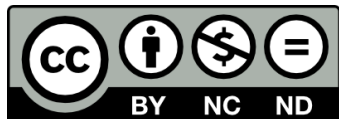




Der Nachweis von psychologischen Folgen

This work is licensed
under a



**ARTIP: Awareness Raising and Training Measures
for the Istanbul Protocol in Europe**

www.istanbulprotocol.info



Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme

Psychologische Aspekte

A. ALLGEMEINE HINWEISE

Psychologische Aspekte

A. 1. DIE ZENTRALE ROLLE DER PSYCHOLOGISCHEN BEGUTACHTUNG

Die Bedeutung psychologischer Aspekte



Unmittelbarer Behandlungsbedarf (z.B. Suizidalität)



Die Bedeutung psychologischer Aspekte

- Häufig
- Oft langanhaltend, insbesondere wenn körperliche Folgen bereits nicht mehr nachweisbar
- Physische Narben werden in vielen Ländern vermieden
- Erhebliche Beeinträchtigung und anhaltendes Leid
- Führen zu Beeinträchtigung von Konzentration und Gedächtnis
- Können die Mitarbeit in Gerichtsverfahren erschweren, scheinbar unvollständige oder scheinbar widersprüchliche Angaben

Psychologische Aspekte

A. 2. DER KONTEXT DER PSYCHOLOGISCHEN BEGUTACHTUNG

A. 2. Der Kontext der psychologischen Begutachtung

Die Rahmenbedingung der Untersuchung einschließlich der Untersuchungssituation und der allgemeine Rahmen

- müssen berücksichtigt und später als Teil der Untersuchung beschrieben werden.

A. 2. Der Kontext der psychologischen Begutachtung



Psychologische Aspekte


B. PSYCHISCHE FOLGEN VON FOLTER

Psychologische Aspekte

B. 1. KRITISCHE ASPEKTE DER UNTERSUCHUNG

B. 1. Was ist besonders zu berücksichtigen

Wesentliche Punkte:

- Begutachtung vor dem Hintergrund der Kultur des Klienten (Siehe auch spezielles ARTIP Modul)
- Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist ein Teil,, aber eben nur ein Teil des möglichen Reaktionsspektrums nach Folteris 
- Verwenden Sie einen offenen, vorsichtigen Ansatz, "gemeinsam herauszufinden was geschehen ist" - der Überlebende soll das Gefühl haben, dass er "gehört" wurde

B. 1 Was ist besonders zu berücksichtigen

Wesentliche Punkte :

Seien Sie sich bewusst, dass der erhebliche Einfluss posttraumatische psychologische Prozesse oft durch die unmittelbare Umgebung im Interview verstärkt werden kann-



besonders wenn diese an Folter oder Gefängnis erinnert.

Psychologische Aspekte

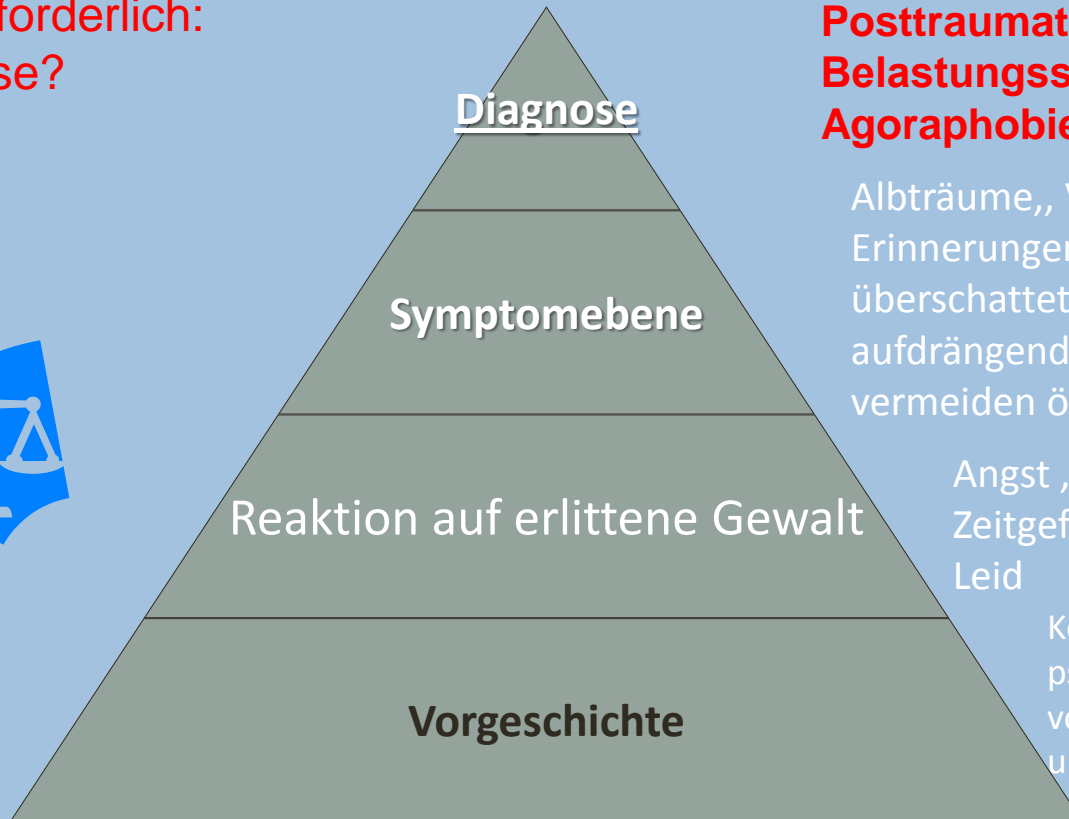
B. 2. HÄUFIGE PSYCHOLOGISCHE REAKTIONEN

B. 2. Häufige psychische Reaktionen

- Das Istanbul Protokoll fasst häufige psychische Reaktionen auf Folter in einer Liste zusammen.
- Es beschreibt diese zuerst auf der Ebene einfacher Reaktionen, dann auf der Ebene von Symptomen, schließlich als Gruppe von Syndromen (B.2.) und auf der Ebene von Diagnosen. (B.3.).
- Alle sind Teil der Begutachtung, die Schritte von der Beobachtung einer normalen Reaktion auf die Umgebung (wie beispielsweise Misstrauen gegenüber Regierungsvertretern), zu Zeichen einer Erkrankung (Symptomen, wie beispielsweise anhaltenden Albträumen) bis zu einer Diagnose (beispielsweise die einer posttraumatische Belastungsstörung) sollten mit Vorsicht erfolgen.

Dokumentation psychologischer Folgen: Beispiel

Falls erforderlich:
Diagnose?



**Posttraumatische
Belastungsstörung,
Agoraphobie**

Alpträume,, Vermeidung von
Erinnerungen, das Gefühl einer
überschatteten Zukunft, sich
aufdrängende Erinnerungen, das
vermeiden öffentlicheOrte

Angst , Verlust des
Zeitgefühls, emotionales
Leid

Keine Vorgeschichte
psychologischer Probleme oder
von Behandlung vor der Folter,
unauffällige Familiengeschichte

B. 2. Häufige psychologische Reaktionen

- **Wiedererleben, Vermeidung- Abstumpfung der Gefühle, verstärkte vegetative Aktivierung** (*üblicherweise im Rahmen einer PTBS*),
- **Symptome einer Depression** (wie depressive Stimmung , Interessenverlust, Verlust von Antrieb und Appetit)
- Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühl der aussichts losen Zukunft (Im Rahmen einer PTBS einer komplexen PTBS oder einer Depression), Dissoziation, Depersonalisation und Veränderungen im Verhalten (*oft im Rahmen einer PTBS einer komplexen PTBS oder einer Depression*),
- Körperliche Beschwerden ohne entsprechende somatische Befunde (In vielen Kulturen als Ausdruck von Belastung („idiom of distress“) und / oder als Teil einer somatoformen Störung

B. 2. Häufige psychologische Reaktionen

- **Sexuelle Funktionsstörungen**
(Anm. häufig besonders nach sexueller Folter, aber auch als Symptom einer Depression)
- **Psychotische Symptome:** Wahnsymptome, Paranoia, Halluzinationen, bizarre Vorstellungen und Verhalten
(Anm. Psychotische Symptome können durch unterschiedliche Faktoren, unter anderem auch durch Folter ausgelöst werden und im Rahmen einer Reihe von Erkrankungen auftreten, durch Folter nicht unmittelbar ausgelöst, aber verschlechtert werden, wie beispielsweise eine Schizophrenie, eine schwere psychotische Depression, einer bipolaren Erkrankung, einer körperlichen Erkrankungen, oder Substanz/Drogengebrauch).

B. 2. Häufige psychologische Reaktionen

- **Gebrauch oder Abhängigkeit von Drogen oder Alkohol**

Tritt häufig als Komplikation auf, besonders wenn Überlebende Schlafprobleme, Hypervigilanz (eine verstärkte Schreckreaktion), Angst oder Schmerzen selber zu behandeln suchen.

Häufig auch in Gefängnissen.

Je nach kulturellem und sozialen Rahmen Schlaf und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine), Alkohol oder Opiate.

Zu unterscheiden vom Gebrauch dieser Substanzen im Rahmen einer Behandlung, sehr selten im Rahmen von Folter.



B. 2. Häufige psychologische Reaktionen

Neuropsychologische Beeinträchtigung wie Störungen der Konzentration und des Gedächtnisses, Irritierbarkeit

Am häufigsten im Rahmen eines stumpfen Schädel-Hirn-Traumas (postkommotionelles Syndrom (engl. PCS) durch Sturz, Schläge auf den Kopf, war auch durch Folter durch ersticken (wie beispielsweise durch den Gebrauch von Plastiksäcken oder Ähnlichem).

Viele Symptome ähneln denen einer posttraumatischen Belastungsstörung, eine Mehrfachdiagnose ist hier möglich.

➡ Spezielles Trainingsmodul Schädelhirntrauma

Vorsicht :



©:Thomas Wenzel/
WPA, 2010

Psychologische Aspekte

B. 3. DIAGNOSTISCHE EINSTUFUNG

B. 3. Diagnostische Einstufung

Das Istanbul Protokoll führt die zwei Standardsysteme psychiatrischer Diagnostik als Referenz an:

- a) die Internationale Klassifikation der Erkrankungen (**ICD** -International Classification of Diseases) der Weltgesundheitsorganisation
- b) das Diagnostische und Statistische Handbuch **DSM** IV TR (Diagnostical and Statistical Manual, Vers. IV, Text Revision (vor allem in den USA und in der Forschung))

B. 3. Diagnostische Einstufung

Derzeit befinden sich beide Systeme in Revision, die endgültigen Fassungen (ICD 11, DSM V) werden für 2013/15 erwartet.

Für die Begutachtung sollte, wenn nicht anders gefordert, die jeweils aktuelle Version verwendet werden.

Zwei Systeme: ICD 10, DSM IV

ICD 10

+

Integriertes Diagnosesystem einschließlich körperlicher Diagnosen Teil des medizinischen Alltags in den meisten Ländern,

Offizielles System der Weltgesundheitsorganisation*,

Enthält wichtige relevante Kategorien wie die anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach extremen Lebenserfahrungen, oder das postkommotionelle Syndrom.

Offene Definition der posttraumatischen Belastungsstörung.

DSM IV (TR)

+

Zahlreiche Forschungsergebnisse im Rahmen dieser PTBS Definition,

Sehr genaue Forschungskriterien

Viele Forschungs -und Diagnoseinstrumente in verschiedenen Sprachen,

Kategorie "PTSD DESNOES"**) (in Diskussion).



Posttraumatische Belastungsstörung

DSM IV 309.81

Akut. Symptome sei weniger als drei Monate

Chronisch. Symptome seit drei Monaten oder länger



Verzögerter Beginn, Symptome erstmals 6 Monate nach dem Ereignis oder später.

ICD 10 F 43. 1

Verzögerter Beginn.

A

Begutachtung

- *Traumaspesifische Erkrankungen wie die PTBS*
Die nur durch schwerwiegende Belastungen hervorgerufen werden, unter Umständen kann ein konkreter Kausalzusammenhang zwischen Symptom und Ereignisse hergestellt werden (beispielsweise Alpträume, dessen Inhalte sich auf Folter-Erfahrungen) beziehen. 
- Unspezifische Erkrankungen können auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen sein, einschließlich (aber keineswegs nur) auf Gewalt oder Folter. 
- Kulturabhängige Reaktionsformen auf extreme Belastungen sind besonders zu berücksichtigen.

B. 3. Diagnostische Einstufung

- Die posttraumatische Belastungsstörung war historisch ursprünglich nicht Bestandteil der alten Fassungen des ICD und DSM.
- Sie löste die frühere Diagnose eines Kriegstraumas, einer Kriegsneurose, oder eines Konzentrations-lagersyndroms ab, wobei diese nicht immer exakt der heutigen Definition der PTBS äquivalent sind.

Posttraumatische Belastungsstörung

ICD 10: F43.1

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten.

Posttraumatische Belastungsstörung

ICD 10: F43.1

Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten.

Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten.

Komplexe PTBS/ PTBS DESNOES

- Die Komplexe PTBS/ PTBS DESNOES (Disorders of Extreme Stress, not otherwise classified) sind Begriffe um über die posttraumatische Belastungsstörung hinaus gehende Symptome zu beschreiben, die bei psychologischer Schwertraumatisierung häufig zu beobachten sind.
- Sie sind in den Diagnosesystemen derzeit noch nicht sicher als eigene Kategorie verankert, werden aber als assoziierte Symptome, im ICD 10 zusätzlich auch im Rahmen der eigenständigen Kategorie der anhaltenden Persönlichkeitänderung nach extremen Lebenserfahrungen (F 62.0) beschrieben.

Häufige Symptome sind:

Schamgefühle

Schuldgefühle

Somatoforme (körperliche erlebte psychologische) Symptome

Spezifische Reaktionen auf schwere Belastungen: ICD 10

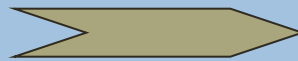


**Akute
Belastungs-
reaktion**



ICD 10: F 43.0
Kann übergehen
in

Stunden bis
Tage nach dem
Ereignis

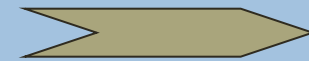


**Posttraumatische
Belastungsstörung
(PTBS)**



ICD 10: F 43.1
Kann übergehen
in

Tage bis
Jahre



**Andauernde
Persönlichkeits-
änderung nach
Extrembelastung**

ICD 10:
F 62.0

2 Jahre
oder
später

*International Classification of Diseases,
Rev. 10, WHO

ICD 10 Codes in Bezug auf Gewalteinwirkung

Y35.7 Verletzung bei gesetzlichen Maßnahmen

Verletzung bei gesetzlichen Maßnahmen durch Tränengas, Knüppelschlag oder Feuerwaffe

Y36.9 Verletzungen durch Kriegshandlungen Inkl.: Verletzung bei Unruhen

Z65.1 Gefängnisstrafe oder andere Formen der Freiheitsstrafe

Z65.4 Opfer von Verbrechen oder Terrorismus, Opfer von Folterung

Z65.5 Betroffensein von einer Katastrophe, einem Krieg oder anderen Feindseligkeiten

Exkl.: Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung ([Z60.5](#))



B. 3. Diagnostische Einstufung

Die Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD 10 F 62.0) – ist (seit der aktuellen Revision 10) Teil der ICD, nicht aber der DSM Klassifikation.

Derzeit liegen noch wenig internationale Studien zu dieser – für Folterfolgen besonders relevanten Erkrankung – vor.

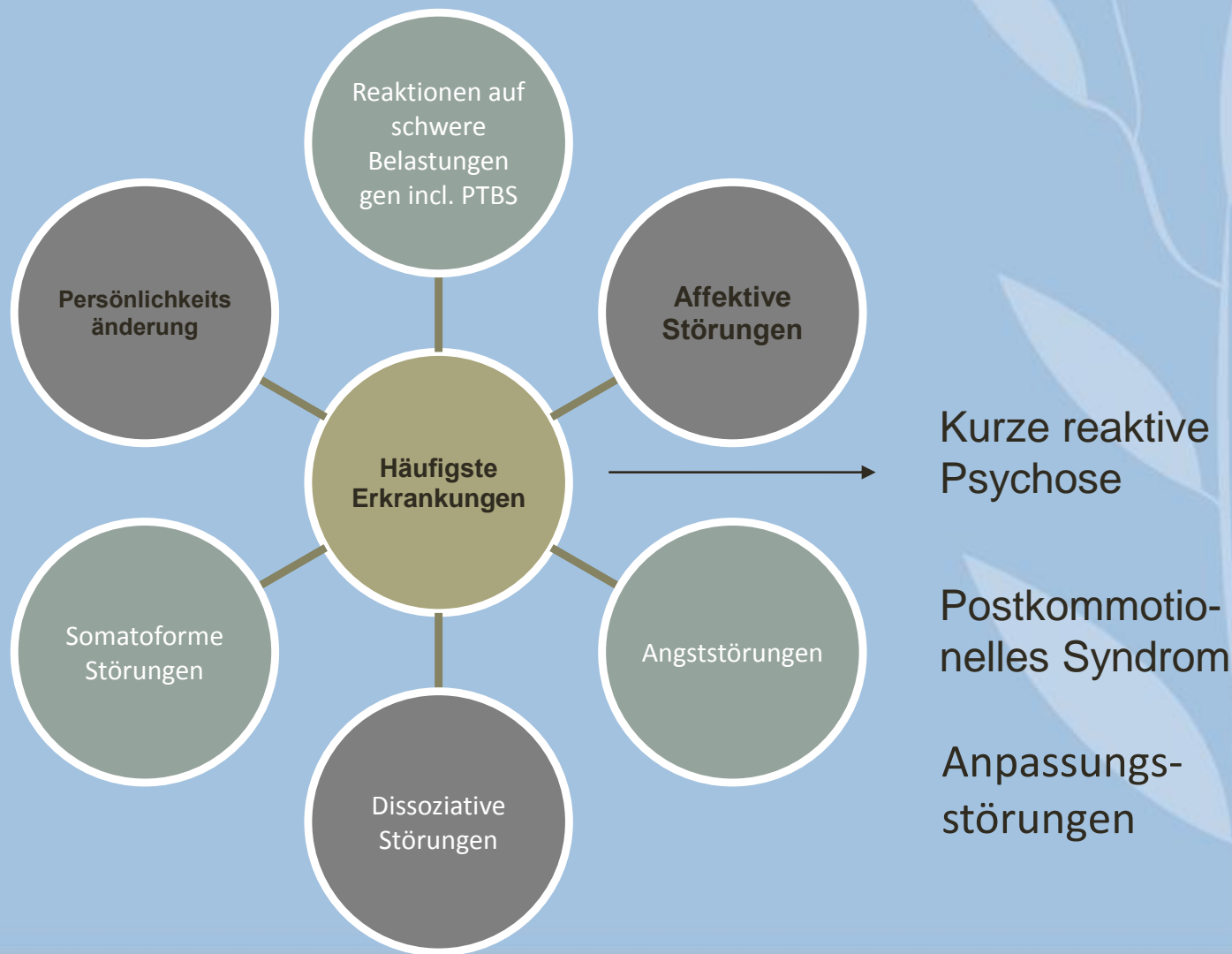
ICD 10: Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

„Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmaßes folgen. Die Belastung muss extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tief greifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden muss.

Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet,

Das ICD 10 System- Kapitel V

Wichtigste relevante Diagnosekategorien



B. 3. Diagnostische Einstufung

Während die während die Posttraumatische Belastungsstörung die häufigste reaktive Erkrankung ist, können Kultur abhängig auch andere Krankheitsbilder auftreten, insbesondere

Somatoforme Symptome oder Störungen (z.B. Übelkeit ohne Vorliegen einer nachweisbaren körperlichen Erkrankung)

Konversionsstörungen (psychologische Symptome die neurologischen Symptomen, beispielsweise einer Lähmung entsprechen , werden körperlich erlebt und präsentiert,

Kulturabhängige Belastungsreaktionen („idioms of distress“), D.h. Reaktionen wie in einer bestimmten Kultur häufig als Ausdruck von Konflikten oder Belastung beobachtet werden (z.B. psychogene Ohnmacht)

Psychologische Aspekte

C. DIE PSYCHOLOGISCHE/ PSYCHIATRISCHE BEGUTACHTUNG

Psychologische Aspekte

C. 1. ETHISCHE UND KLINISCHE ASPEKTE

C. 1. . Ethische und klinische Aspekte

Der Gesamtrahmen einer Untersuchung ist zu berücksichtigen, insbesondere die vorgegebenen Ziele und Fragestellungen der Untersuchung, in jedem Fall ist eine zu starke Belastung oder die Traumatisierung aber zu vermeiden.

Dies gilt für alle Schritte einer Untersuchung und Dokumentation, die grundlegenden Aspekte psychischer Folterfolgen sollten allen einbezogenen Berufsgruppen und Experten vertraut sein.

Auch die entsprechenden Trainingsmodule, insbesondere zu allgemeinen Grundlagen und Voraussetzungen einer Untersuchung sowie zu psychologischen Aspekten sollten Teil jedes Trainings sein.

Psychologische Aspekte

C. 2. DAS INTERVIEW

Psychologische Aspekte

C. 3. DIE PSYCHOLOGISCHE BZW. PSYCHIATRISCHE BEGUTACHTUNG

C. 3. Die psychologische bzw. psychiatrische Begutachtung

- Beschreibung der Folter und Mißhandlung
(kann gemeinsam mit oder separat von der allgemeinen medizinischen Anamneseerhebung)
- Gegenwärtige Beschwerden / Symptome
- Anamnese in Bezug auf die Zeit nach der Folter (einschl. Auswirkung auf das gegenwärtige Leben, Lebensqualität, aktuelle Belastungsfaktoren)
- Anamnese in Bezug auf die Zeit nach der Folter (einschl. Erziehung und Beruf)

C. 3. Die psychologische bzw. psychiatrische Begutachtung

- Psychiatrische Anamnese
(Probleme können sich dabei auch vor der Folter entwickelt haben, können sich aber unter Folter verstärken, eine negative Voranamnese macht den direkten Kausalzusammenhang mit Folter wahrscheinlich)
- Substanzgebrauch/mißbrauch/Abhängigkeit (oft sekundär als Selbst“medikation“ bei Gewaltfolgen, PTBS)
- Aktueller psychologischer/psychopathologischer Status

C. 3. Die psychologische bzw. psychiatrische Begutachtung

Psychologische Testung und der Gebrauch von Fragebogen und Symptomchecklisten :

Während klinische Begutachtung und Diagnose Kern der Untersuchung ist, können standardisierte Fragebogen Interviews wenn Sie in der entsprechenden Sprache und Kultur validiert sind, für bestimmte Fragestellungen eingesetzt werden . Istanbul Protokoll nicht im Detail dargestellt, eine entsprechende Ausbildung und Erfahrung in der Anwendung werden vorausgesetzt (*siehe separates Trainingsmodul*).

C. 3. Die psychologische bzw. psychiatrische Begutachtung

Psychologische Testung und der Gebrauch von Fragebogen und Symptomchecklisten



Bei der forensischen Begutachtung müssen in Sonderfällen wie etwa zum Ausschluss des Vortäuschens von Symptomen spezielle Fragebogen Skalen verwendet werden.

Die Ergebnisse sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da Kultur und traumaabhängige Faktoren wie Scham und Schuldgefühle bei Opfern oder ein Schädel-Hirn-Trauma die Ergebnisse beeinflussen oder verfälschen können. Nur ein umfassendes Gesamtverständnis kann zu guten Ergebnissen führen und einschränkende Faktoren wie Sprache und Kultur sollten in den Schlussfolgerungen diskutiert werden.

C. 3. Die psychologische bzw. psychiatrische Begutachtung

Psychologische Testung und der Gebrauch von Fragebogen und Symptomchecklisten



Beispiele: Die standardisierte Erhebung der Lebensqualität mittels des BREF Instruments der Weltgesundheitsorganisation, die Überprüfung einer klinischen PTBS Diagnose anhand des CAPS Interviews, oder anhand des Harvard Trauma Fragebogens (HTQ), die kombinierte Begutachtung eines möglichen Schirm Schädel-Hirn-Traumas durch neuropsychologische Testung oder neuroradiologische Verfahren (NMRI, funktionelles NMRI) (siehe auch entsprechende Abschnitte und zusätzliche Trainingsmodule).

C. 3. Die psychologische bzw. psychiatrische Begutachtung

- Soziales Funktionsniveau/beeinträchtigung
- Deskriptiv oder anhand von Standardinstrumenten (falls in der jeweiligen Sprache und Kultur

(als Hinweis auf Folterfolgen, von Relevanz auch für die Bemessung einer Entschädigung).

C. 3. Die psychologische bzw. psychiatrische Begutachtung

- Klinischer Gesamteindruck:

hierzu gehören Fragen wie Schlüssigkeit und Übereinstimmung zwischen Angaben und zu beobachtenden Befunden, die Diskussion möglicher Erklärungen oder alternativer Erklärungen für Befundergebnisse, die mögliche ursächliche Relevanz erfahrener Folter zur Ausprägung bestimmter Symptome, und eine Darstellung aller möglichen ursächlichen Faktoren.

- Eine mögliche Erklärung von Widersprüchen zwischen Befundergebnissen und Angaben zu Folter vor dem Hintergrund psychologischer und neuropsychologische Faktoren ist besonders einzugehen.
- Medizinische und psychologische bzw. psychiatrische Gutachten sollten als zusammengehörige und zu integrierende Aspekte der Gesamtbegutachtung gesehen werden.

C. 3. Die psychologische bzw. psychiatrische Begutachtung

Klinischer Gesamteindruck:



Anm.: die Struktur und Formulierung der Ergebnisse der forensischen Expertise und ihre Interpretation können deutlich von der rechtsmedizinischen Kultur und den jeweils üblichen nationalen Standards abhängen. Schlussfolgerungen wie beispielsweise die Einschätzung, ob ein Klient tatsächlich gefoltert wurde, können von Kommissionen oder Gerichten erwartet, oder sogar im Gegenteil abgelehnt werden.

Dies gilt unter anderem auch für die Formulierung von Ergebnissen und Schlussfolgerungen wie beispielsweise

C. 3. Die psychologische bzw. psychiatrische Begutachtung

Empfehlungen (zum weiteren Vorgehen):


.. sind abhängig von den Untersuchungsergebnissen, und dem Untersuchungsrahmen.

Beispiele: Unmittelbarer Behandlungsbedarf (z.B. Bei Suizidalität), erforderliche weitere Abklärungs- und diagnostische Schritte, langfristiger Behandlungs- und Unterstützungsbedarf.

Psychologische Aspekte

C. 4. NEUROPSYCHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG

C. 4. Neuropsychologische Begutachtung

- Oft sprachabhängig, obwohl zu einigen Fragestellungen nichtsprachliche oder neurophysiologische Testverfahren zur Verfügung stehen.
- Ähnlich wie bei der allgemeinen Psychiatrischen Untersuchung mit der Fragestellung des Vorliegens einer Depression oder PTBS sind viele Tests in unterschiedlichem Ausmaß kulturabhängig und bedürfen einer speziellen Anpassung. 

C. 4. Neuropsychologische Begutachtung

Wesentlich:

- Neuropsychologische Testverfahren können Informationen zu speziellen Fragen wie zu Hinweisen auf ein Schädel-Hirn-Trauma, oder das Ausmaß der Beeinträchtigung durch ein solches Trauma oder auch durch Minderversorgung des Gehirns mit Sauerstoff während bestimmter Foltertechniken geben.
- Sie kann ein Schädel-Hirn-Trauma aber nicht sicher ausschließen da beispielsweise nur ein leichtes Trauma vorliegen kann, kulturelle oder sprachliche Faktoren die Aussagekraft beeinträchtigen können, oder die spezifische Art der Verletzung nicht durch das Testverfahren erkannt werden kann.

C. 4. Neuropsychologische Begutachtung

- Die klinische Diagnose, insbesondere die der posttraumatischen Belastungsstörung, kann nicht über Testverfahren allein, sondern nur im Rahmen der klinischen Gesamtbeurteilung gestellt werden.
- Testverfahren können einige Bereiche, z.B. die verstärkte Schreckreaktion der PTBS, oder Störungen der Konzentration und des Gedächtnisses in Einzelbereichen oder die Schwere der Erkrankung im Verlauf messen, (quantifizieren).

C. 4. Neuropsychologische Begutachtung

- Das IP betont die besondere Vorsicht und Rücksichtnahme die erforderlich ist, um hierbei eine (Re) - traumatisierung zu vermeiden.
- Beispiel: Verbinden der Augen bei einigen Tests, das Gefühl der Hilflosigkeit, Sensoren bei Testgeräten die an Elektrofolter erinnern, Zeitdruck, enge Räume.

C. 4. Neuropsychologische Begutachtung

- Ein vom Istanbul Protokoll noch nicht behandeltes Thema ist das der sich derzeit rasch entwickelnden dynamischen bildgebenden Verfahren im Bereich der Psychiatrie, wie beispielsweise die funktionelle Nuklearmagnetresonanz. Diese ermöglichen eine erweiterte Diagnostik sowohl im Bereich neuropsychiatrischer Erkrankungen wie des Schädel-Hirn-Traumas, aber auch von Erkrankungen wie der posttraumatischen Belastungsstörung.
- Aufgrund des relativ hohen Aufwands sind sie allerdings derzeit noch nicht als Teil der Routinediagnostik zu sehen und stehen in vielen Ländern nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung. Auch hier gilt, dass ein negativer Befund weder das Vorliegen einer Erkrankung noch von Folter sicher ausschließen kann.

Psychologische Aspekte

C. 5. KINDER UND FOLTER

C. 5. Kinder und Folter

- Die Untersuchung sollte mit besonderer Vorsicht erfolgen.
- Sie sollte immer integrierter Bestandteil von Unterstützung und Therapie sein.
- Untersuchungsmethoden müssen dem Alter angepasst sein und nur durch spezialisierte Experten angewandt werden.

C. 5. Kinder und Folter



Bilder können Erinnerungen oft besser vermitteln als Worte.

C. 5. Kinder und Folter

Während Kinder unter den gleichen Formen traumaabhängiger Erkrankungen wie der posttraumatischen Belastungsstörung leiden können, beeinflussen biologisches und Entwicklungsalter Form und Verlauf der Symptome.

Zu den spezifischen Reaktionsformen gehören:

- Veränderungen im Verhalten (beispielsweise Rückzug oder aggressives Verhalten) oder der Ausdruck von Traumatisierung im Spiel (beispielsweise das Nachstellen von Folter und Rettung im Spiel mit Puppen),
- Regression (eine emotionale Reaktion die zum Verlust von erworbenen Fähigkeiten führt (beispielsweise Bettnässen).

C. 5. Kinder und Folter

- Die Begutachtung von Gewaltfolgen muß das biologische, psychologische (Entwicklungs)alter, den Hintergrund (Schreib/Lesefähigkeiten) und den kulturellen Hintergrund berücksichtigen.
- Diagnostische Hilfsmittel schließen in Abhängigkeit vom jeweiligen Alter standardisierte Fragebogen und Interviews, neuropsychologische Testung, aber vor allem bei jüngeren Kindern, vor allem nicht sprachliche Instrumente und bildliche Darstellungen der Erfahrung des Kindes ein.

C. 5. Kinder und Folter

- Während in vielen Ländern sogar Kinder und junge Erwachsene gefoltert werden, sind Kinder oft auch indirekte Opfer.
- Das resultierende Leiden kann lebenslang anhalten, auch wenn Kinder nur indirekt betroffen sind wie die Studien zum Zweitgenerationsphänomen gezeigt haben.
- Die Auswirkungen auf Kinder, die Familie, und das psychosoziale funktionierende Familie als ganze, sollten daher sowohl bei der Begutachtung von Kindern wie bei der von Erwachsenen berücksichtigt werden.