

Die Wirksamkeit der Narrativen Expositionstherapie für traumatisierte Asylbewerber

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

vorgelegt von

Silke Gotthardt
Sonnenbühlstraße 12
78464 Konstanz

Erstgutachter: Professor Dr. Thomas Elbert
Zweitgutachterin: Professorin Dr. Brigitte Rockstroh

Konstanz, im Dezember 2003

DANKE

Ich möchte mich bei all denen bedanken, durch deren tatkräftige Unterstützung diese Diplomarbeit erst entstehen konnte.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Thomas Elbert dafür, dass er mir dieses spannende Thema zur Verfügung gestellt hat! Ihm und Frau Prof. Dr. Brigitte Rockstroh möchte ich auch für die Bereitschaft zur Übernahme der Begutachtung dieser Arbeit danken.

Dem ganzen Team der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* gilt mein besonderer Dank! Nur durch ihre engagierte Arbeit konnte diese Studie erst ermöglicht werden.

Auch bei den Patienten möchte ich mich für ihre Teilnahme an dieser Studie und das entgegengebrachte Vertrauen in unser Team bedanken.

Herr Dr. Frank Neuner hat insbesondere die Entstehung dieses Schriftstücks betreut. Für Deine unermüdliche Unterstützung, Anregungen und Ideen möchte ich mich ganz herzlich bei Dir bedanken!

Darüber hinaus wäre all dieses nicht möglich gewesen ohne ein paar ganz besondere Menschen, welche mich auf dem Weg zum Abschluss dieses Studiums begleitet haben. Danke an meine Eltern! Ihr habt mir das Studium ermöglicht und mich dabei vor allem emotional unterstützt! Einen herzlichen Dank an meine Freunde! Ihr habt mich durch sämtliche Lebenslagen begleitet und die letzten Jahre unvergesslich gemacht.

Silke Gotthardt
Konstanz, im Dezember 2003

INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
<u>1. Einleitung</u>	1
<u>2. Theoretischer Hintergrund</u>	3
<u>2.1 Organisierte Gewalt</u>	3
<u>2.2 Phänomen Flüchtling/Asylbewerber</u>	4
2.2.1 Definition Flüchtling/Asylbewerber.....	4
2.2.2 Fakten und Zahlen zu Flüchtlingen und Asylbewerbern.....	5
<u>2.3 Psychische Folgen organisierter Gewalt</u>	6
2.3.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	7
2.3.2 Komorbide Störungen.....	8
<u>2.4 Epidemiologische Untersuchungen zur Erfassung von PTBS und anderen bzw. komorbiden Störungsbildern</u>	9
2.4.1 Epidemiologische Untersuchungen zur PTBS in der Allgemeinbevölkerung	9
2.4.2 Epidemiologische Untersuchungen komorbider Störungen zur PTBS in der Allgemeinbevölkerung.....	10
2.4.3 Prävalenzstudien zur PTBS bei Opfern staatlicher Gewalt.....	11
2.4.4 Prävalenzstudien zu komorbiden Störungen bei PTBS sowie gehäuft auftretenden weiteren psychischen Störungen bei Opfern staatlicher Gewalt.....	12
2.4.5 Prädiktoren (Ätiologie) und Protektoren der PTBS.....	13
<u>2.5 Kulturelle Aspekte zum PTBS-Konzept</u>	16
2.5.1 Die Frage der Berechtigung des PTBS-Konzepts für verschiedene Kulturen	16
2.5.2 Das PTBS-Konzept im Zusammenhang mit politischen und sozialen Aspekten.....	16

2.5.3 Das PTBS-Konzept als möglicher kulturübergreifender Ansatz zum Verständnis von Reaktionen auf traumatische Erfahrungen.....	18
2.5.4 Bedürfnisse von im Exil lebenden traumatisierten Flüchtlingen.....	19
<u>2.6 Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung.....</u>	21
2.6.1 Debriefing.....	21
2.6.2 Psychodynamische Therapie.....	22
2.6.3 Hypnotherapie.....	22
2.6.4 Pharmakologische Behandlung.....	22
2.6.5 Stützende Therapie.....	24
2.6.6 Kognitiv-Behaviorale Therapien.....	24
2.6.6.1 <i>Angst-Management-Training</i>	24
2.6.6.2 <i>Kognitive Therapien/Kognitive Restrukturierung</i>	25
2.6.6.3 <i>Expositionsverfahren</i>	26
2.6.6.3.1 Systematische Desensibilisierung.....	27
2.6.6.3.2 Prolonged Exposure (PE).....	27
2.6.6.3.3 Eye Movement Desensitization (EMDR).....	27
2.6.7 Kombinierte Verfahren.....	28
2.6.8 Narrative Expositionstherapie (NET).....	29
2.6.9 Therapie bei Flüchtlingen im Exil.....	32
<u>3. Fragestellungen</u>	34
<u>4. Methoden</u>	35
<u>4.1 Setting</u>	35
<u>4.2 Stichprobe</u>	35
<u>4.3 Instrumente</u>	40
4.3.1 Soziodemographische Daten.....	41
4.3.2 Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS).....	41
4.3.3 Hopkins Symptom Checklist – 25 (HSCL-25).....	42

<u>4.4 Prozedere</u>	43
<u>4.5 Therapie</u>	44
<u>4.6 Datenanalyse</u>	45
<u>5. Resultate</u>	46
<u>5.1 Veränderung der Symptomscores</u>	46
5.1.1 PDS – Posttraumatische Symptomatik.....	46
5.1.1.1 PDS Gesamtwert.....	46
5.1.1.2 Wiedererleben.....	47
5.1.1.3 Vermeidung.....	48
5.1.1.4 Übererregung.....	48
5.1.1.5 Klinische Signifikanz.....	48
5.1.2 HSCL – Ängstlichkeit und Depressivität.....	49
5.1.3 CIDI C – Somatisierung.....	49
5.1.4 Medikamentöse Behandlung.....	49
<u>5.2 Symptomentwicklung bei Abschiebung eines Flüchtlings</u>	51
<u>6. Diskussion</u>	53
<u>6.1 Teilnahme</u>	53
<u>6.2 Posttraumatische Symptomatik</u>	55
6.2.1 PDS Gesamtwert.....	55
6.2.2 PDS Symptomuntergruppen.....	64
6.2.2.1 Wiedererleben.....	64
6.2.2.2 Vermeidung.....	65
6.2.2.3 Übererregung.....	66
<u>6.3 Angst- und depressive Symptomatik (HSCL-25)</u>	66
<u>6.4 Somatisierung (CIDI C)</u>	70
<u>6.5 Methodenkritik und Ausblick auf zukünftige Forschung</u>	72

7. Zusammenfassung	77
8. Literaturverzeichnis	78
9. Anhang	87

1. EINLEITUNG

In der vorliegenden Diplomarbeit wird eine Studie zur Evaluation der Narrativen Expositionstherapie (NET; Neuner et al., 2002) vorgestellt, welche an der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* der Universität Konstanz durchgeführt wurde. Die dabei untersuchte Population waren traumatisierte Flüchtlinge im Exil, welche sich im Asylverfahren in Deutschland befinden. Es wurde eine Gruppe von Flüchtlingen, die NET erhielten, mit einer Kontrollgruppe verglichen, wobei die Flüchtlinge in dieser Gruppe eine übliche Behandlung (treatment as usual) außerhalb der Ambulanz erhielten.

Zunächst soll dabei in dem Abschnitt „Theoretischer Hintergrund“ (2.) auf die Definitionen von organisierter Gewalt und dem Begriff Flüchtling eingegangen werden. Dabei wird zudem die aktuelle Situation von Flüchtlingen insgesamt in Form von Zahlen und Fakten vorgestellt. Anschließend werden Studien zu psychischen Folgen organisierter Gewalt aufgeführt. Wie sich zeigen wird, ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vorherrschend in der Population von Flüchtlingen. Daher werden anschließend die Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gemäß dem Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; APA, 2000), ihre Abgrenzung zu verwandten Störungsbildern sowie häufig komorbid auftretende Störungen dargestellt. Die Auftretenshäufigkeit dieser Störungsbilder wird mithilfe von Studien für die Allgemeinbevölkerung sowie für die Population der Flüchtlingen dargestellt. Darüber hinaus wird auf die Ätiologie der PTBS eingegangen. Nachdem das Konzept der PTBS in den USA auf Basis von klinisch-psychologischen Erfahrungen mit Vietnam-Veteranen entwickelt worden ist, wird diskutiert, ob dieses Störungsbild auch eine kulturübergreifende Berechtigung hat. Auf diese Diskussion wird in einem eigenen Abschnitt ausführlich eingegangen. Der Abschnitt „Theoretischer Hintergrund“ wird durch eine ausführliche Darstellung therapeutischer Interventionsmöglichkeiten der PTBS abgeschlossen. Dabei wird auf der Basis möglichst aktueller Studien die Effektivität der jeweiligen Ansätze zur Behandlung einer PTBS eingegangen. Zudem wird hier die Konzeption der NET ausführlich dargestellt.

Nach der Formulierung der zu überprüfenden Fragestellungen (3.) wird die Methodik (4.) vorgestellt, mit der diese Studie durchgeführt wurde. Nachdem hier eine Pilotstudie vorliegt, wird neben der ursprünglichen Planung auch die tatsächliche Umsetzung vorgestellt. Anschließend werden die Ergebnisse (5.) dargestellt. Dabei sollen die Veränderungen der Symptomatik, wie sie mithilfe verschiedener Instrumente erhoben wurden, eine Aussage hin-

sichtlich der Effektivität der NET für die Population traumatisierter Flüchtlinge ermöglichen. Die Resultate werden anschließend ausführlich in der Diskussion (6.) besprochen. Zudem wird in diesem Abschnitt auf Einschränkungen dieser Studie eingegangen. Basierend auf den Ergebnissen, den Limitationen und Erfahrungswerten dieser Pilotstudie wird ein Kriterienkatalog aufgestellt, welcher bei der Konzeption einer folgenden Evaluationsstudie der NET in der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* Berücksichtigung finden sollte.

Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung (7.) der vorliegenden Studie. Nach dem Literaturverzeichnis (8.) ist im Anhang das standardisierte Interview aufgeführt, wie es in den diagnostischen Untersuchungen verwendet wurde.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 Organisierte Gewalt

Unter dem Begriff der organisierten Gewalt versteht man neben Folter auch alle anderen Formen von physischer und psychischer Gewalt, die von staatlicher Seite oder anderen politischen beziehungsweise militärischen Gruppierungen systematisch dazu eingesetzt werden, um Bevölkerungsgruppen mit abweichender ethnischer oder politischer Identität zu unterdrücken. Dazu zählen Kriege, ethnische Konflikte, Völkermord und Vertreibung sowie unmenschliche Behandlung politischer und unpolitischer Gefangener (Basoglu, 1993; Pederson, 2002).

Gemäß der Anti-Folterkonvention der United Nations (UN) von 1984 ist unter „ (...) Folter (...) jede Handlung zu verstehen, durch die einer Person von einem Träger staatlicher Gewalt oder auf dessen Veranlassung hin vorsätzlich starke körperliche oder geistig-seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erzwingen, sie zu bestrafen oder sie oder andere Personen einzuschüchtern. Nicht darunter fallen Schmerzen oder Leiden, die sich lediglich in einem mit den Mindestgrundsätzen für die Behandlung von Gefangenen zu vereinbarenden Maß aus gesetzlich zulässigen Zwangsmaßnahmen ergeben, diesen anhaften oder als deren Nebenwirkungen auftreten. Folter ist eine verschärfte Form absichtlicher grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe.“ Häufig angewandte Foltermethoden sind unter anderem Schläge mit Fäusten und Gegenständen, Schläge auf die Fußsohlen (Falaka), Abspritzen mit kaltem Wasser, Elektroschocks, Aufhängen an Händen und Füßen, Beleidigungen, Isolationshaft, Schlafdeprivation, Scheinhinrichtungen, Verhöre in nacktem Zustand und mit verbundenen Augen (Graessner & Wenk-Ansohn, 2000, Basoglu et al., 1994a). Vesti et al. (1992) teilen von Folteropfern berichtete Foltermethoden in unterschiedliche Kategorien ein: Deprivationstechniken, Zwangsmaßnahmen, verbale Techniken, pharmakologische und sexuelle Foltermethoden.

In ihrem Jahresbericht 2003 zählt Amnesty International (AI) für das Jahr 2002 Menschenrechtsverletzungen in 151 verschiedenen Ländern auf (AI, 2003a). Darunter fallen politische Gefangenschaft, Folter, das Verschwindenlassen von Personen, politische Morde und Hinrichtungen. Allein für systematische Foltermaßnahmen liegen Berichte aus 106 Ländern vor (AI, 2003b). Solche Maßnahmen finden insbesondere in sozial und politisch instabilen

Regionen in größerem Umfang Anwendung (Basoglu, 1993). Es wird geschätzt, dass ca. 5% bis 36% der weltweiten Flüchtlingspopulation mindestens einmal in ihrem Leben Foltererfahrungen gemacht haben (Baker, 1992; de Jong et al., 2001; Frey & Valach, 1997). Allerdings fand eine Studie in einer klinischen Stichprobe von männlichen irakischen Kriegsflüchtlingen einen Anteil von 65%, die über Foltererfahrungen berichteten (Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998).

2.2 Phänomen Flüchtling/Asylbewerber

2.2.1 Definition Flüchtling/Asylbewerber

Zur Definition der Bezeichnung „Flüchtling“ zitiert das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (The UN Refugee Agency, UNHCR) das Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge von 1951, die „Genfer Flüchtlingskonvention“. Danach wird eine Person als Flüchtling bezeichnet, die sich außerhalb ihres Heimatlandes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und aus wohlbegründeter Furcht vor Verfolgung aufgrund von Rasse, Religion, Nationalität, politischer Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will (UNHCR, 2003; siehe auch §51 Abs. 1 Ausländergesetz¹ und §3 Asylverfahrensgesetz²).

Diese Erklärung wurde durch regionale Konventionen ergänzt, die das Mandat der Vereinten Nationen auf Personen ausdehnen, die wegen kriegerischen Auseinandersetzungen oder Bürgerkrieg aus ihrer Heimat fliehen mussten. Mit Stand vom 4. September 2003 haben derzeit 137 Staaten die Genfer Konvention von 1951 und ihr Zusatzprotokoll von 1967 unterzeichnet und anerkennen Flüchtlinge basierend auf oben genannter Definition (UNHCR, 2003). Insgesamt 145 Staaten unterzeichneten entweder die Genfer Konvention von 1951 oder das Zusatzprotokoll von 1967.

¹ § 51 AuslG (Verbot der Abschiebung politisch Verfolgter): (1) Ein Ausländer darf nicht in einen Staat abgeschoben werden, in dem sein Leben oder seine Freiheit wegen seiner Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit, seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen seiner politischen Überzeugung bedroht ist.

² § 3 AsylVerfG (Rechtsstellung sonstiger politisch Verfolgter): Ein Ausländer ist Flüchtling im Sinne des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, wenn das Bundesamt oder ein Gericht unanfechtbar festgestellt hat, dass ihm in dem Staat, dessen Staatsangehörigkeit er besitzt oder in dem er als Staatenloser seinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte, die in § 51 Abs. 1 des Ausländergesetzes bezeichneten Gefahren drohen.

Die hier dargestellte Definition von Flüchtling bezeichnet somit eine Person, die auf der Flucht eine internationale Grenze überschritten hat. Andererseits liegt auch eine große Anzahl von Personen vor, die innerhalb des eigenen Landes von ihrem ursprünglichen Wohnort vertrieben wurden und flüchtlingsähnlichen Bedingungen ausgesetzt sind, sogenannte "Binnenvertriebene" ("internally displaced persons"; UNHCR, 2003). Das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen unterscheidet in seiner Weltflüchtlingsstatistik von 2002 folgende Personengruppen, die von ihm unterstützt werden: Flüchtlinge, Asylsuchende, zurückgekehrte Flüchtlinge, Binnenvertriebene bzw. zurückgekehrte Binnenvertriebene und andere, unter die z.B. Staatenlose fallen (UNHCR, 2003).

Als Asylbewerber bzw. -suchender gilt, wer seinen Flüchtlingsstatus aufgrund politischer Verfolgung in einem sicheren Land erklärt hat (vgl. § 13 Abs. 1 und 2 AsylVerfG³). Wird dieses Asylgesuch anerkannt, wird damit der Person der Status als Flüchtling zuerkannt. Der Flüchtling erhält Asyl, das temporär oder dauerhaft sein kann. Personen mit temporärem Aufenthaltsrecht, dürfen solange im Asylland bleiben, bis eine sichere Rückkehr möglich ist (UNHCR, 2003).

2.2.2 Fakten und Zahlen zu Flüchtlingen und Asylbewerbern

Trotz der Definition der Genfer Konvention von 1951, welche Personen als Flüchtlinge gelten, wird dieser Begriff nicht einheitlich verwendet. Entsprechend gibt es unterschiedliche Definitionen bzw. Auslegungen, weshalb oft unklar bleibt, auf welche Personengruppe in einer Untersuchung Bezug genommen wird. In Folge dessen gibt es eine hohe Varianz bei statistischen Angaben zur Größe von Flüchtlingspopulationen.

Nach Angaben des Flüchtlingshilfswerks der Vereinten Nationen (UNHCR, 2003) beläuft sich die Zahl der unter ihrem Schutz stehenden Personen (s.o.) im September 2003 auf 20,6 Millionen, darunter 10,4 Millionen Flüchtlinge. Dagegen wird nach Berechnungen des amerikanischen Flüchtlingskomitees (U.S. Committee for Refugees, 2003) die weltweite Zahl der Flüchtlinge im Jahr 2002 auf 13 Millionen geschätzt, was nach diesen Angaben einen Rückgang von 1,9 Million Menschen im Vergleich zum Jahr 2001 bedeutet.

³ § 13 AsylVerfG (Asylantrag): (1) Ein Asylantrag liegt vor, wenn sich dem schriftlich, mündlich oder auf andere Weise geäußerten Willen des Ausländers entnehmen lässt, dass er im Bundesgebiet Schutz vor politischer Verfolgung sucht oder dass er Schutz vor Abschiebung oder einer sonstigen Rückführung in einen Staat begehrt, in dem ihm die in § 51 Abs. 1 des Ausländergesetzes bezeichneten Gefahren drohen. (2) Mit jedem Asylantrag wird sowohl die Feststellung, dass die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 des Ausländergesetzes vorliegen, als auch, wenn der Ausländer dies nicht ausdrücklich ablehnt, die Anerkennung als Asylberechtigter beantragt.

Wird die Anzahl der Binnenvertriebenen (etwa 20-25 Millionen; UNHCR, 2003) und anderen Menschen in flüchtlingsähnlichen Situationen miteinbezogen, erhöht sich die Anzahl der weltweiten Flüchtlingspopulation auf circa 40 Millionen. Allein im Verlauf des letzten Jahres mussten mehr als 4,3 Millionen Menschen ihre Heimat verlassen und entweder innerhalb oder außerhalb ihres Landes Zuflucht suchen (U.S. Committee for Refugees, 2003).

Betrachtet man die bereits genannten 10,4 bzw. 13 Millionen Flüchtlinge weltweit, so zeigt sich, dass sich diese Zahl hauptsächlich aus drei Regionen der Welt zusammensetzt: aus den Ländern des mittleren Ostens, Süd- und Zentralasiens und Afrikas. Dabei wird für Afghanistan mit 3,5 Millionen (U.S. Committee for Refugees, 2003) bzw. 2,5 Millionen (UNHCR, 2003) die größte Zahl an Flüchtlingen berichtet.

Das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL, 2003) nennt für die Summe der in Deutschland lebenden Flüchtlinge Zahlen von 2001, die sich zusammengefasst auf 1.094.000 Personen beläuft. Laut weiteren Angaben des BAFL (2003) hat sich die Anzahl der Asylanträge seit 1995 von insgesamt 166.951 (Erstanträge: 127.937 /Folgeanträge: 39.014) auf insgesamt 91.471 (Erstanträge: 71.127 /Folgeanträge: 20.344) im Jahr 2002 verringert. Im noch laufenden Jahr 2003 sind mit Stand vom 6.11.2003 nur noch insgesamt 58.157 (Erstanträge: 43.331 /Folgeanträge: 14.826) Asylanträge gestellt worden.

2.3 Psychische Folgen organisierter Gewalt

In einer Vielzahl von Studien wird ein hohes Ausmaß an psychischer Morbidität in traumatisierten Flüchtlingspopulationen berichtet (de Jong et al., 2001; Mollica et al., 2001). Unter den genannten psychischen Auffälligkeiten nimmt die Posttraumatische Belastungsstörung als das am häufigsten beobachtete Krankheitsbild eine Sonderstellung ein. Daneben werden ebenso hohe Prävalenzzahlen für depressive Erkrankungen berichtet (Carlson & Rosser-Hogan, 1991; Hinton et al., 1993; Mollica et al., 1999). Auch diffuse Angstsymptomatik, Substanzmissbrauch und Somatisierungsstörungen sind häufig auftretende Phänomene (de Girolamo & McFarlane, 1997) bei Opfern staatlicher Gewalt.

Im Folgenden sollen nun kurz die diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie die oben aufgeführten komorbiden Symptombilder erläutert werden.

2.3.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Existenz einer durch traumatische Erfahrungen ausgelösten psychischen Störung wurde bereits vor knapp einem Jahrhundert anerkannt und mit unterschiedlichen Begriffen wie "Kriegsneurose", "shell shock" oder später "rape trauma syndrome" belegt (Foa & Meadows, 1997). Mit der Aufnahme der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS bzw. Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) in die dritte Auflage des Diagnostic und Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-III, APA, 1980) wurde eine einheitliche offizielle Kategorie geschaffen, die eine eindeutige Beschreibung und Diagnostik des Syndroms ermöglichte. In der aktuellen Version des DSM-IV-TR (APA, 2000) werden sechs Diagnosekategorien unterschieden, wobei das erste Kriterium eine Definition des traumatischen Erlebnisses beinhaltet und nachfolgend die posttraumatischen Symptome beschrieben werden.

Gemäß Kriterium A muss das traumatische Ereignis von der Person selbst erlebt oder beobachtet worden sein und den tatsächlichen oder drohenden Tod, schwere Verletzungen oder die Bedrohung der körperlichen Integrität beinhalten (Kriterium A1). Dabei müssen ein hohes Maß von Angst, Entsetzen und/oder Hilflosigkeit empfunden worden sein (Kriterium A2).

Die Symptome sind in drei Kategorien aufgegliedert: Wiedererleben, Vermeidung und Abflachung des Affekts, sowie Übererregung (Kriterien B-D). Das Wiedererleben des Stressors kann in Träumen, durch plötzliche intrusive Gedanken oder durch sogenannte "flashbacks"⁴ erfolgen (Kriterium B). Die Vermeidung von Stimuli, die an den Stressor erinnern, kann durch aktives Verhalten oder auf kognitiver Ebene, z.B. durch Gedankenunterdrückung stattfinden. Die Abflachung des Affekts kann gegenüber Menschen und Dingen auftreten, die vor dem Trauma positiv bewertet wurden (Kriterium C). Kriterium D bezieht sich auf Übererregung in Form von Schreckhaftigkeit, Konzentrations- und/oder Schlafstörungen.

Die zur Diagnose notwendigen Symptome müssen alle seit mehr als einem Monat bestehen (Kriterium E). Von einer akuten PTBS spricht man, wenn die Symptome seit mehr als einem aber weniger als drei Monaten bestehen; halten die Symptome länger als drei Monate an, liegt eine chronische PTBS vor (Rothbaum & Foa, 1993). Bei einer PTBS mit verzögertem Beginn treten die Symptome erst sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis auf. Treten bereits kurz nach dem traumatischen Erlebnis Symptome auf, so spricht man von einer

⁴ vgl. DSM-IV-TR (p. 464): als „flashback“ (Kriterium B3) werden dissoziative Zustände bezeichnet, die in der Regel wenige Sekunden, aber auch über Stunden und Tage andauern können, während denen Aspekte des traumatischen Ereignisses erinnert werden und sich die Person so verhält, als würde sie das Ereignis in diesem Moment wieder erleben.

akuten Belastungsstörung. Die Diagnose der akuten Belastungsstörung unterscheidet sich lediglich hinsichtlich des zeitlichem Auftretens und Verlaufs von der PTBS. Bei der akuten Belastungsstörung müssen die Symptome innerhalb der ersten vier Wochen nach dem Trauma auftreten und mindestens zwei Tage, maximal vier Wochen andauern. Dauern die Symptome länger als vier Wochen an, wird eine PTBS diagnostiziert.

Zur differentialdiagnostischen Abgrenzung wird im DSM-IV die Anpassungsstörung aufgeführt. Um die Kriterien einer Anpassungsstörung zu erfüllen, reicht ein Belastungsfaktor jeglicher Schwere aus. Im Gegensatz dazu muss bei einer PTBS eine extreme Bedrohung vorliegen.

Einige Autoren schlagen die Diagnose einer „komplexen PTBS“ vor, deren Symptome in fünf Gruppen zusammengefasst werden und die für das DSM-IV vorgeschlagen wird (Hermann, 1992; Resick et al., 2003). Die fünf Symptomgruppen umfassen Veränderungen der Emotionsregulation sowie Veränderungen von Aufmerksamkeit und Bewusstsein. Als dritter Bereich wird Somatisierung aufgeführt. Die vierte Symptomgruppe stellt eine chronische Persönlichkeitsveränderung dar. Als fünftes Symptom werden Veränderungen in Bedeutungszuschreibungen genannt. Darunter fällt zum Beispiel auch die Verherrlichung der Person/en, welche dem Opfer die Traumata zugefügt hat. Jedoch gibt es kaum Studien zur Validierung dieses Konzepts, da die aufgeführten Symptomgruppen schwierig zu messen sind und häufig im Zusammenhang mit weiteren oft bei traumatisierten Menschen auftretenden psychiatrischen Störungsbildern stehen bzw. Teil der Symptomatik anderer Störungen sind oder eigene Störungsbilder darstellen. Daher taucht diese Diagnose auch kaum in Studien zur Prävalenz oder Behandlung von PTBS auf.

2.3.2 Komorbide Störungen

In Untersuchungen zum psychischen Befinden von Personen, die traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt waren, wird im Zusammenhang mit der Diagnose einer PTBS immer auch der Frage nach der Komorbidität besondere Bedeutung zugemessen (Bleich et al., 1997; Ramsay et al., 1993; Van Velsen et al., 1996). Insbesondere das gemeinsame Auftreten mit affektiven Störungen (Depressionen, Dysthymia, bipolare Störungen), Angststörungen (Generalisierte Angststörung, Panikstörung, Phobien), Substanzmissbrauch und Somatisierungsstörungen (de Girolamo & McFarlane, 1997; Ramsay et al., 1993; Silove et al., 1997) scheint

bedeutsam bei der Betrachtung ätiologischer Faktoren wie auch bei der Entwicklung therapeutischer Interventionen zur Behandlung von PTBS.

2.4 Epidemiologische Untersuchungen zur Erfassung von PTBS und anderen bzw. komorbiden Störungsbildern

Epidemiologische Studien befassen sich mit der Verbreitung und den Determinanten von psychischen Störungen und stellen damit ein wichtiges Instrument zum Verständnis der Ätiologie von Krankheitsbildern dar.

2.4.1 Epidemiologische Untersuchungen zur PTBS in der Allgemeinbevölkerung

Seit der Einführung expliziter diagnostischer Kriterien für die PTBS (z.B. DSM-IV-TR) und der Entwicklung standardisierter diagnostischer Instrumente (z.B. SCID, Spitzer et al., 1992) wurde die Häufigkeit des Erlebens traumatischer Ereignisse sowie die Prävalenz der PTBS in der Allgemeinbevölkerung mehrfach untersucht. Aufgrund der großen Varianz hinsichtlich untersuchter Stichproben, Datenerhebung und Merkmalen wie Ort und Land der Untersuchung, Altersgruppen usw. gibt es große Schwankungen hinsichtlich der gefundenen Prävalenzraten. In frühen Studien wurden Lebenszeitprävalenzen nach DSM-III von etwa 1% gefunden (Helzer et al., 1987; Shore et al., 1989; allerdings auch Perkonig et al., 2000; Rosenman, 2002), während Yehuda eine Dekade später 14% für die USA angibt (Yehuda, 1999). Die Veränderung der Prävalenzzahlen von 1987 bis 1999 spiegelt die Erweiterung der PTBS Diagnostikkriterien und eine verbesserte Selektivität der Diagnoseinstrumente wieder, aber auch ein verändertes Bewusstsein gegenüber der Bedeutung von traumatischen Erfahrungen und ihren Folgen. Die gewonnenen Prävalenzen schwanken allerdings auch aufgrund unterschiedlicher Berechnungen. So werden bei den niedrigeren Prävalenzzahlen in der Regel alle Befragten einbezogen, bei höheren Angaben wurde häufig die Stichprobe zur Berechnung der PTBS-Prävalenz auf Personen beschränkt, die einem traumatisierenden Ereignis ausgesetzt waren (vgl. Breslau et al. 1991: 11,3% vs. 30,7% für Frauen und 6% vs. 14% für Männer; Resnick et al., 1993: 12,3% vs. 17,9%).

Die Mehrheit der Studien kommt auf Lebenszeitprävalenzen zwischen 7,8% (Kessler et al., 1995) bzw. 7,9% (Ozer et al., 2003) und 9,2% (Breslau et al., 1998). Diese Zahlen sind

auffallend einheitlich in Anbetracht der Tatsache, dass die erhobenen Daten zur Wahrscheinlichkeit bzw. Häufigkeit, mit der die Befragten einem traumatisierenden Erlebnis ausgesetzt sind/waren, großen Schwankungen unterliegen, z.B.: 17% (Perkonigg et al., 2000) vs. 60,7% für Männer bzw. 51,2% für Frauen (Kessler et al., 1995) vs. 89,6% (Breslau et al., 1998).

Die großen Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit des Erlebens von traumatisierenden Erlebnissen lassen sich auf unterschiedliche Interpretationen des Kriteriums A zurückführen (Breslau, 2002). So wird in manchen Studien die PTBS-Diagnostik (Kriterien B bis D) eingedenk des „schlimmsten“ Erlebnisses einer Person durchgeführt (Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1998), in anderen in Anbetracht der Ereignisse, die gemäß DSM-IV-Kriterien A1 und A2 der Qualität nach traumatisierend sind (Perkonigg et al., 2000). Zudem wurde im DSM-IV die Definition des Kriteriums A im Vergleich zu DSM-III und DSM-III-TR erweitert, was einen Anstieg der Prävalenzzahlen nach sich gezogen hat (Breslau et al., 2001).

Zum langfristigen Verlauf der PTBS kann festgehalten werden, dass Breslau und Davis (1992) in ihrer Längsschnittstudie nach einem Jahr bei 57% der zuvor diagnostizierten Fälle immer noch eine PTBS diagnostizieren konnten. In diesem Zusammenhang berichten Breslau et al. (1998) von einer Remission der PTBS in 26% der Fälle innerhalb von sechs Monaten und von 40% innerhalb von 12 Monaten. In einer anderen Studie (Kessler et al., 1995) zeigte sich zum einen, dass im ersten Jahr nach dem Auftreten der Symptomatik der stärkste Rückgang derselben zu beobachten war und zum anderen, dass noch mehrere Jahre nach der Erstdiagnose bei einem Drittel der Patienten keine Remission stattfand.

2.4.2 Epidemiologische Untersuchungen komorbider Störungen zur PTBS in der Allgemeinbevölkerung

Hinsichtlich komorbider Störungen zur PTBS geben Kessler und Kollegen (1995) Lebenszeitprävalenzen von 88,3% für Männer und 79% für Frauen für mindestens eine weitere Störung an. In einer jüngeren Studie kommen Perkonigg et al. (2000) auf 87,5% Komorbidität von PTBS und einer anderen Störung. Insgesamt finden sich Komorbiditätsraten zwischen 62% (Davidson et al., 1991) und 92% (Shore, et al., 1989) für die Allgemeinbevölkerung.

So haben bei Kessler et al. (1995) knapp 50% der Männer und Frauen, die eine PTBS-Diagnose aufweisen, eine komorbide depressive Störung, etwa 15% eine komorbide Generalisierte Angststörung und über 50% der Männer und knapp 28% der Frauen erfüllen die Kriterien einer komorbiden Alkoholabhängigkeit bzw. eines komorbiden Alkoholmissbrauchs. Im

Zusammenhang mit affektiven Störungen und Substanzmissbrauch, aber nicht in Bezug auf komorbide Angststörungen, wurde in dieser Studie die PTBS-Symptomatik als primäre Störung angenommen.

Schwierigkeiten bei der Untersuchung von Komorbiditäten sind darin zu sehen, dass viele Störungen in einem oder mehreren Aspekten überlappen und daher eine genau abgegrenzte Diagnose auch im Hinblick auf die Reihenfolge des Auftretens der jeweiligen Störung häufig nicht möglich ist.

2.4.3 Prävalenzstudien zur PTBS bei Opfern staatlicher Gewalt

Im Vergleich zu den Zahlen aus der Allgemeinbevölkerung zeigt sich in Populationen mit kollektiver Gewalterfahrung eine insgesamt erhöhte psychiatrische Morbidität (de Girolamo & McFarlane, 1997); wobei die zahlreichen Untersuchungen zu ehemaligen Kriegsgefangenen und Flüchtlingen zu großen Schwankungen in den Punktprävalenzen für PTBS kommen. Die Werte variieren hierbei zwischen 10,7 – 90% (Carlson & Rosser-Hogan, 1991; Cheung, 1994; de Jong et al., 2001; Engdahl et al., 1997; Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998; Mollica et al., 1999; Mollica et al., 1998; Sabin et al., 2003; Weine et al., 1998).

Diese Studien befassen sich mit unterschiedlichen Flüchtlingsgruppen, z.B. aus Bosnien (Mollica et al., 1999; Weine et al., 1998), Algerien, Gaza und Äthiopien (de Jong et al., 2001), Kambodscha (Carlson & Rosser-Hogan, 1991; Cheung, 1994) Guatemala (Sabin et al., 2003), Vietnam (Mollica et al., 1998) sowie mit ehemaligen Kriegsgefangenen der US-Armee (Engdahl et al., 1997). Alle untersuchten Gruppen waren Krieg, Verfolgung bis hin zu staatlich organisierter Gewalt ausgesetzt. Neben den unterschiedlichen Herkunftsländern der untersuchten Flüchtlinge gibt es methodische Unterschiede zwischen den Studien hinsichtlich des Stichprobenumfangs, der Stichprobenzusammensetzung, der Art der Stichprobenselektion und des verwendeten Diagnoseinstruments, wobei diese Unterschiede für einen Teil der Differenzen hinsichtlich der erhobenen Prävalenzen ursächlich sein können. Zudem stellen Flüchtlinge im Exil hinsichtlich der Untersuchung psychiatrischer Erkrankungen eine besondere Stichprobe dar, da diese Population schon mehrere Selektionsprozesse durchlaufen hat, wie Überleben von Verfolgung, Fähigkeit und Entschlossenheit zur Flucht, Wahl des Landes, in dem Asyl beantragt wird sowie Umgang mit den Behörden und Inanspruchnahme bzw. Beantragen von medizinischer Versorgung. Silove et al. (1997) fanden in einer solchen Gruppe,

dass 79% der Befragten traumatische Erlebnisse gehabt hatten und 34% der Befragten die Kriterien für eine PTBS erfüllten.

Frey und Valach (1997) beschreiben, dass 34% der anerkannten Flüchtlinge aus der Türkei, 29% aus dem ehemaligen Jugoslawien, 14% aus dem Iran und 36% aus Sri Lanka gefoltert wurden. Basoglu und Kollegen (1994) statuieren für türkische Folteropfer eine PTBS-Lebenszeitprävalenz von 33% und eine Punktprävalenz von 18%. In dieser Studie ist die PTBS-Diagnose der stärkste diskriminative Faktor zwischen gefolterten und nicht gefolterten Untersuchungsteilnehmern. In einer klinischen Stichprobe von Folterüberlebenden, von denen über die Hälfte Asylsuchende waren, erfüllten 52% eine PTBS-Diagnose (Van Velsen et al., 1996). Die Prävalenzzahlen für Folteropfer erreichen bei Mollica et al. (1998) 90% für ehemalige politische Gefangene. Diese Studien lassen vermuten, dass eine Selektion nach der Schwere der traumatischen Erfahrungen eine größere Auftretenswahrscheinlichkeit der PTBS bedingt.

Auch Untersuchungen zum Langzeitverlauf der PTBS mit Flüchtlingen zeigen, dass nach Ablauf eines Jahres eine Stagnation bezüglich weiterer Spontanremissionen zu beobachten ist (Weine et al., 1998). Ergebnisse einer Längsschnittstudie von Sack et al. (1993) mit kambodschanischen Jugendlichen zeigen nach einem Zeitraum von 6 Jahren nur eine schwache Abnahme der PTBS von 50% auf 38%. Bei Steel et al. (2002) weisen die Flüchtlinge mit mehr als drei traumatischen Erlebnissen noch nach 10 Jahren ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Erkrankungen auf im Vergleich zu Flüchtlingen, die weniger als drei oder kein traumatisches Erlebnis berichteten (12% vs. 3%).

Anhand der aufgeführten Untersuchungen wird deutlich, dass Opfer organisierter Gewalt eine hoch belastete Personengruppe darstellen, bei denen gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger Symptome einer PTBS aufzufinden sind.

2.4.4 Prävalenzstudien zu komorbiden Störungen bei PTBS sowie gehäuft auftretenden weiteren psychischen Störungen bei Opfern staatlicher Gewalt

Insbesondere Depressionen, Angststörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Somatisierungsstörungen sind häufig als komorbide Störungen einer PTBS festzustellen (de Girolamo & McFarlane, 1997). Kulka et al. (1990) berichten, dass 98,8% der untersuchten Vietnamveteranen bereits eine oder mehrere Störungen gemäß DSM-III-R hatten.

Mithilfe der HSCL-25 (Derogatis et al. 1974) erhobene klinisch auffällige komorbide Ängstlichkeit schwankt zwischen 41,4% (Holtz, 1998) und 54,4% (Sabin et al., 2003; Silove et al., 1997). Die mit dem gleichen Instrument erhobene Depressivität schwankt zwischen 14,3% (Holtz, 1998) über 38,8% (Sabin et al., 2003) bis zu 50% (Silove et al., 1997). Bei anderen schwankt der Anteil komorbider Major Depressionen zwischen 20,6% (Mollica et al., 1999) und 25% (Van Velsen et al., 1996). Für komorbide generalisierte Angststörungen liegen Angaben zwischen 6 – 17% (Holtz, 1998; Van Velsen et al., 1996) vor.

In einer Studie von gefolterten versus nicht gefolterten tibetischen Flüchtlingen wiesen die Folteropfer mit 14% und 17% für klinische Depressionen und generalisierte Angststörungen eine signifikant höhere psychische Morbidität auf als die nicht gefolterten Flüchtlinge mit jeweils 6% (Holtz, 1998). Eine schwerere psychiatrische Symptomatik von gefolterten Flüchtlingen gegenüber nicht gefolterten Flüchtlingen bestätigen auch Basoglu et al. (1994).

Bleich und Kollegen (1997) fanden in einer Gruppe israelischer Kriegsveteranen, dass jeder der Befragten zumindest eine komorbide Störung aufwies, wobei mit 87% bzw. 50% PTBS und Depressionen am häufigsten berichtet wurden. Bei einer Analyse des chronologischen Verlaufs der PTBS und der Depression stellte sich heraus, dass in 65% der Fälle beide Störungen simultan auftraten, wobei die Möglichkeit einer gemeinsamen Prädisposition angenommen wurde. Wurde der Einfluss überlappender Kriterien (Interessenverlust, Schlafstörungen, Irritabilität, ...) auf die jeweilige Diagnosestellung kontrolliert, so wurde deutlich, dass die PTBS eine von Depression klar abzugrenzende eigene diagnostische Kategorie darstellte.

2.4.5 Prädiktoren (Ätiologie) und Protektoren der PTBS

Emily Ozer und Kollegen (2003) haben in ihrer Meta-Analyse von $n = 68$ Studien Prädiktoren für PTBS in der Allgemeinbevölkerung untersucht. Wie schon Brewin et al. (2000) festgestellt haben, bestätigt sich auch hier wieder, dass PTBS-Symptome keine zufällige Reaktion auf traumatische Erfahrungen sind. Nach den Ergebnissen von Ozer und Kollegen (2003) berichten zwar fast die Hälfte der befragten Erwachsenen von mindestens einem traumatischen Ereignis in ihrem Leben, aber nur 7,9% entwickelten eine PTBS-Symptomatik (life-time Prävalenz). Ozer et al. (2003) finden wie Brewin et al. (2000) zwei Klassen von Prädiktoren: zum einen schwächere Prädiktoren (Koeffizienten $< .20$), die in Charakteristika der Person bzw. in ihrer weiter zurückliegenden Lebensgeschichte gefunden werden, wie frühere Anpassung, frühere traumatische Erlebnisse, psychopathologische Vorgeschichte in der

Familie (Ozer et al.; 2003; so auch Breslau et al., 2000); Geschlecht, Alter, Bildung, sozio-ökonomischer Status, Intelligenz, Ethnizität (Brewin et al.; 2000). Stärkere Prädiktoren (Koeffizienten $> .20$) zeichnen sich durch größere zeitliche Nähe zum traumatischen Ereignis aus; z.B. insbesondere wahrgenommene soziale und affektive Unterstützung, wahrgenommene Lebensgefahr, peritraumatische Emotionalität und Dissoziation (Ozer et al.; 2003; Birnes et al., 2003) sowie Stressoren seit dem Trauma (Brewin et al.; 2000). Als Moderatoren der Prädiktoren kristallisierten sich vor allem „vergangene Zeit seit dem Ereignis“ und „Untersuchungsmethode“ heraus.

In einer Studie zu kognitiven Faktoren als Prädiktoren für PTBS-Schwere bei Opfern körperlicher oder sexueller Übergriffe (Dunmore et al., 2001) wurden folgende Variablen gefunden: kognitiver Verarbeitungsstil während des Übergriffes, Einschätzung der Folgescheinungen des Angriffs, negative Gedanken über die eigene Person und andere und unangemessene Bewältigungsstrategien. Ehlers et al. (1998) fanden, dass Vergewaltigungsoffer, die ein „generelles Gefühl der Entfremdung“ gegenüber anderen Menschen (overall feeling of alienation) und/oder das Gefühl einer „irreversiblen Veränderung“ (permanent change) beschrieben, eher von einer chronischen PTBS betroffen waren und darüber hinaus weniger von einer Expositionstherapie profitierten als Patientinnen, die dieses Empfinden nicht hatten.

Die in die Meta-Analyse von Ozer et al. (2003) einbezogenen Studien umfassen eine große Varianz an traumatischen Erlebnissen (Naturkatastrophe vs. durch Menschen verursacht; Unfall vs. Absicht, Vergewaltigung, Kriegserfahrung usw.). Ähnlich divergent sind die untersuchten Stichproben, das individuelle Ausmaß (Intensität und Häufigkeit) an traumatisierenden Erfahrungen, wie auch die individuellen kompensierenden Charakteristika (Alter bei Traumatisierung; wiederholtes Erleben; Zeit seit dem Erlebnis; Umfeld etc.).

Untersuchungen zu prädiktiven und protektiven Faktoren bei Flüchtlingen und/oder Opfern organisierter Gewalt kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. So werfen Basoglu et al. (1996) aufgrund ihrer Ergebnisse die Frage auf, ob die festgestellte Widerstandsfähigkeit der untersuchten Folteropfer gegenüber einer Entwicklung von PTBS-Symptomen zumindest teilweise auf geringere Grundüberzeugungen hinsichtlich Sicherheit, Vertrauen und Gerechtigkeit zurückgeführt werden könne. In dieser Studie wiesen die politisch Aktiven ein geringeres Ausmaß dieser Überzeugungen gegenüber der nicht politisch aktiven Kontrollgruppe auf. In einer Folgeuntersuchung konnten Basoglu et al. (1997) die aufgeworfene Fragestellung bestätigend beantworten. So wurden gefolterte, aber nicht politisch aktive Personen im Vergleich zu politisch aktiven Folteropfern wohl weniger schwerer Folter ausgesetzt, zeigten aber

ein insgesamt höheres Ausmaß hinsichtlich der Psychopathologie, d.h. Angst, Depression und PTBS. Basoglu und Kollegen (1997) ziehen die Schlussfolgerung, dass eine geringere psychologische Vorbereitung auf mögliche Folter in Bezug steht zu größerem wahrgenommenem Stress während der Folter und zu schwereren psychologischen Folgeproblemen. Eine solche geringere Vorbereitung erklärt hier 4% der Varianz hinsichtlich genereller Psychopathologie und 9% der Varianz in PTBS-Symptomen. Diese augenscheinlich überzeugenden Ergebnisse konnten jedoch in Folgestudien nicht repliziert werden.

Engdahl et al. (1997) finden für die untersuchte Gruppe von ehemaligen Kriegsgefangenen folgende Prädiktoren: Alter bei Gefangenschaft, Ausmaß an traumatischen Erfahrungen und soziale Unterstützung nach Austritt aus dem Militär. Cheung (1994) hat einen signifikanten Zusammenhang zwischen PTBS und Anzahl traumatischer Ereignisse, Verarbeitungsstil sowie Post-Migrationsstressoren gefunden.

Neben Prädiktoren wurden auch mögliche Schutzfaktoren gegen die Entwicklung einer PTBS untersucht. Opfer staatlicher Gewalt, die weniger leicht eine PTBS entwickelten, zeichneten sich durch Persönlichkeitscharakteristika wie religiöse Überzeugung (Allden et al., 1996), Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressoren (Waysmann et al., 2001), politisches Engagement und eine Art innere Vorbereitung auf potentiell traumatisierende Foltererfahrungen (Basoglu et al., 1997; Basoglu et al., 1996; Holtz, 1998; Shrestha et al., 1998) aus.

Allerdings scheint das Ausmaß des Einflusses solcher prädiktiven oder auch protektiven Faktoren mit der Anzahl der erlebten potentiell traumatisierenden Ereignisse zusammenzuhängen, sogenannter „dose-effect“ bzw. „building-block“. So zeigten Schauer et al. (2003; submitted), dass ab einer Anzahl von 28 oder mehr Traumata jeder der untersuchten Flüchtlinge die Kriterien für eine PTBS erfüllte, während von den Flüchtlingen, die ein bis drei potentiell traumatisierende Ereignisse berichteten, nur 23% eine PTBS entwickelten. Der Zusammenhang zwischen der Anzahl erlebter traumatischer Ereignisse und der Prävalenz bzw. der Schwere der PTBS wurde auch zuvor schon mehrfach belegt (Smith Fawzi et al., 1997; Gold et al., 2000; Mollica et al., 1998; Silove et al., 1997).

In Anbetracht der kumulativen Wirkung traumatisierender Ereignisse hinsichtlich der Entwicklung einer chronischen PTBS ist demnach die Relevanz prädiktiver sowie protektiver Faktoren bei Opfern staatlicher Gewalt eingeschränkt, da diese Personengruppe häufig gezielt, wiederholt und über längere Zeiträume traumatisierenden Stressoren ausgesetzt wird.

2.5 Kulturelle Aspekte zum PTBS-Konzept

Wie oben dargestellt, können traumatische Ereignisse eine PTBS auslösen (vgl. 2.3). Es wird jedoch diskutiert, ob das Konzept einer PTBS als Reaktion auf traumatische Erlebnisse kulturübergreifend zutreffend ist (Becker, 1997; Somnier et al., 1992; Summerfield, 1997).

2.5.1 Die Frage der Berechtigung des PTBS-Konzepts für verschiedene Kulturen

Summerfield (1999) betont, dass Leid und Stress per se noch keine psychologische Störung darstellen würden und dass für die große Mehrheit der Betroffenen die Bezeichnung als „Traumatisierter“ nur einen „Pseudo-Zustand“ (pseudocondition) darstelle. Verschiedene Autoren (Friedman und Jaranson; 1994; Kroll, 2003; Pederson, 2002; Wenzel et al., 2000) argumentieren gegen das PTBS-Modell gemäß DSM-III-R (APA, 1997) auch dahingehend, dass es normale psychologische Prozesse pathologisiere, ethnisch und konzeptionell zu eng gefasst sei sowie Fragen zu diagnostischen Entscheidungsregeln, Komorbiditäten und entsprechender Therapie aufwerfe. Auch Bracken et al. (1995) berichten, dass zwar PTBS-Symptome häufig bei den untersuchten Flüchtlingen vorzufinden waren, diese aber vielmehr somatische Beschwerden als ursächlich für ihren Leidensdruck einschätzten. Gemäß der Überblicksstudie von De Girolamo und MacFarlane von 1996 sind nur 6% der epidemiologischen Studien zu PTBS bei Flüchtlingen in ihren jeweiligen Herkunftsländern durchgeführt worden, was eine angemessene Erfassung der Beschwerden erschwert.

2.5.2 Das PTBS-Konzept im Zusammenhang mit politischen und sozialen Aspekten

Das Konzept der PTBS wird dahingehend kritisiert, dass es komplexe politische und gesellschaftliche Zusammenhänge auf psychische Probleme reduziere und damit eine unzulässige Stigmatisierung des Individuums bewirke (Becker, 1997; Punamäki, 1989; Jenkins, 1991; Muecke, 1992; Summerfield, 1999). Entsprechend greife die Darstellung eines Menschen als Person, der es darum ginge, eigenes Leid zu minimieren und eigenes Wohlergehen zu maximieren zu kurz, da es den betroffenen Personen häufig um ein kollektives Wohlergehen und politischen Erfolg gehe (Punamäki, 1989). Sofern die einzelne Person als Opfer traumatischer Erlebnisse definiert und mit dem diagnostischen Label der PTBS versehen wer-

de (Muecke, 1992; Mollica et al., 1992), werde der Reduktionismus psychiatrischer Kategorien vorangetrieben sowie die Vernachlässigung weiterer Ursachen für das Leiden von Flüchtlingen – abgesehen von Trauma und Verfolgung – wie Stigmatisierung, Zurückweisung und in fremder Gesellschaft mit fremden Werten leben, sowie ein Bestehen sozialer Ungleichheit gefördert (Pederson, 2002, Heggenhougen, 2000).

Zudem sei eine PTBS-Diagnose nach Summerfield (1999) einerseits zunehmend wichtig für Personen, die um Anerkennung ihres Opfer-Status kämpfen. Andererseits werde mittlerweile eben diese Diagnose, die ursprünglich für Folgen von Ereignissen außerhalb gewöhnlicher menschlicher Erfahrungen entwickelt wurde, zunehmend auch für Konsequenzen eher alltäglicher Erfahrungen (z.B. Überfall, Verkehrsunfall etc.) angewendet und verliere damit an Aussagekraft (Kroll, 2003; Summerfield, 1999).

Des Weiteren wird die Betonung des Individuums in Gesellschaften kritisiert, welche den einzelnen vielmehr über interpersonelle Beziehungen und den Bezug zu einer sozialen Gemeinschaft definieren (Bracken, 2002; Punamäki, 1989; Summerfield, 1999). Gerade bei Opfern organisierter Gewalt sei das gesamte Familiensystem besonders betroffen und damit auch ausdrücklich mit zu berücksichtigen (Agani, 2001; Becker, 1997), da insbesondere soziale Beziehungen bzw. deren Wiederherstellung einen wichtigen Aspekt im Heilungsprozess betroffener Personen darstellen (Bracken et al., 1995; Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998).

Schließlich wird darauf hingewiesen, dass in westlichen Ländern entwickelte Instrumente zur Forschung in einem nicht-westlichen Kulturkreis bzw. über Personen aus einem solchen möglicherweise nicht adäquat sein können (Summerfield, 1999). Ohne eine Überprüfung des zugrunde liegenden Konzepts der PTBS bestehe keine Garantie, dass aus den erhaltenen Befunden tatsächlich auf das Vorhandensein von PTBS in dieser Population geschlossen werden könne (Bracken et al., 1995). Auch beruhe das Konzept der PTBS auf westlichen Denkweisen, die in nicht-westlichen Kulturen zu Missverständnissen und Verwirrung führen könnten, da diese Kulturen eigene Metaphern zum Verständnis von bestimmten Symptomen entwickelt haben. Entsprechend seien Variablen wie Werte, Normen, Ideologien und konkrete politische Ziele sowohl des Individuums als auch der jeweiligen Gesellschaft in die Analyse von Aspekten psychischer Gesundheit im Zusammenhang mit politischer Gewalt einzubeziehen (Pederson, 2002; Punamäki, 1989). De Girolamo und MacFarlane (1996) schließen aus ihrer Überblicksstudie, dass kulturelle Unterschiede, soziale Strukturen und Copingstrategien signifikant den Beginn, Verlauf, die Schwere und psychosozialen Auswirkungen von Trauma beeinflussen können, weshalb diesbezügliche Studien in verschiedenen kulturellen Gruppen

dringend angezeigt seien. Folglich sollte das Konzept der PTBS und anderer Störungsbilder in nicht-westlichen Ländern nur mit großer Vorsicht angewendet werden (Bracken et al., 1995).

2.5.3 Das PTBS-Konzept als möglicher kulturübergreifender Ansatz zum Verständnis von Reaktionen auf traumatische Erfahrungen

Mittlerweile gibt es allerdings eine Vielzahl an Untersuchungen zur Auftretenshäufigkeit von PTBS in verschiedenen Kulturen (s.o. 2.4.3), in denen sich die Validität und Reliabilität von Instrumenten zur Erfassung von PTBS-Symptomatik, Folter- und anderen traumatischen Erfahrungen gezeigt hat (z.B. Lavik et al., 1996; Mollica et al., 1992; Smith Fawzi et al., 1997). Ekblad und Roth (1997) haben zum Beispiel in einer multikulturellen Gruppe von Flüchtlingen das Strukturierte Klinische Interview zum DSM-III-R (SCID, Spitzer et al., 1992) angewendet und schließen aus ihren Ergebnissen auf eine kulturübergreifende Reliabilität des PTBS-Konzeptes für die untersuchte Gruppe von Immigranten und Flüchtlingen. Carlson und Rosser-Hogan (1994) schließen aus ihren Ergebnissen, dass traumatische Erfahrungen ein vergleichbares Symptombild bei kambodschanischen Flüchtlingen wie bei Nordamerikanern hervorrufen können. Kinzie et al. (1998) statuieren in diesem Zusammenhang, dass traumatische Erfahrungen individuelle und subjektive Erfahrungen sind.

Mghir und Raskin (1999) unterscheiden in ihrer Studie afghanische Flüchtlinge unterschiedlicher Ethnizität. Zwischen den Gruppen zeigt sich eine unterschiedliche Prävalenz hinsichtlich PTBS, die von den Autoren auf die unterschiedlichen Lebensbedingungen der ethnischen Gruppen in Afghanistan zurückgeführt wird (eher wohlhabend, städtisch lebend, leichtere Fluchtmöglichkeit vs. eher arm, ländlich-bäuerlich, im Zentrum der Auseinandersetzungen, schwierigere Fluchtbedingungen). Dies spricht für ein einheitliches PTBS-Konzept, da in dieser Studie das Ausmaß an traumatischen Erfahrungen als ausschlaggebend für eine PTBS-Diagnose bestätigt wurde, die ethnische Zugehörigkeit nur das Ausmaß beeinflusste, in dem die betroffenen Personen traumatischen Erfahrungen potentiell ausgesetzt waren.

Gemäß einer logistischen Regressionsanalyse von Momartin et al. (2003) ist „Threat to Life“ der einzige der untersuchten Faktoren (Menschenrechtsverletzung, traumatischer Verlust, Enteignung, Vertreibung), der PTBS in einer Gruppe bosnischer Flüchtlinge vorher sagen kann, was nach Meinung der Autoren die DSM-IV Definition eines traumatischen Erlebnisses bestätigt. Terheggen et al. (2001) sehen für die untersuchten tibetischen Flüchtlinge zwar das PTBS-Konzept an sich bestätigt, betonen allerdings, dass Art und wahrgenommene

Schwere traumatischer Ereignisse sehr kulturspezifisch zu behandeln seien, z.B. war in dieser Personengruppe die Zerstörung religiöser Zeichen das schlimmste traumatische Erlebnis. Zudem würden Items mit Bezug zu somatischem Leiden zur Erfassung der Belastung durch Angst und Depression von den Befragten eher bestätigt werden als solche, die mehr auf psychische Prozesse zielten (Carlson & Rosser-Hogan, 1994; Terheggen et al., 2001). Sie schließen daraus, dass physische Symptome bedeutsam sind bei der Erfassung von psychischer Belastung sowie ihrer Behandlung (so auch Bracken et al., 1995; Carlson & Rosser-Hogan, 1994; de Jong et al., 2000, Terheggen et al., 2001).

Es zeigt sich schließlich, dass PTBS insbesondere dann auftritt, wenn gehäuft traumatische Erlebnisse durchlebt worden sind (Carlson & Rosser-Hogan, 1994; de Jong et al., 2000; vgl. 2.4.5 „dose-effect“ bzw. „building-block“). Die Anzahl der traumatischen Ereignisse steht auch im Zusammenhang mit der Schwere der PTBS-Symptome (Smith Fawzi, 1997). Jedoch sollte berücksichtigt werden, dass die verständnismässige Einbettung solcher Erlebnisse und die Einordnung psychischer Symptome in verschiedenen Kulturen unterschiedlich ausfallen kann und daher in der klinischen Arbeit an oberster Stelle stehen sollte (Mollica, 2001).

Schließlich kann sich auch in der Wirksamkeit von Therapien bzw. Behandlungsverfahren zeigen, ob das zugrunde liegende Konzept eines Störungsbildes zutreffend ist. So konnten Neuner et al. (2003, submitted) zeigen, dass die von dieser Arbeitsgruppe entwickelte Narrative Expositionstherapie (vgl. 2.6.8) basierend auf einem elaborierten Verständnis von PTBS sehr vielversprechend in der Behandlung dieses Störungsbildes ist. Die behandelten Flüchtlinge konnten häufig wieder ein Funktionsniveau erreichen, das ihnen ermöglichte, für ihren Lebensunterhalt zu sorgen und das Flüchtlingslager zu verlassen.

Die vorliegende Diplomarbeit soll einen weiteren Beitrag zur Wirksamkeit dieser Therapie sowie zur Klärung der psychosozialen Bedürfnisse von Flüchtlingen im Exil leisten.

2.5.4 Bedürfnisse von im Exil lebenden traumatisierten Flüchtlingen

Wenige Studien existieren, welche die Situation und vor allem die psychische Gesundheit von Asylsuchenden beschreiben (Silove et al., 2000). Allerdings wurde die Mehrheit der Prävalenzerhebungen zu PTBS bei Flüchtlingen im Exil erhoben (DeGirolo & MacFarlane, 1996). Es zeigt sich, dass ein Großteil der Flüchtlinge traumatisierende Erfahrungen gemacht hat und ein beträchtlicher Anteil dieser Personen die Kriterien für eine PTBS-Diagnose erfüllt (vgl. 2.4.3). Wie oben ausgeführt, ist ein sicheres, unterstützendes und vorhersagbares

Umfeld ein wichtiger Faktor im Heilungsprozess von psychischen Reaktionen auf massive Traumata (Silove; 1999). Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass eine frühe Genese wichtig ist, da mit längerem Anhalten der PTBS-Symptome eine Remission immer weniger wahrscheinlich wird (Kessler et al., 1995). Australische Erhebungen (Steel & Silove, 2001; Sultan & O'Sullivan, 2001) weisen daraufhin, dass die Situation im Flüchtlingswohnheim in Kombination mit unter anderem auch den rechtlichen Stressoren – wie ein zu klärender Aufenthaltsstatus - die psychische Gesundheit der dort lebenden Asylsuchenden angreift, insbesondere der Personen, die vor der Flucht Verfolgung und traumatische Situationen erlebt haben.

Neben der PTBS-Symptomatik wird ebenfalls wiederholt von depressiver Symptomatik unterschiedlichen Ausmaßes berichtet (Smith Fawzi et al., 1997; Terheggen et al., 2001, vgl. 2.4). Ein kompliziertes Asylverfahren in Kombination mit PTBS- und/oder depressiven Symptomen erschwert es den betroffenen Personen zusätzlich, sich in der neuen Umgebung zurechtzufinden. Es zeigt sich immer wieder, dass sich solche Asylantragsverfahren über einige Jahre hinziehen können, d.h., dass die Flüchtlinge über einen Zeitraum von bis zu 15 Jahren (Patient der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge*) in einem unsicheren Umfeld leben müssen. Sultan und O'Sullivan (2001) geben für die Dauer eines Aufenthaltes in einem Flüchtlingswohnheim einen Zeitraum von sechs Monaten bis hin zu unbestimmter Zeit an.

Eisenbruch (1991) berichtet in diesem Zusammenhang, dass es den Flüchtlingen, die die Möglichkeit hatten, zumindest einige Traditionen im Exilland auszuüben besser erging als anderen, die hierfür weniger Freiraum erlebten. Verschiedene Autoren betonen (Bracken et al.; 1995; Pederson, 2002), dass die individuelle Genesung von einer PTBS vor allem auf der Wiederherstellung sozialer und ökonomischer Strukturen, kultureller Einrichtungen sowie dem Respekt der Menschenrechte beruhe.

Allerdings finden Silove et al. (2002), dass traumatisierende Erfahrungen der stärkste und einzige konsistente Prädiktor aktueller psychiatrischer Erkrankung für eingebürgerte Flüchtlinge sei, auch wenn Postmigrationsstressoren in die Statistik einbezogen wurden. Sie schließen daraus, dass Stressoren, die in der Zeit nach der Migration auftreten, mit der Zeit zurückgehen, jedoch die Wirkung von Traumata vor der Migration dauerhaft anhalten kann.

Es zeichnet sich ab, dass nur ein sehr vielseitiger und umfassender Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der PTBS erfolgversprechend zu sein scheint. Zudem ist eine Behandlung vorhandener PTBS-Symptomatik möglichst frühzeitig und gezielt vorzunehmen (so auch Hauff & Vaglum, 1993).

2.6 Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Seit der Einführung der Posttraumatischen Belastungsstörung als eigenständige Diagnose im DSM (1980), wurden mehrere spezialisierte Ansätze zu ihrer Behandlung entwickelt. Auch davor hat es schon Ansätze zur Behandlung traumatisierter Patienten gegeben. Nur wenige dieser Ansätze sind hinsichtlich ihrer Effektivität wissenschaftlich getestet worden, noch weniger im Kontext der Behandlung von Flüchtlingen im Exil.

Im folgenden sollen verschiedene therapeutische Ansätze zur Behandlung von PTBS und Studien zu ihrer Evaluation vorgestellt werden. Abschließend soll auf Untersuchungen von psychotherapeutischen Behandlungen für Flüchtlinge im Exil eingegangen werden.

2.6.1 Debriefing

Sogenannte Nachbereitungsgruppen kommen möglichst kurz, das heißt möglichst innerhalb einer Woche nach einem traumatischen Ereignis zusammen und dienen der Prävention posttraumatischer Belastungsstörungen. Das „Critical Incident Stress Debriefing“ (CISD) nach Mitchell (Mitchell & Bray, 1990) ist die Bekannteste dieser Interventionen und setzt sich aus sieben Phasen zusammen (Foa et al., 2000; Maercker, 1997): Einleitungs-, Fakten-, Gedanken-, Reaktions-, Symptom-, Lehr-, Rückkehrphase. Dabei berichtet unter anderem jeder Teilnehmer, welches für ihn der schrecklichste Moment des Ereignisses war. Diese semistrukturierte Gruppenintervention wurde als Form der Krisenintervention konzipiert, weniger als Therapie. Sie dauert üblicherweise etwa 1,5 bis 3 Stunden. Jedoch hat sich gezeigt, dass solche Verfahren mit einer einzelnen Sitzung weder die psychische Belastung noch die Wahrscheinlichkeit reduzieren, dass eine Person eine chronische PTBS entwickelt (Rose et al., 2003; Van Emmerik et al., 2002). Solche Interventionen sind zudem in der Behandlung von Flüchtlingen im Exil per se/definitionem kaum einsetzbar, da die traumatisierenden Erlebnisse, aufgrund derer in der Regel das Herkunftsland verlassen wurde, meist mehrere Wochen zurückliegen bzw. zudem auch über mehrere Jahre angehalten haben.

2.6.2 Psychodynamische Therapie

Eine kontrollierte Studie fand, dass psychodynamische Therapie – hier in Form einer Kurzzeittherapie zur Behandlung von PTBS (Horowitz, 1986) - wirksamer war als die Wartelisten-Kontrollbedingung (Brom et al., 1989). Die Effektstärke⁵ für selbstbeurteilte Symptome betrug $d = 0,90$ (van Etten & Taylor, 1998). Shalev et al. (1996) wie auch Foa und Meadows (1997) fassen Berichte unkontrollierter Studien zusammen, die weitere Anhaltspunkte dafür liefern, dass psychodynamische Therapie wirksam sein kann, betonen jedoch den Bedarf weiterer kontrollierter Studien.

2.6.3 Hypnotherapie

Eine kontrollierte Studie fand, dass Hypnotherapie wirksamer war als die Wartelisten-Kontrollbedingung (Brom et al., 1989). Die Effektstärke für selbstbeurteilte Symptome betrug $d = 0,94$ (van Etten & Taylor, 1998). Jedoch ist einschränkend zu ergänzen, dass die Dauer der Behandlungen – es wurden Hypnotherapie, systematische Desensibilisierung und psychodynamische Therapie miteinander verglichen - nicht über die verschiedenen Ansätze hinweg kontrolliert wurde und darüber hinaus die evaluierenden Personen nicht blind hinsichtlich der Behandlungsart waren.

2.6.4 Pharmakologische Behandlung

Die Meta-Analyse von van Etten und Taylor (1998) weist daraufhin, dass *Serotonin Wiederaufnahmehemmer* (serotonin re-uptake inhibitor, SSRI) die höchste Effektivität bei der pharmakologischen Behandlung von PTBS haben (so auch Albucher & Liberzon, 2002). Sie werden zudem als Medikament der Wahl in den „Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies“ (Foa et al., 2000) zur Behandlung von PTBS empfohlen. Die langfristige Wirksamkeit der SSRI ist nicht bekannt. Trotz der insgesamt guten Behandlungserfolge ist es möglich, dass SSRI nicht bei allen Gruppen von PTBS-Patienten gleich wirksam sind. So fand eine Studie, dass Fluoxetin bei zivilen Patienten einer Trau-

⁵ Als Maß der Wirksamkeit eines therapeutischen Ansatzes wird die Effektstärke (Cohens d Statistik) verwendet. Sie beschreibt die Differenz zwischen den Werten vor und nach der Behandlung geteilt durch die gemittelte Standardabweichung der Werte vor und nach der Behandlung. Eine Effektstärke $d = 1$ bedeutet demnach, dass die Behandlung zur Besserung um eine Standardabweichung führte.

maambulanz der Placebobehandlung weitaus überlegen war, jedoch nicht bei Kriegsveteranen in einem Militär-Krankenhaus (Davidson, 1997). Auch ist zu bedenken, dass 38% der Patienten eine SSRI-Behandlung abbrechen, während dies bei psychologischen Behandlungen im Durchschnitt nur 14% der Patienten sind (van Etten & Taylor, 1998).

Monoamino-Oxidase-Hemmer (MAO-Hemmer) sind nach van Etten und Taylors (1998) Meta-Analyse nicht wirksamer als Placebo oder eine Wartelistenbedingung. Jedoch statuieren sie, dass möglicherweise einige Studien die Wirkung der MAO-Hemmer unterschätzen, weil die Behandlung nicht über einen hinreichend langen Zeitraum stattfand. Albucher und Liberzon (2002) finden gemischte Resultate für MAO-Hemmer und kommen zu dem Fazit, dass diese Mediaktion nur eingeschränkt empfehlenswert ist. Solomon und Johnson (2002) berichten hingegen in ihrem Überblicksartikel, dass MAO-Hemmer vielversprechend hinsichtlich der Behandlung von PTBS seien. Allerdings verweisen sie auch darauf, dass sich Patienten während der Einnahme dieses Medikaments an besondere Ernährungsvorschriften halten müssten.

Für *trizyklische Antidepressiva* (tricyclic antidepressiva; TCA) gilt laut Davidson (1997) ähnliches wie für die MAO-Hemmer. Friedman et al. (2000) finden in ihrer Zusammenschau verschiedener Studien gemischte Resultate, die generell nur eine moderate Wirkung trizyklischer Antidepressiva zeigen. Nach van Etten und Taylor (1998) war die Wirksamkeit im Allgemeinen nicht größer als die von Placebo oder Warteliste. Hingegen kommen Albucher und Liberzon (2002) zu dem Schluss, dass bei Personen, die TCA vertragen, gute Resultate zu verzeichnen sind.

Antiepileptika sind möglicherweise wirksam ($d = 0,93$, van Etten & Taylor, 1998). Laut Friedman (2000) sind erste Ergebnisse offener klinischer Studien vielversprechend. Davidson (1997) schätzt, dass ca. 65% der PTBS-Patienten auf Antiepileptika ansprechen.

Benzodiazepine zeigten sich in der Meta-Analyse von van Etten und Taylor (1998) als nicht wirksamer als Placebo oder Wartebedingung. Davidson (1997) rät von ihrem Einsatz ab, da es beim Absetzen von kurzzeitig wirkenden Benzodiazepinen, wie z.B. Alprazolam, bei PTBS-Patienten zu einem Rebound-Syndrom mit erhöhter Ängstlichkeit, Schlafstörungen, Alpträumen und Wutanfällen kommen kann. Auch Friedman (2000) sieht in den Resultaten der Studien keine hinreichende Bestätigung für Benzodiazepine, um sie in der Behandlung von PTBS einzusetzen.

2.6.5 Stützende Therapie (supportive counseling; SC)

Immer wieder findet sich in der Literatur der Hinweis auf stützende Interventionen oder Anteile davon in anderen Therapien zur Behandlung von PTBS. So beschreibt Seidler (2002) in einer Abhandlung über therapeutische Ansätze zur Behandlung von PTBS, dass eine Vielzahl von Verfahren zu empfehlen seien, solange sie mit stabilisierenden psychotherapeutischen Maßnahmen verbunden seien. Allerdings scheint es noch keinen standardisierten Ansatz für diese Form der Behandlung zu geben.

Häufig wird in diesem Zusammenhang eine psychodynamische Herangehensweise genutzt, um die Bedeutung des Erlebnisses und der damit verbundenen Umstände für den Patienten herauszuarbeiten und was ihn an einer normalen Verarbeitung dieser Erfahrung hindert (Krupnick, 2002). Sachsse (2003) berichtet von statistisch signifikanten Verbesserungen auf allen eingesetzten Skalen für Patienten, die mit imaginativer psychodynamischer Therapie zur Stabilisierung behandelt wurden.

Neuner et al. (2003, in press) definieren die Zielsetzung von SC dahingehend, dass die individuellen, sozialen und kulturellen Ressourcen des Patienten herausgearbeitet und gestärkt, jedoch die traumatischen Erlebnisse nicht besprochen werden sollen. Dabei orientieren sie sich an einem Problemlösungsansatz, der speziell zur Trauma-Therapie in Afrika entwickelt wurde (AMANI, 1997). In ihrer Studie hat sich SC als wirksamer im Vergleich zu Psychoedukation jedoch als weniger wirksam als Narrative Expositionstherapie (vgl. 2.6.8) erwiesen.

2.6.6 Kognitiv-Behaviorale Therapien (cognitiv behavioral therapy, CBT)

2.6.6.1 Angst-Management-Training

Bei diesem verhaltenstherapeutischen Ansatz lernen die Patienten verschiedene Methoden zur besseren Bewältigung von Belastungen des Alltags und aufkommender Angst. Das traumatische Erlebnis steht nicht im Mittelpunkt der Behandlung. Vielmehr wird pathologische Angst als ein defizitäres Bewältigungsverhalten verstanden (Solomon & Johnson, 2002), weshalb den Patienten verschiedene Techniken zur Stressbewältigung vermittelt werden, z.B. Entspannungstraining, Atemtraining, Gedanken-Stop, Selbstsicherheitstraining und Training im positiven Denken (Meichenbaum, 1994). Beim sogenannten Stressbewältigungstraining (stress-inoculation training, SIT; Meichenbaum, 1974; sowie Veronen & Kilpatrick, 1983) soll

der Patient lernen, die gefürchteten Stimuli und die eigene Reaktion darauf möglichst frühzeitig zu erkennen, um entsprechend frühzeitig Angstbewältigungsstrategien anzuwenden (Solomon & Johnson, 2002). SIT hat sich als wirksamer gegenüber stützender Therapie oder einer Wartelistengruppe erwiesen, hat sich aber langfristig, d.h. bei Nachuntersuchungen, als etwas weniger wirksam gezeigt als Expositionsverfahren (Foa et al., 1999; Foa et al., 1991).

Entspannungstraining allein als Form des Angst-Managements ist kurz- und langfristig weniger effektiv als Expositionsverfahren oder kognitive Therapie (Marks et al., 1998).

2.6.6.2 Kognitive Therapien / Kognitive Restrukturierung

Kognitive Therapie basiert auf der Annahme, dass dysfunktionale Denkmuster, welche wiederum auf irrationalen Grundüberzeugungen beruhen, ursächlich sind für pathologische Emotionen und psychiatrische Symptome; d.h. die Patienten ergehen sich in dysfunktionalen Interpretationen des Traumas oder seiner Konsequenzen, was zu einer Wahrnehmung andauernder Gefahr führt (Ehlers, 1999; Ehlers & Clark, 2000). Aufgrund ungenügender Verarbeitung und Einbettung der traumatischen Erfahrung in seinen Kontext sind die autobiographischen Gedächtnisinhalte zu dieser Erfahrung nur ungenügend ausgebildet (Ehlers, 1999; Ehlers & Clark, 2000).

Ziel der kognitiven Therapie ist entsprechend den Patienten zu befähigen, dysfunktionale Denkmuster zu entdecken, zu hinterfragen und Anpassungen dieser Überzeugungen an die realen Umstände vorzunehmen. Darüber hinaus soll mithilfe kognitiver Techniken das autobiographische Gedächtnis korrigiert werden (Ehlers, 1999).

In einer aktuellen Studie von Ehlers et al. (2003) hat sich kognitive Therapie als effektiv zur Behandlung von früh einsetzender PTBS erwiesen und war den alternativen Ansätzen (Selbsthilfe-Heft und wiederholte diagnostische Sitzungen) überlegen.

Resick und Schnicke (1992) haben basierend auf den Annahmen der kognitiven Therapie einen eigenen Ansatz - ursprünglich zur Behandlung von Vergewaltigungsopfern - entwickelt, die „Cognitive Processing Therapy“ (CPT). Dabei beziehen sie sich auf die Theorie, dass traumatische Erfahrungen sogenannte „Selbst-Schemata“ verändern können, welche sich auf Grundüberzeugungen bezüglich Sicherheit, Vertrauen, Selbstwert etc. beziehen (McCann & Pearlman, 1990). Die CPT wird in 12 Sitzungen von jeweils 90 Minuten durchgeführt, in denen der Patient aufgefordert wird, das traumatische Ereignis möglichst detailliert aufzuschreiben. Dies hat zum Ziel, dass der Patient die Verbindung zwischen Überzeugungen, Gedanken und Gefühlen erkennen lernt. Nachdem beim Schreiben eine direkte Konfrontation

mit dem traumatischen Ereignis und den damit verbundenen Emotionen gefördert werden soll, sind in diesem therapeutischen Ansatz auch Aspekte der Exposition (vgl. 2.6.6.3) enthalten. Mithilfe kognitiver Techniken sollen unpassende Überzeugungen erkannt und in adaptive Schemata transformiert werden. In verschiedenen kontrollierten Studien erwies sich CPT als effektiver im Vergleich zu einer Wartelisten- bzw. Entspannungsverfahren-Kontrollgruppe (Marks et al., 1998 bzw. Resick et al., 2002; Resick & Schnicke, 1993). Jedoch zeigte sich die CPT als nicht wirksamer im Vergleich zu Prolonged Exposure (vgl. 2.6.6.3.2) (Marks et al., 1998; Resick et al., 2002; Resick et al., 2003; Tarrier, Pilgrim et al., 1999a; Tarrier, Sommerfield et al., 1999b).

2.6.6.3 Expositionsverfahren

Expositionsverfahren sind ein besonderer Ansatz kognitiv behavioraler Techniken zur Behandlung von Angststörungen. Gemäß der Lerntheorie wird angenommen, dass die Symptome von Angst und Vermeidung entstehen bzw. aufrechterhalten werden, wenn neutrale Stimuli (wie Gedanken, Bilder, Wörter etc.) mit dem traumatisierenden Ereignis gepaart werden und somit ebenfalls angstauslösend wirken können; Vermeidungsverhalten resultiert aus dem Versuch, die Angst zu verringern, die durch die konditionierten Stimuli ausgelöst wird (Solomon & Johnson, 2002). Ziel ist es folglich, den Patienten mit dem ursprünglich angstauslösenden Stimulus zu konfrontieren.

Dabei wird unterschieden zwischen *in vivo* und *in sensu* Exposition. Bei einer *in vivo* Exposition wird der Patient direkt mit dem gefürchteten Stimulus konfrontiert, z.B. einer Schlange, oder die Konfrontation findet am Ort des früheren Geschehens statt, z.B. Unfallort, Brücke. Dies ist allerdings häufig schon allein aus technischen Gründen nicht möglich. Bei einer *in-sensu* oder imaginativen Exposition gilt es, sich den gefürchteten Stimulus möglichst intensiv und genau vorzustellen. Dabei variieren diese Techniken hinsichtlich des Ausmaßes der Erregung, dass während der Konfrontation provoziert wird. So wird bei *systematischer Desensibilisierung* mit einem geringen Level an Erregung begonnen, welches bis hin zur maximalen Erregung gesteigert wird. Beim *flooding* hingegen findet in Form einer *in-vivo* Exposition eine sofortige Konfrontation mit dem maximal Angst auslösenden Stimulus statt.

2.6.6.3.1 Systematische Desensibilisierung

Zur graduellen Exposition wird eine Angst-Hierarchie bezüglich des gefürchteten Stimulus erstellt. Die Exposition erfolgt graduell ansteigend vom am wenigsten gefürchteten Stimulus ausgehend. Bei Brom et al. (1989) zeigte sich dieser Ansatz zusammen mit Hypno- und psychodynamischer Therapie der Wartelistenbedingung überlegen.

2.6.6.3.2 Prolonged Exposure (PE)

Bei dieser Therapie, die von Foa und Kollegen (1991) entwickelt wurde, soll sich der Patient das bzw. ein ausgewähltes traumatisches Erlebnis vor Augen führen und darüber im Präsens und in der Ich-Form berichten. Der Therapeut achtet dabei darauf, dass der Patient sich das Erlebnis in allen Sinnes- und Gefühlsqualitäten vorstellt, d.h. mit den dazugehörigen visuellen, akustischen, olfaktorischen und taktilen Eigenschaften sowie allen Formen aversiver Gefühle und veränderter Körperempfindungen. Eine Sitzung dauert etwa 60 Minuten. Beendet der Patient vor Ablauf der Sitzung seinen Bericht, wird er gebeten, wieder von vorne anzufangen. Während der Sitzung soll der Patient immer wieder sein Erregungslevel auf einer Skala von 0-100 (subjective units of distress, SUD) einschätzen. Die Sitzungen werden auf Kassette aufgenommen. Die Hausarbeit des Patienten besteht darin, sich dieses Band mindestens einmal am Tag anzuhören sowie in-vivo Exposition mit dem gefürchteten und vermiedenen Stimulus durchzuführen.

In verschiedenen randomisierten und kontrollierten Studien hat sich die Wirksamkeit von PE bestätigt. Dabei war Exposition nach dieser Vorgehensweise Ansätzen wie SC, Entspannungstrainings, SIT und Wartelistekontrollbedingungen überlegen (Foa et al., 1999,1991; Marks et al., 1998; Sommerfield et al., 1999; Tarrrier et al., 1999).

2.6.6.3.3 Eye Movement Desensitization (EMDR)

Eye Movement Desensitization (EMDR) wurde ursprünglich zur Behandlung traumatischer Erinnerungen entwickelt und sollte in dieser ursprünglichen Form nur eine Sitzung benötigen (Shapiro, 1989). Dieser Therapieansatz ist zwar relativ populär geworden, jedoch auch umstritten (Shapiro, 1995). Befürworter dieser Therapie postulierten, dass sakkadische Augenbewegungen (saccadic eye movements) Hirnfunktionen reprogrammieren würden, so dass die emotionalen Auswirkungen eines traumatischen Erlebnisses endgültig und vollstän-

dig aufgehoben werden könnten (Shapiro, 1995). Der Patient wird angewiesen, sich auf eine mit dem Trauma zusammenhängende Erinnerung und auf die damit zusammenhängenden Gefühle, Empfindungen und Gedanken zu konzentrieren, während er mit den Augen die Finger des Therapeuten verfolgt, die sich vor seinen Augen hin und her bewegen. Alternativ dazu wurde später formuliert, könne der Patient auch mit dem Finger auf die Tischplatte tippen, d.h. wesentlich ist seither nicht mehr die Augenbewegung, sondern ein alternierender Stimulus (Shapiro, 1995).

Diese Form imaginativer Exposition unterscheidet sich von PE, da hier assoziativen Erinnerungen und nicht einer strukturierten detaillierten Schilderung des traumatischen Ereignisses gefolgt wird. Nach Schilderung dieser aversiven Erinnerung soll der Patient an eine inkompatible positive Kognition denken wie z.B. Selbstwert, Glaubwürdigkeit etc. Nach einer Einheit von einigen Augenbewegungen werden die kognitiven und emotionalen Reaktionen mit dem Therapeuten besprochen. Der Klient soll sowohl die Stärke der negativen Erinnerung als auch seinen Glauben an die positive Kognition einschätzen (Friedman, 2000).

Verschiedene Studien weisen auf eine Überlegenheit von EMDR gegenüber einer Wartelistenkontrollgruppe hin (Foa & Meadows, 1997; van Etten & Taylor, 1998). In mehreren Studien stellte sich jedoch heraus, dass weder die Augenbewegungen noch eine andere Doppelaufgabe (wie Fingertippen während das Ereignis berichtet wird) keinen notwendigen Teil der Behandlung darstellen (Davidson & Parker, 2001; McNally, 1999; van Etten & Taylor, 1998). Der Ansatz von EMDR wurde seit seiner ersten Veröffentlichung immer weiter entwickelt. Dabei wurden kognitive Interventionen sowie Angstmanagement-Techniken zur ursprünglichen Version hinzugefügt, so dass EMDR mittlerweile zu einem eklektischen Ansatz geworden ist, und die Einzigartigkeit dieses Ansatzes zur Behandlung von PTBS nicht mehr länger besteht (vgl. hierzu Shapiro & Maxfield, 2002: Adaptive Information Processing, AIP).

2.6.7 Kombinierte Verfahren

Nachdem sich verschiedene Ansätze als wirksam in der Behandlung von PTBS gezeigt haben, wurden einige wenige Studien durchgeführt, um zu überprüfen, ob eine Kombination dieser Ansätze zu einer höheren Effektivität führen.

So wurde bei Marks et al. (1998) eine Kombination aus Exposition und kognitiver Therapie mit beiden Ansätzen einzeln sowie einem Entspannungstraining als Kontrollbedingung verglichen. Die Patienten aller Gruppen erhielten zehn Sitzungen Psychotherapie. Die

Ergebnisse zeigten eine Überlegenheit der Psychotherapiegruppen gegenüber der Kontrollbedingung, jedoch bewirkte die Kombination von Exposition und kognitiver Therapie keinen zusätzlichen Effekt. Bei Foa und Kollegen (1999) wurde eine Kombination von SIT und PE mit den jeweiligen Ansätzen allein und einer Wartelistenkontrollgruppe verglichen. Auch hier zeigte sich ein Effekt der aktiven Behandlungen gegenüber der Wartelistenkontrollgruppe, jedoch konnte auch hier keine gesteigerte Effektivität der kombinierten Behandlung gezeigt werden. Beide Arbeitsgruppen geben verschiedene Gründe für diese Befunde an (Foa, 2000; Foa et al., 1999; Marks et al., 1998). So wurde die Dauer der Behandlungen konstant gehalten, was für die Patienten mit einer kombinierten Therapie zu einem Übermaß an Information geführt haben kann. Zudem hatten diese Patienten doppelte Hausaufgaben, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Patienten nicht dazu gekommen sind, alle Aufgaben durchzuführen.

In einer aktuellen Studie von Bryant und Kollegen (2003) wurde eine Kombination von imaginativer Exposition und kognitiver Restrukturierung (IE/CR) mit imaginativer Exposition allein sowie stützender Therapie (SC) verglichen. Alle Gruppen erhielten acht wöchentliche Sitzungen, verbunden mit Hausaufgaben. Es zeigte sich, dass die Patienten aus den Gruppen mit IE/CR und IE eine stärkere Reduktion der PTBS- und Depressions-Symptome im Vergleich zur Gruppe, die SC erhielt, aufwiesen. Zudem zeigte die Gruppe mit der Kombinationsbehandlung einen stärkeren Rückgang der PTBS-Symptomatik sowie von dysfunktionalen kognitiven Strategien im Vergleich zu IE-Gruppe. Bryant und Kollegen (2003) erklären ihre Ergebnisse, die den anderen Studien entgegenstehen darin, vor allem damit, dass sie im Gegensatz zu den oben aufgeführten Studien keine in-vivo Exposition durchführten.

2.6.8 Narrative Expositionstherapie

Die Narrative Expositionstherapie wurde von Neuner und Kollegen (2002) konzipiert als eine standardisierte Kurzzeitintervention, die auf kognitiv verhaltenstherapeutischen Prinzipien basiert. Dabei wurde klassische Exposition an die Bedürfnisse von traumatisierten Personen angepasst, welche Krieg und Folter durchlebt haben. So wird im Rahmen einer klassischen Exposition der Patient aufgefordert, sein schlimmstes traumatisches Erlebnis wiederholt und möglichst detailliert zu erzählen und dabei alle mit dieser Erfahrung verbundenen Emotionen wieder zu erleben. Dies bewirkt in der Regel eine Habituation der emotionalen Reaktion auf die traumatische Erinnerung und damit letztlich einen Rückgang der PTBS-Symptome.

Jedoch ist es für Personen, die staatlich organisierte Gewalt erlebt haben, häufig schwierig, das schlimmste Erlebnis zu identifizieren, nachdem sie meist eine Vielzahl von Misshandlungen, Folter und Verfolgung erlebt haben. Daher wurde die NET konzeptionell an die Testimony Therapy (TT, Cienfuegos & Monelli, 1983) angelehnt, bei der der Patient eine Narration seines ganzen Lebens von der Geburt bis zum Zeitpunkt der Therapie erstellt. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf dem detaillierten Bericht der traumatischen Erfahrungen. Testimony Therapy wurde von Lira und Weinstein (Cienfuegos & Monelli, 1983) entwickelt, um traumatisierte Opfer des Pinochet-Regimes in Chile zu behandeln. In einer unkontrollierten Studie bei bosnischen Flüchtlingen in den USA hat sich dieser Ansatz als effektiv erwiesen (Weine et al., 1998).

Die Narrative Expositionstherapie zielt nun zum einen darauf ab, durch Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen eine Symptomreduktion der PTBS zu erreichen. Andererseits weisen einige Theorien daraufhin, dass das explizite autobiographische Gedächtnis häufig beeinträchtigt ist und einen fragmentierten Bericht der traumatischen Erfahrungen zur Folge hat (Ehlers & Clark, 2000). Entsprechend strebt die NET zusätzlich zur oben beschriebenen emotionalen Habituation eine Rekonstruktion des autobiographischen Gedächtnisses und damit eine konsistente Narration der traumatischen Erfahrungen und seiner Konsequenzen an.

Das Prozedere der NET sieht eine relativ geringe Anzahl an Sitzungen vor. Dabei erfolgt zunächst eine diagnostische Sitzung zur Erfassung einer PTBS. Im Anschluss daran erfolgt eine psychoedukative Einleitung, in der dem Patienten das Störungsbild und seine Symptome erklärt sowie der therapeutische Ansatz vorgestellt werden sollen. Im Rahmen dieser Psychoedukation soll darüber hinaus das Prinzip der Menschenrechte erklärt werden. In den eigentlichen Sitzungen soll dann der Patient mit Unterstützung des Therapeuten eine detaillierte und konsistente Narration seiner Biographie erstellen. Dabei liegt der Fokus auf der Integration anfänglicher Fragmente der traumatischen Erinnerungen zu einem Ganzen; es sollen die sensorischen, die emotionalen und die kognitiven Erinnerungen an das Erlebnis miteinander verknüpft werden. Die Narration wird niedergeschrieben und abhängig vom Wunsch des Patienten auch zu Dokumentationszwecken verwendet.

Im Verlauf der Sitzungen werden nach einander folgende Aspekte im Leben des Patienten besprochen: individuelle und Familien-Geschichte vor der Verfolgung, Erfahrungen von Beginn der Verfolgung bis hin zum ersten traumatischen Ereignis, die traumatisierenden Erfahrungen, die Flucht, das Leben im Flüchtlingslager/Flüchtlingswohnheim, zukunftsbezo-

gene Pläne, Hoffnungen und Ängste. Die mitgeschriebene Narration wird in der jeweiligen Folgesitzung vorgelesen, und der Patient ist aufgefordert, diesen Bericht zu korrigieren und weitere Details hinzuzufügen.

Der Therapeut strukturiert die Therapie und hilft, uneindeutige Beschreibungen zu klären. Besonderer Wert wird dabei auf seine Haltung als empathisch und akzeptierend gelegt. Obwohl der Patient zwar aufgefordert wird, seine traumatischen Erfahrungen so detailliert wie möglich zu schildern und dabei alle aufkommenden Gefühle und Wahrnehmungen zu berichten, wird immer ihm wieder verdeutlicht, dass er den Ablauf bestimmt und nichts gegen seinen Willen geschehen wird.

Bei der Arbeit mit Flüchtlingen sind in der Regel Sprachmittler nötig. Dabei ist es wichtig, diese im Vorfeld über die Ziele und mögliche Inhalte der Therapie aufzuklären.

In der letzten Sitzung wird die gesamte Narration noch einmal vorgetragen. An ihrem Ende wird das Dokument vom Patienten, dem Therapeuten und dem Dolmetscher unterzeichnet. Der Patient erhält eine eigene Kopie dieser Narration wie auch der Therapeut eine Kopie für wissenschaftliche Zwecke behält. Mit Einverständnis des Patienten wird eine – anonymisierte – Kopie der Narration an Menschenrechtsorganisationen weitergereicht oder in anderer Form veröffentlicht.

Die NET hat sich in einer randomisierten kontrollierten Studie von Neuner (2003, in press) als wirksam zur Behandlung von PTBS bei sudanesischen Flüchtlingen in einem ugandischen Flüchtlingslager erwiesen. In dieser Studie wurde eine Behandlung mit NET innerhalb von vier Sitzungen abgeschlossen. Hinsichtlich der PTBS-Symptomatik ergab sich für die mit NET behandelten Patienten ein signifikanter Unterschied im Post-Test, der sich nicht für die anderen Gruppen (stützende Therapie, Psychoedukation) abzeichnete. Von den Patienten der NET-Gruppe erfüllten im Vergleich zu den anderen Gruppen bei der Nachuntersuchung signifikant weniger die Kriterien einer PTBS-Diagnose.

Die vorliegende Diplomarbeit beschreibt eine Pilotstudie zur Evaluation der Effektivität der NET bei Flüchtlingen mit unsicherem Aufenthaltsstatus in Deutschland.

2.6.9 Therapie bei Flüchtlingen im Exil

Es gibt nur wenig Forschung zur psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen im Exil (Mücke, 1992). Für Flüchtlinge im nicht abgeschlossenen Asylverfahren waren keine Studien zu dieser Thematik zu finden. Wie unter 2.5 aufgeführt, gibt es allerdings umso mehr Veröffentlichungen, die Hinweise darauf geben, was es im Umgang, vor allem auch im psychotherapeutischen Kontakt mit Flüchtlingen zu berücksichtigen gilt.

Die Studie von Neuner et al. (2003, in press) zeigte, dass selbst in der unsicheren Umgebung eines Flüchtlingslagers in einem Entwicklungsland erfolgreiche Psychotherapie durchgeführt werden kann. Dies steht Argumentationen entgegen, dass Flüchtlinge erst von Psychotherapie profitieren können, wenn Grundbedürfnisse wie Ernährung und Sicherheit gewährleistet sind.

Otto et al. (2003) beschreiben eine randomisierte kontrollierte Studie zur Wirksamkeit von Sertralin (engl.: sertraline; SSRI) allein versus Sertralin in Kombination mit kognitiv behavioraler Therapie zur Behandlung traumatisierter weiblicher kambodschanischer Flüchtlinge, die nicht auf eine Behandlung mit Clonazepam (Antikonvulsivum) in Kombination mit einem SSRI (kein Sertalin) ansprachen. Die Psychotherapie bestand aus einer Kombination von Psychoedukation, Exposition und kognitiver Restrukturierung. Sie fand in Form einer Gruppentherapie über zehn Sitzungen und in der Muttersprache der Patientinnen – Khmer – statt. Ihre Ergebnisse zeigen, dass die Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie eine deutliche Symptomverbesserung, die Pharmakotherapie alleine nur eine moderate Symptomverbesserung bewirkte. Die Autoren weisen daraufhin, dass bei der Durchführung sehr auf kulturspezifische Bedürfnisse der Patientinnen eingegangen wurde. So wurde die Therapie in den Räumen eines buddhistischen Tempels durchgeführt. Zudem wurde bei der kognitiven Restrukturierung wie auch bei der Exposition Wert auf eine kulturspezifische Interpretation der Angst-Symptomatik gelegt. Allerdings sind aufgrund der kleinen Patientengruppen (N=10) die Effektstärken möglicherweise nicht reliabel. Darüber hinaus ist der Einfluss religiöser Aspekte (Therapie in einem Tempel) auf die Wirkung der kognitiv-behavioralen Therapie unklar. Nachdem es keine Wartelistenkontrollgruppe gab, können Spontanremission und unspezifische Effekte nicht ausgeschlossen werden. Zudem ist unklar, ob mithilfe von Sprachmittlern oder einem bilingualen Therapeuten gearbeitet wurde sowie welchen Aufenthaltsstatus die Patientinnen in den USA haben. Schließlich ist aufgrund der Kulturspezifität und der rein weiblichen Patientengruppe eine Verallgemeinerung auf andere Flüchtlingsgruppen nur eingeschränkt möglich.

In einer Pilotstudie von Weine und Kollegen (1998) wurde eine Gruppe von 20 bosnischen Flüchtlingen mit sechs Sitzungen Testimony Therapy von je 90 Minuten Dauer behandelt. Die Patienten waren alle nach Chicago umgesiedelt. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Therapie zur Verbesserung von PTBS- und Depressionssymptomatik sowie der Funktionsfähigkeit führen kann. Einschränkend ist zu bemerken, dass es keine Wartelistenkontrollgruppe gab, daher also weder Spontanremission noch unspezifische Effekte kontrolliert wurden.

In ihrer Studie verglichen Paunovic und Öst (2001) kognitiv behaviorale Therapie (CBT) mit Exposition in ihrer Wirksamkeit an einer Gruppe von Flüchtlingen in Schweden. Die Patienten erhielten 16-20 wöchentliche Sitzungen, wobei die CBT Anteile von kognitiver Therapie, Exposition und kontrolliertem Atmen enthielt. Beide Therapieansätze zeigten sich gleich effektiv. Einschränkend ist hier zu erwähnen, dass nur Flüchtlinge mit ausreichenden Sprachkenntnissen und andauernder Aufenthaltsgenehmigung an dieser Studie teilnehmen konnten. Zudem gab es keine Wartelistenkontrollgruppe zur Kontrolle von Spontanremission und unspezifischen Effekten. Darüber hinaus erlaubt dieser Studie nur Aussagen über Flüchtlinge, denen eine Flucht in ein westliches Industrieland sowie die Adaption an die jeweilige Kultur gelungen ist und die einen dauerhaften Aufenthaltsstatus erlangt haben. Das bedeutet, dass Belastungen z.B. durch ein noch ausstehendes Asylverfahren für diese Patienten nicht mehr bestanden, diese Studie somit aber auch nur eingeschränkte Aussagekraft für Asylsuchende mit psychiatrischer Symptomatik hat. Wie oben (2.5.4) aufgeführt, bedeuten ein unsicherer Aufenthaltsstatus und das Leben in einem Flüchtlingswohnheim eine große zusätzliche Belastung.

Für asylsuchende Flüchtlinge in einem westlichen Exilland liegen offenbar noch keine kontrollierten Studien vor. Die vorliegende Diplomarbeit soll die Relevanz intensiver Therapieforschung für diese Personengruppe verdeutlichen und einen Beitrag in dieser Hinsicht leisten.

3. FRAGESTELLUNGEN

Aus den obigen Darstellungen ist der Bedarf an wirkungsvollen spezifischen Psychotherapien zur Behandlung von PTBS (bei im Exil lebenden) Flüchtlingen deutlich geworden. Jedoch wurden entsprechende Therapiestudien in der Regel nur mit Flüchtlingen durchgeführt, die zumindest eine dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung besaßen. Für Flüchtlinge mit PTBS in einem westlichen Exilland, die noch keinen geklärten Aufenthaltsstatus haben, liegen keine kontrollierten Studien vor, häufig, weil eben dieser Aufenthaltsstatus auch den Wissenschaftlern zu unsicher ist. Zudem wird häufig argumentiert, dass zu allererst der Aufenthaltsstatus geklärt sein muss, bevor eine Psychotherapie erfolgreich sein kann.

Allerdings zeigte sich, dass Psychotherapie – in diesem Fall die Narrative Expositionstherapie - auch in einem Umfeld wie einem ugandischen Flüchtlingslager sehr wirkungsvoll sein kann (Neuner et al., 2003, in press). Die Flüchtlinge hatten zum einen ein großes Interesse an psychotherapeutischer Behandlung trotz unsicherem Umfeld und Mangel an Nahrung sowie medizinischer Versorgung. Zum anderen konnte bei den Nachuntersuchungen festgestellt werden, dass insbesondere die Flüchtlinge, die von der Therapie profitierten, das Lager verlassen hatten, um sich Arbeit zu suchen und so das eigene Überleben zu sichern.

Vorliegend soll im Rahmen einer Pilotstudie die Wirksamkeit der Narrativen Expositionstherapie und ihre Durchführbarkeit bei asylsuchenden Flüchtlingen in Deutschland überprüft werden.

Dabei interessiert vor allem, inwieweit sich die PTBS-Symptomatik verändert. Es soll überprüft werden, ob sich eine NET-Wirkung für die gesamte Symptomatik, aber auch für die einzelnen Symptomgruppen Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung finden lässt.

Die NET wurde vorrangig zur Behandlung von PTBS entwickelt. Jedoch ist fraglich, ob sich diese Behandlung auch auf die häufig komorbide Angst- wie auch depressive Symptomatik auswirkt.

4. METHODEN

4.1 Setting

Diese Therapiestudie fand statt in den Räumlichkeiten des Labors der Klinischen Psychologie der Universität Konstanz sowie der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge*, welche in Form einer Kooperation von vivo und der Universität Konstanz seit Januar 2003 existiert. Im Rahmen jahrelanger gutachterlicher Tätigkeit der Arbeitsgruppe Psychotraumatologie zur PTBS-Diagnostik bei Flüchtlingen in Asylverfahren wurde ein großer psychotherapeutischer Behandlungsbedarf deutlich. Infolge dessen wurde die vorliegend beschriebene Pilotstudie zur Evaluation der Wirksamkeit der Narrativen Expositionstherapie (NET; vgl. 2.6.8) bei Asylbewerbern zur Behandlung von PTBS durchgeführt. Dabei wurde die NET mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die Kontrollgruppe wurde eingeführt, um Spontanremissionen sowie unspezifische Behandlungseffekte zu kontrollieren.

Es wurden standardisierte klinische Instrumente eingesetzt, um die Behandlungseffekte zu erfassen (vgl. 4.3). Diese Nachuntersuchungen fanden für beide Gruppen im Abstand von etwa sechs Monaten statt.

4.2 Stichprobe

In dem Zeitraum der Pilotstudie, d.h. November 2001-Oktober 2003, wurden 71 Asylbewerber psychodiagnostisch untersucht. Diese Flüchtlinge wurden in der Regel über Hilfsorganisationen, Rechtsanwälte oder den zuständigen Richter an die *Psychologische Ambulanz für Flüchtlinge* zur psychodiagnostischen Begutachtung überwiesen. Nachdem bekannt wurde, dass in der Ambulanz auch Therapie angeboten wird, meldeten sich Flüchtlinge auch zunehmend selbst an.

Von diesen 71 Asylbewerbern gaben 56 (78,9%) Foltererfahrungen an. Bei 60 (84,5 %) Flüchtlingen wurde eine PTBS gemäß DSM-IV diagnostiziert. Es sollte zu Beginn der Studie allen Flüchtlingen, welche die Kriterien einer PTBS erfüllten, eine NET angeboten werden. Zu jetzigen Zeitpunkt (November 2003) sind sieben Therapien mit Nachuntersuchung abgeschlossen. Dabei stellt eine dieser Therapien einen Sonderfall dar, da diese Patientin kurz nach Abschluss der Narrativen Expositionstherapie (NET) in ihr Heimatland abge-

schoben wurde, später wieder nach Deutschland zurückgekehrt ist und dann nach erneuter Traumatisierung aufgrund der Abschiebung eine weitere NET erhalten hat. Entsprechend wurde dieser Fall nicht in die Statistik einbezogen.

Darüber hinaus sind acht weitere Therapien noch nicht abgeschlossen bzw. ohne Nachuntersuchung. Von diesen acht sind wiederum zwei Sonderfälle zu verzeichnen. Ein Patient hat zwar dringendes Therapieinteresse, hat aber nach zwei NET-Sitzungen um eine vorläufige Aussetzung der weiteren Sitzungen gebeten. Er lebt als mittlerweile anerkannter Flüchtling in Deutschland und möchte erst seine Lebenssituation stabilisieren, bevor er sich im Rahmen der NET mit seinen traumatischen Erfahrungen auseinandersetzt. Bei einer anderen Patientin hat sich nach Beginn der NET eine so komplexe Symptomatik abgezeichnet, dass zugunsten der Patientin vom üblichen NET-Protokoll abgewichen und eine Langzeittherapie angesetzt wurde, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen ist.

Schließlich stehen neun weitere Personen auf einer Warteliste, die ein dringendes Interesse an einer NET geäußert haben. Zudem melden sich zunehmend Flüchtlinge, die explizit wegen einer Therapie zur *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* kommen möchten.

An der Studie nicht teilnehmen konnten Personen, die keine PTBS beziehungsweise zusätzlich zur PTBS neurologische Krankheiten oder Läsionen aufweisen. Ein weiteres Kriterium zur Teilnahme an dieser Studie war die Entfernung des Wohnortes des Patienten zur *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* in Konstanz. Die stationäre Unterbringung eines Patienten auf der Forschungsstation war nur in Ausnahmefällen möglich, weshalb die Teilnehmer an dieser Studie überwiegend im süddeutschen Raum lebten, da ansonsten die Umsetzung einer Therapie mit sechs bis acht Sitzungen innerhalb von wenigen Wochen als unwahrscheinlich eingestuft wurde.

Als kein Ausschlusskriterium galt eine andere Psychotherapie außerhalb der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* im Zeitraum der Teilnahme an dieser Studie. Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, hatte die Hälfte der Kontrollgruppe Psychotherapie. Zudem erhielten alle bis auf einen, der sich in externer Psychotherapie befand, eine medikamentöse Behandlung. Somit besteht die Kontrollgruppe aus Patienten, welche eine sogenannte „übliche Behandlung“ (treatment as usual) erhielten. Auch ein Drittel der Therapie-Gruppe hatte parallel anderen therapeutischen Kontakt. Dieser Umstand findet in der Diskussion (vgl. 6.) entsprechende Berücksichtigung.

Den Patienten der Therapiegruppe wurde mit Beginn der Therapie eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an dieser Therapiestudie vorgelegt, in welcher der Ablauf der Therapie sowie der Nachuntersuchung ausführlich dargestellt wurde (siehe Anhang). Die Patienten der Kontrollgruppe wurden jeweils sechs Monate nach ihrer ersten diagnostischen Untersuchung kontaktiert und gefragt inwiefern sie zu einer zweiten diagnostischen Untersuchung bereit wären, wobei alle Patienten auf eine mögliche Nachuntersuchung bereits bei der ersten psychodiagnostischen Untersuchung hingewiesen worden sind. Diese Vorgehensweise begründet sich vor allem auf den Umstand, dass es bei der untersuchten Klientel in der Regel unsicher ist, inwieweit der Patient noch in Deutschland lebt, wenn in der Ambulanz Kapazitäten für eine Therapie frei werden sollten bzw. ein Nachuntersuchungstermin angesetzt werden könnte. Entsprechend ergeben sich für die Datenanalyse Gruppengrößen von jeweils $n = 6$ für die Gruppe, die Therapie erhielt, wie auch für die Kontrollgruppe. In die Kontrollgruppe dieser Diplomarbeit wurden nur die Patienten einbezogen, welche hinsichtlich der Abstände der Untersuchungszeitpunkte mit der Therapiegruppe größtmöglich übereinstimmten. Es hatten mehr als sechs Patienten eine weitere diagnostische Untersuchung erhalten, jedoch zeigten sich aus verschiedenen Gründen wie Untersucherkapazitäten, Teilnahmebereitschaft in Abhängigkeit vom Stand des Asylverfahrens usw. große Schwankungen hinsichtlich der Untersuchungsabstände.

Alle Patienten erhielten als Gegenleistung zu ihrer Teilnahme an den diagnostischen Untersuchungen ein psychodiagnostisches Gutachten.

Mithilfe mehrerer Fisher's Exact-Tests, t-Tests sowie Mann Whitney-U-Tests, wenn die Varianzen im t-Test ungleich ausfielen, wurden systematische Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Variablen zwischen den beiden Gruppen zum ersten Untersuchungszeitpunkt getestet. Dabei ergab sich nur für eine der getesteten Variablen, die Einnahme von Schmerzmitteln, ein signifikanter Unterschied.

Tabelle 1. Soziodemographische Angaben für die Kontrollgruppe (KG) und die Therapiegruppe (NET)

	KG (n = 6)		NET (n = 6)		Statistik	
Alter (SD)	31,2	(6,0)	31,5	(7,9)	$t(10) = -0,1$	$p > .05$
Sex N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Männlich	4	(66,7)	5	(83,3)		
Weiblich	2	(33,3)	1	(16,7)		
Ehestatus N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Ledig	3	(50,0)	2	(33,3)		
Verheiratet	3	(50,0)	4	(66,6)		
Kinder (Ja/Nein) N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Nein	3	(50,0)	2	(33,3)		
Ja	3	(50,0)	4	(66,6)		
Anzahl Kinder (SD)	2,2	(2,5)	1,7	(1,5)	$U = 16,5$	$p > .05$
Jahre formaler Schulbildung (SD)	5,0	(5,1)	8,2	(5,0)	$t(10) = -1,1$	$p > .05$
Ethnische Zugehörigkeit N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Kurdisch	6	(100,0)	4	(66,7)		
Andere	0	(0,0)	2	(33,3)		
Flüchtling/Folteropfer N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Nur Flüchtling	0	(0,0)	1	(16,7)		
Folteropfer	6	(100,0)	5	(83,3)		
Immigrationsstatus N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Asylbewerber	1	(16,7)	1	(16,7)		
Duldung / Abschiebung / illegal	5	(83,3)	5	(83,3)		
Wohnsituation N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Flüchtlingswohnheim	5	(83,3)	5	(83,3)		
Eigene Wohnung	1	(16,7)	1	(16,7)		
Monate im Exil (SD)	70,7	(53,9)	70,7	(65,1)	$t(10) = 0,0$	$p > .05$
Anzahl Verhaftungen (SD)	11,8	(16,4)	7,5	(9,3)	$t(10) = 0,6$	$p > .05$
Anzahl Tage in Haft (SD)	20,3	(24,3)	29,7	(33,9)	$t(10) = -0,6$	$p > .05$
Alter beim ersten traumatischen Erlebnis (SD)	16,7	(6,5)	14,0	(7,0)	$t(10) = 0,7$	$p > .05$
Alter bei erster Folter (SD)	20,3	(9,5)	23,4	(5,5)	$t(9) = -0,6$	$p > .05$
Anzahl vermisster/ermordeter Familienmitglieder (SD)	0,8	(1,3)	0,5	(0,8)	$t(10) = 0,5$	$p > .05$
Anzahl verhafteter/gefolterter Familienmitglieder (SD)	1,3	(1,0)	0,5	(0,8)	$t(10) = 1,5$	$p > .05$
Anxiolytika N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Ja	1	(16,7)	3	(50,0)		
Nein	5	(83,3)	3	(50,0)		
Neuroleptika N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Ja	1	(16,7)	1	(16,7)		
Nein	5	(83,3)	5	(83,3)		
Antidepressiva N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Ja	2	(33,3)	4	(66,7)		
Nein	4	(66,7)	2	(33,3)		
Phasenprophylaktika N (%)	0	(100,0)	0	(100,0)	Keine Statistik	
Schmerzmittel N (%)					Fisher's Exact	$p < .05$
Ja	5	(83,3)	0	(0,0)		
Nein	1	(16,7)	6	(100,0)		
Schlafmittel N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Ja	0	(0,0)	1	(16,7)		
Nein	6	(100,0)	5	(83,3)		
Alkoholmissbrauch N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Ja	0	(0,0)	1	(16,7)		
Nein	6	(100,0)	5	(83,3)		
Drogenmissbrauch N (%)	0	(100,0)	0	(100,0)	Keine Statistik	
Medikamentenmissbrauch N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Ja	1	(16,7)	0	(0,0)		
Nein	5	(83,3)	6	(100,0)		
Zigarettenkonsum (SD)	5,8	(14,3)	18,3	(24,0)	$t(10) = -1,1$	$p > .05$
Kopfverletzung N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Schläge ins Gesicht bzw. Kopfverletzung	5	(83,3)	5	(83,3)		
Nein	1	(16,7)	1	(16,7)		
Therapie neben NET N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Ja	2	(33,3)	3	(50,0)		
Nein	4	(66,7)	3	(50,0)		

	KG (n = 6)		NET (n = 6)		Statistik	
Psychiatrische stationäre Aufenthalte (SD)	0,3	(0,5)	0,2	(0,4)	$t(10) = 0,6$	$p > .05$
Autoaggressiv N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Ja	2	(0,0)	0	(0,0)		
Nein	4	(83,3)	6	(100,0)		
Impulskontrolle N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Schwierigkeiten bzw. Gewalt gegen andere	4	(66,7)	4	(66,7)		
Nein	2	(33,3)	2	(33,3)		
Suizidalität N (%)					Fisher's Exact	$p > .05$
Suizidpläne bzw. -versuche	4	(66,7)	2	(33,3)		
Nein bzw. Ideation	2	(33,3)	4	(66,7)		

Hinsichtlich der posttraumatischen Symptomschwere der Patienten (= Gesamtpunktwert PDS) unterscheidet sich die Kontrollgruppe nicht signifikant von der Therapiegruppe zum ersten Untersuchungszeitpunkt ($t(10) = -1,0; p > .05$). Des Weiteren ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in den PTBS-Symptomuntergruppen Wiedererleben ($t(10) = -1,2; p > .05$), Vermeidung ($t(10) = -1,0; p > .05$), Übererregung ($t(10) = -0,5; p > .05$). Dies gilt auch für die Untergruppen im HSCL Ängstlichkeit ($t(10) = 1,1; p > .05$) und Depressivität ($t(10) = 0,3; p > .05$). Darüber hinaus wurden die beiden Gruppen hinsichtlich der Somatisierung verglichen. Dabei zeigte sich, dass sich die Kontrollgruppe nicht signifikant von der Therapiegruppe in der Schmerzsymptomatik unterschied ($t(10) = 2,1; p > .05$). Jedoch wurde ein signifikanter Unterschied für die Konversionssymptomatik gefunden ($t(10) = 3,5; p < .01$). Die Mittelwerte und Standardabweichungen der hier aufgeführten Gruppenvergleiche sind in Tabelle 2 (vgl. 5.) aufgeführt.

Nachdem auch medikamentöse Behandlung als übliche Behandlung einer PTBS angesehen werden kann, wurden die beiden Gruppen auch hinsichtlich dieser Bedingung verglichen. Zum einen, wie oben in Tabelle 1 für die einzelnen Medikamentenklassen, zum anderen aber wurde auch noch ein Vergleich für die zusammengefassten Medikamentenklassen durchgeführt. Dabei wurde die Summe der eingenommenen Medikamente, d.h. von Anxiolytika, Neuroleptika, Antidepressiva, Schmerz- und Schlafmittel gebildet. Es zeigte sich auch hier kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($t(10) = 0,0; p > .05$)

4.3 Instrumente

Wie oben beschrieben, wurde zunächst eine Vielzahl an Flüchtlinge psychodiagnostisch untersucht, bevor die Pilotstudie zur psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen eingeführt wurde. Von Anfang an bestand das Konzept, die erhobenen bzw. zu erhebenden Daten abgesehen vom Gutachten auch zur wissenschaftlichen Auswertung zu verwenden. Mit Einführung der Therapiestudie wurde der Katalog der eingesetzten Instrumente zur Erfassung psychiatrischer Symptome insofern umgestellt, als er den Ansprüchen beider Ziele (diagnostisches Gutachten sowie wissenschaftliche Fragestellung) einer solchen Untersuchung gerecht werden sollte.

Das klinische Interview setzte sich entsprechend zusammen aus einem von der Ambulanz entwickelten soziodemographischen Fragebogen, Fragen zu Haft- und Fluchterlebnissen, der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa, 1995) zur Erfassung einer PTBS und der Schwere der Symptomatik insgesamt sowie der Symptomuntergruppen. Darüber hinaus wurde der entsprechende Teil K des Composite International Diagnostic Interviews (CIDI; WHO, 1997) eingesetzt, um die PTBS-Diagnose abzusichern, da die PDS hinsichtlich der PTBS-Diagnose leicht überschätzt. Zusätzlich wurden die Abschnitte C und G des CIDI zur Erfassung von Somatisierungen bzw. Dissoziationen, Halluzinationen/Wahnvorstellungen und psychotischen Erlebnissen für den Zeitraum der vorangegangenen vier Wochen (CIDI C) bzw. 12 Monate (CIDI G) abgefragt. Zur Erfassung von allgemeiner Angst und Depressivität wurde die HSCL-25 (Derogatis et al., 1974) eingesetzt.

Die Interviews wurden von geschulten klinischen Psychologen der Universität Konstanz und in der Regel mit Unterstützung von Dolmetschern durchgeführt. Zudem wurden sie strukturiert durchgeführt, um eine Standardisierung zu gewährleisten. Die Therapien wurden von klinischen Psychologen der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* und der Universität Konstanz durchgeführt, welche die NET entwickelt haben oder darin ausgebildet wurden. Es wurde darauf geachtet, dass der Interviewer der Nachuntersuchung weder die erste diagnostische Untersuchung noch die Therapie bei dem jeweiligen Patienten durchgeführt hatte.

Zur Evaluation der NET werden im folgenden die Daten der soziodemographischen Erhebung, der PDS, der HSCL-25 sowie des CIDI Sektion C (Somatisierung) herangezogen. Dabei wurde die Skala zur Erfassung der Somatisierung in die Datenanalyse wie folgt einbezogen: aus den Daten wurden zur Analyse in die zwei Symptomgruppen Schmerzen und dissoziative Symptome aufgeteilt. Dabei wurde die Summe der jeweilig berichteten Symptome für die Datenanalyse verwendet. Im folgenden sollen diese Instrumente kurz vorgestellt wer-

den, wobei der CIDI als bekannt vorausgesetzt und daher nicht näher erläutert wird. Das Interview mit sämtlichen Fragebögen ist im Anhang aufgeführt.

4.3.1 Soziodemographische Daten

Im soziodemographischen Fragebogen der Untersuchung wurden allgemeine demographische Daten sowie Informationen zur Gesundheit und traumatischen Erfahrungen erhoben. Wichtig war vor allem auch die Zeit seit Überschreiten der Grenzen des Herkunfts- wie auch des Exillands sowie die Situation der Familie, d.h. ob jemand alleine oder mit – evtl. nur einem Teil – seiner Familie nach Deutschland geflohen ist.

4.3.2 Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

Die PDS (Foa, 1995) ist ein aus 49 Items bestehender Selbstberichtfragebogen, der mit dem Ziel entwickelt wurde, das Bedürfnis nach einem einfach und schnell zu verwendenden Untersuchungsinstrument für eine reliable Diagnose von PTBS nach den Kriterien des DSM-IV zu ermöglichen. Zudem ermöglicht die PDS eine Angabe des Schweregrads der PTBS. Die PDS wurde ursprünglich nicht als Ersatz für ein strukturiertes klinisches Interview konzipiert, sondern vielmehr als Screening-Instrument für Risikopopulationen, die in besonderem Maß für die Entwicklung einer PTBS gefährdet sind. Die PDS wurde an einer Altersgruppe von 18 bis 65 Jahren validiert.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die PDS wie alle anderen Fragebögen als Interview durchgeführt. Darüber hinaus wurde sie in leicht modifizierter Version verwendet: Teil I und II der PDS, die sich mit den Anforderungen an das Ereigniskriterium und der Beschreibung des traumatischen Ereignisses befassen, wurden um eine selbst entwickelte Ereignisliste ergänzt (Haft-/Fluchterlebnisse), die als geeigneter, da detaillierter angesehen wurde. Der mittlere Abschnitt der PDS befasst sich mit der Beschreibung der Symptomatik, die entsprechend der Diagnose-Kriterien B bis D des DSM-IV unterteilt ist in Wiedererleben (Items 22-26), Vermeidung (Items 27-33) und Übererregung (Items 34-38), wobei für die Diagnosestellung diese Symptome innerhalb der letzten vier Wochen vor der Untersuchung aufgetreten sein müssen. Die Items dieser modifizierten Version des PDS konnten auf einer Skala von 0 (nie, überhaupt nicht) bis 4 (5 mal oder öfter pro Woche/fast immer) kodiert werden (ur-

sprünglich 0 bis 3). Mit dieser Veränderung der ursprünglichen Erfassung wurde eine Erleichterung der Codierung für die Interviewer geschaffen, nachdem vor allem die Mehrzahl der Flüchtlinge eine Vielzahl an traumatischen Erfahrungen gemacht hatte.

Innerhalb der Normstichprobe der PDS konnte ein Alterseffekt nachgewiesen werden, wobei ältere Menschen mit höherer Wahrscheinlichkeit eine PTBS-Diagnose erhielten. Es konnte hingegen kein signifikanter Effekt von Geschlecht, Ethnie, Einkommen und Bildungsniveau auf die Diagnose einer PTBS gefunden werden (Foa, 1995).

Die Retest-Reliabilität der PDS nach einem Zeitraum von 10-22 Tagen anhand einer Stichprobe von 110 Personen (weibliche Vergewaltigungsopfer in den USA) erbrachte einen Kappa-Koeffizienten von .74, was eine gute Übereinstimmung indiziert. Eine Überprüfung der Übereinstimmung zwischen den PDS-Summenscores ergab einen Korrelationskoeffizienten nach Pearson von .83, was ein hohes Maß an Reliabilität anzeigt. Die Berechnung der inneren Konsistenz des Fragebogens erbrachte für die 17 Items der PDS ein Cronbach's Alpha von .92.

Validitätsschätzungen der PDS anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM (SCID; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992) erbrachten eine Sensitivität von .82 und eine Spezifität von .77 (Foa, 1995).

4.3.3 Hopkins Symptom Checklist – 25 (HSCL-25)

Die Hopkins Symptom Checklist ist ebenfalls als Selbstberichtfragebogen entwickelt worden (Derogatis et al., 1974). Im Laufe der Zeit wurden verschiedene Versionen davon entwickelt, so dass mittlerweile 25- bis 90-Items Versionen vorliegen. In der Version mit 58 Items zum Beispiel werden fünf Symptomdimensionen stabil erfasst: Somatisierung, Zwangssymptomatik, interpersonelle Sensibilität, Depression und Angst (Derogatis et al., 1974). Die Selbstbeurteilung erfolgt in jeder Version der HSCL auf einer Vier-Punkte-Ordinalskala, auf welcher die wahrgenommene Belastung durch ein jeweiliges Symptom eingeschätzt werden soll. Dabei entspricht „gar keine Belastung“ dem Skalenwert 1 und „extreme Belastung“ dem Skalenwert 4. Abgefragt wurde in den Normstichproben der Zeitraum der vergangenen sieben Tage, wobei der Tag der Befragung eingeschlossen ist.

In der diagnostischen Untersuchung hier wurde die HSCL in der Kurzversion mit 25 Items eingesetzt. Zudem wurde sie als Interview durchgeführt, um ein einheitliches Verständ-

nis und damit eine Vergleichbarkeit der Items zu gewährleisten. (Analphabeten, verschiedene kulturelle Hintergründe, Rollenverständnis männlich/weiblich).

Die HSCL-25 wurde für die Allgemeinbevölkerung validiert (Winokur et al., 1984; Mollica 1987). In verschiedenen Studien wurde eine transkulturelle Stabilität bestätigt (Kinzie & Manson, 1987; Butcher, 1991). Die Checkliste kann zudem als Selbst- oder Fremdrating durchgeführt werden.

Die HSCL-25 umfasst 10 Ängstlichkeits-, 13 Depressionsitems sowie 2 Items zur Erfassung somatischer Symptome. Der Summenscore wird berechnet aus der Summe aller Antworten geteilt durch die Anzahl der beantworteten Items, d.h. 10 zur Berechnung der Ängstlichkeit bzw. 15 zur Berechnung der Depressivität (hier werden Depressions- und Somatisierungsitems zusammengenommen). Werte über einem kritischen Wert von 1,75 gelten als „klinisch signifikante(r) Stress/Belastung“ (Mollica et al., 1987).

4.4 Prozedere

Die diagnostischen Untersuchungen wurden anfangs nur von einer klinischen Psychologin, im Verlauf der Zeit und mit Beginn der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* schließlich von sechs klinischen Psychologen durchgeführt. Eine solche Untersuchung umfasste eine umfangreiche psychologische Diagnostik wie oben dargestellt sowie eine MEG-Untersuchung. Letztere ist nicht Bestandteil dieser Diplomarbeit, weshalb nicht näher auf das Untersuchungsdesign im MEG eingegangen wird. Aufgrund dieser umfangreichen Diagnostik, dauerte ein Interview mit angeschlossener MEG-Untersuchung zwischen 8 bis 10 Stunden. Nach Möglichkeit wurden weibliche Teilnehmer nur von Frauen interviewt, um eine Vermeidung der Angabe sexueller Traumata zu verhindern (siehe auch Hinton, 1993). So wurde auch bei der Auswahl der Dolmetscher geschlechtssensitiv und kultursensitiv vorgegangen. Es wurde von jedem Teilnehmer eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der MEG-Untersuchung sowie eine Schweigepflichtentbindung des Untersuchers gegenüber dem Rechtsanwalt oder jeweiligen Betreuer zur Zusendung des Gutachtens erhalten. Darüber hinaus wurde der jeweilige Dolmetscher über die Schweigepflicht aufgeklärt und anschließend eine Schweigepflichterklärung von ihm unterschrieben.

Die Nachuntersuchungen sollten im Abstand von sechs Monaten stattfinden und folgten im Ablauf dem gleichen Prozedere wie die Erstuntersuchungen mit Ausnahme des sozio-

demographischen Fragebogens, der in verkürzter Version eingesetzt wurde. Die Nachuntersuchungen konnten aufgrund der zunächst kleinen Arbeitsgruppe nicht blind zugeteilt werden, das heißt, die Untersucher wussten im Vorfeld, ob ein Patient eine NET erhalten hatte oder nicht. Zudem war in der Regel auch bei den Nachuntersuchungen ein Gutachten oder zumindest eine Stellungnahme zu erstellen, weshalb der Untersucher zur adäquaten Vorbereitung in die gesamte Aktenlage des asylsuchenden Patienten eingearbeitet sein musste. Damit lagen und liegen noch gegensätzlichen Anforderungen (blind gegenüber der unabhängigen Variable vs. umfassender Information der Aktenlage) für den Untersucher in der Nachuntersuchung vor. In der vorliegenden Pilotstudie wurde dieses Dilemma zugunsten der Patienten und zu Lasten der Studie gelöst, d.h. die Untersucher wurden nicht blind zugeteilt. Allerdings wurde eine Nachuntersuchung immer von einem anderen klinischen Psychologen durchgeführt als dem, der die erste diagnostische Untersuchung oder die Therapie durchgeführt hat. Die Abstände zwischen der ersten und der zweiten diagnostischen Untersuchung betragen schließlich bei der Therapiegruppe 6,2 Monate ($m = 184,7$ Tage; $SD = 17,4$) und in der Kontrollgruppe 7,1 Monate ($m = 211,5$ Tage; $SD = 30,4$), wobei der Unterschied von durchschnittlich 26,8 Tagen nicht signifikant ist ($t(10) = 1,9$; $p > .05$).

4.5 Therapie

Nach der ersten diagnostischen Untersuchung wurden die Patienten bei Interesse zur Teilnahme an der Studie der Experimental- bzw. der Kontrollgruppe zugeteilt. Die Zuteilung der Patienten konnte jedoch nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern nach der Kapazität der Therapeuten erfolgen. Zudem standen zu Beginn der Studie nur drei Therapeuten zur Verfügung, wobei im Verlauf der Zeit mehrere Psychologen in NET ausgebildet wurden und für Therapien zur Verfügung standen.

Die Psychotherapie sollte relativ kurzfristig nach der diagnostischen Untersuchung beginnen. War dies nicht möglich, wurden vor Beginn der Therapie nochmals die PDS und die HSCL-25 durchgeführt. Darüber hinaus wurde zu Beginn einer Therapie eine weitere Einverständniserklärung unterschrieben, in der das Prozedere der Therapie sowie eine anschließende Nachuntersuchung erläutert wurden. Wie auch bei der diagnostischen Untersuchung wurden zudem eine Schweigepflichterklärung vom Dolmetscher sowie eine Schweigepflichtentbindung vom Patienten unterschrieben, sofern eine Kopie der fertigen Narration an einen Rechtsanwalt oder behandelnden Arzt weitergeleitet werden sollte.

Zum inhaltlichen Aufbau und zur Konzeption der Narrativen Expositionstherapie wird auf den Abschnitt 2.6.8 dieser Diplomarbeit verwiesen. Die Patienten in der Therapiegruppe sollten sechs bis acht Sitzungen NET erhalten. Allerdings galt die Einschätzung des Therapeuten hinsichtlich des Symptomrückgangs als ausschlaggebend zur Beendigung einer Therapie. Eine Intervention konnte danach beendet werden, wenn der Klient seine Foltererfahrungen und die dabei empfundenen Emotionen detailliert und chronologisch berichten konnte, ohne weiterhin zu verdrängen, Lücken zu haben oder emotional überwältigt zu sein. So hat sich gezeigt, dass bis zu 12 Sitzungen Psychotherapie nötig waren, bevor die NET beendet werden konnte ($m = 7,5$; $SD = 2,8$; min. 5 – max. 12 Sitzungen). Die Therapie wurde in der Regel ambulant durchgeführt, jedoch wurde zwei Patienten für den Zeitraum der Therapie ein stationärer Aufenthalt auf der Forschungsstation der Universität Konstanz ermöglicht, da die räumliche Distanz zwischen Wohnort und der Ambulanz zu groß war bzw. zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme eine akute Suizidalität bestand. Eine NET dauerte im Durchschnitt 12,6 Stunden ($SD = 4,9$; min. 8,5 – max. 21 Stunden) und erstreckte sich über einen Zeitraum von etwa 5 Wochen ($m = 35,5$; $SD = 16,9$; min. 14 – max. 64 Tage).

4.6 Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde mithilfe des Statistikprogramms SPSS® 11.0 für Macintosh durchgeführt.

5. RESULTATE

5.1 Veränderung der Symptomscores

Es wurden mehrere ANOVAS mit Messwiederholung berechnet. Dabei bildeten die Untersuchungszeitpunkte den Messwiederholungsfaktor und die Gruppenzugehörigkeit (Kontrollgruppe vs. Therapiegruppe) den Zwischen-Gruppen-Faktor. Signifikante Interaktionen zwischen Zeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit galten als die relevanten Indikatoren dafür, dass sich die jeweiligen Gruppen im zeitlichen Verlauf unterschiedlich entwickelt haben. Die Mittelwerte, Standardabweichungen und F-Werte der Gruppen in den verschiedenen Ergebnisvariablen und zu den jeweiligen Zeitpunkten sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

5.1.1 PDS – Posttraumatische Symptomatik

5.1.1.1 PDS Gesamtwert

Im Gruppenvergleich bezüglich des PDS-Gesamtwerts ergab sich eine signifikante Zeitpunkt \times Gruppe-Interaktion ($F(1, 10) = 9,1; p < .01$). Aufgrund der ungleichen Varianzen der Summenwerte der beiden Gruppen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt wurde ein möglicher Gruppenunterschied neben der ANOVA auch mithilfe des Mann-Whitney-U-Test untersucht. Dabei ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Behandlungsgruppe ($U = 4; p < .05$). Zudem wurden t-Tests für abhängige Stichproben für beide Gruppen berechnet. Es zeigte sich für die Kontrollgruppe ein kein signifikanter Unterschied in den Punktwerten zwischen den Untersuchungszeitpunkten ($t(5) = -1,6; p > .05$). Für die Therapiegruppe ergab sich hingegen ein signifikanter Symptomrückgang ($t(5) = 2,6; p < .05$). Diese Ergebnisse weisen daraufhin, dass die Signifikanz der obigen ANOVA tatsächlich auf die Behandlung und nicht auf eine signifikante Symptomverschlechterung der Kontrollgruppe zurückzuführen ist.

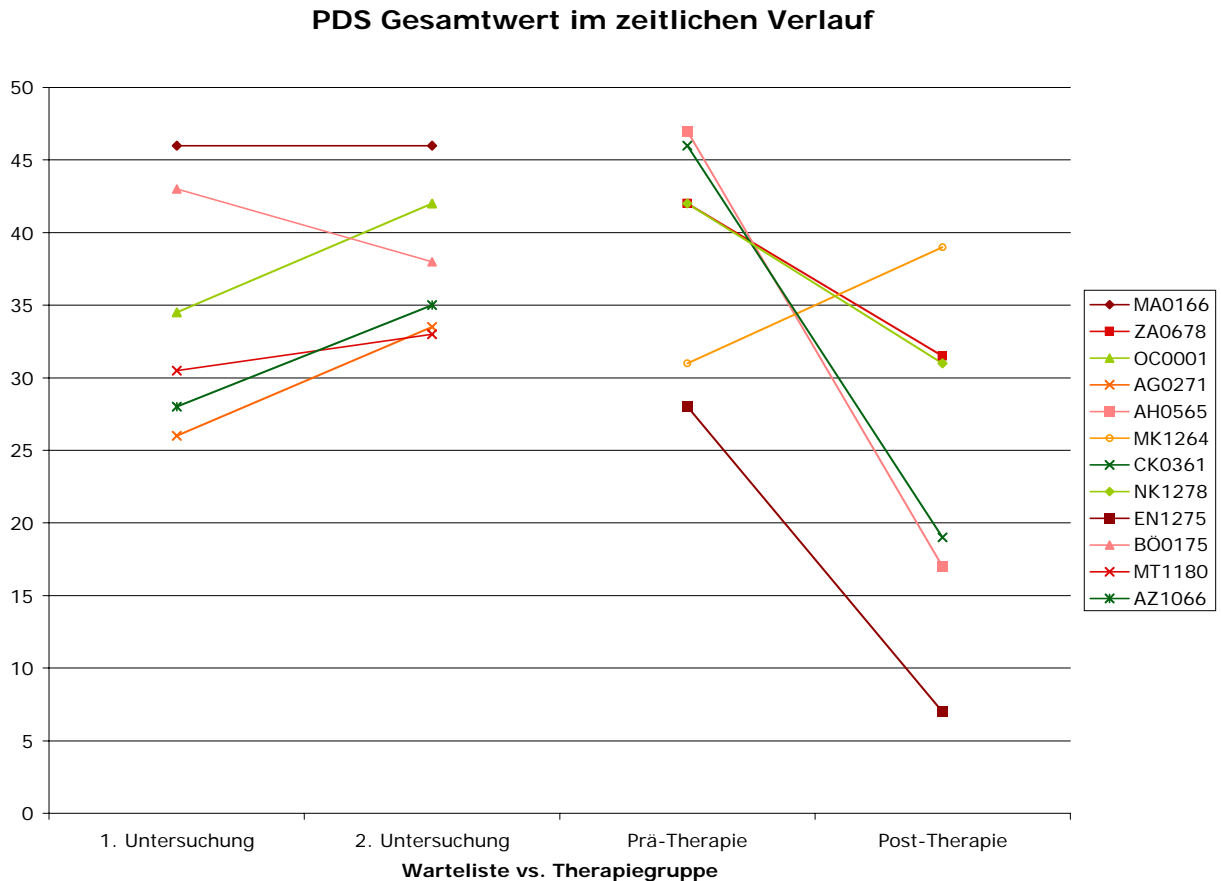


Abbildung 1: PDS Gesamtsummenwert der Patienten in der Wartelisten- sowie die Therapiegruppe für beiden Untersuchungszeitpunkte

5.1.1.2 Wiedererleben

Hinsichtlich der Wiedererlebenssymptomatik ergab sich ebenfalls eine signifikante Zeitpunkt \times Gruppe-Interaktion ($F(1, 10) = 6,6; p < .05$). Der t-Test für unabhängige Stichproben bestätigt diesen signifikanten Unterschied für den zweiten Untersuchungszeitpunkt ($t(10) = 2,3; p < .05$). Für die Kontrollgruppe ergab sich im t-Test für abhängige Stichproben keine signifikante Symptomveränderung ($t(5) = -0,7; p > .05$). Für die Therapiegruppe ergab sich hingegen ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Wiedererlebenssymptomatik zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten ($t(5) = 2,5; p < .05$).

5.1.1.3 Vermeidung

Auch hinsichtlich der Vermeidungssymptomatik ergab sich eine signifikante Interaktion von Zeitpunkt und Gruppe ($F(1, 10) = 6,4; p < .05$). Der t-Test für unabhängige Stichproben bestätigt wiederum den signifikanten Gruppenunterschied ($t(10) = 2,4; p < .05$). Die t-Tests für abhängige Stichproben zeigten hingegen keine signifikanten Veränderungen in beiden Gruppen (Kontrollgruppe: $t(5) = -2,0; p > .05$; Therapiegruppe: $t(5) = 1,9; p > .05$).

5.1.1.4 Übererregung

Für die Übererregung ergab sich eine signifikante Zeitpunkt \times Gruppe-Interaktion ($F(1, 10) = 8,7; p < .01$). Im t-Test für unabhängige Stichproben ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt ($t(10) = 2,2; p < .05$). Der abhängige t-Test ergab für die Kontrollgruppe einen nicht signifikanten Unterschied in der Symptomatik zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten ($t(5) = -0,3; p > .05$). Für die Therapiegruppe ergab sich hier hingegen eine signifikante Symptomreduktion ($t(5) = 3,5; p < .05$).

5.1.1.5 Klinische Signifikanz

Mithilfe eines zweiseitigen Fisher's Exact Test wurde die Veränderung hinsichtlich der PTBS-Diagnose in den Gruppen berechnet. Dabei ergab sich keine signifikante Veränderung ($p > .05$). In der Therapiegruppe erfüllte einer der sechs Patienten zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nicht mehr die Kriterien einer PTBS. In der Kontrollgruppe erfüllten alle Patienten nach wie vor alle Kriterien einer PTBS.

Die Effektstärke wurde berechnet über die Mittelwertveränderung beider Gruppen zwischen der ersten und der zweiten Untersuchung geteilt durch die gepoolte Standardabweichung der PDS zu beiden Zeitpunkten. Dabei ergab sich eine Effektstärke von $d = 1,5$. Auch für die Effektstärke, die für die Mittelwertveränderung geteilt durch die veränderte Standardabweichung der NET-Gruppe alleine berechnet wurde, ergab sich eine Effektstärke von $d = 1,5$.

5.1.2 HSCL - Ängstlichkeit und Depressivität

Weitere Varianzanalysen mit Messwiederholung zeigten weder für Ängstlichkeit noch für depressive Symptomatik eine signifikante Interaktion von Zeitpunkt und Gruppe ($F(1, 10) = 0,002; p >.05$ bzw. $F(1, 10) = 0,1; p >.05$). Nachdem die ANOVAS nicht signifikant waren, wurden keine post-hoc Tests durchgeführt.

5.1.3 CIDI C - Somatisierung

Es wurden für die beiden Symptomgruppen Schmerz und dissoziative Symptome Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet. Dabei wurde weder für die Schmerzsymptomatik ($F(1, 10) = 2,3; p >.05$), noch für die dissoziative Symptomatik eine signifikante Interaktion von Zeitpunkt und Gruppe festgestellt ($F(1, 10) = 2,1; p >.05$).

5.1.4 Medikamentöse Behandlung

Eine ANOVA mit Messwiederholung zeigte keine signifikante Veränderung der zusammengefassten Medikation in den Gruppen und über die beiden Zeitpunkt hinweg ($F(1, 10) = 0,1; p >.05$). Der signifikante Gruppenunterschied hinsichtlich der Schmerzmitteleinnahme wurde unter Anwendung eines Fisher's Exact Tests zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nicht mehr gefunden ($p >.05$). Die Verteilung der Medikamenteneinnahme in den Gruppen ist für die einzelnen Medikamentenklassen in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 2. Mittelwerte, Standardabweichungen und F-Werte der Ergebnisvariablen und Medikation für die Therapiegruppe (NET) und die Kontrollgruppe (KG)

Gruppe	1. Untersuchungszeitpunkt		2. Untersuchungszeitpunkt		F(1, 10)	Signifikanzniveau
N						
NET	6		6			
KG	6		6			
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale						
<u>Gesamtwert</u>					9,1	$p < .01$
NET	39,3	(7,9)	24,2	(11,9)		
KG	34,7	(8,2)	37,9	(5,2)		
<u>Wiedererleben</u>					6,6	$p < .05$
NET	12,3	(2,6)	7,1	(3,9)		
KG	10,7	(2,1)	11,3	(2,2)		
<u>Vermeidung</u>					6,4	$p < .05$
NET	14,8	(3,8)	9,6	(4,4)		
KG	12,5	(3,8)	14,8	(2,8)		
<u>Übererregung</u>					8,7	$p < .01$
NET	12,3	(2,5)	7,5	(4,2)		
KG	11,5	(3,2)	11,8	(2,3)		
Hopkins Symptom Checklist - 25						
<u>Ängstlichkeit</u>					0,002	$p > .05$
NET	2,7	(0,7)	2,6	(0,6)		
KG	3,1	(0,5)	3,0	(0,7)		
<u>Depressivität</u>					0,1	$p > .05$
NET	2,9	(0,5)	2,7	(0,8)		
KG	3,0	(0,6)	3,0	(0,5)		
Composite International Diagnostic Interview - Somatisierung						
<u>Schmerz</u>					2,3	$p > .05$
NET	2,8	(3,2)	5,3	(2,0)		
KG	6,2	(2,2)	5,8	(1,3)		
<u>Dissoziative Symptomatik</u>					2,1	$p > .05$
NET	3,2	(4,0)	7,0	(3,5)		
KG	12,0	(4,7)	10,7	(4,7)		
Zusammengefasste medikamentöse Behandlung						
					0,0	$p > .05$
NET	1,5	(1,2)	1,5	(0,8)		
KG	1,5	(1,4)	1,3	(1,0)		

Tabelle 3. Anzahl und Prozente der eingenommenen Medikamente je Gruppe für die einzelnen Medikamentenklassen

Gruppe	1. Untersuchungszeitpunkt		2. Untersuchungszeitpunkt	
	JA	Nein	Ja	Nein
Anxiolytika N (%)				
NET	3 (50,0)	3 (50,0)	2 (33,3)	4 (66,7)
KG	1 (16,7)	5 (83,3)	0 (0,0)	6 (100,0)
Neuroleptika N (%)				
NET	1 (16,7)	5 (83,3)	1 (16,7)	5 (83,3)
KG	1 (16,7)	5 (83,3)	1 (16,7)	5 (83,3)
Antidepressiva N (%)				
NET	4 (66,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	3 (50,0)
KG	2 (33,3)	4 (66,7)	2 (33,3)	4 (66,7)
Schmerzmittel N (%)				
NET	0 (0,0)	6 (100,0)	1 (16,7)	5 (83,3)
KG	5 (83,3)	1 (16,7)	4 (66,7)	2 (33,3)
Schlafmittel N (%)				
NET	1 (16,7)	5 (83,3)	2 (33,3)	4 (66,7)
KG	0 (0,0)	6 (100,0)	1 (16,7)	5 (83,3)

5.2 Symptomentwicklung bei Abschiebung eines Flüchtlings

Die diagnostische Untersuchung einer Patientin in der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* ergab eine schwere, chronische PTBS gemäß DSM-IV. Die Punktwerte in den jeweiligen Instrumenten sind in Tabelle 4 aufgeführt. Zudem wurde bei ihr die Entwicklung einer Major Depression gemäß DSM-IV festgestellt. Die Patientin äußerte großes Interesse an einer NET, die dann auch in den folgenden Wochen durchgeführt wurde. Jedoch wurde die Patientin mit ihrer Familie etwa zehn Tage nach Ende der NET abgeschoben. Die Patientin kehrte einige Monate später nach Deutschland zurück. Eine weitere diagnostische Untersuchung ergab eine vergleichbare Symptomschwere der PTBS wie zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung. Hingegen wies sie eine gesteigerte Ängstlichkeits- und depressive Symptomatik auf. In der Folgezeit wurde eine weitere NET durchgeführt. Schwerpunkt dabei war die Aufarbeitung der retraumatisierenden Abschiebung. Jedoch wurden nach Abschluss der NET in größeren Abständen weitere Therapiesitzungen durchgeführt, in denen auch gezielt auf die depressive Symptomatik eingegangen wurde. Eine weitere diagnostische Untersuchung nach etwa sechs Monaten ergab eine in der PDS um etwa zehn Punktwerte verringerte PTBS-Symptomatik. Hingegen waren die Ängstlichkeits- und depressive Symptomatik etwa gleich bleibend. In der fortgesetzten Therapie wurde insbesondere an der Differenzierung realistischer und pathologischer Angst gearbeitet. Nach Einschätzung der behandelnden Therapeutin

erfüllt die Patientin mittlerweile nicht mehr die Kriterien einer PTBS, leidet hingegen unter einer chronischen Belastungssymptomatik aufgrund der unsicheren Aufenthaltssituation.

Table 4. Punktwerte der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (Gesamtwert und Symptomgruppen), der HSCL-25 sowie der CIDI Sektion C zu den drei Untersuchungszeitpunkten

	Untersuchungszeitpunkt		
	1.	2.	3.
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale			
Gesamtwert	35	32	21,5
Wiedererleben	14	10	8,5
Vermeidung	12	12	5
Übererregung	9	10	8
Hopkins Symptom Checklist – 25			
Ängstlichkeit	2,4	3,1	3,2
Depressivität	2,6	3,0	2,9
Composite International Diagnostic Interview - Somatisierung			
Schmerz	4	6	Nicht erhoben
Konversionssymptomatik	8	11	Nicht erhoben

6. DISKUSSION

Es wurde eine Studie zur Wirksamkeit der Narrativen Expositionstherapie bei traumatisierten Flüchtlingen im Exil, die noch im Asylverfahren stehen, durchgeführt. Nachdem es noch keine wissenschaftlichen Erhebungen zur Therapie dieser Personengruppe gibt, hatte diese Studie den Charakter einer Pilotstudie. Untersucht wurden sechs Patienten, welche eine NET erhielten. Diese Therapiegruppe wurde mit einer Kontrollgruppe von sechs Flüchtlingen verglichen, welche außerhalb der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* eine Standardbehandlung in Form von Psycho- oder Pharmakotherapie erhielten.

Es zeigte sich ein signifikanter Effekt der NET auf die Symptomatik der PTBS, jedoch konnte kein solcher Effekt hinsichtlich einer Angst- und depressiver Symptomatik der Patienten gefunden werden. Darüber hinaus wurde ein möglicher Einfluss der NET auf die Somatisierungssymptomatik explorativ untersucht. Diese wurde standardmäßig mithilfe des CIDI Sektion C im Rahmen der diagnostischen Untersuchungen zur Ergänzung der Gutachten erhoben. Jedoch zeigte sich auch hier keine Veränderung in der Symptomatik.

Für die folgende Diskussion ist zu beachten, dass eine sehr kleine Stichprobe vorliegt, von der nur bedingt Schlüsse auf die zugrunde liegende Population gezogen werden können, so dass die folgenden Erklärungsansätze möglicherweise nur eine eingeschränkte Aussagekraft haben.

6.1 Teilnahme

Zu beachten ist, dass keiner der Patienten aus der Therapiegruppe die NET vor ihrem Abschluss abgebrochen hat. Andere Studien berichten von Abbruchraten von bis zu 28,6% (Foa et al., 1991) bzw. 39% (Nishith et al., 2002) für Expositionstherapien. Ein solcher Unterschied ist möglicherweise dadurch zu begründen, dass sich die NET von anderen Expositionstherapien vor allem dadurch unterscheidet, dass es keine Hausaufgaben gibt, und dass der Patient am Ende der Therapie seine Biographie in schriftlicher Form überreicht bekommt. Zudem ist im NET-Manual (Universität Konstanz, unveröffentlichtes Skript) im Gegensatz zu anderen Expositionstherapien (vgl. Foa & Rothbaum, 1998) eine empathische Haltung des Therapeuten explizit formuliert. Dies bedeutet, dass der Patient beim Bericht seiner Erfahrun-

gen und der damit verbundenen Gefühle vom Therapeuten immer mitfühlend begleitet wird. Die Erfahrung, nicht allein mit den Erinnerungen und der damit verbundenen Angst konfrontiert zu sein, ist zentral. Patienten mit einer PTBS erleben häufig in Form des ungewollten Wiedererlebens, dass sie das Ausmaß des Erinnerens nicht steuern können. Dabei kann es zu einem Wiedererleben mit „Hier-und-Jetzt“-Qualität kommen, was erneut Angstgefühle induziert. Indem der Therapeut den Patienten empathisch begleitet, hat er auch die Möglichkeit, rechtzeitig zu erkennen, wann die Erinnerungen für den Patient übermächtig zu werden drohen und kann intervenieren. Dies wiederum fördert den therapeutischen Prozess und damit die heilsame Auseinandersetzung des Patienten mit den erlebten Traumata.

In der Studie von Neuner et al. (2003, in press) kristallisierte sich – basierend auf Patientenaussagen - der Wunsch nach der schriftlichen Biographie als eine Motivation zur Teilnahme an der Therapie heraus. Für die vorliegende Patientengruppe kann als Erfahrungswert festgehalten werden, dass die Möglichkeit, über die traumatischen Erfahrungen berichten zu können, vordergründig zu sein schien. Zudem wurde das schriftliche Dokument in der Regel auch im Asylverfahren vorgelegt, um das Gutachten zu ergänzen, das nach der ersten diagnostischen Untersuchung für den Patienten erstellt und dem Gericht vorgelegt worden war.

Weitere Eindrücke zur Akzeptanz der NET sollen hier anekdotisch aufgeführt werden. So zeigte sich im Verlauf der Studie ein wachsendes Interesse von Flüchtlingen an einer therapeutischen Behandlung mit NET in der Ambulanz. Einige Patienten versuchten sich trotz stark eingeschränkter Deutschkenntnisse selbständig anzumelden, nachdem sie von Bekannten von der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* gehört hatten. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass Flüchtlinge, die unter einer PTBS leiden, trotz der Unsicherheit ihres Aufenthaltsstatus und ihrer Zukunft sowie den Belastungen eines Lebens im Flüchtlingswohnheim Psychotherapie in Anspruch nehmen möchten.

Einige der Patienten erfuhren erst im Rahmen der ersten diagnostischen Untersuchung von der Möglichkeit einer Therapie. Für viele war das ausführliche diagnostische Gespräch eine erste Möglichkeit, von den traumatischen Erfahrungen berichten zu können, was von der Mehrheit ihren Äußerungen zufolge zwar zunächst als belastend, aber letztlich auch als erleichternd empfunden wurde. Entsprechend groß war das Interesse an einer Therapie, in der sie gezielt über ihre Erfahrungen und die damit verbundenen Gefühle berichten konnten. Zudem war es den Flüchtlingen häufig nicht möglich, mit der Familie oder anderen Flüchtlingen im Wohnheim offen über ihre Erfahrungen zu sprechen; dies in erster Linie aus kulturellen Gründen (z.B. Angst vor Verstoßung, wenn eine Vergewaltigung bekannt werden sollte;

Scham sowohl bei Männern als auch bei Frauen), aber auch, weil viele dieser Personen eigene traumatische Erfahrungen gemacht haben und nicht durch ein Gespräch mit einem anderen Flüchtling an eigene Erfahrungen erinnert werden möchten.

6.2 Posttraumatische Symptomatik

6.2.1 PDS Gesamtwert

In der vorliegenden Studie wurde eine Interaktion von Zeit und Gruppenzugehörigkeit hinsichtlich der Veränderung der PTBS Gesamtsymptomschwere festgestellt. Das Ergebnis der Varianzanalyse konnte mithilfe mehrerer Mittelwertvergleiche dahingehend bestätigt werden, dass ein signifikanter Symptomrückgang für die Patienten festgestellt wurde, die eine NET erhielten, wohingegen sich die Symptomatik der Wartelistenkontrollgruppe sogar leicht, wenn auch nicht signifikant, verschlechterte. Dies weist darauf hin, dass die Verbesserung in der Symptomatik der NET-Gruppe nicht auf Spontanremission zurückzuführen ist. Unspezifische Therapieeffekte sind aufgrund der verschiedenen Therapeuten auszuschließen, welche die NET durchführten sowie aufgrund der Tatsache, dass sich die Patienten der Kontrollgruppe mit Standardbehandlung tendenziell in ihrer Symptomatik verschlechterten.

Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien

Trotz des signifikanten Rückgangs der Symptomschwere der NET-Patienten, wiesen diese auch bei der Nachuntersuchung mit durchschnittlich 24,2 ($SD = 11,9$) Punktwerten eine noch relativ ausgeprägte PTBS-Symptomatik auf. Allerdings ist dieser Wert in Relation zu setzen zur Symptomschwere zu Beginn der Studie. Hier wies die Therapiegruppe durchschnittlich 39,3 ($SD = 7,9$) Punktwerte auf. In anderen Studien beträgt die Symptomschwere vor der Expositionstherapie 29 Punktwerte ($SD = 10$, Foa et al., 1999; $SD = 9$, Nishith et al., 2002). Der in dieser Studie festgestellte signifikante Rückgang der Symptomschwere um etwa 15 Punktwerte ist mit den Erfolgen anderer Evaluationsstudien für Expositionstherapien vergleichbar. So stellten auch Nishith et al. (2002) einen Symptomrückgang von etwa 15 Punkten, Foa und Kollegen (1999) einen von etwa 17 Punktwerten und Resick und Schnicke (1992) einen von etwa 13 Punktwerten in der PDS fest.

Auf den Erfolg der NET weist insbesondere die Effektstärke von $d = 1,5$ hin, welche eine klinisch signifikante Veränderung der PTBS-Symptome repräsentiert. Diese Effektstärke bleibt stabil unabhängig davon, ob die Symptomentwicklung der Kontrollgruppe mit einbezogen wurde. Für die im nachfolgenden aufgeführten Studien wurden die jeweiligen Effektstärken wie unter 5.1.1.5 beschrieben aus den Angaben in den Veröffentlichungen berechnet. Foa und Kollegen (1999) erreichten danach in ihrer Studie bei der Nachuntersuchung nach sechs Monaten Effektstärken von $d = 2,1$ (nur Expositionstherapiegruppe) bzw. $d = 0,77$ (Expositionsgruppe und Wartelistenkontrollgruppe) für den Symptomrückgang gemessen mit der PDS. Für Nishith et al. (2002) konnte eine Effektstärke von $d = 1,5$ für die PDS berechnet werden, wobei hier nur die Veränderung der Therapiegruppe einbezogen wurde, da es keine Wartelistenkontrollgruppe gab. Marks et al. (1998) misst die Symptomschwere mithilfe der Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1995). Aus seinen Angaben konnte eine Effektstärke von $d = 3,8$ auf Grundlage der CAPS (Schweregrad) für einen Zeitraum von sechs Monaten berechnet werden, wobei hier wiederum nur die Patientengruppe, die Expositionstherapie erhalten hatte, in die Berechnung aufgenommen wurde. Allerdings scheint in dieser Studie eine Patientengruppe vorgelegen zu haben, die relativ stark auf jegliche therapeutische Behandlung reagiert haben. So zeigte sich zum Beispiel für die Gruppe, welche Entspannungsverfahren lernte, bereits nach drei Monaten eine Effektstärke von $d = 1,3$. Für den Zeitraum von sechs Monaten wurden hier keine Daten erhoben. Allerdings darf ein weiterer Anstieg der Effektstärke angenommen werden. Somit könnte es sein, dass die hohe Effektstärke von $d = 3,8$ unter Einbezug einer Kontrollgruppe, die leider nicht erhoben wurde, nach unten korrigiert werden würde.

Es zeigen sich große Schwankungen in den einzelnen Effektstärken, welche allerdings darauf beruhen können, wie die Effektstärke berechnet wurde, d.h. hier ob mit oder ohne Kontrollgruppe und für welchen Zeitraum sowie welches Instrument zur Datenerhebung verwendet wurde. So könnte es sein, dass die CAPS insbesondere für die oberen Bereiche der Symptomausprägung besser differenziert als die PDS, so dass mit diesem Instrument die Symptomentwicklung präziser zu messen sein könnte. Für die in der vorliegenden Studie gefundene Effektstärke spricht, dass sie sich auch unter Einbezug der Werte der Kontrollgruppe nicht veränderte, was in der Studie von Foa und Kollegen (1999) zu einem deutlichen Rückgang der Effektstärke geführt hat. Die Kontrollgruppe der vorliegenden Studie zeigte im Gegensatz zur Kontrollgruppe von Foa et al. (1999) keinen Symptomrückgang zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Die Effektstärke von $d = 1,5$ für die NET liegt somit in einem middle-

ren Bereich im Vergleich zu der in den anderen Studien durchgeführten Expositionstherapie nach Foa et al. (2000).

Diese Ergebnisse weisen zudem darauf hin, dass die bisherigen Kenntnisse hinsichtlich der Effektivität von Expositionstherapien zur Behandlung von PTBS (Foa et al., 2000) auch auf Flüchtlingspopulationen, die in unsicheren Bedingungen leben, übertragen werden können.

Wie unter 2.6.9 aufgeführt, gibt es nur wenige Studien, welche die Effektivität von Psychotherapien für die Flüchtlingspopulation untersuchen. Nur in der Studie von Paunovic und Öst (2001) wurde die Wirkung einer Expositionstherapie für eine Flüchtlingspopulation untersucht, weshalb nur diese Studie in die vorliegende Diskussion einbezogen wird. In dieser Untersuchung wurde die Wirksamkeit von kognitiv-behavioraler und Expositionstherapie für eine Gruppe von Flüchtlingen miteinander verglichen. Es gab es insgesamt vier Therapieabbrecher, von denen drei die kognitiv-behaviorale Therapie und einer Expositionstherapie erhalten hatte. Somit bestand die Stichprobe aus $n = 16$ Patienten, welche die Therapie sowie eine Nachuntersuchung erhalten hatten. Es zeigten sich vergleichbar hohe Symptomwerte in der PDS vor Therapiebeginn von durchschnittlich 38,4 ($SD = 6,0$) mit der hier untersuchten Flüchtlingsgruppe ($m = 39,3$; $SD = 7,9$). Allerdings wiesen diese Patienten bei der Nachuntersuchung einen deutlicheren Symptomrückgang ($m = 18,3$; $SD = 9,3$) als die mit NET behandelten Patienten ($m = 24,2$; $SD = 11,9$) auf. Als Effektstärke ergab sich für diese Studie $d = 2,6$. Allerdings zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich der Effektivität der Expositionstherapie und der kognitiv-behavioralen Therapie. Die in der schwedischen Studie durchgeführte Expositionstherapie zeichnet sich durch ein anderes Vorgehen als die Narrative Expositionstherapie aus. Es fand eine graduelle Konfrontation mit den Angst auslösenden Bildern und Situationen statt. Darüber hinaus hatten die Patienten im Gegensatz zum Prozedere der Narrativen Expositionstherapie Hausaufgaben für die Zeit zwischen den Sitzungen dahingehend zu erfüllen, dass sie selbständig die Exposition mehrfach wiederholen sowie die aufgenommenen Kassetten ihrer Therapiestunden anhören sollten. Die Patienten erhielten 16-20 wöchentliche Sitzungen mit einer Dauer von 1-2 Stunden. Zudem lag die Dauer mit 16-40 Stunden Therapie in einem Zeitraum von 4-5 Monaten deutlich über der hier durchgeführten Therapie mit durchschnittlich 13 Stunden Psychotherapie verteilt auf etwa 8 Sitzungen und über einen Zeitraum von 5 Wochen. Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass in der vorliegenden Studie mit Dolmetschern gearbeitet wurde, wodurch in der gleichen Zeit weniger besprochen werden

konnte. Die angegebene Anzahl der Therapiestunden reduziert sich damit entsprechend für die vorliegende Studie. Dies bedeutet also, dass die Flüchtlinge in der schwedischen Studie durchschnittlich doppelt so viele Therapiesitzungen, eine entsprechend höhere Anzahl von Therapiestunden sowie diese über einen deutlich längeren Zeitraum wie die Patienten in der vorliegenden Studie erhielten, was einen zusätzlichen Effekt auf die Symptomatik bewirkt haben kann.

Die Vergleichbarkeit der Studie von Paunovic und Öst (2001) mit der hier vorliegenden ist jedoch eingeschränkt, da in der schwedischen Studie, wie auch schon unter 2.6.9 aufgeführt, vor allem andere Aufnahmekriterien bestanden. So wurde diese Therapie nur mit anerkannten Flüchtlingen durchgeführt, welche über genügend schwedische Sprachkenntnisse verfügten, um die Therapie ohne Dolmetscher durchzuführen. Die teilnehmenden Patienten mussten eine stabile Medikation für den Zeitraum der Studie sowie die fünf Monate davor aufweisen. Darüber hinaus wurden Patienten ausgeschlossen, wenn bei ihnen Drogen- oder Alkoholmissbrauch festgestellt wurde. In der vorliegenden Studie waren nur wenige Aufnahmekriterien festgelegt worden, die auch eher einen praktischen Aspekt wie Wohnortnähe zur Ambulanz etc. aufwiesen. So wies z.B. ein Patient Medikamentenmissbrauch auf. Zudem mussten alle Therapien mithilfe von Dolmetschern durchgeführt werden, was möglicherweise die Therapeut-Klient-Interaktion beeinflusst haben kann. Auch hinsichtlich der traumatischen Erfahrungen der Flüchtlinge liegen Unterschiede vor. So gab ein Drittel der Stichprobe in der Studie von Paunovic und Öst (2001) Folter bzw. organisierte Gewalt an, die Mehrheit der traumatischen Erlebnisse entsprach allerdings Ziviltraumata. Im Gegensatz dazu hatten 11 der 12 Patienten in der vorliegenden Studie in der Regel wiederholte Foltererfahrungen überlebt. Nur einer ist zwar selbst nicht gefoltert worden, hatte aber andere Formen staatlich organisierter Gewalt erfahren. Ein weiterer Unterschied zwischen diesen beiden Studien ist schließlich darin zu sehen, dass die Flüchtlinge in der Studie von Paunovic und Öst (2001) im Gegensatz zu den Flüchtlingen in der vorliegenden Studie alle eine andauernde Aufenthaltsgenehmigung in Schweden hatten. Dieser zuletzt aufgeführte Umstand könnte einen Einfluss auf das Ausmaß der Effektivität der NET haben, wie im Verlauf der weiteren Diskussion immer wieder deutlich werden wird.

Im Hinblick auf eine neue Evaluationsstudie zur NET mit traumatisierten Asylbewerbern ist in Anlehnung an die schwedische Studie in Betracht zu ziehen, die NET um einige Sitzungen zu verlängern, was eine stärkere Symptomreduktion bewirken könnte. Zudem sollten Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten differenzierter formuliert werden, um eine

konsistentere Stichprobe zu erhalten. Solche Kriterien könnten zum Beispiel dahingehend formuliert werden, dass kein Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch bei den Patienten vorliegen darf und eine etwaige Medikation für einen zu definierenden Zeitraum stabil gehalten werden müsste.

Parallele Behandlungen

Ein Zusammenhang von Medikation und dem Effekt der NET ist gemäß der ANOVA nicht festzustellen. Allerdings wurde hier mit den zusammengefassten Medikamentenklassen gerechnet. Diese Zusammenfassung repräsentiert also die Menge der eingenommenen Medikamente, welche in beiden Gruppen vergleichbar hoch ist und sich nicht signifikant über die Zeitpunkte hinweg verändert. Nach diesem Ergebnis ist nicht von einem Einfluss der Medikamente auf den Therapieerfolg auszugehen. Jedoch weisen die verschiedenen Medikamentenklassen, wie unter 2.6.4 dargestellt, eine unterschiedliche Wirksamkeit hinsichtlich Behandlung einer PTBS auf, weshalb ein Vergleich auf Ebene der einzelnen Medikamentenklassen sinnvoll erscheint, wenn er hier für die vorliegende Studie auch nur deskriptiv erfolgen kann. So zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Einnahme von Schmerzmitteln zu Beginn der Studie (vgl. 4.2 und Tabelle 3). Allerdings nahm zu Beginn der Studie kein Patient der NET-Gruppe Schmerzmittel ein und zum Ende hin nur ein Patient, so dass die Effektivität der NET kaum von der Einnahme eines solchen Medikamentes beeinflusst worden sein kann. Zudem scheinen die Schmerzmittel für die Kontrollgruppe keine Wirkung hinsichtlich der PTBS-Symptomatik gezeigt zu haben, nachdem in dieser Gruppe die Symptomatik konstant geblieben bzw. leicht angestiegen ist.

Möglicherweise hätten sich bei einer größeren Stichprobe signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der Medikation sowie hinsichtlich des Einflusses auf die Symptomentwicklung in den jeweiligen Gruppen gezeigt. So ist zum Beispiel eine zusätzliche Wirkung der Antidepressiva (vgl. 2.6.4) zur NET nicht auszuschließen. Eine Kombination von kognitiver Therapie und einem SSRI wurde in ihrer Wirksamkeit bei Otto et al. (2003) untersucht und fand eine Überlegenheit der Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie gegenüber medikamentöser Behandlung alleine. In der vorliegenden Studie wurde allerdings die Medikation nicht kontrolliert, d.h. die Einwilligung in und Einhaltung von konstanter Medikation – wenn überhaupt – war kein Aufnahmekriterium. Folglich sollte die Kontrolle der Medikation der Patienten Berücksichtigung finden bei der Planung und Durchführung einer neuen Studie

zur Evaluation der NET. Eine weitere Möglichkeit für eine zukünftige Studie wäre die gezielte Untersuchung der Effektivität einer Kombination von NET und z.B. einem Antidepressivum im Vergleich zu NET alleine.

Wie im Methodenteil in Tabelle 1 (S.37) aufgeführt, befand sich ein Teil der Stichprobe im Zeitraum der Studie in psychotherapeutischer Behandlung außerhalb der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge*. So hatten in der Kontrollgruppe zwei der sechs Patienten eine solche psychotherapeutische Behandlung. Allerdings zeigen diese beiden Patienten einen Symptomanstieg in der PDS von 2,5 bzw. 7,5 in der Nachuntersuchung, was dem Trend der Symptomzunahme in der Gruppe entspricht. In der Therapiegruppe waren drei der sechs Patienten in psychotherapeutischer Behandlung neben der NET. Zwar stellt dieser Umstand keinen augenscheinlichen Unterschied hinsichtlich der Symptomatik zwischen den Patienten dar, der Einfluss einer parallelen Behandlung auf den Verlauf der NET lässt sich jedoch bei diesen kleinen Stichprobengrößen nicht herauspartialisieren. Neben einer medikamentösen Behandlung sollte die Stichprobe einer zukünftigen Therapiestudie auch hinsichtlich paralleler Psychotherapien (treatment as usual) kontrolliert werden. Um Unklarheiten hinsichtlich des Inhalts solcher externer Therapien auszuschließen, wäre unter anderem ein Design vorzuschlagen, in dem die NET mit einer anderen Therapie, z.B. stützende Therapie in Anlehnung an das Manual von Neuner et al. (2003, in press), verglichen wird.

Erfahrungswerte zur möglichen Ursachenabklärung

Nur ein Patient der Therapiegruppe erfüllte in der Nachuntersuchung nicht mehr die DSM-IV Kriterien einer PTBS, fünf hingegen wurden auch noch zum Nachuntersuchungszeitpunkt mit einer PTBS diagnostiziert. Mögliche Ursachen oder Hintergründe dafür sollen im Folgenden anekdotisch und basierend auf Erfahrungswerten aufgeführt werden. So kann die insgesamt noch hohe Symptomatik auf die Einschränkungen einer Kurzzeittherapie für traumatisierte Flüchtlinge mit unsicherer Lebenssituation im Exil hinweisen. Verschiedene Faktoren wie Unsicherheit hinsichtlich der Zukunft, Hilflosigkeit, keine Arbeit, Trennung von der Familie und Leben in einer fremden Kultur können die Wirkung therapeutischer Interventionen einschränken. Die erwähnte Unsicherheit beruht zuvorderst darauf, dass die Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung einen immer noch ungeklärten Aufenthaltstatus in Deutschland hatten. Dies bedeutet für die Betroffenen, dass immer noch eine Abschiebung und damit Rückkehr ins Herkunftsland nicht auszuschließen ist. Eine Rückkehr ins Her-

kunftsland bedeutet jedoch wiederum für viele eine reale Gefahr weiterer Unterdrückung und Verfolgung sowie eine Gefahr für Leib und Leben durch Folter, d.h. eine andauernde Bedrohung. Diese Lebenssituation, die in der vorliegenden Stichprobe schon seit über sechs Jahren anhielt, kann Belastungsreaktionen hervorrufen, deren Symptome mit denen einer PTBS überlappen können.

Ein weiterer Eindruck ist, dass eine psychische Erkrankung z.B. in Form einer PTBS einen der wenigen Gründe darstellt, aufgrund derer die Flüchtlinge nicht umgehend in ihr Herkunftsland abgeschoben werden können. Dies wirft die Frage der Glaubwürdigkeit der von den Patienten gemachten Aussagen auf. Allerdings wurde bei der Auswahl der Patienten für die Therapiestudie darauf geachtet, dass nur Patienten aufgenommen wurden, die sowohl die traumatischen Erlebnisse als auch die eigene Symptomatik in der diagnostischen Erstuntersuchung glaubhaft und erlebnisnah schildern konnten. Zudem wird in der Therapie im Detail über die erlebten Misshandlungen gesprochen. In diesem Zusammenhang darf angenommen werden, dass die vorgebrachten Erfahrungen auf Tatsachen beruhen und die damit verbundenen Gefühle echt geschildert werden. Zudem profitierten bis auf einen alle sechs Patienten von der Behandlung mit NET trotz Funktionalität der Symptomatik im Asylverfahren. Das Ausmaß der Symptomatik wurde in Form von Interviews von klinischen Psychologen erhoben, welche sich der Funktion psychiatrischer Symptomatik im Asylverfahren bewusst waren und sind. Zudem wurden die standardisierten Instrumente eingesetzt, um zwischen akuter Belastungssymptomatik und pathologischer Symptomatik zu differenzieren. Dennoch ist nicht endgültig auszuschließen, dass die Patienten hinsichtlich ihrer Symptomatik in der Nachuntersuchung Aggravationstendenzen hatten.

Möglicherweise können die Ergebnisse auch auf einen Mangel der PDS wie oben angedeutet dahingehend hinweisen, dass diese nach oben hin, d.h. hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit der Symptome im Bereich über fünfmal die Woche oder mehr, nicht mehr ausreichend differenziert. Die Konsequenz könnte ein Deckeneffekt in der Beurteilung der Auftretenshäufigkeit der Symptomatik sein. Für die hier untersuchte Population könnte ein Instrument sinnvoll sein, welches auch noch dahingehend differenzieren kann, inwieweit die Symptome täglich oder sogar wie oft diese täglich auftreten. Auf eine Analyse der Differenzierungsfähigkeit der PDS auf Item-ebene wurde allerdings in der vorliegenden Diplomarbeit verzichtet.

Schließlich ist nicht auszuschließen, dass einige der Patienten die Differenzierung ihrer Ängste in solche, die mit der Vergangenheit und damit mit der PTBS und in solche, die

mit der Zukunft und damit mit der Furcht vor dem erneuten Erleben früherer Traumata verknüpft sind, mithilfe der NET nicht vollständig leisten konnten.

Wiederum ist anzumerken, dass eine verlängerte Exposition möglicherweise zu einer stärkeren Habituation und damit zu einem stärkeren Rückgang in der Symptomatik trotz gezielter Traumatisierung durch organisierte Gewalt führen könnte. Darüber hinaus könnte der Einsatz eines sensibleren Instruments eine differenzierte Beurteilung der Symptomentwicklung ermöglichen.

Einzelfalldiskussion des Therapiepatienten, der nicht von der NET profitierte

Im Folgenden werden mögliche Ursachen dafür diskutiert, dass einer der sechs Patienten nicht von der NET profitiert hat, sondern zum zweiten Untersuchungszeitpunkt eine erhöhte Symptomatik aufwies. Die im Folgenden aufgeführten Ursachen haben bedingt durch die Einzelfalldarstellung nur eine geringe Aussagekraft, können jedoch zur Hypothesengenerierung und der Planung einer neuen Therapiestudie zur Evaluation der NET hilfreich sein.

Zunächst ist festzuhalten, dass „Herr X.“ sich bei der ersten diagnostischen Untersuchung nicht durch eine besondere Symptomschwere im PDS, HSCL-25 und CIDI C im Vergleich zu der restlichen Stichprobe auszeichnete. Jedoch wurde bei Herrn X. eine hohe Suizidgefährdung festgestellt. Er war einer der beiden Therapiepatienten, die für die Dauer der Therapie stationär auf der Universitätsstation im Zentrum für Psychiatrie Reichenau aufgenommen worden waren. Allerdings profitierte der zweite Patient, welcher stationär aufgenommen war, deutlich von der NET, so dass dem stationären Aufenthalt an sich wohl kein Einfluss auf die Symptomentwicklung des Herrn X. beizumessen ist. Herr X. hatte mit 12 Sitzungen die höchste Anzahl an NET-Sitzungen in dieser Stichprobe. Jedoch liegt die Dauer seiner Therapie mit 15,5 Stunden nur leicht über dem Durchschnitt von 12,6 Stunden. Die NET erstreckte sich über einen Zeitraum von 34 Tagen, was dem Durchschnitt der Therapiegruppe von etwa 5 Wochen entspricht. Möglicherweise war also die Dichte der Sitzungen so groß, so dass der Patient keine ausreichenden Erholungsphasen zwischen den Sitzungen hatte. Dagegen ist einzuwenden, dass der zweite stationäre Patient innerhalb von 14 Tagen 10 Sitzungen mit einer Dauer von insgesamt 21 Stunden erhalten hatte – was auch eine hohe Dichte darstellt - und in der Nachuntersuchung einen deutlichen Symptomrückgang aufwies.

In der Nachuntersuchung wies Herr X. insbesondere stark erhöhte Werte hinsichtlich Vermeidungsverhalten (Punktwert = 16; $m = 9,6$) und depressiver Symptomatik (Punktwert =

3,6; $m = 2,6$) auf. Hinsichtlich der Somatisierung, den anderen PDS-Untergruppen und der Ängstlichkeit gemäß HSCL-25 hat seine Symptomatik zwar leicht zugenommen, sie unterscheidet sich jedoch nicht um mehr als eine Standardabweichung von der Symptomatik der anderen Patienten. Möglicherweise ist der Anstieg der Symptomatik darauf zurück zu führen, dass Herr X. sich nicht auf das NET-Prozedere einlassen konnte. Zudem können wechselnde Co-Therapeuten den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses erschwert haben. Nachdem Herr X. im Vorfeld der Therapie schon einmal angefragt hatte, ob seine Symptomatik nicht auch rein medikamentös zu behandeln sei, kann es sein, dass er zwar Interesse an einer NET geäußert hatte, jedoch nicht für die Anforderungen dieser Therapie bereit war. Möglicherweise hat auch seine ausgeprägte depressive Symptomatik die Wirkung der NET dahingehend beeinträchtigt, dass keine maximale Erregung, wie sie für eine Exposition benötigt wird, aufgebaut werden konnte. Zudem ist zu bedenken, dass Herr X. Medikamentenmissbrauch betrieben hatte und während des stationären Aufenthalts medikamentös neu eingestellt wurde, was sich ebenfalls auf die Wirkung der NET ausgewirkt haben kann. Für Herrn X. ist abschließend noch zu berichten, dass er zwei Woche nach Ende der NET und der Entlassung von der Station aufgrund einer Tablettenüberdosis in eine Psychiatrie eingewiesen wurde. Möglicherweise ist ein konfrontatives Verfahren wie eine Expositionstherapie kontraindiziert für Patienten mit so ausgeprägter Suizidalität, wie sie bei Herrn X. festgestellt worden ist. Suizidalität ist damit verbunden, dass eine Situation ausweglos erscheint bzw. dass der Betroffene für sich keine Möglichkeit mehr sieht, ein glückliches Leben zu führen. Eine Expositionstherapie konfrontiert den Patienten mit den schrecklichsten Momenten in seinem Leben. Ein suizidaler Patient interpretiert möglicherweise die intensivierten Erinnerungen an die schrecklichen Erfahrungen dahingehend, dass sie seine negative und hoffnungslose Sicht der Welt und seiner Zukunft bestätigt. Ein solcher Patient könnte möglicherweise zunächst mehr von einer ressourcenstärkenden Therapie profitieren.

Als Konsequenz dieser Schilderungen wäre für eine neue Therapiestudie zu überlegen, dass Medikamentenmissbrauch ein Ausschlusskriterium für potentielle Patienten darstellen sollte. Möglicherweise sollte auch Suizidalität als Ausschlusskriterium aufgenommen werden. Darüber hinaus sollte die Therapiemotivation möglichst genau und standardisiert abgeklärt werden. Zudem sollte für eine bessere Vergleichbarkeit der Therapien auf eine stärkere Standardisierung des NET-Prozederes im Sinne von Anzahl und Dauer der Sitzungen geachtet werden.

6.2.2 PDS Symptomuntergruppen

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Symptomuntergruppen diskutiert werden. Nachdem die Gesamtsymptomatik ausführlich mit anderen Studien verglichen und diskutiert worden ist, werden nun die Ergebnisse der Symptomuntergruppen Wiederleben, Vermeidung und Überregung kurz vorgestellt und basierend auf Erfahrungswerten erörtert werden, wobei jeweils abschließend mögliche Konsequenzen daraus mit Vorschlägen für eine zukünftige Therapiestudie aufgeführt werden.

6.2.2.1 Wiedererleben

Betrachtet man nun die Entwicklung der einzelnen Symptomuntergruppen der PTBS, so findet sich für das Kriterium Wiedererleben ein signifikanter Symptommrückgang für die Therapiegruppe, was aufgrund der signifikanten Interaktion von Zeit und Gruppe in der ANOVA auf die Wirkung der NET zurückgeführt werden kann. Allerdings liegt mit einem durchschnittlichen Punktwert von 7,1 immer noch eine klinisch relevante Symptomatik vor. Dies könnte vor allem damit verbunden sein, dass die Gedanken an eine mögliche Zukunft im Herkunftsland mit Befürchtungen verknüpft sind, frühere Traumata erneut zu erleben, was letztlich Intrusionen auslösen bzw. aufrechterhalten kann. Zudem finden sich nach Angaben der Patienten in Wohnheimen häufig Umstände, die gekennzeichnet sind von aggressiven Auseinandersetzungen und Lärm, welche wiederum ein Wiedererleben fördern können. Auch werden häufig durch Polizeikontrollen im Flüchtlingswohnheim bzw. auf der Straße oder durch miterlebte Abschiebungen Erinnerungen an eigene Erfahrungen mit der Polizei oder Soldaten im Herkunftsland geweckt. Darüber hinaus ist für einen optimalen Genesungsprozess eine sichere Umgebung mit der Möglichkeit zum Rückzug und zur Entspannung notwendig, was für einen asylsuchenden Flüchtling in einem Flüchtlingswohnheim nicht gewährleistet ist. Entsprechend ist eine Genese in einem solchen Umfeld erschwert.

Eine Verlängerung der NET könnte den Patienten möglicherweise dabei helfen, ihr Wiedererleben zunehmend beeinflussen und steuern zu können, was zur einer größeren Symptomreduktion führen kann. Zudem könnte im Rahmen einer längeren Therapie geübt werden, zwischen alltäglichen Stressoren wie zum Beispiel den Gegebenheiten im Wohnheim und den Belastungen durch die eigene Symptomatik besser zu differenzieren. Möglicherweise bieten dann die eben geschilderten Lebensumstände weniger Potential, das ungewollte Wie-

dererleben zu provozieren, zumal diese Erinnerungen im Rahmen einer stärkeren Habituation weniger belastend wären.

6.2.2.2 Vermeidung

Ein weiteres Ziel der Narrativen Expositionstherapie ist, neben der Reduktion des Wiedererlebens, das Vermeidungsverhalten der Patienten zu verringern. Das bedeutet, dass der Patient lernen soll, sich zunehmend angstfrei an vergangene traumatische Erfahrungen zu erinnern. Vorliegend hat sich das Vermeidungsverhalten in der Therapiegruppe zwar gemäß der ANOVA signifikant verbessert, nicht jedoch gemäß dem *t*-Test mit verbundenen Stichproben. Für die Flüchtlinge in der Therapiegruppe ergab sich allerdings eine Symptomreduktion von durchschnittlich 4,6 Punkten in der PDS, die möglicherweise aufgrund der kleinen Stichprobe nicht signifikant geworden ist. Jedoch liegt mit durchschnittlich 9,6 Punkten in der PDS bei der Nachuntersuchung auch nach der Therapie eine deutliche Vermeidungssymptomatik vor.

Zur Erklärung der noch bestehenden Symptomatik können wiederum Gründe basierend auf Erfahrungswerten angeführt werden. Für Flüchtlinge mit unsicherem Aufenthaltsstatus und mit der Antizipation der Bedrohung durch weitere Verfolgung und Folter bei einer Abschiebung ins Herkunftsland ist die Erinnerung an erlebte Traumata in der Regel mit der realen Angst verbunden, diese vergangenen Traumata wieder zu erleben oder sogar mit schlimmeren Misshandlungen konfrontiert zu werden. Somit sind die Patienten im Rahmen einer Expositionstherapie vor die Aufgabe gestellt, zwischen vergangenen und antizipierten traumatischen Erlebnissen zu differenzieren. Diese Trennung ist jedoch nur schwer zu leisten, da der Patient, solange er nicht als Flüchtling in Deutschland anerkannt wurde und bleiben kann, davon ausgehen muss, dass er möglicherweise in der für ihn bekannten Art wieder misshandelt wird. Dies erschwert eine Habituation und damit auch eine Verringerung der Vermeidungssymptomatik.

Eine längere Dauer der Therapie könnte auch hier zu mehr Habituation und so zu einem stärkeren Symptomrückgang führen. Möglicherweise wäre auch eine Ergänzung der NET durch Sitzungen sinnvoll, in denen die Abschiebung und die damit verbundenen Gefühle und Gedanken besprochen werden. Auf solche der NET angeschlossenen Therapiesitzungen wird unter 6.5 ausführlicher eingegangen.

6.2.2.3 Übererregung

Für das Kriterium Übererregung wurde eine signifikante Interaktion von Zeit und Gruppe in der ANOVA festgestellt. Der Mittelwertvergleich der Therapiegruppe zwischen den beiden Zeitpunkten bestätigt den signifikanten Rückgang der Symptomschwere. Allerdings sind die hier durchschnittlichen 7,5 Punktwerte in der PDS immer noch im Bereich pathologischer Symptomatik. Es ist auch hier zu bedenken, dass das Leben als asylsuchender Flüchtling mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus wie oben ausgeführt eine kontinuierliche Stresssituation darstellt, welche eine entsprechende Belastungssymptomatik bei den Betroffenen hervorrufen kann. Diese kann sich äußern unter anderem in Form von ausgeprägter Nervosität, Schlafstörungen und Reizbarkeit, was mit dem Übererregungskriterium der PTBS-Diagnose gemäß DSM-IV vergleichbar ist.

Eine durch längere Therapiedauer stärkere Habituation könnte auch ein Nachlassen der Übererregung nach sich ziehen. Auch hier ist wieder zu überlegen, inwieweit zusätzliche Sitzungen nach einer NET, in denen gezielt auf die Befürchtungen hinsichtlich der Zukunft eingegangen wird, für die Patienten und ihre Symptomatik hilfreich sein können. Zudem ist zu erwägen, inwieweit die Übererregungssymptome im Zusammenhang mit einer PTBS von denen einer Belastungsreaktion mithilfe der hier verwendeten Instrumente differenziert werden können. Möglicherweise könnten diesbezüglich sensiblere Instrumente mehr Aufklärung und damit konkretere Vorgaben für eine weitere Therapiestudie ermöglichen.

6.3 Angst- und depressive Symptomatik (HSCL-25)

In beiden Gruppen hat sich gemessen mit der HSCL-25 weder die Angst- noch die depressive Symptomatik signifikant verändert. Vielmehr waren die Werte in beiden Skalen annähernd stabil. Nachdem ein Wert ab 1,75 als klinisch bedeutsame Symptomatik interpretiert wird, liegt in den beiden Gruppen mit Werten von 2,7 (1. Untersuchung) bzw. 2,6 (2. Untersuchung) in der Therapiegruppe und 3,1 bzw. 3,0 in der Kontrollgruppe eine ausgeprägte Angstsymptomatik vor.

Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu den Ergebnissen anderer Studien. So geben Paunovic und Öst (2001) eine Effektstärke der Expositionstherapie von 2,2 hinsichtlich der Symptome der Ängstlichkeit und von 2,5 für depressive Symptome (wie in 5.1.1.5 beschrieben berechnet). Die Symptomatik wurde mit der Hamilton Anxiety Scale (HAS, 1959) bzw.

der Hamilton Depression Scale (HDS; 1960) gemessen. Für Foa et al. (1999) konnten Effektstärken von jeweils 1,2 für ängstliche (State-Trait Anxiety Inventory; STAI-S; Spielberger, 1983) und depressive Symptome (Beck Depression Inventory; BDI; Beck et al., 1961) wie unter 5.1.1.5 angegeben berechnet werden. Marks et al. (1998) geben eine Effektstärke von 1,6 der Expositionstherapie für depressive Symptomatik gemessen mit dem BDI (Beck et al.; 1961) an. Hier wurde allerdings die Effektstärke berechnet als der Mittelwert der Veränderung geteilt durch die Standardabweichung der Veränderung.

Sämtliche Einschätzungen der Ängstlichkeits- und depressiven Symptomatik wurden in diesen Studien im Gegensatz zur vorliegend diskutierten in Form einer Selbsteinschätzung der Patienten durchgeführt. Dies kann verzerrte Werte zur Folge haben. Darüber hinaus erhielten diese Patienten durchschnittlich etwas mehr Therapiesitzungen, was einen Therapieerfolg auch für komorbide Symptomatik fördern kann. Die in den anderen Studien durchgeführten Expositionstherapien unterschieden sich von der NET vor allem dadurch, dass den Patienten Hausaufgaben mitgegeben wurden. Die Patienten der anderen Studien sind zudem mit Ausnahme der Patienten der Studie von Paunovic und Öst (2001) nur schwer mit der vorliegend untersuchten Population zu vergleichen.

Letztere zitieren die Studie von Marks und Kollegen (1998) zur Erklärung insbesondere der depressiven Symptomatik. So erklären Marks und Kollegen (1998) ihren Therapieerfolg hinsichtlich Depressivität damit, dass der Patient im Rahmen einer Expositionstherapie lernt, wie er seine Gefühle kontrollieren kann. Das damit verbundene Gefühl der „mastery“, des Einflusses auf eigene Gefühle und Situationen, reduziert die Angst. Durchläuft ein Patient diesen Prozess erfolgreich, kann das wiederum sein Selbstvertrauen stärken, so dass schließlich auch die depressive Symptomatik nachlässt. Dieses Erklärungsmodell lehnt sich an die Theorie von Seligmann (1974) an, nach der zum einen ein Mangel an positiver Bestätigung und zum anderen eine über längere Zeit wahrgenommene Unkontrollierbarkeit von wichtigen Aspekten des eigenen Lebens, speziell von aversiven Aspekten, in einer generalisierten Erwartung von Unkontrollierbarkeit und im weiteren Verlauf in einem depressiven Reaktionsmuster resultieren kann. Umgekehrt könnte die Erfahrung der Kontrolle einiger wichtiger Aspekte, wie zum Beispiel das Gefühl der Angst, zu einer Reduktion depressiver Symptome führen.

Dieses Modell könnte auch eine Erklärung für die anhaltende depressive Symptomatik der hier untersuchten Flüchtlinge bieten. So machen diese im Rahmen der Expositionstherapie die Erfahrung, mit ihren Angstgefühlen umgehen zu können. Jedoch befinden sie sich

nach wie vor in einer unkontrollierbaren Situation, da ihr Aufenthaltsort von ihnen nicht frei gewählt werden kann, sondern sie im Rahmen des Asylverfahrens auf die Entscheidung eines Richters angewiesen sind.

Erfahrungswerte zur Erläuterung der Angst- und depressiven Symptomatik

Möglicherweise können traumatisierte Asylbewerber den Teufelskreis der generalisierten Unkontrollierbarkeit erst durchbrechen, wenn ihnen ein Aufenthaltsstatus als politischer Flüchtling anerkannt wird und sie die Möglichkeit haben, ihr Leben überwiegend selbstständig zu gestalten. Die Flüchtlinge in dieser Studie befanden sich seit durchschnittlich sechs Jahren im Asylverfahren zur Klärung ihres Aufenthaltsstatus in Deutschland. Die überwiegende Zeit davon hatten sie den Status einer Duldung, was bedeutet, dass die jederzeit einen Abschiebebescheid erhalten können. Zudem dürfen Asylsuchende ohne geklärten Aufenthaltsstatus in der Regel keiner Arbeit nachgehen. Die Konsequenz ist, dass sie kaum Beschäftigung haben und so häufig ins Grübeln geraten. Viele der Patienten leben in einem Zimmer mit fremden Menschen, so dass sie kaum Rückzugsmöglichkeiten oder Privatsphäre haben. Einige der männlichen Flüchtlinge sind alleine nach Deutschland gekommen und haben ihre Frau und Kinder sowie weitere Familienmitglieder im Herkunftsland zurück gelassen. Die Trennung von der Familie ist für viele nur schwer auszuhalten. Hinzu kommt, dass viele der Flüchtlinge unter Heimweh leiden.

Andere sind mit ihrer Familie nach Deutschland geflohen. Jedoch können zum Beispiel die Männer häufig nicht ihren traditionellen Aufgaben wie der finanziellen Versorgung der Familie nachkommen. Entsprechend geben Frauen oft an, ihre Rolle als Mutter und als die Person, die den Haushalt führt, aufgrund ihrer Symptomatik nicht erfüllen zu können. Zudem leiden häufig beide Ehepartner unter einer ausgeprägten psychiatrischen Symptomatik, welche sie daran hindert, den anderen zu unterstützen. Auch ist es häufig aus kulturellen Gründen den Ehepartnern nicht möglich, über ihre traumatischen Erfahrungen im Herkunftsland miteinander zu sprechen.

Für diese Flüchtlinge stellt eine drohende Abschiebung möglicherweise eine Erfahrung größter Unkontrollierbarkeit dar. Viele berichten zudem, dass sie bei einer Rückkehr ins Herkunftsland weitere Foltererfahrungen erwarten. Die in der Vergangenheit und anhaltend erfahrene Hilflosigkeit sowie die Unkontrollierbarkeit ihrer Zukunft erschwert es den Flücht-

lingen möglicherweise, Chancen zur eigenen Gestaltung ihres Lebens bzw. Lebensumfeldes zu erkennen. Der eben ausgeführte Erklärungsansatz könnte auch den Unterschied im Therapieerfolg im Vergleich zur Studie von Paunovic und Öst (2001) erklären. Die hier untersuchten Flüchtlinge besaßen alle eine dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung für Schweden und mussten daher nicht mehr eine erneute Konfrontation mit früheren Repressalien befürchten. Entsprechend ist es möglich, dass sie von der Erfahrung der Kontrolle der Angstgefühle auch hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik profitiert haben.

Auch in diesem Zusammenhang könnten einige weitere Sitzungen im Anschluss an eine NET sinnvoll sein, in denen mögliche Verläufe des weiteren Lebens des Patienten besprochen werden und dabei herausgearbeitet wird, welche Möglichkeiten zur Einflussnahme der Patient hat.

Die obige Diskussion ist auch auf die allgemeine Ängstlichkeit der Patienten, wie sie mit der HSCL-25 gemessen wurde, übertragbar. Das Gefühl der Kontrolle der Angst, könnte zu einer Reduktion dieser Symptomatik führen. Ursächlich für die Angst der traumatisierten Asylbewerber ist wahrscheinlich auch die ungeklärte Aufenthaltssituation.

Möglicherweise ist die NET für die vorliegende Population und in der bisherigen Form ein Ansatz, welcher sich für die Behandlung der Symptome einer PTBS, jedoch nicht für die Behandlung der spezifischen Begleitsymptomatik der hier untersuchten Population als wirkungsvoll gezeigt hat. Allerdings bleibt zu bedenken, dass die von den Flüchtlingen wahrgenommene Bedrohungssituation eine weitgehend realistische ist. Hier ist fraglich, inwieweit eine erfolgreiche therapeutische Behandlung der entsprechenden Angst- und depressiven Symptome überhaupt möglich ist. Wie eben geschildert, könnten weitere therapeutische Sitzungen, in denen die Befürchtungen der Flüchtlinge hinsichtlich ihrer Zukunft ausgesprochen und Handlungsmöglichkeiten für sie erarbeitet werden, das Ausmaß der allgemeinen Ängstlichkeit reduzieren.

Schließlich ist es möglich, dass die HSCL-25 nicht genau die pathologische Angst und Depressivität erfasst, sondern sich in diesen Daten auch die Belastungssymptome durch die Lebensumstände der Flüchtlinge wieder spiegeln. Hinsichtlich einer zukünftigen Therapie könnte auch hier ein Instrument sinnvoll sein, welches besser zwischen diesen verschiedenen Symptomen differenziert. Allerdings wurde bereits zur Messung der Depressivität die Hamilton Depression Scale (HDS; 1960) in den Untersuchungen in der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* eingeführt, welche möglicherweise in dieser Hinsicht sensibler misst.

6.4 Somatisierung (CIDI C)

Das Ausmaß an Somatisierung wurde über das CIDI Sektion C standardmäßig im Rahmen der diagnostischen Untersuchungen zur Ergänzung der Gutachten erhoben. Wie im Methodenteil aufgeführt, wurden zur Auswertung zwei Skalen gebildet, indem die Summen der erfüllten Items für Schmerzsymptome sowie für dissoziative Symptome gebildet wurden. In dieser Studie wurden die Daten des CIDI C nur explorativ in die statistische Datenanalyse miteinbezogen, da das CIDI kein Instrument ist, mit dem man den Schweregrad einer Symptomatik erheben kann. Somit lassen sich auch keine Therapieeffekte hinsichtlich der Veränderung im Schweregrad der Symptomatik messen. Vorliegend wurde alternativ dafür zur statistischen Datenanalyse die Summe der erfüllten Items in der jeweiligen Symptomgruppe gebildet.

Allerdings ergab sich weder für die Schmerzsymptomatik noch für die Dissoziations-symptomatik eine signifikante Interaktion von Zeitpunkt und Gruppe. Abgesehen von der eingeschränkten Qualität des Instruments für die Absichten dieser Studie, könnte ein möglicher Effekt nicht signifikant geworden sein, da die Stichprobe in dieser Untersuchung sehr klein war.

Aufgrund der Einschränkungen des Instruments sollen die erhobenen Daten nicht ausführlich besprochen werden. Jedoch wird mithilfe des CIDI Sektion C deutlich, dass die traumatisierten Flüchtlinge unter somatoformen Symptomen leiden. Daher soll im Folgenden ein Erklärungsmodell vorgestellt und anschließend ein Bezug zu den Patienten dieser Studie hergestellt werden.

Gemäß Baumann und Perrez (1998; S. 934ff.) gibt es Belege dafür, dass traumatische Lebensereignisse häufig die Entwicklung von Somatisierungsstörungen nach sich ziehen. Darüber hinaus stellen Somatisierung, Angst und Depression gegenseitige Risikofaktoren dar. Häufig ziehen nach Angaben der Autoren aggressive Handlungen mit körperlicher Bedrohung auch ein gestörtes Körperbild sowie eine gestörte und besonders negative Bewertung von Körperprozessen nach sich. Nach einem Modell von Baumann und Perrez (1998; 938f.) liegt ein Regelkreis für somatoforme Störungen vor, der aus perzeptiven Prozessen (z.B. Wahrnehmung körperlicher Missempfindungen), kognitiven Bewertungsprozessen (z.B. als Zeichen eigener – körperlicher – Schwäche) sowie Verhaltensweisen (z.B. Rückzug aus sozialem Leben, Aufsuchen von Gesundheitseinrichtungen) besteht. Auf die PTBS bezogen könnte es zum Beispiel sein, dass die Patienten beim ungewollten Wiedererleben auch körperliche

Misshandlungen spüren, welche möglicherweise als aktuelle körperliche Beschwerden wahrgenommen werden.

Eine Interpretation der Körperwahrnehmungen als Schwäche kann auch in Zusammenhang mit der weiter oben beschriebenen Hilflosigkeit oder Unkontrollierbarkeit stehen. Viele Flüchtlinge erleben sich als ohnmächtig in ihrem Einfluss auf die eigene Sicherheit, was sich entsprechend auf der körperlichen Ebene niederschlagen kann. Das Aufsuchen von sogenannten Gesundheitseinrichtungen kann auch als Hilfesuch-Verhalten verstanden werden. Die Flüchtlinge verstehen ihre Symptomatik nicht und leiden darunter, weshalb sie Hilfe bei Experten suchen. Ein Flüchtling berichtete zum Beispiel in der Therapie, dass „sein Leben nur noch in Arztpraxen stattfinden würde, was früher nie so gewesen wäre“.

In diesem Zusammenhang kann von Bedeutung sein, dass für Flüchtlinge mit einem ungeklärten Aufenthaltsstatus eine gewisse Symptomatik funktional ist, um nicht umgehend abgeschoben zu werden. Wie bewusst das Ausmaß der Symptomatik als belastend im Interview geschildert wurde, sei hier dahingestellt. Möglich ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass die Patienten der Therapiegruppe mit einer Abnahme in der PTBS-Symptomatik eine Zunahme somatischer Beschwerden wahrnahmen oder berichteten mit der Folge, dass sie letztlich ein Krankheitsbild mit anhaltend hohem Leidensdruck zeigten. Die Flüchtlinge machen zudem häufig die Erfahrung, dass ihnen insbesondere bei Krankheit umgehend geholfen wird. Darüber hinaus kann der Kontakt mit einem Arzt, welcher sich umfassend bemüht, die Symptomatik zu klären, eine besondere und positive Erfahrung für Flüchtlinge darstellen. Schließlich erleben diese in der Regel nur, dass sie weder in ihrem Herkunftsland, noch in Deutschland an sich erwünscht sind. Ein bemühter Arzt kann daher von einem Flüchtling als eine der wenigen Personen erfahren werden, die sich nicht an seiner Anwesenheit stören, weshalb die Symptomatik auch nicht nur eine rechtliche sondern auch eine soziale Funktion haben kann. Aufgrund dieser Funktionalität kann die Symptomatik in der Therapiegruppe nicht nachlassen, d.h. für diese Symptomatik keine Wirksamkeit der NET festgestellt werden. Im Falle einer Anerkennung als Flüchtling in Deutschland müsste dann das Ausmaß der Symptomatik zurückgehen.

Generell können somatoforme Symptome auch Ausdruck einer Depression, Angst oder das Resultat starker Verdrängung sein. Wenn letzteres zutreffen würde, hätte allerdings ein Rückgang der Somatisierung in der Therapiegruppe festgestellt werden müssen. Nachdem Somatisierung, Angst und Depression gegenseitige Risikofaktoren darstellen bzw. sich auch

gegenseitig aufrechterhalten können, kann auch hier wieder ein Zusammenhang der Symptomatik mit der andauernden Belastungssituation angenommen werden.

Es zeigt sich, dass Somatisierungssymptome in Zusammenhang mit den Störungsbildern von PTBS, Angst und Depressionen stehen. Dies sollte bei der Behandlung zumindest dieser Störungen Berücksichtigung finden. Folglich ist für eine zukünftige Studie zur Evaluation der NET bei traumatisierten Asylbewerbern zu erwägen, ob ein Instrument eingeführt wird, welches die relevanten Somatisierungssymptome für Therapieevaluationszwecke angemessen misst.

6.5 Methodenkritik und Ausblick auf zukünftige Forschung

Die vorliegende Studie hat einige Einschränkungen. So können zunächst aufgrund der kleinen Stichprobe nur bedingt Annahmen für die gesamte Population gemacht werden. Daher sollte zur Überprüfung der oben aufgeführten Erklärungsansätze eine größere Stichprobe herangezogen werden. Allerdings ist die Pilotstudie noch nicht abgeschlossen, so dass Effekte der NET aufgrund einer größeren Stichprobe mehr Aussagekraft gewinnen können.

In dieser Pilotstudie fand keine randomisierte Zuteilung zu den beiden Gruppen statt, wenn auch die Zuteilung eines Patienten zur Therapiegruppe keinen systematischen Charakter hinsichtlich einer Auswahl nach Symptomatik oder Sympathie des Patienten hatte, sondern sich nach den Kapazitäten der Therapeuten richtete. Wie im Methodenteil aufgeführt, haben sich die beiden Gruppen mit Ausnahme der Dissoziationssymptomatik sowie hinsichtlich der Einnahme von Schmerzmitteln in keiner der erhobenen Variablen zum ersten Untersuchungszeitpunkt unterschieden. Allerdings sollte in einer neuen NET-Evaluationsstudie unbedingt eine randomisierte Zuteilung der Patienten zu den jeweiligen Gruppen erfolgen, um möglichen Störvariablen in Form von Gruppenunterschieden entgegenzuwirken, was wiederum eine größere Stichprobe voraussetzt.

Die untersuchte Stichprobe stellt keine Zufallsauswahl aus der Menge der nach Deutschland eingereisten Flüchtlinge dar, sondern weist den Charakter einer anfallenden Stichprobe auf (Huber, 1997; S. 105). Dies bedeutet, dass die Teilnehmer an dieser Studie nicht aus einer Grundgesamtheit nachdem Zufallsprinzip, sondern aus den Patienten ausgewählt wurde, welche in der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* eine diagnostische

Untersuchung erhalten hatten und für die sich dabei die Diagnose einer PTBS herausstellte. So war zudem die Mehrheit der Teilnehmer kurdischer Herkunft, weshalb die Übertragbarkeit der hier gefundenen Ergebnisse auf die gesamte Population der traumatisierten Flüchtlinge im Exil in Frage gestellt werden könnte. Hier ist jedoch einzuwenden, dass sich die Wirksamkeit der NET schon in der Studie von Neuner et al. (2003, in press) für sudanesische Flüchtlinge gezeigt hat, welche ebenfalls unter unsicheren Lebensbedingungen eine therapeutische Behandlung in Anspruch genommen hatten.

Aufgrund der zunächst kleinen Arbeitsgruppe waren die Untersucher nicht blind gegenüber der Gruppenzugehörigkeit des Patienten in der diagnostischen Nachuntersuchung, was die Gefahr des Rosenthal-Effekts birgt. Um einem solchen entgegenzuwirken, wurden die Nachuntersuchungen von verschiedenen Mitarbeitern der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* durchgeführt, wobei darauf geachtet wurde, dass der Therapeut eines Patienten nicht dessen Nachuntersuchung durchführte. Zudem wurde die diagnostische Untersuchung in Form eines standardisierten Interviews durchgeführt. Darüber hinaus waren die Untersucher in der Durchführung des Interviews und der Einschätzung der Symptomatik geschult. Die gefundenen Ergebnisse lassen keinen Versuchsleitereffekt vermuten. Allerdings sollte in einer neuen Evaluationsstudie darauf geachtet werden, dass der Therapeut nicht seinen Patienten diagnostisch untersucht wie auch die Interviewer blind gegenüber der Gruppenzugehörigkeit des jeweiligen Patienten sein sollten.

Nachdem in dieser Studie die Anzahl der NET-Sitzungen sowie die Dauer der einzelnen Sitzungen im Ermessen des Therapeuten lag, ist im Sinne einer besseren Vergleichbarkeit und Repräsentativität einer weiteren Studie auf eine höhere Standardisierung bei der Durchführung einer NET zu achten. Aufgrund der kleinen Stichprobe dieser Pilotstudie wurde ein Zusammenhang von Dauer der Sitzungen, Zeitraum der Therapie sowie Anzahl der Sitzungen mit dem Therapieeffekt nicht untersucht, da keine aussagekräftigen Resultate zu erwarten gewesen wären. Allerdings konnte bei einem augenscheinlichen Vergleich dieser Daten mit den Therapieeffekten kein Trend festgestellt werden. Zudem ist diese Studie noch nicht abgeschlossen, so dass mit einer größeren Stichprobe möglicherweise diesbezügliche Aussagen mithilfe statistischer Verfahren möglich werden. Hinsichtlich der Planung einer neuen Therapiestudie sollten Anzahl, Dauer und zeitlicher Abstand der Sitzungen definiert werden, um eine konsistente Therapie auf Seite der Patienten wie auch auf Seite der Therapeuten zu gewährleisten.

Zudem gab es in der vorliegenden Studie aufgrund ihres Pilotcharakters kaum systematische Kriterien zur Teilnahme bzw. zum Ausschluss von einer Teilnahme an dieser Studie. Insbesondere komorbide Störungen wie z.B. Major Depression oder Medikamentenmissbrauch, welche einen Einfluss auf die Wirksamkeit der NET haben könnten, waren in der vorliegenden Studie kein Ausschlusskriterium. Hier konnte allerdings auch aufgrund der kleinen Stichprobe kein systematischer Einfluss komorbider Störungsbilder festgestellt werden – abgesehen von der Belastungssymptomatik, die aber für alle Patienten angenommen werden durfte. Die Kriterien zur Teilnahme an einer neuen Evaluationsstudie sollten genauer definiert werden. So sollte auch die Medikation (Art, Dauer und Höhe der Einnahme) der Patienten in Form von Aufnahmekriterien definiert werden. Dabei sollte das diagnostische Interview darauf abgestimmt werden, für welche komorbiden Störungen eine mögliche Effektivität der NET gemessen werden soll. Zudem sollten Instrumente verwendet werden, welche eine Diagnostik von Störungen, die als Ausschlusskriterium definiert wurden, ermöglichen. In diesem Zusammenhang wurden schon im Verlauf der Diskussion verschiedene mögliche Einschränkungen der verwendeten Instrumente aufgeführt. Hinsichtlich der PDS könnte die Überprüfung der Differenzierungsfähigkeit in den höheren Bereichen der Auftretenshäufigkeit der Symptome möglicherweise aufschlussreich sein. Die HSCL-25 erlaubt ihrerseits keine Diagnose von generalisierter Angststörung oder Depressivität und kann möglicherweise nicht gut zwischen den Symptomen der jeweiligen Störungsbilder und den Belastungsreaktionen der Patienten unterscheiden. Möglicherweise ermöglicht die bereits eingeführte Hamilton Depression Scale (HAS; 1960) eine genauere Abgrenzung der jeweiligen Symptomatik. Für die Angstsymptomatik wären möglicherweise die STAI-S (Spielberger; 1983), die Hamilton Anxiety Scale (HAS; 1959) oder andere Instrumente in Betracht zu ziehen, welche den Schweregrad der Symptomatik zuverlässig messen können. Die systematische Erhebung der Somatisierung wäre bei der Planung einer neuen Therapiestudie zu erwägen, wobei hier ebenfalls darauf zu achten ist, dass das Instrument die Symptomschwere erfassen kann. Für alle Instrumente sollte darauf geachtet werden, dass sie zwischen der pathologischen und der akuten Belastungssymptomatik möglichst gut differenzieren können.

Die in dieser Pilotstudie gesammelten Erfahrungswerte weisen darauf hin, dass sämtliche Symptombereiche einer PTBS bzw. ihre Entwicklung wahrscheinlich stark von der Lebenssituation der Betroffenen als Flüchtlinge im Exil mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus beeinflusst werden. Demnach müsste sich die Symptomatik der Patienten im Falle einer An-

erkennung deutlich verbessern. Entsprechendes haben Silove et al. (2002) in einer Untersuchung mit eingebürgerten Flüchtlingen festgestellt. Hier zeigte sich, dass Exposition zu traumatischen Ereignissen der stärkste und einzige konsistente Prädiktor aktueller psychiatrischer Erkrankung sei, auch wenn Postmigrationsstressoren in die Statistik einbezogen wurden. Sie schließen daraus, dass Stressoren, die in der Zeit nach der Migration auftreten, mit der Zeit zurückgehen, jedoch die Wirkung von Traumata vor der Migration dauerhaft anhalten kann. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung hatte noch kein Patient der vorliegenden Studie einen endgültig geklärten Aufenthaltsstatus. Somit konnte die Hypothese einer Symptomverbesserung nach Anerkennung auch nicht in Form von Einzelfällen überprüft werden. Es bleibt jedoch die Möglichkeit, den Kontakt zu den Patienten dieser Studie aufrechtzuerhalten und den Verlauf ihrer Symptomatik sowie ihres Asylverfahrens zu beobachten. Sollten Patienten eine Anerkennung als Flüchtling erhalten, könnte zum Beispiel nach einem zu definierendem Zeitraum eine weitere Nachuntersuchung erfolgen.

Darüber hinaus ist noch nicht überprüft worden, wie stabil die Effekte der NET sind. Unter diesem Aspekt könnte interessant sein zu untersuchen, wie nachhaltig die Effekte der NET anhalten, aber auch wie sich die Symptomatik in Anbetracht erneuter Stresssituationen entwickelt.

„Gold Standards“

Zusammengefasst sollten in einer weiteren Evaluationsstudie der NET in der *Psychologischen Ambulanz für Flüchtlinge* möglichst die „gold standards“ nach Foa und Meadows (1997) angestrebt werden, von denen einige auch schon weiter oben angemerkt wurden. Danach sollten vor Beginn der Therapie die interessierenden Symptome festgelegt werden. Zudem sind Einschluss- und Ausschlusskriterien zu definieren, um die Patienten zu bestimmen, für die die geplante Studie relevant ist. Die Instrumente zur Messung dieser Kriterien wie auch zur Messung der Symptomschwere sollten eine hohe psychometrische Qualität aufweisen. Die Untersucher sollten in der Anwendung dieser Fragebögen trainiert werden. Zudem sollten zur Reduktion von Versuchsleiter-Erwartungseffekten darauf geachtet werden, dass die diagnostischen Untersuchungen von anderen Personen durchgeführt werden als die Therapien. Darüber hinaus sollte Therapie standardisiert werden und ein detailliertes Therapiemanual zur Verfügung stehen. Dies dient der Gewährleistung konsistenter Therapien über Patienten und Therapeuten hinweg und soll einen Transfer der Ergebnisse auf andere Therapeu-

ten ermöglichen. Schließlich sollte die Einhaltung der Therapievorgaben im Verlauf der Studie überprüft werden, um sicherzustellen, dass die verschiedenen Behandlungsformen gemäß dem Studiendesign durchgeführt werden.

Zukünftige Evaluation der Narrativen Expositionstherapie

Neben diesen methodischen Standards könnten verschiedene Therapiemodelle für eine neue Therapiestudie in Betracht gezogen werden. So könnten die NET-Sitzungen um eine definierte Anzahl von Sitzungen erhöht werden. Die NET könnte in ihrer Wirksamkeit mit einer anderen Therapieform wie zum Beispiel einer stützenden oder einer kognitiven Therapie verglichen werden. Darüber hinaus könnte die Kombination der NET mit anderen Therapieformen hinsichtlich ihrer Effektivität überprüft werden.

Möglicherweise könnte die NET auch, wie oben mehrfach angedeutet, um einige Sitzungen kognitiver Therapie ergänzt werden, in denen gezielt besprochen wird, was passieren würde, wenn entweder tatsächlich der Fall einer Abschiebung einträte oder der Patient die erhoffte Aufenthaltsgenehmigung erhalten würde. Hier wäre das Ziel, katastrophisierende Gedanken aufzuarbeiten und so die damit einhergehende kognitive Einengung zu reduzieren. Im Rahmen dieser Sitzungen könnte herausgearbeitet werden, welche Handlungsmöglichkeiten der Patient im jeweiligen Fall hätte. Darüber hinaus könnte versucht werden, Ziele des Patienten für beide Fälle zu formulieren, denn ein Merkmal von Personen, welche unter einer PTBS leiden, ist, dass sie keine solche für ihr derzeitiges und zukünftiges Leben formulieren. Dies kann das Gefühl der Unkontrollierbarkeit verstärken, da der Betroffene ohne Ziele immer den Eindruck hat, dass was immer passiert, nicht seinem eigenen Wunsch entspringt. Möglicherweise könnte ein solcher Ansatz die festgestellte anhaltende Angst- und Depressionssymptomatik in einem bestimmten Ausmaß reduzieren, da sich die Patienten bei diesem Vorgehen ein realistisches Bild von ihrer Situation und den bestehenden verschiedenen Handlungsmöglichkeiten machen können.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Kriege, Unterdrückung und Folter aufgrund ethischer oder politischer Spannungen sind Ursachen dafür, dass weltweit etwa 40 Millionen Menschen auf der Flucht sind. Eine charakteristische psychische Folge solcher extrem belastenden Erlebnisse ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). In der vorliegenden Untersuchung wurde eine Pilotstudie zur Evaluation der Wirksamkeit der Narrativen Expositionstherapie für Asylbewerber durchgeführt, welche unter einer PTBS leiden. Dabei erhielt eine Gruppe von Flüchtlingen ($n = 6$) eine Behandlung mit NET. Diese wurde verglichen mit einer Kontrollgruppe von Flüchtlingen ($n = 6$), die außerhalb der *Psychologischen Modellambulanz für Flüchtlinge* der Universität Konstanz psychotherapeutische oder medikamentöse Standardbehandlung erhielten.

Hinsichtlich der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung erwies sich die NET als sehr effektive Therapieform, wohingegen für die Kontrollgruppe mit Standardbehandlung keine Veränderung in der Symptomatik festgestellt werden konnte. Die Effektstärke von $d = 1,5$ bestätigt einen klinisch signifikanten Rückgang posttraumatischer Symptomatik nach einer Behandlung mit NET. Für die Symptomatik komorbider Störungen (Ängstlichkeit, depressive und somatoforme Symptomatik) konnte kein solcher Effekt festgestellt werden.

Diese Studie zeigt, dass auch unter den unsicheren Bedingungen eines Asylverfahrens traumatisierte Flüchtlinge erfolgreich psychotherapeutisch hinsichtlich posttraumatischer Symptomatik behandelt werden können. Es zeigt sich auch, dass es einen großen Bedarf an Forschung im Bereich der seelischen Gesundheit dieser Population sowie der entsprechenden Entwicklung angemessener psychotherapeutischer Ansätze gibt.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Agani, F. (2001). Mental Health Challenges in Postwar Kosova. *JAMA*, 285(9), 1217.
- Albucher, R.C., & Liberzon, I. (2002). Psychopharmacological treatment in PTSD: a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 335-367.
- Allodi, F.A. (1991). Assessment and Treatment of Torture Victims: A Critical Review. *J Nerv Ment Dis*, 179(1), 4-11.
- AMANI (1997). *A trauma counselling handbook*. Harare, Zimbabwe: Amani Trust.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders, third edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders, fourth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders, fourth edition – text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amnesty International (2003a). Available: <http://web.amnesty.org/report2003/index-eng> [2003, September].
- Amnesty International (2003b). Available: <http://web.amnesty.org/web/wire.nsf/June2003/Torture> [2003, September].
- Baker, R. (1992). Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and it's consequences: Current treatment approaches* (pp. 83-106). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Basoglu, M. (1993). Prevention of torture and care of survivors. An integrated approach. *Jama*, 270(5), 606-611.
- Basoglu, M., Mineka, S., Paker, M., Aker, T., Livanou, M., & Gök, S. (1997). Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine*, 27, 1421-1433.
- Basoglu, M., Paker, M., Özmen, E., Tasdemir, Ö., & Sahin, D. (1994a). Factors Related to Long-term Traumatic Stress Responses in Survivors of Torture in Turkey. *JAMA*, 272(5), 357-363.
- Basoglu, M., Paker, M., Özmen, E., Tasdemir, Ö., Sahin, D., Ceyhanli, A., Incesu, C., & Sarimurat, N. (1996). Appraisal of Self, Social Environment, and State Authority as a Possible Mediator of Posttraumatic Stress Disorder in Tortured Political Activists. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 232-236.
- Basoglu, M., Paker, M., Paker, O., Özmen, E., Marks, I., Incesu, C., Sahin, D., & Sarimurat, N. (1994b). Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *Am J Psychiatry*, 151(1), 76-81.
- Baumann, U., & Perrez, M. (Hrsg.) (1998). *Lehrbuch klinische Psychologie - Psychotherapie*. 2. vollständig überarbeitete Auflage; Bern: Huber, 1998.

- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducasse, J.L., Charlet, J.P., Lauque, D., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry*, *160*(7), 1337-1339.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Blake, D.B., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D., Charney, D.S., & Keane, T.M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress*, *8*, 75-90.
- Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A., & Lerer, B. (1997). Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *Br J Psychiatry*, *170*, 479-482.
- Bracken, P.J., Giller, J.E., & Summerfield, D. (1995). Psychological Responses to War and Atrocity: The Limitations of Current Concepts. *Soc. Sci. Med.*, *40*(8), 1073-1082.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, *48*(3), 216-222.
- Breslau, N., & Davis, G.C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *Am J Psychiatry*, *149*(5), 671-675.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, *55*(7), 626-632.
- Breslau, N., & Kessler, R. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatry*, *50*, 699-704.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Other Psychiatric Disorders. *Can J Psychiatry*, *47*(10), 923-929.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychology*, *68*, 748-766.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M., Dang, S.T., & Nixon, R.D.V. (2003). Imaginal Exposure Alone and Imaginal Exposure With Cognitive Restructuring in Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *J Consult Clin Psychology*, *71*(4), 706-712.
- Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL) (2003). Available: http://www.bafl.de/template/index_asylstatistik.htm [2003, November].
- Butcher, J.N. (1991). Psychological Evaluation. In Westermeyer, C.L., Williams, C.L., & Nguyen, A.N. (Eds.): *Mental Health Services for Refugees* (pp. 111-122). Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Carlson, E.B., & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *Am J Psychiatry*, *148*(11), 1548-1551.
- Carlson, E.B., & Rosser-Hogan, R. (1994). Cross-cultural response to trauma: a study of traumatic experiences and posttraumatic symptoms in Cambodian refugees. *J Trauma Stress*, *7*(1), 43-58.
- Cienfuegos, J., & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, *53*, 43-51.

- Cheung, P. (1994). Posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees in New Zealand. *Int J Soc Psychiatry, 40*(1), 17-26.
- Cunningham, M., & Cunningham, J.D. (1997). Patterns of symptomatology and patterns of torture and trauma experiences in resettled refugees. *Aust N Z J Psychiatry, 31*, 555-565.
- Davidson, J.R.T., Hughes, d., Blazer, D., & George, L.K. (1991). Posttraumatic Stress Disorder in the Community: An Epidemiological Study. *Psychol Med, 1991, 21*, 1-19.
- Davidson, J.R.T (1997). Biological therapies for posttraumatic stress disorder: an overview. *J Clin Psychiatry, 58 (suppl 9)*, 29-32.
- de Girolamo, G.M., & McFarlane, A.C. (1997). The epidemiology of PTSD: A comprehensive review of the international literature. In A.J. Marsella, M.J. Friedmann, E.T., Gerity, & R.M., Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, research, and clinical applications* (pp. 33-85). Washington, DC: American Psychological Association.
- de Jong, J.T., Komproe, H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., & Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Jama, 286*(5), 555-562.
- de Jong, K., Ford, N., & Kleber, R. (1999). Mental health care for refugees from Kosovo: the experience of Médecins Sans Frontières. *The Lancet, 353*, 1616-1617.
- de Jong, K., Mulhern, M, Ford, N., van der Kam, S., & Kleber, R. (2000). The trauma of war in Sierra Leone. *The Lancet, 355*, 2067-2068.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A Self-Report Symptom Inventory. *Behavioral Science, 19*, 1-15.
- Dunmore, E., Clark, D.M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behav Res Ther, 39*, 1063-1084.
- Ehlers, A., & Clark, D.M.. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther, 38*, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Dunmore, E.B., Jaycox, L., Meadows, E., & Foa, E.B. (1998). Predicting the response to exposure treatment in PTSD. The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 457-471.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. (2003). A Randomized Controlled Trail of Cognitive Therapy, a Self-Help Booklet, and Repeated Assessments as Early Interventions for Posttraumatic Stress Disorder. *Arch Gen Psychiatry, 60*, 1024-1032.
- Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asian refugees. *Soc Sci Med, 33*, 673.
- Ekblad, S., & Roth, G. (1997). Diagnosing Posttraumatic Stressdisorder in Mutlicultural Patients in a Stockholm Psychiatric Clinic. *J Nerv Ment Dis, 185*, 102-107.
- Engdahl, B., Dikel, T.N., Eberly, R., & Blank, A. (1997). Posttraumatic Stress Disorder in a Community Group of Former Prisoners of War: A Normative Response to Severe Trauma. *Am J Psychiatry, 154*(11), 1576-1581.

- Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (2003), Available: <http://unhcr.de> [2003, September].
- Foa, E.B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale: Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (Eds.) (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- Foa, E.B., & Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annu Rev Psychol.*, 48, 449-480.
- Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S., & Murdock, T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol*, 59(5), 715-723.
- Frey, C., & Valach, L. (1997). Die Behandlung von Folter- und Kriegsopfern in der Schweiz. *Praxis*, 86, 899-905.
- Friedman, M.J., & Jaranson, J. (1994). The applicability of the Posttraumatic stress disorder concept to refugees. In: Marsella, A.J., Bornemann, T., Ekblad, S., & Orley, J. (Eds.). *Amidst peril and pain. The mental health and well-being of the world's refugees* (pp. 207-227). Washington DC: American Psychological Association.
- Friedman, M.J. (2000). *Post traumatic stress disorder: the latest assessment and treatment strategies*. Kansas City, Compact Clinicals.
- Glittenberg, J. (2003). The tragedy of torture : a global concern for mental health nursing. *Issues Ment Health Nurs*, 24(6-7), 627-638.
- Gold, P.B., Engdahl, B.E., Eberly, R.E., Blake, R.J., Page, W.F., & Frueh, B.C. (2000). Trauma exposure, resilience, social support, and PTSD construct validity among former prisoners of war. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 36-42.
- Gorst-Unsworth, C., & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organized violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *British Journal of Psychiatry*, 172, 90-94.
- Graessner, S., & Wenk-Ansohn, M. (2000). *Die Spuren von Folter*. Schriftenreihe Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin. Libri Books.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-61.
- Hauff, E., & Vaglum, P. (1993). Vietnamese boat refugees : the influence of war and flight traumatization on mental health on arrival in the country of resettlement. *Acta Psychiatr Scand*, 88, 162-168.
- Heggenhougen, K. (2000). More than just "interesting!" Anthropology, health and human rights (Editorial). *Social Science and Medicine*, 50, 1171-1175.
- Helzer, J.E., Robins L.N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic Stress Disorder in The General Population. *N Engl J Med*, 317, 1630-1634.

- Hinton, W.L., Chen, Y.C., Du, N., Tran, C.G., Lu, F.G., Miranda, J., & Faust, S. (1993). DSM-III-R disorders in Vietnamese refugees. Prevalence and correlates. *J Nerv Ment Dis*, 181(2), 113-122.
- Holtz, T.H. (1998). Refugee Trauma versus Torture Trauma : A Retrospective Controlled Cohort Study of Tibetan Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(1), 24-34.
- Huber, Oswald (1997). *Das psychologische Experiment : eine Einführung*. 2. ergänzte und korrigierte Auflage; Bern: Huber.
- Jenkins, J.H. (1991). The state construction of affect: political ethos and mental health among Salvadoran refugees. *Cult. Med. Psychiat.*, 15, 139.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kinzie, J.D., Denney, D., Riley, C, Boehnlein, J., McFarland, B., Leung, P. (1998). A Cross-Cultural Study of Reactivation of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *J Nerv Ment Dis*, 186, 670-676.
- Kinzie, J.D., & Manson, S.M. (1987). The use of self-rating scales in cross-cultural psychiatry. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 190-196.
- Kroll, J. (2003). Posttraumatic Symptoms and the Complexity of Responses to Trauma. *JAMA*, 290(5), 667-670.
- Krupnick, J.L. (2002). Brief psychodynamic treatment of PTSD. *J Clin Psychol*, 58(8), 919-932.
- Kulka, R.A., Schlenger, 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, NY: Brunner/Mazel.
- Lavik, N.J., Hauff, E., Skrandal, A., & Solberg, O. (1996). Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: some findings from an out-patient population. *Br J Psychiatry*, 169(6), 726-732.
- Maercker, A. (1997). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. Heidelberg: Springer.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring – A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- McCann, I.L., & Pearlman, L.A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McNally, R.J. (1999). Research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for PTSD. *Research Quarterly*, 10, 1-7.
- Meichenbaum, D. (1997). *Treating post-traumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Mghir, R., & Raskin, A. (1999). The psychological effects of the war in Afghanistan on young Afghan refugees from different ethnic background. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 29-40.
- Mollica, R.F. (2001). Assessment of Trauma in Primary Care. *JAMA*, 285(9), 1213.

- Mollica, R.F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis*, 180(2), 111-116.
- Mollica, R.F., Wyshak, G., de-Marneffe, D., Khuon, F., & Lavelle, J. (1987). Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 497-500.
- Mollica, R.F., McInnes, K., Pham, T., Smith Fawci, M.C., Murphy, E., & Kin, L. (1998a). The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *J Nerv Ment Dis*, 186(9), 543-553.
- Mollica, R.F., McInnes, K., Poole, C., & Tor, S. (1998b). Dose-effect relationships of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry*, 173, 482-488.
- Mollica, R.F., McInnes, K., Sarajlic, N., Lavelle, J., Sarajlic, I., & Massagli, M.P. (1999). Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Jama*, 282(5), 433-439.
- Mollica, R.F., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vukovic, I.S., & Massagli, M.P. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Jama*, 286(5), 546-554.
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (2003). Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia. *Soc Sci Med*, 57(5), 775-781.
- Muecke, M.J. (1992). Section K. New Paradigms for Refugees Health Problems. *Soc. Sci. Med.*, 35(4), 515-523.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2003). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counselling and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, in press.
- Nishith, P., Resick, P.A., & Griffin, M.G. (2002). Pattern of Change in Prolonged Exposure and Cognitive-Processing Therapy for Female Rape Victims With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (4), 880-886.
- Otto, M.W., Hinton, D., Korbly, N.B., Chea, A., Ba, P., Gershuny, B.S., & Pollack, M.H. (2003). Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs sertraline alone. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1271-1276.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Paunovic, N., & Öst, L.-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1183-1197.
- Pederson, D. (2002). Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Soc Sci Med*, 55(2), 175-190.

- Peltzer, K. (1999). Trauma and mental health problems of Sudanese refugees in Uganda. *Central African Journal of Medicine*, 45(5), 110-113.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59.
- Punamäki, R.L. (1989). Political Violence and Mental Health. *Int J Ment Health*, 17(4), 3-15.
- Ramsay, R., Gorst-Unsworth, C., & Turner, S. (1993). Psychiatric morbidity in survivors of organized state violence including torture. A retrospective series. *Br J Psychiatry*, 162, 55-59.
- Resick, P.A., Nishith, P., & Griffin, M.G. (2003). How Well Does Cognitive-Behavioral Therapy Treat Symptoms of Complex PTSD? An Examination of Child Sexual Abuse Survivors Within A Clinical Trial. *CNS Spectr*, 8(5), 340-342, 351-355.
- Resick, P.A., & Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*, 60, 748-756.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Danksy, B.S., Saunders, B.E., & Best, C.L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*, 61, 984-991.
- Rose, S., Bisson, J., & Wessely, S. (2003). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford, England: Update Software. Available at: <http://www.update-software.com/abstracts/ab000560.htm>.
- Rosenman, S. (2002). Trauma and posttraumatic stress disorder in Australia: findings in the population sample of the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*, 36(4), 515-520.
- Rothbaum, B.O., & Foa, E.B. (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. In J.R.T.F. Davidson, E.B. (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 23-35). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sabin, M., Lopez Cardoso, B., Nackerud, L., Kaiser, R., & Varese, L. (2003). Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *Jama*, 290(5), 635-642.
- Sachsse, U. (2003). Results of a successful inpatients treatment program for chronified complex PTSD patients. *European Psychotherapy, special edition: abstracts of the VIII European conference on traumatic stress*.
- Sack, W.H., Clarke, G., Him, C., Dickason, D., Goff, B., Lanham, K., & Kinzie, J.D. (1993). A 6-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(2), 431-437.
- Saporta, J.A. (2000). Psychodynamic psychotherapy for PTSD. *J Clin Psychiatry*, 61(10), 787-788.
- Schauer, M., Neuner, F., Karunakara, U., Robert, C.J., & Elbert, T. (2003; submitted). PTSD and the cumulative "building block" effect of psychological trauma among survivors of organized violence.
- Seidler, G.H. (2002). Psychotraumatology: Recent therapy approaches. *Z Psychosom Med Psychother*, 48(1), 6-27.

- Shalev, A.Y., Bonne, O. & Eth, S. (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine*, 58, 165-182.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.
- Shore, J.H., Vollmer, W.M., & Tatum, E.J. (1989). Community patterns of post-traumatic stress disorder. *J Ment Nev Dis*, 177, 681-685.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression, and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351-357.
- Silove, D., Steel, Z., & Watters, C. (2000). Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA*, 284(5), 604-11.
- Smith, D. (1997). *Der Fischer Atlas: Kriege und Konflikte*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Smith Fawzi, M.C., Pham, T., Lin, L., Nguyen, T.V., Ngo, D., Murphy, E., & Mollica, R.E. (1997). The Validity of Posttraumatic Stress Disorder Among Vietnamese Refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 101-108.
- Solomon, S.D., & Johnson, D.M. (2002). Psychosocial Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Practice-Friendly Review of Outcome Research. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 58(8), 947-959.
- Spielberger, C.D., (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., & First, M. B (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624-629.
- Steel, Z., & Silove, D.M. (2001). The mental health implications of detaining asylum seekers. *MJA*, 175, 596-599.
- Steel, Z., Silove, D, Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees, resettled in Australia: a population-based study. *Lancet*, 360, 1056-1062.
- Sultan, A., & O'Sullivan, K. (2001). Psychological disturbances in asylum seekers held in long term detention: a participant-observer account. *MJA*, 175, 593-596.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science & Medicine*, 48, 1449-1462.
- Terheggen, M.A., Stroebe, M.S., & Kleber, R. (2001). Western Conceptualizations and Eastern Experience: A Cross-Cultural Study of Traumatic Stress Reactions Among Tibetan Refugees in India. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 391-403.
- U.S. Committee for Refugees (2003). Available: <http://www.refugees.org/WRS2003.cfm#statistics> [2003, September]
- Van Etten, M.L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Van Velsen, C., Gorst-Unsworth, C., & Turner, S. (1996). Survivors of torture and organized violence: demography and diagnosis. *J Trauma Stress*, 9(2), 181-193.

- Vesti, P., Somnier, F., & Katrup, M. (1992). *Psychotherapy with torture survivors*. Copenhagen, Denmark: IRCT.
- Weine, S.M. (2001). From War Zone to Contact Zone: Culture and Refugee Mental Health Services. *JAMA*, 285(9), 1214.
- Weine, S.M., Kulenovic, A.D., Pavkovic, I., & Gibbons, R. (1998). Testimony psychotherapy in Bosnian refugees: a pilot study. *Am J Psychiatry*, 155(12), 1720-1726.
- Weine, S.M., Vojvoda, D., Becker, D.F., McGlashan, T.H., Hodzic, E., Laub, D., Hyman, L., Sawyer, M., & Lazrove, S. (1998). PTSD Symptoms in Bosnian Refugees 1 Year after Resettlement in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 562-564.
- Wenzel, T., Griengel, H., Stompe, T., Mirzaei, S., & Kieffer, W. (2000). Psychological disorders in survivors of torture: exhaustion, impairment and depression. *Psychopathology*, 33(6), 292-296.
- World Health Organization (1997). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 2.1*. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).
- Yehuda, R. (1999). Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 34-39.

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-fakto 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): _____

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 _____

Klinisches Interview

Medikamente (jemals/früher):

Medikamente zum Ztpkt 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:

CIDI – C**Interview zu körperlichen und neurologischen Symptomen**

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 Armen oder Beinen	
C5	Schmerzen am Brustkorb	
C6	Kopfschmerzen	
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	Gleichgewichtsstörungen	
C25	Taubheit in einem Arm oder Bein	
C26	Völlige Bewegungsunfähigkeit eines od. mehrerer Körperteile	
C27	Verlust der Stimme für mehr als 30 Min., max. noch Flüstern möglich	
C28	Anfall mit Zuckungen	
C29	Ohnmachtsanfälle ohne Bewusstlosigkeit	
C30	Bewusstlosigkeit	
C34	Doppelbilder	
C35	Kurzatmigkeit	
C36	Schwäche, konnte Gegenstände nicht mehr heben	
C40	Kribbelndes Empfinden oder Taubheit	
C45-50	Sexuelle Funktionsstörung	

Traumatische Erlebnisse in der Haft/Folter/Geiselnahme etc. (bitte beschreiben)

0	Imprisonment	
1	Beschimpfung, Beleidigung	
2	Schläge/Treten a) Kopf b) Körper c) Fußsohlen d) Genitalbereich	Kopfverletzungen: Narben/SHT? <hr/> <hr/>
3	Augen verbinden	
4	Abwechselnd milde/grobe Behandlung	
5	Erzwungenes Stehen	
6	Bedrohung von (weiterer) Folter	
7	Verhinderung der persönlichen Hygiene	
8	An den Haaren ziehen	
9	Elekroschock: wo am Körper?	
10	Erzwungenes Beobachten von Folter (Zusehen)	
	Hören von Folter anderer (Schreie etc.)	
11	Todesdrohung	
12	Nackt ausziehen	
13	Verhinderung der Ausscheidung/Verbot Toilette	
14	Isolation	
15	Schlafdeprivation	
16	Beeinträchtigung der Bewegung/enge Zelle	
18	Verhinderung ärztlicher Hilfe	
19	Aussetzen an extreme Hitze oder Kälte	
20	Bedrohung von Vergewaltigung	
22	Bedrohung der Familie	
23	Umgebung ist verseucht von Ungeziefern	
24	Entzug von Nahrung	
25	Aufhängen (z.B. an Handgelenken)	
26	Entzug von Trinkwasser	
27	Kalte Dusche/Wasserabspritzung	
	Schläge auf die Ohren (beidseitig? Knalltrauma?)	
28	Scheinhinrichtung	
	Erzwungenes Stehen mit Gewicht	
29	Berührung der Genitalien	
30	Erstickung und Würgen	
31	Untertauchen in Wasser oder andere Flüssigkeit	
32	Exkrememente im der Nahrung	
33	Verbrennungen (z.B. Zigaretten, heisses Eisen)	
34	Gefesselt/Verbinden mit Seil	
35	Vergewaltigung	
	Kot oder Urin auf den Häftling	
36	Dehnen der Extremitäten	
	Nadeln unter Finger- oder Zehnnägeln	
37	Verdrehen von Penis/Hoden	
	Kommt es zu unkontrollierter Blasen-/Darmentleerung während Folter?	
38	Anderes	

Traumatische Erlebnisse im Krieg oder Vertreibung (falls zutreffend)

39	Anwesenheit bei Beschuss, Angriff oder Kampfhandlung
40	Verstecken vor Heckenschützen
41	Verstecken im Freien
42	Bedrohung oder Beleidigung
43	Im Haus eingeschlossen sein
44	Beobachten sexueller Gewalt
	Mangel an Lebensmittel oder Wasser
	Familienmitglied gewalttätig verletzt
	Beobachten von Gewalt gegenüber Familienmitglied
	Kein Zugriff auf medizinische Versorgung
	Gewaltsamer Tod eines Familienmitgliedes
	Erzwungenes Stehen
	In einem Sack oder Kiste eingeschlossen sein
	Scheinhinrichtung
	Erzwungenes Beobachten von Folter
	Schläge auf die Ohren
	Anderes

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:

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 Ereigniss 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?

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 ein mal im letzten Monat	Einmal oder seltener pro Woche/manchmal	2 bis 4 mal pro Woche/die Hälfte der Zeit	5 mal oder öfter pro Wo- che/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 eineses 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

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 | |

CIDI Section K Questions K22 to K45

nachfolgend:

Erklärung Kammer, Elektroden etc.
Informed Consent MEG
Umziehen und Vorbereitung

MEG UNTERSUCHUNG (DELTA & FASTPICS)

Wieder Umziehen
danach

SAM RATING

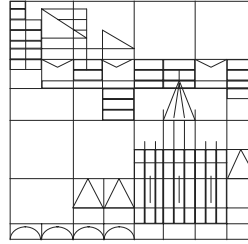
Hopkins Symptom Checklist 25 – Deutsche Version (unbedingt ausfüllen!!)Instruktion

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				

Universität Konstanz**AG Psychotraumatologie
Fachbereich Psychologie
Naturwiss. Sektion****Prof. Dr. Th. Elbert
Prof. Dr. B. Rockstroh
Dr. M. Schauer
Dipl. Psych. F. Neuner
Dipl. Psych. M. Odenwald
Dipl. Psych. J. Borgelt
Silke Gotthardt, cand. psych.**

Universitätsstraße 10

e-mail:
margarete.schauer@uni-
konstanz.deTelefax: +49 (0) 7531 88-2891
Telefon: +49 (0) 7531 88-4705

Information und Einverständniserklärung
zur Untersuchung der Behandlungsmöglichkeit von Psychotraumata
durch ‚Narrative Expositions Therapie‘,
sowie zu Untersuchungen mit Magnetenzephalographie (MEG)

Die Therapie:

Bevor Sie sich bereit erklären, an einer Untersuchung zur Behandlungsmöglichkeiten von Psychotraumata teilzunehmen, möchten wir Ihnen folgende Informationen zu dieser Untersuchung geben.

Die Untersuchung wird von Mitarbeitern der Abteilung Klinische Psychologie an der Universität Konstanz unter Leitung von Prof. Dr. T. Elbert und Prof. Dr. B. Rockstroh durchgeführt. Im Rahmen dieses Vorhabens erfolgt zunächst eine diagnostische Untersuchung, an welche sich die psychotherapeutische Behandlung (‚Narrative Expositions Therapie‘, NET) anschließt.

Mit dieser Untersuchung wollen wir herausfinden, wie NET auf die durch traumatische Erlebnisse verursachten Probleme und Belastungen wirkt. Wir sind aufgrund von bisherigen Forschungsergebnissen überzeugt, dass sich dieses Verfahren zur Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) eignet.

Behandlungsablauf

Zunächst wird es diagnostische Untersuchungen geben, in denen Sie ausführlich zu Ihren Erfahrungen und Ihrem derzeitigen Befinden befragt und auf die Ziele

und das Vorgehen des psychotherapeutischen Ablaufs vorbereitet werden. An beiden Tagen wird auch jeweils eine MEG-Untersuchung durchgeführt, die weiter unten erklärt wird.

Die anschließende Behandlung dauert bis zu 6 Sitzungen, jede Sitzung dauert die etwa ein bis zwei Stunden. In diesen Sitzungen handelt es um Gespräche zu Ihrem Lebensverlauf. Dabei geht es auch um die belastenden Erfahrungen, die Sie in Ihrem Leben gemacht haben. Von daher können die Sitzungen belastend für Sie sein.

Nach diesen Sitzungen wird unmittelbar eine weitere diagnostische Untersuchungen – mit MEG-Ableitung - durchgeführt, eine zweite Untersuchung folgt nach etwa sechs Monaten. Die Behandlung findet ambulant in den Räumen der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie im Zentrum für Psychiatrie Reichenau (ZPR) statt.

Die Gespräche werden für die Analysen auf Tonband aufgezeichnet. Nach Beendigung der Behandlung werden die Aufzeichnungen gelöscht. Alle Ihre Informationen werden absolut vertraulich behandelt.

Die MEG-Untersuchung

In der MEG-Untersuchung geht es um die Messung magnetischer Aktivität des Gehirns, aus der man mehr über die Arbeitsweise des menschlichen Gehirns erfahren kann. Derzeit gibt es zwar sehr gute Verfahren, um die anatomische Struktur des Gehirn abzubilden, die Verfahren, um die Funktionsweise des Gehirns zu erfassen, befinden sich jedoch noch in der Entwicklung. Die Messung von Magnetfeldern des Gehirns während bestimmter Funktionen des Wahrnehmens, Denkens und Erlebens kann Wissenschaftlern und Ärzten eine solche Funktionsmessung ermöglichen und zwar mit einer zeitlichen Genauigkeit, die den Prozessen des Denkens, Fühlens und Handeln entsprechen dürfte. Man bezeichnet diese Ortung von Aktivitätsquellen im Gehirn als MSI (abgekürzt aus dem Englischen „Magnetic Source Imaging“).

Wenn man das Muster der magnetischen Aktivitäten misst, kann man mit mathematischen Berechnungen ungefähr auch den Ort im Gehirn bestimmen, an die Aktivität stattfindet.

Wenn Sie an der Untersuchung teilnehmen, werden Ihnen zunächst Fragen zu Ihrer Person gestellt (z.B. ob Sie rauchen, Rechtshänder oder Linkshänder sind, etc.) und zu Ihrem Gesundheitszustand (z.B.: ob Sie Medikamente einnehmen, einen Herzschrittmacher haben etc.).

Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege in einem besonderen Raum. Die Messfühler für die magnetische Aktivität sind in einem großen Behälter, der eine helmförmige Einstülpung hat. Sie werden gebeten, Ihren Kopf in diese Einstülpung zu legen. Dabei bleibt Ihr Gesicht frei. Es werden kleine Messfühler auf Ihrer Stirn bzw. an Ihren Ohren befestigt, über die wir zu jeder Zeit die Lage und Bewegungen Ihres Kopfes feststellen können. Außerdem werden wir vor Beginn der Messung mit einem Griffel leicht über Ihre Kopfhaut fahren, um Ihre Kopfform zu messen.

Während der Messung liegen Sie in diesem besonderen Raum, dessen Tür geschlossen bleiben muss, um Geräusche abzuschirmen. Wir können Sie über eine Videokamera sehen und mit Ihnen über Mikrofon sprechen. Wenn Sie es wünschen, bleibt eine MitarbeiterIn zusammen mit Ihnen während der Messung in dem Raum.

Es ist wichtig, dass Sie während der Messung ganz still liegen und sich nicht bewegen. Es gibt aber regelmäßig Pausen, in denen Sie sich bewegen können. Insgesamt wird eine MEG-Untersuchung etwa eine Stunde dauern.

Risiken:

Die MEG-Messungen werden routinemäßig und von geschultem Personal durchgeführt.

Vor der Messung muss sichergestellt werden, dass Sie keine magnetischen Teile an sich tragen. Gürtel, Schnallen, eiserne Schuhbeläge etc. dürfen nicht in den Messraum genommen werden. Entsprechend ist die Untersuchung von Personen mit Herzschrittmachern oder anderen metallischen Implantaten nicht möglich.

Durch Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand wird sichergestellt, dass mit der Messung kein Risiko verbunden ist.

Kosten

Die Untersuchungen und die Behandlung dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Für die Untersuchungen, den Dolmetscher und die Behandlung entstehen keine Kosten für Sie.

Rechte

Ihre Teilnahme an den Untersuchungen und der Behandlung ist freiwillig. Durch Ihre Einwilligung gehen Sie keinerlei Verpflichtungen ein. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen, ohne dass Ihnen ein rechtlicher Nachteil entsteht. Sie können die Untersuchungen und die Behandlung jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen, ohne dass Ihnen ein rechtlicher Nachteil entsteht.

Datenschutz

Angaben über Ihre Person werden von den Mitarbeitern sowie den Dolmetschern vollständig vertraulich behandelt, d.h. nicht an Dritte außerhalb des Forschungsprojektes weitergegeben oder veröffentlicht. Die Daten werden für die Dauer der Untersuchung nur in kodierter Form und ohne Adresse elektronisch gespeichert. Nur autorisierte Mitarbeiter/innen des Forschungsprojektes haben Zugang zu dem erhobenen Datenmaterial. Die von Ihnen erhobenen Informationen sowie eventuelle Videoaufzeichnungen der Gespräche und der MEG-Messung werden mit Abschluss der Untersuchung gelöscht.

Erklärung:

1. Mir wurde die vorausgehende Erklärung beim Vorlesen übersetzt. Ich habe die
2. Erklärung verstanden.
3. Ich wurde vom Versuchsleiter über den Inhalt und Verlauf der MEG-Untersuchung, sowie der ambulanten Therapie aufgeklärt und meine Fragen wurden für mich befriedigend und umfassend beantwortet.
4. Ich weiß, dass Daten über meine Person nur anonym verarbeitet werden, und dass die Dolmetscher und alle autorisierten Projektmitarbeiter, die Zugang zu Angaben und Daten zu meiner Person haben unter Schweigepflicht stehen.
5. Ich nehme freiwillig an der Untersuchung teil und weiß, dass ich die Teilnahme an der Studie jederzeit abbrechen kann.
6. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ‚Vermeidung‘ zu den Hauptsymptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung gezählt wird und damit negative psychische Konsequenzen eines Therapieabbruchs nicht auszuschließen sind. Ich wurde aufgeklärt, dass es mir während der Behandlung oder danach zeitweise schlechter gehen kann. In diesem Fall (und auch bei einem Therapieabbruch) kann ich mit dem Therapeuten, oder einem anderen Mitglied des Forschungsprojektes Kontakt aufnehmen, um Hilfe zu bekommen (Tel. Dipl. Psych F. Neuner: 88-4621, Prof. Elbert: 88-3363, Prof. Rockstroh, 88-2085, Dr. Margarete Schauer, 88-3151).

Ort, Datum

Teilnehmer

(Leiter/in der Untersuchung, Therapeut)

Zentrum für Psychiatrie · Haus 22 · Feursteinstraße 55 · D-78479 Reichenau

Cand. Psych. Silke Gotthardt
Klinische Psychologie
Durchwahl: - 4065
Silke.Gotthardt@uni-konstanz.de

Konstanz, 5-Mrz-04

Erklärung der Schweigepflicht

Der/die Dolmetscher/in Herr/Frau _____ bestä-
tigt hiermit, dass er/sie über die Schweigepflicht durch
Herrn/Frau _____ unterrichtet worden ist
und die Verbindlichkeit der Schweigepflicht verstanden hat. Er/Sie erklärt
hiermit weder in schriftlicher noch in mündlicher oder sonstiger Form ir-
gendwelche persönlichen Patienteninformationen an dritte Personen wei-
terzugeben; dies schließt insbesondere jegliche Information aus den dia-
gnostischen Untersuchungen sowie aus den psychotherapeutischen Sit-
zungen an der Universität Konstanz bzw. dem Zentrum für Psychiatrie,
Reichenau mit ein.

Ort/ Datum

Unterschrift



**Psychologische Ambulanz
für Flüchtlinge**
am Zentrum für Psychiatrie
Reichenau – ZPR
Feursteinstraße 55
Haus 22
D-78479 Reichenau-Lindenbühl
Tel: +49 (0) 75 31-88-46 23
Fax: +49 (0) 75 31-88-28 91
www.vivo.org
[www.clinical-psychology.
uni-konstanz.de](http://www.clinical-psychology.uni-konstanz.de)
www.zfp-reichenau.de

Zentrum für Psychiatrie · Haus 22 · Feursteinstraße 55 · D-78479 Reichenau

Cand. Psych. Silke Gotthardt
Klinische Psychologie
Durchwahl: - 4065
Silke.Gotthardt@uni-konstanz.de

Konstanz, 5-Mrz-04

Schweigepflichtsentbindung

Herr/ Frau _____ erklärt sich hiermit einverstanden,
dass _____, AG Psychotraumatologie der Universität Konstanz (Projektleitung: Prof. Dr. Thomas Elbert und Prof. Dr. Brigitte Rockstroh) von der Schweigepflicht gegenüber _____
entbunden ist. Er/Sie wird hiermit von mir ermächtigt den Untersuchungsbefund an oben genannte Person/ Organisation weiterzuleiten. Die erhobenen Untersuchungsdaten werden nur anonym weiterverarbeitet.

Ort/ Datum

Unterschrift



**Psychologische Ambulanz
für Flüchtlinge**

am Zentrum für Psychiatrie
Reichenau – ZPR

Feursteinstraße 55
Haus 22

D-78479 Reichenau-Lindenbühl

Tel: +49 (0) 75 31-88-46 23

Fax: +49 (0) 75 31-88-28 91

www.vivo.org

www.clinical-psychology.

uni-konstanz.de

www.zfp-reichenau.de