

Fingierte posttraumatische Belastungsstörung – ein Beitrag zur Debatte über „False Memory“¹

Christian Pross

Zusammenfassung

Als Antwort auf eine Polemik von Hans Stoffels über Pseudoerinnerung wird das spektakulärste Beispiel einer Pseudoerinnerung, der Fall „Wilkomirski“, analysiert. Eine Verbindung wird gezogen zwischen der Geschichte des Streits über die Unfallneurosen, das KZ-Syndrom und der gegenwärtig zu beobachtenden Trivialisierung des Traumbegriffs. Drei Fallbeispiele von fingierter PTBS aus der Praxis des Behandlungszentrums für Folteropfer demonstrieren die Fallstricke bei der Begutachtung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen. Eine Orientierungshilfe bieten die von Angelika Birck zusammengestellten diagnostischen Kriterien zur Unterscheidung einer echten von einer fingierten Störung. Es folgen Vorschläge, wie sich Ärzte und Psychologen gegen die Fallstricke schützen können mittels einer „kontrollierten Identifikation“ und einer strikten Trennung der Rollen von Gutachter und Therapeut.

Schlüsselwörter:

Posttraumatische Belastungsstörung; fingierte PTBS; Pseudoerinnerung, Begutachtung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen

Fictitious Post Traumatic Stress Disorder – a Contribution to the Debate on „False Memory“

Summary

In a comment on Hans Stoffels' polemic about „false memory“ the spectacular „Wilkomirski“-case is analyzed. A line is drawn between the history of the struggle over „pension neurosis“ and the concentration camp survivor syndrome to the present trivialization of the term „trauma“ Three case examples of fictitious PTSD from the Center for the Treatment of Torture Survivors Berlin show the pitfalls in evaluating and treating traumatized refugees. Angelika Birck's criteria for differentiating genuine from fictitious PTSD can serve as a guideline. Suggestions are made how doctors and psychologists can protect themselves against these pitfalls by means of a „controlled identification“ and by strictly separating the roles of evaluator and therapist.

Keywords:

Posttraumatic Stress Disorder; fictitious PTSD; False Memory; Evaluation and Treatment of traumatized Refugees

Einleitung

Es ist bekannt, dass eine neue Erkrankung, nachdem sie entdeckt und definiert ist, einen bahnbrechenden Effekt auf die Häufigkeit der Diagnosestellung hat. So hat Joan Brumberg in einer Studie über die Anorexia nervosa festgestellt, dass die Magersucht vor hundert Jahren noch eine kaum bekannte Erkrankung war. Nachdem in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts mehrere populärwissenschaftliche Bücher in den USA über die Krankheit erschienen und in den Medien viel darüber verbreitet wurde, nahm die Häufigkeit der Diagnosestellung rasant zu (Brumberg, 1994).

Es gibt Anlass zur Vermutung, dass es sich mit der Diagnosestellung eines Psychotraumas ähnlich verhält. Seit ca. zehn Jahren ist zu beobachten, dass die Begriffe „Trauma“ oder „Traumatisierte“ eine Popularisierung erfahren haben und inflationär verwendet werden. Bestätigt wird die Vermutung aus Fällen der eigenen Praxis. Wir sehen seit Bestehen des Behandlungszentrums für Folteropfer (BZFO) in Berlin immer wieder Fälle, die sich als Traumatisierte bezeichnen, ein entsprechendes Attest oder eine Behandlung haben wollen, oder wir bekommen Patienten überwiesen, bei denen Kollegen ein Psychotrauma diagnostiziert haben wollen. Bei sorgfältiger Anamneseerhebung und Untersuchung stellt sich jedoch heraus, dass

¹ Ich danke der Hamburger Stiftung zur Förderung von Wissenschaft und Kultur, die diese Arbeit ermöglicht hat.

keine Traumatisierung vorliegt und auch bei testpsychologischen Untersuchungen keine PTBS festzustellen ist. Es soll an dieser Stelle betont werden, dass andererseits ein echtes Psychotrauma häufig unerkannt bleibt, zumal Traumatisierte im Rahmen ihrer Vermeidungssymptomatik ihre Symptome eher herunterspielen bzw. über das Erlebte schweigen. Das spielt Verleugnungstendenzen von Staatsorganen und für diese arbeitenden Ärzten in die Hände, die sich mit dem populistischen „Das Boot ist voll“ von Einwanderungspolitik identifizieren. In dieser Debatte hat Hans Stoffels mit seinem Beitrag im Nervenarzt „Erinnerung und Pseudoerinnerung – über die Sehnsucht Traumaopfer zu sein“ Stellung bezogen (Stoffels, 2002).

Kernstück von Stoffels Schrift ist der Fall Wilkomirski, der spektakulärste Fall einer falschen Biografie und Fehldiagnose seitens erfahrener Psychotherapeuten. Ein Mann aus der Schweiz namens Bruno Dosseker outete sich Anfang der 90er Jahre unter dem falschen Namen Benjamin Wilkomirski als Holocaust-Child-Survivor, reiste nach Israel und ließ sich von erfahrenen Psychoanalytikern als Patient aufnehmen. Ermutigt durch seine Therapeuten veröffentlichte er als Strategie zur Selbstheilung seine Erinnerungen an die Kindheit im KZ. Das Buch wurde ein Bestseller, in zahlreiche Sprachen übersetzt, wurde mit Preisen überhäuft und gar von dem berühmten Schriftsteller und Auschwitz-Überlebenden Elie Wiesel als ein authentisches Stück Holocaust-Literatur gewürdigt. Von Historikern wurde das Buch schließlich als Schwindel entlarvt. Es stellte sich heraus, dass der Autor als Waisenkind in einem Heim in der Schweiz aufgewachsen war und in der Tat infolgedessen möglicherweise an einer neurotischen Störung litt, sich aber im Nachhinein eine neue Identität als KZ-Überlebender zugelegt hatte, wofür er enorm viel Zuwendung und öffentlich Aufmerksamkeit erhielt. Mehrere erfahrene Psychotherapeuten, Holocaust-Forscher und auch Holocaust-Überlebende waren auf sei-

ne Geschichte hereingefallen und es dauerte Jahre, bis sich die kritischen und warnenden Stimmen, die wegen der detailgenauen fast exhibitionistischen Schilderungen von Grausamkeiten von Anfang an Zweifel an der Authentizität des Buches geäußert hatten, Gehör verschafften und durchsetzten. Offenbar gab es eine Bereitwilligkeit in der öffentlichen Meinung, einem solchen Buch Vorschußlorbeeren und einen Kredit einzuräumen im Sinne von: Wer so etwas Schreckliches erlebt hat, der ist glaubwürdig (Mächler, 2000).

Auf einem Symposium von Soziologen, Journalisten, Historikern, Ärzten und Psychologen zum Fall Wilkomirski waren sich die Beteiligten einig, dass Bruno Dosseker alias Wilkomirski eine Traumatisierung als Heimkind erlebt hatte, die sozial nicht so anerkannt ist wie die eines Holocaust-Überlebenden. Seine Erfindung einer neuen Identität als jüdisches Opfer sei ein soziales Produkt und im Zusammenhang mit einer Trivialisierung des Holocaust als Medienspektakel zu sehen (Diekmann & Schoeps, 2002).

Hans Stoffels spricht in seiner o.g. Publikation ein Problem an, mit dem man sich in der Tat auseinandersetzen muss. Allerdings tut er das in einer Weise, die polarisiert und Vertreter einer traumazentrierten Psychotherapie pauschal der Unseriosität bezichtigt. Stoffels identifiziert sich kritiklos mit den Verlautbarungen der 1992 in den USA gegründeten tendenziösen „False-Memory-Syndrome Foundation“ und attackiert die international geachtete Traumaforscherin Judith Herman wegen ihrer Angriffe auf die Foundation. Es werde, so Stoffels, von der „Bewegung“ um Judith Hermann (Stoffels meint offenbar die Frauenbewegung dV) der Foundation der Vorwurf gemacht, es handle sich um eine Schutzorganisation von Kinderschändern. Ferner stilisiere Judith Herman Inzestopfer zu „Überlebenden“ und verwende damit unzulässigerweise einen Begriff, der aus der Holocaust-Literatur stammt.²

Historischer Exkurs

Der Soziologe Bernhard Giesen beobachtet in den letzten Jahrzehnten in der westlichen Welt einen fundamentalen Wandel der Archetypen kollektiver Erinnerung. Bislang waren diese geprägt von den heldenhaften revolutionären Akten der Befreiung vom Joch der Fremdherrschaft und des Feudalismus als Gründungsmythen der westlichen Demokratien (französische und amerikanische Revolution, 1848er Revolution in Deutschland). An die Stelle des im Aufstand triumphierenden Héros treten jetzt zunehmend die Figur des leidenden Opfers und die Figur des schuldigen Täters als Verkörperung der Gemeinschaft. Die Auferstehung der Opfer vermittele ihnen eine fast sakrale Subjektivität, die sowohl für die Identität individueller Personen wie auch für die Identität von Gemeinschaften eine außerordentlich attraktive Orientierung bietet (Giesen, 2002). Facetten unserer derzeitigen Kultur tragen Züge einer solchen „Opferkultur.“ Opfer haben Hochkonjunktur. Ob es Opfer von Verbrechen, von Unfällen, Naturkatastrophen, von Kriegen, von familiärer oder sexueller Gewalt sind, es schlägt ihnen eine Woge von Verständnis und Mitgefühl entgegen, was sich auch im großen und oft voyeuristischen Interesse der Medien niederschlägt. Das war vor 150 Jahren noch ganz anders. Das Opfer wurde stigmatisiert und ausgegrenzt. Jan Philipp Reemtsma sieht einen Ursprung dieser Werteveränderung in der Literaturgattung der Überlebendenmemoiren nach dem Holocaust (Reemtsma, 2003).

Dieser gesellschaftliche Trend hat Auswirkungen auf den Krankheitsbegriff und das Krankheitsverständnis. Der Status des Opfers, des Traumatisierten verspricht Anerkennung, Zuwendung oder gar materielle Entschädigung. Es ist zu erwarten, dass dies bei Menschen, die unter Befindlichkeitsstörungen leiden und irgendwie mit dem Leben nicht fertig werden, die Versuchung weckt, sich eine Opferidentität zuzulegen.

Bereits die Ende des 19. Jahrhunderts mit dem Bismarckschen Sozialversicherungssystem entstandenen Ansprüche auf Unfallrenten haben ähnliche Versuchungen geweckt. Die Unfallneurosen in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg waren ein sozialmedizinisches Phänomen ähnlich wie die Kriegsneurosen während des Krieges. Sie waren eine Reaktion auf das Elend, in das diese Menschen hineingeworfen waren: im Kriege die Schrecken des Trommelfeuers in den Materialschlachten, im Frieden die Armut, der Hunger, und die Arbeitslosigkeit infolge der Inflation und des wirtschaftlichen Kollaps des Deutschen Reiches. Der Rentenanspruch nach einem erlittenen Unfall oder nach einer Kriegsverletzung war der Versuch, die aussichtslose Lage etwas aufzubessern und eine Art Anerkennung für erlittene Schäden zu erhalten. Karl Bonhoeffer vertrat im Einklang mit den Doyens der deutschen Psychiatrie nach dem ersten Weltkrieg die Auffassung, der Unfallneurotiker müsse durch Ablehnung des Anspruchs zum Gesundwerden gezwungen werden (Pross & Aly, 1991). Seine und Ewald Stiers Arbeiten über die Unfallneurosen führten zum historischen höchstrichterlichen Urteil des Reichsversicherungsamtes von 1926, nach dem Unfallneurotikern grundsätzlich kein Rentenanspruch zuerkannt wurde. Dieses Urteil war in den folgenden Jahrzehnten richtungweisend für die Begutachtungspraxis von Behörden und Gerichten. Auf seiner Grundlage wurden in den fünfziger und sechziger Jahren auch die Entschädigungsansprüche von KZ-Überlebenden abgelehnt. Erst ein Urteil des Bundesgerichtshofs von 1960 löste hier eine Richtungsänderung aus (Pross, 2001).

Der Streit um die Unfall- bzw. Renten-neurosen wurde in den zwanziger Jahren mit ebenso harten Bandagen ausgefochten, wie

² Pearlman und Saakvitne verwenden in ihrem Standardwerk über *Vicarious Traumatization für Inzestopfer* auch den Begriff „Survivors of Childhood Abuse“ oder „Incest Survivors,“ ohne damit Anstoß erregt zu haben (Pearlman & Saakvitne, 1995).

nach dem Zweiten Weltkrieg der Gutachterstreit um die „KZ-Neurose.“ Karl Weiler vom Hauptversorgungsamt München bezeichnete 1926 die Kriegs- und Unfallneurotiker als „Schmarotzer unserer Volkswirtschaft“ und als „hysterisch-psychopathische Betrüger,“ denen während des Krieges der „Zusammenbruch in der Heimat“ zu verdanken gewesen sei. Mehrere Autoren widersprachen der von Bonhoeffer bestimmten herrschenden Lehrmeinung jedoch schon in den zwanziger Jahren. Max Levy-Suhl gab zu bedenken, dass gerade die geringe Beachtung und die übliche Geringschätzung des subjektiven Leidenszustandes der Rentensuchenden bei der bisherigen ärztlichen Begutachtung den einfachen Mann zu immer stärkerer Betonung seiner Beschwerden hintreiben. Levy-Suhl, Ernst Simmel, Ernst Fränkel und Paul Levy vertraten die Auffassung, dass die Rentenneurose Krankheitswert habe und meist am Ende einer Kette von schweren vorangehenden Schädigungen stehe. Das Rentenbegehren sei nicht Ursache sondern Symptom der Krankheit. Die Verweigerung der Rente bewirke keine Heilung, im Gegenteil, es drohe ein „medizinischen Massenjustizmord“ durch die zu erwartenden Rentenentziehungen, und es sei zu erwarten, dass die von der Rentenneurose „Geheilten“ zu Wohlfahrtsempfängern oder Kriminellen absteigen oder durch Selbstmord enden würden (Pross & Aly. 1991).

Im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes für NS-Verfolgte von 1956 gab es eine Serie von Betrugsfällen, bei denen Anwälte für Verfolgte Rentenansprüche stellten, die nur auf dem Papier existierten. Unter den Vertrauensärzten, die für die Deutschen Botschaften in den Zufluchtsländern der NS-Verfolgten KZ-Überlebende untersuchten, befanden sich einige, die gegen Geld Gefälligkeitsgutachten erstellten. In Paris sahen sich die Vertrauensärzte der Deutschen Botschaft unter Federführung des Internisten S. Pierre Kaplan, einem deutsch-jüdischen Emigranten, gezwungen, einen ärztlichen Kontrollausschuss

ins Leben zu rufen, der gegen schwarze Schafe in den eigenen Reihen disziplinarisch vorging. Immer wenn solche Betrugsfälle in Deutschland publik wurden, zogen die Entschädigungsämter die Schraube an, die bürokratische Prüfwut und die Zahl der Ablehnungen stieg entsprechend an – zum Schaden der Verfolgten insgesamt (Pross, 2001).

In der modernen Fachliteratur gilt laut Foerster die Rentenneurose als zu schwammiger und deshalb obsoleter Begriff, der im ICD-10 (auch nicht im DSM-IV) als eigenständiges Syndrom nicht mehr enthalten ist, lediglich als dazugehöriger Begriff im Abschnitt F68 unter „sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.“ Das Phänomen der Aggravation von Beschwerden im Verlauf eines Rentenverfahrens wird zwar beschrieben, es wird aber empfohlen, sich strikt an eine Einordnung in die vorhandenen Klassifikationssysteme zu halten (Foerster, 2000). Diederichsen und Dröge benutzen aus ihrer Sicht als Juristen dennoch den Begriff Rentenneurose im gleichen Standardwerk von Venzlaff und Foerster. Der eigentlichen Rentenneurose liege im Unterschied zur simulierten Krankheit keine Täuschungsabsicht vor, sondern Begehrensvorstellungen, denen der Verletzte auf Grund seiner psychischen Abnormität erliege und die er nicht zu überwinden vermöge. Es handele sich um eine unangemessene Erlebnisverarbeitung. Eine Schadensersatzpflicht sei zu verneinen. Nach der herrschenden Rechtsprechung könne allerdings eine Rentenneurose zu Schadensersatzansprüchen führen, wenn sie auf nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen zurückzuführen sei (Diederichse & Dröge, 2000).

Die Untersuchungen von Resnick an Vietnamveteranen zeigen, dass nach Einführung von PTSD in das DSM III 1980 die Aufmerksamkeit von Klinikern für diese Diagnose sprunghaft anstieg, d.h. die Diagnose auch viel häufiger gestellt wurde als früher. Der gleiche Autor empfiehlt deshalb auch, Patienten im klinischen Anamnesegespräch

zunächst keine Hinweise darauf zu geben, welche Symptome für das Vorliegen eines PTSD typisch sind und welche nicht (Resnick, 1988). In diesem Zusammenhang – das sei an dieser Stelle vermerkt – ist auch der Sinn von debriefing-Methoden und psychoedukative Behandlungsstrategien bei akut Traumatisierten zu hinterfragen, weil sie möglicherweise ein fingiertes PTSD bahnen könnten.

Drei Fallbeispiele aus der Praxis

Frau A., eine 44jährige Bosnierin stellt sich auf Vermittlung einer Beratungsstelle für Ex-Jugoslawienflüchtlinge in der Ambulanz des Behandlungszentrums für Folteropfer in Berlin (BZFO) vor. Sie berichtet, zu Beginn des Bosnienkrieges sei ihr Haus mehrfach durchsucht worden und sie sei auch zu Verhören mitgenommen und geschlagen worden und sei unmittelbar danach nach Deutschland geflohen. Sie wird von einem Psychologen untersucht, der keine Traumatisierung feststellt sondern eine exilbedingte Belastungsreaktion. Kurze Zeit später erscheinen Polizisten in ihrer Wohnung, um sie nach Bosnien abzuschicken. Sie war nicht anwesend, so nahm die Polizei ihren 12jährigen Sohn und ihre 23jährige Tochter mit und ließ diese nach Sarajevo ausfliegen, zum Vater, der bereits vor 2 Jahren nach Bosnien zurückgekehrt war. Es gab offenbar Beziehungsprobleme in der Ehe und er war deshalb alleine nach Bosnien zurückgekehrt.

Eine Beratungsstelle für Ex-Jugoslawienflüchtlinge und der Hohe Flüchtlingskommissar der UNO schalten sich ein und bringen die unmenschliche Vorgehensweise der Ausländerbehörde – Trennung der Kinder von der Mutter und deren Abschiebung nach Bosnien – an die Öffentlichkeit. Die Beratungsstelle schickt die Frau daraufhin an das BZFO mit der Bitte um eine Untersuchung. Die Frau verschweigt, dass sie bereits von einem Psychologen untersucht worden ist. In der Presse erklärt die Beratungsstelle, dass ein Trauma-

tisierungsattest seitens des BZFO in Kürze vorliegen werde. Bei der Anamneseerhebung berichtet Frau A., dass sie mit ihrer Familie in einem Fußballstadion mit mehreren tausend Menschen zusammengetrieben worden sei. Die Männer seien aussortiert und erschossen worden. Vor ihren Augen habe man ihren Bruder, Schwager und drei Neffen ermordet. Sie habe auch beobachten müssen, wie man ihrem Chef den Kopf abgeschnitten und damit Fußball gespielt habe. Sie bricht bei der Untersuchung mehrfach weinend zusammen, besonders wenn das Gespräch auf ihren abgeschobenen Sohn kommt. Der untersuchende Kollege entwirft eine ausführliche ärztliche Stellungnahme, in der ein posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) festgestellt wird. Kurz darauf erfährt er von der Voruntersuchung durch den Psychologen. Bei darauf folgender nochmaliger Befragung wird deutlich, dass sie die Geschichte mit dem Fußballstadion erfunden hat. Recherchen unsererseits ergeben, dass es zu dieser Zeit an diesem Ort keine derartigen Massaker gegeben hat. Offenbar hat die Frau aus Verzweiflung über die Abschiebung ihres Sohnes versucht, sich ein Traumatisierungsattest zu beschaffen, um damit ein Bleiberecht zu erwirken und ihre Kinder zurückholen zu können. Jedoch hat sie dabei den Arzt getäuscht und die Beratungsstelle, die von der Voruntersuchung und deren Ergebnis wusste, hat versucht, das BZFO mit der Ankündigung des Attestes in der Öffentlichkeit zu instrumentalisieren.

Frau B., eine 33jährige Sozialarbeiterin aus einem westeuropäischen Land wird von einer psychiatrischen Poliklinik als Notfall an uns überwiesen mit der Diagnose PTBS. Sie hatte in der überweisenden psychiatrischen Poliklinik enormen Druck gemacht, möglichst rasch an das BZFO überwiesen zu werden. Sie berichtete dort und bei den Erstgesprächen hier, sie sei als Helferin in Bosnien zusammen mit ihrem Mann selbst in die Fänge der serbischen Tschetniks geraten und monatelang in einem Lager inhaftiert gewesen. Vor ihren Augen sei

ihr Mann ermordet worden. Im ausführlichen Überweisungsbericht der Poliklinik ergeben Anamnese, Befund und Verlaufsbeschreibung ein kohärentes und überzeugendes Bild im Sinne der Diagnose. Nach dem Erstinterview im BZFO ist auch der aufnehmende psychiatrische Kollege überzeugt von der Diagnose. Bei den ersten Anamnese-Gesprächen hier fällt auf, dass sie offenbar über Fachwissen verfügend detailgenau und quasi lehrbuchmäßig die Symptome der PTBS bei sich schildert. Sie berichtet unter Tränen, dass sie besonders das Schicksal der Kriegs- und Waisenkinder in Bosnien sehr mitgenommen habe. Sie berichtet ferner, dass ihre Eltern sich früh getrennt hätten und der Vater, mit dem sie dann zusammen gelebt habe, sich umgebracht habe. Die Art und Weise ihres Vortrags lassen beim gesprächsführenden Arzt Zweifel an der Diagnose PTBS und dem Wahrheitsgehalt ihrer Geschichte aufkommen sowie die Vermutung, dass es sich hier eher um eine Persönlichkeitsstörung auf Grund frühkindlicher Deprivation handelt. Als der Arzt in einer folgenden Stunde genauer nachfragt nach Orten und Zeiten des Geschehens in Bosnien, antwortet sie nicht sondern gerät in einen „flashback“ ähnlich einer Absence mit Zittern, Verkrampfung der Extremitäten, starrem ängstlichem Blick und Weinen. Der Anfall dauert ca. 3 Minuten. Sie sagt nach diesem Vorfall den nächsten Gesprächstermin ab und meldet sich nicht wieder. Nach Recherchen über die Orte des Geschehens, die sie genannt hat, stellt sich heraus, dass ihre Geschichte nicht stimmen kann. Es stellt sich schließlich als sehr wahrscheinlich heraus, dass sie nie in Bosnien gewesen ist. Des Weiteren stellt sich heraus, dass sie schon eine längere Psychiatriekarriere hinter sich hat mit erfolglosen abgebrochenen Therapien.

Frau C., eine 40jährige Frau aus einem osteuropäischen Land kommt an das BZFO über eine andere Pat. für die sie übersetzt hat. Sie ist lange vor den kriegerischen Auseinandersetzungen in ihrer Heimat hierher geflohen und wartet seit Jahren auf eine Entscheidung in ihrem Asylverfahren. Sie hat als Übersetzerin

viele Kriegs-Schicksale von Landsleuten mitbekommen und bittet schließlich um Aufnahme, da es ihr selbst auch schlecht gehe und sie verfolgt gewesen sei. Sie gibt an, in einer verbotenen Organisation aktiv gewesen und bei Razzien mehrfach misshandelt worden zu sein. Bei verschiedenen Stellen macht sie widersprüchliche Angaben über ihre Verfolgungsgeschichte. Bei der Anhörung durch das Bundesamt gibt sie an, dass ein Kind von ihr im Säuglingsalter bei einem Tränengaseinsatz der Polizei umgekommen sei. Einige Jahre später sagt sie gegenüber Anwalt und untersuchenden Ärzten, dass das Kind erschossen worden sei und sie das Blut von der Straße habe auflecken müssen. Im Verlauf der Behandlung kommen andere bisher unerwähnte Grausamkeiten zur Sprache, z.B. berichtet sie, dass ihre Mutter vor ihren Augen von Militärs bei einer Hausdurchsuchung mit Rasierklingen enthauptet worden sei. Der Therapeut ist von ihrer Schilderung emotional sehr stark betroffen und mehrere Therapiestunden drehen sich um diese fürchterliche Szene. Es schält sich heraus, dass sie auch an Depressionen und Zwangssymptomen leidet, die auf eine neurotische Störung hindeuten. Einer mitbehandelnden Körpertherapeutin fällt auf, dass die Patientin über ihre Vergangenheit und über ihr derzeitiges Leben im Exil z.T. verwirrende Geschichten erzählt, die nicht zueinander passen.

Kurz nachdem die Ausländerbehörde ihr einen ablehnenden Asylbescheid zugestellt hat, rufen die Angehörigen im BZFO an, sie habe einen Selbstmordversuch durch Schlucken eines ätzenden Reinigungsmittels unternommen. Eine sofort veranlasste Gastroskopie ergibt jedoch keinen Anhalt für Verätzungen oder Strikturen im Bereich des Magens und der Speiseröhre. Durch konzertierte Bemühungen ihres Therapeuten und ihres Anwaltes gelingt es schließlich, das Gericht und das Bundesamt davon zu überzeugen, dem jahrelangen quälenden Warten ein Ende zu bereiten und ihr aus humanitären Gründen, da es sich um eine kranke Frau handelt, einen sicheren Aufenthalt

im Rahmen der Sonderregelung für traumatisierte Kriegsflüchtlinge zu gewähren. Während der Abwicklung des Aufenthaltsverfahrens kommt jedoch noch mal eine Nachfrage der Ausländerbehörde, ihre Angabe das Geburtsdatum des umgekommen Kindes betreffend könne nicht stimmen, da dieses Datum zwischen ihren beiden kurz aufeinander geborenen lebenden Kindern liege. Der Therapeut befragt daraufhin noch mal sie sowie ihren Ehemann. Sie sagt, sie könne sich an keine Daten mehr erinnern und schildert die Umstände, wie das Kind zu Tode gekommen sei, noch mal anders als in ihren bisherigen Aussagen. Der Ehemann schließlich berichtet, seine Frau sei, seit sie Schläge auf einer Demonstration abbekommen habe, sehr labil und ängstlich gewesen und deshalb auch in psychiatrischer Behandlung gewesen. Das fragliche Kind sei als Frühgeburt nach den beiden gesunden Kindern zur Welt gekommen und kurz nach der Geburt im Krankenhaus gestorben. Sie habe diesen Tod der Polizei angelastet. Er berichtet auch, dass ihre Mutter eines natürlichen Todes gestorben sei. Der Therapeut schreibt daraufhin eine ergänzende Stellungnahme für die Ausländerbehörde, sie leide wie alle Traumatisierten unter Gedächtnisverlust, damit seien die verwirrenden Angaben zum Tod des Kindes zu erklären. Die Ausländerbehörde gibt sich jedoch damit nicht zufrieden. Sie fragt noch mal nach, wie ihre widersprüchlichen Angaben zu bewerten seien, dass sie einmal gegenüber dem Bundesamt angegeben habe, dass das Kind durch Tränengas umgekommen sei, und später gegenüber Ärzten und Anwalt angegeben habe, dass es erschossen worden sei und sie das Blut habe auflecken müssen. Der Therapeut schreibt daraufhin noch mal eine ergänzende Stellungnahme, dass auch diese Widersprüche im Rahmen dissoziativer Zustände zu interpretieren seien, bei denen traumatische Ereignisse nur bruchstückhaft erinnert würden und Erinnerungen im Laufe der Zeit sich auch veränderten und neu zusammengesetzt würden. Intuitiv spürt der Therapeut zu diesem Zeitpunkt längst, dass seine Patientin ein Knäuel von Legenden um sich herum

aufgebaut hat, in das sie sich mehr und mehr verheddert. Schließlich bekommt sie den lang ersehnten Aufenthalt. Die Hoffnungen, dass sich ihre Depressionen nun bessern mögen, erfüllen sich jedoch nicht. Der Therapeut vermittelt sie schließlich an einen anderen Therapeuten weiter mit der Erklärung, sie leide an einer tiefer liegenden neurotischen Störung, die sie mit einem Kollegen bearbeiten müsse, der in ihr Aufenthaltsverfahren nicht involviert sei.

Als die Therapie beendet ist, wird dem Therapeuten bei einer Supervision rückblickend klar, dass hier mit höchster Wahrscheinlichkeit eine fingierte PTBS vorliegt. Es handelt sich offensichtlich um eine Patientin, die nur ein relativ geringes Verfolgungsschicksal erlitten hat, lange vor Ausbruch des Krieges geflohen ist, und an einer neurotischen Störung leidet. Durch die Begegnung mit vom Krieg traumatisierten Landsleuten als Übersetzerin hat sie vermutlich Teile der dort gehörten Geschichten sich selbst angeeignet. Zwei Motive mag sie gehabt haben: Ein derart dramatische Verfolgungsgeschichte beschert ihr größere Aufmerksamkeit als eine neurotische Erkrankung und die Attestierung eines Traumas bietet ihr die Chance, einen sicheren Aufenthalt zu erlangen. Im Nachhinein erscheinen die grausamen Episoden ihrer Lebensgeschichte, die sie im Laufe der Jahre in immer neuen Versionen berichtet oder zu denen sie neue hinzufügt, so fantastisch, dass sie kaum glaubhaft erscheinen (Blut des Kindes auflecken, Enthauptung der Mutter). Es ist ihr gelungen, mit diesen dramatisierenden Schilderungen ihren Therapeuten emotional so aufzuwühlen, dass er alle Hebel in Bewegung setzt, um sie gegen die Zweifel der Behörde zu verteidigen.

Diskussion

Der Arzt bzw. Psychologe ist, wie Fall von Frau A. und Frau C. zeigen, in einem ethischen Dilemma. Es handelt sich in beiden Fällen um ein tragisches Flüchtlingsschicksal. Im ersten

Falle war eine therapeutische Beziehung erst gar nicht entstanden, es ging nur um eine Untersuchung, ob die Patientin als traumatisiert gelten kann. So fiel es dem Arzt leichter, die fingierte Geschichte zu erkennen und sich entsprechend zu äußern. Trotzdem plagte ihn auch hier ein schlechtes Gewissen, dass er durch seine Haltung ein dieser Frau trotz alledem zugefügtes Unrecht unwidersprochen bestehen ließ: dass man ihr nämlich das Kind weggenommen und abgeschoben hatte. Im Fall von Frau C. war er durch die therapeutische Beziehung und seine Gegenübertragung so verstrickt, dass er die klaren Anzeichen einer fingierten PTBS nicht erkannte, oder nicht wahrhaben wollte. Hätte er in seiner Stellungnahme an die Behörde geschrieben, dass kein Trauma vorliegt, wäre die Patientin nach Jahren quälenden Wartens abgeschoben worden und hätte vielleicht tatsächlich eine schwere psychische Krise erlitten im Rahmen ihrer neurotischen Störung. Die Erklärung des Arztes gegenüber der Behörde, die widersprüchlichen Angaben der Patienten seien Ausdruck ihrer dissoziativen Störung, ist nicht ganz abwegig. Schließlich sehen wir dieses Phänomen von Erinnerungslücken, Deckererinnerungen, vertauschen von Daten und falscher Zuordnung von Ereignissen bei vielen Traumapatienten. Es ist mitunter schwierig, dieses Gewirr zu entflechten.

Auffallend bei allen drei Fällen ist, dass sich die Patienten bei der Anamneseerhebung eines Vokabulars bedienen, das auf ein gewisses inzwischen im öffentlichen Diskurs Allgemeingut gewordenes Wissen über Trauma und die Symptome der PTBS schließen lässt. Auch werden die traumatisierenden Ereignisse so geschildert, dass sie auf Grund ihrer Dramatik und Schwere den Untersucher beeindruckten und spontanes Mitgefühl erzeugen. Bei der bosnischen Patientin A. ist es möglicherweise so, dass sie auf Grund der Erzählungen von Landsleuten im Flüchtlingsheim sich sehr stark mit dem Leiden derer identifiziert und ab einem gewissen

Punkt sich selbst als Teil einer kollektiven Schicksalsgemeinschaft sieht, so als hätte sie persönlich tatsächlich die geschilderten Grausamkeiten erlebt. Verstärkt hat diese Identifizierung sicherlich die psychische Belastung der unmenschlichen Trennung von ihrem Sohn durch die Abschiebung, zumal zu dem Zeitpunkt zahlreiche Bosnier tatsächlich in Nacht und Nebelaktionen von der Berliner Ausländerbehörde abgeschoben wurden.

Bei Frau B. ist anzunehmen, dass sie an einer Persönlichkeitsstörung leidet auf Grund von Deprivation in der Kindheit. Auffallend war ihre starke emotionale Reaktion, wenn sie von den Kriegs- und Waisenkindern sprach. Sie identifizierte das Schicksal dieser Kinder mit dem ihren. Sie erhoffte sich offensichtlich von der Einstufung als Traumatisierte eine Aufwertung, mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung von Helfern und Therapeuten. Es war ihr gelungen, die Kollegen der überweisenden Poliklinik und selbst den aufnehmenden Psychiater des BZFO mit der Dramatik ihrer Geschichte zu beeindrucken.

Einige Patienten von uns beklagen sich, wir unterstützten Personen, die gar nicht als politisch Verfolgte und Gefolterte anzusehen seien, bei denen es sich vielmehr um Armutsfüchtlinge handele oder solche, die vor persönlichen Repressalien wie Blutrache geflohen seien. Andere warnen uns, wir würden von politischen Organisationen benutzt als eine Art Lazarett für ihre Kader. Ebenso erfahren wir, dass manchmal Patienten vorher über die Symptome der PTBS instruiert werden. In einigen Fällen haben wir herausgefunden, dass Täter sich im Gewand einer Opferbiografie bei uns Zutritt zu schaffen versuchten.

Der Flüchtling, der in seiner Heimat alles aufgegeben hat und sich hier im Exil am untersten Ende der Armutsskala wieder findet, sieht sich einer Asylgesetzgebung gegenüber, die eine Verfolgungsbiografie von ihm verlangt, die mit den Gründen für seine Auswande-

nung nicht unbedingt zusammenpassen. Daraus entsteht eine Sogwirkung in Richtung von Institutionen, die sich explizit mit Folter befassen. Anwälte und karitative Organisationen schicken ihre Klienten zu uns als letztem Rettungsanker, weil angeblich nur ein Attest des BZFO noch helfen kann. Wir werden hier instrumentalisiert für eine Arbeit, die eigentlich Juristen und Flüchtlingsberater zu leisten haben. Die Klienten können allerdings einen Anwalt meist nicht gebührend bezahlen und die Flüchtlingsberatungsstellen sind in den letzten Jahren drastisch dezimiert worden. Der Arzt/Psychologe soll die Glaubwürdigkeit des Klienten und die Plausibilität seiner Verfolgungsgeschichte wie ein Kriminologe beurteilen, was eigentlich die Aufgabe eines Richters ist. Die originäre Aufgabe des Arztes ist es, eine Diagnose zu stellen, fußend auf Anamnese und klinischem Befund. Insbesondere im psychischen und psychosomatischen Bereich bewegt man sich hier im Bereich von Wahrscheinlichkeiten und Annäherungswerten. Die Ämter, die Ausländerbehörden der Länder, das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge sowie die Versorgungsämter (für Stasiverfolgte) verlangen jedoch genauso wie ehemals die Entschädigungsämter für NS-Verfolgte sog. „objektive“ Angaben und Befunde.

Der öffentliche über Fachkreise hinausgehende Diskurs über Psychotrauma hat neben den in der Einleitung geschilderten negativen Begleiterscheinungen eine positive Veränderung des gesellschaftlichen Klimas für einen Teil der Betroffenen bewirkt. Seit dem Daytoner Friedens Abkommen und seit dem Beschluss der Innenministerkonferenz von 2000 hat die Traumatisierung durch Folter und Krieg erstmals als Grund für einen Aufenthaltstitel Eingang in die Rechtsprechung und behördliche Praxis gefunden. Das ist eine wirkliche Errungenschaft, denn es erhalten jetzt viele Ex-Jugoslawien-Flüchtlinge in Deutschland den sicheren Ort, der für ihre Genesung vom Trauma unabdingbar ist. Die jetzt erteilten

Aufenthaltsbefugnisse gelten für zwei Jahre, wonach sie erneut überprüft werden sollen. Es gibt jedoch eine Kehrseite dieser Entwicklung, die schon im Verlauf der Auseinandersetzungen um das Bleiberecht deutlich wurde: Wenn die Aufenthaltsberechtigung an die Krankheit und die Behandlungsbedürftigkeit gekoppelt ist, beinhaltet dies ein Paradoxon: der Traumatisierte darf nicht gesunden, weil er dann seinen Anspruch auf einen Aufenthaltstitel verliert. Wir beobachten immer wieder, dass Patienten, die über Jahre PTBS-Symptome zeigen und deren Gesundheitszustand sich trotz aller therapeutischen Bemühungen kaum besserte, spontane Besserung zeigen, wenn sie einen Aufenthaltstitel bekommen. Das beweist, dass die Gewährung von Asyl, eines sicheren Ortes, eine Voraussetzung für Heilung und Rehabilitation ist, andererseits zwingt das lange Verfahren um den Aufenthalt die Menschen krank zu bleiben und macht sie krank. Das gleiche Phänomen war zu beobachten bei Holocaust-Überlebenden, denen ihre Anwälte rieten, keine Anträge auf Heilbehandlung mehr zu stellen bei den Entschädigungsämtern, weil im Falle einer Besserung ihres Gesundheitszustandes die Gesundheitsschadensrente gekürzt wurde (Pross, 2001). Es müsste in unserem Falle eine Entkoppelung von Aufenthalt und Krankheit erfolgen. Es wäre an einer Langzeitstudie an einem größeren Kollektiv von traumatisierten Bosniern mit Aufenthaltstitel zu untersuchen, ob die Stabilisierung über die nächsten Jahre hält, und was nach zwei Jahren geschieht, wenn die Befugnis noch mal überprüft wird.

Die Versuchung eine PTBS auch dann zu diagnostizieren, wenn erhebliche Zweifel bestehen, liegt für den Arzt in seiner ihm häufig zugeschobenen überhöhten Rolle als Retter und omnipotenter Helfer. Ebenso in seinen latent vorhandenen Schuldgefühlen, aus der sicheren Position eines Privilegierten im reichen Zufluchtsland mit einem Menschen konfrontiert zu sein, der alles verloren hat möglicherweise durch Zutun der Regierung des Zufluchts-

landes (Waffenlieferungen, Wirtschaftshilfe, restriktives Asylrecht). Er steht unter großem moralischen Druck, fürchtet den Neid und den aggressiven Reaktionen des Patienten im Falle einer Negativattestierung, er fürchtet, als herzloser Mensch dazustehen, dem der Patient dann vorwerfen könne, er sei schuld an seiner Abschiebung und Auslieferung an seine Hässcher. Für Therapeuten, die mit Traumaopfern arbeiten, sind Täterübertragungen besonders schwer auszuhalten, z.B. sich in der Rolle des Folterers wiederzufinden.

Die manchmal unqualifizierten Pauschalisierungen von Ausländerbehörden oder Versorgungsämtern, die in einer misstrauischen Grundhaltung in allen Antragstellern zunächst einmal potenzielle Schwindler zu sehen, die sich eine Rente erschleichen bzw. Asylmissbrauch betreiben, treibt die behandelnden Ärzte z.T. in die Gegenposition einer Überidentifikation mit den Patienten, einer Kollusion von: wir beide wehren uns gegen die kaltherzige Behörde. Auf diesem Minenfeld fällt es Kollegen mitunter schwer, die fachliche Unabhängigkeit und notwendige Distanz zu wahren. Aus einem falsch verstandenen Korpsgeist will man sich keine Blöße geben und nicht eingestehen, was man sich unter vorgehaltener Hand zuflüstert: dass man nämlich von manchen Klienten und deren Interessenvertretungen missbraucht wird (siehe Fall A) und dass es auch Kollegen gibt, die unseriös arbeiten, z.B. oberflächliche Traumatisierungstests am Fließband erstellen. Damit erweist man den wirklich Traumatisierten einen Bärendienst und arbeitet den Leuten in den Behörden in die Hände, die alle Ärzte und Psychologen, die mit Traumatisierten arbeiten für Gefälligkeitsgutachter halten.

Der Fall Wilkomirski oder die Pseudoerinnerungen von sexuellen Traumata, die im Rahmen von Psychotherapien entstehen, wie Stoffels sie zitiert, lassen sich nicht mit der Problematik von traumatisierten Flüchtlingen vergleichen. Erstere waren von einer wie immer gearteten

neurotischen Störung getrieben, sich eine andere Biografie zuzulegen, die mit einer gesellschaftlichen Aufwertung verbunden ist. Bei den meisten Flüchtlingen aus unserer Klientel handelt es sich dagegen um ein Trauma im Erwachsenenalter, verbunden mit der extremen existenziellen Not eines seiner Heimat und seiner Existenzgrundlage beraubten Menschen. Auch sind die Kriterien zur Unterscheidung von Erinnerung und Pseudoerinnerung, die Stoffels auflistet, lückenhaft und für die Praxis kaum geeignet. Für den Kliniker sind die Unterscheidungsmerkmale zwischen echter und fingierter PTBS, wie sie Birck in Anlehnung an Resnick et al. zusammenfasst (Birck, 2002), hilfreicher (Tab. 1).

Stoffels Thesen, die sich weniger auf Beispiele aus der eigenen klinischen Praxis beziehen, sondern vielmehr auf spektakuläre öffentlich bekannt gewordene Fälle von Pseudoerinnerung, leisten eher Verleugnungstendenzen Vorschub, wie Kunzke und Güls warnend in einer umfassenden Übersicht über den Stand der PTSD-Forschung vermerken. Mache man die von Stoffels zitierten Einzelfälle zur Richtschnur, schüre man damit ein pauschales Misstrauen gegenüber Patienten, das das Entstehen einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre verhindere und dazu beitrage, dass gravierende traumatische Erfahrungen verschwiegen werden (Kunzke & Güls, 2003).

Auch die hier vorgestellten Überlegungen würden gründlich missverstanden, sollten sie als Anleitung zu einer misstrauisch prüfenden Haltung gegenüber Patienten interpretiert werden. Es soll nur offen ausgesprochen werden, dass man sich gelegentlich auch irrt und getäuscht wird. Die Zahl der vorgetäuschten PTBS wird von Resnick auf ca. 6% geschätzt. Das entspricht in etwa auch unseren Erfahrungen. Das Gros der Patienten, die unsere Hilfe in Anspruch nehmen, sind wirklich Traumatisierte, die in den Schilderungen ihrer Schicksale eher untertreiben als übertreiben.

Echte Störung	Fingierte Störung
Mischung von schweren, mittelschweren und leichten Symptomen	Schwere, dramatische, phantastische Symptome werden geschildert
Negativ-Symptomatik (Verlust von Erlebens- und Verhaltensweisen)	Positiv-Symptomatik, nur offensichtliche Symptome werden geschildert, dabei ungewöhnliche Einzelsymptome oder ungewöhnliche Kombination und Vielzahl von Beschwerden
Geschilderte Symptome stimmen mit klinischer Beobachtung überein	Große Unterschiede zwischen der geschilderten und beobachteten Symptomatik
Art der Beschreibung der Symptome entspricht in etwa den klinischen Erwartungen	Vage und unspezifische Antworten oder Angaben in einer ungewöhnlichen Genauigkeit, wenn der Diagnostiker die Beschwerden präzisiert haben möchte
Allmähliche Veränderung der Symptome mit langsamen Verbesserungen und Verschlechterungen	Symptomatik entwickelt sich sprunghaft oder heilt abrupt wieder ab.
Angaben zu Beschwerden und Verlauf sind ohne grobe Widersprüche	In mehreren Untersuchungssituationen werden Beschwerden inkonsistent und widersprüchlich beschrieben
Patient ist mit dem Einholen fremdanamnestischer Angaben einverstanden (Vorbefunde, Auskunft von Ärzten, Angehörigen etc.)	Patient versucht dies zu verhindern
Beeinträchtigung bei angenehmen und sozialen Aktivitäten	Nicht erklärbare unterschiedliche Beeinträchtigung bei angenehmen und unangenehmen Tätigkeiten
Schwierigkeiten, über die traumatischen Ereignisse zu sprechen	Keine Schwierigkeiten, über die traumatischen Ereignisse zu sprechen, manchmal sogar besondere Vorliebe für dieses Thema
Traumatische Ereignisse und Beeinträchtigungen werden bagatellisiert	Traumatische Ereignisse werden in ihrer Destruktivität besonders betont
Vermeidungssymptomatik	Keine Vermeidungssymptomatik
Unwillkürliche Intrusionen bei Konfrontation mit Reizen, plötzliche Angst und Erregung, vegetative Reaktionen	Keine unwillkürlichen Intrusionen, keine Angst und Erregung bei Konfrontation
Alpträume mit Kerninhalten des traumatischen Ereignisses	Alpträume werden nicht spontan berichtet
Beschämende und selbstwertgefährdende Beschwerden werden geschildert (z.B. aggressive Durchbrüche)	Keine solchen Beschwerden werden geschildert
Äußere Belastungen führen zu vorhersagbaren Symptomveränderungen (Reaktualisierung)	Widersprüchliche Veränderungen; Symptomwechsel, wenn sich Patient beobachtet fühlt
Schuldgefühle und Selbstanklagen	Keine Schuldgefühle und Selbstanklagen

Tab. 1: Hinweise für das Vortäuschen von PTBS-Symptomen (nach Birck, 2002, S. 68-73)

Eine umfassende und im Gegensatz zu Stoffels differenzierte Übersicht zum Forschungsstand über false-memory gibt Fiedler (Fiedler, 2001). Menschen, so Fiedler, neigten dazu, unvollständige Erinnerungslücken kognitiv zu schließen. Erwachsene Patienten würden durch die Anwendung spezieller Interview- und Therapietechniken dazu angeregt, „illusorische“ bzw. „falsche“ Erinnerungen etwa an einen nie in der Kindheit stattgefundenen sexuellen Missbrauch zu produzieren. Zu den Techniken gehörten neben Hypnose und Trance vor allem Traumdeutung, gelenkte Imaginationen und gefühlsassoziierte Deutungen sowie Gruppentherapien mit dem Risiko „sozialer Ansteckung.“ Therapeutisch behutsame Rekonstruktionsversuche von vergessenen Traumaerinnerungen stünden offensichtlich in der Gefahr, mit dem aktuellen Gefühlszustand vermengt zu werden. Hypothesengeleitete Fragen, z.B. die für Patienten unvorbereitet gestellte Frage, ob sie in ihrer Kindheit sexuell oder physisch missbraucht worden seien, seien zu vermeiden, da sie per se ein Schreckerlebnis auslösen können, das nach möglicher Erklärung verlangt. Allerdings sei der Begriff „falsche Erinnerung“ viel zu grob, um den komplexen Beziehungen zwischen Gedächtnis und Wirklichkeit angemessen zu entsprechen. Die Wissenschaft sei bis heute immer noch nicht eindeutig in der Lage, zwischen „wahrer“ und „falscher“ Erinnerung zu unterscheiden.

Schlussfolgerungen

Unerlässlich sowohl bei Begutachtung als auch Behandlung von Traumatisierten sind regelmäßige Selbstüberprüfungen mittels kollegialer Intervention und externer Supervision, um herauszufinden, inwieweit man sich verstrickt und seine professionelle Distanz zu weit aufgegeben oder ob man sich in eine zu distanzierte Vermeidung hineinmanövriert hat. Außerdem sollten die Angaben des Patienten insbesondere bei einer gutachterlichen Stellungnahme durch fremda-

namnestische Erhebungen, ein Abgleichen mit früheren Aussagen vor Behörden sowie den Erkenntnissen von Menschenrechtsorganisationen über Verfolgungsmethoden, Bedingungen in Gefängnissen, Kriegsereignisse etc. in dem Herkunftsland des Klienten etc. unterlegt werden. Auch sollte der Untersucher den von Angelika Birck zusammengestellten Kriterienkatalog zur Unterscheidung von echter bzw. vorgetäuschter PTBS im Blick haben bei der Erhebung der Anamnese (s.o.). Klienten sollten in jedem Falle über einen längeren Zeitraum beobachtet werden, es sollten zur Erstellung einer Stellungnahme oder eines Gutachtens mehrere ausführliche Interviews geführt werden, in Anbetracht dessen, dass fingierte Geschichten im allgemeinen über einen längeren Zeitraum nicht konsistent aufrecht erhalten werden können.

Um Rollenkonfusionen zu vermeiden, dürfen Therapeuten nicht gleichzeitig als Gutachter ihrer Patienten fungieren. Als Therapeut steht der Arzt bzw. der Psychologe nicht unter dem Druck gesellschaftlicher und juristischer Anforderungen. Er nimmt eine Pseudoerinnerung oder fantasierte biografische Anteile als integrativen Teil der seelischen Pathologie des Patienten auf und bezieht diese in die therapeutische Arbeit ein. Der Gutachter hingegen, der in keine therapeutische Beziehung mit dem zu Untersuchenden eintritt, ist von der oben geschilderten Dynamik weniger betroffen, was andererseits Risiken von Vermeidung und Verleugnung beinhaltet, die auch das Ergebnis einer Begutachtung verfälschen können (vgl. dazu Haenel, 2000).

Allerdings ist die institutionelle und personelle Trennung von Begutachtung und Therapie in vielen Einrichtungen im Traumasektor aus Mangel an finanziellen und personellen Ressourcen bisher nicht ausreichend erfolgt. Sie ist vermehrt von Geldgebern und verantwortlichen Stellen zu fordern. In Berlin haben wir diesen Weg bereits beschritten, in dem das BZFO zusammen mit anderen Einrichtungen

sowie der Ärzte- und Psychotherapeutenkammer ein Fortbildungs-Curriculum zur Diagnostik und Behandlung von PTBS für Ärzte und Psychologen anbietet, an dessen Ende die Teilnehmer eine Zertifizierung erhalten. Das Curriculum ist seit mehreren Jahren gut frequentiert. Damit wird der Kreis an Experten in Berlin und angrenzenden Bundesländern langfristig so erweitert, dass eine Trennung der beiden Funktionen möglich wird.

Eine Orientierungshilfe in diesem Spannungsfeld gibt Klaus Hoppe in seiner Studie über die Beziehung zwischen Gutachter und Patient in der Begutachtung von KZ-Überlebenden. Er postuliert einen Mittelweg zwischen den Fallstricken der Überidentifizierung mit dem Opfer und der Verleugnung des Traumas: Der idealtypische Gutachter nehme die Haltung einer „kontrollierten Identifikation“ ein, indem er sein eigenes Urteil zurückhält, die – unglaublichen – Erlebnisse des KZ-Überlebenden für möglich und glaubhaft hält, sich dem unerträglichen Terror, von dem er erfährt, nicht verschließt, Mitgefühl empfindet, sich dabei jedoch selbst kritisch beobachtet und Gegenübertragungsphänomene und eigene Abwehrmechanismen wahrnimmt (Hoppe, 1969, vgl. dazu die Studien von Wilson & Lindy, 1994).

Literatur

- Birck, A. (2002). Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen? Heidelberg: Asanger.
- Brumberg, J.J. (1994). Todeshunger. Die Geschichte der Anorexia nervosa vom Mittelalter bis heute. Frankfurt: Campus.
- Diedrichsen, U. & Dröge, M. (2000). Juristische Voraussetzungen. In U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.), Psychiatrische Begutachtung. München: Urban und Fischer.
- Diekmann, I. & Schoeps, J. (Hrsg.) (2002). Das Wilkomirski-Syndrom. Eingebildete Erinnerungen oder von der Sehnsucht, Opfer zu sein. Zürich: Pendo Verlag.
- Fiedler, P. (2001). Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung. Weinheim: Beltz.
- Foerster, K. (2000). Psychiatrische Begutachtung im Zivilrecht. In U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.), Psychiatrische Begutachtung (S. 439-441). München: Urban und Fischer.
- Giesen, B. (2002). Christomimesis – Vom Triumph der Revolution über das Trauma der Täter zur kollektiven Erlösung. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 18.5.02, S. 9.
- Haenel, F. (2000). Die Beziehung zwischen Gutachter und zu Untersuchenden und ihre Bedeutung bei der Begutachtung chronischer psychischer Traumafolgen. Der medizinische Sachverständige, 96 (3), 84-87.
- Hoppe, K.D. (1969). The emotional reactions of psychiatrists when confronting holocaust survivors of persecution. In J. Lindon (Ed.), Psychoanalytic Forum, Vol III (S. 187). New York: Science House.
- Kunzke, D. & Güls, F. (2003). Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. Psychotherapeut, 48, 50-70.
- Mächler, S. (2000). Der Fall Wilkomirski. Über die Wahrheit einer Biographie. Zürich: Pendo Verlag AG.
- Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995). Trauma and the Therapist. Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. New York: W.W. Norton & Company.
- Pross, C. & Aly, G. (1991). Karl Bonhoeffer und die „Rentenneurose“. In Bevölkerungsstruktur und Massenmord. Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 9 (S. 182-186). Berlin: Rotbuch Verlag Berlin.
- Pross, C. (2001). Wiedergutmachung – Der Kleinkrieg gegen die Opfer. Berlin: Philo-Verlag.
- Reemtsma, J.P. (2003). „Trauma“ – Aspekte der ambivalenten Karriere eines Konzepts. Sozialpsychiatrische Informationen, 2, 37-43.
- Resnick, P.J. (1988). Malingering of Posttraumatic Disorder. In R. Rogers (Hrsg.), Clinical Assessment of malingering and deception (S. 84-103). New York: Guilford Press.
- Stoffels, H. & Ernst, C. (2002). Erinnerung und Pseudoreinerinnerung. Über die Sehnsucht, Traumaopfer zu sein. Nervenarzt, 73, 445-53.
- Wilson, J.P. & Lindy, J.D. (1994). Countertransference in the Treatment of PTSD. New York: Guilford Press.

Dr. med.
Christian Pross

Behandlungszentrum für Folteropfer
GSZ Moabit

Turmstr. 21
10559 Berlin
Tel.: +49/30/3039060
Fax: +49/30/30614371

E-Mail: c.pross@bzfo.de

