

Grenzen des Traumakonzepts und klinische Irrtümer

Manuela Dudeck · Harald J. Freyberger

Eingegangen: 3. November 2010 / Angenommen: 30. November 2010 / Online publiziert: 18. Januar 2011
© Springer-Verlag 2011

Zusammenfassung Die Begutachtung von Traumatisierungen setzt explizite Kenntnisse und Erfahrungen der rechtlichen Grundlagen, der Störungskonzepte und der traumarelevanten Folgen für den Explorations- und Beurteilungsprozess voraus. Es muss insbesondere zwischen symptombezogenen Hindernissen, traumaspezifischen Beziehungsaspekten, den Schwierigkeiten bei der Abgrenzung schädigungsabhängiger und schädigungsunabhängiger Störungen sowie unzureichenden Kenntnissen rechtlicher Hintergründe unterschieden werden. Speziell die Würdigung von schädigungsabhängigen und schädigungsunabhängigen psychischen Störungen ist schwierig und führt dazu, dass psychotraumatologische Begutachtungen zu höchst unterschiedlichen Ergebnissen gelangen können.

Schlüsselwörter Trauma · Posttraumatische Belastungsstörung · Dissoziative Störungen · Gedächtnis · Begutachtung

Limitations of the trauma concept and clinical errors

Abstract The assessment of traumatization requires special knowledge and experience with the legal consequences, the concept of disorders and the implications of trauma for the exploratory process and evaluation. It is crucial to differentiate between symptom-related problems and trauma-specific aspects in social relationships as well as problems in defining the difference between disorders re-

lated to trauma and those that are not. Another problematic aspect is insufficient knowledge of the legal background. It is particularly difficult to determine whether a psychiatric problem is the result of trauma or not. For this reason, traumatological assessments may lead to different conclusions in the same case.

Keywords Trauma · Post-traumatic stress disorder · Dissociative disorders · Memory · Expert opinion

Einleitung

Die wissenschaftliche und kulturelle Beschäftigung mit den psychosozialen Folgen extremer Gewalt, die weit in das 19. Jh. zurückreicht, hat seit Anfang der 1980er Jahre stark zugenommen und zu einem weitreichenden und differenzierten Traumakonzept geführt [1–3]. Die Volkswisheit „Die Zeit heilt alle Wunden“ scheint spätestens mit der Einführung des Traumabegriffs im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) und in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) sowie der zugrunde liegenden wissenschaftlichen Literatur widerlegt. Traumatische Erfahrungen sind wesentliche und ubiquitäre Bestandteile des Menschseins und haben sehr unterschiedliche, aber nachhaltige Wirkungen. Trotz der menschlichen Fähigkeit, zu überleben und sich anzupassen, können traumatische Erlebnisse das psychologische, physiologische und soziale Gleichgewicht eines Menschen in solchem Maß verändern, dass entweder die Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis alle anderen Erfahrungen überschattet und die Gegenwart stark beeinträchtigt oder eine in der neueren Literatur unter dem Begriff der posttraumatischen Reifung zusammengefasste neue innere Konstellation entsteht [3].

Dr. med. M. Dudeck (✉) · H. J. Freyberger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald,
Rostocker Chaussee 70, 18437 Stralsund, Deutschland
E-Mail: manuela.dudeck@uni-greifswald.de

Tab. 1 Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 (F43.1)

A.	Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde
B.	Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen („flashbacks“), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen
C.	Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis
D.	Entweder 1. oder 2. <ol style="list-style-type: none"> 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit 2 der folgenden Merkmale <ol style="list-style-type: none"> a. Ein- und Durchschlafstörungen b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche c. Konzentrationsschwierigkeiten d. Hypervigilanz e. Erhöhte Schreckhaftigkeit
E.	Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden)

Tab. 2 Diagnostische Kriterien der anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nach ICD-10 (F62.1)

A.	Eindeutige und anhaltende Änderung in der Wahrnehmung, in der Beziehung und im Denken der Betroffenen in Bezug auf ihre Umgebung und sich selbst nach einer Extrembelastung
B.	Ausgeprägte Persönlichkeitsänderung mit unflexiblem und unangepasstem Verhalten mit mindestens 2 der folgenden Symptome <ol style="list-style-type: none"> 1. Andauernde feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt 2. Sozialer Rückzug (Vermeidung von Kontakten mit Menschen außer einigen wenigen Verwandten, mit denen die Betroffenen zusammenleben) 3. Andauerndes Gefühl von Leere und/oder Hoffnungslosigkeit. Dies kann mit einer gesteigerten Abhängigkeit von anderen, einer Unfähigkeit, negative oder aggressive Gefühle zu äußern und einer anhaltenden depressiven Stimmung verbunden sein 4. Andauerndes Gefühl von Nervosität oder von Bedrohung ohne äußere Ursache, das sich in einer gesteigerten Wachsamkeit und Reizbarkeit zeigt. Dieser Zustand einer chronischen inneren Anspannung und eines Gefühls von Bedrohtheit kann mit der Neigung zu exzessivem Konsum psychotroper Substanzen verbunden sein 5. Andauerndes Gefühl, verändert oder anders als die anderen zu sein (Entfremdung). Dies kann mit dem Eindruck einer emotionalen Betäubung verbunden sein
C.	Entweder eine deutliche Störung der sozialen Funktionsfähigkeit oder subjektives Leiden für die Betroffenen und negative Auswirkungen auf ihre Umgebung
D.	Die Persönlichkeitsänderung sollte nach Extrembelastung aufgetreten sein. Aus der Anamnese sind keine Persönlichkeitsstörungen oder akzentuierte Persönlichkeitseigenschaften des Erwachsenenalters und keine Persönlichkeits- oder Entwicklungsstörung des Kindes- oder Jugendalters bekannt, die die augenblicklichen Persönlichkeitseigenschaften erklären könnten
E.	Die Persönlichkeitsänderung muss seit mindestens 2 Jahren bestehen. Sie steht nicht in Beziehung zu Episoden anderer psychischer Störungen (außer mit der posttraumatischen Persönlichkeitsstörung und kann nicht durch eine Gehirnschädigung oder Krankheit erklärt werden)
F.	Diese Persönlichkeitsänderung kann den chronischen Verlauf einer posttraumatischen Persönlichkeitsstörung darstellen, wobei sich die Symptome dieser Störungen überlappen können. Eine anhaltende Persönlichkeitsänderung sollte dennoch nur angenommen werden, wenn nach einer mindestens 2-jährigen posttraumatischen Belastungsstörung ein Zeitraum von mindestens 2 Jahren mit den oben genannten Kriterien besteht

Als eine Traumatisierung im diagnostischen Sinn der ICD-10 wird dabei ein kurz oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß aufgefasst, das nahezu bei jedem Betroffenen eine tief greifende Verzweiflung auslösen würde. Das abzuleitende Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sieht eine Reihe definierter Symptome vor (Tab. 1) und wurde vor dem Hintergrund von vorwiegend qualitativen Forschungsergebnissen aus der Holocaust- und Vietnamveteranenforschung um eine chronifizierte Form der andauernden Persönlichkeitsän-

derung nach Extrembelastung ergänzt (Tab. 2; [4]). Wie zahlreiche empirische Untersuchungen zeigen, ist eine wie auch immer geartete Traumatisierung oder ein mit einer delinquenten Tat assoziiertes Ereignis nicht spezifisch mit der Ausbildung einer PTBS verknüpft, sodass ein derartiges Ereignis auch als auslösende und/oder aufrechterhaltende Bedingung für eine Reihe anderer psychischer Störungen zu diskutieren ist.

Die Begutachtung von Traumatisierungen gehört zu den umstrittensten und medizinisch sowie juristisch am breitesten diskutierten Feldern [5]. Die Reliabilität und Validität

der am häufigsten diskutierten Diagnosen der PTBS und der anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung einschließlich der bislang wenig klar definierten Anpassungsstörungen werden immer wieder in Zweifel gezogen und beschäftigen Versicherungen und Gerichte überzufällig häufig in mehreren Instanzen.

Der Hintergrund dieser für die Begutachtungspraxis kritischen Situation erklärt sich einerseits durch bestimmte historische Entwicklungen und andererseits durch eine oft einseitige Verwendung unidirektionaler Kausalitäts- und Attributionsmodelle aufseiten der Gutachter und der Betroffenen. Wie sich z. B. an der Begutachtungspraxis von Holocaust-Überlebenden sehr gut nachvollziehen lässt, wurde in der gängigen psychiatrischen und psychosomatischen Lehrmeinung über Jahrzehnte das Konzept der Traumatisierung unterschätzt bzw. als irrelevant betrachtet, mit dem Ergebnis, dass in den Opferentschädigungsverfahren bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts hinein inadäquat hohe Ablehnungsquoten gesundheitlich relevanter Folgeschäden resultierten [6, 7]. Seit der Einführung des diagnostischen Konzepts der PTBS ist es demgegenüber zu einem dramatischen Anstieg von empirischen Studien gekommen, wobei die Ausweitung des Forschungsfelds zu einer erheblichen definitorischen Erosion des ursprünglichen Traumbegriffs geführt hat. Nahezu jedes alltägliche Ereignis und jede medizinische Intervention wurden im Hinblick auf ihre Traumarelevanz geprüft und die diagnostischen Schwellen sehr unterschiedlich definiert.

Einer Phase der Unterschätzung traumarelevanter Ereignisse für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen folgte somit eine Phase der Überschätzung. Für die individuellen Krankheitskonzepte der Betroffenen sowie die Kausalitätsmodelle von Therapeuten und Gutachtern ist dies natürlich nicht ohne Folgen geblieben. Potenziell traumatisierende Ereignisse sind häufig und betreffen nahezu jeden Menschen zumindest einmal in seiner Biografie. In strafrechtlichen Kontexten, in Asylverfahren und speziell bei den Unfallversicherungen sowie im Haftpflichtrecht spielen Traumata eine zunehmende Rolle. Ob und in welchem Umfang sich daraus mittel- bis langfristige psychische Störungen entwickeln, hängt dabei von einem komplexen Zusammenspiel zwischen Risikofaktoren, Ereignisfaktoren und Schutzfaktoren ab (Abb. 1), die in jedem Einzelfall gegeneinander abzuwiegen sind.

Generell gilt, dass im Mittel nur etwa ein Drittel der von einem Trauma Betroffenen tatsächlich eine psychische Störung entwickelt und im Mittel 50 % der Betroffenen wieder remittieren, wobei die PTBS nur eine der möglichen Erkrankungen darstellt und umfassende differenzialdiagnostische Prozesse notwendig sind. In zahlreichen Studien ist gezeigt worden, dass die Remissionswahrscheinlichkeit von Traumafolgestörungen mit bestimmten Schutzfaktoren assoziiert ist (Abb. 1), die sich anhand des Konzepts des Kohärenz-

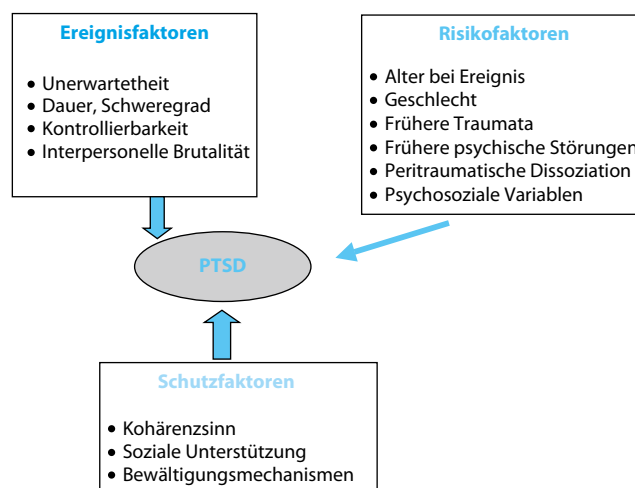


Abb. 1 Risiko-, Ereignis- und Schutzfaktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung posttraumatischer Belastungsstörungen beitragen

sinn, sozialer Netzwerkunterstützung und eher aktiven Bewältigungsmechanismen beschreiben lassen. Umgekehrt setzen bestimmte Risikofaktoren, wie etwa die Komorbidität mit relevanten somatischen und psychischen Erkrankungen, die Remissionswahrscheinlichkeit herab [8].

Moral versus Sachlichkeit in der Diskussion um Traumata in Straftäterbiografien

Traumata bedeuten nahezu immer massives Leid. Das auf der individuellen Ebene abzubilden und zu erfassen, bedeutet, über die Definition einer PTBS hinauszugehen. Es bleibt aber die Frage, ob der bereits auf der individualpsychologischen Ebene umstrittene Traumbegriff auf bestimmte Gesellschaftsgruppen übertragbar ist und zwischen individuellen und gesellschaftlichen Dimensionen differenziert werden kann. Beginnen wir mit einem in der Öffentlichkeit immer wieder diskutierten Bild, der Geschichte von 2 fünfjährigen Jungen, die fiktiv beide ein sequenzielles sexuelles und Gewalttrauma erleben. Während der eine sich gesellschaftskonform in seine Opferschaft fügt und im Sinne eines rezeptiven Konfliktverarbeitungsmodus eine Achse-I-Störung entwickelt, setzt der andere sich über die Grenzen seiner Opferschaft hinweg, begeht eine Straftat und verliert damit seinen Anspruch auf den Status des Opfers einer Traumatisierung und auf eine entsprechende Behandlung [9, 10]. Das entwicklungsbezogene Trauma wird so zu einem Lebensereignis, das den Täter nicht wesentlich beeindruckt und seine spätere Entwicklung nicht mitdeterminiert hat. Der Wechsel zwischen der Opfer- und der Täterrolle wird in den Bereich des Unvorstellbaren entrückt, obgleich wir aus Familienstudien von Hochrisikogruppen wissen, dass ein transgenerationaler Transfer insbesondere über antisoziale Persönlichkeitseigenschaften von Vätern mediiert

wird [11]. In fast keinem anderen Bereich der Wissenschaft interferieren die Auffassungen so deutlich mit moralischen Erwägungen. Dabei zeigen Ergebnisse in empirischen Untersuchungen an Straftäterpopulationen, dass z. B. 12–35 % aller Sexualstraftäter über frühkindlichen sexuellen Missbrauch und auch über emotionale Vernachlässigung berichten, aber nur 15 % eine PTBS entwickeln [9, 10, 12–15]. Auch wenn Traumatisierung vielfältige Erkrankungen hervorrufen kann, sollte die Diskussion nicht um das Trauma und die PTBS allein, sondern darum geführt werden, was eine weitreichende psychische Destabilisierung verhindert. Traumatisierung mit einem bestimmten Bewältigungsstil zu verbinden, greift aus psychotraumatologischer Sicht zu kurz.

Bedeutung von Resilienz und Psychopathie

Die Beziehung zwischen traumatischem Stress und der Entwicklung einer PTBS kann mithilfe eines interaktiven Modells beschrieben werden, das die Bedeutung von Dispositionen, die Personen in eine Konfrontation mit Stressoren einbringen, betont. Derartige, angeborene oder erlernte, Prädispositionen können im Hinblick auf die Verbindung zwischen Stressoren und Krankheitsentwicklung in 2 Richtungen wirken. Als psychische oder physische *Vulnerabilität* können sie bestimmte Individuen in besonderem Maß für die krankheitsinduzierende Wirkung von Stressoren anfällig machen und somit eine PTBS mit begünstigen.

Als *Resilienz* können bestimmte Dispositionen Individuen aber auch relativ unanfällig für die negative Auswirkung von traumatischem Stress machen [16]. Resilienz meint dabei allgemein die Widerstandskraft gegenüber Belastungen, d. h. die Fähigkeit, dem Schädigungspotenzial diverser biopsychosozialer Risikokonstellationen zu widerstehen bzw. diese zu überwinden.

Neben Resilienz bietet das Konzept der *Psychopathie* eine mögliche Erklärung, warum einige Menschen unanfälliger für eine traumatische Verarbeitung von Ereignissen sind. Psychopathie ist der Versuch einer Spezifizierung von als zu allgemein erlebten deskriptiven Symptomclustern mit dem Ziel, einen kriminalprognostischen relevanten Persönlichkeitstypus zu identifizieren. Er beschreibt insbesondere den überheblichen Interaktionsstil, affektive Defizite und Impulsivität und zeigt Überschneidungen zur Definition der antisozialen Persönlichkeitsstörung auf. Die aktuelle forensische Forschung stellt diese Definition in den Fokus psychotraumatologischer Untersuchungen und konstatiert, dass frühkindliche Traumatisierungen einen signifikanten Einfluss auf antisoziales und aggressives Verhalten des Erwachsenen haben. Während bei jungen männlichen Gefängnisinsassen ein Zusammenhang zwischen emotionalem, physischem und/oder sexuellem Missbrauch und

Psychopathie nachgewiesen werden konnte, fehlt diese Verbindung bei jungen weiblichen Häftlingen [17]. Neben einem hohen „impact“ an frühkindlichen Traumata finden sich bei Psychopathen hohe Aggressionswerte bei niedrigen Kortisolspiegeln, was darauf hinweist, dass Psychopathie auch vor der Ausbildung einer PTBS schützen könnte [18].

Gedächtnis und Dissoziation

In den letzten Jahren hat das Wissen über die biopsychologische Verarbeitung traumatischer Erfahrungen an Bedeutung gewonnen und ist für das Verständnis von Gedächtnis und Erinnerung unabdingbar geworden. Hierzu wurde das Konzept der peritraumatischen Dissoziation eingeführt, das den initial funktionalen Charakter dissoziativer Abspaltungsprozesse angesichts der Reizüberflutung und der entstehenden aversiven Affekte während des Prozesses der Traumatisierung beschreibt. Neben einer veränderten Zeit- und Raumwahrnehmung werden sensomotorische, affektive und kognitive Gedächtnisinhalte separiert. Die entstehende dissoziative Symptomatik wird als ein entscheidender Prädiktor für eine spätere PTBS über den Mediator einer akuten Belastungsreaktion angesehen und ist in empirischen Langzeitstudien in dieser Funktion bestätigt worden [19–21]. Die posttraumatische Dissoziation beschreibt die daraus resultierenden amnestischen Prozesse für bestimmte Aspekte des Traumas und der Kontextlosigkeit des „hyperarousal“, das die Betroffenen als entkoppelt von äußeren und inneren Reizen wahrnehmen. Im Ergebnis werden in vielen Fällen nur fragmentierte Gedächtnisinhalte bei einem zurückliegenden Trauma explorabel, was die entsprechenden Einschätzungsprozesse erheblich erschwert und manchmal verunmöglicht [22, 23]. In wenigen Studien und Kasuistiken konnte gezeigt werden, dass einige psychisch kranke Straftäter ihre eigene Straftat traumatisch erlebten, dissoziative Amnesien entwickelten und das Vollbild einer PTBS ausbildeten [24–26]. Zudem korrelierte das Ausmaß an peritraumatischer Dissoziation bei Straftat mit der Schwere derselben ohne Aussage über Beginn, Dauer und Ende der Dissoziation. Möglicher Erklärungsansatz scheint die Neutralisierung der durch die Straftat entstandenen unerträglichen Affekte zu sein [24].

Insbesondere bei Extremtraumatisierungen kann es über dissoziative Phänomene hinaus auch zur einer Demoralisierung als Desintegration des Identitätsbewusstseins kommen; etwas, das gerade bei einem „man-made disaster“ wie Vergewaltigung und Folter auftritt. Die Welt ist nach einer Extremtraumatisierung nicht mehr kontrollierbar und die Idee von der eigenen Unverletzlichkeit verloren gegangen. Auch das Verhalten anderer wird als unkontrollierbar wahrgenommen und nicht mehr hilfreich erlebt, sodass bei Begutachtungen jede Art von Misstrauen auftreten kann. Tritt Demoralisierung anstelle von rationalem Denken, kommt es

zum Rückgriff auf implizit-emotionale Erfahrungsbestände; dies macht empfindsamer und erhöht das Risiko, bei nahezu jedem aversiven Reiz von konditionierten Traumareaktionen überflutet zu werden [27].

Sind Traumaerfahrungen nicht erinnerbar, sind nicht zwingend dissoziative Momente ursächlich. Es kann sich auch schlicht um Vergessen handeln – Vergessen, dass jeder alltäglich bei sich selbst beobachten kann. Daneben kommt dem Abwehrmechanismus Verdängung relative Bedeutung zu, da er oft mit Dissoziation verwechselt wird, wobei es sich dabei eher um Nicht-wissen-Wollen und Nicht-sehen-Wollen handelt. Trotzdem bleibt das Auftreten dissoziativer Phänomene mit Traumatisierungsprozessen eng verknüpft und stellt einen Hinweis auf die Relevanz eines möglichen Traumas dar.

„False-memory“-Syndrom und absichtliche Falschaussage

Die Beurteilung des Wahrheitsgehalts eines Sachverhalts ist Domäne und Hauptaufgabe der Aussagepsychologie. Hierzu wurden nachvollziehbare Konzepte, Untersuchungsstrategien und Merkmalskataloge entwickelt, anhand derer sich eine Glaubwürdigkeitsbeurteilung in Einzelschritten nachvollziehen lässt. Vor dem Hintergrund der im US-amerikanischen Rechtssystem vergleichsweise hohen Entschädigungssummen für sexuelle und gewalttätige Übergriffe wurde in den 60er und 70er Jahren eine breite Diskussion um die bewusst und in Teilen unbewusst motivierte Präsentation nicht mit der tatsächlichen Realität übereinstimmender Aussagen zu insbesondere traumatischen Übergriffen in Kindheit und Jugend geführt. Wie die dazugehörigen Konzepte und Ergebnisse aus Glaubwürdigkeitsbegutachtungen zeigen, ist insbesondere der zu führende Nachweis eines z. B. sexuellen Traumas in Entwicklungsphasen mit eingeschränkten gedächtnisrelevanten Konsolidierungsprozessen bei Kindern ausgesprochen schwierig. Einen weit darüber hinausreichenden Faktor stellen aber der möglicherweise evidente primäre und sekundäre Krankheitsgewinn sowie begleitende soziale Prozesse dar, wenn z. B. im Rahmen von Ehescheidungsverfahren oder problematischen Partnerschaftsbeziehungen eine entsprechende Beschuldigung funktionalisiert wird oder auf der Ebene suggestiver Befragungstechniken falsche Beschuldigen oder Ermittlungen „validiert“ werden [28].

Explorationshindernisse

Frommberger et al. [29] weisen darauf hin, dass das Erleben massiver interpersoneller Gewalt oder Vernachlässigung aufseiten der Betroffenen ein erhebliches Misstrauen nach

sich ziehen kann, das die Informationserhebung in Gutachtenexplorationen beeinflusst [29]. Vor allem traumatisierte Asylbewerber, aber auch Straftäter sind aus psychischen Gründen teilweise nicht in der Lage, einen „erlebnisnahen und detaillierten“ Vortrag bei Befragung abzugeben, ganz abgesehen davon, dass mögliche sprachliche Barrieren den Gutachtenprozess komplizieren. In Begutachtungssituationen kann die Exploration traumarelevanter Ereignisse zur Induktion von Intrusionen und weiteren psychischen sowie somatischen Äquivalenten führen, was einerseits das Misstrauen verstärken und andererseits sekundäre Gefühle der Scham und Schuld mobilisieren kann. Ebenso können in der Gutachtensituation dissoziative Phänomene direkt auftreten, die wahrscheinlich nur bei sehr hoher Symptomstärke von den Gutachtern erkannt werden und die Beurteilung ebenfalls verfälschen können [5, 30]. Das angstassoziierte phobische Vermeidungsverhalten traumatisierter Menschen führt natürlich in der Verbalisierung traumarelevanter Erlebnisinhalte ebenfalls zu manchmal erheblichen Verfälschungen, die genau beachtet werden müssen.

Bei Probanden mit Migrationshintergrund sind die unterschiedlichen kulturellen Denk- und Verhaltensweisen zu berücksichtigen, z. B. im Hinblick auf Wertvorstellungen, Sprachprobleme, Rollenerwartungen, Geschlechternormen und spezielle Ausdrucksformen der Symptomatik [31].

Ausblick

Wie in diesem Beitrag gezeigt worden ist, muss im Rahmen eines Begutachtungsprozesses Wert darauf gelegt werden, ein individuelles Modell der Störungsentstehung und -aufrechterhaltung herauszuarbeiten, das die Risiko- und Ereignisfaktoren gegeneinander gewichtet und sich mit der Frage beschäftigt, welche Faktoren die Remission behindert haben. Die Validität der Diagnose einer Traumafolgestörung erweist sich nicht nur an einer berichteten dissoziativen oder posttraumatischen Symptomatik, sondern an einer Vielzahl begleitender Faktoren, die u. a. auch einseitige Attributionsprozesse von Betroffenen und Gutachtern betreffen. Das Traumakonzept hat enge Grenzen und ist durch soziale Verstärkungsfaktoren als ausgesprochen störanfällig aufzufassen. Die Opfer von Traumatisierungen können allerdings zu Recht einen respektvollen Umgang mit ihrem subjektiven Leid erwarten.

Interessenkonflikt Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Karger A, Heinz R (Hrsg) (2004) Trauma und Gruppe. Psychosozial-Verlag, Gießen

2. Karger A, Heinz R (Hrsg) (2005) Trauma und Schmerz. Psycho-sozial-Verlag, Gießen
3. Van Der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (Hrsg) (2000) Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann, Paderborn
4. Dilling H, Freyberger HJ (2001) Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien. ICD-10: DCR-10. Huber, Bern
5. Freyberger HJ, Widder B (2010) Begutachtung von Traumatisierungen. Psychotherapeut 55:401–408
6. Freyberger HJ, Freyberger H (2007) Zur Geschichte der Begutachtungspraxis bei Holocaust-Überlebenden. Trauma Gewalt 1:286–292
7. Freyberger H, Freyberger HJ (2008) Sechzig Jahre danach: post-traumatische Belastungsstörungen, salutogene Faktoren und gutachterliche Einschätzungen bei Holocaust-Überlebenden im Langzeitverlauf. Z Psychosom Med Psychother 53:380–391
8. Maes M (2000) Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder and its co-morbid disorders. Curr Opin Psychiatry 13:587–589
9. Burton DL, Miller DL, Shill CT (2002) A social learning theory comparison of the sexual victimization of adolescent sexual offenders and nonsexual offending male delinquents. Child Abuse Neglect 26:893–907
10. Glasser M, Kolvin I, Campbell D, Glasser A, Leitch I, Farrelly S (2001) Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. Br J Psychiatry 179:482–494
11. Barnow S, Lucht M, Freyberger HJ (2005) Correlates of aggressive and delinquent conduct problems in adolescence. Aggress Behav 31:24–39
12. English K, Jones I, Patrick D, Pasini-Hill D (2003) Sexual offender containment. Ann N Y Acad Sci 989:411–427
13. Dudeck M, Spitzer C, Stopsack M, Freyberger HJ, Barnow S (2007) Forensic inpatient male sexual offenders: the impact of personality disorder and childhood sexual abuse. J Forensic Psychiatry Psychol 18(4):494–506
14. Kopp D, Spitzer C, Kuwert P, Barnow S, Orlob S, Lüth HJ, Freyberger HJ, Dudeck M (2009) Psychische Störungen und Kindheitstraumata bei deutschen Strafgefangenen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung. Fortschr Neurol Psychiatr 77:152–115
15. Dudeck M, Drenkhahn K, Spitzer C, Barnow S, Kopp D, Freyberger HJ, Dünkel F (2010) Traumatization and mental distress in long-term prisoners in Europe. Punishm Soc (in press)
16. Renneberg B, Hammelstein P (2006) Gesundheitspsychologie. Springer, Heidelberg
17. Krischer MK, Sevecke K (2008) Early traumatization and psychopathy in female and juvenile offenders. Int J Law Psychiatry 31:253–262
18. Cima M, Smeets T, Jelicic M (2008) Self-reported trauma, cortisol levels, and aggression in psychopathic and non-psychopathic prison inmates. Biol Psychol 78:75–86
19. Freedman SA, Brandes D, Peri T, Shalev A (1999) Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. A prospective study. Br J Psychiatry 174:353–359
20. Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducassé JL, Charlet JP, Lauque D, Sztulman H, Schmitt L (2003) The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for post-traumatic stress symptoms: a three-month prospective study. Am J Psychiatry 160:1337–1339
21. Karatzias T, Power K, Brown K, McGoldrick T (2010) Post-traumatic symptomatology and dissociation in outpatients with chronic posttraumatic stress disorder. J Trauma Dissociation 11:83–92
22. Von der Hart O, Ochten JM van, Son MJ van, Steele K, Lensfeldt-Mulders G (2008) Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder: a critical review. J Trauma Dissociation 9:481–505
23. Van der Velden PG, Wittmann L (2008) The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: a systematic review of prospective studies. Clin Psychol Rev 28:1009–1020
24. Dudeck M, Spitzer C, Gillner M, Freyberger HJ (2007) Dissoziative Phänomene während der Straftat bei forensischen Patienten – Eine Pilotstudie. Trauma Gewalt 2:34–42
25. Spitzer C, Dudeck M, Liß H, Orlob S, Gillner M, Freyberger HJ (2001) Posttraumatic stress disorder in forensic patients. J Forensic Psychiatry 4:63–77
26. Moskowitz A (2004) Dissociation and violence. A review of the literature. Trauma Violence Abuse 5(1):21–46
27. Fiedler E (2002) Dissoziative Störungen. Hogrefe, Göttingen
28. Steller M, Volbert R (1997) Glaubwürdigkeitsbegutachtung. In: Steller M, Volbert R (Hrsg) Psychologie im Strafverfahren. Huber, Bern, S 12–39
29. Frommberger U, Nyberg E, Angenendt J, Lieb K, Berger M (2009) Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Berger M (Hrsg) Psychische Erkrankungen. Urban & Fischer, München, S 667–696
30. Freyberger HJ, Spitzer C (2005) Dissoziative Störungen. Nervenarzt 76:893–900
31. Hanel F, Wenk-Ansohn M (2002) Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Beltz-PVU, Weinheim