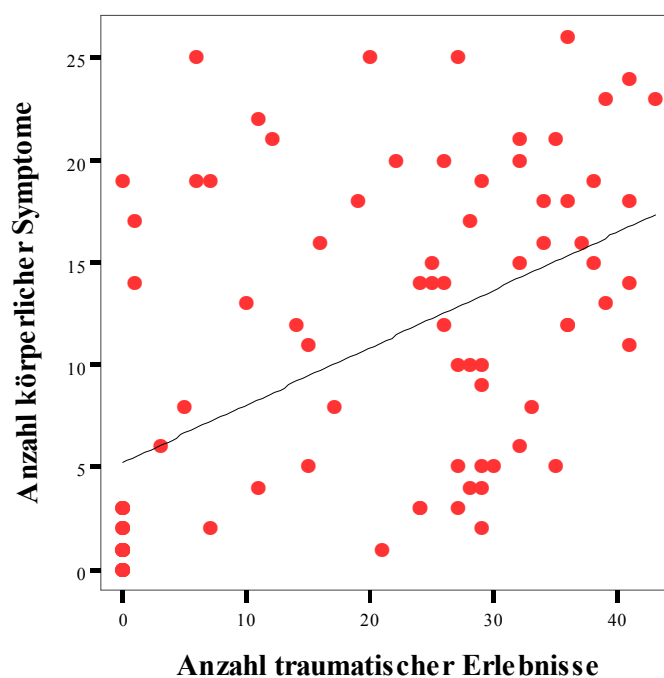


Abbildung 3: Zusammenhang zwischen Anzahl traumatischer Erlebnisse und Anzahl körperlicher Symptome

Um zu untersuchen, ob Flüchtlinge, die gefoltert worden sind, mehr körperliche Symptome als Flüchtlinge ohne Foltererfahrungen aufweisen (Hypothese 3b), wurde die Flüchtlingsstichprobe nach den Daten aus dem PDS aufgeteilt in die Gruppe der Folteropfer (52 Personen) und die der Flüchtlinge, die nicht gefoltert worden waren (15 Personen). Erstere haben im Mittel 13,73 körperliche Symptome (Standardabweichung von 6,82), letztere 12,53 (Standardabweichung von

7,42). Ein t-Test für unabhängige Stichproben zeigte, dass Folteropfer nicht signifikant mehr somatische Beschwerden als andere Flüchtlinge haben ($t(65) = -5,587$; $p = ,280$).

Zwischen der Gruppe der Folteropfer und der nicht gefolterten Flüchtlinge bestehen Unterschiede hinsichtlich Geschlechterverteilung, Alter und Bildungsniveau, wie aus Tabelle 11 hervorgeht.

Tabelle 11. Verteilung der demografischen Variablen bei Folteropfern und Flüchtlingen

	Folteropfer	Flüchtlinge
Geschlecht	17 Frauen (32,7%) 35 Männer (67,3%)	10 Frauen (66,7%) 5 Männer (33,3%)
Alter (Mittelwert)	30,65	30,00
Bildungsniveau (Mittelwert)	5,71	9,13

Um diese potenziellen Einflussfaktoren zu kontrollieren, wurde eine univariate Varianzanalyse berechnet, in die die Variablen Flucht/Folter und Geschlecht als Faktoren und Alter und Bildung als Kovariaten eingingen. Das parametrische Verfahren wurde gewählt, um die zwei Faktoren konstant halten zu können. Die Varianzanalyse ergab nur für den Faktor Geschlecht einen signifikanten Effekt. Ein Interaktionseffekt von Geschlecht und Flucht/Folter zeigte sich nicht, wurde deshalb aus der Analyse, für die die folgenden Ergebnisse dargestellt sind (Tabelle 12) herausgelassen.

Tabelle 12. Effekte für Flucht/Folter und Kontrollvariablen

Anzahl körperlicher Symptome	F (1;63)	P
Flucht/Folter	1,417	,238
Geschlecht	6,070	,017*
Alter	2,211	,142
Bildung	,133	,717

* $p \leq 0,05$

4.5 Zusammenhang zwischen Offenlegen und körperlicher Symptomatik

Um die Hypothese 4 zu testen, dass Personen, die mit anderen über Details ihrer traumatischen Erlebnisse gesprochen haben, weniger körperliche Symptome aufweisen als Personen, die diese Erlebnisse mit anderen nicht geteilt haben, wurde die Flüchtlingsstichprobe anhand der Disclosure-Variable aufgeteilt. Es ergab sich ein Mittelwert von 13,82 körperlichen Symptomen für Flüchtlinge, die ihre Erlebnisse geteilt hatten (44 Personen; Standardabweichung von ,74) und ein Mittelwert von 12,52 für Flüchtlinge, die dies nicht getan hatten (21 Personen; Standardabweichung von ,63). Ein t-Test zeigte, dass es keinen signifikanten Unterschied in der

Anzahl körperlicher Symptome zwischen diesen beiden Personengruppen gab ($t(63) = ,693$; $p = ,491$).

Die teilweise unterschiedliche Verteilung der beiden Gruppen hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildung wird in folgender Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13. Verteilung der demografischen Variablen nach Offenlegen/kein Offenlegen

	Personen, die über ihre traumatischen Erlebnisse berichtet haben	Personen, die über ihre traumatischen Erlebnisse nicht berichtet haben
Geschlecht	24 Frauen (54,5%) 20 Männer (45,5%)	15 Frauen (71,4%) 6 Männer (28,6%)
Alter (Mittelwert)	31,98	26,76
Bildungsniveau (Mittelwert)	6,93	6,00

Zur Kontrolle potenzieller Einflussfaktoren wurde eine univariate Varianzanalyse mit der Anzahl körperlicher Symptome als abhängiger Variable durchgeführt. Als Faktoren fungierten die Disclosure-Variable (erzählt versus nicht erzählt) und das Geschlecht, als Kovariaten Alter und Bildung. Die Interaktion zwischen Geschlecht und Disclosure war nicht signifikant. Wie aus Tabelle 14 hervorgeht, ergab sich nur ein signifikanter Effekt für das Geschlecht.

Tabelle 14. Effekte für Offenlegen und Kontrollvariablen

Anzahl körperlicher Symptome	F (1;61)	P
Disclosure	,013	,909
Geschlecht	4,901	,031*
Alter	2,283	,136
Bildung	,425	,517

* $p \leq 0,05$

5 Diskussion

5.1 Fragestellungen

5.1.1 Ausmaß der körperlichen Symptomatik bei Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen

Unter diesem Überpunkt werden in einem ersten Abschnitt die Unterschiede bzw. Ähnlichkeiten in der Anzahl körperlicher Symptome zwischen den drei untersuchten Gruppen diskutiert (Hypothese 1a). In einem zweiten Teil wird zunächst auf die Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome eingegangen, um danach die Fragestellung bezüglich der Unterschiede zwischen den drei Gruppen hinsichtlich der einzelnen Symptome zu beantworten (Hypothese 1b).

5.1.1.1 Anzahl körperlicher Symptome

Gemäß der Hypothese 1a ergaben sich signifikante Unterschiede in der Anzahl körperlicher Symptome sowohl zwischen Flüchtlingen mit PTBS und Kontrollgruppe, als auch zwischen Flüchtlingen ohne PTBS und Kontrollgruppe. Das Ausmaß der körperlichen Symptomatik von Flüchtlingen mit PTBS unterschied sich allerdings nicht signifikant von dem von Flüchtlingen ohne PTBS.

<Unterschiede zwischen Flüchtlingen mit PTBS und Kontrollgruppe>

Ersteres Resultat zeigte sich, nachdem der potenziell störende Einfluss der unterschiedlichen Altersverteilungen in den Flüchtlings- bzw. Kontrollgruppen weitgehend ausgeschaltet worden war. Aufgrund der signifikant positiven Korrelationen zwischen Alter und Anzahl körperlicher Symptome über alle Probanden hinweg, sowie in der Gruppe der Flüchtlinge mit PTBS, wäre bei den deutlich höheren Altersmittelwerten in den Flüchtlingsgruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe der erhaltene Effekt auf die abhängige Variable unter Umständen statt auf die Gruppenzugehörigkeit auf das Alter zurückzuführen gewesen. Dieses Problem wurde umgangen, indem nur der sich bezüglich des Alters überlappende Bereich der Probanden (zwischen 17 und 35 Jahre) für die Analyse ausgewählt wurde.

Dass Flüchtlinge mit PTBS über mehr körperliche Beschwerden klagten als die Kontrollpersonen, bei denen keine PTBS vorlag, ist kompatibel mit der Literatur, nach der

traumatische Lebensereignisse, bzw. die PTBS einen Risikofaktor für körperliche Symptome darstellen (Andreski et al., 1998; Hauff & Vaglum, 1994; Van Ommeren et al., 2002; Zatzick et al., 1997).

<Unterschiede zwischen Flüchtlingen ohne PTBS und Kontrollgruppe>

Der Befund des signifikanten Unterschieds zwischen Flüchtlingen ohne PTBS und Kontrollpersonen lässt sich mit Forschungsergebnissen vereinbaren, die Flüchtlingen häufige körperliche Beschwerden und einen allgemein negativen Gesundheitszustand attestieren (Mollica et al., 1993; Nice et al., 1996; Priebe & Esmaili, 1997; Shrestha et al., 1998).

<Vielzahl körperlicher Beschwerden in den Flüchtlingsgruppen>

Der sich auf 100% belaufende Anteil von Flüchtlingen, die mindestens eine somatische Beschwerde berichten, passt in die Reihe früherer Ergebnisse, die einen Anteil von 78% bis 100% ergeben hatten (Bojholm, 1997; Mollica et al., 1998; Van Willigen & Hondius, 1995; Van Ommeren et al., 2002). Diese Studien stützten sich auf Stichproben von Flüchtlingen aus Flüchtlingslagern in Nepal und Thailand (Mollica et al., 1998; Van Ommeren et al., 2002), bzw. von Flüchtlingen, die in Auffangzentren und Gemeinschaftsunterkünften in westlichen Exilländern lebten und teilweise auch Hilfe bei psychosozialen Zentren gesucht hatten (Bojholm, 1997; Van Willigen & Hondius, 1995). Die anfallende Stichprobe der vorliegenden Untersuchung ist zumindest mit letzteren vergleichbar, allerdings auch nur unter Einschränkungen aufgrund der besonderen motivationalen Faktoren der Stichprobe (siehe 5.2.1).

Die durchschnittliche Anzahl körperlicher Symptome ist gegenüber anderen Flüchtlingsstudien erhöht: Es ergaben sich Mittelwerte von 13,7 (Flüchtlinge mit PTBS) bzw. 11,89 (Flüchtlinge ohne PTBS) körperlichen Symptomen. Crescenzi et al. (2002) berichteten durchschnittlich 3,7 körperliche Symptome, benutzten aber eine Checkliste von nur 8 Symptomen. Auch der Wert von 9,3 von Van Willigen & Hondius (1995) kann eine Unterschätzung sein, da in ihrer Untersuchung nur fünf Beschwerden pro Kategorie aufgenommen wurden. Mit dem CICI-C hingegen wurden 34 Symptome abgefragt. Aufgrund der unterschiedlichen Instrumente ist eine Vergleichbarkeit daher kaum gewährleistet.

Kein Flüchtling ist beschwerdefrei. 12,1% Flüchtlinge mit PTBS (bzw. 22,2% Flüchtlinge ohne PTBS) haben ein bis vier Symptome, und der überwiegende Anteil von 87,9% (bzw. 77,8%) hat fünf und mehr körperliche Beschwerden. Van Ommeren et al. (2002) berichteten über 16% mit keinen, 71% mit ein bis vier, und 13% mit fünf und mehr körperlichen Symptomen. Auch hier liegt der Grund für die deutlich höheren Werte der vorliegenden Untersuchung vermutlich

wiederum in der Verwendung einer anderen Checkliste mit mehr Items (Van Ommeren et al. fragten nur 25 körperliche Symptome ab).

Die Flüchtlinge leiden im Vergleich zu Ergebnissen anderer Studien unter einer Vielzahl körperlicher Beschwerden. Neben den besonderen motivationalen Umständen ist dies mit gewisser Wahrscheinlichkeit auch dadurch zu begründen, dass es sich tatsächlich um eine schwer traumatisierte Stichprobe handelt und aus diesen schweren Traumatisierungen die multiplen körperlichen Symptome resultierten.

<Unterschiede zwischen Flüchtlingen mit und ohne PTBS>

Entgegen der Erwartungen wurde zwischen Flüchtlingen mit und ohne PTBS kein signifikanter Unterschied in der Anzahl körperlicher Symptome gefunden. Bisherige empirische Ergebnisse hatten darauf hingewiesen, dass Personen mit PTBS über mehr körperliche Beschwerden als jene ohne PTBS klagten (Andreski et al., 1998; Hauff & Vaglum, 1994; Zatzick et al., 1997). Eine Erklärung für dieses diskrepante Ergebnis mag darin liegen, dass beide Gruppen bedeutsamen Stressoren ausgesetzt waren, die die Kontrollgruppe nicht oder nicht in gleichem Ausmaß tangierten, wie Krieg, Flucht und Vertreibung, materielle, soziale und kulturelle Verluste, Akkulturationsstress, unklarer Aufenthaltsstatus, problematische Wohnsituation, etc. Diese Belastungsfaktoren stellten vielleicht einen entscheidenden Risikofaktor für die körperliche Symptomatik dar, so dass darüber hinaus die PTBS keinen Einfluss mehr hatte. Vietnamesische Flüchtlinge in den USA mit PTBS litten dennoch unter mehr körperlichen Symptomen als diejenigen ohne, obwohl davon auszugehen ist, dass diese beiden Gruppen ähnlichen Stressoren im Exilland ausgesetzt waren (Hauff & Vaglum, 1994). Dieser widersprüchliche Befund kann jedoch nur gegenübergestellt werden. Der Schluss, dass die PTBS kein entscheidender Faktor für die Entstehung körperlicher Symptome ist, kann nur unter Einschränkungen gezogen werden, da das Ergebnis aufgrund der geringen Stichprobengröße der Flüchtlinge ohne PTBS (9 Personen) nicht gesichert ist. Ein potenziell störender Einfluss durch Geschlecht, Alter und Bildungsniveau war weitgehend auszuschließen, da es nur geringe Differenzen der Gruppen bezüglich der Verteilung dieser Variablen gab.

5.1.1.2 Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome

Die Prävalenzen einzelner körperlicher Symptome, insbesondere der Schmerzsymptome, erwiesen sich für beide Flüchtlingsgruppen als auffallend hoch. Die sich für die Gruppe der Flüchtlinge ohne PTBS häufig auf 100% belaufenden Werte sind auf die vielen fehlenden Angaben im Datensatz dieser Gruppe zurückzuführen. Neben diesem methodischen Mangel ist

auch die geringe Gruppengröße der Flüchtlinge ohne PTBS zu kritisieren, weshalb bei der folgenden Diskussion der einzelnen Symptomprävalenzen diese Gruppe nicht weiter berücksichtigt wird. Erst nach einem Überblick über die Art der häufigsten Symptome unter Bezugnahme auf frühere Forschungsergebnisse, erfolgt am Ende dieses Abschnitts die Beantwortung der Fragestellung bezüglich der Unterschiede zwischen den drei Gruppen.

Die Prävalenzen der Schmerzsymptome lagen bei Flüchtlingen mit PTBS bis auf einen Ausreißer zwischen 47,2% und 96,5%, die der dissoziativen Symptome zwischen 14% und 75,6% und die der weiteren Symptome der Somatisierungsstörung zwischen 30,8% und 83,7%, was in Anbetracht des Beobachtungszeitraums von vier Wochen sehr hohe Werte sind. Rief (2001) berichtete Prävalenzen zwischen 1% und 30% in der Allgemeinbevölkerung, was allerdings nur mit Einschränkungen gegenübergestellt werden kann, da in dieser Untersuchung nur rein psychiatrische Symptome, diese allerdings über einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren berücksichtigt wurden.

Die am häufigsten vorkommenden körperlichen Beschwerden bei Flüchtlingen mit PTBS waren Kopfschmerzen (96,5%), sexuelle Funktionsstörung (83,7%), Rückenschmerzen (82%), Schmerzen in Arm oder Bein (81%) und Schwäche (78%). Dass Schmerzsymptome zu den häufigsten körperlichen Klagen bei Opfern von Folter oder organisierter Gewalt zählten, steht im Einklang mit der Literatur (Goldfeld et al., 1988; Miller, 1992;). Höchstwerte aus anderen Untersuchungen mit Flüchtlingen lagen jedoch eher unter 80% (z.B. Mollica et al., 1993). Für fast alle Symptome zeigten sich generell deutlich höhere Werte als in anderen Untersuchungen: Kopfschmerzen standen bei den meisten Studien an erster Stelle der körperlichen Symptome (z.B. Goldfeld et al., 1988); berichtete Prävalenzen lagen bei 74,3% bzw. 79% (Mollica et al., 1993; Somnier & Genefke, 1986). Prävalenzen für sexuelle Probleme nach Folter lagen zwischen 21% und 54% (Bojholm, 1997; Lunde & Ortmann, 1992; Somnier & Genefke, 1986), für Rückenschmerzen bei 41% bzw. 77% (Shrestha et al., 1998; Priebe & Esmaili, 1997). Schmerzen in Arm und Bein wurden in vielen Untersuchungen unter Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems subsumiert mit Raten von 45% und 92% (Van Willigen & Hondius, 1995; Bojholm, 1997). Die in der Literatur berichteten relativ hohen Raten von Gelenkschmerzen (53% und 81%) bzw. Schwäche (69%) nach Folter ließen sich von der vorliegenden Untersuchung bestätigen (57,1% bzw. 78,3%) (Mollica et al., 1993; Nice et al., 1996; Priebe & Esmaili, 1997). Erhöht gegenüber anderen Untersuchungen waren wiederum Werte für Schmerzen am Brustkorb (75,6% in vorliegender versus 20% in anderer Untersuchung), unscharfe Sicht (67,4% versus 28% und 33%), kribbelndes Empfinden (60,4 versus 15,4%) und völlige Bewegungsunfähigkeit (39% versus 1,8%) (Mollica et al., 1993; Nice et al., 1996; Priebe & Esmaili, 1997; Shrestha et al., 1998; Somnier & Genefke, 1986).

Ein potenzieller Grund für die extrem hohen Prävalenzen mag darin bestehen, dass die untersuchte Stichprobe im Vergleich zu Stichproben aus anderen Untersuchungen tatsächlich schwerer traumatisiert ist und daher viele und multiple körperliche Beschwerden auftreten. Eine plausible Erklärung könnte aber auch die Zusammensetzung der Stichprobe und die besondere Art der Motivation der Flüchtlinge sein.

Zur Hypothese 1b, die postulierte, dass sich die Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome zwischen Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen signifikant unterscheiden, kann folgendes festgestellt werden: Flüchtlinge mit PTBS litten unter 23 der abgefragten 34 Symptome signifikant häufiger als Kontrollpersonen, was den Annahmen über höhere Auftretenshäufigkeiten der Beschwerden bei Flüchtlingen mit PTBS entsprach. Zu den Symptomen, für die die exakten Tests keine signifikanten Unterschiede ergeben hatten, zählten diejenigen mit den geringsten Auftretenshäufigkeiten wie Taubheit, Schwerfälligkeit, Unfähigkeit zu Urinieren und Anfall mit Zuckungen. Diese traten also auch bei Flüchtlingen mit PTBS kaum auf. Hinsichtlich des Vergleichs von Flüchtlingen mit PTBS und Kontrollpersonen stellten sich also die Annahmen der Hypothese 1b für die meisten Symptome als zutreffend heraus.

Bezüglich der weiteren zwei paarweisen Vergleiche ließen sich die Annahmen der Hypothese jedoch nicht aufrechterhalten: Der Vergleich der Auftretenshäufigkeiten der einzelnen körperlichen Symptome zwischen Flüchtlingen ohne PTBS und Kontrollpersonen erwies sich nur für 10 Symptome als signifikant. Allerdings ist mit hoher Wahrscheinlichkeit die überaus strenge Signifikanzprüfung aufgrund der Bonferoni-Korrektur ein Grund dafür, dass sich die Unterschiede nur wenige Symptome als signifikant erwiesen hatten. Unter einem höheren Signifikanzniveau wären möglicherweise mehr Unterschiede festgestellt worden. Auch spielten möglicherweise die vielen fehlenden Werte in der Gruppe der Flüchtlinge ohne PTBS eine Rolle. Weiterhin widersprach den Erwartungen, dass die einzelnen Symptome bei Flüchtlingen mit PTBS nicht signifikant häufiger vorkamen als bei Flüchtlingen ohne PTBS. Dies mag auf die mangelnde Datenqualität innerhalb der Gruppe der Flüchtlinge ohne PTBS bzw. wiederum auf die strenge Signifikanzprüfung zurückzuführen sein. Eine vermutlich passendere inhaltliche Erklärung bezieht sich, wie schon im vorigen Abschnitt, auf die Ähnlichkeit der beiden Flüchtlingsgruppen hinsichtlich erfahrener Belastungen bzw. den fehlenden Einfluss der PTBS-Symptomatik.

Letztere beiden Befunde sind in Anbetracht der geringen Stichprobengröße der Gruppe der Flüchtlinge ohne PTBS allerdings nicht gesichert.

5.1.2 PTBS und körperliche Symptomatik

Entsprechend zitierter Forschungsergebnisse über die Assoziation von PTBS und körperlicher Symptomatik (Andreski et al., 1998; Hauff & Vaglum, 1994; Jauch, 2001; Van Ommeren et al., 2002; Zatzick et al., 1997) und entsprechend der Hypothese 2a, ergab sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl PTBS-Symptome und der Anzahl Schmerzsymptome. Auch die Korrelationen zwischen den Summenscores von Übererregung, Vermeidung und Wiedererleben mit der Anzahl Schmerzsymptome erwiesen sich gemäß der Erwartungen als signifikant mittelgroß bis groß.

Deutlich verringert, aber dennoch signifikant waren die drei partiellen Korrelationen zwischen der Summe der PTBS-Symptome und der Anzahl Schmerzsymptome unter der Kontrolle der Summenscores von Übererregung, Vermeidung und Wiedererleben. Alle drei Symptombereiche der PTBS übten also einen bedeutsamen Einfluss auf die Stärke der Schmerzsymptomatik aus. Dies spricht für die Gültigkeit der drei Erklärungsansätze bezüglich des Zusammenhangs zwischen Übererregung, Vermeidung und Wiedererleben und körperlichen Symptomen (siehe 2.7.2).

Dass die Kontrolle der Übererregungssymptomatik die größte Verringerung der ursprünglichen Korrelation bewirkte, lässt auf einen entscheidenden Beitrag dieser Symptomgruppe schließen. Dies ist ganz im Sinne der Stresstheorie und des Konzepts der allostatistischen Belastung, und unterstützt somit die Bedeutsamkeit der mit PTBS assoziierten neurobiologischen Konsequenzen für die Entwicklung körperlicher Beschwerden.

Die Hypothese 2b erfuhr nur zu einem Teil durch die Ergebnisse Unterstützung. Erwartungsgemäß fungierte die Anzahl der PTBS-Symptome als Prädiktor für die Anzahl körperlicher Symptome. Neben der PTBS konnten Alter und Bildungsniveau körperliche Symptomatik vorhersagen. Diese drei sind in der Literatur anerkannte Risikofaktoren für die Entstehung somatischer Beschwerden (Mollica et al., 1998; Rief & Hiller, 1998; Zatzick et al., 1997). Die Einbeziehung der PTBS-Symptomatik im zweiten Schritt der Regressionsanalyse verlieh dem Modell gegenüber den demografischen Variablen im ersten Schritt deutlich mehr Erklärungskraft, was auf den starken Einfluss dieser Variable hindeutet.

Der zweite Teil der Hypothese 2b stützte sich auf Befunde von Van Ommeren et al. (2002) und Zatzick et al. (1997). Erstere hatten mittels multipler Regression einen weiterbestehenden signifikanten Effekt von PTBS unter Konstanthaltung von Angst- und Depressionssymptomatik nachweisen können und daraus geschlossen, dass die PTBS unabhängig von Angst und Depression körperliche Symptomatik vorhersagen kann. Diese Annahmen konnten durch die

Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht aufrechterhalten werden. Wurde die Angst- und Depressionssymptomatik in die Regressionsanalyse miteinbezogen, verschwand der signifikante Effekt der Summe der PTBS-Symptome; als alleiniger Prädiktor blieb das Alter bestehen.

Die Angstsymptomatik hatte kaum Vorhersagekraft für die Anzahl körperlicher Symptome, die Depressionssymptomatik dagegen deutlich größere, was einen Hinweis darauf liefert, dass möglicherweise die Depression einen starken Prädiktor für die körperliche Symptomatik darstellen könnte. Um dies beurteilen zu können, müssten allerdings weitere Untersuchungen erfolgen, die sich genauer mit dem Zusammenhang von Depression und körperlicher Gesundheit befassen.

Eine zusätzlich berechnete Kollinearitätsstatistik ergab Werte, die für eine Kollinearität der Variablen PTBS, Angst und Depression sprechen. Dass diese Variablen nicht nur hoch miteinander korrelierten, sondern die Varianz der einen wahrscheinlich weitgehend durch die der anderen erklärt werden könnte, weist auf die Existenz eines klinischen Faktors hin, der Depression, Angst und PTBS-Symptomatik umfasste und vermutlich einen entscheidenden Einfluss auf das Ausmaß der körperlichen Symptomatik nahm. Aufgrund der Kollinearität von PTBS, Angst und Depression kann jedenfalls festgestellt werden, dass die PTBS nicht unabhängig von Angst und Depression einen Einfluss auf die körperliche Symptomatik ausübte, wie dies bei Van Ommeren et al. der Fall war. Diese Diskrepanz lässt sich wahrscheinlich damit erklären, dass die Stichprobe von Van Ommeren et al. nur aus Flüchtlingen mit diversen Traumatisierungen und psychiatrischen Problemen bestand. In der Analyse vorliegender Studie waren neben den Flüchtlingen auch Kontrollpersonen eingeschlossen, die keine traumatischen Erfahrungen, keine PTBS und auch anderweitig keine oder kaum psychiatrisch auffällige Werte aufwiesen. Die Varianzaufklärung der körperlichen Symptomatik beruhte vermutlich zu einem großen Teil auf der Unterschiedlichkeit der beiden untersuchten Gruppen hinsichtlich dieser Variablen. Die Vergleichbarkeit der beiden Studien ist daneben allerdings auch durch unterschiedliche Stichprobengrößen und Samplingprozeduren, sowie unterschiedliche Teilnahmemotivation und kulturellen Kontext eingeschränkt.

Bezüglich der beiden Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen PTBS und körperlicher Symptomatik muss angemerkt werden, dass die Konfundierung durch die Variable der Erfahrung eines traumatischen Erlebnisses nicht berücksichtigt wurde. Inwiefern Unterschiede im Ausmaß körperlicher Symptomatik auf die PTBS Symptomatik oder auf die Erfahrung eines traumatischen Ereignisses an sich zurückzuführen sind, und inwiefern die PTBS eine Mediatorfunktion in der Beziehung zwischen Trauma und körperlicher Symptomatik übernimmt,

konnte hier nicht geklärt werden. Bezüglich dieser Fragestellung besteht noch weiterer Forschungsbedarf.

5.1.3 Zusammenhang zwischen Ereignisschwere bzw. Folter und körperlicher Symptomatik

Wurden alle Probanden in die Analyse einbezogen, konnte eine signifikante mittelgroße bis große positive Korrelation zwischen der Anzahl traumatischer Ereignisse und der Anzahl körperlicher Symptome nachgewiesen werden. Dies stimmt mit den in der Literatur berichteten Ergebnissen über Zusammenhänge zwischen Ereignisschwere und Ausmaß körperlicher Symptomatik überein (Jauch, 2001; Kulka et al., 1990; Somasundaram & Sivayokan, 1994; Van Willigen & Hondius, 1995; Wolfe et al., 1994). Allerdings muss berücksichtigt werden, dass bei der Analyse die Kontrollpersonen, d.h. Probanden ohne traumatische Erlebnisse eingeschlossen waren, bei den aus der Forschungsliteratur zitierten Untersuchungen jedoch alle Probanden (vor allem kriegsbedingten) Stressoren ausgesetzt waren, und diejenigen mit low-exposure (niedrige Stressor-Intensität) mit denen mit high-exposure (hohe Stressor-Intensität) verglichen wurden. Um dieser Tatsache gerecht zu werden, wurde eine zweite Korrelation berechnet, die sich auf die Probanden mit mindestens einem traumatischen Erlebnis (gesamte Gruppe der Flüchtlinge außer einer Person) beschränkte. Entgegen den Erwartungen und der zitierten Literatur erwies sich diese als nicht signifikant. Das Ausmaß der körperlichen Symptomatik stand mit der Anzahl traumatischer Ereignisse durch Folter, Flucht, Krieg oder Vertreibung nicht in linearem Zusammenhang. Die Hypothese 3a musste daher verworfen werden.

Verschiedene Gründe sind zur Erklärung des nicht gefundenen Zusammenhangs denkbar. Möglicherweise gibt es qualitative Unterschiede zwischen Kriegsstressoren, die im Vordergrund der zitierten Untersuchungen standen und traumatischen Erlebnissen, die sich in der modifizierten Version des HTQ vorwiegend auf Folter bezogen. Eventuell hat ein einziges traumatisches Foltererlebnis derart gravierende physische Folgen, so dass mehrere verschiedene Ereignisse keinen zusätzlichen Einfluss ausübten.

Zwei allgemeine methodische Probleme bezüglich des Konzepts der Ereignisschwere müssen in diesem Zusammenhang angesprochen werden, da sie für das Verständnis der vorliegenden Ergebnisse relevant sind. Die Operationalisierung von Ereignisschwere als der Summenscore der verschiedenen Arten traumatischer Erlebnisse erlaubte nur die Erfassung der Vielfältigkeit und vernachlässigte andere Parameter des Konzepts, wie die Auftretenshäufigkeit oder die Dauer eines Ereignisses. Durch die reine Aufsummierung wurde das einzelne Erlebnis nicht gewichtet,

sondern in seinem Beitrag zur Ereignisschwere anderen Erlebnissen gleichgesetzt. Einige Autoren haben auf besonders schwere Arten der Folter und deren schwerwiegende physische Konsequenzen hingewiesen (beispielsweise Palestinian Hanging; Paker, 1992). Dies konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt werden.

Ein zweites Problem liegt darin, dass entscheidend für die Folgen eines traumatischen Erlebnisses die Wahrnehmung und Bedeutung des Ereignisses für das Opfer ist (Paker, 1992). Die Schwere oder Intensität eines Ereignisses ist daher eigentlich nur subjektiv bestimmbar und kann kaum objektiviert und klassifiziert werden (McFarlane & Girolamo, 1996). Ein subjektiv einzuteilendes Messinstrument wäre möglicherweise geeigneter, um das Konstrukt zu fassen, führt aber wiederum zu der Schwierigkeit, die Einschätzungen unterschiedlicher Probanden vergleichen zu können. Vor allem bei extremer Traumatisierung sind viele Parameter des Traumas, die für die Einschätzung der Ereignisschwere eine Rolle spielen könnten, nur sehr schwer erfassbar.

Vor diesem Hintergrund ist der nicht existierende Zusammenhang von Ereignisschwere und dem Ausmaß der körperlichen Symptomatik besser zu begreifen.

Folterüberlebende unterschieden sich entgegen der aufgestellten Hypothese 3b in der Anzahl körperlicher Symptome nicht signifikant von Flüchtlingen, die keine Folter erfahren hatten.

Die Folteropfer waren durchschnittlich weniger gebildet, und hatten einen größeren Männeranteil in der Gruppe als die Flüchtlinge ohne Foltererfahrungen. Auch unter Konstanthaltung dieser potenziellen Störvariablen und des Alters ergab sich kein Effekt der Variable Folter/Flüchtling. Auch gab es keinen Interaktionseffekt zwischen dieser Variable und dem Geschlecht. Einzig das Geschlecht konnte zur Varianzaufklärung der körperlichen Symptomatik beitragen, was in Einklang mit der Literatur steht (Mollica et al., 1998).

Anlass zur Hypothese 3b hatten Ergebnisse von Nice et al. (1996) und Shrestha et al. (1992) gegeben. Diese untersuchten allerdings beide eine deutlich größere Stichprobe. Nice et al. verglichen Vietnam-Veteranen, die sich in Kriegsgefangenschaft befunden hatten und dort gefoltert worden waren, mit nicht kriegsgefangenen Veteranen, die möglicherweise ohne die Erfahrung eines traumatischen Stressors im Krieg gedient hatten. Hier steht der Zweifel außer Frage, inwiefern Flüchtlinge mit Kriegsveteranen vergleichbare Erfahrungen machen und daher gegenübergestellt werden können. Die Folteropfer unter den bhutanesischen Flüchtlingen in Nepal (Shrestha et al., 1998) waren über das Zentrum für Folteropfer in Kathmandu rekrutiert worden, als nicht gefolterte Kontrollgruppe waren deren Nachbarn identifiziert worden. Die Stichprobenauswahl war daher eine komplett andere als bei vorliegender Untersuchung, in der die Aufteilung in gefolterte und nicht gefolterte Flüchtlinge erst im Nachhinein vorgenommen

worden war. Diese post-hoc Klassifizierung auf der Grundlage von Informationen aus dem PDS war ein methodisches Problem, da ähnliche Gruppengrößen und eine ausgeglichene Verteilung anderer Variablen über die Gruppen nicht gewährleistet werden konnte. Unter praktischen Gesichtspunkten war für diese Untersuchung aber keine Lösung zur Umgehung dieses Problems denkbar. Um allerdings die Unterschiedshypothese bezüglich des Ausmaßes körperlicher Symptomatik von Folteropfern und nicht gefolterten Flüchtlingen adäquat überprüfen zu können, wäre ein Design ideal, in dem zwei randomisierte Stichproben aus den zwei verschiedenen Grundgesamtheiten ausgewählt und gematcht würden.

Neben diesem methodischen Problem können inhaltliche Gründe für die nicht existierenden Unterschiede angeführt werden. Sowohl nicht gefolterte als auch gefolterte Flüchtlinge haben signifikante Stressoren, wie die Flucht oder materielle, soziale und kulturelle Verluste erfahren, die für die körperliche Symptomatik ausschlaggebend sein mögen. Auch besteht die Möglichkeit, dass sich Unterschiede in der Traumatisierung durch Folter tatsächlich nicht körperlich, sondern in anderen psychischen Variablen, z.B. in der Stärke der Angst- (wie bei Crescenzi et al., 2002) oder PTBS-Symptomatik, oder auch in kulturgebundenen Syndromen manifestieren. Um dies zu entscheiden, ist aber weitergehende Forschung notwendig. Einige aktuelle Forschungsarbeiten haben ebenfalls keine Unterschiede in der Anzahl somatischer Beschwerden zwischen Folteropfern und nicht gefolterten Flüchtlingen gefunden (Crescenzi et al., 2002; Holtz, 1998). Diese stützten sich allerdings wiederum auf größere Stichproben, eine andere Kulturgruppe in einem anderen kulturellen Kontext (tibetische Flüchtlinge in Indien), und unterschiedliche Untersuchungsinstrumente. Bei der Diskussion ihrer Ergebnisse führten sie zusätzlich protektive Faktoren wie Kultur, Religion und relativ stabile soziale Situation durch institutionelle Unterbringung an, die jedoch für die vorliegende Stichprobe keine Rolle spielten.

Eine weitere sehr plausible Erklärung dafür, dass bei dieser (und anderen) Untersuchungen keine Unterschiede zwischen Folteropfern und nicht gefolterten Flüchtlingen gefunden worden waren, ist die an sich sehr problematische Kategorisierung in gefolterte versus nicht gefolterte Personen. Zum einen kommt es darauf an, welche Definition von Folter zugrunde gelegt wird. Auch dann ist oftmals eine Abgrenzung zu anderen Formen von Misshandlung aufgrund von fließenden Übergängen schwierig. Daneben führt die kategoriale Einteilung zu Informationsverlust bezüglich der subjektiven Bedeutung des Ereignisses, wie schon im vorangegangenen Abschnitt ausgeführt wurde. Ein Folterereignis kann unter Umständen ein weniger schwerwiegendes Trauma bedeuten, genauso wie ein traumatisches Ereignis, das nicht als Folter klassifiziert wurde, für das Opfer gravierender sein kann und dementsprechende (körperliche) Folgen haben kann.

5.1.4 Zusammenhang zwischen Offenlegen und körperliche Symptomatik

Verschiedene Untersuchungen hatten eine Assoziation von Vermeidung und Verdrängung mit vermehrt somatischen Beschwerden festgestellt und Personen, die mit anderen über ihrer traumatischen Erlebnisse gesprochen hatten, eine bessere körperliche Gesundheit attestiert (Harber & Pennebaker, 1992; Mehl & Pennebaker, 2002). Daher war in Hypothese 4 davon ausgegangen worden, dass Personen, die anderen Details über ihre traumatischen Erlebnisse berichtet hatten, weniger körperliche Symptome aufwiesen, als Personen, die dies nicht getan hatten. Die Ergebnisse widersprachen der Annahme dieser Hypothese. Ein Einfluss der Verbalisierung auf die körperliche Gesundheit konnte nicht nachgewiesen werden. Auch gab es keinen Interaktionseffekt zwischen dieser Variable und dem Geschlechts. Das Geschlecht an sich hatte jedoch (wie schon unter 5.1.3 erwähnt) einen signifikanten Effekt auf die körperliche Symptomatik innerhalb der Flüchtlingsgruppe.

Die nicht bestehenden Unterschiede mögen wiederum auf die methodisch problematische post-hoc Aufteilung in die beiden Gruppen bzw. die zur Kategorisierung verwendete Variable zurückzuführen sein. Letztere bestand aus der Frage, ob über Details des (schlimmsten) traumatischen Erlebnisses anderen berichtet worden war, und wenn ja, welchen Personen. Das Disclosure-Konzept kann durch diese einzelne Frage nur unzureichend erfasst werden. Es wurde nicht näher spezifiziert, was unter Details zu verstehen war. Parameter des Erzählens wie Genauigkeit, Dauer oder Emotionalität wurden nicht berücksichtigt, auch wurde zwischen Adressaten nicht unterschieden. Ein erheblicher Unterschied besteht beispielsweise zwischen dem Offenlegen vor Gericht und gegenüber einem Therapeuten. Theoretisch kann nur das Berichten über ein traumatisches Erlebnis, bei dem Erinnerungen aus dem nondeklarativen Gedächtnis aktiviert werden, und dadurch faktische Wissenssegmente aus dem deklarativen Gedächtnis bezüglich des traumatischen Erlebnisses mit emotionalen Inhalten verknüpft werden, Somatisierung reduzieren. Zu einem derartigen Verbalisieren kommt es vor Gericht vermutlich kaum, und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch gegenüber Partner bzw. Familie nur stark eingeschränkt. Weiterhin ist zu bedenken, dass die körperlichen Beschwerden der Flüchtlinge teilweise durch Verletzungen und Erkrankungen verursacht wurden. Für diese Beschwerden kann die Hypothese, dass Offenlegen der traumatischen Erfahrung mit verminderter körperlicher Symptomatik einhergeht, nicht angenommen werden.

Weitere Untersuchungen müssten das Konzept differenzierter zu erfassen versuchen, um Aussagen über einen Zusammenhang zu körperlicher Symptomatik machen zu können.

5.2 Probleme

5.2.1 Zusammensetzung der Stichprobe

<Motivation und Stichprobengewinnung>

Bei den untersuchten Probanden handelte es sich um Flüchtlinge, die mit der Motivation an der Untersuchung teilnahmen, ein psychologisches Fachgutachten zu erhalten, das für ihr Asylverfahren in Deutschland eingesetzt werden konnte und so für ihre Zukunft (mit)entscheidend war. Dieser motivationale Faktor übte möglicherweise einen bedeutsamen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen zu psychischen und körperlichen Symptomen in Richtung einer Aggravation der Beschwerden aus.

Auch erfolgte die Stichprobenauswahl nicht randomisiert. Die Flüchtlinge wurden über Hilfsorganisationen vermittelt, und suchten daher meist aktiv Hilfe. Eine Möglichkeit wäre, dass sie Hilfe suchten, weil sie im Vergleich zu anderen Flüchtlingen tatsächlich stärker psychisch oder körperlich belastet waren. Möglicherweise sind sie aber aus diesem Grund noch stärker motiviert, eventuelle körperliche Beschwerden zu übertreiben. Aufgrund dieser anfallenden Stichprobe und der besonderen motivationalen Umstände konnte eine Repräsentativität für die Gesamtpopulation der Flüchtlinge in Deutschland nicht gewährleistet werden.

<Kontrollgruppe>

Ein weiteres Problem stellte die Zusammensetzung der Kontrollgruppe dar, die sich in einigen entscheidenden Variablen systematisch von der Flüchtlingsstichprobe unterschied: Die Gruppe der Kontrollpersonen war deutlich geringer in der Anzahl. Die Kontrollpersonen entstammten zwar einem islamischen Kulturkreis, waren aber vorwiegend türkischer Herkunft, im Gegensatz zu den Flüchtlingen, von denen 77,6% Kurden waren; auch zwischen diesen beiden Gruppen bestehen eventuell kulturelle Unterschiede, die nicht berücksichtigt werden konnten. Die soziodemografischen Variablen Alter, Bildungsniveau und Geschlecht waren über Kontroll- und Flüchtlingsgruppe nicht gleichmäßig verteilt. Gerade diese stellen, wie die Forschung ergeben hat, Risikofaktoren für Somatisierung dar. Der Einfluss dieser potenziell störenden Variablen hätte durch ein besseres Matching umgangen werden können.

<Vergleich mit Stichproben anderer Untersuchungen>

Die Gegenüberstellung der Ergebnisse vorliegender Studie mit anderen Untersuchungen über traumatisierte Flüchtlingen oder Kriegsveteranen ist nur mit Vorsicht zu interpretieren, da sich die verschiedenen Studien zum Teil erheblich voneinander hinsichtlich Stichprobenauswahl, -zusammensetzung, Art und Schwere der traumatischen Erlebnisse, Untersuchungsinstrumente und soziokulturellem Kontext unterscheiden. Eine Untersuchung in einem nicht westlichen Kulturraum bedeutet einen völlig anderen Untersuchungskontext (z.B. Van Ommeren et al., 2002). Kulturelle Faktoren machen sich hier womöglich stärker bemerkbar als in einem westlichen Exilland. Dies kann beispielsweise zu einem Unterberichten von körperlichen Problemen in diesen Studien führen. Die meisten Untersuchungen mit Flüchtlingen in westlichen Exilländern rekrutierten diese über psychosoziale oder Rehabilitationszentren für Flüchtlinge und Folteropfer oder über Auffangzentren für Flüchtlinge (z.B. Van Willigen & Hondius, 1995). Auch hier ist die Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Studie eingeschränkt, wenn davon auszugehen ist, dass die Flüchtlinge nicht selbst aktiv Hilfe suchten und/oder andere motivationale Gründe für die Teilnahme hatten.

Um die Ergebnisse, insbesondere die Prävalenzen der einzelnen körperlichen Symptome mit denjenigen anderer Untersuchungen direkt vergleichen zu können und mit einiger Sicherheit auf höhere Werte schließen zu können, wären zumindest eine ähnliche Stichprobengewinnung und die gleichen Untersuchungsinstrumente erforderlich gewesen. Dies war aber aus praktischen Gesichtspunkten in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich.

5.2.2 Untersuchungssituation

Eine erfolgreiche Übersetzung der standardisierten Verfahren durch einen Dolmetscher bedeutet ein korrektes Verständnis der Fragen und Antworten durch Proband, Dolmetscher und Interviewer, sowie eine korrekte Weitergabe der Fragen und Antworten durch den Dolmetscher. Die hohe Komplexität dieses Prozesses der Sprachübermittlung, der gleichzeitig ein Prozess der Kulturmittlung mit transkulturellen Wechselwirkungen ist, bedeutet Einschränkungen der Reliabilität, Objektivität und Validität der Interviews. Dies trifft vor allem für so sensible und intime Themenbereiche zu, wie sie in Untersuchungen, in denen es um Traumatisierung durch organisierte Gewalt geht, erfragt werden.

Die teilweise fehlende oder mangelnde Schulung bzw. Therapieerfahrung des Übersetzers, die sich auf die Qualität der Daten möglicherweise negativ auswirkte, war ein weiterer Mangel dieser Untersuchung, könnte aber durch den Einsatz geschulter und erfahrener Dolmetscher ausgeglichen werden.

Die Untersuchungen wurden von verschiedenen Interviewern unter der Beteiligung unterschiedlicher Übersetzer durchgeführt. Einerseits verringerte diese mangelnde Standardisierung die Vergleichbarkeit der Daten untereinander, andererseits stellte diese Tatsache eine Stärke der Studie dar, da so systematische Einflüsse durch einen bestimmten Interviewer bzw. Übersetzer umgangen werden konnten.

Ein weiteres Problem der Untersuchungssituation, das die Validität und Reliabilität der Daten möglicherweise beeinträchtigte, war die Tatsache, dass die Untersuchung häufig eine große psychische Belastung für den Probanden darstellte. Dies war der Fall aufgrund der langen Untersuchungsdauer, der Behandlung der sehr persönlichen und sensiblen Themenbereiche, und aufgrund der hohen Valenz, die die Untersuchung wegen der erhofften Implikationen für das Asylverfahren für den Flüchtling hatte. Möglicherweise kam es dadurch zu stereotypen Antwortmustern (z.B. Ja-Sage Tendenz) oder Konzentrationsmängeln und ungenauen Antworten. Als Vorteil wirkte sich daher die relativ früh im Untersuchungstag erfolgte Befragung zu körperlichen Symptomen aus. Die über den HSCL ermittelten Daten waren von dieser Problematik eher betroffen.

5.2.3 Probleme bei der Untersuchung von Somatisierung und dem Zusammenhang zu traumatischen Erlebnissen

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die meisten in der Literatur berichteten Forschungsarbeiten über Flüchtlinge deren gesamte körperliche Symptomatik, und nicht nur rein somatoforme Symptome abfragten, und um die Beschwerden der Flüchtlinge mit denen der Kontrollgruppe, welche keine psychiatrischen körperlichen Symptome aufgrund von fehlender Psychopathologie aufwiesen, vergleichen zu können, wurden in der vorliegenden Untersuchung körperliche Symptome jeder Schwere und Ursache behandelt. Damit konnte die Problematik der Bestimmung eines Symptoms als ein definitiv oder wahrscheinlich psychiatrisches Symptom umgangen werden. Aufgrund der aufwendigen und komplexen Prüffrageprozedur war diese Entscheidung oftmals schwierig, in vielen Fällen mag es dabei zu sozial erwünschten Antworten gemäß der Erwartungen des Interviewers gekommen sein. Um mit einiger Sicherheit eine Aussage über die psychiatrische Natur eines körperlichen Symptoms zu machen, wäre auch eine zusätzliche medizinische Abklärung notwendig, die in einem solchen Rahmen natürlich kaum realisierbar gewesen wäre. Forschungsarbeiten über Flüchtlinge, die sich einer genauen Untersuchung unterschiedlicher rein psychiatrischer körperlicher Beschwerden widmen, stehen noch aus.

Die Dauer des Zeitraums zwischen Folter bzw. traumatischem Ereignis und Untersuchungszeitpunkt wurde in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt. Bei länger zurückliegender Folter wird von einer Genesung des Körpers ausgegangen (Paker, 1992). Möglicherweise spielte diese Variable eine Rolle dabei, dass keine Zusammenhänge zwischen Ereignisschwere, Folter bzw. Offenlegen traumatischer Erfahrung und körperlicher Symptomatik entdeckt werden konnten.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Tatsache, dass das Vorliegen physischer Krankheiten oder körperlicher Beschwerden vor der Verfolgung und Flucht nicht berücksichtigt wurde. Wenn auch diese Information auf Grund der Retrospektivität fraglich gewesen wäre, wäre sie dennoch notwendig, um die Entstehung somatischer Symptome mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf die Traumatisierung zurückführen zu können.

Vorliegende Untersuchung war eine Querschnittsstudie, die retrospektiv Daten über traumatische Erlebnisse aufnahm. Ursächliche Zusammenhänge zwischen Trauma und körperlichen Symptomen konnten daher nicht nachgewiesen werden. Um mit einiger Sicherheit eine Aussage über die Ursache somatoformer oder allgemein körperlicher Symptome machen zu können, wäre allerdings ein Längsschnittdesign notwendig, was aus ethischen Gründen mit menschlichen Probanden kaum realisierbar ist.

5.3 Ausblick

Aus den Kritikpunkten der vorliegenden Studie und aus dem theoretischen Abschnitt dieser Arbeit resultieren einige Anregungen zu weiterer Forschung. Teilweise wurden diese auch schon betreffend der einzelnen Fragestellungen oder Probleme aufgeführt.

5.3.1 Gezielte Somatisierung

Wie in Abschnitt 2.3 angesprochen wurde, gibt es spezifische somatische Folgen bestimmter Arten von Folter (z.B. Goldfeld et al., 1988). Beim Abfragen der körperlichen Symptome und deren möglichen Ursachen ergaben sich einige Erzählungen von Flüchtlingen, die diesen Zusammenhang zwischen traumatischer Situation und körperlichen Beschwerden thematisierten. So berichtete beispielsweise eine kurdische Frau von Schmerzen in den Fingern, die davon herrührten, dass die Soldaten bei der Hausdurchsuchung auf ihre Finger getreten waren. Eine

qualitative Studie könnte sich mit der Lokalisierung von Schmerzen im Verbindung mit den traumatischen Erlebnissen auseinandersetzen und so einen Beitrag zum Konzept der Somatisierung, und der Annahme, dass diese auch gezielt erfolgen kann (z.B. Fröhlich-Gildhoff, 1999) liefern. Auch würden dadurch gerade diese häufig vorkommenden spezifischen Folgen von Folter stärkere Publizität erfahren.

5.3.2 Implikation für Untersuchungssituation und -instrumente

Unter dem Aspekt, die Zeit der Untersuchung und die damit zusammenhängende Belastung für den Probanden zu verringern, wäre eine mögliche Lösung, diejenigen körperlichen Symptome, für die sich die geringsten Auftretenshäufigkeiten ergeben hatten, nicht mehr abzufragen.

Um die Problematik der Befragungssituation mit dem komplexen Prozess der Sprach- und Kulturmittlung zu umgehen, wäre wünschenswert, wenn mehr Instrumente existierten, die in die Sprache der Flüchtlinge übersetzt und im entsprechenden Kulturkreis validiert worden sind. Eine andere Lösung, die allerdings zu Lasten der Vergleichbarkeit der Daten gehen würde, wäre die sorgfältige Durchführung von unstrukturierten Interviews durch einen im transkulturellen Bereich erfahrenen Therapeuten. In Zusammenarbeit mit dem Dolmetscher/in könnte dieser flexibler auf kulturelle Unterschiede, und damit auch auf indigene Krankheitskonzepte eingehen, als es bei einem Fragebogen oder strukturierten Interview möglich ist. Reliabilität und Objektivität der Daten ließen sich dadurch unter Umständen verbessern.

5.3.3 Relevanz körperlicher Symptomatik

Da eine schlechte physische Gesundheit die Lebensqualität schwerwiegend beeinträchtigt, und speziell bei Opfern organisierter Gewalt körperliche Beschwerden eine permanente Erinnerung an das Trauma und die damit verbundene Hilflosigkeit bedeuten, muss dieser Thematik stärkere Aufmerksamkeit zu teil werden. Fragen zu körperlicher Gesundheit sollten bei allen Untersuchungen mit Flüchtlingen eingeschlossen werden. Wie es in der Praxis schon teilweise der Fall ist, sollten psychologische Behandlungskonzepte körperliche Aspekte integrieren. Eine stärkere Zusammenarbeit zwischen dem Gebiet der Medizin und Psychiatrie wäre wünschenswert. Das bis heute einflussreiche Konzept des Leib-Seele Dualismus müsste dazu überwunden werden.

6 Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1. Auftretenshäufigkeiten einzelner körperlicher Symptome nach verschiedenen Untersuchungen	18
Tabelle 2. Zusammensetzung der Stichprobe	31
Tabelle 3. Zusammensetzung der drei zu untersuchenden Gruppen hinsichtlich demografischer Variablen	36
Tabelle 4. Häufigkeiten und Prozent pro Anzahl körperlicher Symptome bei Flüchtlingen mit und ohne PTBS und bei Kontrollpersonen	37
Tabelle 5. Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests	38
Tabelle 6.1. Auftretenshäufigkeiten von Schmerzsymptomen	39
Tabelle 6.2. Auftretenshäufigkeiten von dissoziativen Symptomen	40
Tabelle 6.3. Auftretenshäufigkeiten von weiteren Symptomen der Somatisierungsstörung	41
Tabelle 7.1. Ergebnisse der exakten Tests für Schmerzsymptome	43
Tabelle 7.2. Ergebnisse der exakten Tests für dissoziative Symptome	44
Tabelle 7.3. Ergebnisse der exakten Tests für weitere Symptome der Somatisierungsstörung	44
Tabelle 8. Zusammenhänge zwischen den Summenscores der PTBS-, Wiedererlebens-, Vermeidungs- und Übererregungssymptome und der Anzahl Schmerzsymptome	45
Tabelle 9. Partielle Korrelationen zwischen der Summe PDS und der Anzahl Schmerzsymptome	45
Tabelle 10. Regressionsanalyse mit der Anzahl körperlicher Symptome als abhängiger Variable	46
Tabelle 11. Verteilung der demografischen Variablen bei Folteropfern und Flüchtlingen	48
Tabelle 12. Effekte für Flucht/Folter und Kontrollvariablen	48
Tabelle 13. Verteilung der demografischen Variablen nach Offenlegen/kein Offenlegen	49
Tabelle 14. Effekte für Offenlegen und Kontrollvariablen	49
Abbildung 1. Streudiagramm zur Beziehung von Alter und Anzahl körperlicher Symptome bei Flüchtlingen mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen	38
Abbildung 2. Auftretenshäufigkeiten der einzelnen körperlichen Symptome für Flüchtlinge mit und ohne PTBS und Kontrollpersonen	42
Abbildung 3. Zusammenhang zwischen Anzahl traumatischer Erlebnisse und Anzahl körperlicher Symptome	47

7 Literaturverzeichnis

- Améry, J. (1977). *Jenseits von Schuld und Sühne: Bewältigungsversuche eines Überwältigten*. München: Szczesny.
- Amnesty International. (2003). *Jahresbericht 2003*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Aycha, A.M. (2001). *Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern*. Bonn: Dt. Psychologen-Verlag.
- Andreski, P., Chilcoat, H. & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research*, 79, 131-138.
- Baker, R. (1992). Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In M. Basoglu (Hrsg.), *Torture and its consequences: current treatment approaches* (S. 83-106). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bojholm, S. (1997). Die Verbindung zwischen Folter und den Symptomen der Folterüberlebenden. In A. Kammerlander (Hrsg.), *Das Persönliche ist Politisch: Psychosozialen Zentren – Therapie mit Folterüberlebenden im Spannungsfeld zwischen menschlichem Einzelschicksal und Politik* (S. 73-84). Frankfurt: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bramsen, I. (1995). *The long-term psychological adjustment of World War II survivors in the Netherlands*. Delft, Niederlande: Eburon.
- Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (2003). <http://www.bafl.de> [2004, Januar].
- Burns, J.W. (2000). Repression predicts outcome following multidisciplinary treatment of chronic pain. *Health Psychology*, 19(1), 75-84.
- Centers for Disease Control. (1988). Health status of Vietnam Veterans: II. physical health. *JAMA*, 259(18), 2708-2714.
- Crescenzi, A., Ketzer, E., Van Ommeren, M., Phuntsok, K., Komproe, I. & de Jong, J.T.V.M. (2002). Effect of political imprisonment and trauma history on recent Tibetan refugees in India. *Journal of traumatic Stress*, 15(5), 369-375.

- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenleuth, E.H. & Cori, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self report symptom inventory. *Behavioral Sciences*, 19, 1-15.
- Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (1999). Mitteilungen und Ankündigungen: Wirkungen organisierter Gewalt. *Zeitschrift für politische Psychologie*, 7, 233-246.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (1994). *International Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien*. Bern: Hans Huber.
- Escobar, J.I., Rubio-Stipec, M., Canino, G. & Karno, M. (1989). Somatic Symptom Index (SSI): a new and abridged somatization construct: prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(3), 140-146.
- Everly, G.S. (1995). An integrative two-factor model of post-traumatic stress. In G.S. Everly (Hrsg.), *Psychotraumatologie: key papers and core concepts in post-traumatic stress* (S. 27-48). New York: Plenum Press.
- Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen. (2003). <http://www.unhcr.ch> [2004, Januar].
- Foa, E.B. (1995). *Posttraumatic stress diagnostic scale*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Friedman, M. J. & Schnurr, P.P. (1995). The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In M.J. Friedman, D.S. Charney & A.Y. Deutch, (Hrsg.), *Neurobiological and clinical consequences of stress* (S. 507-527). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Friedman, M.J. & Schnurr, P. (1996). Trauma, PTSD and health. *National Center für Post-traumatic Stress Disorder Clinical Quarterly* 6(4), 1-3.
- Fröhlich-Gildhoff, G. (1999). Psychosomatische Folgen von Traumatisierung und Behandlungsmöglichkeiten. In Medica Mondiale e.V., M.W. Fröse & I. Volpp-Teuscher (Hrsg.), *Krieg, Geschlecht und Traumatisierung: Erfahrungen und Reflexionen in der Arbeit mit traumatisierten Frauen in Kriegs- und Krisengebieten* (S. 77-86). Frankfurt: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.

- Goldfeld, A.E., Mollica, R.F., Pesavento, B.H. & Faraone, S.V. (1988). The physical and psychological sequelae of torture. *JAMA* 259, 2725-2729.
- Golding, J.M., Smith, R. & Kashner, T.M. (1991). Does somatization disorder occur in men? clinical characteristics of women and men with multiple unexplained somatic symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 48, 231-235.
- Graessner, S. (1996). Folter und Heilberufe. Folter – kein Abschiebehindernis. *Amnesty International Journal*, 9, 1-4.
- Graessner, S. (2002). *Die Spuren von Folter*. Berlin: Behandlungszentren für Folteropfer Schriftreihen.
- Haas, D. (1997). *Folter und Trauma: Therapieansätze für Betroffene*. Diplomarbeit, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg.
- Harber, K.D. & Pennebaker, J.W. (1992). Overcoming traumatic memories. In S-A. Christianson (Hrsg.), *The handbook of emotion and memory: research and therapy* (S. 359-387). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hauff, E. & Vaglum, P. (1994). Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees: a prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(2), 85-90.
- Heim, C., Ehler, U., Hanker, J. & Hellhammer, D.H. (1998). Abuse-related PTSD and alterations of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic Medicine*, 60, 309-318.
- Herman, J. (1998). *Trauma and recovery: the aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: BasicBooks
- Hollifield, M., Warner, T.D., Lian, N., Krakow, J., Jenkins, H., Kesler, L., Stevenson, E. & Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: critical review. *JAMA*, 288(5), 611-621.
- Holtz, T.H. (1998). Refugee trauma versus torture trauma: a retrospective controlled cohort study of Tibetan refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(1), 24-34.
- Hovens, J.E., Op den Velde, W., Falger, P.R.J., Schouten, E.G.W., DeGroen, J.H.M. & Van Duijn, H. (1992) Anxiety, depression and anger in Dutch resistance veterans from World War II. *Psychotherapy Psychosomatics* 57, 172-179.

- Jauch, C. (2001). *PTSD-Symptomatik bei Patienten mit einem Anus Praeter*. Diplomarbeit, Universität Konstanz, Konstanz.
- Kirmayer, L.J., Robbins, J.M., Dworkind, M. & Yaffe, M. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 734-741.
- Kirmayer, L.J., Robbins, J.M. & Paris, J. (1994). Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 125-136.
- Kleijn, W.C., Hovens, J.E. & Rodenburg, J.J. (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees: assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist-25 in different languages. *Psychological Reports*, 88, 527-532.
- Kulka, R.A., Schlener, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R. & Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation*. New York: Brunner/Mazel.
- Lunde, I. & Ortmann, J. (1992). Sexual torture and the treatment of its consequences. In M. Basoglu (Hrsg.), *Torture and its consequences: current treatment approaches* (S. 310-329). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- McEwen, B.S. (2002). *The end of stress as we know it*. Washington, D.C.: Joseph Henry Press.
- McFarlane, A.C. & Girolamo, G. de (1996). The Nature of Traumatic Stressors and the Epidemiology of Posttraumatic Reactions. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (S. 129-154). New York, London: The Guilford Press.
- Mehl, M.R. & Pennebaker, J.W. (2000). Vom Wert des Schreibens und Redens über traumatische Erfahrungen: Ein narrativer Weg zu körperlicher und seelischer Gesundheit. In G. Perren-Klingler (Hrsg.), *Debriefing – erste Hilfe durch das Wort: Hintergründe und Praxisbeispiele* (S. 25-40). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Miller, T.W. (1992). Long-term effects of torture in former prisoners of war. In M. Basoglu (Hrsg.), *Torture and its consequences: current treatment approaches* (S. 107-150). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mollica, R.F., Caspi-Yavin Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S. & Laufveller, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measurement

- torture, trauma and posttraumatic stress disorder in indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 111-116.
- Mollica, R.F., Donelan, K., Svang, T., Lavelle, J., Elias, C., Frankel, M. & Blendon, R.J. (1993). The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *JAMA* 270(5), 581-586.
- Mollica, R.F., McInnes, K., Poole, C. & Tor, S. (1998). Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry*, 173, 482-488.
- Mollica, R.F., Poole, C. & Tor, S. (1998). Symptoms, functioning, and health problems in a massively traumatized population: the legacy of the cambodian tragedy. In B.P. Dohrenwend (Hrsg.), *Adversity, stress and psychopathology* (S. 34-51). New York: Oxford University Press.
- Moore, L.J. & Boehnlein, J.K. (1991). Posttraumatic stress disorder, depression, and somatic symptoms in U.S. Mien patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(12), 728-733.
- Nader, K.O. & Fairbanks, L.A. (1994). The suppression of reexperiencing: impulse control and somatic symptoms in children following traumatic exposure. *Anxiety, Stress and Coping*, 7, 229-239.
- Nice, D.S., Garland, C.F., Hilton, S.M., Baggett, J.C. & Mitchell, R.E. (1996). Long-term health outcomes and medical effects of torture among US navy prisoners of war in Vietnam. *JAMA*, 276(5), 375-381.
- Ollech, A. (1999). Folter und Mißhandlungsoffer – Fürsorge und Nachsorge. In K.E. Buchmann (Hrsg.), *Trauma – Opfer oder Helden?* (S. 59-67). Villingen-Schwenningen: Hochschule für Polizei.
- Paker, M., Paker, Ö. & Yüksel, S. (1992). Psychological effects of torture: an empirical study of tortured and non-tortured non-political prisoners. In M. Basoglu (Hrsg.), *Torture and its consequences: current treatment approaches* (S. 72-82). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Pennebaker, J.W., Hughes, C.F. & O'Heeron, R.C. (1987). The psychophysiology of confession: linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 781-793.

- Priebe, S. & Esmaili, S. (1997). Long-term Mental Sequelae of Torture in Iran – Who Seeks Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 74-77.
- Ramsay, R., Gorst-Unsworth, C. & Turner, S. (1993). Psychiatric Morbidity in Survivors of Organised State Violence Including Torture. *British Journal of Psychiatry*, 162, 55-59.
- Rief W., Hessel, A., Braehler E. (2001). Somatic Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. *Psychosomatic Medicine*, 63, 595-602.
- Rief, W. & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Saporta, J.A. & Van der Kolk, B.A. (1992). Psychobiological consequences of severe trauma. In M. Basoglu (Hrsg.), *Torture and its consequences: current treatment approaches* (S. 151-181). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Schirasi, A. (2003). <http://www.alischirasi.de/as030623.htm> [2004, Januar; mit Einverständnis].
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Shalev, A.Y. (1996). Stress versus traumatic stress: from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (S. 77-101). New York, London: The Guilford Press.
- Shrestha, N.M., Sharma, B., Van Ommeren, M., Regmi, S., Makaju, R., Komproe, I., Shrestha G.B. & de Jong, J.T.V.M. (1998). Impact of torture on refugees displaced within the developing world. *JAMA*, 280(5), 443-448.
- Skyly, G. (1992). The physical sequelae of torture. In M. Basoglu (Hrsg.), *Torture and its consequences: current treatment approaches* (S. 38-55). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Solomon, Z. (1993). *Combat stress reaction: the enduring toll of war*. New York, London: Plenum Press.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Habershaim, N. (1990). Life-events, coping strategies, social resources, and somatic complaints among combat stress reaction casualties. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 137-148.
- Somasundaram, D.J. & Sivayokan, S. (1994). War trauma in a civilian population. *British Journal of Psychiatry*, 165(4), 524-527.

- Somnier, F.E. & Genefke, I.K. (1986). Psychotherapy for victims of torture. *British Journal of Psychiatry*, 149, 323-329.
- Somnier, F., Vesti, P., Kastrup, M. & Kemp-Genefke, I. (1992). Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence. In M. Basoglu (Hrsg.), *Torture and its consequences: current treatment approaches* (S. 56-71). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Stretch, R.H. (1986). Post-traumatic stress disorder among Vietnam-era veterans. In C.R. Figley (Hrsg.), *Trauma and its wake, vol. II: Traumatic stress theory, research and intervention*. New York: Brunner/Mazel.
- Summerfield, D. & Toser, L. (1990). Nicaragua: The psychological impact of „low intensity“ warfare. *The Lancet*, 336, 678-679.
- Turner, S.W. & McIvor, R. (1997). Torture. In: D. Black (Hrsg.), *Psychological trauma, a developmental approach* (S. 205-215). London: Gaskell.
- Van der Kolk, B.A. (1999). The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. In M.J. Horowitz (Hrsg.), *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (S.301-326). New York, London: New York University Press.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York, London: The Guilford Press.
- Van Ommeren, M., de Jong, J.T.V.M., Sharma, B., Komproe, I., Thapa, S.B. & Cardena, E. (2001). Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Archives of General Psychiatry*, 58, 475-482.
- Van Ommeren, M., Sharma, B., Sharma, G.K., Komproe, I., Cardena, E. & de Jong, J.T.V.M. (2002). The relationship between somatic and posttraumatic stress disorder symptoms among Bhutanese refugee torture survivors: examination of comorbidity with anxiety and depression. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 415-421.
- Van Willigen, L. & Hondius, A. (1995). Gesundheitsprobleme von Flüchtlingen in der Primärversorgung. Die Verhütung von Spätfolgen organisierter Gewalt, deren Behandlung und Anpassung an eine neue Kultur. In G. Perren-Klingler (Hrsg.), *Trauma. Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe* (S. 95-119). Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.

- Westermeyer, J., Neider, J. & Callies, A. (1989). Psychosocial adjustment of Hmong Refugees during their first decade in the United States. A longitudinal study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(3), 132-139.
- Westhoff, G. (1993). *Handbuch psychosozialer Meßinstrumente*. Göttingen: Hogrefe.
- Williams, R.B. (1995). Somatic Consequences of Stress. In: M.J. Friedman, D.S. Charney, & A.Y. Deutch (Hrsg.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to PTSD* (S. 403-412). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Wolfe, J., Schnurr, P.P., Brown, P.J. & Furey, J. (1994). Posttraumatic stress disorder and war-zone exposure as correlates of perceived health in female Vietnam War Veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1235-1240.
- World Health Organisation. (1997). *ICD-10, Chapter V. Mental and Behavioural Disorders: a) Diagnostic Guidelines, b) Diagnostic Criteria for Research*. Genf: World Health Organisation.
- Zatzick, D.F., Marmar, C.R., Weiss, D.S., Browner, W.S., Metzler, T.J., Golding, J.M., Stewart, A., Schlenger, W.E., Wells, K.B. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam Veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1690-1695.

8 Anhang

ANHANG 1: Soziodemografischer Fragebogen

ANHANG 2: Composite International Diagnostic Interview Sektion C (CIDI-C)

ANHANG 3: Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)

ANHANG 4: Hopkins Symptom Checklist (HSCL)

ANHANG 5: Modifizierte Version des Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)

ANHANG 1

Soziodemografischer Fragebogen

Patient ID: _____

Interview zur Erfassung soziodemographischer Daten bei Flüchtlingen

Datum des Interviews: _____

Name _____

VPN Code _____

Adresse/ Erreichbarkeit Flüchtling

Dolmetscher: Name & Adresse/Telefon

Telefonnummer

- [1] Flüchtlingswohnheim
- [2] Untermiete
- [3] eigene Wohnung
- [4] eigenes Haus

Alter/ Geb. Datum _____

Geschlecht [] männlich [] weiblich

Händigkeit (Händigkeitsfragebogen machen)

Immigrationsstatus

- [1] Asylbewerber
- [2] Flüchtling aus Kriegsgebiet
- [3] Flüchtling mit dauerhafter Aufenthaltsbewilligung
- [4] De-facto Flüchtling (darf nicht abgeschoben werden)
- [5] Touristenvisum
- [6] Deutscher
- [7] illegal
- [8] Duldung/ Abschiebung

Anzahl von Monaten in Exilländern

(seit Flucht/ seit Überschreitung internationaler Grenze): _____

Patient ID: _____

Deutsche Sprachkenntnisse

- Flüssig sprechen, lesen und schreiben
 Sprechen, lesen und schreiben mit Schwierigkeiten
 Sprechen mit Schwierigkeiten, kaum lesen und schreiben
 Keine Deutschkenntnisse

Herkunftsland _____**Ethnizität**

- 1 kurdisch
 2 algerisch
 3 indisch
 4 albanisch
 5 ehem. UdSSR
 6 andere

Höchster Bildungsabschluß _____**Anzahl der Jahre an formaler Bildung** _____**Beruf im Herkunftsland** _____**Beruf im Exil** _____

Ehestatus ledig geschieden verwitwet
 verheiratet unverheiratet aber fester Partner/ Partnerin

von Partner/ Partnerin freiwillig oder erzwungenermaßen getrennt lebend

Anzahl der Kinder _____

von den Kindern freiwillig oder erzwungenermaßen getrennt lebend

Grund für Verfolgung/Folter

- Mitglied in einer Organisation/ Partei
 Familienbeziehung mit anderem Verfolgten
 Nicht akzeptierte Ansichten
 Ethnizität
 Prominente Person
 Sprachliche Minderheit

Haft/Foltergeschichte

Tage in Haft _____

Anzahl an Verhaftungen _____

Alter bei erster Folterung _____

Anzahl der vermißten/ ermordeten Familienmitglieder _____

Anzahl der verhafteten/ gefolterten Familienmitglieder _____

Patient ID: _____

Klinisches Interview

Medikamente (jemals/früher):

Medikamente zum Zeitpunkt der Untersuchung:

Psychiatrische Erkrankung vor der Verfolgung:

Psych. Erkrankungen Familie:

Sonstige psychiatrische Erkrankung/Kindheit:

jemals stationäre Aufnahme (KH/Psych wg Suizid., Depress. o.a.)?
weswegen?

Chronische körperliche Erkrankung/ Verletzung vor der Verfolgung:

[] Alkoholkonsum/ Tag _____

[] Drogenkonsum/Tag _____

[] Zigarettenkonsum/ Tag _____

Previous disclosure (Details der Folter jmd erzählt? Mehrfachnennung mögl.):

- 1 Gericht/Justiz
- 2 Partner/Familie
- 3 Freunde
- 4 peer victims
- 5 Therapeut
- 6 andere
- 7 nein

Von Patient frei vorgebrachte

Körperliche Probleme:	Psychische Probleme:

ANHANG 2**Composite International Diagnostic Interview Sektion C (CIDI-C)****Interview zu körperlichen Symptomen bei traumatisierten Flüchtlingen**

Beobachtungszeitraum 1 Monat

1=Nein

2=Keine klinische Bedeutung

3=Nur unter Medikation oder Drogen/Alkohol

4=Körperliche Erkrankung oder Verletzung

5=Wahrscheinliches oder definitives psychiatrisches Symptom

C1	Bauchschmerzen	
C2	Rückenschmerzen	
C3	Gelenkschmerzen	
C4	Schmerzen in den Armen oder Beinen	
C5	Schmerzen am Brustkorb	
C6	Kopfschmerzen	
C7	Schmerzen bei Menstruation	
C8	Schmerzen beim Urinieren	
C9	Unfähigkeit zu Urinieren für mehr als 24h	
C10	Schmerzen im Intimbereich	
C11	Schmerzen an anderen Körperstellen:	
C15	Übergeben	
C17	Übelkeit	
C18	Durchfall	
C19	Exzessive Blähungen	
C21	Blindheit in einem oder beiden Augen für wenige Sekunden	
C22	Sicht ist unscharf	
C23	Taubheit auf beiden Ohren	
C24	Gleichgewichtsstörung	
C25	Taubheit in einem Arm oder Bein	
C26	Völlige Bewegungsunfähigkeit eines od. mehrerer Körperteile	
C27	Verlust der Stimme für mehr als 30 min., maximal noch flüstern möglich	
C28	Anfall mit Zuckungen	
C29	Ohnmachtsanfälle ohne Bewusstlosigkeit	
C30	Bewusstlosigkeit	
C31	Amnesie	
C34	Doppelbilder	
C35	Kurzatmigkeit	
C36	Schwäche, konnte Gegenstände nicht mehr heben	
C39	Exzessives Urinieren	
C40	Kribbelndes Empfinden oder Taubheit	
C42-43	Unregelmäßige Menstruation/exzessive Blutungen	
C45-50	Sexuelle Funktionsstörungen	

ANHANG 3

Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)

Patient ID: _____

PDS deutsch (Foa, 1995, deutsche Übersetzung von Ehlers, Steil und Winter)

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge.

Jedes event bitte mit Jahreszahl/Alter der Person und kurzer Beschreibung!

	JA	NEIN	
1			Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)
2			Naturkatastrophe (z. B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)
3			(witnessing) Gewalttätiger Angriff auf jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z. B. körperlicher angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit Schußwaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)
4			(experiencing) Gewalttätiger Angriff (durch fremde Person) (z. B. körperlicher angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)
5			Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z. B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)
6			Sexueller Angriff durch fremde Person (z. B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung) - außerhalb Folter/Gefängnis!
7			Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet
8			Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens fünf Jahre älter war (z. B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten)
9			Gefangenschaft (z. B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel) – außerhalb Folter/Gefängnis!
10			Folter
11			Lebensbedrohliche Krankheit
12			Anderes traumatisches Ereignis Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis:

Patient ID: _____

Wenn Sie mehrmals JA gesagt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet:

Nr. _____

Wenn Sie keines der oben genannten Erlebnisse hatten, so geben Sie bitte kurz an, was im Augenblick das belastendste Erlebnis ist, an das Sie sich erinnern können:

(Vom Interviewer auszufüllen)

Wie alt war der Patient, als sie/er das erste traumatische Event erlebte?

Was war das erste traumatische Erlebnis im Leben?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen FÜR IHR SCHLIMMSTES ERLEBNIS:
Bitte geben Sie bezüglich des von Ihnen beschriebenen belastenden Ereignisses an:

JA NEIN Wurden Sie körperlich verletzt?

**Körperliche Verletzungen (Blut, Prellung, etc.) oder Narben,
Behinderungen (z.B. Beine, Ohren, Gelenke) resultierend aus
Folter/Misshandlung/Event:**

JA NEIN Wurde jemand anders körperlich verletzt?

JA NEIN Dachten Sie, daß ihr Leben in Gefahr war?

JA NEIN Dachten Sie, daß das Leben einer anderen Person in Gefahr war?

JA NEIN Fühlten Sie sich hilflos?

JA NEIN Hatten Sie Angst oder waren Sie voller Entsetzen?

Patient ID: _____

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach traumatischen Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (0-3) aus, die am besten beschreibt wie häufig Sie IM LETZTEN MONAT (d.h. in den letzten vier Wochen einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten Sie dabei auf Ihr schlimmstes Erlebnis beziehen.

		Überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat	Einmal oder seltener pro Woche/manchmal	2 bis 4 mal pro Woche/die Hälfte der Zeit	5 mal oder öfter pro Woche/fast immer
1	Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?	[0]	[1]	[2]	[3]
2	Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume über das Erlebnis?	[0]	[1]	[2]	[3]
3	War es, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben, oder handelten oder fühlten Sie so, als würde es wieder passieren?	[0]	[1]	[2]	[3]
4	Belastete es Sie, wenn Sie an das Ereignis erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. ängstlich, ärgerlich, traurig, schuldig usw.)?	[0]	[1]	[2]	[3]
5	Hatten Sie körperliche Reaktionen (z.B. Schweißausbruch oder Herzklopfen), wenn Sie an das Ereignis erinnert wurden?	[0]	[1]	[2]	[3]
6	Haben Sie sich bemüht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?	[0]	[1]	[2]	[3]
7	Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?	[0]	[1]	[2]	[3]
8	Konnten/können Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Erlebnisses nicht erinnern?	[0]	[1]	[2]	[3]
9	Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis für Sie wichtig waren, oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen?	[0]	[1]	[2]	[3]
10	Fühlten Sie sich Menschen Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?	[0]	[1]	[2]	[3]
11	Fühlten sie sich abgestumpft oder taub (z.B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)?	[0]	[1]	[2]	[3]
12	Hatten Sie das Gefühl, daß sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. daß Sie im Beruf keinen Erfolg haben, nie heiraten, keine Kinder haben oder kein langes Leben haben werden)?	[0]	[1]	[2]	[3]
13	Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	[0]	[1]	[2]	[3]
14	Waren Sie reizbar oder hatten Sie Wutausbrüche?	[0]	[1]	[2]	[3]
15	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z. B. während eines Gespräches in Gedanken abschweifen; beim Ansehen einer Fernsehsendung den Faden verlieren; vergessen, was Sie gerade gelesen haben)?	[0]	[1]	[2]	[3]
16	Waren Sie übermäßig wachsam (z. B. nachprüfen, wer in Ihrer Nähe ist; sich unwohl fühlen, wenn Sie mit dem Rücken zur Tür sitzen; usw.)?	[0]	[1]	[2]	[3]
17	Waren Sie nervös oder schreckhaft (z. B. wenn jemand hinter Ihnen geht)?	[0]	[1]	[2]	[3]

Wie lange erleben Sie die oben angeführten Probleme schon?

[1] Weniger als 1 Monat

[2] 1 - 2 Monate

[3] 3 oder mehr Monate

Wie viel Zeit nach dem Ereignis begannen diese Probleme?

[1] Weniger als 6 Monate nach dem Ereignis

[2] 6 oder mehr Monate nach dem Ereignis

Patient ID: _____

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, inwieweit die Probleme, die Sie eben angegeben haben, Ihnen in verschiedenen Lebensbereichen *während des letzten Monats* Schwierigkeiten gemacht haben. Haben diese Probleme ernsthafte Schwierigkeiten bewirkt bei ...

- | | | | | |
|---|---|-----------------------------|-------------------------------|---|
| 1 | Arbeit | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> habe keine Arbeit |
| 2 | Hausarbeit und Haushaltspflichten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| 3 | Beziehungen zu Freunden | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| 4 | Unterhaltung und Freizeitaktivitäten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| 5 | Schule/Ausbildung/Studium | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> mache keine Ausbildung |
| 6 | Beziehung zu Familienmitgliedern | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> lebe von Familie getrennt
oder habe keine Familie |
| 7 | Erotik | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| 8 | Allgemeine Lebenszufriedenheit | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| 9 | Allgemeine Leistungsfähigkeit in all
Ihren Lebensbereichen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |

ANHANG 4

Hopkins Symptom Checklist (HSCL)

Patient ID: _____

Hopkins Symptom Checklist 25

Instruktion:

Unten sind einige Symptome oder Probleme aufgelistet, die Leute manchmal haben. Bitte lesen Sie jedes einzelne sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, wie sehr Sie die Symptome in der letzten Woche, einschließlich heute, geplagt oder belastet haben. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

Teil 1 –	Überhaupt Nicht	Ein wenig	Ziemlich	Extrem
1. Plötzlich grundlos erschrecken				
2. Sich furchtsam fühlen				
3. Mattigkeit, Schwindel oder Schwäche				
4. Nervosität oder innere Unruhe				
5. Herzklopfen oder Herzrasen				
6. Zittern				
7. Sich angespannt oder aufgedreht fühlen				
8. Kopfschmerzen				
9. Anfälle von Schrecken oder Panik				
10. Sich ruhelos fühlen, nicht still sitzen können				
Teil 2 –				
11. Sich energielos, verlangsamt fühlen				
12. Sich die Schuld für etwas geben				
13. Leicht weinen				
14. Verlust an sexuellem Interesse oder Lust				
15. Appetitlosigkeit				
16. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten				
17. Hoffnungslosigkeit für die Zukunft				
18. Sich schwermütig fühlen				
19. Sich einsam fühlen				
20. Gedanken, Ihr Leben zu beenden * s.u.				
21. Sich gefangen oder in der Falle fühlen				
22. Sich zu viele Sorgen machen				
23. Sich interesselos fühlen				
24. Gefühl, dass alles eine Anstrengung ist				
25. Gefühl der Wertlosigkeit				

ANHANG 5

Modifizierte Version des Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)

Patient ID: _____

Traumatische Erlebnisse von Opfern organisierter Gewalt - (Rev1)

0	Sind sie aus politischen/religiösen/kulturellen Gründen verhaftet worden?
	In welchem Stadt / in welchem Ort war das Gefängnis? In welchem Jahr war die Verhaftung?
1	Sind sie von offiziellen Personen beleidigt worden?
	Schläge / Treten Verletzungen: Narben / SHT: a) Kopf b) Körper c) Fußsohlen d) Genitalbereich
	Kam es zu einer Kopfverletzung? [0] nie [1] Schläge auf Kopf / Geicht ohne sichtbare Narben [2] Verdacht auf Kopfverletzung (Narben) oder SHT (Bewusstlosigkeit) Bewusstlosigkeit nach Kopfverletzung, wie lange (max. Wert) ____ min
3	Hat man ihnen die Augen verbunden?
4	Sind sie immer wieder abwechselnd sehr grob und dann wieder sehr mild behandelt worden?
5	Hat man sie dazu gezwungen, für längere Zeit in einer auf Dauer schmerzhaften Position zu stehen?
6	Hat man ihnen (weitere) Folter angedroht?
7	Wurden Sie an der Pflege ihrer persönlichen Hygiene, wie täglich Waschen, gehindert?
8	Hat man Sie an den Haaren / Kotletten gezogen?
9	Haben Sie Elektroschocks erhalten? Wo am Körper?
10	Mussten sie mit ansehen, wie andere gefoltert wurden? (Familienmitglieder, Bekannte oder Fremde?)
	Konnten sie hören, wie andere gefoltert wurden (Schreie etc.)? (Familienmitglieder, Bekannte oder Fremde?)
52	Wurden Sie gezwungen andere Mitinhaftierte zu misshandeln / zu foltern?
11	Hat man ihnen angedroht, sie umzubringen?
12	Mussten sie sich nackt ausziehen?
13	Hat man ihnen untersagt, auf die Toilette zu gehen, wenn sie mussten? (Strenges Kriterium: Hat man Sie solange daran gehindert, dass sie in der Zelle urinieren mussten?)
14	Wurden sie über mehrere Tage von anderen Menschen und anderen Häftlingen isoliert?
15	Hat man sie regelmässig am Schlafen gehindert? Durch was?
16	Waren sie in einer Zelle untergebracht, die so klein oder voll war, dass sie sich nicht bewegen konnten?
18	Hat man ihnen ärztliche Hilfe verwehrt, als sie sie nötig hatten?
19	Hat man sie extremer Hitze oder Kälte ausgesetzt?
20	Hat man ihnen angedroht, sie zu vergewaltigen?
22	Hat man ihnen angedroht, ihrer Familie etwas anzutun?
24	Haben sie über mehrere Tage zuwenig zu Essen bekommen (in Haft oder im Versteck), so dass sie hungern mussten?
25	Hat man sie an einem Seil oder einer Kette aufgehängt (z.B. an den Handgelenken)?

26	Haben sie über längere Zeit zu wenig Trinkwasser bekommen?
27	Wurden sie mit einem kalten. Wasserstrahl abgespritzt oder mussten sie kalt duschen, bis sie Schmerzen hatten?
28	Scheinhinrichtung: Hat man so getan, als ob man sie sofort umbringen würde?
29	Hat man gegen ihren Willen ihre Geschlechtsteile angefasst?
30	Sind sie gewürgt oder am Atmen gehindert worden?
31	Sind sie in Wasser oder eine andere Flüssigkeit untergetaucht worden?
34	Wurden sie über mehrere Stunden gefesselt?
35	Hat man sie gegen ihren Willen zum Geschlechtsverkehr gezwungen oder Gegenstände in ihren After oder ihr Geschlecht eingeführt? (Eine Person oder mehrere Personen?)
36	Hat man ihre Arme, Beine oder ihren Rumpf gewaltsam gedehnt oder überstreckt?
37	Hat man ihre Genitalien (Hoden, Penis, Brustwarzen, etc.) verdreht oder gequetscht?
39	Waren sie in unmittelbarer Nähe von bewaffneten Kampfhandlungen oder Bombardierungen?
40	Mussten Sie sich vor Heckenschützen verstecken?
43	Waren sie über mehrere Tag in ihrem Haus eingeschlossen oder mussten sie sich da verstecken?
44A	Mussten sie mit ansehen, wie andere Menschen sexuell misshandelt wurden?
44D	Haben sie beobachtet, wie ein Mitglied ihrer Familie verletzt oder getötet wurde?
53	Haben Sie beobachtet, wie eine andere Person verletzt oder getötet wurde?
50	Haben sie Verstümmelungen oder Leichen gesehen?
51	Haben sie beobachtet wie eine ihnen nahe stehende Person entführt oder verhaftet wurde?
54	Haben Sie gewaltsame Hausdurchsuchungen oder ähnliches miterlebt?
55	Haben Sie kollektive Bestrafungen miterlebt (Zeuge oder Opfer)?
38	Anderes

Verhaltensbeobachtungen während des Berichts der traumatischen Lebensereignisse (Weinen, körperliche Reaktionen etc.)