

MigrantInnen in der psychiatrischen und klinisch psychologischen Behandlung und Begutachtung – Die Rolle der Folgen psychischer Traumatisierung

Migrants in Psychiatric and Psychological Treatment – The Role of the Consequences of Psychological Traumatization

Sanela Piralic-Spitzl & Eva Münker-Kramer

Themenschwerpunkt Migration und Integration

Zusammenfassung

Der Beitrag beschreibt exemplarisch Fälle von PatientInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die unter massiven Folgen psychischer Traumatisierungen sowie Folterfolgen leiden. Es soll die spezifische Behandlungs- und Begutachtungssituation dieser PatientInnen thematisiert werden, wobei weite Teile des Ausgeführten selbstverständlich auch für MigrantInnen aus anderen Gebieten gelten sowie bedingt für viele Menschen, die auch ohne Migration und/oder sprachliche Barriere in Situationen kommen, in denen sie auf fachlich kompetente Gutachterstellungnahmen angewiesen sind. Die unabdingbare Notwendigkeit medizinisch-psychologischer Fachkompetenz in der Behandlung sowie spezifischer Erfahrung von Sachverständigen im Bereich der Differentialdiagnostik psychisch-reaktiver Traumafolgestörungen wird konstatiert und die Notwendigkeit einer entsprechenden spezifischen Haltung und Vorgehensweise – bei dieser besonders sensiblen – Klientel soll hervorgehoben und begründet werden. Inhaltlich geht es in den Beispielen in diesem Beitrag einerseits um grundsätzliche Begutachtungen zum Aufenthaltsrecht – Asylantrag, andererseits um eine arbeitsrechtliche Begutachtung – Invaliditätspensionen. Fehlbeurteilungen durch Behörden und Gerichte können – neben dem Verfahren an sich – insbesondere beim Vorliegen von schweren Traumatisierungen und seelischen Störungen – weitreichende zusätzliche Folgen haben (Haenel 2004).

Abstract

This article describes exemplary cases of traumatized patients from former Yugoslavia, who suffer from the consequences of psychological traumatization and torture. It is evident that most parts of the exposition are valid for migrants from anywhere else as well and for people without language barriers and migration who have to undergo situations where they have to rely on competent evaluators. The indispensable ne-

cessity of medical and psychological professional competence, attitude and special experience of these experts in assessing and treating this particular group of patients is emphasized and justified theoretically. Contentwise, the two examples deal with the treatment of severe chronic stress disorder and comorbidities on one hand, and with a pension request due to physical pain and consequences of stress disorder on the other hand.

1. Was sagen die Diagnosemanuale grundsätzlich?

Zu Beginn der Ausführungen seien nun die gängigen Formulierungen aus den Diagnosemanualen gestellt, die die Dinge an sich präzise beschreiben.

„Die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (F 43.1, ICD-10) sollte gemäß WHO gestellt werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine «wahrscheinliche» Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als 6 Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden. Zusätzlich müssen die Hauptsymptome (1) Intrusionen (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma), (2) Vermeidungsverhalten/Betäubung und (3) Anhaltendes psychologisches Hyperarousal (Überregung) vorliegen. Die Symptome müssen (4) über 1 Monat anhalten und (5) das Ergebnis einer traumatischen Erfahrung sein.

Das ICD-10 (WHO) beschreibt weitere belastungsabhängige Erkrankungen Akute Belastungsreaktion (F43.0), Anpassungsstörung (F43.2) und Anhaltende Persönlichkeitsveränderungen nach extremen Lebensereignissen (F 62.0). Vom ICD 9 zum ICD 10 wurden in der

„4er Kategorie“ interessanterweise ebenfalls die Ängste, dissoziative Störungen, Zwangsstörungen, depressive Störungen, somatoforme Störungen zusammengenommen. Dies entspricht in der klinischen Praxis sehr häufig deutlichen Komorbiditäten, die im Kontext psychischer Traumatisierung (sowohl bei akuten als auch bei chronischen Formen) auftreten können. Hier wurden also schon einem Zusammenhang Rechnung getragen. Eine Diagnose, die diese Zusammenhänge eigens beschreiben soll, ist lange in Diskussion, wird im angloamerikanischen Sprachraum als DESNOS (Disorder of extreme Stress not otherwise specified) und deutsch als sogenannte komplexe Posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet (Driessen et al, 2002). Sie umfasst Symptome aus dem Bereich der Stressregulationsstörung (wie „einfache PTBS“) sowie aus dem Bereich des Verlustes von Werthaltungen, Zukunftsperspektive, Vertrauen in andere und die Welt (Folgen sogenannter Typ-II Traumatisierungen, Beziehungstraumatisierungen, dies passiert in sogenannten sequentielle Traumatisierungen und Entwicklungstraumatisierungen (vgl. auch Aufstellung und Erläuterungen zur Differentialdiagnostik Münker-Kramer, 2009, S. 55-59).

Bezüglich der Exploration einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), einer Persönlichkeitsveränderung nach Extremtrauma gemäß den Kriterien des ICD-10 bzw. DSM IV und noch mehr bei DESNOS, da hier Traumatisierung durch andere Menschen den Großteil der Ursachen ausmacht und somit der Kontakt mit anderen, die eine Machtposition haben, stellt sich die gutachterliche Position grundsätzlich rein vom Setting her schon problematisch dar.

Es hat rein von der Situation und von dem, worum es geht, her gesehen – ohne dass noch irgendein unsensibles Verhalten der „Anhörenden“ „notwendig“ ist – wieder mit Autorität, Ausgeliefertsein, Abhängigkeit u.ä. zu tun. Dies kann fachlich psychotraumatologisch gesprochen per se schon als starker Trigger (Auslöser) erlebt werden, vor allem, wenn Ausgeliefertheit an staatliche Organe oder an andere Menschen grundsätzlich ein Teil der Traumatisierung war. Aspekte dieses „circulus vitiosus“ möchten wir genauer darstellen:

Es existieren eine Vielzahl psychisch reaktiver posttraumatischer Symptome, die geeignet sind, die Diagnose einer PTBS „nicht stellen zu können“: z. B. werden Reize, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, vermieden oder Teile des Geschehenen sind dissoziiert (in der traumatischen Situation ein neurobiologischer Schutzreflex, später ein Symptom). Beides kann so weit gehen, dass Betroffene sogar unfähig sein können, wichtige Aspekte des Traumas überhaupt zu erinnern und wenn, dann in Sprache zu fassen – die Blockade des Broca Areals ist eine kennzeichnende Reaktion bei Extremstress (Münker-Kramer, 2009, Münker-Kramer, 2011) und dies gilt sowohl für die Ursprungssituation als auch für die getriggerte Erinnerung – und dies passiert automatisch und ist unvermeidbar, wenn die Person aufgefordert wird (notwendigerweise im Anerkennungsverfahren), den Kern des Erlebten darzulegen. Die intensive psychische

Belastung durch innere und äußere Reize, die mit dem Trauma assoziiert sind, kann sich außerdem auch in vegetativen Reaktionen zeigen (Rotschild, 2002).

Wie im Beispiel Dissoziation erwähnt, sind diese, die Exploration behindernden Symptome gleichzeitig auch Teilsymptome für die Diagnose der PTBS. Sie sind im DSM-IV-TR der American Psychiatric Association explizit unter Punkt C angeführt – hier wird dann noch einmal die Schwierigkeit einer sorgfältigen Differentialdiagnostik deutlich – schon für Fachkräfte (die größtenteils in traumaspezifischer Diagnostik nicht suffizient ausgebildet sind):

- A.** Es war eine Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis gegeben und zwar:
 - 1.** Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit (objektiv) und
 - 2.** Reaktion: Intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (subjektiv)
- B.** Es kommt zum beharrlichen Wiedererleben des Ereignisses in Form von
 - 1.** Wiederkehrenden und eindringlichen belastenden Erinnerungen (Bildern, Gedanken, Wahrnehmungen) und/oder
 - 2.** Wiederkehrende belastenden Träume und/oder
 - 3.** Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehrt
- C.** Anhaltendes Vermeidungsverhalten bzgl. Traumaassoziierter Reize oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität.
 - 1.** Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen in Bezug auf das Trauma
 - 2.** Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen wachrufen
 - 3.** Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
 - 4.** Deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
 - 5.** Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen
 - 6.** Eingeschränkte Bandbreite des Affektes
 - 7.** Gefühl einer eingeschränkten Perspektive
- D.** Anhaltende Symptome erhöhter Erregung. Zwei der folgenden fünf Kriterien sind erfüllt
 - 1.** Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen
 - 2.** Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - 3.** Konzentrationsschwierigkeiten
 - 4.** Hypervigilanz (extreme Wachsamkeit)
 - 5.** Übertriebene Schreckreaktionen
- E.** Das Störungsbild dauert länger als einen Monat
- F.** Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen,

beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Es handelt sich somit um Symptome, die einerseits einen Teilbereich der Diagnose beschreiben, andererseits die psychologisch-psychiatrische Exploration ebendieser verhindern bzw. zumindest erschweren.

Nun ist die Problematik der adäquaten Handhabung und Interpretation dieser Phänomene durch „psychodiagnostisch-psychotraumatologische“ Laien wie BehördenvertreterInnen, JuristInnen erahnbar. Genau diese entscheiden dann aber über die wesentlichen Lebensfragen der Betroffenen, die wiederum genau durch deren Erleben determiniert sind. Hier schließt sich mitunter der Teufelskreis und gegebenenfalls wirkt die Gutachtersituation als Retraumatisierungssituation und das Endergebnis stellt sich für die Betroffenen wie eine „sich selbst erfüllende Prophezeiung“ dar.

Wir möchten dies auch in Bezug auf die „Bindungssituation“ noch genauer erläutern: Menschen, deren Grenzen in traumatischen Erlebnissen überschritten wurden (siehe oben, Beziehungstraumatisierung), sind in Begutachtungssituationen – die sich ja durch ihre Intensität und Intimität auszeichnen – wesentlich stärker belastet und beeinträchtigt als andere Patientengruppen.

Die typisch posttraumatischen Symptome wie Intrusionen, Übererregbarkeit, Gedächtnisstörungen etc. führen zu erheblichen kognitiven Einschränkungen. V. a. Opfer von Gewalterfahrungen neigen zu bruchstückhaften Erinnerungen. Scham- und Schuldgefühle erschweren den Erinnerungsprozess oft zusätzlich.

Außerdem steht die Gefahr einer Retraumatisierung und emotionalen Überflutung immer im Raum, da von den Betroffenen verlangt wird, die schmerzhaften Ereignisse innerhalb eines kurzen Zeitraumes zu erinnern und zu berichten, was die Intensität des Erlebens verstärkt. Das genaue Explorieren der Fakten ist aber wiederum unabdingbar für die Begutachtung – hier ist ein nicht auflösbarer Widerspruch – um nicht auch hier zu sagen – Teufelskreis – in sich.

Dem entsprechen auch die Erfahrungen, die mit den PatientInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien an der Transkulturellen Ambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie gemacht werden: Viele der PatientInnen waren während des Bosnienkrieges in Konzentrationslagern oder Gefängnissen und wurden dort gefoltert oder verhört. Das Verhaltensspektrum der Betroffenen während der Exploration reicht von unruhig, aggressiv bis zu scheinbar gleichgültig und teilnahmslos.

Dies alles verdeutlicht die besondere Wichtigkeit, an sich Unabdingbarkeit einerseits einer einfühlsamen und exakten Vorgehensweise in der Untersuchungssituation, andererseits eines fundierten psychotraumatologischen Wissens beim relevanten „Vollzugspersonal“. Dies ist das Einzige, um mit dieser „Quadratur des Kreises“ adäquat und im Sinne des annähernd korrekten Ergebnisses umgehen zu können

2. Was bedeutet dies konkret

Die wichtigste Aufgabe bei der Untersuchung dieser Patientengruppe ist zunächst sicherlich, einen vertrauensvollen Rahmen zu schaffen, in dem die Betroffenen sich öffnen können. Traumatisierten Personen sieht man ihr Trauma nicht an, sie können selbstverständlich auch in einem längeren Gespräch aufgrund ihres Vermeidungsverhaltens einen völlig unauffälligen Eindruck machen. Die abwehrende Dynamik kann auch auf den/die UntersucherIn überspringen: so kommt es oft zu einer Koalitionsbildung zwischen UntersucherIn und PatientIn mit dem Resultat der Bagatellisierung des Traumas.

Komplexe chronische Traumatisierungen resultieren meist in einer „feindlichen und misstrauischen Haltung der Welt gegenüber, sozialem Rückzug einem Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, einem chronischen Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohsein und Entfremdung“ (ICD-10, F62.0, 2000). Die Überwindung dieser tiefgreifenden Ängste und Mißtrauen in zwischenmenschliche Beziehungen ist eine der größten Schwierigkeiten in der Untersuchungssituation.

Die Auseinandersetzung mit Erlebnissen extremen menschlichen Leids stellt natürlich auch für den/die UntersucherIn eine massive psychische Belastung dar und kann z. B. eigene Traumata reaktivieren bzw. zu einer Labilisierung führen – hier sei die Gefahr von Sekundärtraumatisierung angesprochen, die nicht nur für die Person selbst, sondern auch für die Begutachtungssituation fatale Folgen haben kann: Gemeinsame Leugnung, Emotionslosigkeit, Distanzierung bzw. mangelnde Empathie aber auch beidseitige Überflutung und Überidentifikation sind mögliche Resultate. Als besonders belastend wird die Begutachtung von Opfern sog. „man made disasters“ (absichtliches Quälen, Folter etc. von Menschen durch andere Menschen) empfunden. Wenige GutachterInnen fühlen sich diesen extremen Situationen gewachsen.

Andererseits kann sich eine strukturierte und einfühlsame Untersuchung auch positiv auf die Betroffenen auswirken: Manche Opfer, die erstmalig die Gelegenheit erhielten, sich einer außenstehenden Person zu öffnen, zeigen sich erleichtert und von einer Last befreit und erleben „Zeugenschaft“. Dabei ist immer im Auge zu behalten, dass Betroffene in ihrer emotionalen Regulationsfähigkeit sehr stark auf die Unterstützung des/der UntersucherIn angewiesen sind. Insofern sind Kenntnisse in Stabilisierungsverfahren von essentieller Bedeutung.

3. Voraussetzung für eine adäquate Begutachtung

Wie bereits erwähnt, sind beste psychotraumatologische Kenntnisse seitens der GutachterInnen und auch anderer mit der Situation betrauter Personen wie DolmetscherInnen u.a. unabdingbar. Darüber hinaus sind die Kenntnis kultureller Unterschiede und Besonder-

heiten wichtig, da kulturtypische Traumareaktionen erkannt und fremde Kommunikationsstile adäquat beurteilt werden müssen. Methodengeleitetes, strukturiertes Vorgehen bei der Exploration stellt eine „conditio sine qua non“ dar, muss erlernt und auf den aktuellsten Wissenstand gebracht werden. In diesem unterschiedlichem Kenntnisstand und Ausbildungsqualität liegt sicherlich ein Grund für die verschiedene Beurteilungspraxis.

Um einem Opfer zu helfen, die traumatischen Ereignisse zu berichten und eine Diagnose abklären zu können sind sicherlich ein großer Zeitrahmen, ein großer psychisch/mentaler Aufwand auf beiden Seiten und dementsprechend mehrere Sitzungen erforderlich. Dabei ist insbesondere auf dissoziative (siehe oben) und ggf. psychotische Symptome, was ein Hinweis auf eine zusätzliche Erkrankung neben der Traumafolgestörung wäre, zu achten, die eine klare Differentialdiagnose zum jeweiligen Zeitpunkt eventuell unmöglich machen. Ebenso kann die Einnahme von Psychopharmaka eine massive Einflußgröße auf die Emotionalität des/der PatientIn darstellen und muss somit beachtet werden.

Strenge Qualitätsstandards für forensische Begutachtungen gibt es in Deutschland seit einigen Jahren (SBPM, Gierlichs et al., 2002), im Gegensatz zu Österreich. So kommt es immer wieder zu der paradoxen Situation, dass PatientInnen, die von Behandlern, die sie längere Zeit beobachten konnten (z.B. im Rahmen stationärer psychiatrischer Aufenthalte) Befunde über Traumastörungen vorweisen können, jedoch von Gutachtern im besten Fall eine Anpassungsstörung diagnostiziert bekommen.

4. Symptomspezifische Hindernisse der Exploration

Hier seien noch einmal im Überblick die Wichtigsten der traumaspezifischen Beeinträchtigungen in der Untersuchungssituation dargestellt:

- Übererregung (überschießende Reaktion auf den Interview-Stress)
- Misstrauen,
- Schuldgefühle
- Vermeidungsverhalten, Angst vor Triggerung von Nachhallphänomenen
- dissoziativ, neurobiologisch bedingte Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen
- kulturspezifische Tabus, Scham, Missverständnisse
- sprachliche Barrieren
- Dissoziation als neurobiologischer Schutzreflex durch Trigger und Wiedererinnerung

Insbesondere bei Folterüberlebenden und Frauen an der interkulturellen Ambulanz lassen sich v. a. Gefühle von Schuld, Wertlosigkeit und Scham sehr häufig und in sehr ausgeprägter Form beobachten. In diesem Zusammenhang sind besonders auch der Gender-Aspekt und die

Notwendigkeit gendersensibler Begutachtung zu bedenken.

5. Qualitätsunterschiede

Die gutachterlichen Kalküle in der Beurteilung psychisch reaktiver Traumafolgen unterscheiden sich mitunter beträchtlich (Denis et al., 2000, Bundessozialgericht). In der Begutachtungspraxis bosnischer Kriegsflüchtlinge (Henningsen, 2003) oder der Abschiebungspraxis (Gierlichs, 2002) konnte dies in jüngerer Vergangenheit erneut gezeigt werden.

Die langjährigen Erfahrungen mit unseren PatientInnen, sowie Gespräche mit PsychiaterInnen und PsychologInnen mit zusätzlicher Traumausbildung, bestätigen immer wieder die Tatsache, dass die meisten Opfer falsch diagnostiziert werden bzw. Traumata und Traumafolgestörungen nicht erkannt werden und „lediglich“ Komorbiditäten diagnostiziert sind, die aber nicht als solche, sondern als Hauptdiagnose ausgewiesen werden – Beispiel: jemand hat aufgrund von komplexer Traumatisierung Suchtverhalten entwickelt, es wird „lediglich“ dies diagnostiziert und behandelt, aber nicht die dahinterliegende Geschichte berücksichtigt. Wesentlich ist auch die häufige Fehldiagnostizierung zwischen Borderline Persönlichkeitsstörung und DESNOS (Driessen & Reddemann, 2002, Sachsse, 2011).

Der äußerst kurze Zeitrahmen für die psychiatrische Exploration, von dem PatientInnen immer wieder berichten (15min), mag nur ein Grund für das mangelnde Untersuchungsergebnis sein. In der klinisch psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung solcher PatientInnen benötigt man mit vorsichtiger, aufmerksamer und angemessener Haltung oft Monate, um die Anamnese einigermaßen suffizient erfassen zu können und die Zusammenhänge differenziert zu verstehen.

Inzwischen unterziehen sich sehr viele PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen traumaspezifischer Zusatzfortbildung in nicht geringem Ausmaß, um hier adäquat arbeiten zu können und die Vielzahl an großartiger Forschung zu Ursachen und Behandlungsmethoden im Sinne ihrer PatientInnen nutzen zu können und Aspekte von Psychotraumatologie werden in sogar in Grund-Therapieausbildungen oder in die postgraduelle Ausbildung zur klinischen Psychologie einbezogen. Dies ist eine gute und notwendige Entwicklung und das Bewusstsein der KollegInnen ist klar aus der Erfahrung – die die Autorinnen teilen können – dass man bei der Arbeit mit Menschen mit Folgen psychischer Traumatisierung ohne diese spezifischen Sichtweisen, Instrumente und Haltungen nicht weiter kommt. Im Bereich der GutachterInnen und DiagnostikerInnen sehen wir noch Handlungsbedarf in Bezug auf diese spezifische Sichtweise, es gibt wenige spezialisierte KollegInnen, zu denen man auch PatientInnen mit differentialdiagnostischen Fragen schicken kann. Hier wäre eine Vergrößerung der Gruppe für BehandlerInnen und PatientInnen

sehr wünschenswert.

Dies trifft sich auch gut mit den Änderungen im Opferschutz mit der Strafrechtsreform vor ca. 2 Jahren, wo den Opferangelegenheiten und dem Erleben der Opfer mehr Rechnung getragen wird – die Perspektivenänderung würde sich sehr gut mit Stellungnahmen von Gutachtern treffen können.

6. Fallbeschreibungen

Zwei Fälle inadäquater Begutachtung von betroffenen PatientInnen aus der ambulanten psychotherapeutischen Arbeit der Autorinnen sollen an dieser Stelle vorgestellt werden. Sie zeigen deutlich, dass zum einen nach langjähriger Betreuung die behandelnde Psychotherapeutin und die klinische Psychologin zu derselben Diagnose gelangten. Die intensive Begleitung vermittelt den PatientInnen das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen und kann zum Teil auch eine weitere Somatisierung der Beschwerden verhindern. Leider kann in der therapeutischen Arbeit mit Patientinnen immer wieder beobachtet werden, dass unzureichende Begutachtungen in einem Ausmaß von 15 Minuten langjährig erarbeitete therapeutische Erfolge in kurzer Zeit zunichte machen können. Im schlimmsten Fall kann eine derartige Begutachtung nach entgegengesetzten Bemühungen in der therapeutischen Arbeit auch zu einer Chronifizierung der Beschwerden führen und eine fatale Bestätigung von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein bedeuten, die an sich auch der Ausgangspunkt des Erlebens war.

6.1. Fall I

Die Pat. Frau XX geb. 1958 kommt aus Bosnien und lebt seit 1994 in Wien. Sie wurde in einem bekannten Konzentrationslager während des Bosnien-Krieges 6 Monate täglich von mehreren Soldaten körperlich gefoltert und sexuell missbraucht.

Es folgt eine kurze Auswahl klinischer Befunde ihrer langjährigen Klinischen Psychologin so wie von behandelnden Fachärzten der Patientin.

- Seit 2009 befindet sich Frau xx in psychologischer Behandlung (muttersprachlich). Frau xx besitzt einen klinisch psychologischen Bericht über schwere Traumatisierungen: „Sie wurde vergewaltigt und am Körper (vorwiegend im Vaginalbereich) durch die Scherben einer zerbrochenen Glasflasche massiv verletzt.“ Neben der führenden Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung wurden von der Kollegin auch schwere Depression mit Psychose, Somatoforme Schmerzstörung, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörung und geringe Belastbarkeit diagnostiziert.
- Seit 2000 befindet sich Frau xx auch regelmäßig bei einem niedergelassenem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie in Behandlung: „Bei der Pat. besteht

eine schwere rez. Depression mit psychotischer Symptomatik, eine Somatoforme Schmerzstörung, eine generalisierte Angststörung, eine Posttraumatische Belastungsstörung sowie eine Insomnie“

- Seit 2009, Wiener Gebietskrankenkasse Gesundheitszentrum Wein Süd Diagnosen: „Schwere posttraumatische Belastungsstörung, schwere Depression, Benzodiazepinabusus“
- Frau xx absolvierte mehrere stationäre Aufenthalte in verschiedenen Krankenhäusern. Während des 14-wöchigen stationären Aufenthalts (2010/2011) an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurde die Patientin von mir diagnostiziert. Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD- 10; F 33.3), Posttraumatische Belastungsstörung (ICD- 10; F 43.1), Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10; F 40.01), Nikotinabhängigkeit (ICD- 10; F 17.2), Arterielle Hypertonie (ICD- 10; I 10), Vasculäre Enzephalopathie (ICD- 10; I 67.9)
- Die Patientin befindet sich seit 2010 an der Klinik in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer Behandlung. Zusätzlich nimmt Frau xx regelmäßige psychotherapeutische/traumaspezifische Sitzungen (muttersprachlich) bei mir wahr. Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD- 10; F 33.3), Posttraumatische Belastungsstörung (ICD- 10; F 43.1), Somatoforme Schmerzstörung mit medizinischen und psychologischen Faktoren (F 45.4)

Aufgrund einer 3 Jahre andauernden Langzeitarbeitslosigkeit wurde Frau xx seitens des AMS an die Pensionsversicherungsanstalt weiterverwiesen, um einen Antrag auf Invaliditätspension zu stellen. Die Patientin wurde, laut eigenen Angaben, vor Ort von einem Allgemeinmediziner ca. 10 Minuten untersucht, was die Tochter der Patientin ebenfalls bestätigen kann. Die Patientin berichtete vom Desinteresse, das ihr seitens des Arztes entgegengebracht wurde, sowie von Versuchen, dem Arzt von ihren Schmerzen, Ängsten und Depressionen zu berichten. Da die Versuche erfolglos blieben, bat die Patientin den Arzt zusätzlich, die in Kopie vorliegenden Befunde zu sichten, was dieser, laut ihren Angaben, ebenfalls ablehnte. Zusätzlich teilte Frau xx dem untersuchenden Arzt mit, dass es ihr schwerfallen würde über ihre Probleme mit einem Mann offen zu sprechen.

Der begutachtende Arzt diagnostizierte eine „Konversionsneurotische Depression“ ICD-10 F43.2 Im ICD-10 findet man unter Ziffer F43.2 die Diagnose der Anpassungsstörung („Konversionsneurotische Depression“ existiert als Diagnose überhaupt nicht. Aber auch Depression scheint aus fachlicher Sicht ebenfalls bei weitem zu kurz gegriffen. Bei einer Anpassungsstörung (F43.2 nach ICD 10) „handelt sich es um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern.“

Der begutachtende Arzt schreibt weiter: „Zusammenfassend ist neurologisch/psychiatrischerseits von einer

nicht übersehbaren Begehrhaltung auszugehen“. In Anbetracht der Schwere der posttraumatischen Belastungsstörung und den damit einhergehenden symptomatischen Beeinträchtigungen ist diese Einschätzung aus fachlicher Sicht in keiner Weise nachvollziehbar.

6.2. Fall II

Der Patient XX (Jg. 1959) aus dem ehemaligen Jugoslawien, österreichischer Staatsbürger, handwerklicher Grundberuf, aufgrund eines Unfalls nicht mehr auszuüben, daneben massive posttraumatische Symptomatik nach den Erlebnissen im Balkankrieg, im Anschluss an den dritten mehrwöchigen Aufenthalt in der Psychiatrie Überweisung in ambulante traumaspezifische Psychotherapie. Diagnosen: Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F.62) bzw. auch Phasen mit Dissoziationssymptomen, Komorbiditäten (somatoforme Schmerzstörung, Depression F32.3, Angstepisoden), DESNOS-Störung (Disorder of extreme Stress not otherwise specified) mit ständigem massivem Leidensdruck und Derealisations- und Depersonalisationssymptomen, dadurch Status vor einem Verfahren zur Invaliditätspension, auch ohne laufenden Arbeitsprozess starke Einschränkung der normalen Alltagsfunktionsfähigkeit.

Das „Ertragen“ der Symptome braucht seine ganze Energie (Schlaflosigkeit kompensieren, Reizbarkeit – Aggressionsausbrüche, Suizidalität, neben den körperlichen Schmerzen durch den Unfall auch somatoforme Schmerzstörung (unerträglicher permanenter „Druck im Kopf“, Schwindel, Visusbeschwerden). Die therapeutische Arbeit steht in diesem Artikel nicht im Fokus, es war das klassische traumatherapeutische Vorgehen mit genauer allgemeiner und traumaspezifischer Anamnese und langer Stabilisierung. Dies bedeutete in seinem Fall vor allem Dissoziationsstopp, Distanzierungstechniken einüben (ständige Intrusionen, vor allem beim Aufwachen in der Nacht nach Alpträumen mit starkem Hyperarousal und Aggression), Psychoedukation (ein großes Problem, auch vor seinem kulturellen Hintergrund war, „seinen Mann nicht mehr stehen zu können“ (Arbeit, Rolle in der Familie und Partnerschaft) – somit eine „Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses“ (Fischer & Riedesser, 2003). Es ging somit zunächst „nur“ darum, ihn (und auch seine Frau) in der Bewältigung dieser Situation zu stützen. Nach Ablauf der sozialrechtlichen Möglichkeiten stand das Ansuchen um I-Pension als einzige, aber auch sehr sinnvolle Möglichkeit im Raum, da er nicht arbeitsfähig war, schon in seinem täglichen persönlichen Lebensvollzug massiv beeinträchtigt war, zudem unter ständiger schwerer Medikation stand, aufgrund seiner intrusiven Symptome und Alpträume unter Schlafstörungen litt, die gemeinsame mit den anderen Symptomen eine einfache Alltagsbewältigung zwar ermöglichen, aber längerdauernde Konzentration über Stunden derzeit nicht ermöglichen und er zudem unter Schmerzen (organisch und somato-

form) litt.

Die klinisch psychologische Differentialdiagnostik Trauma (vor allem zur Abklärung der Folgen der Traumatisierung auf die Denkfähigkeit) erfolgte extern bei einer mit Traumadifferentialdiagnostik erfahrenen klinischen Psychologin und bestätigte die bisherige Sichtweise mittels ausführlicher Exploration und weiters den strukturierten Interviews SKID-D und DIPS, BDI, Rorschach, Impact of Events Scale, Benton-Test und Farbe-Wort-Interferenztest.

Es gingen folgende Diagnosen hervor: F32.2, F43.1, F44.0, F44.6, F44.88. In dieser Situation mußte sich Herr XX der Begutachtung für die I-Pension stellen. Die Stellungnahme der traumaspezifisch arbeitenden Psychotherapeutin sowie der klinisch-psychologische Befund lagen vor.

In der Begutachtungssituation wurde deutlich, dass die ausführlichen Vorbefunde bezüglich der posttraumatischen psychischen Symptomatik offensichtlich nicht angesehen worden waren und auf den Hinweis des Patienten wurden sie mit einer abfälligen Handbewegung weggelegt und mit „das interessiert hier nicht“ kommentiert.

Der Gutachter schaute ca. die Hälfte der Zeit, vor allem bei der „Anamnese“ in den Computer statt zum Patienten. Die gesamte Situation dauerte 13 Minuten und der Patient musste auf- und abgehen und sein Patellareflex wurde begutachtet. Der Patient erlebte in der Situation Flashbacks aus einer Kriegssituation, in der es in Minuten darum gegangen war, sich und seine Familie zu retten, indem schnell die richtigen Informationen an die wenig aufmerksamen schwer bewaffneten Soldaten zu geben gewesen waren. Er erlebte einen dissoziativen Zustand („alles war plötzlich weit weg und den Dr. hörte ich nicht mehr, ich sah nur noch, dass er die Lippen bewegte“). Der Gutachter merkte offensichtlich „etwas“ und fuhr den Patienten an: „Wenn Sie hier schon meine Zeit in Anspruch nehmen, dann konzentrieren Sie sich wenigstens!...“. Er erlebt weiters Sprachlosigkeit und dies wurde als „na, gut, wenn Sie nichts sagen wollen, dann sind wir hier schnell fertig“... kommentiert.

Draußen brach der Patient zusammen und saß ca. eine Stunde weinend vor dem Begutachtungszimmer. Einmal kam eine Kanzleikraft vorbei und sagte ihm, er müsse vor 18.30 Uhr das Gebäude verlassen, weil dann abgeschlossen werde.... Diese gesamte Situation nachzubearbeiten dauerte einige Therapiestunden und das Erlebte brachte erhebliche Rückschläge bezüglich Selbstwirksamkeit, Wahrnehmungskontrolle, Sicht über die Welt, die Zukunft und sich selbst...

Die zwei beschriebenen Fälle sind leider keine Einzelfälle – im Gegenteil wir betreuen zahlreiche PatientInnen, die ähnliche Schicksale teilen. Ethischen Kodizes verpflichtet haben wir eigentlich die Pflicht, die psychische Gesundheit der uns anvertrauten PatientInnen zu verbessern zu versuchen und zu verhindern, dass unter anderem sozialpolitische Faktoren zu einer möglichen Chronifizierung oder Verschlechterung der Zustandsbilder führen.

7. Schlussfolgerungen

BegutachterInnen der psychischen Verfassung von PatientInnen mit Migrationshintergrund, besonders von jenen, die an PTBS leiden, stehen vor zahlreichen Aufgaben. Aus psychologischer Sicht müssen BegutachterInnen über fachliches Wissen und Handwerkszeug verfügen, das sie durch entsprechende Weiterbildung erlangen können. Zusätzlich sollte aber auch das Erkennen der unterschiedlichen kulturtypischen Ausformungen von Krankheitsbildern und die Vertrautheit mit unterschiedlichen kulturellen Kommunikationsstilen zum Repertoire dieser BegutachterInnen gehören. Weiters sollten sich die begutachtenden Personen durch deren empathischen Zugang zu den PatientInnen auszeichnen. Dieser Zugang stellt die Voraussetzung dar, um ein Vertrauensverhältnis herzustellen, das den PatientInnen die Möglichkeit gibt, über ihre traumatischen Erlebnisse erzählen zu können. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die langjährige Arbeit mit PatientInnen mit Migrationshintergrund zeigt, dass die Stigmatisierung durch psychische Krankheit eine große Rolle zu spielen scheint. Unseren Erkenntnissen folgend, brauchen diese PatientInnen viel Zeit, um Vertrauen zu fassen und um über ihre psychischen Befindlichkeiten offen sprechen zu können.

In diesen Bereichen scheint es bis dato leider Defizite zu geben, was dazu führt, dass über eine traumaspezifische Weiterbildung für Begutachterinnen zu diskutieren ist.

Literatur

- BAFF. BUNDESWEITE ARBEITSGEMEINSCHAFT DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN FÜR FLÜCHTLINGE UND FOLTEROPFER (2002). Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- DENIS, D., KUMMER P. & PRIEBE S. (2000). Entschädigung und Begutachtung psychischer Störungen nach politischen Haft in der DDR. Der medizinische Sachverständige, 96, 77-83.
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M.H. (Hrsg.). (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern/Göttingen: Verlag Hans Huber.
- FISCHER, G. & RIEDESSER, P. (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Verlag Ernst Reinhardt UTB.
- GIERLICH, H. W., HAENEL, F., HENNINGSEN, F., SCHAEFFER, E., SPRANGER, H., WENK-ANSOHN, M. & WIRTGEN, W. (2002). Standards zu Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen. Köln: SBPM.
- GIERLICH, H. W. (2002). Wissen über Traumata mangelhaft. Deutsches Ärzteblatt, 33, 2148-2149.
- HAENEL, F. (1998). Special problems in the assessment of the psychological sequelae of torture and incarceration. In M. Oehmichen (Hrsg.), Maltreatment and Torture. Lübeck: Schmidt Roemihild Verlag.
- HANEL, F. & WENK-ANSOHN, M. (2004). Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Basel: Beltz.
- HENNINGSEN, F. (2003). Traumatisierte Flüchtlinge und der Prozess der Begutachtung. Psychoanalytische Perspektive Psyche, 57(2), 97-120.
- LASOGGA, F. & MÜNKER-KRAMER, E. (2009). Psychosoziale Notfallhilfe. Edewecht: Stumpf und Kossendey.

MÜNKER-KRAMER, E. (2009). Eustress – Distress – Extremstress – und was dann? Folgestörungen und Behandlungsansätze. Psychologie in Österreich, 29, 54-62.

MÜNKER-KRAMER, E. (2011). Vortrag „Special impacts of Traumatization on individual language and biographical narratives“ am 4.11.2011 anlässlich des 1st international Colloquium: Transnational linguistic repertoires: Communication in courts and public agencies. Universität Wien, Dept. of Linguistics, Dept. of African Studies.

PIRALIC-SPITZL, S., SONNLEITNER, J. & AIGNER, M. (2011). PTBS und Schmerz: Psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung in der Transkulturellen Ambulanz in Wien, Das transkulturelle Psychoforum, 45-51.

OTTOMEYER, K. (2011). Die Behandlung der Opfer. Über unseren Umgang mit dem Trauma der Flüchtlinge und verfolgten. Stuttgart: Klett Cotta.

ROTHSCHILD, B. (2002). Der Körper erinnert sich. Zur Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen: Synthesis.

SACHSSE, U. & SACK, M. (2011). Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung. In H. Günter Seidler, Harald J. Freyberger & Andreas Maercker (Hrsg.), Handbuch der Psychotraumatologie (S. 178-188). Stuttgart: Klett-Cotta.

SASS, H., WITTCHEN, H.U, ZAUDIG, M. & HAUBEN, I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR (S. 520-521). Göttingen: Hogrefe.

TEIBER, W. (2002). Flüchtlingstraumatisierung im Schnittpunkt zwischen Justiz und Medizin. Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik, 22, 282-288.

Autorinnen

Mag. Sanela Piralic-Spitzl

Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie, Traumatherapie), Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Forschungsschwerpunkte: Schmerz, somatoforme Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen.



Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
Telefon: +43/1/40400/7125
sanela.piralic-spitzl@meduniwien.ac.at

Mag. Eva Munker-Kramer

Klinische Psychologin, Supervisorin, Notfallpsychologin, Psychotherapeutin (VT, EMDR, Traumatherapie), selbständig in eigener Praxis in Krems/Donau und Wien, Miteigentümerin EMDR Institut Austria (www.emdr-institut.at) und Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie Wien (www.zap-wien.at), Vorsitzende EMDR Fachgesellschaft Österreich, Mitglied der Arbeitsgruppe Akuttrauma der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (www.degpt.de), des Standing Committee „Disaster and Crisis Psychology“ der European Association of Psychological Associations (www.disaster.efpa.eu), Seminarleitung, Publikations-, Vortrags-, Supervisionstätigkeit im Bereich der Wirtschaftspsychologie, Psychotraumatologie, traumaspezifischen Psychotherapie u.a. Donau Universität Krems, Webster University Vienna, Österreichische Akademie für Psychologie, Propädeutikum u.a.



Brandströmstraße 7/7, A-3500 Krems/D. und
Penzinger Straße 52/7, A-1140 Wien
muenker-kramer@emdr-institut.at