

## **Begutachtung von Flüchtlingen bei PTSD – Ansätze und Schnittpunkte zwischen Recht und Medizin, 02.11.01-03.11.01, Hannover**

Ilhan Kizilhan

### **Abstract**

Politische Umwälzungen, Kriegs- und Bürgerkriegszustände sowie steigende Armut und Naturkatastrophen sind der Grund für die andauernden weltweiten Flüchtlingsbewegungen. Die Menschen sind in den meisten Fällen gezwungen, innerhalb der Region abrupt mit meistens einschneidenden Erlebnissen zu fliehen; den wenigsten von ihnen gelingt es, über extrem schwierige Fluchtwege nach Europa zu kommen.

Ihre psychische Verfassung und psychosoziale Lebenssituation ist mehrdimensional beeinträchtigt: Einerseits tragen sie unverarbeitete traumatische Erlebnisse mit sich, begleitet von Migrations- und Entwurzelungserfahrungen; andererseits werden sie im Exilland mit zum Teil völlig neuen Normen und Werten sowie einer fremden Sprache konfrontiert. Hinzu kommen die langwierigen Asylverfahren und die Ungewissheit über deren Ausgang. Besonders schwierig ist die Situation von Flüchtlingen, die wegen direkter oder indirekter Gewalterfahrung unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Dieser Personengruppe fällt es selbst schwer zu begreifen, was passiert ist, um damit fertig zu werden. Berichtet wird über unangenehme Gefühle, Gedanken und körperliche Empfindungen. In der Zeit nach einem traumatischen Erlebnis kommen diesen Menschen ungewollt Bilder, Geräusche, andere Empfindungen und Gedanken an das Trauma in den Kopf, auch wenn sie sich nicht daran erinnern möchten. Gleichzeitig werden sie während der Anhörung beim Bundesamt aufgefordert, diese schlimmen Erlebnisse zu schildern und sich daran zu erinnern. In solchen Fällen können Gutachter eingeschaltet werden.

Medizinische und psychologische Gutachten im Rahmen von Asylverfahren dienen in der Regel dazu, dem Gericht die medizinische Grundlage zur gerichtlichen Beurteilung der Reisefähigkeit, der Therapiemöglichkeiten im Herkunftsland versus Aufnahmeland, der Glaubwürdigkeit des Asylsuchenden sowie der Beurteilung der Notwendigkeit von Familienzusammenführungen zu liefern.

Insbesondere geht es auch um Fragestellungen bezüglich der Traumatisierung sowie der psychischen bzw. psychosomatischen Folgen von erzwungener Migration.

Zunehmend kommen aber auch Anfragen von Behörden und Rechtsanwälten sowie gelegentlich von Betroffenen selbst zur Begutachtung.

Dies stellt den Gutachter vor die besondere Herausforderung und Verantwortung, sein Gutachten nach wissenschaftlichen Kriterien und unabhängig von jeder politischen Wertung zu erstellen. Es ist aber sehr oft schwierig, die psychischen Folgen von Verfolgung, Folter und Traumatisierung zu erkennen, zumal eine allseits akzeptierte Definition der damit verbundenen Krankheitszustände noch nicht so weit entwickelt ist, dass sie als ein allgemeiner Standard zur Verfügung steht.

In diesem Beitrag soll die Diagnose 'Posttraumatische Belastungsstörung' (PTSD) genauer beleuchtet werden. Im weiteren soll eine Diskussion über einheitliche Rahmen für Diagnostik und Begutachtung bei traumatisierten Flüchtlingen sowie über die Rolle der Justiz angeregt werden.

### **Einleitung**

*"Mit dem ersten Schlag der Polizeifaust aber, gegen den es keine Wehr gibt und den keine helfende Hand parieren wird, endigt ein Teil unseres Lebens und ist niemals wieder zu erwecken."* (Amery 1996)

Die spezifischen Störungsbilder, die bei Vietnam-Veteranen beobachtet wurden, führten in den Achtzigerjahren zur Schaffung einer neuen diagnostischen Kategorie 'Posttraumatische Belastungsstörung' (PTSD). Damit wurde für die empirische Forschung ein neues Bezugssystem geschaffen, mit dem die Auswirkungen traumatischer Ereignisse besser untersucht und verstanden werden konnten. Spezifische Bewusstseinsveränderungen und Erinnerungsprozesse sind ein wesentliches Merkmal dieser diagnostischen Kategorie. Nicht-traumatische Erinnerungen werden

kognitiv assimiliert, verallgemeinert und in bestehende kognitive Schemata und Narrative eingebaut. Bei traumatischen Erfahrungen dagegen erzeugt die Notwendigkeit, sich gegen eine übergroße Erregung zu schützen, einen andersartigen Bewusstseinszustand, welcher der Enkodierung von Erfahrung spezifische Einschränkungen auferlegt. Die Verwendung linguistischer Kanäle wird gedrosselt und die der somatosensorisch-affektiven Kanäle verstärkt. Das Ergebnis ist ein nicht-symbolischer, inflexibler und unveränderbarer Inhalt traumatischer Erinnerung, deren Zugang zum Bewusstsein starken Einschränkungen unterliegt. Ihr Wiederauftauchen ist abhängig vom Auftreten bestimmter Reize, die mit der ursprünglichen traumatischen Szene assoziiert sind (state dependant memory). Dissoziation und nicht Verdrängung ist der entscheidende Mechanismus, mit dem die traumatische Erinnerung vom Bewusstsein fern gehalten wird und der auch für die traumatische Amnesie verantwortlich ist. Traumatische Erinnerungen werden vorwiegend als sensorische Fragmente des Ereignisses gespeichert und isoliert als Bilder, Körpersensationen, Geruchsempfindungen, Geräusche aufbewahrt. Sie alle sind von anderen Erinnerungen dissoziiert und können nicht damit verbunden werden. Erst allmählich, wenn überhaupt, können sich verbale Narrative entwickeln, die aber nicht verhindern, dass die traumatisch-sensorischen Fragmente intrusiv immer wieder ins Bewusstsein einbrechen können. Auf der Basis dieser Ergebnisse stellt van der Kolk u.a. (1996) fest, dass bei traumatischen Erfahrungen die Synthese in ein integriertes semantisches Gedächtnis fehlschlägt. Untersuchungen haben ergeben, dass im ZNS eine hohe Stimulation der Amygdala die Funktion des Hippocampus stören kann, wodurch diese Region ihre integrative Funktion nicht erfüllen und unterschiedliche Eindrücke nicht zu einem einheitlichen Ganzen zusammenfügen kann. Dadurch wird es für den traumatisierten Menschen schwer, das Geschehene semantisch einzuordnen und in seiner Bedeutung zu verstehen. Diese neurobiologischen Forschungen verschaffen insbesondere dem psychotherapeutischen Konzept der Nachträglichkeit erneutes Interesse. Die überwältigende Unmittelbarkeit des Einbruchs des Traumas bewirkt, dass es erst nachträglich voll erlebbar wird. Es existiert eine Lücke zwischen Traumatisierung und ihrer Auswirkung, die auch bewirkt, dass massive Krankheitssymptome in der Regel erst mit zeitlicher Verzögerung auftreten. Diese Latenz ermöglicht ihrerseits Transformationsprozesse des Traumas und Bedeutungszuschreibungen auf einer verbalsymbolischen Ebene, ein Prozess, der seinerseits nie abgeschlossen ist.

### **Traumatische Ereignisse führen zu einer Unterbrechung der Lebenslinie**

Traumatische Ereignisse wirken sich nicht nur direkt auf die psychischen Strukturen aus, sondern auch auf zwischenmenschliche Beziehungen und Wertvorstellungen, die das Bindeglied zwischen dem/der Einzelnen und der Gemeinschaft darstellen. Trauma bedeutet immer eine Unterbrechung der Lebenslinie, wodurch sich die Beziehung zu sich selbst, zu anderen und zur Welt verändert. Grundsätzlich zerstören traumatische Ereignisse immer die bisher erworbenen Grundannahmen über die Welt und das eigene Selbst. Grundannahmen, die mitunter zerstört werden, sind:

- Die Welt ist hinreichend geordnet und sinnvoll
  - Die Welt ist im Grund gerecht
  - Die persönliche Sicherheit des Individuums ist gewährleistet
  - Das Individuum kann sich selbst schützen, wenn es bedroht ist
  - Die Menschen sind im Grunde hilfreich und gut
  - Der Mensch kann auf der Grundlage der Wahlfreiheit Entscheidungen treffen und Situationen beeinflussen und kontrollieren
  - Ereignisse und Verhalten sind in einem gelernten Rahmen einschätzbar und vorhersagbar
  - Die Beziehung zum eigenen Selbst ist einschätzbar und vertraut
  - Die Bezüge zu anderen Menschen sind einschätzbar
  - Es gibt Auswege aus bedrohlichen Situationen
- (Janoff-Bulman 1992, zit. n. Gurrus 1996, S. 58f)

Obwohl diese Grundannahmen je nach Kultur und politischer Lage unterschiedlich ausgeprägt sein können, haben sie generell universelle Gültigkeit. Bezeichnend ist, dass bei Langzeittraumatisierungen in verfolgten und bedrohten Gemeinschaften diese Annahmen bereits bei den Kindern zerstört sein können. Dies trifft des Weiteren auch auf Kinder und Kindeskinde von gefolterten Menschen zu (vgl. Kizilhan, 2000).

Durch traumatische Ereignisse verliert das Opfer das Gefühl der Geborgenheit, das Wissen um seinen eigenen Wert sowie die Vorstellung, dass die Schöpfung auf einer sinnvollen Ordnung basiert. Dieses „Urvertrauen“ bildet allerdings die Grundlage aller Beziehungs- und Wertsysteme, und die Zerstörung desselben hat katastrophale Folgen für die Betroffenen. Nach dem traumatischen Ereignis dominiert deshalb das Gefühl der Entfremdung und Nichtzugehörigkeit jede denkbare Beziehung, also enge familiäre Bindungen ebenso wie Bindungen an gesellschaftliche und religiöse Gemeinschaften (vgl. Herman 1993).

Da traumatische Ereignisse stets eine Überforderung der individuellen Kompetenz darstellen und jegliche Initiative unmöglich ist, entstehen beim Opfer auch immer Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, weil es nicht möglich war, die Katastrophe abzuwenden. Die Schuldgefühle sind dabei als Versuch zu verstehen, teilweise die Kontrolle wiederzuerlangen, denn die Vorstellung, man hätte sich in der traumatischen Situation „besser“ verhalten können, ist oft leichter zu ertragen als die tatsächliche Ohnmacht. Besonders schwer wiegend sind Schuldgefühle, wenn das Leiden und Sterben anderer Menschen mitangesehen werden musste, ohne die Möglichkeit gehabt zu haben, helfen zu können (vgl. Herman 1993).

### **Posttraumatische Belastungsstörung**

Die umfangreichen Untersuchungen von Kriegsveteranen, KZ-Überlebenden und Opfern anderer Traumata legten die Vermutung nahe, dass die Erfahrung eines psychischen Traumas bestimmte Verhaltens- und Reaktionsmuster auslöst, die sich wiederum in spezifischen Symptomgruppen, wie etwa bestimmten Beschwerden, charakteristischen Verhaltensweisen und Beeinträchtigungen manifestieren.

1980 wurde versucht, die verschiedenen Reaktionsmuster auf schwersten psychischen Stress zu vereinheitlichen, wodurch erstmals die Diagnose PTSD - Posttraumatic stress disorder in das Diagnostic and Statistical Manual (DSM III) der American Psychiatric Association aufgenommen wurde. Mittlerweile veröffentlichte die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung 1987 DSM III-R, in der sich die Diagnose PTSD unverändert wiederfindet und 1994 DSM IV, in der einige zusätzliche Aspekte eingefügt wurden.

Die Posttraumatische Belastungsstörung kann grundsätzlich in jedem Alter auftreten, einschließlich der Kindheit (vgl. Saß et. al. 1996). Eine Studie an südostasiatischen Flüchtlingen kam allerdings zu dem Ergebnis, dass Personen mit der Diagnose PTSD älter sind als diejenigen ohne PTSD, und darüber hinaus waren Frauen überdurchschnittlich häufig betroffen (Maercker, 1999).

Grundsätzlich wird das Vorkommen von PTSD innerhalb der Gesamtbevölkerung auf 1-14 % geschätzt, bei Risikogruppen, wie etwa Personen aus Gebieten mit sozialen und kriegerischen Konflikten, Kriegsveteranen, Opfern von Naturkatastrophen oder krimineller Gewalt, zeigen sich allerdings Prävalenzraten zwischen 3-58 % (vgl. Saß et. al. 1996). Die posttraumatische Belastungsstörung kann somit durch die Erfahrung mit kriegerischen Auseinandersetzungen, gewalttätigen Angriffen auf die eigene Person (Vergewaltigung, körperlicher Angriff, Raubüberfall), Entführung, Geiselnahme, Folter, Terroranschlag, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, aber ebenso durch Naturkatastrophen, schwere Autounfälle oder von der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit ausgelöst werden. Die Wahrscheinlichkeit, mit der sich PTSD entwickelt, wird dabei am stärksten durch die Schwere, Dauer und die Nähe der Person zum traumatischen Ereignis mitbestimmt. Die soziale Unterstützung, Kindheitserfahrungen, Persönlichkeitsmerkmale und bereits bestehende psychische Störungen können ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung haben (vgl. Saß et. al. 1996).

## **Häufigkeit von PTSD:**

### PTSD entseht in:

- 50-65% der Fälle nach direkten Kriegserlebnissen mit persönlicher Gefährdung;
- 50-55% der Fälle nach Vergewaltigungen und sexuellem Missbrauch;
- 3-11% der Fälle nach Verkehrsunfällen;
- ca. 5% der Fälle nach Natur-, Brand-, Feuerkatastrophen;
- 2-7% der Fälle bei Zeugen von Unfällen und Gewalthandlungen

Quelle: O'Brien, 1998

## **DSM IV führt folgende diagnostischen Kriterien für die posttraumatischen Belastungsstörung an:**

### A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

- (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltete.
- (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

### B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- (1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
- (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
- (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).
- (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

### C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
- (2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
- (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
- (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
- (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung anderer,
- (6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
- (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

### D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
- (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten
- (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).

(5) übertriebene Schreckreaktion

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Weiter wird unterschieden zwischen akuter PTSD, wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern und chronischer PTSD, wenn die Symptome länger als drei Monate andauern.

Nach Graessner / Gurriss / Pross (1996, S. 271) ist das PTSD-Konzept eindeutig zu kurz gefasst, da traumatisierte Menschen, insbesondere Gewaltopfer, über längere Zeit und wiederholt extremen Stressoren ausgesetzt sind (Jahre der Verfolgung, oft mehrfache Inhaftierungen, andauernde und/oder wiederholte Folterungen, Flucht, Exilschock, Retraumatisierung im Exil), wodurch sich das Trauma nach dem Ereignis fortsetzt und nicht abgeschlossen ist. Weiters merken sie an, dass es wichtig wäre, die Unterscheidung zwischen

- Man-made disaster (von Menschenhand verübt - Folter, Vergewaltigung, Überfall, Geiselnahme etc.)
- Technologischen Katastrophen (Chemieunfall, Flugzeugabsturz, Schiffsuntergang etc.)
- Naturkatastrophen (Erdbeben, Überschwemmung, Vulkanausbruch etc.)

zu treffen, da vor allem bei Traumata, die von Menschenhand ausgelöst werden, die Erkrankungen oft weit über die PTSD-Symptome hinausgehen und bei der Behandlung/Therapie der betroffenen Menschen besondere Aspekte zu berücksichtigen sind und auch spezifische Schwierigkeiten auftauchen, wie unter anderem massives Misstrauen, Zerstörung aller bisherigen Annahmen und Werte in Bezug auf sich selbst, andere und die ganze Welt, sowie Übertragung von Täteraspekten (vgl. Graessner et. al. 1996).

### **Komplexe posttraumatische Belastungsstörung**

Herman entwickelte das Konzept der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, um die vielgestaltige Symptomatik nach langem und wiederholtem Trauma ebenfalls zu erfassen. Dieses Konzept basiert auf der Annahme, dass die Reaktion auf ein Trauma nicht als einzelne Störung begriffen werden darf, sondern als ein Syndrom, d.h. es sind eine Reihe von verschiedenen, möglichen Zuständen zu berücksichtigen. Die Reaktionen können von einer kurz andauernden Stressreaktion, über die „klassische“ Posttraumatische Belastungsstörung, bis zu dem komplexen Syndrom nach langandauerndem, wiederholtem Trauma reichen. Dieses Konzept umfasst somit auch Menschen, die über längere Zeit totalitärer Herrschaft und Kontrolle ausgesetzt waren, d.h. Folteropfer, Opfer von Geiselnahme, Kriegsgefangene, Überlebende von Konzentrationslagern, Mitglieder von kultisch-religiösen Sekten, Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung, Opfer von Gewalt und Vergewaltigung in der Familie und auch von organisierter sexueller Ausbeutung (vgl. Herman 1993).

Überdauernde und wiederholte Traumata durch zwischenmenschliche Beziehungen können zu folgenden gravierenden Veränderungen bei den betroffenen Personen führen:

#### A. Störungen der Affektregulation, darunter

- anhaltende Dysphorie
- chronische Suizidgedanken
- Selbstverstümmelung
- aufbrausende oder extrem unterdrückte Wut (eventuell alternierend)
- zwanghafte oder extrem gehemmte Sexualität (eventuell alternierend)

#### B. Bewusstseinsveränderungen, darunter

- Amnesie oder Hyperamnesie, was die traumatischen Ereignisse angeht
- zeitweilig dissoziative Phasen
- Depersonalisation / Derealisation

- Wiederholungen des traumatischen Geschehens, entweder als intrusive Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung oder als ständige grüblerische Beschäftigung

C. Gestörte Wahrnehmung, darunter

- Ohnmachtsgefühle, Lähmung jeglicher Initiative
- Scham- und Schuldgefühle, Selbstbezeichnung
- Gefühl der Beschmutzung und Stigmatisierung
- Gefühl, sich von anderen grundlegend zu unterscheiden (der Patient ist etwa überzeugt, etwas ganz Besonderes zu sein, fühlt sich mutterseelenallein, glaubt, niemand könne ihn verstehen oder nimmt eine nichtmenschliche Identität an)

D. gestörte Wahrnehmung des Täters, darunter

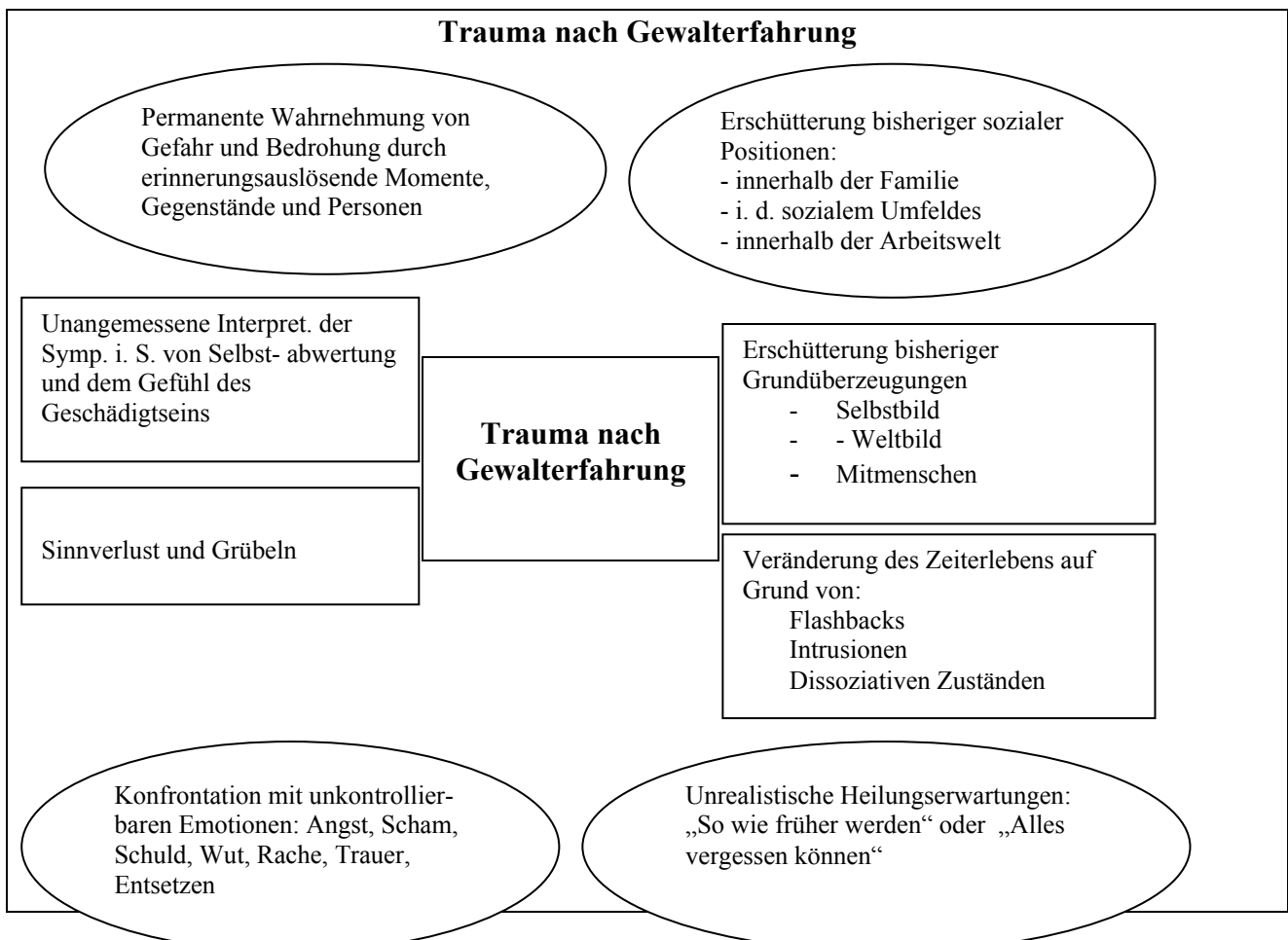
- ständiges Nachdenken über die Beziehung zum Täter (auch Rachedgedanken)
- unrealistische Einschätzung des Täters, der für allmächtig gehalten wird
- Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit
- Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung
- Übernahme des Überzeugungssystems oder der Rationalisierungen des Täters

E. Beziehungsprobleme, darunter

- Isolation und Rückzug
- gestörte Intimbeziehungen
- wiederholte Suche nach einem Retter (eventuell alternierend mit Isolation und Rückzug)
- anhaltendes Misstrauen
- wiederholt erfahrene Unfähigkeit zum Selbstschutz

F. Veränderung des Wertesystems, darunter

- Verlust fester Glaubensinhalte
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung (Herman 1993).



## Kulturspezifische Aspekte bei der Begutachtung von traumatisierten Menschen

Schon lange betonen Autoren aus dem Feld der Ethnomedizin, dass Wahrnehmung, Interpretation wie auch die Bewertung von Symptomen durch kulturelle Faktoren geformt werden (Kleinmann, Eisenberg u. Wood 1978). Im Rahmen ethnomedizinischer Diskussionen wurde bereits vor längerer Zeit der Begriff des „kulturspezifischen Syndroms“ geprägt. Dazu gehören nach Ritenbaugh (zit. n. Greifeld 1995) Erkrankungen, die „nicht losgelöst von ihrem kulturellen oder subkulturellen Kontext verstanden werden können, wobei ihre Ätiologien zentrale Bedeutungsfelder und Verhaltensnormen dieser Gesellschaft zusammenfassen und symbolisieren“ (Greifeld 1995).

Nicht nur bei der Betrachtung der Patientinnen, die schon länger in der Migration leben, sondern auch bei traumatisierten Flüchtlingen fällt es auf, dass auch diffuse körperliche Beschwerden bei der Anamnese häufig erwähnt werden, was die Diagnostik und damit auch Einleitung eines genauen Behandlungsprogramms oder Begutachtung erschwert.

Eine psychiatrische Diagnosestellung und mögliche Therapie hat eine ausreichende sprachliche Verständigung zur Voraussetzung. Bereits für deutsche Patienten ist die Kommunikation in diesem Kontext mitunter schwierig. Dies gilt umso mehr für Migranten, wo neben dem Problem, eine gemeinsame Sprache zu finden, noch die Gefahr kultureller Missverständnisse hinzukommt. So etwa, wenn bei Patienten Wahnvorstellungen (Zarifoglu 1992) oder dissoziative Lähmungen auftreten, Symptome, bei denen es sich um kulturell festgelegte Reaktionsformen innerhalb eines Deutungsschemas magischen Bewusstseins handeln kann (Zimmermann 1988).

Wie sich Menschen begegnen, hängt davon ab, welche Bedeutung vorhandenen Unterschieden beigemessen wird. Unterschiede können neugierig machen, eine andere Welt der Freude und Schönheit eröffnen, Herausforderung sein. Sie können auch Ängste hervorrufen, befremdend und abstoßend wirken. Dies gilt noch stärker für erschreckende und beängstigende Erlebnisse wie Folter, Vergewaltigung und andere Gewalterfahrungen.

Jede Begegnung mit Flüchtlingen unsererseits ist interkulturelle Begegnung. Dies gilt auch für die Begutachtung oder Asylanhörung. Hier treffen mehr oder weniger unterschiedliche Kulturen, Ethnien, Weltbilder, religiöse Überzeugungen und Sprachen aufeinander.

## Kulturspezifische Aspekte bei der Begutachtung von traumatisierten Menschen

Unterschiedliche Definition des Selbst in kollektivistischen und individualistischen Kulturen.

Bedeutung von Symbolen und Träumen

Kommunikationsformen  
- nonverbal  
- verbal

**Kulturelle Aspekte bei der  
Begutachtung/Behandlung  
traumatisierter  
Flüchtlinge**

Health-Belief-Model

Verhaltenweisen gegenüber:  
Fremden  
Autoritäten

Heilungserwartungen

Soziale Folgen für  
Gewaltopfer auf Grund  
vorherrschender Tabus

Vorstellungen von Hilfe  
und Unterstützung

Im Folgenden möchte ich einige kulturspezifische Traumareaktionen darstellen, die möglicherweise im Zusammenhang der Anamnese bei der Begutachtung von Bedeutung sein könnten:

**Attaques des Nervios** (lateinamerikanische und karibische Länder)

Typische Symptome: Weinen, Zittern, intensives Hitzegefühl über den ganzen Körper (calor), Schreien bis zum Verlust des Bewusstseins. Es wird meistens über eine Amnesie über die Dauer der Symptomatik berichtet. Teile dieser Symptome sind auch bei afrikanischen und asiatischen Klienten zu beobachten.

**Susto** ( auch espanto, espasmo und perdida del ama genannt):

Kommt häufig in Mexiko sowie Zentral- und Südamerika vor. Tritt häufig auf, nachdem beängstigende oder lebensbedrohende Ereignisse dazu geführt haben, dass die Seele den Körper „verlässt“. Die englische Bezeichnung dafür heißt deswegen „soul loss“.

**Typische Symptome sind:** Angst, Übererregung, Appetitlosigkeit, Schlafstörung, depressive Symptome, reduzierte Motivation und niedriges Selbstwertgefühl etc.

**Amok:** Asiatische Länder z.B. Laos. Ein dramatischer Zustand von Aggression gegen sich und andere. Tritt häufig nach großen Verlusterlebnissen auf.

**Latah:** z.B. Malaysia. Manifestiert sich in Form von Echolalie (stereotypes Wiederholen von Äußerungen) und einer automatischen Imitation der Bewegung und Gestik von anderen Leuten.

**Psychogene Ohnmachtsanfälle:**

Vor allem traumatisierte Frauen aus dem Balkan und Vorderasien zeigen im Zusammenhang mit äußeren und /oder inneren angstauslösenden Situationen oft nur mit psychogenen Anfällen in Form von Ohnmacht ihre Reaktion. Während eines psychogenen Anfalls erleben die Betroffenen körperlich die seelische Erinnerung an die Ohnmacht während des Traumas wieder. Psychogene Ohnmachtsanfälle treten häufig in Zusammenhang mit Konflikten auf, sie laufen „automatisch“ und „reflexartig“ ab und sind auf Störungen in der Erlebnisverarbeitung zurückzuführen. Die Symptomentwicklung unterliegt jedoch nicht, anders als bei vorgetäuschten Störungen oder bei der Simulation, der willentlichen Kontrolle des Betroffenen.

**Karabasan**

(bestimmte Art von Albtraum, auch „Schwarzer Druck“ oder „Albdruck“ genannt):

Kommt häufig in den Balkanstaaten und Vorderen Orient vor.

Es sind bestimmte Albträume, die als stuporartig beschrieben werden. Diese treten dann auf, wenn die Betroffenen auf dem Rücken schlafen, wobei sie das Gefühl haben, ein Gewicht läge auf ihnen und sie könnten sich weder bewegen noch nach Hilfe rufen. Dies versetzt sie meist in Angst und Panik, sie haben Atemprobleme, Druck auf der Brust, Herzsrasen, etc. und sind völlig erschöpft, wenn dieser Zustand aufhört. Bei traumatisierten Personen kann es zu einer Reaktivierung der traumatisierten Erlebnissen führen.

Allen diesen kulturspezifischen Symptomen ist gemeinsam, dass sie das typische Kriterium für die Diagnose von PTSD nicht bzw. nur zum Teil erfüllen würden, obwohl sie mit unterschiedlichen Formen der traumatischen Erfahrungen zusammenhängen.

**Allgemeine Kriterien für die Begutachtung**

Die Psychologin/der Psychologe oder die Ärztin/der Arzt wird beauftragt zu klären, ob gültige medizinische oder psychische Beweise zu finden sind, die den Angaben der Klientin/des Klienten zu erlittenen Misshandlungen und Folter entsprechen. Es ist nicht die Aufgabe von Gutachtern festzustellen, ob Asyl erteilt werden soll.

Die Aufgabe ist erfüllt, wenn die Vorgeschichte, erweitert durch alle verfügbaren anderen Dokumente, dargestellt wird, die Untersuchungsbefunde mitgeteilt werden, die Angaben der Klientin/des Klienten zur Entstehung verwertet und eigene Interpretationen und Folgerungen daraus niedergelegt werden.

Wie auch sonst in der Medizin, kann es in vielen Fällen schwer oder unmöglich sein, eine eindeutige Diagnose zu stellen.

Es ist besonders wichtig zu betonen, dass das Fehlen von Narben nicht gegen stattgefundene Folterungen spricht, sondern dass bleibende Narbenbildung von Art und Schwere der angegebenen Verletzungen abhängen. Oftmals sind allein die spezifischen psychischen Befunde vorhanden und liefern auch ausreichende Argumente, um eine Traumatisierung festzustellen.

Hinsichtlich der allgemeinen Kriterien bei der Begutachtung bei Migrantinnen und Migranten verweise ich auf Ebner (2001), die wie folgt dargestellt werden:

**Einige Kriterien für die Begutachtung von traumatisierten Flüchtlingen (nach Ebner, 2001)**

- Demographische Angaben (Name, Geburtsdatum, Aufenthaltsstatus, etc.)
- Kontext der Behandlung (Beginn, Dauer, Frequenz usw.)
- Aktuelle Situation und Problemstellung (u.a. Gründe für die Begutachtung)
- Anamnese (selbst- und fremdanamnestische Angaben bezeichnen)
- Subjektive Beschwerden
- Klinische Untersuchungsbefunde
- Zusatzuntersuchungen (Labor, Röntgen, etc.)
- Behandlung und Verlauf
- Diagnose (Gemäß ICD-10 oder DSM IV)
- Beurteilung, Beantwortung spezieller Fragen und Prognose

Bei der Begutachtung sollte der Gutachter wissen, dass viele Flüchtlinge geringes Wissen über die westeuropäische Bürokratie, asyl- bzw. aufenthaltsrechtliche Bestimmungen und Begutachtung haben. Der Kontext der Fragen während der Begutachtung sollte vorab geklärt werden und die Neutralität des Gutachters ausdrücklich benannt werden. In vielen Ländern werden Autoritäten, eben auch Gutachter, mit dem „Staatssystem“ in Verbindung gebracht, so dass die Patienten großes Misstrauen haben und sich dann nicht auf die Exploration einlassen. Es empfiehlt sich in der Regel, eine Vorphase mit einem allgemeinen Gespräch zu beginnen, um eine Beziehung herzustellen und dem Klienten einfach das Gefühl zu geben: er selbst hat Zeit, er kann seine Geschichte erzählen und eine „Autorität“ hört ihm zu. Bei diesem Gespräch sollte man sich die möglicherweise langatmigen Ausführungen, die vielleicht für die europäische Denkkultur keinen „Sinn“ ergeben, anhören, um in einer späteren Phase die gewohnte Vorgehensweise anzusetzen.

Bestimmte Dinge sind für den Klienten aus seiner Kultur heraus so selbstverständlich, dass er sie als bekannt und nicht erwähnenswert ansieht. Eigene Erfahrungen werden z.T. in der ‚Wir-Form‘ ausgedrückt, was zum Teil mit der kollektivistischen Kultur zu tun hat. Auch scheinen dem Klienten manche seiner Beschwerden nicht wichtig und erwähnenswert, oft sieht er auch z.B. keine Zusammenhänge zu den erlittenen Foltermaßnahmen. Bei Menschen aus Kriegsgebieten oder Orten, wo Gewalt fast „alltäglich“ und „Bestandteil der Erziehung“ ist, sollte genauer zu den persönlichen Gewalterfahrungen seit der Kindheit gefragt werden.

Politische Konstellationen werden oft weit wichtiger genommen, als die eigene Befindlichkeit. Erfahrene Misshandlungen, Repressalien, vor allem sexualisierte Gewalt werden nicht immer sofort und vielleicht kaum zur Sprache gebracht. Hier hilft es manchmal, wenn der Gutachter von seinen Erfahrungen spricht, wie z.B. „Ich kenne Menschen, die mir auch von Vergewaltigungen während der Haft berichteten, viele schämen sich das anzusprechen, ....., ist auch Ihnen so etwas passiert?“,

etc. Manche Erfahrungen sind schwer direkt auszudrücken, eher wird eine indirekte Kommunikation bevorzugt (z.B. sexualisierte Gewalt). Intime Geschehnisse sind in vielen Kulturkreisen tabuisiert und werden somit nicht ausgesprochen.

Traumabedingtes Vermeidungsverhalten, Scham oder auch Störungen des Gedächtnisses treten auf. Informationen zu politischen Interna werden oft verschwiegen.

Um mögliche Reaktivierungen von Erinnerungen an mögliche Verhöre aus dem Herkunftsland zu vermeiden, wäre eine angenehme Sitzordnung, ohne z.B. einen großen Tisch zwischen Patient und Gutachter, zu empfehlen.

Bei einem Erstgespräch kommen häufig nicht alle Einzelheiten zu Sprache. Deshalb wäre trotz Termindruck und möglicher Anfahrten etc. ein zweites oder drittes Gespräch für den Gesamteindruck, die Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung und die möglichen Informationen, die im ersten Gespräch nicht erwähnt worden sind, zu empfehlen.

### **Einige wichtige Faktoren bei der Begutachtung von traumatisierten Flüchtlinge**

- Geringe bis keine Kenntnis über die westeuropäische Bürokratie, asyl- bzw. aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen und Begutachtung
- Der Kontext der Fragen während der Begutachtung oder Befragung kann oft nicht klar oder eindeutig zugeordnet werden.
- Die Zuordnung der Gesprächsbeteiligten kann zu Beginn unklar sein. In wessen Auftrag handelt der Gutachter?
- Fehlen einer institutionellen Voraussetzungen, um ein Überwinden des durch Gewalterfahrung erzeugten Misstrauens und Öffnen gegenüber einem fremden Menschen zu ermöglichen, um über intimste Details zu berichten (Folter, Vergewaltigung, etc.).
- In Erstaufnahmelagern und Außenstellen des Bundesamtes werden traumatisierte Flüchtlinge mit einer Gesprächssituation und totalitären Bedingungen konfrontiert, die oft in erschreckender Weise an Verhöre, „Verhandlungen“ und Foldersituationen erinnern können.
- Angst vor uniformiertem Wachpersonal
- Befragung bzw. Begutachtung kann retraumatisierend wirken.
- Scham, Schuld und Angst, über Folter bzw. sexualisierte Gewalt zu sprechen.
- Unsicherer Aufenthaltsstatus (Ohnmachtsanfälle, Dissoziationen, etc.)

### **Die Frage nach der Wahrheit**

Dem Gutachter muss klar sein, dass eine Reihe von traumatisierten Personen auf Grund ihrer traumatischen Störung nicht in der Lage waren, vor dem Bundesamt und/oder Verwaltungsgericht, aber auch während der Begutachtung ihre Verfolgungs- und Leidensgeschichte schnell und einfach zu erzählen. Ebenso bleibt oft die Tatsache unbeachtet, dass traumatisierte Menschen meist nur fragmentarisch ihre erlittene Geschichte wiedergeben können, aber genau eine solche Schilderung kann zu einer Ablehnung im Asylverfahren oder dem Eindruck der Unglaubwürdigkeit bei der Begutachtung führen.

Auch schwer traumatisierte Personen können vorübergehend und sogar lange Zeit symptomfrei sein, müssen deshalb nach Fischer (1998) aber nicht unbedingt gesund sein. Daher sollte bei der Begutachtung auch der Blick nicht nur für die „Punktdiagnose“ sondern auch für die „Längsschnittdiagnose“ geschärft werden und notfalls eine Ergänzung hinsichtlich des Traumas als Prozess nach dem Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung (Fischer, Riedesser, 1998) gemacht werden.

Wenn Instanzen des öffentlichen Rechts letztlich „Entscheidungen“ treffen, so sollten die Gutachter sich nicht nur auf „entscheidungsorientierte Diagnostik“ beschränken. Vielmehr bleibt die Möglichkeit, den individuellen Verlauf traumatischer Prozesse zu berücksichtigen. Dann lässt sich auch einem Gericht gegenüber verdeutlichen, weshalb eine Störung latent bleiben oder zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Symptome hervorbringen kann.

Dabei kann nicht außer Betracht bleiben, dass eingeholte oder vorgelegte fachärztliche Stellungnahmen wesentlich auf Angaben und Einschätzungen des Betroffenen beruhen.

Es ist weiterhin richtig, dass in der Regel diagnostizierende Ärzte und Therapeuten sich auf Angaben der Patienten erst einmal verlassen müssen. Es ist auch klar, dass dies manchmal auch

gerade im gutachterlichen Bereich problematisch ist. Trotzdem ist es eine Jahrhunderte alte ärztliche Vorgehensweise, Anamnese und Befund aufzunehmen und daraus als Schlussfolgerung eine Diagnose zu stellen. Das ist auch naturwissenschaftliches Vorgehen Ebener, 2000). Zudem ist die Zielsetzung eines diagnostischen ärztlichen Gesprächs, eine medizinisch oder psychologisch nachvollziehbare Wahrheit zu finden. Ein Gespräch, das „verhörtechnisch“ geführt wird, erfasst manche Aspekte der Wahrheit anders, in manchen Fällen sicherlich schlechter. Es sind ja häufig viele Stunden, die man mit den Betroffenen zusammen verbringt, ehe eine Bewertung vorgenommen wird und werden kann. Außerdem beruhen unsere ärztlichen Erkenntnisse nicht allein auf den Angaben der Betroffenen, sondern werden mit der beobachteten Symptomatik zu einem Gesamtbild zusammengesetzt. Trotzdem können Irrtümer und Fehldiagnosen bei diesem Vorgehen auftreten. Man muss sich fragen, ob dies nicht auch im umgekehrten Fall möglich ist, und es muss, da es ja fatale Folgen und Konsequenzen für die Betroffenen haben kann, zu jeder Zeit, und sei es kurz vor der Abschiebung, noch Korrekturmöglichkeiten geben. Diese werden von den Richtern in ihrem Urteil weitgehend ausgeschlossen.

Bei der Diagnostik wird zunächst festgestellt, welche Symptomatik vorliegt, dann, durch welche Krankheiten und Störungen diese verursacht ist, und zuletzt sind über ihre Hintergründe Vermutungen anzustellen. Dies unterscheidet sich häufig von dem, wie Juristen an die Aufklärung herangehen.

An Ärzte und Psychologen, die ihren Beruf ernsthaft ausüben, sollte niemals, auch nicht von ihnen selbst, der Anspruch gestellt werden, Lügendetektoren zu sein. Eine gewisse Ausnahme von dieser Regel mag vorliegen, wenn der entsprechend spezialisierte Arzt oder Psychologe einen klar definierten forensischen Auftrag hat.

### **Die Wahrscheinlichkeit des Suizidrisikos bei Traumatisierten**

Hier wird etwas gefordert, was wissenschaftlich, zumindest zurzeit, mit unseren diagnostischen Methoden nicht zu machen ist. Die Pathodynamik des PTSD, wie sie oben beschrieben wird, macht es unmöglich, eine festumschriebene Wahrscheinlichkeit zu benennen. Es ist meines Erachtens nicht haltbar, so zu tun, als sei die Wahrscheinlichkeit eines Suizidrisikos bei Traumatisierten eine „mathematisch berechenbare Größe“ und als könne man für menschliche Reaktionsweisen in einem traumatischen Prozess Regeln festlegen.

Dieser traumatische Prozess setzt sich meist im Gastland fort und kann in der Regel solange als nicht abgeschlossen gelten, solange nicht ein sicheres Bleiberecht für die Betroffenen besteht. Als Gutachter kann man bei diesem Personenkreis nur auf die potentiellen Gefahren hinweisen. Juristische Maßstäbe, die in anderen Paragraphen gesetzt worden sind, können auf medizinische Tatbestände nicht so ohne weiteres übertragen werden.

Im weiteren geht es hinsichtlich möglicher Abschiebung oder Nichtabschiebung nicht um die Frage einer Behandlungsmöglichkeiten im Heimatland (obwohl dies auch relevant sein kann), sondern grundsätzlich darum, dass eine Traumatisierung als Grund des Störungsbildes und der daraus resultierenden menschlichen Reaktionen ein Abschiebehindernis darstellt und ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko ausmacht. Das Heimatland symbolisiert die Bedrohung, unabhängig von der realen Bedrohung. Sie ist immer da, wenn der Betreffende nur daran denken muss. Für traumatisierte Menschen bedeutet eine Abschiebung, dass sie zwangsweise mit den Orten des Traumas und möglicherweise mit Personen konfrontiert werden, die zum Kreise der Täter gehören könnten. Diese Erfahrung kann extrem schmerzhaft sein und eine erneute schwere Traumatisierung darstellen. Dieser Gefahr sind sich manche Traumatisierte durchaus bewusst.

Es sollte von den vielen Institutionen, die mit traumatisierten Menschen zu tun haben, erkannt werden, dass psychologische Realität sich nicht immer mit der tatsächlichen Realität deckt und dass erstere für das psychische Befinden eine Menschen wichtiger ist.

### **Prognose aus medizinischer/ psychologischer Sicht**

Die Beurteilung von Schweregrad und Prognose setzt eine genaue Diagnostik und Beschreibung der „allgemeinen“ PTSD voraus. Umgekehrt enthält das Stellen einer solchen Diagnose allenfalls in Ansätzen eine Aussage zum Schweregrad einer Störung. Im Folgenden haben wir einige wichtige Punkte für die Einschätzung zu den Traumafolgen aufgeführt.

Die Prognose zu dem Traumafolgen sollte die Einschätzung der körperlichen und psychischen Symptomatik beinhalten.

Vorliegen einer vulnerablen Persönlichkeitsstruktur.

Dabei sollte besonderes Gewicht darauf gelegt werden, welche Behandlungsnotwendigkeiten bestehen, über welchen Zeitraum diese Maßnahmen sich höchstwahrscheinlich erstrecken werden und welche sekundären Schädigungen zu befürchten sind, wenn eine adäquate Behandlung unterbleibt.

Hierbei müssen unbedingt die sozialen, politischen und familiären Lebensumstände der betreffenden Person in der Zeit nach den traumatischen Geschehnissen, im Exilland und im Anschluss an die Untersuchung zur Begutachtung mit einbezogen werden (Psychosoziale Auswirkungen der Störung: sozialer Rückzug, Beziehungsabbrüche, etc.).

Darzustellen ist auch, was bei Rückführung nicht nur real, sondern auf Grund der besonderen psychischen Situation und den oft mangelhaften Bedingungen sowie der gesellschaftlichen Situation im Heimatland droht. Reisefähigkeit beinhaltet nicht nur die Tagesform, sondern auch Ankunfts-fähigkeit und Lebensfähigkeit unter Wahrung der Menschenrechte.

Dazu gehört die Abschätzung der Gefahr einer Retraumatisierung. Zahlreiche Veröffentlichungen und Forschungsergebnisse belegen, dass Wiederholungen oder die Fortsetzung extremer Belastungen und das Fehlen eines stützenden sozialen Umfeldes, wie auch ein unsicherer Aufenthaltsstatus, zumeist zu Chronifizierungen der Krankheitssymptomatik führen und zur Gefahr des neuerlichen Verschlimmerung. Retraumatisierungen bewirken eine weitere Chronifizierung des Krankheitsbildes und verschlechtern damit anhaltend den Gesundheitszustand des Traumatisierten. Die Erfolgsaussichten der Behandlung, egal unter welchen Umständen, werden durch zwangsweise Abschiebemaßnahmen sich deutlich verringern.

Die Folgen von Extraumatisierung können intergenerationell weitergegeben (Kizilhan, 2000) werden. Hier wäre aus der Biographie zu erheben, ob über mehrere Generationen die Familie Erfahrungen mit externer und interner Gewalt hat, die möglicherweise traumatische Auswirkungen in der Familie gehabt haben.

Die Bedeutung einer frühzeitigen und spezifischen therapeutischen Behandlung sollte bei der abschließenden prognostischen Bewertung besondere Beachtung finden. Eine Behandlung sollte jedoch nicht zu einer Bedingung für den Aufenthalt gemacht werden. Zum einen, weil dies für die Behandlung kontraproduktiv wirken kann, zum anderen auch, weil für viele Traumatisierte die Vermeidung als Überlebensstrategie stabilisierende Funktion hat und sie sich aus Angst deshalb nicht in eine psychotherapeutische Behandlung begeben.

### **Literatur:**

**American Psychiatric Association**, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Aufl. (DSM-III) (Weinheim und Basel 1989).

**B.L. Green, 3. D. Lindy, M. C. Grace**, (1985) "Posttraumatic Stress Disorder. Toward DSM- IV", in: Journal of Nervous and Mental Disease, 173, S.406-411.

**Brucks, U.** (1994): Probleme, die niemand kennt. Die psychosoziale Versorgung von Migrantinnen. In: Endstation Sehnsucht? Neue Perspektiven in der Sozialarbeit mit Migrantinnen. Fachtagung der Senatsverwaltung für Arbeit und Frauen Berlin in Zusammenarbeit mit TIO Berlin, Berlin, 112-130.

**Drees, Alfred** (1991): Der Gefolterte und sein Therapeut. Zur psychosozialen Behandlung von Folteropfern. In: Stoffels, Hans (Hrsg.): Schicksale der Verfolgten - Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft. Berlin 1991, S. 316-324.

- Ebener, G.**(2001): Grundlagen transkultureller Begutachtung. In: Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen anderen Kulturen (Hg. Hegemann T, Salman R.), Bonn, Psychiatrie Verlag.
- Greifeld, K.** (1995): Einführung in die Medizinethnologie. In: Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin, hrsg. Von Pfleiderer, B., K. Greifeld, W. Bichmann. Dietrich Reimer Verlag, Berlin, 145-158.
- Graessner, Sepp / Gurriss, Norbert / Pross, Christian (Hrsg.):** Folter: an der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapien. München 1996.
- Gurriss, Norbert** (1996): Seelisches Trauma durch Folter - Heilung durch Psychotherapie? In: **Haas, Daniela** (1997): Folter und Trauma - Therapieansätze für Betroffene. Oldenburg 1997.
- Herman, Judith** (1993): Die Narben der Gewalt - Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München 1993.
- Häfner, H.** (1980), Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim. Nervenarzt 51, 672-683.
- Holzmann, T.H., Volks, S., Georgi, K., Pflug, B.** (1994), Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik mit Versorgungsauftrag. Psychiatrische Praxis 21, 106-108.
- Kestenberg, Judith** (1980): Kinder von Überlebenden der Naziverfolgung. Psychoanalytische Beiträge. In: Dahmer, Helmut (Hrsg.): Analytische Sozialpsychologie Bd. 2, Frankfurt/M 1980, S.494-509.
- Kleinman, A., L. Eisenberg, B. Good** (1978): Culture, illness and care. In: Annals of Internal Medicine 88, 251-258
- Kizilhan, I.** (1995). Der Sturz nach oben. Eine psychologische Studie über Kurden in Deutschland, medico international Verlag Frankfurt.
- Kizilhan, I.** (2000): Zwischen Angst und Aggression – Kinder im Krieg, Horlemann Verlag, Bad Honnef.
- Saß, Henning / Wittchen, Hans-Ulrich / Zaudig, Michael (Hrsg.):** Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen - DSM-IV. Göttingen 1996.
- Zarifoglu, F.** (1992): Psychiatrische Versorgung von Migranten unter Einbeziehung ethnopsychiatrischer Aspekte. In: Informationsdienst zur Ausländerarbeit 3 / 4 (1992) 68-72.
- Zeiler, J., F. Zarifoglu** (1994): Zur Relevanz ethnischer Diskriminierungen bei psychiatrischen Erkrankungen. Psychiatr. Prax. 21, 101-105.
- Zimmermann, E.** (1988): Die Ursprünge der transkulturellen Psychiatrie. In: Vom heimatlosen Seelenleben, hrsg. Von Morten, A.; Psychiatrie Verlag, Bonn.

Zum Autor: I. Kizilhan, Dr. rer. soc., Dipl. Psych., Abteilungsleiter, Wissenschaftlicher Berater zur Transkulturellen Psychiatrie/Psychologie, psych. Sachverständiger, Psychotherapeut. Mitarbeiter der Projektgruppe Konflikt und Friedensforschung und Habilitant der Universität Konstanz.