

**Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für
Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft**

**Zur Prävalenz von Psychotraumata und
posttraumatischen Störungen bei
Psychotherapiepatienten**

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des doctor medicinae
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Wilfried Callenius
aus Essen/Ruhr
2004

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-
Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Heribert Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. F. A. Muthny

Tag der mündlichen Prüfung: 11. Oktober 2004

Aus dem Universitätsklinikum Münster

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

-Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft -

Referent: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

Koreferent: Univ.-Prof. Dr. Dr. F. A. Muthny

Zusammenfassung

ZUR PRÄVALENZ VON PSYCHOTRAUMATA UND POSTTRAUMATISCHEN STÖRUNGEN BEI PSYCHOTHERAPIEPATIENTEN

Wilfried Callenius

Hintergrund: Studien an klinischen Populationen zur Frage der Häufigkeit von Psychotraumata und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) sind zwar international vorhanden, es fehlte aber bislang an entsprechenden Untersuchungen in Deutschland, um einen Vergleich der Prävalenzen zu ermöglichen.

Methode: Über den Zeitraum eines Jahres wurden 159 Patienten von einem psychiatrisch und psychoanalytisch geschulten Untersucher in einer Vorschaltambulanz für eine psychotherapeutische Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung an einem allgemeinen Krankenhaus untersucht. Nach Anwendung der Ausschlusskriterien verblieben N=112 Patienten in der Stichprobe. Zur Anwendung kamen das OPD-Interview, sowie diverse Scoring-Instrumente (BSS, GAF) und Patienten-Selbsteinschätzungs-Fragebögen (SCL-90-R, IES, FDS)

Ergebnisse: 66 Patienten (58,9 %) erwiesen sich als traumaexponiert, 17 (15,2 % der Stichprobe; 25,8 % der Exponierten) wiesen eine PTBS auf. Frauen waren signifikant häufiger von PTBS (21,2 vs. 4,5 % der Exponierten) betroffen. Sexuelle Gewalt wurde bis auf einen Fall ausschließlich von weiblichen Studienteilnehmern mitgeteilt. 50 % der Frauen mit PTBS wiesen sexuelle Traumatisierungen in der Vorgeschichte auf. Das Gros der Traumatisierungen erfolgte im Kindes-, Jugend-, und jungen Erwachsenenalter. Positiv besetzte Ersatzpersonen in der Kindheit korrelierten negativ mit PTBS bei gegebener Traumatisierung ($p=0,000$). Der Cluster WZ-PTSD des SCL-90-R erwies sich als geeignetes Screening-Instrument für PTBS.

Schlussfolgerungen: Traumata und PTBS sind auch in Deutschland häufig in klinischen Populationen anzutreffen. Ein entsprechendes Screening im Rahmen der Erstdiagnostik ist in psychotherapeutischen Einrichtungen dringend erforderlich.

Tag der mündlichen Prüfung: 11. Oktober 2004

1 Inhaltsverzeichnis

1	INHALTSVERZEICHNIS	5
2	ÜBERBLICK ÜBER DEN FORSCHUNGSSTAND	9
2.1	Hinweise auf die Häufigkeit von Traumata in der Vorgeschichte von Klinikpatienten ...	9
2.2	Definitionen: Was ist ein Trauma?	11
2.3	Die PTBS in den unterschiedlichen Diagnosesystemen	13
2.4	Prävalenz von Traumata und PTBS	17
2.4.1	Ergebnisse repräsentativer Studien	17
2.4.2	Prävalenzstudien an klinischen Populationen	28
2.5	Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Erkrankungen im Allgemeinen	30
2.6	Risiko- und Schutzfaktoren für PTBS	33
2.7	Prävalenz von dissoziativen Störungen	36
2.8	Traumakorrelierte Symptomatik	44
2.9	Komorbidität	45
2.9.1	Psychische Komorbidität	45
2.9.2	Somatische Komorbidität	47
3	FRAGESTELLUNG UND ARBEITSHYPOTHESEN	48
3.1	Prävalenz von Traumata	48
3.2	Prävalenz von PTBS	48
3.3	Traumaprävalenz und Geschlechterdifferenz	48
3.4	PTBS- Prävalenz und Geschlechterdifferenz	49
3.5	Screening- Instrument: WZ-PTSD	49

4	METHODIK.....	50
4.1	Grundsätzliche Probleme der Methodik.....	50
4.2	Ablauf der Untersuchung.....	52
4.3	Erfassung von Basisdaten	54
4.3.1	Psy-BaDo	54
4.3.2	Ergänzende Angaben zur Geschwistersituation	54
4.3.3	Beeinträchtigungs-Schwere-Score	54
4.3.4	Global Assessment of Functioning Scale GAF.....	55
4.4	Interviewtechnik.....	55
4.4.1	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)	55
4.4.2	Exploration von Traumata.....	56
4.5	Fragebogentests.....	57
4.5.1	Impact-of-Event-Scale IES.....	57
4.5.2	FDS	59
4.5.3	SCL-90-R	59
4.6	Traumatische Ereignisse: Operationale Definition und Bewertung	60
4.6.1	Akute versus chronische Schädigung.....	60
4.6.2	Zeitpunkt der Einwirkung.....	61
4.6.3	Art des Traumas.....	61
4.6.4	Definitionen: Sexueller Missbrauch und Körperliche Misshandlung.....	63
4.6.5	Art der Verursachung.....	64
4.6.6	Täterkategorien	65
4.6.7	„Ersatzpersonen“.....	66
4.7	Diagnosenerfassung.....	67
5	ERGEBNISSE	68
5.1	Allgemeine Charakterisierung der Stichprobe.....	68
5.2	Altersgruppen und Geschlechtsverteilung.....	68
5.3	Schule, Ausbildung und Beruf	69
5.4	Wohnorte.....	71

5.5	Hypothesenbezogene Ergebnisse.....	72
5.5.1	Prävalenz von Traumata.....	72
5.5.2	Prävalenz von PTBS	79
5.5.3	Traumaprävalenz und Geschlechterdifferenz	80
5.5.4	PTBS- Prävalenz und Geschlechterdifferenz.....	82
5.5.5	Screening- Instrument: WZ-PTSD.....	84
5.6	Weitere Ergebnisse.....	87
5.6.1	Partnerschaftssituation.....	87
5.6.2	Der Einfluss von Ersatzpersonen	87
5.6.3	Kindliche Belastungsfaktoren.....	88
5.6.4	Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS).....	89
5.6.5	Global Assessment of Functioning (GAF)	90
5.6.6	Fragebogen für dissoziative Störungen (FDS).....	91
5.6.7	Impact of Event Scale (IES)	93
5.6.8	OPD Achsen I-IV.....	94
5.6.9	Diagnosen (OPD – Achse V).....	94
6	DISKUSSION.....	99
6.1	Fehlermöglichkeiten und Begrenzungen der Studie.....	99
6.2	Beurteilung der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung.....	101
6.2.1	Inzidenz von Traumata.....	101
6.2.2	Prävalenz von PTBS	101
6.2.3	Traumaprävalenz und Geschlechterdifferenz	102
6.2.4	PTBS- Prävalenz und Geschlechterdifferenz.....	102
6.2.5	Screening- Instrument: WZ-PTSD.....	103
6.3	Vergleich mit anderen publizierten Daten.....	103
6.4	Bedeutung der eigenen Ergebnisse	107
7	FALLBEISPIELE	110
7.1	Patientin C., 43 J., Komplexe PTBS.....	110
7.1.1	Anamnese.....	110
7.1.2	Psychodynamik der Erkrankung	112
7.1.3	Diagnosen.....	112

7.1.4	Kodierung nach ICD-10 und DSM-IV:	113
7.1.5	Datenlage.....	113
7.1.6	Verlauf	116
7.2	Fallbeispiel: Patientin T., 24 J., DID, BPS	118
7.2.1	Anamnese	118
7.2.2	Psychischer Befund und Psychodynamik.....	120
7.2.3	Diagnosen.....	121
7.2.4	Kodierung nach ICD-10 und DSM-IV	121
7.2.5	Datenlage.....	121
7.2.6	Verlauf	125
8	DANKSAGUNG	126
9	LEBENS LAUF	127
10	LITERATUR.....	129
11	ANHANG	I
11.1	Verzeichnis der Tabellen	I
11.2	Verzeichnis der Abbildungen	IV
11.3	Verzeichnis der Akronyme	V
11.4	Definitionen relevanter Diagnosen	VI
11.4.1	DSM-IV.....	VI
11.4.2	ICD-10	X
11.4.3	Disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)	XIX
11.4.4	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (J.HERMAN)	XX
11.5	Global Assessment of Functioning Scale (GAF).....	XXI
11.6	Tabellen, Diagramme und Signifikanzberechnungen.....	XXIII

2 Überblick über den Forschungsstand

2.1 Hinweise auf die Häufigkeit von Traumata in der Vorgeschichte von Klinikpatienten

Bei der Erhebung der Vorgeschichte von Patienten der psychiatrischen Abteilung des St. Vinzenz-Hospitals in Dinslaken fanden wir nicht selten Hinweise auf stattgehabte Ereignisse, deren augenfälliger Schweregrad und deren subjektive Bedeutung für die Patienten den Verdacht nahe legten, dass diese Geschehnisse, die nachfolgend als Traumata beschrieben werden sollen, einen nennenswerten Einfluss auf die Tatsache der Erkrankung, die Art ihrer Ausgestaltung und den Gang ihrer Entwicklung, sowie die Möglichkeiten ihrer Therapie nahmen.

Häufiger fiel auf, dass stattgehabte Traumatisierungen sich bei der Erhebung der Anamnese, sei es im Vorgespräch, sei es in der ersten Zeit der stationären oder teilstationären Psychotherapie, nicht unmittelbar darstellten, sondern erst Wochen oder Monate nach Behandlungsbeginn deutlich wurden. Teils scheint dies infolge Dissoziation des traumatischen Materials in der Natur der entsprechenden Erkrankungen zu liegen, teils mag es darin seine Ursache haben, dass die Aufmerksamkeit deutscher Kliniker in der Wahrnehmung traumabezogener Phänomene erst in den letzten Jahren gewachsen ist.

Eine orientierende retrospektive Freitextrecherche auf dem Klinikcomputer nach dem Vorkommen von Termini wie *„Inzest, Trauma, sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Traumatisierung, Verletzung der Generationenschanke, PTSD und PTBS“* in Anamnesetexten ergab folgende Häufigkeiten:

Tabelle 1: Ergebnisse der orientierenden EDV-Recherche

Freitextrecherche 1/1991 - 10/1997	Stationäre und teilstationäre Behandlungen	Davon evtl. „traumatisiert“:
Gesamtklinik	6466	1980 (entspricht 30,62 %)
Davon behandelt im Psychotherapie- bereich	819	303 (entspricht 37 %)

Kritisch anzumerken bleibt, dass dieser Suchlauf wenig spezifisch war, so dass davon auszugehen ist, dass ein nicht geringer Prozentsatz falsch positiver und falsch negativer Ergebnisse die Statistik verfälscht. Im günstigsten Fall halten sich beide Fehlerquellen jedoch die Waage. Diese Annahme erscheint nicht völlig unrealistisch, da die Häufigkeitsangaben in der Literatur zur Traumaprävalenz in klinischen Populationen durchaus vergleichbare Werte aufweisen. Außerdem ging es hierbei zunächst um ein erstes orientierendes Screening, das ein Bild über die zu erwartenden Größenordnungen vermitteln sollte.

Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des St. Vinzenz-Hospitals in Dinslaken ist eine Einrichtung der Grund- und Regelversorgung, auch im Sinne der Pflichtversorgung. Mit 130 Betten versorgt sie den rechtsrheinischen Teil des Kreises Wesel am Niederrhein und den Duisburger Stadtteil Walsum (insgesamt 230.000 Einwohner). Die Abteilung gliedert sich in Stationen mit psychiatrischem und solche mit psychotherapeutischem Schwerpunkt. Das Tätigkeitsfeld des Autors lag vorrangig im psychotherapeutischen Bereich. Als Oberarzt war er für eine Psychotherapiestation mit 12 Betten (+ 4 zugehörige Tagesklinikplätze) und eine psychotherapeutische Tagesklinik mit 20 Plätzen zuständig. Die meisten Patienten, die um Aufnahme in der klinischen Psychotherapie nachsuchten, wurden ambulant von ihm vordiagnostiziert. Somit lag es nahe, sich in der vorliegenden Arbeit auf die Frage der Traumahäufigkeit im Inanspruchnahmeklientel der Vorschaltambulanz zu beschränken.

Inhaltlich dürfte diese nur zum Teil für tagesklinische oder stationäre Psychotherapie, überwiegend aber Beratung und ambulante Behandlung vorgesehene Klientel annähernd den psychiatrischen „outpatients“ internationaler Studien entsprechen.

2.2 Definitionen: Was ist ein Trauma?

Der Traumabegriff erscheint in den verschiedenen Veröffentlichungen äußerst unscharf bestimmt. Von wechselnden Autoren wird er in jeweils unterschiedlicher Weise definiert. In epidemiologischen Studien wird er operational, aber durchaus nicht einheitlich verwendet.

Die wechselnden Inhalte des Traumabegriffs sind dabei nicht neu, sondern finden sich bereits in der psychiatrischen Forschung des ausgehenden 19. Jahrhunderts, die jedoch nach der Jahrhundertwende für lange Zeit kaum noch fortgeführt wurde. Über viele Jahrzehnte spielte der Begriff in Psychiatrie und Psychotherapie, wie auch in der Psychoanalyse keine große Rolle mehr. „Trauma“ als Begriff taucht in dem 1980 erschienenen fünfzehnbändigen Sammelwerk *Die Psychologie des XX. Jahrhunderts* (PETERS 1980) (mit ca. 15.000 Seiten!) nur sehr randständig auf, der Begriff Psychotrauma erscheint erst gar nicht im Index. Lediglich einer der zahlreichen Autoren, NIEDERLAND (1980) beschäftigt sich in seinem kurzen Beitrag zur *Psychiatrie der Verfolgten und seelischer Verfolgungsschäden* (12 Seiten) mit der Fragestellung (a.a.O. S. 1055-1067).

Erst in den späten achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts erfuhr die Frage nach den äußeren Einwirkungen und Auslösern, die seelische Störungen bedingen können, erneute und noch immer zunehmende Aktualität. Durch in den USA schon länger aufgeworfene Fragestellungen und Studienergebnisse, die zunächst vor allem in den Niederlanden, später auch in Deutschland rezipiert wurden, entstand in Deutschland nach und nach ein psychotraumatologischer Forschungszweig. Auch das durch die Medien beförderte öffentliche Interesse an den damit verbundenen Themen, insbesondere der sexuellen Gewalt gegen Kinder, wurde größer. Zeitweise konnte man einen durch die Medien unterhaltenen regelrechten parawissenschaftlichen Boom der Thematik konstatieren. Dabei wurde aber der Begriff Psychotrauma oft für jegliche Art von Beeinträchtigung eingesetzt, die Menschen überhaupt widerfahren kann.

Umso notwendiger erscheint es, den Begriff für wissenschaftliche Zwecke klar zu fassen. R. Barwinski Fähr versucht in ihrem Aufsatz eine Annäherung an ein „unmögliches Konzept“ (BARWINSKI FÄH 2000): Sie unterscheidet zwischen vier Verwendungen des Begriffs:

- Trauma als Verletzung oder Wunde,
- Trauma als reales äußeres Ereignis,
- Trauma als Erlebnis,
- Trauma als innerseelische Folge, im Sinne von Erkrankung oder Störung.

Wegen dieser sehr unterschiedlichen Definitionsebenen, die in der Literatur parallel zueinander verwendet werden, empfiehlt sie, die operationalen Definitionen von FISCHER & RIEDESSER (1998) zu verwenden. In ihrem so genannten Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung kommen diese Autoren zu einer dreigliedrigen Chronologie der traumatischen Abläufe:

Auf eine traumatische Situation folgt die traumatische Reaktion des betroffenen Individuums, die schließlich in einen traumatischen Prozess einmündet. Der Gesamttablauf wird dabei zirkulär verstanden, da unvermeidliche intern (Intrusionen) und extern (Triggerung) angestoßene Retraumatisierungen die Reaktionskette immer wieder aufs Neue in Gang setzen.

Die traumatische Erfahrung ist nach Fischer & Riedesser gekennzeichnet durch ein

„vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (a.a.O. S. 79)

Eine sehr pragmatische und offene Definition, die sich vor allem um eine möglichst vollständige Aufzählung der möglichen Stressoren bemüht, ist diejenige aus den

deutschen *Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (FLATTEN et al. 2001):

„Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse (wie z. B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit [sogenannter sexueller Missbrauch], Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.“ (a.a.O. S. 3)

2.3 Die PTBS in den unterschiedlichen Diagnosesystemen

Der Begriff der *posttraumatic stress disorder* (PTSD) tauchte im diagnostischen und statistischen Manual der American Psychiatric Association (APA) erstmals in der Version DSM-III (1980) auf. In den früheren Versionen waren Reaktionen auf äußere Ereignisse noch unspezifisch als nach Lebensaltersstufen geordnete Anpassungsreaktionen („adjustment reaction“) kodiert worden. Auch mit dem DSM-III-R (1987) differenziert sich die PTSD nicht weiter aus, sondern wird erst im DSM-IV (1994) um die akute Belastungsstörung („acute stress disorder“) ergänzt. Beide Störungen werden im DSM als Erscheinungsformen der Angststörungen („anxiety disorders“) begriffen und finden ihren entsprechenden Platz im Katalog der Störungen. Die Beratungsgruppe („Advisory subcommittee on PTSD“) hatte bei der Vorbereitung des DSM-IV eine eigene Untergruppe für stressbedingte Störungen gefordert, sich aber gegenüber der DSM-IV Task Force nicht durchsetzen können, so dass die DSM-III-Einstufung in die Angststörungsgruppe nicht verändert wurde (referiert nach BRETT 1996, S. 117). Tatsächlich spricht einige klinische Evidenz für die Verwandtschaft der PTBS mit den Angststörungen, sowohl hinsichtlich der Symptomatik als auch in Hinsicht auf Therapieverfahren, die für Angststörungen entwickelt wurden, sich aber

auch bei PTBS als gut wirksam erweisen und vice versa. Neben der Einführung einer genuinen eigenen Kategorie wurde in der APA auch diskutiert, ob nicht wegen der Überlappungen in vielen Symptomen die PTBS auch als dissoziative Störung verstanden werden könne. Von HERMAN (1993, engl. 1992) war der Begriff der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (Definition s. Anhang: 11.4.4) geprägt worden, der vielen Klinikern seither vertraut und nützlich ist und die Beschreibung von (überwiegend dissoziativen) Phänomenen zulässt, die sich unter der einfachen PTSD nicht subsumieren lassen. Jedoch fand auch der hierfür ersatzweise geprägte Begriff der *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (DESNOS) (Definition s. Anhang: 11.4.3) keinen Eingang in das Manual. (a.a.O. 123-124)

Die Entwicklung der in Deutschland und Europa etablierten International Classification of Diseases (ICD) der WHO nahm von ganz ähnlichen Ausgangspositionen ihren Lauf: So fand sich in der ICD-9 (WHO 1977) ebenfalls nur eine akute Stressreaktion. Diese war im Unterschied zur DSM allerdings nicht hinsichtlich der Altersklassen zu kodieren, sondern in Bezug auf die vorherrschende Symptomatik.

Mit der ICD-10 (WHO 1992) erfolgte die Differenzierung der posttraumatischen Störungsbilder in drei Kategorien:

F43.0: Akute Belastungsreaktion,

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung,

F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung.

Ein besonderer Vorzug des ICD-10-Systems ist in diesem Zusammenhang darin zu sehen, dass die im DSM nicht realisierte DESNOS hier in Gestalt der *andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extremtraumatisierung* F62.0 (Definition s. Anhang: 11.4.2.16) einen Platz gefunden hat und somit eine Möglichkeit bietet, komplexe und chronische Krankheitsbilder angemessen zu kodieren, soweit es sich um im Erwachsenenalter erworbene Störungen handelt. Auch ist man in der Einordnung der posttraumatischen Störungsgruppe im ICD einen Schritt weiter gegangen als im DSM und hat ihnen eine eigene Kategorie zugestanden (F43: Reaktionen auf schwere

Belastung). Dennoch wird auch hier die Nähe zu den Angststörungen zumindest in der Definition der akuten Belastungsstörung (F43.0) sehr deutlich, da hier eine weitgehende Übereinstimmung mit Kriterien der generalisierten Angststörung (F41.1) explizit Teil der Diagnosendefinition ist.

Nosologische Kategoriensysteme sind in dauerndem Fluss, zumindest wenn sie sich nicht auf eindeutige biologische Korrelate stützen können, was in der Psychiatrie und Psychosomatischen Medizin ja eher selten der Fall ist. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die bestehenden diagnostischen Konstrukte auch im psychotraumatologischen Feld Kliniker und Forscher nur partiell zufrieden stellen können. Ein besonderer Mangel der bestehenden Systeme besteht insbesondere darin, dass in der Kindheit auf traumatischer Grundlage erworbene Störungsbilder, die beim Erwachsenen diagnostiziert werden, sich noch nicht in angemessener Weise kodieren lassen. Während bei den genannten psychotraumatologischen Diagnosen in beiden Systemen ein kausaler Aspekt mitberücksichtigt werden muss, (übrigens ganz im Gegensatz zu den phänomenologischen Intentionen beider Kataloge), steht diese Option bei den in der Kindheit erworbenen Störungen nicht zur Auswahl. Hier kann der Diagnostiker lediglich seine Zuflucht zu den phänomenologisch definierten Kategorien der Persönlichkeitsstörungen nehmen, wobei nicht selten die emotional instabile Persönlichkeitsstörung in der impulsiven (F60.31) oder der Borderline-Variante (F60.32) zu diagnostizieren sein wird. Diesem gegenwärtigen Mangel ist nicht leicht abzuhelfen, da noch sehr kontrovers diskutiert wird, ob es sich bei der Borderline-Störung um eine Sonderform einer früh aquirierten komplexen PTBS, gewissermaßen einer Früh-DESNOS (DRIESSEN et al. 2002) oder bei den höhergradigen posttraumatisch-dissoziativen Störungen um eine Sonderform der Borderline-Pathologie handelt (DULZ et al. 1996). Diesem Dilemma kann im ICD-10-Geltungsbereich rein praktisch auch nicht dadurch begegnet werden, dass bei den in der Kindheit erworbenen Störungen konsequent die F62.0 kodiert wird. Zwar trifft der Begriff eines Folgezustandes nach Extremtraumatisierung hier zu. Es handelt sich aber nicht um eine Persönlichkeits*änderung* im Sinne der vorliegenden Beschreibung, sondern um eine durch massive Störung der infantilen Entwicklung eingetretene Persönlichkeits*störung*.

Eine posttraumatische Belastungsstörung kann gemäß dem DSM-IV dann kodiert werden, wenn sechs Hauptkriterien (A-F) erfüllt sind:

Tabelle 2: DSM-IV-Kriterien Posttraumatische Belastungsstörung (309.81)

- A1 (Traumatische Situation:) Lebens- oder ernsthafte Gesundheitsbedrohung für sich oder andere.
- A2 (Emotionale Reaktion:) Intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen
- B (Intrusive Symptome:) Intrusionen, (Alb-)träume, Flashbacks, Triggerung und Vermeidung der Trigger (mindestens 3 der genannten 5)
- C Vermeidung und Abflachung der allgemeinen Reagibilität in 3 von 7 Aspekten
- D (Hyperarousal:) 3 von 5 genannten Symptomen der Übererregbarkeit
- E (Dauer des Störungsbilds:) länger als 1 Monat
- F (Krankheitsaspekt:) Verursachung von Leiden oder Beeinträchtigungen

In der ICD-10 werden folgende Kriterien genannt:

Tabelle 3: ICD-10-Kriterien Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

- A Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde,
- B Flashbacks, Albträume und Intrusionen,
- C Vermeidung
- D1 Entweder: komplette oder partielle Amnesie oder:
- D2 Erhöhte Sensitivität oder Erregung mit zweien der folgenden Merkmale:
Ein- und Durchschlafstörungen,
Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
Konzentrationsschwierigkeiten,
Hypervigilanz,
erhöhte Schreckhaftigkeit.
- E Auftreten binnen 6 Monaten nach Belastungsende, in Einzelfällen auch später.

Das A2-Kriterium des DSM-IV erscheint dabei klinisch brauchbarer als das A-Kriterium der ICD-10, da der Untersucher nur den Gefühlszustand des Betroffenen zur Kenntnis nehmen muss (intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen) und sich nicht in normativen Überlegungen verstrickt. („Was löst nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung aus?“)

In beiden Systemen finden die so genannten partiellen oder unterschweligen PTBS-Syndrome keine Berücksichtigung. STEIN et al. hatten 1997 eine Studie

vorgelegt, bei der 1002 Personen telefonisch nach traumatisierenden Ereignissen und deren Folgen befragt wurden. Dabei stellte sich heraus, dass neben denjenigen, die vom Vollbild der PTBS betroffen waren (2,7 % der Frauen, 1,2 % der Männer) auch zahlreiche Befragte unter einzelnen posttraumatischen Symptomen litten und dadurch stark beeinträchtigt waren. (3,4 % der Frauen, 0,3 % der Männer)

2.4 Prävalenz von Traumata und PTBS

2.4.1 Ergebnisse repräsentativer Studien

Potentiell traumatische Ereignisse sind häufige Geschehnisse. In der Auswertung einer Reihe repräsentativer epidemiologischer Studien aus Nordamerika referieren HIDALGO et al. 2000 eine Lebenszeitprävalenz für traumatische Ereignisse von 36,7 bis 87,1 Prozent bei Frauen und von 43,0 bis 92,2 Prozent bei Männern. (Eine posttraumatische Belastungsstörung resultiert hingegen nur zwischen 1,3 und 18,3 Prozent bei Frauen und zwischen 0,5 und 10,8 Prozent bei Männern.) Die großen Häufigkeitsunterschiede kommen durch unterschiedliche Studiendesigns mit jeweils engeren und weiteren Fassungen des Traumabegriffs zustande. So wird in einigen Studien die Nachricht vom unerwarteten Tod eines nahe stehenden Menschen als Trauma gewertet. Da dieses Geschehnis früher oder später in jedem Leben eintritt, erreicht die Lebenszeitprävalenz in Abhängigkeit vom Lebensalter der Probanden Werte bis über 90 Prozent.

Für die am intensivsten untersuchte Form traumatischer Einwirkung, der sexuellen Gewalt im Kindesalter, ergeben sich ebenfalls häufig von Studie zu Studie wechselnde Definitionen. WETZELS (1997) fasst das Definitionsdilemma wie folgt zusammen:

„Generell stellt sich die Frage, welche Formen bzw. Eingriffsintensitäten von Übergriffen mit dem Begriff des sexuellen Missbrauchs bezeichnet werden sollen, wenn auf der einen Seite nicht zu einer gravierenden Unterschätzung eines gesellschaftlichen Problems beigetragen werden soll, andererseits der Begriff aber auch nicht zu einer zu undifferenzierten, klinisch wie politisch kaum noch verwertbaren, weil irrelevanten bzw.

unglaublichen catch-all-Kategorie verkommen soll. Ein [sic] enge Eingrenzung führt zur Identifikation vor allem schwerwiegender Fälle, wohingegen eine weite Fassung es erlaubt, das Problem auch in seinen Randbereichen auszuleuchten [...].

Eine Patentlösung wird es wohl hier nicht geben. Wissenschaftliche Minimalforderung wird jedoch sein müssen, Transparenz zu gewährleisten, die es ermöglicht, bei der Rezeption von Untersuchungsergebnissen genau diese Aspekte bewertend zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die Frage, in welcher Form die Bewertung von Erfahrungen durch die Betroffenen selbst (unerwünscht, unverstanden, belastend etc.) bei einer Erhebung berücksichtigt wurde. Auch dies ist in den vorliegenden nationalen und internationalen Studien nicht einheitlich gehandhabt worden. Ferner differieren – neben unterschiedlichen Kriterien zur Operationalisierung eines Machtgefälles zwischen Täter und Opfer – auch die verwendeten Schutzaltersgrenzen [...], was alleine schon unterschiedliche Raten in der gleichen Stichprobe bzw. Grundgesamtheit erwarten lässt.“ (a.a.O. S. 9-10)

Für die deutschen Verhältnisse gelangen einzelne sozialwissenschaftliche Dunkelfeldstudien an nichtrepräsentativen Populationen zu Ergebnissen, die in der Größenordnung denen internationaler Studien entsprechen, auch wenn sie sich inhaltlich nur auf das spezielle Trauma sexueller Gewalt in der Kindheit beziehen. ENGFER (1997) referiert in ihrem Sammelwerkbeitrag zu EGGLE et al. (1997) die entsprechenden Ergebnisse:

„Sozialwissenschaftliche Untersuchungen, in denen zumeist jüngere Erwachsene (Gymnasiasten, Berufsschüler und Studenten) retrospektiv über ihre Vorerfahrungen mit sexuellen Übergriffen schriftlich befragt wurden, ergeben für Deutschland folgendes Bild: Bange (1992) befragte 518 weibliche und 343 männliche Studierende der Universität Dortmund und fand bei 25 % der Frauen und 8 % der Männer derartige Vorerfahrungen. Bei den Frauen waren über die Hälfte der Kategorie des schweren Mißbrauchs zuzuordnen, bei den Männern lag der Anteil schwerer Mißbrauchserfahrungen sogar noch etwas höher. Elliger und Schötensack (1991) fanden in ihrer Befragung von 1018 Würzburger Schülern eine Prävalenzrate von 9,7 % bei den weiblichen und 3,9 % bei den männlichen Probanden für erfahrene sexuelle (Übergriffe bis zum 14 Lebensjahr bei einer kritischen Altersdifferenz von mehr als 5 Jahren in der Täter-Opfer-Beziehung. Schließlich sind hier noch die Befunde einer Studie interessant, in der 91 ältere Frauen der Geburtskohorten 1895 bis 1936 in qualitativen Interviews mündlich befragt wurden (v. Sydow 1991). Ein Fünftel dieser Frauen wurden in ihrer Kindheit und Jugend sexuell mißbraucht, bei 7 % der

Frauen handelte es sich um besonders schwerwiegende Formen des inzestuösen Mißbrauchs durch nahe Verwandte.“ (a.a.O. S. 29)

Bezogen auf sexuelle und körperliche Gewalterfahrungen in der Kindheit wurde für Deutschland 1992 eine repräsentative retrospektive Prävalenzstudie vorgelegt (WETZELS 1997). Entsprechend der politischen Auftragslage und der kriminologischen Zielsetzung der Studie wurden hier die durch das Strafrecht vorgegebenen Normen für die Definitionen von Gewalt gegen Kinder verwendet. Im Vergleich zu amerikanischen Studien liegen hier also sowohl hinsichtlich physischer als auch sexueller Gewalt deutlich engere Definitionen vor. Eine für Deutschland repräsentative Auswahl von 3289 Personen im Alter zwischen 16 und 59 Jahren wurde schriftlich befragt. Dabei sollte zu sexuellem Missbrauch, physischer Gewalt und dem Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern Stellung genommen werden. Die Fragestellungen waren sehr konkret auf die möglichen Varianten entsprechender Straftaten ausgerichtet. Physische Gewalthandlungen durch die Eltern (unter Einschluss juristisch irrelevanter, noch üblicher Bestrafungsmaßnahmen) waren dabei mit 74,9 % der Nennungen vertreten. Misshandlungskriterien waren davon bei 10,6 % erfüllt. Hinsichtlich kindlicher physischer Gewalterfahrungen insgesamt waren Männer häufiger betroffen (77,9 % versus 71,9 %), bei der Misshandlung ergaben sich jedoch keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. 22,6 % der Befragten gaben an, Gewalt zwischen den Eltern beobachtet zu haben („selten“: 13,8 %, „häufiger als selten“: 8,8 %). Gewalterfahrungen gegenüber Kindern und zwischen den Eltern erwiesen sich als umso häufiger, je niedriger der sozioökonomische Status der Familien war, diese Korrelation ließ sich hinsichtlich sexueller Gewalterfahrungen jedoch nicht nachweisen. Bei sehr offener Fragestellung berichteten 7,3 % der Männer und 18,1 % der Frauen, sexuelle Übergriffe in Kindheit und Jugend erlebt zu haben. Bei enger Definition ergaben sich in Abhängigkeit vom Schutzalter die folgenden Prävalenzraten:

Tabelle 4: Häufigkeit sexuellen Missbrauchs mit Körperkontakt nach WETZELS 1997 (Auszug aus Tabelle 2, S. 14)

Sexueller Missbrauch mit Körperkontakt, (ohne sonstige sexuelle Handlungen und ohne Exhibitionismus)					
		Männer (N=1580)		Frauen (N=1661)	
		n Opfer	% Opfer	n Opfer	% Opfer
Schutzalter:	< 18 J.	51	3,2	159	9,6
	< 16 J.	44	2,8	142	8,6
	< 14 J.	32	2,0	103	6,3

Die Täter waren zu 94,7 % männlichen Geschlechts. 25,7 % der der Täter waren Unbekannte, 41,9 % Bekannte und 27,1 % Familienangehörige. Bei Inzestopfern traten dabei einige Besonderheiten zutage: Häufiger kam es zu mehrfachen Missbrauchshandlungen, wesentlich häufiger auch zu intensiveren Kontakten, die unterschiedliche Penetrationsformen einschlossen. Auch das Erstviktimsierungsalter war signifikant niedriger als bei Nicht-Inzest-Opfern. Weiter fanden sich in dieser Studie Hinweise darauf, dass ein in der Familie herrschendes Gewalklima (Beobachtung von Gewalt zwischen den Eltern) einen Risikofaktor für sexuellen Missbrauch ebenso wie für physische Misshandlung darstellte. Auch fanden sich häufig Doppelviktimsierungen durch beide Formen der Gewalt. Im Elternhaus „nur“ körperlich misshandelte Kinder wurden selbst dann vermehrt zu Opfern sexueller Gewalt, wenn die eigenen Eltern als Täter nicht berücksichtigt wurden. Bei der statistischen Analyse der einzelnen Altersgruppen fand sich lediglich eine Abnahme leichter Formen physischer Gewalt bei den jüngeren Altersgruppen. Offenbar sind somit die Risiken generationsunabhängig konstant geblieben. Die Aussagekraft der Untersuchung wird in der kritischen Würdigung des Autors dahingehend eingeschränkt, dass Vorfälle vor dem dritten Lebensjahr nicht erinnert und damit nicht erfasst werden können. Weiter sei die Einbeziehung einzelner Gruppen, bei denen besonders hohe Prävalenzraten zu erwarten wären, aus nahe liegenden Gründen kaum möglich (Prostituierte, Drogenabhängige, Strafgefangene). Auch seien die bekannten Gedächtnisprobleme für traumatisierende Ereignisse des Kindesalters zu berücksichtigen.

Repräsentative Studien zur Traumaprävalenz unter Berücksichtigung *aller* Traumatisierungsvarianten scheinen nach Durchsicht der Literatur für den deutschsprachigen Raum kaum vorzuliegen, wenn man von der Studie über Jugendliche und junge Erwachsene am Beispiel des Münchener Raums (WITTCHEN et al.1998 und PERKONIGG et al. 2000) absieht, in der sich deutlich niedrigere Häufigkeiten als im amerikanischen Raum abzeichnen:

„Whereas the lifetime DSM-IV rates for generalized anxiety disorder (0.8 %), obsessive-compulsive disorder (0.7) and panic disorder (1.6) do not indicate major differences in comparison with previous studies, our prevalence estimates for post-traumatic stress disorder (PTSD) and phobias are considerably lower and require further exploration. As compared to several more recent US-American studies (12.3 % Resnick et al. 1993; 7.8 % Kessler et al. 1995) - even when the relatively young age of our sample is taken into account-our PTSD prevalence of of 1.3 % is considerably lower. More detailed examinations for potential reasons of this difference (Perkonigg & Wittchen, 1997) suggest, that subjects in our sample experience traumatic events less frequently than their American counterparts." (a.a.O. S. 122)

Dass sich die Studie auf Jugendliche und junge Erwachsene beschränkte, dürfte die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation deutlich einschränken, da sich zwar der Häufigkeitsgipfel für traumatische Ereignisse gewaltsamer Prägung in jungen Lebensjahren findet, aber traumatische Trennungseignisse als häufigste Ursache einer PTBS in späteren Lebensjahren naturgemäß zunehmen. Insoweit wären auch in Deutschland höhere Prävalenzzahlen zu erwarten, wenn höhere Altersgruppen einbezogen würden. Dass andererseits kulturelle und geografische Faktoren dazu beitragen können, dass in den USA höhere Prävalenzraten vorliegen, liegt auf der Hand, wenn man z. B. an die Häufigkeit lebensbedrohlicher Naturkatastrophen, das internationale militärische Engagement und den weit verbreiteten Schusswaffenmissbrauch in den USA denkt.

FROMUTH (1986) berichtet von ihrer Untersuchung an Collegestudentinnen des Faches Psychologie, die sie mittels Fragebögen nach Missbrauchserfahrungen befragte. Zugleich erhob sie Daten über das Ausmaß der elterlichen Unterstützung (Parental

Support Scale), das aktuelle Sexualverhalten und verschaffte sich mittels des SCL-90 einen Überblick über die aktuelle Symptomatik. Dabei erwies sich fast durchgängig ein geringes Maß elterlicher Unterstützung als aussagefähiger hinsichtlich der Vorhersage von Störungen als die Tatsache eines sexuellen Missbrauchs in der Vorgeschichte:

„To further explore the nature of the significant relationships found between the SCL-90 variables and sexual abuse, multiple correlations were performed predicting the SCL-90 variables from the presence of sexual abuse and the Parental Support Scale. As can be seen by examining Table 1, the Parental Support Scale was a better predictor of the SCL-90 variables than was the history of childhood sexual abuse. Indeed semipartial correlations revealed that, except for the Phobic Anxiety Scale (see Table 2), a history of sexual abuse did not significantly increase the prediction of the SCL-90 variables over and above that predicted by the Parental Support Scale alone. This suggests that for all but the Phobic Anxiety Scale, the significant relationships found between childhood sexual abuse and the SCL-90 variables were due to the confounding of the sexual abuse with the family background." (a.a.O. S. 9)

Dieses Ergebnis deckt sich mit den neueren Erkenntnissen über Risikofaktoren, die nicht mehr als singulär wirksam, sondern als eine Netzwerkstruktur im Verbund mit Schutzfaktoren verstanden werden (s.u.).

BRESLAU (1998) liefert in ihrem Sammelwerkbeitrag zu YEHUDA (1998) eine Metaanalyse zu acht großen (teil-)repräsentativen Studien des nordamerikanischen Raums:

Tabelle 5: Übersicht über epidemiologische Studien (BRESLAU 1998)

Nr.	Studie	Titel	N
1)	Helzer, Robins, McEvoy 1987	Post-traumatic stress disorder in the general population.	2493
2)	Davidson, Hughes, Blazer et al. 1991	Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study.	2985
3)	Norris 1992	Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups	1000
4)	Breslau, Davis 1992	Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity.	1007
5)	Resnick, Kilpatrick, Dansky et al. 1993	Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women.	4008
6)	Kessler, Sonnega, Bromet et al. 1995	Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.	8098
7)	Stein, Walker, Hazen et al. 1997	Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey.	1000
8)	Breslau, Kessler, Chilcoat et al. 1998	Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area Survey of trauma.	2181

Breslau kommt bei ihrer Interpretation der Daten zu folgenden Erkenntnissen: Etwa 10 % der Bevölkerung haben eine posttraumatische Belastungsstörung im Laufe ihres Lebens erlitten oder litten zum Untersuchungszeitpunkt noch immer darunter. Wesentlich größer ist aber die Anzahl derer, die potentiell traumatischen Situationen ausgesetzt waren. Die Lebenszeitprävalenz für Traumata, die annähernd 100 % erreicht, ist wesentlich höher als die Lebenszeitprävalenz für posttraumatische Belastungsstörungen, die etwa 10-15 % erreicht. Das Risiko, mit traumatisierenden Gewalterfahrungen konfrontiert zu werden, ist höher bei Männern, Farbigen, in jugendlichem und jungem Erwachsenenalter, sowie bei Angehörigen geringerer sozialer Klassen. Alle übrigen Expositionsrisiken sind über alle Bevölkerungsgruppen gleichmäßiger verteilt. In der Vergangenheit erlittene Traumata erhöhen das Risiko, erneut traumatisiert zu werden. Das gleiche gilt für Persönlichkeitsfaktoren, frühere psychiatrische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter. Frauen berichten mit höherer Wahrscheinlichkeit von Erfahrungen sexueller Gewalt, während Männer häufiger Opfer nichtsexueller körperlicher Gewalt werden (a.a.O. S.12).

Das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung hängt vom Typ des Traumas ab: Gewalterfahrungen bergen das höchste Risiko. Der unerwartete Tod eines nahe

stehenden Menschen ist zwar ein Traumatypus, der nur ein relativ geringes Risiko beinhaltet, der aber infolge der Häufigkeit seines Auftretens für ein Drittel aller PTBS-Fälle verantwortlich ist. Das geschlechtsspezifische Erkrankungsrisiko ist bei Frauen doppelt so hoch wie bei Männern, wenn es sich bei dem Trauma um Gewalteinwirkung handelt. Alle übrigen Traumavarianten bergen keine wesentlichen geschlechtsspezifisch erhöhten Risiken.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse stellt Breslau die bisher weithin akzeptierte Hypothese in Frage, der zufolge posttraumatische Belastungsstörungen die normale Reaktion auf eine Situation von extremem Stress darstellen. Unter Umständen müsse PTBS in Analogie zu anderen psychiatrischen Störungen im Zusammenhang mit individuellen Vulnerabilitätsfaktoren gesehen werden. Hierzu sei weitere epidemiologische Forschung erforderlich (a.a.O. S.25-26).

In der referierten Studie 8 (BRESLAU et al. 1998) werden die unterschiedlichen Stressoren gegliedert und zu dem Erkrankungsrisiko in Beziehung gesetzt. Bei Breslau (Tabelle 1-3, S. 16) findet sich die folgende tabellarische Übersicht:

Tabelle 6: PTBS in Abhängigkeit von spezifischen Traumata (BRESLAU et al. 1998)

Posttraumatische Belastungsstörungen in Abhängigkeit von spezifischen Traumata		
Traumotyp	%PTBS	SA
Gewalterfahrungen	20,9	3,4
Vergewaltigung	49,0	12,2
Schuss- oder Stichverletzung	15,4	13,7
Anderer Form sexueller Gewalt	23,7	10,8
Raub, Überfall, Schusswaffenbedrohung	8,0	3,7
Schwer zusammengeschlagen	31,9	8,6
Anderer Verletzung oder schockierendes Erlebnis	6,1	1,4
Ernsthafter Verkehrsunfall	2,3	1,3
Anderer Formen von Unfällen und schweren Verletzungen	16,8	6,2
Feuer, Überflutung, Erdbeben oder andere Naturkatastrophen	3,8	3,0
Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung	1,1	0,9
Zeuge einer Tötung oder der lebensbedrohlichen Verletzung eines Anderen	7,3	2,5
Unerwartete Konfrontation mit einer Leiche	0,2	0,2
Mitteilung der Traumatisierung dritter	2,2	0,7
Ein enger Freund oder Verwandter war Opfer von sexueller Gewalt	3,6	1,7
Ein enger Freund oder Verwandter wurde körperlich angegriffen	4,6	2,9
Ein enger Freund oder Verwandter wurde in einem Verkehrsunfall schwer verletzt	0,9	0,5
Ein enger Freund oder Verwandter wurde bei einem anderen Unfallgeschehen schwer verletzt	0,4	0,4
Plötzlicher unerwarteter Tod eines engen Freundes oder Verwandten	14,3	2,6
Irgendein Trauma	9,2	1,0
Anmerkung: Wegen kleiner Anzahl wurden drei weitere Traumotypen ausgesondert. SA: Standardabweichung		

Die oben erwähnte, aus der *National Comorbidity Survey - NCS* (KESSLER et al. 1995) stammende Beobachtung, dass Frauen nach einer Gewalterfahrung ein zweifach höheres Risiko tragen als Männer, eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, konnte in einer ähnlich angelegten großen australischen Studie (CREAMER et al. 2001) nicht bestätigt werden. Auch fanden sich dort wesentlich niedrigere Prävalenzzahlen für PTBS (geschätzte 12-Monats-Prävalenz: 1,33 % im Vergleich zu 3,9 % in der NCS) bei vergleichbarer Traumaexpositionshäufigkeit (64,5 % für Männer, 49,5 % für Frauen). Eine wissenschaftliche Erklärung für die Unterschiedlichkeit der Ergebnisse dieser zwei großen Studien steht noch aus. In der Münchner Studie an deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen hingegen konnten PERKONIGG et al. (2000) das auf nahezu das Doppelte erhöhte PTBS-Risiko für Frauen, auch bei Kontrolle aller übrigen Faktoren, insbesondere der Art des Traumas, eindeutig bestätigen.

Ebenfalls in der zuletzt genannten Studie finden sich Anhaltswerte für die Häufigkeit traumatischer Ereignisse in Deutschland. Dabei fiel generell auf, dass die Prävalenzzahlen bei einem Drittel der Größenordnung der in den USA erzielten Ergebnisse lagen. Da in der NCS (BRESLAU et al. 1998) vergleichbare Untersuchungsinstrumente verwendet worden waren, führen die Autoren diese Differenz auf kulturelle und geografische Unterschiede der beiden untersuchten Populationen zurück. Im Einzelnen lauten die Ergebnisse für die befragten 3021 Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 14 und 24 Jahren:

21,4 % der Angehörigen der Stichprobe hatten zumindest eine potentiell traumatische Erfahrung hinter sich (Männer: 25,5 %, Frauen: 17,7 %), jedoch nur 17 % erfüllten das PTBS-Kriterium A2 des DSM-IV (DSM-IV: Diagnostische Kriterien für 309.81 -Posttraumatische Belastungsstörung: „Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.“). In der Auswahl der von einem traumatischen Ereignis Betroffenen fanden sich bei Anlegen der engen DSM-IV-Bedingungen 7,8 % PTBS-Fälle. Hieraus ließ sich eine Lebenszeitprävalenz von 1,3 % und eine 12-Monats-Prävalenz von 0,7 % ableiten. Bei Männern wurden dabei erhöhte Risiken für traumatische Ereignisse (18,6 % vs. 15,5 %), bei Frauen ein erhöhtes PTBS-Risiko (12,5 % vs. 1,6 %) gefunden.

In weiterer Analyse ihrer Daten reduzierten die Autoren das strenge PTBS-Kriterium C des DSM-IV, um auch unterschwellige PTBS-Syndrome mit zu erfassen. Anstelle der im Manual geforderten drei unterschiedlichen Symptome aus dem Feld Vermeidung und Betäubung („numbing“) sollte das Vorhandensein eines einzigen Symptoms zur Diagnose einer PTBS genügen. Dadurch stieg die Lebenszeitprävalenz von 1,3 % auf 2,1 % in der Gesamtpopulation und von 7,8 % auf 12,5 % bei den Traumaexponierten. Bezogen auf die unterschiedlichen Traumatypen (unter Einschluss des DSM-4-Kriteriums A2 der unmittelbaren emotionalen Reaktion auf das Geschehen) fanden sich folgende Häufigkeiten: Körperlicher Angriff (7,5 %), ernsthafte Unfälle (5,4 %), Miterleben traumatischer Erfahrungen, die andere betrafen (3,6 %), sowie sexueller Missbrauch im Kindesalter (2 %). Männer berichteten häufiger über

körperliche Angriffe (10,1 % vs. 4,9 %), ernsthafte Unfälle (6,6 % vs. 4,3 %) und Miterleben traumatischer Ereignisse bei Anderen (4,6 % vs. 2,6 %). Frauen schilderten vermehrt sexuellen Missbrauch als Kinder (0,3 % bei Männern vs. 3,7 % bei Frauen) und Vergewaltigung (0 % vs. 2,3 %).

Hinsichtlich der typischen Risiken für PTBS, kamen die Verfasser der Studie zu der folgenden Zusammenfassung: „Development of PTSD was most impressively associated with sexual abuse or rape as well as the number of traumatic events and age below 12 years when the event took place.” (a.a.O. S. 50)

Wie bereits erwähnt, ist wegen der fehlenden Einheitlichkeit der Untersuchungsansätze und der unterschiedlichen Instrumente und Definitionen ist eine Vergleichbarkeit von Studien häufig nicht gegeben. WETZELS (1997), der versucht, die Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit für die Bundesrepublik retrospektiv einzuschätzen, kommt daher zu folgender Wertung:

„Mittlerweile liegen mehrere national-repräsentative Studien aus verschiedenen Ländern vor. Diese sind allerdings kaum miteinander zu vergleichen und lassen sich auch nicht ohne weiteres auf andere Nationen übertragen. Finkelhor (1994) hat in einem Überblick über den internationalen Forschungsstand insgesamt neun nationale repräsentative Untersuchungen mit Zufallsstichproben beschrieben. Er musste konstatieren, dass eine Metaanalyse zur Feststellung interkultureller Übereinstimmungen oder Unterschiede wegen methodischer Divergenzen sowie im Einzelfall auch gravierender Unzulänglichkeiten der Vorgehensweise nicht möglich war.

Die in diesen national-repräsentativen Untersuchungen festgestellten Prävalenzraten schwanken für Frauen zwischen 9 % und 33 %, bei Männern variieren sie zwischen 3 % und 16 %. Der Anteil innerfamiliärer Vorfälle an der Gesamtzahl der Missbrauchsdelikte ist zwischen den Studien ebenfalls sehr unterschiedlich; er liegt für Frauen zwischen 14 % und 44 %, für Männer zwischen 0 % und 25 %.” (a.a.O. S. 6)

LAMPE (2001) beklagt in ihrer Übersichtsarbeit zur europäischen Studienlage ebenfalls die großen Unterschiedlichkeiten von Definitionen und Methodik. Sie teilt ähnliche Durchschnittszahlen wie Wetzels mit: Bei enger Definition von sexuellem

Missbrauch (Alter unter 16 Jahre, Vorfälle mit Körperkontakt, erwachsener Täter) seien 6 -15 % der Frauen und 1 – 9 % der Männer betroffen. Die Studienlage zum physischen Missbrauch ist nach ihrer Analyse noch dürftiger. Die Daten differieren extrem. In Schweden finden sich infolge des gesetzlichen Verbots der körperlichen Züchtigung von Kindern die niedrigsten Prävalenzraten von 4 %, in einer älteren ostdeutschen Stichprobe habe die Prävalenz bei 52 % gelegen. Die Zahl der Opfer von physischer Gewalt sei insgesamt zumeist doppelt so hoch gewesen wie bei sexueller Gewalt. Zum Thema der Vernachlässigung gebe es in Europa nur eine einzige Studie aus einer Pädiatrischen Klinik in München, bei der die Prävalenzraten bei 3 – 6 % lagen.

2.4.2 Prävalenzstudien an klinischen Populationen

Unter der nahe liegenden und mittlerweile gut belegten Annahme, dass belastende Lebensereignisse einen wesentlichen Risikofaktor für psychische Erkrankungen darstellen, nimmt es nicht Wunder, dass die in klinischen Populationen ermittelten Prävalenzzahlen für erlebte Traumata, PTBS und dissoziative Störungen wesentlich höher sind als in der Allgemeinbevölkerung.

EGLE et al. (1997) fassen einige Prävalenzzahlen zu kindlicher Traumatisierung aus Studien, die sich klinischen Populationen gewidmet haben, wie folgt zusammen:

„Sheldon (1988) fand in einer Untersuchung an 115 routinemäßig zu einem Psychotherapeuten überwiesenen Personen 16 % mit einem sicheren kindlichen sexuellen Mißbrauch in der Vorgeschichte und 5 % mit einem fraglichen Mißbrauch. Anhand eines halbstrukturierten Interviews fand Jacobson (1987) unter 100 stationären psychiatrischen Patienten 19 % mit Mißbrauch während der Kindheit in der Vorgeschichte und 21 % mit gleicher Erfahrung im Erwachsenenalter, dabei haben 27 % dies vorher niemandem berichtet und sogar 49 % nicht einmal in vorausgegangenen Psychotherapien darüber gesprochen!

Surrey et al. (1990) fanden unter 140 Patientinnen einer Tagesklinik 12, die einen sexuellen Missbrauch vor dem 18. Lebensjahr angaben, und weitere 28 mit sexuellem Missbrauch in

Kombination mit körperlichen Misshandlungen in der Kindheit. Ebenfalls in einer Tagesklinikstudie von Swett et al. (1990) gaben von 125 männlichen Patienten 7 % sexuellen Missbrauch und weitere 6 % körperlichen und sexuellen Missbrauch an, wobei den meisten diese Erlebnisse vor dem 18. Lebensjahr zustießen. Unter 98 psychiatrischen Patientinnen fanden Chu & Dill (1990) 35, die einen kindlichen sexuellen Missbrauch berichteten. Brown und Anderson (1991) untersuchten 947 Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Autoren beschreiben für 9 % der Patienten einen kindlichen sexuellen Missbrauch und für weitere 3 % sowohl einen sexuellen Missbrauch als auch körperliche Misshandlungen.“ (a.a.O. S 15)

ELLERBROK et al. (1995) kommen in ihrer Untersuchung der Prävalenz sexuellen Missbrauchs bei 137 stationären Psychotherapiepatienten zu dem Ergebnis, dass 28,5 % der Patienten sich an zumindest eine sexuelle Missbrauchssituation vor Vollendung des 16. Lebensjahrs erinnern konnten. 76,9 % der Betroffenen waren weiblich, 32,1 % gehörten dem männlichen Geschlecht an. Die Tatsache des sexuellen Missbrauchs sei vor der stationären Behandlung nur bei 38,5 % der betroffenen Patienten bekannt gewesen. Eine Zuordnung zu einem spezifischen resultierenden Störungsbild ließ sich anhand dieser Studie nicht ableiten.

LUSSIER et al. (1997) kamen in ihrer Studie an Klienten einer psychiatrischen Tagesklinik in Connecticut zu folgenden Verhältniszahlen. Von 70 vollständig untersuchten Patienten aus einer Gesamtpopulation von 229 litten 6 (9 %) an einer dissoziativen Störung (davon: Multiple Persönlichkeitsstörung: n=5, Dissociative Disorder Not Otherwise Specified: DDNOS: n=1). Bis auf einen schilderten diese Anamnesen von kindlichem Missbrauch (sexual abuse) oder Misshandlung (physical abuse). Zur Diagnostik kamen semistrukturale Interviews (Mini-SCID-D, STEINBERG 1992 und Traumatic Experience Questionnaire, STEINBERG 1993) zur Anwendung. Die Autoren empfehlen in ihren Schlussfolgerungen die generelle Anwendung dieser Instrumente in der psychiatrischen klinischen Routine, um Fehldiagnosen (meist im Sinne falscher Psychosedidiagnosen) zu vermeiden.

LIPSCHITZ et al. (1996) befragten 120 ambulante Psychiatriepatienten mittels Fragebogen nach erlittenen sexuellen und physischen Gewalterfahrungen im Kindes- und Erwachsenenalter. 70 % der Befragten berichteten dabei über entsprechende Traumata. 34 % hatten körperliche Misshandlung und 44 % sexuellen Missbrauch erlebt. 37 % berichteten über Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter, zusätzlich 23 % über die Erfahrung sexueller Gewalt im Erwachsenenalter. Frauen zeigten dabei ein höheres Risiko, von sexuellem Missbrauch betroffen zu sein als Männer (55 % versus 18 %). Bei den weiblichen Betroffenen waren die Täter zumeist Familienmitglieder, und der Häufigkeitsspitze lag zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr. Bei den Männern fanden sich in Bezug auf den Traumatisierungszeitraum ähnliche Verhältnisse, aber die Täter waren zumeist (68 %) keine Familienmitglieder. In Hinsicht auf körperliche Gewalt in der Kindheit zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. In Hinsicht auf (sexuelle und physische) Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter trugen Frauen ein deutlich höheres Risiko. Durch multiple Regressionsanalyse ergaben sich Hinweise auf eine signifikante Korrelation zwischen kindlichen Missbrauchs- (nicht aber sonstigen kindlichen Gewalt-) Erfahrungen einerseits und Gewalterfahrungen beiderlei Art im Erwachsenenalter andererseits:

“We found a significant association between childhood abuse and adult assault, a finding that lends support to the idea of ‘revictimization’ However, the literature in this area has focussed on the relationship between childhood and adult sexual abuse [...], with less attention paid to the effects of physical abuse and violence. Our findings suggest that persons who have experienced childhood sexual abuse may be at risk for both physical and sexual assault as adults. Furthermore, the lack of association between childhood physical abuse and adult assaults in this study suggests a unique role for childhood sexual abuse in perpetuating abusive interpersonal contacts in adulthood.” (a.a.O. S. 191)

2.5 Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Erkrankungen im Allgemeinen

Weitaus die meisten Risikofaktoren für seelische Erkrankung im Allgemeinen spielen auch eine Rolle in der Genese posttraumatischer Belastungsstörungen, so dass

die entsprechenden Untersuchungen allgemeiner Art auch einen Beitrag zum Verständnis der Entwicklung traumainduzierter Störungen bieten. HÄFNER et al. (2001a u. b) fassen im Fazit ihrer Arbeit die aktuellen Forschungsergebnisse wie folgt zusammen:

„Die Risikoforschung entwickelte sich von der empirisch gut erfassten Bedeutung kindlicher Trennungserlebnisse zu der Sichtweise, dass vielmehr die mit dem Verlust verbundenen und das Kind chronisch verunsichernden Umstände von entscheidender Bedeutung zu sein scheinen und nicht der singuläre Verlust als solcher. Auch die Schädlichkeit anderer einzelner Belastungserfahrungen wie Trennungserlebnisse, sexueller Missbrauch, oder neuerdings die mütterliche Berufstätigkeit wird relativiert: Forschungsergebnisse legen den Schluss nahe, dass die unterschiedlichen traumatisierenden Einflüsse interdependent sind und die langfristigen Auswirkungen von einzelnen traumatischen Ereignissen mehr von den Gesamtumständen als von der Art des einzelnen Traumas abhängen. Sexueller Missbrauch - sofern er wirklich stattgefunden hat - muss in den meisten Fällen als ein Mosaikstein in einem komplexen Schädigungsgefüge von Vernachlässigung, Gewalttätigkeit und Grenzüberschreitung angesehen werden. Ohne Unterstützung bleibt die populäre Vorstellung, eine größere Anzahl von Geschwistern stelle generell eine Belastung für die psychische Entwicklung des Einzelnen dar. Beim Vorliegen widriger früher Umstände kann allenfalls die kognitive Entwicklung des Kindes in späteren Lebensabschnitten gut voranschreiten, während das Bindungs- und Kontaktverhalten auch bei später günstigen Bedingungen oft irreparabel geschädigt ist. Allerdings bedeutet die völlige Abwesenheit von Entwicklungsrisiken in Kindheit und Jugend nicht automatisch konstante seelische Gesundheit im Erwachsenenalter.“ (a.a.O. S. 408)

Insoweit ist das Vorliegen kindlicher traumatischer Erfahrungen für sich genommen wenig aussagefähig hinsichtlich der Optionen der weiteren Entwicklung. So mag eine einmalige Erfahrung sexueller Gewalt in der Kindheit durch einen Fremden bei Vorhandensein eines fördernden und schützenden familiären Milieus ohne schädliche Dauerfolgen ertragen, vielleicht auch bewältigt werden können. Ein anhaltender intrafamiliärer Missbrauch, der in typischer Weise auch mit emotionaler Vernachlässigung und nicht selten auch mit Misshandlungserfahrungen anderer Art einhergeht, wird infolge des Fehlens schützender Faktoren zumeist schwerwiegende gesundheitliche und soziale Folgen für das Opfer haben. Wie unmittelbar einleuchtet,

aber mittlerweile auch durch Studienergebnisse nachgewiesen wurde, wächst das Risiko für posttraumatische Erkrankungen auch mit der Anzahl der einwirkenden Faktoren:

„Während ein einziger Faktor unbedeutend blieb, erhöhte sich das Risiko kinderpsychiatrischer Störungen bei Vorliegen von mindestens zwei Faktoren signifikant von 24,7 auf 43,2 %, bei Vorliegen von drei oder mehr Faktoren sogar auf 63,2 % [...] Diese Risikosteigerung war unabhängig von bestimmten Merkmalskombinationen; offensichtlich kommt es nach Überschreiten einer kritischen Masse (Vorliegen von mindestens zwei Faktoren) vor allem auf die Zahl der ungünstigen familiären Merkmale an.“ (BLANZ 1998, S. 75-76)

Wissenschaftlich bisher weitgehend ungelöst ist aber das Rätsel der so genannten Resilienz (seelischen Elastizität). Offenbar gibt es Individuen, in der Kauai-Studie (WERNER & SMITH 1992) als Unbesiegbare („invincibles“) bezeichnet, die selbst bei Vorhandensein schwerster kindlicher Belastungsfaktoren im Erwachsenenalter noch in erstaunlichem Maße seelisch gesund, zumindest aber im Alltagsleben gut funktionsfähig bleiben können.

Interessant, aber letztlich in ihrer Bedeutsamkeit ungeklärt, sind die in einigen Studien zutage tretenden Hinweise auf eine Geschlechtsdifferenz bei der Anfälligkeit für infantile Belastungen. Jungen erwiesen sich z. B. als anfälliger für die Belastungen durch familiäre Dysharmonie als Mädchen. (RUTTER 1970, referiert nach TRESS 1986). Als Marker der Anfälligkeit wurden Verhaltensauffälligkeiten, etwa im Sinne dissozialer Tendenzen angesehen, die bei Mädchen seltener auftraten. Tress merkt hierzu kritisch an: „Ob jene Mädchen vielleicht eine stillere, weniger störende, nach innen gerichtete seelische Symptomatik entwickeln, bleibt eine offene Frage an *Rutter*.“ (TRESS 1986, S. 42)

Anhand der Daten der repräsentativen Mannheimer Kohortenstudie (SCHEPANK 1982 u. 1987) legte Tress für den deutschen Sprachraum eine Untersuchung vor, die sich zum Ziel nahm, die Schutzfaktoren vor seelischer Erkrankung bei bestehenden kindlichen Belastungen zu identifizieren. Sein Befund überrascht nicht, da er in

Übereinstimmung mit den Beobachtungen zahlreicher Kliniker und Forscher (z. B. Spitz, Bowlby, Ainsworth) steht: Der wesentlichste Schutzfaktor scheint nach weithin übereinstimmender Datenlage die Gewährleistung einer liebevollen, beständigen und fürsorglichen Beziehung in den ersten Lebensjahren darzustellen. Dabei muss es sich nicht um die Eltern selbst handeln. Auch andere Betreuungspersonen, zumeist Großeltern oder ältere Geschwister können diese Funktion wirksam bereitstellen. (TRESS 1986)

Wie sich unter anderem in der bereits erwähnten Kauai-Studie erwies, sind aber auch spätere günstige Lebensereignisse und -bedingungen im Jugendlichen- oder Erwachsenenalter mitbestimmend dafür, ob ein einigermaßen gesundes und angepasstes Leben trotz früher Belastung noch gelingen kann.

„Im Rahmen der mehr oder weniger 'natürlichen' Schutzfaktoren nach Mißbrauchserfahrungen sind auch jene Merkmale zu nennen, die sich bereits beim Durchbrechen des Gewalttransfers als bedeutsam erwiesen haben. Dazu gehören eine gute Beziehung zu einem Erwachsenen in der Kindheit, überdurchschnittliche Intelligenz, spezielle Talente, physische Attraktivität, soziale Kompetenzen, ein unterstützender Partner, finanzielle Sicherheit und positive Schul- und Therapieerfahrungen.“ (BENDER, LÖSEL 1997, S. 51)

2.6 Risiko- und Schutzfaktoren für PTBS

Nicht alle von einer traumatischen Erfahrungen Betroffenen entwickeln infolge dessen eine posttraumatische Belastungsstörung. Sehr viele überwinden die Erfahrung aus eigenen Kräften oder mit psychosozialer Hilfe. Andere entwickeln keine typische PTBS-Symptomatik, sondern andere psychische Störungen wie Angstsyndrome, Suchtverhalten oder affektive Störungen, nicht nur im Sinne der Komorbidität zu PTBS, sondern auch als einzige posttraumatische Manifestationen. Insbesondere Depressionen treten als Folge traumatischer Einwirkungen sogar häufiger auf als PTBS (SHALEV et al. 1998), ein Befund, der verständlich erscheint, wenn das häufigste Trauma, der unerwartete Verlust eines nahe stehenden Menschen durch den Tod, als Auslöser

berücksichtigt wird. Auch MCQUAID et al. (2001) fanden in einer Population von Ambulanzpatienten im Allgemeinen Krankenhaus im Langzeitverlauf häufiger depressive Störungen („major depressive disorder“) (27,8 %) bei ehemals Traumaexponierten als PTBS (20 %), obwohl sie Hinweise dafür fanden, dass zu einem früheren Zeitpunkt bei den Traumaexponierten in höherem Umfang (41 %) eine komplette oder partielle PTBS-Symptomatik bestanden hat. Es hat somit den Anschein, als würden nicht wenige PTBS-Fälle im Langzeitverlauf in eine depressive Symptomatik einmünden.

DAVIDSON et al. hatten bereits 1991 in der so genannten North Carolina-Studie (NCS), einer repräsentativen Untersuchung von 2985 Personen herausgefunden, dass die Erkrankung an PTBS mit kindlichen Belastungsfaktoren, speziellen sozialen Rahmenbedingungen und psychiatrischer Komorbidität korreliert. So fanden sich bei PTBS-Erkrankten im Unterschied zu nicht Erkrankten signifikant höhere Raten an beruflicher Instabilität, psychiatrischen Krankheiten in der Familie, elterlicher Armut, Misshandlung und Missbrauch im Kindesalter und Scheidung oder Trennung der Eltern vor dem 10. Lebensjahr. Im Sinne der Komorbidität waren mehr Suizidversuche und andere psychiatrische Störungen zu verzeichnen. Auch fanden sich vermehrt psychosomatische Symptombildungen wie Asthma bronchiale, arterielle Hypertonie und gastroduodenale Ulcera. In Hinsicht auf chronische PTBS (Erkrankungsdauer über 6 Monate) fanden sich gehäuft soziale Phobien, reduzierte soziale Unterstützung und stärkere Vermeidungssymptomatik.

HALLIGAN & YEHUDA (2000) geben in ihrem Übersichtsaufsatz *Risk factors for PTSD* einen Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse zu den Risikofaktoren, die im Folgenden tabellarisch zusammengefasst werden:

Tabelle 7: Risikofaktoren für PTBS (nach HALLIGAN & YEHUDA 2000)

	Risikofaktor	Studien
Umweltfaktoren	Früheres Trauma, allgemein	Davidson, Hughes, Blazer et al. 1991
	Früheres Trauma, insbesondere im Kindes- und Jugendalter	Bremner, Southwick, Johnson et al. 1993
	Früheres Trauma, insbesondere gewaltsamer Art („assaultive violence“)	Breslau, Chilcoat, Kessler et al. 1999a
	Familiäre Instabilität als Prädiktor, insbesondere bei Männern	King, King, Foy et al. 1996
Demografische Faktoren	Weibliches Geschlecht erhöht das PTBS-Risiko um das Zweifache	Breslau, Kessler, Chilcoat et al. 1998
	Weibliches Geschlecht, insbesondere bei Exposition gegenüber Gewalt	Breslau, Chilcoat, Kessler et al. 1999b
	Geringeres Bildungsniveau, niedriges Einkommen	
	Status nach Scheidung oder Verwitwung	
Frühere psychiatrische Erkrankungen, Persönlichkeitseigenschaften	Zugehörigkeit zu ethnischer Minderheit? (z.T. widersprüchliche Studienergebnisse)	
	Vorausgegangene psychiatrische Erkrankung	McFarlane 1989
	Affektive und Angststörungen, Substanzmissbrauch	Breslau 1998
	Vermeidende und antisoziale Persönlichkeiten	Schnurr, Vielhauer 1999
Dissoziation	Neurotische Persönlichkeiten	Breslau, Kessler, Chilcoat et al. 1998
	Peritraumatische Dissoziation als Marker für erhöhtes PTBS-Risiko	Koopmann, Classen, Spiegel 1994; Bremner, Southwick, Brett et al. 1992; Shalev, Peri, Canetti 1996.
Kognitive Risikofaktoren	Intelligenzminderung	Macklin, Metzger, Litz et al. 1998
	Atypische leichte („soft“) neurologische Beeinträchtigungen	Gurvits, Gilberston, Lasko et al. 2000
	Beeinträchtigung der Gedächtnisfunktionen	Yehuda, Keefe, Harvey et al. 1995; Jenkins, Langlais; Delis et al. 1998
Biologische Risikofaktoren	Diverse biologische Marker (Übersicht)	YEHUDA 1999a;
	Chronisch erniedrigter Cortisol-Spiegel als Folge einer Regulationsstörung der Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse.	Yehuda, Teicher, Trestman et al. 1996
Familiäre (genetische?) Risikofaktoren	Ergebnisse von Zwillingsforschungen: Bis zu 30 % der PTBS-Symptome lassen sich vor der Hypothese einer genetischen Basis erklären.	True, Rise, Eisen et al. 1993; Davidson, Swartz, Storck et al. 1985; Yehuda, Schmeidler, Giller et al. 1998

(Sofern nicht anders vermerkt, wurden die Studienergebnisse in dieser Tabelle lediglich referiert und nicht durch den Autor selbst überprüft.)

Die in der o.g. Zusammenstellung einbezogene Arbeit von MCFARLANE (1989) verdient besonderes Interesse. Der Autor untersuchte 469 Angehörige der freiwilligen Feuerwehr, die in Australien ein schweres Buschfeuer bekämpft hatten. Die Erstuntersuchung erfolgte vier Monate nach dem Einsatz, die Folgeuntersuchungen im Abstand von 11 und 29 Monaten. McFarlane verwarf in dieser Arbeit die von ihm selbst aufgestellte Hypothese, dass es das Ausmaß des traumatischen Ereignisses sei, das den entscheidenden Prädiktor für eine PTBS darstelle. Während diese Hypothese bei der Erstuntersuchung anhand der ermittelten Zahlen noch wahrscheinlich schien, nahm ihre Wahrscheinlichkeit mit dem Verstreichen von Zeit immer mehr ab, bis sie schließlich nach 29 Monaten überhaupt nicht mehr aufrecht erhalten werden konnte. Stattdessen wurde deutlich, dass es die Faktoren „psychiatrische Vorbehandlung“ und „Neurotizismus“ waren, die den größten Teil der Varianz im Langzeitverlauf zu erklären vermochten.

In Hinsicht auf die peritraumatische Dissoziation als Prädiktor einer posttraumatischen Belastungsstörung muss unter Berücksichtigung neuerer Befunde (MURRAY et al. 2002) angemerkt werden, dass offenbar nicht, wie früher angenommen, das Ausmaß der im unmittelbaren zeitlichen Umfeld des Traumas erlebten Dissoziation als Risikofaktor wirksam wird, sondern das Auftreten bzw. die Persistenz dissoziativer Phänomene in den ersten Wochen nach dem traumatischen Ereignis. An weiteren Prädiktoren fügten die Autoren dieser Oxforder Studie an akuten Verkehrsunfällen das anhaltende Grübeln über die Umstände der Traumatisierung („rumination“) und das automatische Funktionieren („data-driven processing“) während des initialen Geschehens hinzu. Die Schwere der körperlichen Beschädigung trat als Risikofaktor hingegen nicht in Erscheinung.

2.7 Prävalenz von dissoziativen Störungen

Dissoziative Phänomene sind in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet. Der Übergang zwischen normalen und pathologischen Phänomenen ist dabei fließend. Absorbiert sein von einer Tätigkeit, nichts mehr um sich herum wahrnehmen,

Gedankenlosigkeit, sowie gelegentliche Déjà-vu-Erlebnisse sind zum Beispiel vielen Menschen geläufige Phänomene.

Die bekannteste und spektakulärste, aber auch als diagnostische Kategorie umstrittenste dissoziative Störung ist die dissoziative Identitätsstörung (ICD-10: F44.81) oder auch Multiple Persönlichkeitsstörung (DSM-IV: 300.14). (Definitionen s. Anhang!) Einhellig anerkannt und durch Studien belegt ist die Auffassung, dass diese Störung eine Folge früh beginnender und langjähriger kindlicher Traumatisierung ist. Gast fasst den Wissensstand in ihrem Aufsatz (GAST et al. 2001) wie folgt zusammen:

„Dissociative identity disorder (DID) is the most extensively studied syndrome within the spectrum of dissociative identity disorders. It has been conceptualized as a complex posttraumatic disorder, resulting from overwhelming childhood experiences, often severe child abuse. Corresponding findings in empirical studies concerning validity (Steinberg et al. 1989 – 1992), core psychopathology (Boon and Draijer, 1993; Coons et al., 1988; Putnam et al. 1986; Ross et al., 1989, 1990), and etiology (Boon and Draijer, 1993; Putnam, 1991; Ross et al., 1989, 1990) support the posttraumatic conceptualization of DID. According to this model, the dissociative response to early trauma is a creative survival strategy that helps the individual to cope with overwhelming trauma.” (a.a.O. S. 249)

1990 wurde in Winnipeg eine repräsentative Studie an der Allgemeinbevölkerung durchgeführt, bei der 1055 Probanden mittels des Fragebogens DES (Dissociative Experience Scale) untersucht wurden (ROSS et al. 1990). Die DES verfügt über 28 Fragen zu unterschiedlichen Formen dissoziativer Erfahrungen, die jeweils von 0 (Symptom niemals vorhanden) bis 100 (Symptom ständig vorhanden) eingestuft werden. Die Ergebnissumme wird durch die Zahl der Items dividiert. Der Cutoff-Wert für dissoziative Pathologie liegt dabei je nach Studie bei 25 oder 30. Ross et al. fanden in ihrer Stichprobe einen Mittelwert von 10,8. 5 % der Probanden erreichten einen Score oberhalb von 30 und 8,4 % oberhalb von 25. Weitere 12,8 % lagen über 20. Dissoziative Erlebnisse in nennenswertem Umfang sind dieser Studie gemäß etwa bei einem Viertel der Bevölkerung anzutreffen. Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit der Phänomene waren dabei nicht nachzuweisen. Auffällig war, dass dissoziative

Phänomene mit dem Alter der Probanden abzunehmen schienen. (referiert nach ROSS 1991 und RAY 1996, S. 53-54)

Zur Beantwortung der Frage, ob die DES-Highscore-Probanden in der Allgemeinbevölkerung unter klinisch relevanten Störungen litten, wurden weitere Untersuchungen durchgeführt:

Im Sinne einer Phase 2 zu der o.g. Winnipeg-Studie wurden zunächst alle erreichbaren Probanden einem strukturierten Dissoziationsinterview unterworfen (DDIS). Die Interviewer waren dabei nicht über die vorliegenden DES-Scores der Betroffenen informiert. Von 454 Befragten litten 11,2 % an einer dissoziativen Störung, einschließlich 3,1 %, bei denen eine Multiple Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurden. Die Ergebnisse im Einzelnen lauteten:

Tabelle 8: Prävalenz dissoziativer Störungen (GAST et al. 2001, Tabelle 1, S. 509, Übersetzung durch den Autor)

Allgemeinbevölkerungsdaten: Prävalenz dissoziativer Störungen. N = 454	
Diagnose	% positiv
Psychogene Amnesie	7,0
Multiple Persönlichkeitsstörung (MPD)	3,1
Depersonalisierungsstörung	2,4
Psychogene Fugue	0,2
Nicht anderweitig spezifizierte dissoziative Störung (DDNOS)	0,2
Irgendeine dissoziative Störung	11,2

Weitere erfasste DSM-III-R-Diagnosen lauteten: Major depression (21,1 %), Borderline-Persönlichkeitsstörung (2,9 %), Substanzmissbrauch (5,1 %).

12,6 % der Befragten berichteten, vor dem 18. Lebensjahr misshandelt und/oder sexuell missbraucht worden zu sein. (7 % Misshandlung, 8,8 % sexueller Missbrauch).

Die mittels DDIS diagnostizierten MPD-Fälle unterschieden sich gravierend von entsprechenden Fällen aus klinischen Stichproben: Oft wurde keine Vorgeschichte

sexuellen Missbrauchs und sonstiger kindlicher Traumata ermittelt und die subjektiv oder sozial beeinträchtigende Pathologie hielt sich sehr in Grenzen. Auch erwies sich bei der Überprüfung ihrer DES-Scores, dass sie zumeist unter den Cutoff-Werten lagen. Nur bei sechs von 14 identifizierten Fällen (entsprechend 1,3 % der Gesamtstichprobe) konnte bei näherer Prüfung der Verdacht auf das Vorliegen eines klinisch relevanten Krankheitsbilds mit positiver Traumaanamnese („pathologic posttraumatic MPD“) geäußert werden. Dennoch seien sie symptomatisch weniger belastet erschienen als vergleichbare MPD-Fälle aus klinischen Populationen.

Ross wägt in der Diskussion seiner Ergebnisse die folgenden Möglichkeiten ab:

- Fehlende Eignung des DDIS (entwickelt aus klinischen Erfordernissen) als Screening-Instrument für epidemiologische Fragen der Allgemeinbevölkerung.
- Geringe Selektivität der DSM-III-R-Kriterien für pathologische MPD mit der Konsequenz falsch positiver Resultate.
- Infolge von dissoziativen Amnesien offenbaren die ermittelten MPD-Fälle nicht das ganze Ausmaß weder ihrer traumatischen Anamnesen noch ihrer belastenden Symptomatik. Eventuell können auch Ruheformen („periods of quiescence or remission“) vorliegen, die früher oder später doch klinische Relevanz gewinnen könnten.
- MPD könnte als nichtpathologische Variante ohne gröbere dysfunktionale Elemente in der Größenordnung von 2 % in der Bevölkerung vorliegen. Für diese Hypothese spreche auch, dass man hinsichtlich aller anderen seelischen Krankheitsbilder von einer ähnlichen Annahme ausgehe.
- Als letzte Möglichkeit erwägt er, dass der Kontakt mit den Systemen der gesundheitlichen Versorgung bei den Betroffenen das Störungsbild zwar nicht hervorufen, aber verschlimmern könnte, etwa durch Maßnahmen invasiver Befragung nach Traumata oder kontratherapeutischer Betonung des Vorliegens unterschiedlicher Persönlichkeiten. (ROSS 1991)

ROSS et al. (1991) wählten aus einer Stichprobe von 345 College-Studenten 22 aus, deren DES-Scores über 22,6 lagen. Als Kontrollgruppe wurden 22 Collegestudenten ausgewählt, deren Scores unterhalb von 5 angesiedelt waren. Beide Gruppen wurden mit Hilfe der SCL-90 (Symptom Checklist nach DEROGATIS) und unter Anwendung des Persönlichkeitsfragebogens MMCI (Millon Multiaxial Clinical Inventory) nachuntersucht. Außerdem wurde mit allen das von Ross entwickelte DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule, ROSS 1989) durchgeführt. Dabei fanden sich bei den Highscore-DES-Probanden signifikant höhere Werte auf den SCL-90 Symptom-Skalen, sowie ein höherer Score auf der Borderline-Skala des MMCI. Bei 70 % der Probanden mit ausgeprägter dissoziativer Symptomatik wurde mittels des DDIS eine dissoziative Störung diagnostiziert. In der Kontrollgruppe wurde in keinem Einzelfall eine dissoziative Störung festgestellt. (referiert nach RAY 1996, S. 58)

Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen fanden RAY & LUKENS 1995 (referiert nach RAY 1996, S. 58-59), bei 17 College-Studenten mit DES-Score über 20 nur drei, bei denen eine dissoziative Störung im Sinne der DSM-IV-Kriterien bestätigt werden konnte. Allerdings kam in dieser Untersuchung anstelle des DDIS der SCID-D (STEINBERG 1993) zur Anwendung. Weitere drei Probanden erfüllten alle Kriterien einer dissoziativen Störung nach dem DSM-IV mit Ausnahme des C-Kriteriums: „Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.“ (APA 1996, S. 548) Ray gelangt infolge dieser Ergebnisse zu der Einschätzung:

„The requirement for distress is an interesting one since all of the High-DES subjects we interviewed denied ever seeking services for dissociative symptoms as well as not being currently in therapy. Thus, although dissociative experiences are reported in this normal population, these experiences do not seem to be an extremely disruptive aspect of these subjects' life.“ (a.a.O. S. 58)

Eine weitere Studie von RAY et al. (1996, S. 63) ging der Frage nach, inwieweit die klinische Erfahrung, dass dissoziative Phänomene überwiegend auf kindliche Traumatisierungen zurückgehen, auch an nichtklinischen Populationen verifiziert

werden kann. Zu diesem Zweck wurden 737 College-Studenten untersucht. Dabei ergaben sich folgende Ergebnisse:

„[...] we found an overall positive relationship ($r=.38$) between all forms of childhood abuse (sexual abuse, punishment, and neglect) and dissociative tendencies. Looking at specific types of abuse, the strongest relationship was found between experiences of neglect and dissociative tendencies ($r=.34$). That is, subjects who reported being neglected, as in the case of inaccessible parents (e.g., alcoholic or frequently fighting parents), reported higher experiences of dissociative tendencies than those who reported sexual abuse ($r=.19$) or physical punishment ($r=.28$).“ (a.a.O. S. 63)

Ein tabellarischer Überblick über die Studienergebnisse zu Prävalenzraten bei psychiatrischen Klinikpatienten findet sich bei GAST et al. (2001, S.250):

Tabelle 9: Dissoziative Störungen -Prävalenzraten bei psychiatrischen Klinikpatienten (GAST, RODEWALD, NICKEL et al. 2001)

Prevalence of Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients						
Author	Country	N	Instruments	% DD	% DID	% DDNOS
Friedl & Draijer (2000)	Netherlands	122	DES ^a , SCID-D ^b	8,2	1.6	6.6
Horen et al. (1995)	Canada	48	DES, DDIS ^c , SCID-D	17	6	2
Knudsen et al. (1995)	Norway		SCID-D	8.2	4.7	
Latz et al. (1995)	USA	175 women	DES, DDIS		12	19.3
Modestin et al. (1996)	Switzerland	207	DES, DDIS	5	0,4	1,9
Rifkin et al. (1998)	USA	100 women	SCID-D		1	
Ross et al. (1991)	Canada	299	DES, DDIS, Clinical Interview		3.3	
Saxe et al. (1993)	USA	110	DES, DDIS	15	4	8
Tutkun et al. (1998)	Turkey	166	DES, DDIS, Clinical Interview	10.2 DDIS + Clinical Interview	9.5 DDIS 5.4 DDIS + Clinical Interview	3.6 DDIS 4.8 DDIS + Clinical Interview

^aDiss. Experiences Scale; ^bStructured Clinical Interview for Dissociative Disorders; ^cDissociative Disorders Interview Schedule

Die nachfolgende Studie soll etwas ausführlicher dargestellt werden, da sie aus dem deutschen Sprachraum stammt und damit Anhaltspunkte für die Hypothesenbildung der eigenen Untersuchung zur Verfügung stellt: GAST et al. (a.a.O) führten im Jahr 1997 eine Studie an der stationären Population einer deutschen psychiatrischen Universitätsklinik durch: Ausgewählt wurden 128 in die Psychiatrie eingewiesene Personen, dies entsprach einer Auslese von 45 % aus der stationär aufgenommenen Klientel des Untersuchungszeitraums. Alle Patienten entstammten einer sektorisierten Grund- und Pflichtversorgungsklientel im Raum Hannover. Die Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien waren: mindestens fünftägiger stationärer psychiatrischer Aufenthalt, keine akute psychotische Symptomatik, keine akute Sucht- oder Entzugssymptomatik, keine ernsthaften psychoorganischen Störungen und ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache. Untersucht wurde mittels der Fragebögen FDS und CTQ (Childhood Trauma Questionnaire [Fink LA, Bernstein D, Handelsman L, Foote J: 1995]). Die endgültige Stichprobe umfasste 115 (52 % weibliche und 48 % männliche) Patienten. Der mittlere FDS-Score in der Stichprobe betrug 12,1. 25 Patienten (21 %) erreichten einen Score über 20. Eine Korrelation mit dem Geschlecht der Probanden fand sich nicht, wohl aber wie in anderen Studien eine negative Korrelation zum Lebensalter. 14 dieser 25 Patienten wurden mittels des SCID-D nachuntersucht. Eine weitere Patientin mit niedrigem FDS, aber klinischen Auffälligkeiten wurde ebenfalls einbezogen. Von diesen 15 Patienten erfüllten 5, allesamt weiblichen Geschlechts, die Kriterien für eine dissoziative Störung: einmal wurde DID, dreimal DDNOS und einmal Depersonalisationsstörung diagnostiziert. Kindheitstraumata wurden in der untersuchten Stichprobe in hohem Maße mitgeteilt: Nur 18 Patienten (15,65 %) berichteten nicht über derartige Erfahrungen. Die Traumaerfahrungen von insgesamt 25 % der Stichprobe wurden von den Autoren als ernsthaft und komplex, sowie zahlreiche Bereiche (trauma areas – s. Tabelle unten) betreffend beschrieben. In der nachfolgenden Tabelle finden sich die unterschiedlichen Traumaprävalenzen nach Art und Schwere dargestellt (a.a.O. S. 254):

**Tabelle 10: Prävalenz und Schwere von Kindheitstraumata (n=115)
(GAST, RODEWALD, NICKEL et al. 2001, S. 254)**

Trauma area	Reported Trauma		Severity of Trauma		
	No	Yes	Low	Moderate	Severe
Emotional abuse					
N	71	34	15	11	8
%	61,64	38,26	13,04	9,57	6,96
Physical abuse					
N	74	27	13	8	6
%	64,35	35,65	11,30	6,96	5,22
Sexual abuse					
N	28	77	27	12	38
%	24,35	75,65	23,48	10,43	33,04
Emotional neglect					
N	62	42	25	10	7
%	53,91	46,09	21,74	8,70	6,09
Physical neglect					
N	37	68	18	23	27
%	32,17	67,83	15,65	20,00	23,48
Absolute (N) and relative (%) prevalence of trauma experiences in different area. In case of positive trauma-histories severity of the experiences. Deviations of N from the sample-size of N=115 result from missing data.					

Beim Korrelationstest zwischen Traumaprävalenz und dissoziativer Symptomatik stellte sich eine starke positive Korrelation zwischen der Schwere des Kindheitstraumas und dem Maß der dissoziativen Symptomatik im Erwachsenenleben in allen traumatischen Bereichen (außer dem der physischen Vernachlässigung – physical neglect) dar. In der Diskussion ihrer Ergebnisse kommen die Autoren zu dem Schluss, dass ihre Studie die Häufigkeit dissoziativer Störungen, insbesondere DID eher unterschätzt, da viele FDS-Highscore-Patienten nicht nachuntersucht werden konnten. Außerdem sei eine der drei als DDNOS diagnostizierten Patientinnen hochverdächtig auf DID gewesen, weshalb man ein zweites Interview nach einem Intervall von 6 Monaten empfahl. Unter Berücksichtigung aller Fehlerquellen glaube man, dass die Prävalenz für dissoziative Störungen bei stationären psychiatrischen Patienten bei etwa 8 % liegen könne, entsprechend würde sich dann die DID-Prävalenz auf 2 % verdoppeln.

2.8 Traumakorrelierte Symptomatik

1986 legten BROWNE & FINKELHOR eine Literaturübersicht von 28 Studien (1969-1985) vor, um die Frage zu klären, welche symptomatischen Manifestationen in der Folge kindlicher Traumatisierung vorrangig beobachtet wurden. Sie beschränkten sich dabei auf die Folgen von sexuellem Missbrauch. Sie unterscheiden dabei zwischen initialen Effekten und Langzeitfolgen. Da unsere Studie sich erwachsenen Patienten widmet, beschränken wir uns hier auf die Darstellung der Langzeitfolgen.

In Hinsicht auf emotionale Reaktionen und Selbstwahrnehmung fand sich in zahlreichen Untersuchungen ein erhöhtes Maß von Depressivität bei den Betroffenen, auch traten Suizidversuche und selbstverletzendes Verhalten verstärkt auf. Oft wurde ein erhöhter Pegel von Angst oder innerer Anspannung beobachtet. Ausschließlich bei klinischen Populationen fand sich zudem gehäuft ein Gefühl, stigmatisiert und sozial isoliert zu sein. Auch das Selbstwertgefühl erwies sich durchschnittlich als stark beeinträchtigt. Wesentliche Einbußen traten auch in der Beziehungsfähigkeit in Erscheinung: „Women who have been sexually victimized as children report problems in relating both to women and men, continuing problems with their parents, and difficulty in parenting and responding to their own children“ (a.a.O. S. 70). Opfer von sexueller Gewalt in der Kindheit berichteten auch häufiger von Schwierigkeiten, anderen überhaupt zu vertrauen, sie waren erfüllt von Furcht, Feindseligkeit und einem Gefühl des Betrogenseins („sense of betrayal“). Diese Problematik bildete sich auch in den Partnerbeziehungen ab: gehäuft traten Ehekonflikte auf, bis zu 40 % der Betroffenen blieben von vornherein unverheiratet. Weiter wird ein Ergebnis einer Studie von 1981 referiert (GOODWIN et al. 1981), der zufolge 24 % der Mütter von sexuell missbrauchten Kindern, selber Opfer sexueller Gewalt in der eigenen Kindheit gewesen waren. In einer Kontrollgruppe lag die Rate der betroffenen Mütter hingegen nur bei 3 %.

Eine weitere Folge der frühen Belastung durch sexuelle Traumata ist die Tendenz zur Retraumatisierung in späteren Lebensjahren. So seien bis zu 68 % der Opfer sexuellen Missbrauchs im Jugendlichen- oder Erwachsenenalter erneut

Vergewaltigungen durch andere Täter zum Opfer gefallen (RUSSEL 1986). In einer Studie (MILLER et al. 1978)) mit Frauen, die kurz nach einer Vergewaltigung befragt wurden, erwies sich, dass diejenigen unter den Opfern, denen dies zum ersten Mal geschehen war, zu 4 % kindliche Missbrauchserfahrungen erlitten hatten. Bei den zum wiederholten Male vergewaltigten Frauen fand sich hingegen die erstaunliche Rate von 18 % kindlicher Missbrauchsoffer. Gehäuft fanden sich auch Partnerbeziehungen zu gewalttätigen Männern. In Bezug auf die Sexualität der Betroffenen wurden ebenfalls zahlreiche Störungen deutlich: So schienen die Erregbarkeit und Orgasmusfähigkeit herabgesetzt, es wurde in höherem Maße von Unzufriedenheit in ihren sexuellen Beziehungen berichtet, und es fand sich eine höhere Zahl von Sexualpartnern in der Vorgeschichte. Dass die sexuelle Problematik der Betroffenen in der Studie von Fromuth (FROMUTH 1996) nicht repliziert werden konnte, führen Browne und Finkelhor auf die sehr selektive Stichprobe junger Collegestudentinnen zurück und vermuten, dass sich bei einer mehrere Jahre späteren Befragung derselben Klientel ein anderes Bild ergeben hätte. Ob die von den Betroffenen häufiger geschilderte Promiskuität einer Realität entspricht oder auf eine negative Selbstattribution zurückzuführen ist, war angesichts der vorliegenden Ergebnislage nicht abschließend zu klären. (ref. n. BROWNE & FINKELHOR 1986)

Auch in Hinsicht auf das Sozialverhalten der Betroffenen sind Auffälligkeiten zu verzeichnen: So scheint die Häufigkeit von in der Kindheit sexuell missbrauchten Frauen unter Prostituierten besonders hoch zu sein, wie sich auch in einer neueren Studie bestätigte (ZUMBECK 2001). Ebenso fanden sich Hinweise auf späteres Suchtverhalten, betreffend Alkohol und weitere Substanzen.

2.9 Komorbidität

2.9.1 Psychische Komorbidität

In der bereits mehrfach zitierten deutschen Studie aus dem Münchner Raum an jungen Erwachsenen (PERKONIGG et al. 2001) werden außerordentlich interessante Ergebnisse zur Frage der Komorbidität erzielt, da sich die Untersuchung nicht darauf

beschränkte, weitere Diagnosen lediglich zu ermitteln, sondern auch den folgenden Fragen nachging:

- Welche Diagnosen bestanden bereits, bevor es zu einem traumatischen Ereignis kam?
- Inwieweit stellen vorbestehende Diagnosen einen Risikofaktor einerseits für spätere Traumatisierung, andererseits für PTBS dar?
- Welche Diagnosen traten in der Folge einer Traumatisierung auf?

Insgesamt wurden hohe Komorbiditätsraten gefunden: Zwei Drittel der PTBS-Fälle waren mit zumindest zwei weiteren Störungen kombiniert. Selbst wenn man diejenigen Symptome ausblendete, die mit denen einer PTBS überlappten, um nicht ein klinisches Syndrom versehentlich doppelt zu kodieren, blieb dieser Befund weitgehend konstant. Bei der Analyse vorbestehender Diagnosen erwies sich, dass Alkohol- und Drogengebrauch ein Risiko darstellte, dass zur erhöhten Traumaprävalenz, nicht aber zu erhöhter PTBS-Prävalenz Anlass gab. Die Autoren deuten diesen Befund als Ausdruck der mit dieser Diagnose in vielen Fällen einhergehenden riskanteren Lebensführung der Betroffenen. An weiteren vorbestehenden Diagnosen fielen phobische Störungen, somatoforme und depressive Störungen auf, die in signifikanter Weise sowohl das Risiko für das Erleben traumatischer Ereignisse als auch für PTBS erhöhten. Dieses Ergebnis stimmt auch mit den Befunden der NCS (KESSLER et al. 1999) überein, in der nachgewiesen wurde, dass nahezu jede andere vorbestehende psychiatrische Störung als Prädiktor für späteres PTBS verwendet werden konnte. Ausgehend von der komplementären Frage, ob eine bestehende PTBS das Risiko für andere seelische Erkrankungen erhöhen könne, untersuchten PERKONIGG et al. alle Studienteilnehmer darauf, ob ein Jahr nach einem traumatischen Ereignis neue Diagnosen auftauchten. Dabei fand sich eine signifikante Häufung von somatoformen Störungen, Nikotinabhängigkeit, Agoraphobie, generalisierter Angststörung und depressiven Störungen. Wenn auf das freie Intervall von einem Jahr nach dem Ereignis verzichtet wurde, stellte sich zudem ein rasch einsetzendes, gehäuftes Auftreten von Panikstörungen heraus.

2.9.2 Somatische Komorbidität

Aus den USA stammt eine Arbeit, die sich mit den allgemein-gesundheitlichen Langzeitfolgen bei PTBS auseinandersetzt. (BOSCARINO 1997). Bei der Analyse der Krankenakten von 1399 Vietnam-Veteranen mit 332 Fällen von PTBS fand der Autor 20 Jahre nach der Exposition bei PTBS-Patienten signifikant höhere Lebenszeitprävalenzen für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Verdauungstrakts, des musculo-skelettalen Systems, des respiratorischen Systems sowie des Nervensystems. Diese Ergebnisse blieben auch dann stabil, wenn Faktoren wie sozioökonomischer Status, Verhaltens-Risikofaktoren und Hypochondrie kontrolliert wurden.

YEHUDA et al. (1995) beschrieben diskrete Störungen in der Regulation der Gedächtnisfunktionen bei PTBS-Patienten. Neuere Arbeiten (JENKINS et al. 1998, sowie GURVITS et al. 2000) bestätigen, dass bei PTBS-Betroffenen signifikant häufiger unspezifische subliminale neurologische Störungen („neurological soft signs“) und Störungen der Gedächtnisfunktion aufzufinden sind. Schon seit längerem ist bekannt, dass bei chronischen PTBS-Patienten neuroplastische strukturelle Veränderungen, insbesondere eine Minderung des hippocampalen Volumens nachweisbar sind. (VAN DER KOLK 1996)

3 Fragestellung und Arbeitshypothesen

3.1 Prävalenz von Traumata

Es wurde angenommen, dass seelische Traumatisierungen einen wesentlichen pathogenetischen Faktor bei einer Reihe von psychischen Erkrankungen darstellen. Die Prävalenz von Psychotraumata, insbesondere in Hinsicht auf kindliche Traumata würde daher in der Stichprobe signifikant höher sein als in der Allgemeinbevölkerung. Dabei sollte die Bezugnahme auf Lebenszeitprävalenzwerte repräsentativer Studien erfolgen.

3.2 Prävalenz von PTBS

Entsprechend der höheren Rate an Traumatisierungen erwarteten wir einen signifikant höheren Anteil an Patienten mit der Diagnose *Posttraumatische Belastungsstörung* (ICD-10: F43.1) als in der Allgemeinbevölkerung.

3.3 Traumaprävalenz und Geschlechterdifferenz

Bei Frauen finden sich nach vorliegenden Studienergebnissen höhere Prävalenzraten von Traumatisierung, insbesondere infolge sexueller Gewalt. Traumatisierte Männer nehmen zudem psychosoziale Angebote in geringerem Maße wahr als Frauen. Es wurde daher erwartet, dass der Anteil traumatisierter Frauen in der Stichprobe wesentlich höher sein würde als der Anteil traumatisierter Männer (mindestens 2/3 zu 1/3). Auch wurde erwartet, dass die Prävalenz sexueller Traumatisierung bei den Frauen der Stichprobe höher sein würde als bei den Männern.

3.4 PTBS- Prävalenz und Geschlechterdifferenz

Die Anfälligkeit für die Entwicklung einer PTBS soll bei Frauen unter Berücksichtigung der Art des Traumas doppelt so hoch sein, wie bei Männern. Entsprechende Verhältnisse erwarteten wir auch für unsere Studie. Eine einfache Korrelation zwischen Art und Umfang der Traumatisierung und der späteren seelischen Störung wurde nicht erwartet, da wir von einer multifaktoriellen Determination seelischer Störungen ausgehen.

3.5 Screening- Instrument: WZ-PTSD

Es wurde erwartet, dass ein Subset des SCL-90-R (WZ-PTSD) mit der Diagnose *Posttraumatische Belastungsstörung* (ICD-10: F43.1) korreliert.

4 Methodik

4.1 Grundsätzliche Probleme der Methodik

Die Studien zu der Häufigkeit von erlittenen Traumata, insbesondere auch zu der Häufigkeit sexueller Gewalt im Kindesalter, kommen zu sehr unterschiedlichen Prävalenzraten. Hierfür können eine ganze Reihe von Vermutungen angestellt werden.

Zunächst gibt es bislang noch keine ausreichende Vereinheitlichung der Studiendesigns, die einen sinnvollen Vergleich ermöglichen würden. So wird der Begriff des sexuellen Traumas sehr unterschiedlich eng gefasst. Im nordamerikanischen Raum ist es z. B. üblich, unter den Begriff der sexuellen Traumatisierung auch Vorgänge zu erfassen, die ohne Körperberührung einhergehen (Exhibitionismus, sprachliche sexuelle Übergriffe u. ä.). Ein solches Vorgehen ist möglich und unter Umständen sinnvoll, lässt aber keine Vergleiche mit anderen Studien zu, wenn keine weitere Differenzierung erfolgt.

Weiter spielen regionale und kulturelle Unterschiede eine erhebliche Rolle. Kriegstraumata sind in Deutschland mit dem Aussterben der Kriegsgeneration selten geworden, während sie in den USA infolge der expansiveren Militärpolitik immer noch ein großes gesundheitspolitisches Problem darstellen. Das gleiche gilt für Traumata durch Waffengebrauch, bewaffnete Überfälle u.ä., die in den Vereinigten Staaten (ca. 10.000 Tote durch Schusswaffengebrauch pro Jahr) ungleich häufiger sind. Auch ist die Häufigkeit von Naturkatastrophen regional sehr unterschiedlich verteilt, so dass sich eine in kulturellen und geografischen Gegebenheiten wurzelnde Unterschiedlichkeit der jeweiligen regionalen Prävalenzraten ergeben muss.

Wenn es bei den Traumabetroffenen zur Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer dissoziativen Störung kommt, ergeben sich aus der vorliegenden Symptomatik weitere Schwierigkeiten schon bei der Datenerhebung, die sich bei epidemiologischen Fragestellungen zu anderen diagnostischen Gruppen nicht in gleicher Weise stellen. Ein Teil der Problematik ist durch die Natur der

posttraumatischen Belastungsstörung bedingt, bei der es zu dissoziativen Amnesien hinsichtlich des erlittenen Traumas oder einzelner seiner Aspekte kommen kann. Dies scheint umso ausgeprägter zu sein, je mehr es sich um sexuelle Traumata, insbesondere Kindheitstraumata handelt. Nicht selten sind auch sexuelle Traumata bei den Betroffenen mit Schuld- und Schamgefühlen behaftet, die der Offenbarung im Rahmen eines Interviews entgegenstehen.

In ihrer Arbeit *Methodological considerations in research on the prevalence of child sexual abuse* (WYATT & PETERS 1986) untersuchen die Autorinnen die Einflüsse unterschiedlicher methodischer Untersuchungsansätze bekannter nordamerikanischer Prävalenzstudien in Hinsicht auf die starke Abweichung der erzielten epidemiologischen Ergebnisse, die von Studie zu Studie zwischen 15 % und 62 % differieren. Dabei wurden et al. die folgenden Hypothesen über die wirksamen Einflussfaktoren aufgestellt, die bei künftigen Studiendesigns zu beachten wären:

- die Art der Beschreibung, mittels derer den Probanden der Sinn der Studie vermittelt wird,
- die allgemeine Methodik der Datenerhebung (Interview versus Fragebogen),
- die (gegebene oder fehlende) ethnische Übereinstimmung zwischen Interviewer und Proband,
- das Maß des Trainings des Interviewers für die spezielle Fragestellung,
- das Vorhandensein einer privaten, Sicherheit vermittelnden, nicht wertenden Interviewatmosphäre,
- die Frage der Bezahlung für die Teilnahme an der Studie.

Bei der vorliegenden Untersuchung stellte sich der größte Teil dieser Probleme erst gar nicht, da die Studie aus der klinischen Arbeit erwuchs, die hinsichtlich der Compliance und Offenheit der Patienten bessere Voraussetzungen bietet als eine

epidemiologische Studie an der Allgemeinbevölkerung, für die die Probanden erst gewonnen werden müssen. Der Nachteil, dass sich die Ergebnisse nicht auf die Allgemeinbevölkerung generalisieren lassen, musste dabei in Kauf genommen werden.

4.2 Ablauf der Untersuchung

Der Untersuchungsgang kann anhand des Schemas (Abbildung 1: Untersuchungsschema) nachvollzogen werden.

Die Patienten meldeten sich telefonisch oder seltener auch persönlich über das Sekretariat an und erhielten, zumeist binnen 8 – 14 Tagen einen ersten Gesprächstermin. Die Patienten wurden angehalten, etwas eher zum Termin zu erscheinen und erhielten im Wartebereich den Fragebogen *Psy-BaDo -Patientenangaben – Diagnostik – Behandlungsbeginn* (HEUFT & SENF 1998) ausgehändigt. Das Erstinterview schloss sich an. Anschließend wurden den Patienten die diagnostischen Fragebögen erläutert und sie wurden gebeten, diese auszufüllen und zurückzugeben.

Weitere Gesprächstermine wurden vereinbart, wenn dies zur Klärung der Diagnose und des weiteren Vorgehens erforderlich schien. Der Untersuchungsgang war abgeschlossen, wenn mit dem Patienten das weitere diagnostische/therapeutische Vorgehen vereinbart worden war.

Dabei ergaben sich je nach individueller Indikation und Bereitschaft des Patienten die Perspektiven (1.) keiner weiteren Behandlung, (2.) einer eher psychiatrisch oder nervenärztlich geleiteten Therapie, (3.) einer psychosomatischen Führung durch den Haus- oder Facharzt, (4.) einer ambulanten Psychotherapie beim Untersucher oder anderen Orts, (5.) einer stationären oder teilstationären Aufnahme in der eigenen oder einer anderen psychotherapeutischen Einrichtung.

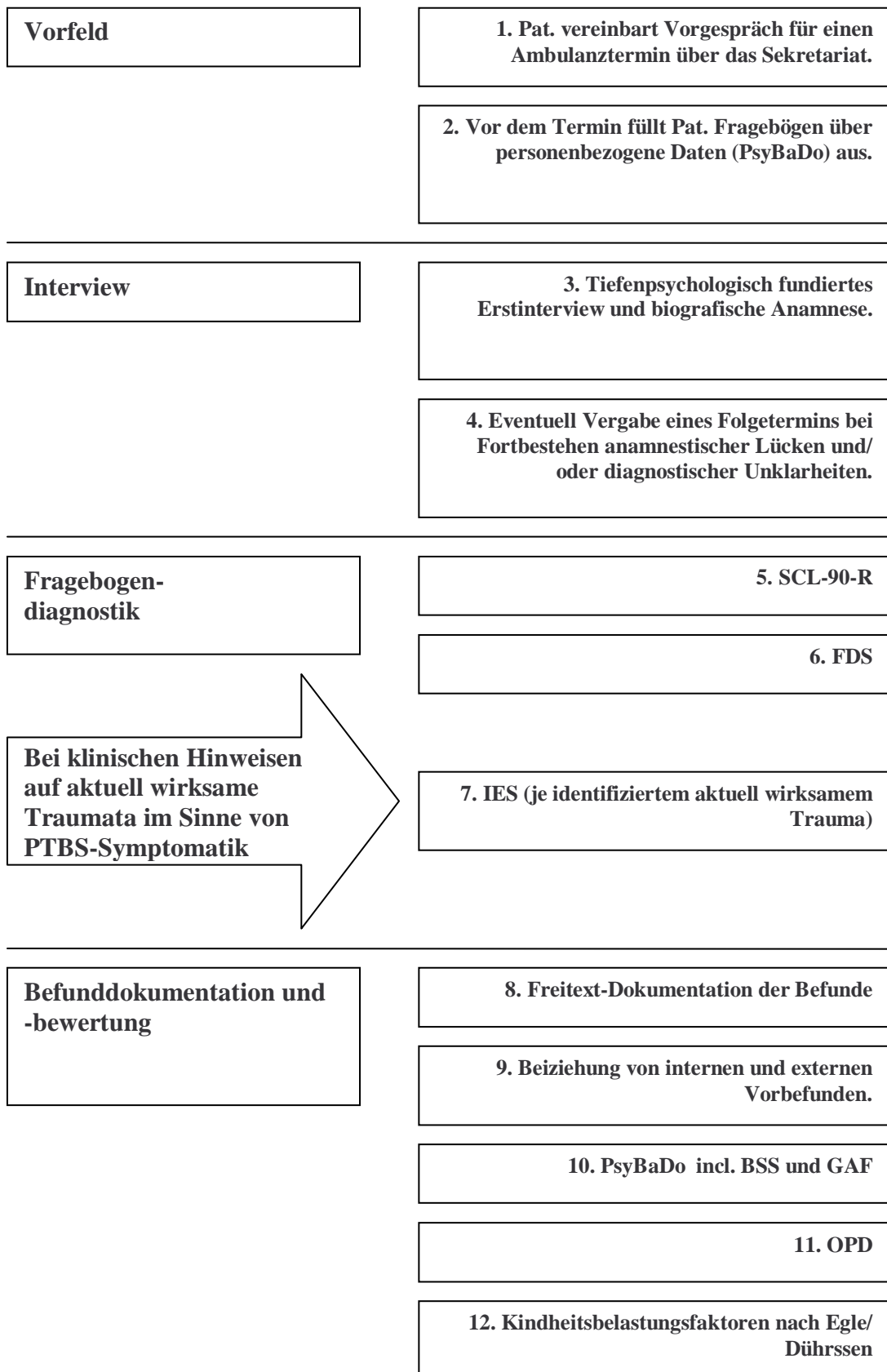


Abbildung 1: Untersuchungsschema

4.3 Erfassung von Basisdaten

4.3.1 Psy-BaDo

Die Basisdaten wurden nach dem Muster, wie es von der Psy-BaDo (HEUFT & SENF 1998) vorgegeben wird, erhoben. Dabei wurden die Fragebögen *Patientenangaben – Diagnostik – Behandlungsbeginn* (a.a.O. S. 11-12) und *Therapeutenangaben – Diagnostik – Behandlungsbeginn* (S. 17-18) verwendet. In den Therapeutenfragebogen sind auch die unten beschriebenen Rating-Instrumente BSS und GAF integriert.

4.3.2 Ergänzende Angaben zur Geschwistersituation

Da in einigen Arbeiten zur Psychotraumatologie die Frage der Rolle der Geschwistersituation als belastender oder auch protektiver Faktor reflektiert wird, wurde in der vorliegenden Studie, sowohl die Anzahl der Geschwister als auch der Altersabstand zum nächst jüngeren und zum nächst älteren Geschwister erfasst. Darüber hinaus wurden Vermerke über das Vorliegen atypischer Stief- und Halbgeschwistersituationen, sowie über einen eventuellen Zwillingsstatus aufgenommen.

In die **Anzahl der Geschwister** wurden im ersten Lebensjahr des Patienten oder vor seiner Geburt verstorbene Geschwister nicht einbezogen. (Natürlich können entsprechende Ereignisse sehr wohl die Kindheitsgeschichte eines Patienten entscheidend prägen. Nur wurde dieser Sachverhalt an dieser Stelle nicht erfasst.)

4.3.3 Beeinträchtigungs-Schwere-Score

Dieses in der Psy-BaDo (HEUFT & SENF 1998) integrierte Instrument (SCHEPANK 1995) ermöglicht eine Einstufung der symptombedingten Beeinträchtigung in den drei Dimensionen: Körperlich, psychisch, sozialkommunikativ.

Die genannten Dimensionen werden in einem fünfstufigen Rating von „gar nicht“ bis „extrem“ beurteilt, und zwar jeweils für die letzten sieben Tage (Punktprävalenz) und das letzte Jahr (Durchschnitt).

Der BSS liegt in manualisierter Form vor, ist nach einem Ratertraining einfach anwendbar und zeichnet sich durch eine gute Interrater-Reliabilität aus.

4.3.4 Global Assessment of Functioning Scale GAF

Dieses Beurteilungsinstrument für das allgemeine Funktionsniveau eines Menschen wurde im DSM-III-R eingeführt, findet sich aber im DSM-IV nicht mehr. Ebenso wie der BSS wurde die GAF in die Psy-BaDo übernommen. Die GAF hat ihren größten Wert bei der Beurteilung schwerer psychiatrischer Störungen, da sie auch schwerste Funktionsbeeinträchtigungen abdeckt. Auf einer linearen Skala von 0-100, die in Zehnerschritte gegliedert ist, bei der aber auch andere einstellige Eingaben in Zwischenschritten möglich sind, wird das allgemeine Funktionsniveau eingestuft. Neben der Punktprävalenz für die letzte Woche wird auch das höchste erreichte Niveau im Verlauf des zurückliegenden Jahres erfasst.

4.4 Interviewtechnik

4.4.1 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Zur Befunderhebung fand das „Interview zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (ARBEITSKREIS OPD 1996) Anwendung. Der in psychiatrischer Exploration, psychoanalytischem Erstinterview und tiefenpsychologisch-biografischer Anamnese bereits langjährig erfahrene Untersucher unterzog sich in der Vorbereitungsphase zu dieser Studie einem zweimaligen Ratertraining in dieser Interviewtechnik. Die OPD erfasst in manualisierter Form auf fünf Achsen den Patienten in seinem Krankheitserleben und den Behandlungsvoraussetzungen, seinen Beziehungsgestaltungen, seinen Konflikten, seiner

Struktur und seinen psychischen und psychosomatischen Störungen. Das Interview geht von einer offenen Fragestellung aus, die dem Patienten viel Gestaltungsspielraum zur Entfaltung und Darstellung seines seelischen Erlebens gibt. Wo notwendig, um Lücken in der Spontandarstellung zu füllen und ein klares Bild zu gewinnen, wird aber auch strukturierter vom Interviewer nachgefragt. Die Zielsetzung der OPD ist weniger ein biografisch vertieftes Verständnis der Lebensgeschichte als eine Beschreibung des Zustandsbilds im Querschnitt unter Einschluss aktuell wirksamer dysfunktionaler Muster. Damit sind auch die Grenzen des Verfahrens benannt:

„Operationale Diagnostik kann demnach nur in einem sehr *eingeschränkten Sinne historisch* sein; ihr Ziel ist es, den Einzelnen aufgrund seiner Lebensgeschichte nur insoweit zu verstehen, wie es für die aktuelle Diagnostik relevant ist. Struktur-, Konflikt- und Beziehungsdiagnostik erlauben eine *«Mustererkennung»*: Lebensgeschichtliche Daten werden dazu benutzt, relativ invariante Muster des Beziehungserlebens oder der persönlichen Konflikte zu erfassen; der Sinnzusammenhang des individuellen Lebens geht damit gleichwohl verloren.“ [kursive Stellen im Original] (a.a.O. S. 29)

Wo immer sich im Anschluss an das Erstinterview weitere Gespräche oder eine Behandlung beim Untersucher oder in der Klinik anschlossen, fanden die individuellen biografischen Gesichtspunkte natürlich angemessene Berücksichtigung. Naturgemäß verschließen sich diese aber weitgehend einer statistischen Erfassung und Auswertung, wie sie in der vorliegenden Studie beabsichtigt war.

4.4.2 Exploration von Traumata

Insbesondere hinsichtlich erlittener Traumata war es im Rahmen dieser Untersuchung nicht sinnvoll, sich allein auf die Spontanangaben der Patienten zu verlassen, denn mit Frommberger et al (1998) teilen wir die folgende Auffassung:

„Patienten verdrängen häufig das Trauma, wollen sich bewußt nicht an das Ereignis erinnern oder setzen keine Beziehung zwischen ihrer Symptomatik und dem Trauma, so daß das Trauma einem Prozeß der Verleugnung aus verschiedenen Gründen anheim fällt. Da es ihnen oft peinlich ist, wollen viele Patienten nicht über das Trauma und alle Folgen

sprechen und entwickeln et al. ein Vermeidungsverhalten. andererseits aber fragt auch der Arzt häufig nicht nach traumatischen Erlebnissen. Die klinische Erfahrung zeigt, daß bei systematischer Nachfrage immer wieder Traumata zutage treten, über die uns die Patienten nicht spontan berichten." (FROMMBERGER & BERGER 1998, S. 62)

Für den Zweck der vorliegenden Untersuchung wurde daher jeder Patient nach belastenden Lebensereignissen und deren Bedeutung für sein heutiges Leben befragt. Dabei wurden hinsichtlich von Traumatisierungen im Erwachsenenalter nicht alle denkbaren Schädigungen einzeln abgefragt, sondern die Fragestellung blieb relativ offen nach dem Muster: „*Hat es in Ihrem Leben schwerwiegende Ereignisse gegeben, unter denen Sie sehr gelitten haben, bzw. heute noch leiden?*“ Hinsichtlich kindlicher Traumatisierungen wurde aber stets konkret nach körperlichen Misshandlungen (ausgehend von der Frage nach den Bestrafungsmethoden der Eltern) und/ oder sexuellen Gewalterfahrungen gefragt, wenn diese nicht ohnehin aus der Spontanschilderung hervorgingen. Die konkrete Fragestellung erschien hier erforderlich, weil Patienten die Bedingungen ihrer Frühsozialisation oft global-unkritisch als „normal“ schildern und erleben. Erst bei der Exploration der Einzelheiten differenziert sich dann das Bild. Auf die Exploration von Einzelheiten der Traumatisierung wurde verzichtet, sobald auf Befragen oder anhand der Reaktionen des Patienten deutlich wurde, dass die Schilderung mit starker emotionaler Belastung einherging, um Retraumatisierungen in der Untersuchungssituation zu vermeiden.

4.5 Fragebogentests

4.5.1 Impact-of-Event-Scale IES

Wenn sich im Interview herausstellte, dass in Bezug auf stattgehabte Belastungen eine aktuell wirksame Symptomatik im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung bestand, wurde je identifiziertem Trauma ein IES (HOROWITZ et al. 1979, in deutscher Sprache: FERRING et al. 1994; von uns verwendet: Übersetzung durch HÜTTER et al. 1997) durchgeführt. Der 15 Items umfassende Test fragt nach der Häufigkeit (gar nicht = 0; selten = 1; manchmal = 3; oft = 5) des Auftretens typischer

Symptome von posttraumatischen Belastungsstörungen in Bezug auf das zu untersuchende Trauma. Das Zeitfenster bezieht sich dabei auf die letzten sieben Tage. Zum Zweck der Auswertung wird neben der Bildung des Summenscores für die Gesamtbelastung auch nach den Clustern *Intrusion* und *Vermeidung* unterschieden.

Es fällt auf, dass im Fragebogen nur nach der Häufigkeit, nicht aber nach dem Schweregrad des Erlebens der einzelnen Symptome gefragt wird. Bei der Entwicklung des Instruments durch Horowitz et al. wurden tatsächlich zunächst beide Dimensionen, also Frequenz *und* Schweregrad berücksichtigt. Allerdings habe sich den Autoren zufolge aus dieser Differenzierung keinerlei Verbesserung der klinischen Aussagekraft des Tests ergeben, so dass man in der veröffentlichten Endfassung auf diese Variante habe verzichten können:

„Through examination of the data it also became evident, that although we had asked for separate ratings of how often during the past week a particular experience had occurred, and what the peak intensity of that episode had been, the scores for frequency and intensity of episodes were relatively similar. In other words, the experience of a single, very intense intrusive image was similar in its effect to multiple experiences of less intense and only mildly intrusive images. Therefore, although subjects were asked to respond to both variables in a study of the refined Impact of Event Scale, only the higher score of either frequency or intensity was used as the indicator of the magnitude of the item.” (HOROWITZ et al. 1979, S. 210)

Der IES weist sowohl in der Originalversion als auch in der Übersetzung eine gute Reliabilität und Sensitivität auf. Er eignet sich nicht für die Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung, stellt aber ein Maß für die subjektive Symptombelastung infolge dieser Störung bereit.

Der Fragebogen ist ereignis- und nicht personenbezogen. Folgerichtig wurde der Test in unserer Untersuchung auch bei derselben Person ggf. mehrfach, auf jedes Trauma einzeln bezogen, durchgeführt, falls mehrere noch aktuell wirksame Traumata geschildert wurden.

4.5.2 FDS

Als Screening-Verfahren für das Vorliegen dissoziativer Symptomatik wurde der *Fragebogen für dissoziative Störungen FDS* (FREYBERGER et al.1999) angewandt. Bei diesem handelt es sich um die deutsche Version der *Dissociative Experience Scale* (DES) (BERNSTEIN & PUTNAM 1986), um Fragen nach Konversionssymptomen erweitert und an die ICD-10-Klassifikation angepasst.

„Die aus 28 Items bestehende Originalskala erfragt die Häufigkeit dissoziativer Phänomene in den Bereichen Gedächtnis, Kognition, Bewußtsein und Identität gemäß der DSM-II-R- und DSM-IV-Konzeptionalisierung der dissoziativen Störungen. In der deutschen Version wurden weitere 16 Items hinzugefügt, um auch dissoziative Symptome entsprechend den ICD-10-Kriterien abzubilden, v.a. pseudoneurologische Konversionssymptome. An einer Gesamtstichprobe von n=813 Probanden und Patienten wurde die deutsche Version hinsichtlich Reliabilität und Validität überprüft und mit den Ergebnissen der Originalversion verglichen. Dabei zeigt der FDS ähnlich befriedigende Reliabilitätswerte wie die DES (Test-Retest-Koeffizient $r_{tt} = 0,88$; Konsistenzkoeffizient Cronbachs Alpha = 0,93) Der FDS differenziert gut zwischen verschiedenen Stichproben (nichtklinische Probanden, Studenten, unselektierte psychiatrische und neurologische Patienten, dissoziativ gestörte psychiatrische und neurologische Patienten, Schizophrene). Insgesamt stellt der FDS ein leicht einsetzbares, reliables und valides Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung dissoziativer Symptome dar.“ (FREYBERGER et al. 1998, S. 223)

4.5.3 SCL-90-R

Als weit verbreitetes Verfahren der testpsychologischen Ermittlung der Symptomstruktur und –belastung kann die *Symptom-Check-List* von DEROGATIS gelten, die in der validierten deutschen Übersetzung SCL-90-R bei allen Patienten eingesetzt wurde (FRANKE 1995). Die SCL-90-R stellt die möglichen Beschwerden eines Patienten in 90 erfragten Items dar. Die Auswertung berücksichtigt pathologische Werte in 9 Clustern im Vergleich zur Normalpopulation. Die Bezeichnungen der neun Cluster der SCL-90-R lauten: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides

Denken, Psychotizismus. Der Test ist mittlerweile mit Tausenden von Probanden eingesetzt worden. Er verfügt über eine gute Test-Retest-Reliabilität und interne Konsistenz. Die SCL-90-R wurde als Basisinstrument der Selbstbeurteilung bei allen Patienten unserer Studie eingesetzt.

4.5.3.1 Besonderer Cluster: WZ-PTSD

WEATHERS et al. (1996) erarbeiteten an 202 Vietnam-Veteranen einen Subset von 25 der SCL-90-R-Items als neuen Cluster zur Identifikation von PTBS-Patienten. Verwendet wurden dabei die Items: 2, 3, 23, 24, 29, 30, 32, 39, 43, 44, 50, 55, 57, 59, 66, 67, 70, 71, 72, 78, 79, 86, 89, 90. Da PTBS als Diagnose anhand der Symptomatik und nicht durch die Auslösung (in diesem Fall „war zone“) definiert ist, erschien uns dieses Instrument als potentiell geeignet, auch nicht militärisch erzeugte PTBS-Fälle zu diagnostizieren. Da der SCL-90-R ohnehin angewandt werden sollte, ergab sich hierdurch auch kein weiterer Testaufwand für die Patienten.

4.6 Traumatische Ereignisse: Operationale Definition und Bewertung

4.6.1 Akute versus chronische Schädigung

Je länger eine traumatische Situation einwirkt, umso schwerwiegender sind die resultierenden Schädigungen. Die Einführung einer zeitlichen Dimension erschien daher notwendig. Die Einwirkungsdauer eines potentiell traumatisierenden Geschehens wurde zum einen kategorisch (Typ-1-Trauma: akut vs. Typ-2-Trauma: chronisch; i. S. v. TERR 1995), zum anderen nach konkreter zeitlicher Dauer erfasst. Ein Typ-1-Trauma wurde kodiert, wenn ein einmaliges, schockartiges Ereignis vorlag, ein Typ-2-Trauma bei anhaltender traumatisierender Situation.

4.6.2 Zeitpunkt der Einwirkung

Traumatisierung in der Kindheit trifft einen seelischen Organismus, dessen Struktur noch nicht gefestigt ist, so dass die weitere Entwicklung der seelischen Organisation hierdurch beeinträchtigt werden kann:

„Mißhandlung in der frühen Kindheit durch die primäre Versorgungsperson gefährdet die Organisation und Entwicklung der Bindungsbeziehungen, des Selbst und der Regulation und Integration des emotionale, kognitiven, motivationalen und sozialen Verhaltens, da diese Merkmale die wesentlichen Anpassungsleistungen in dieser Entwicklungsperiode sind.“ (BENDER & LÖSEL 1997, S. 49)

Da es hinsichtlich der seelischen Folgen somit nicht gleichgültig sein kann, ob eine traumatische Situation ein Kind, einen Jugendlichen oder einen Erwachsenen trifft, wurde der Zeitpunkt des Beginns der traumatischen Einwirkung (in Form des initialen Lebensalters in Jahren) erfasst.

4.6.3 Art des Traumas

Da je nach individueller Vulnerabilität unterschiedlichste Ereignisse traumatisierend wirksam werden können, erschien es nicht ratsam, auf eine abstrakte Definition zu rekurren, sondern statt dessen alle denkbaren Varianten im Sinne einer Aufzählung zu erfassen. Berücksichtigung fanden dabei auch die kindlichen Belastungsfaktoren aus dem Egleschen Instrument (EGLE et al. 1997). Die Unterscheidung zwischen seelischer Belastung/Entwicklungsbeeinträchtigung einerseits und Traumatisierung andererseits ist dabei nicht einfach und hängt sehr von Faktoren des Einzelfalls ab. Die nachfolgende *Tabelle 11: Traumakategorien* wurde dabei verwendet und im Zuge der Datenerfassung nach Bedarf ergänzt und vervollständigt:

Tabelle 11: Traumakategorien

Liste der Traumakategorien	
a) Kindheit und Jugend	
Sexueller Missbrauch	Sexuelle Gewalt im Kindes- oder Jugendalter
Körperliche Misshandlung	Versuchte oder erfolgte eigene Körperverletzung im Kindesalter
Tod eines Elternteils	Tod eines Elternteils (bis zum vollendeten 16. Lebensjahr des Patienten)
Tod beider Eltern	Tod beider Eltern (bis zum vollendeten 16. Lebensjahr des Patienten)
Krankheit der Mutter	Chronische Krankheit oder Behinderung der Mutter bis zum vollendeten 14. Lebensjahr
Krankheit des Vaters	Chronische Krankheit oder Behinderung des Vaters bis zum vollendeten 14. Lebensjahr
Mutter seelisch krank	Seelisches oder Suchtproblem der Mutter
Vater seelisch krank	Seelisches oder Suchtproblem des Vaters
Trennung der Eltern	Trennung der Eltern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr
Gewalt zwischen den Eltern	Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr
Vernachlässigung	Gravierende emotionale Vernachlässigung im Kindesalter
Trennung von der Familie im Kindesalter	Unterbringung in Kinderheim, Krankenhaus oder bei Pflegepersonen
Bedrohung in der Kindheit	Erlebte massive Bedrohung z. B. durch schwere elterliche Wutanfälle
b) Erwachsenenalter	
Sexuelle Gewalt	Vergewaltigung, sexuelle Nötigung im Erwachsenenalter
Körperliche Gewalt	Versuchte oder erfolgte eigene Körperverletzung durch einen Täter (Erwachsenenalter)
Unfallschock	Seelischer Ausnahmezustand durch Miterleben eines Unfalls
Unfallschaden	Körperliche Beschädigung durch einen Unfall
Tod des Partners	Verlust des Lebenspartners durch Tod
Trennung vom Partner	Verlust des Lebenspartners durch Trennung
c) Altersunabhängig	
Eigene Krankheit	Belastende eigene Krankheit oder Behinderung, z. B. Krebs, AIDS
Katastrophe	Überleben einer Katastrophe
Krieg	Miterleben eines Kriegszustands
Verbrechenszeuge	Miterleben eines Verbrechens ohne eigene unmittelbare Schädigung

Zusätzlich wurden trotz bestehender Überlappungen mit der selbst erstellten Liste der Traumakategorien die Belastungsfaktoren nach EGGLE et al. (1997) erfasst und entsprechend den Vorgaben der Autoren gewichtet und ausgewertet:

Tabelle 12: Belastungsfaktoren (EGLE, HOFFMANN, STEFFENS 1997)

Belastungsfaktor	Punktwert
Emotional schlechte Beziehung zu den Eltern	160
Schwerer sexueller Missbrauch	160
Tod eines Elternteils	160
Körperliche Misshandlung	130
Chronische Krankheit oder Behinderung der Mutter bis zum 14. Lebensjahr	130
Chronische Krankheit oder Behinderung des Vaters bis zum 14. Lebensjahr	130
Seelisch nervliche Probleme/ Suchtproblem der Mutter	130
Seelisch nervliche Probleme/ Suchtproblem des Vaters	130
Trennung/ Scheidung der Eltern	130
Chronische familiäre Disharmonie mit körperlicher Gewalt zwischen den Eltern	80
Beruflich angespannte Eltern von klein auf	50
Chronische familiäre Disharmonie ohne körperliche Gewalt zwischen den Eltern	50
Finanziell unsichere Situation während der ersten 7 Lebensjahre	50
Geringer Altersabstand zum nächsten Geschwister	25

Bei der Dateneingabe wurden hier allerdings weitere Belastungskategorien vermisst, wie etwa: Länger dauernde Trennung von den Eltern, etwa durch Heim- oder Krankenhausaufenthalt, eigene belastende Erkrankung im Kindesalter.

4.6.4 Definitionen: Sexueller Missbrauch und Körperliche Misshandlung

Für den Zweck unserer Studie verwendeten wir in den Tabellen und Übersichten die Kurzbezeichnungen *Missbrauch* für sexuelle Gewalt im Kindesalter und *Misshandlung* für physische Gewalt im Kindesalter. Dies hatte seinen Grund in der Übersichtlichkeit und Handhabbarkeit. Grundsätzlich sehen wir die ausführlicheren Bezeichnungen als inhaltlich zutreffender an.

Sexueller Missbrauch wurde von uns kodiert, wenn die folgenden Bedingungen zutrafen:

- Ersteralter bei der Einwirkung: vor Vollendung des 16. Lebensjahrs,
- Einwirkung mit sexuellem Körperkontakt (also Ausschluss von sexualisierter Atmosphäre in der Familie, verbale Übergriffe und Exhibitionismus),

- Altersunterschied zum Täter: mindestens 3 Jahre, wenn es sich bei unerwünschten Kontakten um einen Familienangehörigen derselben Generation handelte und keine offensichtliche Gewaltanwendung vorlag.

Physische Misshandlung wurde erfasst, wenn folgende Kriterien zutraten:

- Schläge mit ernsthaften Verletzungsfolgen oder entsprechenden Gefährdungen oder häufige (regelhafte) Prügel Szenen,
- Schläge mit Gegenständen,
- sonstige Formen körperlicher Gewalt (unterschiedliche Formen des Quälens, Aussetzen gegenüber der Kälte usw.)

Auch wenn wir selbst jegliche Form von Gewalt gegenüber Kindern kritisch betrachten und in keiner Weise befürworten, mussten wir doch davon ausgehen, dass Praktiken von Züchtigung (Ohrfeigen, Prügelstrafen aus gegebener Veranlassung) noch immer faktisch einer weit verbreiteten Norm entsprechen (und auch im Gegensatz zu den skandinavischen Ländern in Deutschland nicht gesetzlich verboten sind). Eine Einbeziehung dieser Bestrafungsvarianten in die Kategorie der Misshandlung hätte unseres Erachtens zu einer unangemessen hohen Prävalenz geführt. Eine weitere Kategorie „Körperliche Züchtigung“ haben wir nicht eingeführt, da dies der Fragestellung unserer Studie nicht entsprach.

4.6.5 Art der Verursachung

Eingebürgert hat sich die Unterscheidung in „man-made“ und „non-man-made“ Traumata. Dieser Unterschied wurde zum einen kategorisch erfasst, darüber hinaus wurde eine exaktere Täterdiskrimination angestrebt:

4.6.6 Täterkategorien

Neben der Art des traumatischen Ereignisses wurde versucht, den oder die jeweiligen Täter in Kategorien zu erfassen. Dabei wurde berücksichtigt, dass auch täterlose Ereignisse vorkommen. Traumatisierende Ereignisse können auch von anderen Menschen verursacht sein, ohne dass die Täter gegenüber den Opfern als Täter unmittelbar in Erscheinung treten. Solche Ereignisse (etwa Bombardierungen, Sprengstoffanschläge) können unter Umständen vom Opfer als schicksalhaft und eben nicht „man made“ erlebt werden. Hier wäre die subjektive Einschätzung des Betroffenen von Belang, ob das Wissen um einen konkreten, aber faktisch anonymen Täter als wesentlicher Belastungsaspekt erlebt wird.

Der eher dem Strafrecht zugehörige Begriff des Täters mag vielleicht vielen der hier dargestellten Sachverhalte unangemessen sein, da traumatisierende Ereignisse häufig, zumal in der Familie, einem komplexen Bedingungsgefüge entspringen, in dem Täter- und Opferanteile nicht immer leicht auszumachen sind. Beispielhaft sind hier die Mütter zu nennen, die selbst Opfer sexueller Gewalt in der Kindheit waren, heute aber dem Missbrauch ihrer Kinder gelähmt-hilflos zusehen ohne einzuschreiten. Der Täterbegriff wurde in Ermangelung einer zutreffenderen Bezeichnung dennoch beibehalten, da er zumeist dem Erleben des von einem Trauma Betroffenen subjektiv entspricht und eine andere Begriffswahl, etwa die des *Verursachers* ebenfalls ihre Begrenzungen hätte und auch nicht alle möglichen Konstellationen abdecken würde. Der Täterbegriff wird hier wertneutral-operational verwendet. Er gibt aus der Sicht des Traumabetroffenen die Richtung an, aus der die schädigende Einwirkung unmittelbar erlebt wird.

Tabelle 13: Täterkategorien

Liste der Täterkategorien	
Eltern	Traumatisierung durch beide Eltern
Vater	Eigener (leiblicher) Vater
Mutter	Eigene (leibliche) Mutter
Stiefvater	Stief- oder Adoptivvater, sonstiger Lebenspartner der Mutter
Stiefmutter	Stief- oder Adoptivmutter, sonstige Lebenspartnerin des Vaters
Gleichaltriges Geschwister	(Stief-) Geschwisterkind, das nicht mehr als drei Jahre älter ist
Älteres Geschwister	(Stief-) Geschwisterkind, das drei oder mehr Jahre älter ist
Großvater	Großvater, auch Stief-Großvater
Großmutter	Großmutter, auch Stief-Großmutter
Sonstiger Verwandter	Verwandte außerhalb der Ursprungsfamilie
Bekannter der Eltern	Bekannte, Freunde und Arbeitskollegen der Eltern
Nachbar	Bekannte der Eltern aus der Nachbarschaft
Hausangestellter	Hausangestellte (Kinderfrau, Gärtner, Putzfrau etc.)
Betreuungsperson	Lehrer und sonstige Betreuungspersonen (Kindergärtnerinnen, Pastoren, Jugendwart etc.)
Eigener entfernter Bekannter	Flüchtige und entfernte Bekannte
Freund	Näherer Bekannter, Freund
Fremder	Völlig Fremder, Unbekannter
Partner (nicht Ehepartner)	Traumatisierung durch Lebensgefährten oder Lebenspartner
Ehepartner	Traumatisierung durch Ehegatten
Sonstige	Sonstige, nicht in der Liste bezeichnete Tätertypen
Schicksalhafte Ereignisse	Täterlose Traumata wie Katastrophe, Krieg, Krankheit etc.

4.6.7 „Ersatzpersonen“

Im Falle des Vorliegens kindlicher Belastungsfaktoren wurde gezielt nach „Ersatzpersonen“ (erwachsene Personen oder ältere Geschwister, die defiziente Elternfunktionen hätten übernehmen können) gefragt, die fehlende oder unzureichende primäre Betreuung hätten ausgleichen können. Da dieses Merkmal mit der Fragestellung nach einem protektiven Faktor verbunden war, machte seine Erfassung nur Sinn bei Vorliegen einer Traumatisierung in Kindheit und Jugend. Wenn Ersatzpersonen eruiert werden konnten, wurde zusätzlich unterschieden, wie sich diese Personen im kindlichen Erleben darstellten:

Tabelle 14: Qualität der Ersatzpersonen

1. Durchweg positiv
2. Positiv mit Einschränkungen
3. Unzureichende Zuwendung
4. Ersatzperson selber traumatisierend

4.7 Diagnosenerfassung

Entsprechend den Vorgaben der OPD wurden die Diagnosen parallel in den beiden großen Systemen ICD-10 (Forschungskriterien) und DSM-IV erfasst.

5 Ergebnisse

5.1 Allgemeine Charakterisierung der Stichprobe

Erfasst wurden alle Patienten, die über die Zeitdauer eines Jahres (01.04.1998 – 31.03.1999) in der psychotherapeutischen Krankenhausambulanz des St. Vinzenz-Hospitals in Dinslaken zumindest ein Vorgespräch bei dem Untersucher wahrnahmen. Dabei ging es zumeist um die Prüfung der Indikation für eine stationäre, ambulante oder tagesklinische Psychotherapie. Zwei Patienten mit dem Anliegen einer sozialmedizinischen Begutachtung bei psychosomatischer Fragestellung gingen ebenfalls in die Stichprobe ein.

Es wurden insgesamt 159 Patienten untersucht. Infolge einer Reihe von Ausschlusskriterien (unzureichende Sprachkenntnisse, floride Psychose oder psychoorganische Störung, unzureichende Mitarbeit bei der Vervollständigung der Daten) gingen von diesen aber nur 112 Patienten (entsprechend 70,4 %; N=112) in die Stichprobe ein.

Die Ausschlussgründe im Einzelnen und die entsprechenden Häufigkeiten stellten sich dar wie folgt:

Tabelle 15: Ausgeschlossene Patienten

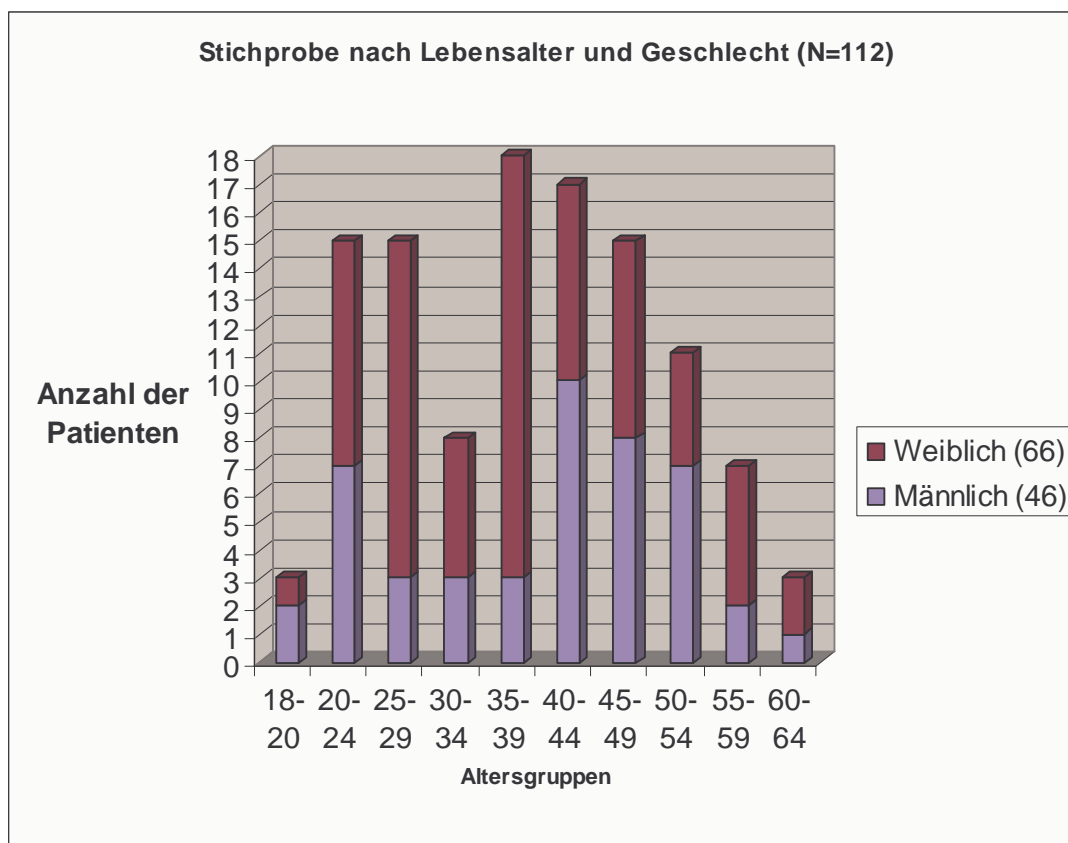
Irrläufer (Psychiatrie) -Testmaterial nicht ausgehändigt	8
Sprachprobleme -Testmaterial nicht ausgehändigt	2
Fragebögen verweigert oder nicht zurückgegeben	29
Anamnese unvollständig	8
Summe:	47

5.2 Altersgruppen und Geschlechtsverteilung

Die Stichprobe teilte sich in 66 weibliche (58,9 %) und 46 männliche (41,1 %) Teilnehmer auf. Die Altersverteilung kann dem nachfolgenden Diagramm entnommen

werden. Die drei jüngsten Patienten waren 19 Jahre alt, die älteste untersuchte Patientin befand sich im 65. Lebensjahr.

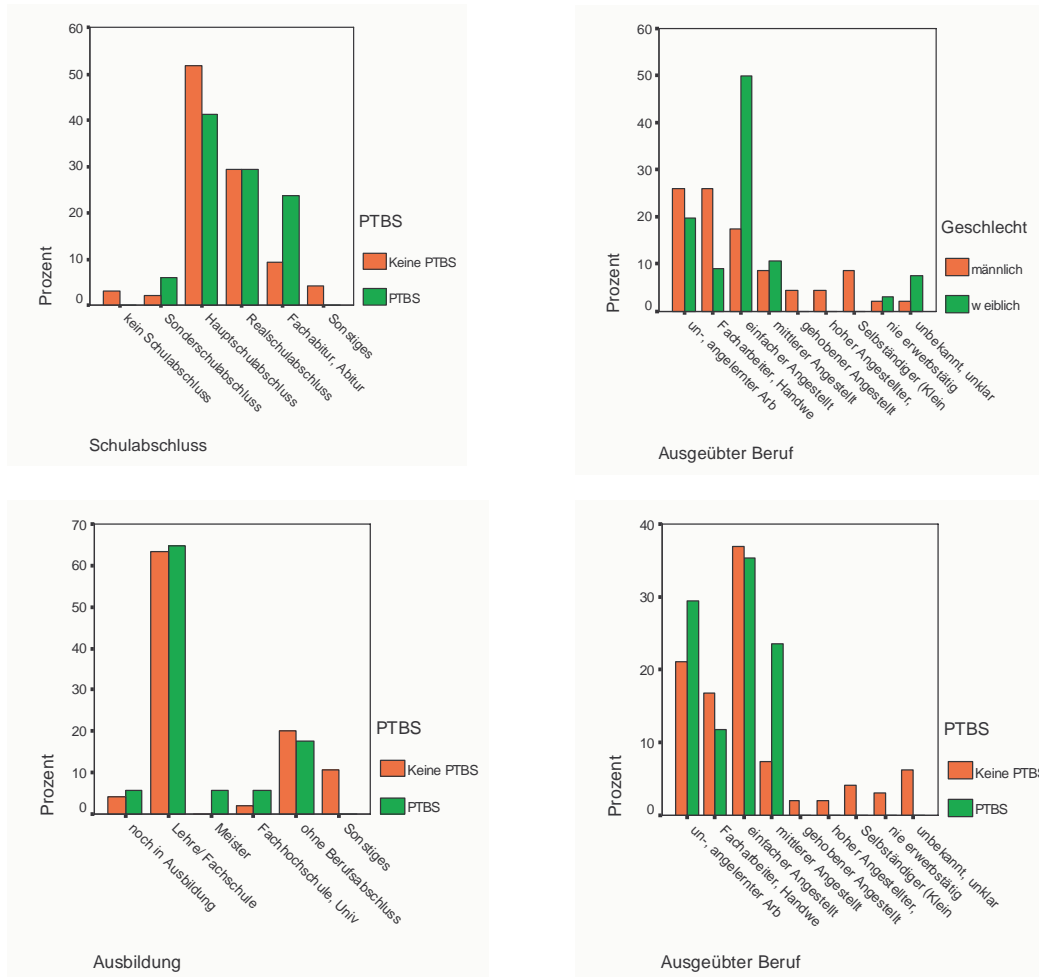
Abbildung 2: Diagramm Altersgruppen und Geschlecht



5.3 Schule, Ausbildung und Beruf

In Bezug auf die schulische Karriere imponierten bei PTBS-Patienten im Durchschnitt höhere Abschlüsse. Bezogen auf die Vergleichsgruppe ohne diese Diagnose fanden sich hoch signifikant ($p = 0,000$; Berechnung s. Anhang: Tabelle 47: Abitur/Fachabitur PTBS u. Nicht PTBS/ Chi-Quadrat-Test) mehr Abschlüsse mit Abitur (23,5 % vs. 9,5 %), gleich viele mit Realschulabschluss (29,4 % vs. 29,5 %), weniger (41,2 % vs. 51,6 %) mit Hauptschulabschluss. Im Gegensatz zu diesem allgemeinen Trend steht die Beobachtung, dass die drei einzigen Sonderschulabschlüsse, die in der Studie angetroffen wurden, den PTBS-Patienten zuzuordnen waren.

Abbildung 3: Ausbildung, Schule und Beruf bei PTBS und Nicht-PTBS



Anhand der o.g. Diagramme ließ sich vermuten, dass eine weitere signifikante negative statistische Korrelation zwischen der Höhe der erlangten beruflichen Position und der Diagnose PTBS bestand. Da 14 der 17 PTBS-Fälle der Studie weiblichen Geschlechts waren, bestand die Korrelation aber in Bezug auf das Merkmal *weiblich* und zeigte sich auch bei den Nicht-PTBS-Betroffenen. Hier bilden sich aller Wahrscheinlichkeit nach Auswirkungen soziokultureller Bedingungen ab, die mit dem vorliegenden Untersuchungsansatz nicht verfolgt werden konnten. Daher wurde auch auf die entsprechenden Korrelationsberechnungen verzichtet.

5.4 Wohnorte

Die Mehrzahl der Patienten (83,9 %) stammte aus dem unmittelbaren Einzugsgebiet der Klinik (Pflichtversorgungsregion). Die übrigen kamen überwiegend aus Nachbarkreisen und nahe gelegenen Städten. Keiner der Patienten wohnte in einer größeren Entfernung von der Klinik als 50 km.

Tabelle 16: Wohnorte

WOHNORT	Anzahl	Eig. Einzugsgebiet
Bedburg-Hau	1	nein
Dinslaken	37	ja
Duisburg	33	ja
Hammingen	1	ja
Hünxe	1	ja
Isselburg-Anholt	1	nein
Kamp-Lintfort	1	nein
Kleve	3	nein
Mülheim	1	nein
Oberhausen	7	nein
Raesfeld	1	nein
Rees	1	nein
Voerde	12	ja
Wesel	10	ja
Wülfrath	1	nein
Xanten	1	nein
Alle:	112	
Eig. Einzugsgebiet:	94	83,9 %
Sonstige:	18	16,1 %

(Schattierung: eigenes Einzugsgebiet)

5.5 Hypothesenbezogene Ergebnisse

5.5.1 Prävalenz von Traumata

5.5.1.1 Überblick

Von den 112 Patienten der Grundgesamtheit erwiesen sich 66 (58,9 %) als traumaexponiert.. Dabei waren von den 46 Männern der Stichprobe 24 (52 %) betroffen. Bei den Frauen lag die Lebenszeit-Traumaexpositionsprävalenz mit 42 von 66 Fällen deutlich höher (62,7 %). Insgesamt wurden von den 66 Betroffenen 103 traumatische Ereignisse geschildert.

5.5.1.2 Täterkategorien

Die nachfolgenden in der Datenbank primär angelegten Täterkategorien (vgl. Tabelle 13: Täterkategorien) kamen in der Stichprobe nicht vor:

Tabelle 17: Täterkategorien ohne zugeordnete Traumata

Täterkategorie	Anzahl
Gleichaltriges Geschwister	0
Großmutter	0
Sonstiger Verwandter	0
Nachbar	0
Hausangestellter	0
Betreuungsperson	0
Eigener entfernter Bekannter	0
Freund	0
Sonstige	0

Der eigene Vater erwies sich bei den traumatischen Ereignissen am häufigsten als Täter (23,3 %), im Geschlechtervergleich wurde diese Täterkategorie annähernd gleich häufig mitgeteilt. (M: 21,2 % vs. W: 24,3 %). Der Unterschied von 3 % kann aufgrund der geringen Stichprobengröße vernachlässigt werden. Die zweithäufigste Kategorie waren die (täterlosen) schicksalhaften Ereignisse. (20,4 %), die allerdings bei den Traumata, die männliche Patienten berichtet hatten, etwa dreimal häufiger auftraten (M: 36,4 % vs. W: 12,9 %). Beide Eltern traten als Täter in Erscheinung in 16,5 % der Traumata, wobei hier bei den Traumata männlicher Betroffener eine annähernd doppelt so hohe Häufigkeit zu verzeichnen war (M: 24,2 % vs. W: 12,9 %). Die Mutter als Täterin trat in 11,7 % der traumatischen Ereignisse in Erscheinung. Hier waren die Geschlechtsunterschiede (M: 11,7 % vs. W: 9,1 %) zu vernachlässigen. Alle übrigen Täterkategorien traten sehr viel seltener auf. Der mit 7 Traumata nächsthäufige Tätertyp Soldaten, Milizen, Polizei entstand durch die Einbeziehung zweier bosnischer Flüchtlingsfrauen mit massiver sequentieller Kriegstraumatisierung in die Stichprobe.

Tabelle 18: Traumtypen nach Täterkategorie

Täterkategorie	Anzahl	%	M	%	W	%
Vater	24	23,3	7	21,2	17	24,3
Schicksalhafte Ereignisse	21	20,4	12	36,4	9	12,9
Beide Eltern	17	16,5	8	24,2	9	12,9
Mutter	12	11,7	3	9,1	9	12,9
Soldaten, Milizen, Polizei	7	6,8	0	0,0	7	10,0
Fremder	6	5,8	0	0,0	6	8,6
Älteres Geschwister	4	3,9	1	3,0	3	4,3
Stiefvater	3	2,9	1	3,0	2	2,9
Partner (nicht Ehepartner)	3	2,9	0	0,0	3	4,3
Großvater	2	1,9	0	0,0	2	2,9
Ehepartner	2	1,9	1	3,0	1	1,4
Stiefmutter	1	1,0	0	0,0	1	1,4
Bekannter der Eltern	1	1,0	0	0,0	1	1,4
	103	100,0	33	100,0	70	100,0
						M = Männlich W = Weiblich

Bei der Klärung der Frage, welche Arten von traumatischer Erfahrung den jeweiligen Täterspezifikationen zuzuordnen waren, ergaben sich in absteigender Täterhäufigkeit die folgenden Ergebnisse: Die von den *Vätern als Täter* ausgehenden traumatischen Geschehnisse (24 Fälle) bestanden vorrangig in körperlicher Misshandlung (in 13 Fällen; 54,2 %), gefolgt von weiteren Traumatisierungsvarianten (sexueller Missbrauch, seelische Erkrankung des Vaters, und vom Vater ausgehende Gewalt zwischen den Eltern) in jeweils 3 Fällen (entsprechend jeweils 12,5 %). Das weitaus häufigste von Vätern ausgehende Trauma in der Schilderung ihrer Kinder war in der Stichprobe somit die Anwendung körperlicher Gewalt gegenüber den Betroffenen, aber auch gegenüber den eigenen Ehefrauen.

Bei der nächst häufigen „Täter“-Kategorie der *schicksalhaften Ereignisse* (21 Traumata) dominierte der Tod eines Elternteils im Kindesalter mit 9 Fällen (42,9 %), während die körperliche Schädigung durch einen Unfall oder die eigene schwere körperliche Erkrankung lediglich mit jeweils 3 Fällen (à 14,3 %) in Erscheinung traten.

In den Fällen, in denen beide *Eltern* als Täter angesehen wurden (17), war die häufigste Traumavariante die emotionale Vernachlässigung mit 7 Fällen (41,2 %), gefolgt von der körperlichen Misshandlung in 5 Fällen (29,4 %). Es folgten die Trennung der Eltern im Kindesalter der Betroffenen mit 3 Fällen (17,6 %), und die Trennung der Kinder von der Familie in 2 Fällen (11,8 %).

Bei Betrachtung der *Mütter* als Täterkategorie (12 Fälle) fiel auf, dass ähnlich wie bei den Vätern die körperliche Misshandlung mit 7 Fällen (58,3 %) die häufigste Traumavariante darstellte.

Tabelle 19: Täterkategorien zu Traumakategorien

Nr.	Trauma-Kategorie	Anzahl Traumata	Älteres Geschwister	Bekannter der Eltern	Ehepartner	Eltern	Fremder	Großvater	Mutter	Partner (nicht Ehepartner)	Schicksalhafte Ereignisse	Soldaten, Milizen, Polizei	Stiefmutter	Stiefvater	Vater
1	Sexuelle Gewalt	4					3					1			
2	Sexueller Missbrauch	14	4	1			2	2	1					1	3
3	Körperliche Gewalt	7			2				2	3					0
4	Körperliche Misshandlung	27				5			7					2	13
7	Unfallschaden	3									3				
8	Tod des Partners	3									1	2			
10	Eigene Krankheit	3									3				
12	Krieg	2										2			
13	Verbrechenszeuge	3					1					2			
14	Tod eines Elternteils	10							1		9				
16	Krankheit d. Mutter	1									1				
19	Vater seelisch krank	3													3
20	Trennung der Eltern	4				3					1				
21	Gewalt zw. d. Eltern	3													3
22	Emot. Vernachläss.	10				7			1				1		1
23	Trennung v.d.Familie	3				2					1				
24	Psychotische Episode	1									1				
25	Tod eines Kindes	1									1				
26	Bedroh. i.d. Kindheit	1													1
	Summen	103	4	1	2	17	4	2	12	3	21	7	1	3	24

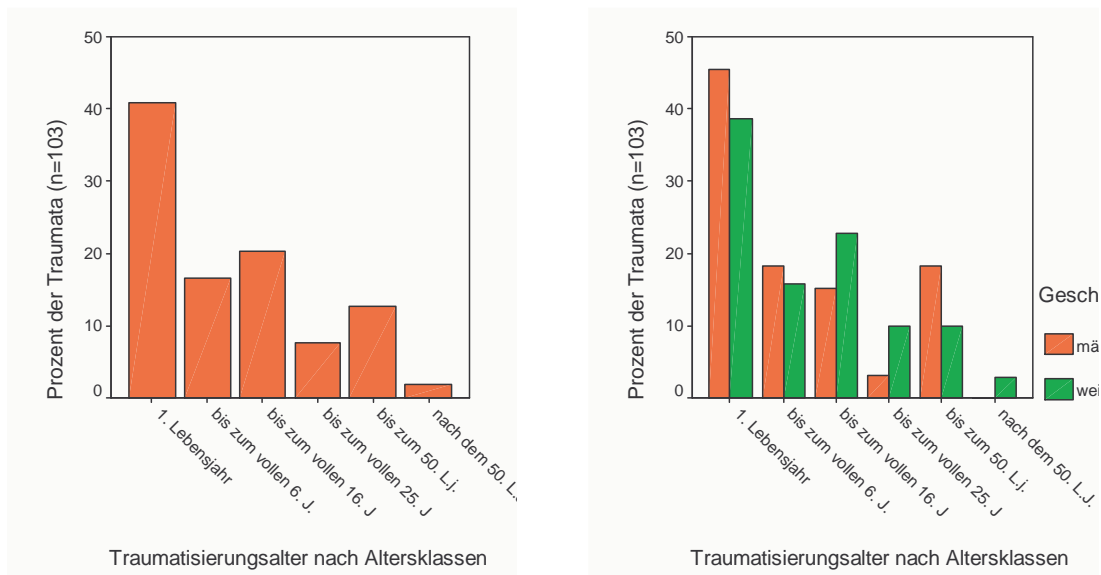
Anmerkung: Da zum Teil mehrere Traumata pro Patient geschildert wurden, übersteigt die Anzahl der Traumata (n=103) die Anzahl der Patienten mit Traumata (n=66)

5.5.1.3 Zeitpunkt der Traumatisierung im Lebenslauf

Von den dargestellten 103 Traumata setzten mehr als drei Viertel in Kindheit und Jugend vor dem 16. Lebensjahr ein. (77,7 %; M: 78,8 %; W: 77,1 %) S. auch Anhang: Tabelle 67: Traumatisierungsalter nach Altersklassen (Häufigkeitsverteilung).

Bemerkenswert ist, dass der Gipfel der Beginns traumatisierender Ereignisse bereits im ersten Lebensjahr liegt (40,8 %; M: 45,5 %; W: 38,6 %).

Abbildung 4: Diagramme -Zeitpunkt der Traumatisierung



5.5.1.4 Traumatisierungsdauer

Bei der Untersuchung der Einwirkungsdauer der potentiell traumatisierenden Belastungen fiel auf, dass die Mehrzahl der erfassten Traumata mit 56,3 % extrem lange, zumeist über die gesamte Kindheit und Jugend einwirkte. Am zweithäufigsten trat mit 28,2 % das punktuell einwirkende Akuttrauma in Erscheinung.

Tabelle 20: Traumatisierungsdauer (Häufigkeiten)

	n	%
Kurze Dauer (Akuttrauma)	29	28,2
Bis 8 Wochen	3	2,9
Bis 1 Jahr	11	10,7
Bis 4 Jahren	2	1,9
Lang anhaltend (ganze Kindheit)	58	56,3
Summen	103	100,0

5.5.1.5 Anzahl der Traumata je Person

66 traumatisierte Personen teilten sich 103 Traumata, die Hauptmenge entfiel dabei mit 59,1 % der betroffenen Personen auf Monotraumata.

Tabelle 21: Anzahl Traumata je Person

Traumata je Person	Anzahl der Personen	%	Anzahl der Traumata	%
1	39	59,1	39	37,9
2	22	33,3	44	42,7
3	2	3,0	6	5,8
4	1	1,5	4	3,9
5	2	3,0	10	9,7
>5	0	0,0	0	0,0
Summen:	66	100,0	103	100

5.5.1.6 Traumakategorie: Emotionale Vernachlässigung

Auf den ersten Blick ergab sich bei der Exploration der Häufigkeiten der einzelnen Traumakategorien (s. Anhang: Tabelle 63: Traumakategorien (Häufigkeit) mit und ohne PTBS) der paradox anmutende Befund, dass unter den Patienten mit Traumahistorie, aber ohne PTBS, das Kindheitstrauma der emotionalen Verwahrlosung häufiger aufzutreten schien als bei PTBS-Patienten (18,4 % bei annähernd ausgeglichener Geschlechtsverteilung versus 5,9 %.) Als Hintergrund dieses Befundes erwies sich aber ein systematischer Erfassungsfehler, der dadurch entstand, dass bei Vorliegen von kindlichen Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen die regelhaft zugrunde liegende emotionale Vernachlässigung/Verwahrlosung nicht immer eigens kodiert wurde, da sie gewissermaßen zumeist hinter den augenfälligeren größeren Traumata „versteckt“ war. Wenn man in den Fällen von sexuellen oder physischen Kindheitstraumata, bei denen die emotionale Vernachlässigung nicht erfasst war, diese als nachträgliche Korrektur einfügt, ergibt sich das folgende Bild:

Tabelle 22: Korrektur der Traumaprävalenz: Emotionale Vernachlässigung

Traumakategorie	Traumaexponierte <i>ohne</i> PTBS											
	Anzahl				Männlich				Weiblich			
	Traumata	%	Personen	%	Traumata	%	Personen	%	Traumata	%	Personen	%
Alle (vorher)	72	100,0	49	100,0	28	100,0	21	100,0	44	100,0	28	100,0
Alle (Neuberechnung)	98	100,0	75	100,0	39	100,0	32	100,0	59	100,0	43	100,0
Emotionale Vernachlässigung (vor Korrektur)	9	12,5	9	18,4	4	14,3	4	19,0	5	11,4	5	17,9
Emotionale Vernachlässigung (zusätzlich)	26		26		11		11		15		15	
Emotionale Vernachlässigung (Summen):	35	35,7	35	46,7	15	38,5	15	46,9	20	33,9	20	46,5

Traumakategorie	Traumaexponierte <i>mit</i> PTBS											
	Anzahl				Männlich				Weiblich			
	Traumata	%	Personen	%	Traumata	%	Personen	%	Traumata	%	Personen	%
Alle (vorher)	31	100,0	17	100,0	5	100,0	3	100,0	26	100,0	14	100,0
Alle (Neuberechnung)	40	100,0	26	100,0	14	100,0	12	100,0	35	100,0	23	100,0
Emotionale Vernachlässigung (vor Korrektur)	1	3,2	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	3,8	1	7,1
Emotionale Vernachlässigung (zusätzlich)	9		9		9		9		9		9	
Emotionale Vernachlässigung (Summen):	10	25,0	10	38,5	9	64,3	9	75,0	10	28,6	10	43,5

Nach der Korrektur bestehen vergleichbare Größenordnungen in beiden Gruppen. Die geschilderte Auffälligkeit trat somit nicht mehr in Erscheinung.

5.5.2 Prävalenz von PTBS

5.5.2.1 Überblick

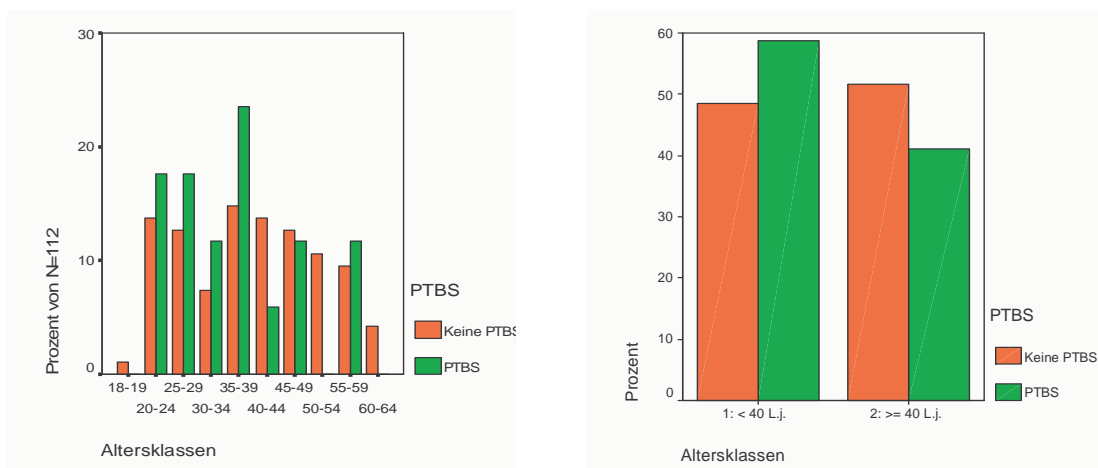
Eine manifeste PTBS- Symptomatik fand sich bei 17 (15,2 %) von den 112 Probanden der Stichprobe. Generell war erkennbar, dass nicht allein die Art des erlittenen Traumas den Ausschlag für die Entwicklung von PTBS gab, sondern die jeweilige individuelle Belastung, die durch Kindheitstraumata (76,5 % der Patienten), anhaltende Belastung (200 Wochen bis ganze Kindheit = 999; 76,5 % der Pat.), aber auch durch die Kombination mehrerer außerordentlich schwerer akuter traumatischer Lebensereignisse gegeben sein konnte. Insgesamt schien die durchschnittliche Traumahäufigkeit je Person bei PTBS-Fällen (1,82 vs. 1,47) etwas höher als bei der Gesamtheit der Traumaexponierten zu sein. Ein singuläres akutes Trauma war in unserer Stichprobe lediglich in einem von 17 Fällen ausreichend, eine posttraumatische Belastungsstörung herbeizuführen. (Einzelheiten s. Tabelle 24: Traumaexposition und -kategorien im Geschlechtervergleich und Tabelle 25: Traumacharakteristika bei Traumaexponierten mit und ohne PTBS)

5.5.2.2 Lebensalter und PTBS

Wir gingen der Frage nach, ob in unterschiedlichen Altersstufen die PTBS-Diagnose in unterschiedlicher Häufigkeit gestellt wurde. Bei der orientierenden Einteilung in Altersklassen (5-Jahres-Skalierung) wurde deutlich, dass die Mehrzahl der PTBS-Fälle vor dem 40. Lebensjahr in Erscheinung trat. Eine kontinuierliche Abnahme mit zunehmendem Lebensalter war aber nicht erkennbar. Zur Verdeutlichung des offenbar bestehenden Verteilungseffekts wurde die Stichprobe in zwei Hälften (<40 und \geq 40 Lebensjahre) geteilt. Zufällig ergab sich dabei eine exakte Halbierung der Population. Bei der Korrelationsprüfung ergab sich ein starker Zusammenhang zwischen dem Alter über 40 und einer deutlich geringeren PTBS-Prävalenz ($p = 0,000$;

Einzelheiten der Berechnung s. Anhang: Tabelle 68: Altersklassen (< 40 vs. ≥ 40) und PTBS; Chi-Quadrat-Test).

Abbildung 5: Diagramme PTBS und Altersklassen



5.5.3 Traumaprävalenz und Geschlechterdifferenz

Von den 46 Männern der Stichprobe waren 24 (52,0 %) traumaexponiert, aber nur 3 (entsprechend 12,5 % der exponierten Männer) zum Zeitpunkt der Untersuchung an PTBS erkrankt. Bei den Frauen war die Traumaprävalenz mit 42 Fällen deutlich höher (63,6 %). Auch die PTBS-Prävalenz wies geschlechtsspezifische Besonderheiten auf: Mit 14 weiblichen Fällen, entsprechend 33,3 % bezogen auf die Anzahl der traumaexponierten Frauen, ergab sich ein Mann-Frau-Verhältnis von knapp unter 3 zu 1.

Tabelle 23: Prävalenz von Trauma und PTBS nach Geschlechtern

	Alle	%	Männlich	%	Weiblich	%
Stichprobe	112	100,0	46	41,1	66	58,9
Traumaexponiert	66		24		42	
% der Stichprobe		58,9		21,4		37,5
% der Traumaexponierten (geschlechtsbezogen)		100,0		52,0		63,6
PTBS	17		3		14	
% der Stichprobe		15,2		2,7		12,5
% der PTBS		100,00		17,7		82,3
% der Traumaexponierten		25,8		4,7		21,2
% geschlechtsbezogen				12,5		33,3

Um diese Befunde in ihrer Bedeutung zu verstehen, war es notwendig, nach der Art der Traumata eingehender zu differenzieren. Insbesondere war die Beantwortung der Frage erforderlich, ob die bei weiblichen Personen vorliegenden traumatischen Erfahrungen sich quantitativ und qualitativ von denen der Männer unterschieden. Dabei ergab sich das folgende Bild:

Tabelle 24: Traumaexposition und -kategorien im Geschlechtervergleich

Traumakategorie	Anzahl	% der Expon.	% von N=112	M	% der Expon.	% von n=46	W	% der Expon.	% von n=66
Sexuelle Gewalt	4	6,1	3,6	0	0,0	0,0	4	9,5	6,1
Sexueller Missbrauch	14	21,2	12,5	1	4,2	2,2	13	31,0	19,7
Körperliche Gewalt	7	10,6	6,3	1	4,2	2,2	6	14,3	9,1
Körperliche Misshandlung	27	40,9	24,1	12	50,0	26,1	15	35,7	22,7
Unfallschaden	3	4,5	2,7	2	8,3	4,3	1	2,4	1,5
Tod des Partners	3	4,5	2,7	1	4,2	2,2	2	4,8	3,0
Eigene Krankheit	3	4,5	2,7	1	4,2	2,2	2	4,8	3,0
Krieg	2	3,0	1,8	0	0,0	0,0	2	4,8	3,0
Verbrechenszeuge	3	4,5	2,7	0	0,0	0,0	3	7,1	4,5
Tod eines Elternteils	10	15,2	8,9	4	16,7	8,7	6	14,3	9,1
Krankheit der Mutter	1	1,5	0,9	0	0,0	0,0	1	2,4	1,5
Vater seelisch krank	3	4,5	2,7	0	0,0	0,0	3	7,1	4,5
Trennung der Eltern	4	6,1	3,6	3	12,5	6,5	1	2,4	1,5
Gewalt zwischen den Eltern	3	4,5	2,7	1	4,2	2,2	2	4,8	3,0
Emotionale Vernachlässigung	10	15,2	8,9	4	16,7	8,7	6	14,3	9,1
Trennung von der Familie im Kindesalter	3	4,5	2,7	1	4,2	2,2	2	4,8	3,0
Psychotische Episode	1	1,5	0,9	1	4,2	2,2	0	0,0	0,0
Tod eines Kindes	1	1,5	0,9	1	4,2	2,2	0	0,0	0,0
Bedrohung in der Kindheit	1	1,0	0,9	0	0,0	0,0	1	2,4	1,5
Summen der Traumata:	103			33		100,0	70		
Anzahl der Traumaexponierten	66			24			42		
Stichprobe	112			46			66		
Durchschnittliche Anzahl Traumata je exponierter Person	1,56			1			1,7		
Sexuelle Gewalt im Kindes- oder Erwachsenenalter	18	100,0		1		5,6	17		94,4

Es fiel auf, dass sexuelle Traumatisierung im Kindes- und Erwachsenenalter nahezu ausschließlich von Frauen berichtet wurde (17 sexuelle Traumata bei Frauen vs. 1 bei einem Mann). Außerdem schien die durchschnittliche Anzahl von erlittenen Traumata (jeglicher Kategorie) mit 1,7 vs. 1,56 je Person bei Frauen etwas höher zu sein.

5.5.4 PTBS- Prävalenz und Geschlechterdifferenz

Zur weiteren Exploration der Daten erschien die Darstellung der Traumata der Patienten mit PTBS einer Betrachtung wert:

Tabelle 25: Traumacharakteristika bei Traumaexponierten mit und ohne PTBS

	Mit PTBS	%	Ohne PTBS	%
Anzahl Fälle:	17	100,0	49	100,0
Davon männlich:	3		21	
Davon weiblich:	14		28	
Anzahl Traumata:	31	100,0	72	100,0
Davon bei Männern			28	
Davon bei Frauen			44	
Durchschnitt/ Traumata je Person:	1,82		1,47	
Davon bei Männern	1,37		1,33	
Davon bei Frauen	1,67		1,57	
Traumata vor dem 16. L.j.	17	54,8	58	87,9
Patienten mit Traumata vor dem 16. L.j.	13	76,5	45	68,2
Man made Traumata:	21	67,7	62	86,1
Patienten mit man made Traumata:	15	88,2		
Akute Traumata:	15	48,4	27	37,5
Pat. <i>ausschließlich</i> mit akuten Traumata:	3	17,6	9	18,4
Traumata (Dauer >= 200 Wochen):	16	51,6	42	58,3
Pat. mit Traumata (Dauer >= 200 Wochen):	13	76,5	35	71,4
Sexuelle Traumata:	8	25,8	10	13,9
Patienten (m. u. w.) mit sexuellen Traumata:	7	41,2	9	18,4
Patientinnen mit sexuellen Traumata:	7	50,0	8	28,6

Sexuelle Traumata waren bei 41,2 % der PTBS-Patienten, zumeist neben anderen Traumata nachweisbar, bezogen auf die 14 weiblichen PTBS-Fälle stieg die Prävalenz auf 50 %. Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen sexueller Traumatisierung und PTBS war statistisch hochsignifikant ($p = 0,000$; Berechnung s. Anhang: Tabelle 64: Korrelationsprüfung Sexuelles Trauma -PTBS; Chi-Quadrat-Test)

Eine weitere Analyse dieser Phänomene war aufgrund der zu kleinen Stichprobe nicht statthaft. Insbesondere konnte keine Vergleichsgruppe mit sexuell traumatisierten Männern gebildet werden, da sich in der untersuchten Population lediglich ein einziger Fall fand, der dieses Kriterium erfüllte. Auch hinsichtlich der übrigen Traumtypen war mit wenigen Ausnahmen stärker besetzter Kategorien (körperliche Misshandlung, emotionale Vernachlässigung) aufgrund der geringen Stichprobengröße keine verlässliche statistische Aussage möglich.

5.5.5 Screening- Instrument: WZ-PTSD

5.5.5.1 SCL-90-R: Allgemeine Ergebnisse

Die vollständigen Datensätze mussten hier um 3 Probanden reduziert werden, da es in drei SCL-90-R-Fragebögen zu viele *missing data* gab. (1 Patient mit Trauma, ohne PTBS, 2 Patienten ohne Trauma).

Neben der Berechnung der gewichteten T-Werte für die einzelnen Cluster, sowie für die globalen Kennwerte, erfolgte auch die Rohwertbestimmung des WZ-PTSD (War-Zone-PTSD). Folgende Gruppen wurden gebildet und miteinander verglichen:

- Alle SCL-90-R-Ergebnisse,
- Patienten ohne Trauma,
- Patienten mit Trauma, mit und ohne PTBS,
- Patienten mit PTBS.

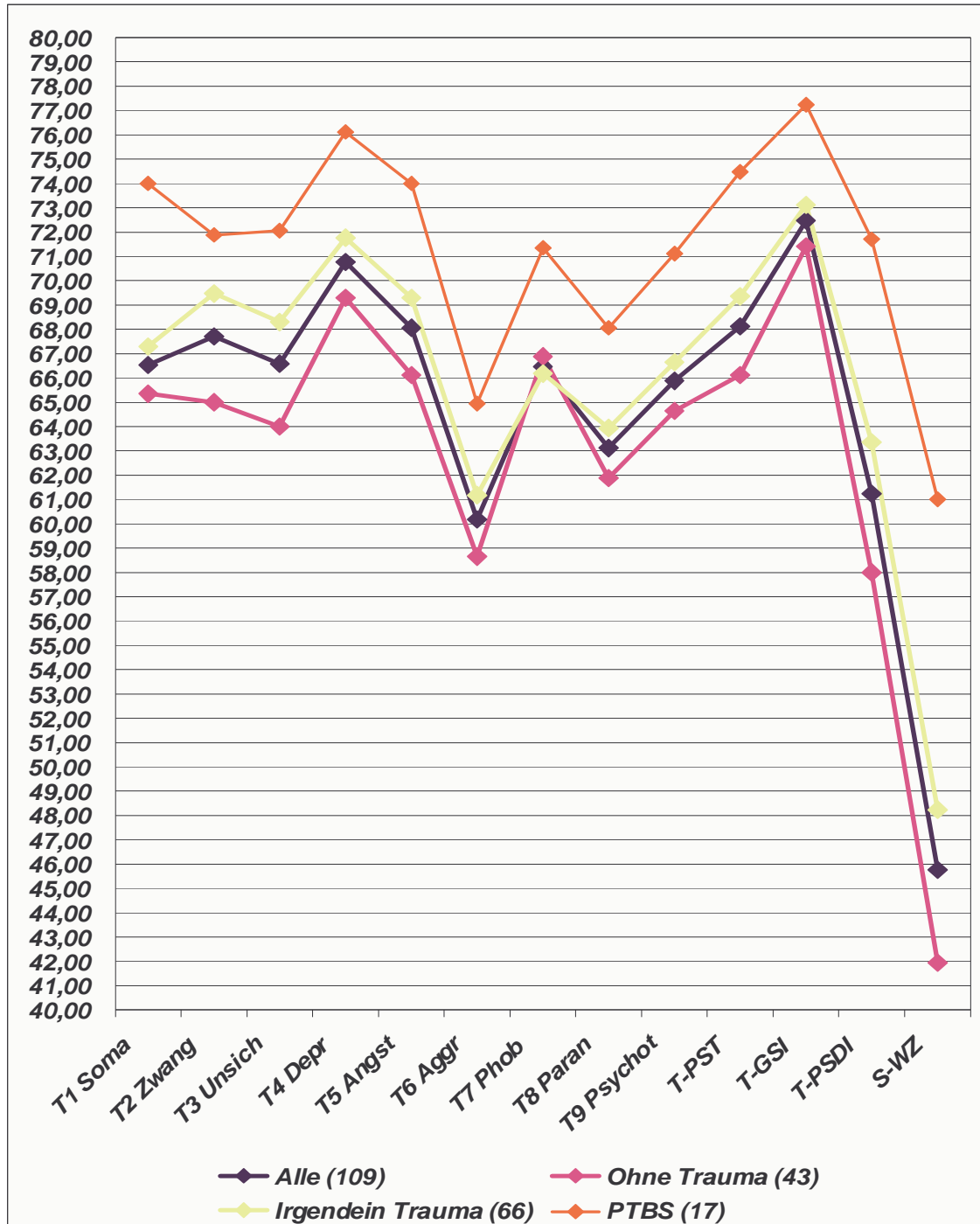
Wie an dem Diagramm (Abbildung 6: SCL-90-R, mittlere T-Werte und WZ-Rohwerte im Gruppenvergleich), in dem die Mittelwerte der Gruppen aufgetragen sind, deutlich wird, unterscheidet sich die PTBS-Gruppe deutlich von den Vergleichsgruppen in dem vorhandenen Maß der Symptombelastung, sowohl in Bezug auf jeden einzelnen T-Wert, als auch in Hinsicht auf die gewichteten globalen Kennwerte. Im T-Test für unabhängige Stichproben ergab sich eine hohe Signifikanz für die Cluster Somatisierung ($p < 0,002$), Angst ($p < 0,008$) und in geringerem Maße auch für den Cluster Psychotizismus (0,027). Im Übrigen stellte sich bei Anwendung der herkömmlichen Clustereinteilung keine Bevorzugung eines bestimmten Musters der Symptomausprägung dar. Es hatte dadurch den Anschein, als sei das Vorhandensein traumatischer Erfahrungen in der Vorgeschichte und auch das Vorhandensein der Diagnose PTBS vorrangig mit einer unspezifischen Zunahme der Symptombelastung

ohne wesentliche Clusterbevorzugung verknüpft. Dabei erwiesen die Unterschiede der globalen Kennwerte, dass die im Gruppenvergleich durchschnittlich erhöhte Symptombelastung sowohl durch eine vermehrte Anzahl von Symptomen als auch durch einen höheren Schweregrad je Symptom zustande kommt. Die Unterschiede erwiesen sich im T-Test für unabhängige Stichproben als signifikant (PST: $p < 0,01$; GSI: $p = 0,000$; PSDI: $p = 0,000$). (Berechnung s. Anhang: Tabelle 59: SCL-90-R/ Globale Kennwerte und WZ-PTSD/ Gruppenvergleich, sowie Tabelle 60: SCL-90-R/ Globale Kennwerte und WZ-PTSD/ T-Test)

5.5.5.2 WZ-PTSD

Ein deutlicher Unterschied ergab sich bei der Beurteilung der Rohwerte des WZ-PTSD, die sich im statistischen Mittel bei Patienten mit PTBS von allen übrigen Gruppen signifikant abhoben. (Differenz der Rohwert-Mittelwerte von 18,08 Punkten, T-Test für unabhängige Stichproben: $p < 0,003$.) Eine Geschlechterdifferenzierung ließ sich mit nur 3 männlichen von 17 PTBS-Patienten im Rahmen dieser Stichprobe nicht sinnvoll vornehmen.

Abbildung 6: SCL-90-R, mittlere T-Werte und WZ-Rohwerte im Gruppenvergleich

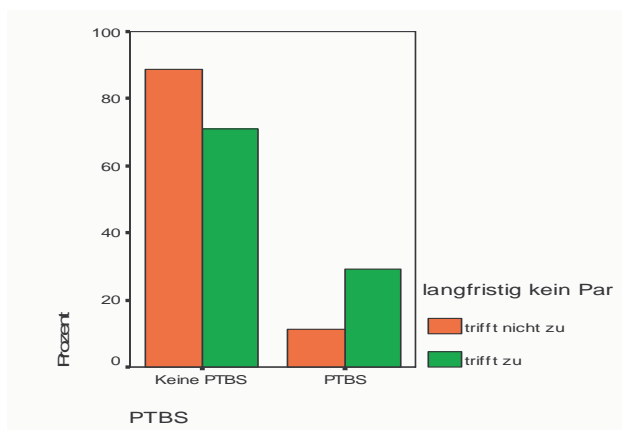


5.6 Weitere Ergebnisse

5.6.1 Partnerschaftssituation

Bei der Untersuchung der Partnerschaftssituation von PTBS- und Nicht-PTBS-Patienten fiel ein hochsignifikanter Zusammenhang ($p=0,000$) in Bezug auf längerfristige Partnerlosigkeit bei PTBS-Patienten (41,2 %) ins Auge. (Tabelle und Berechnung s. Anhang: Tabelle 45: Partnerschaftssituation mit und ohne PTBS; Chi-Quadrat-Test)

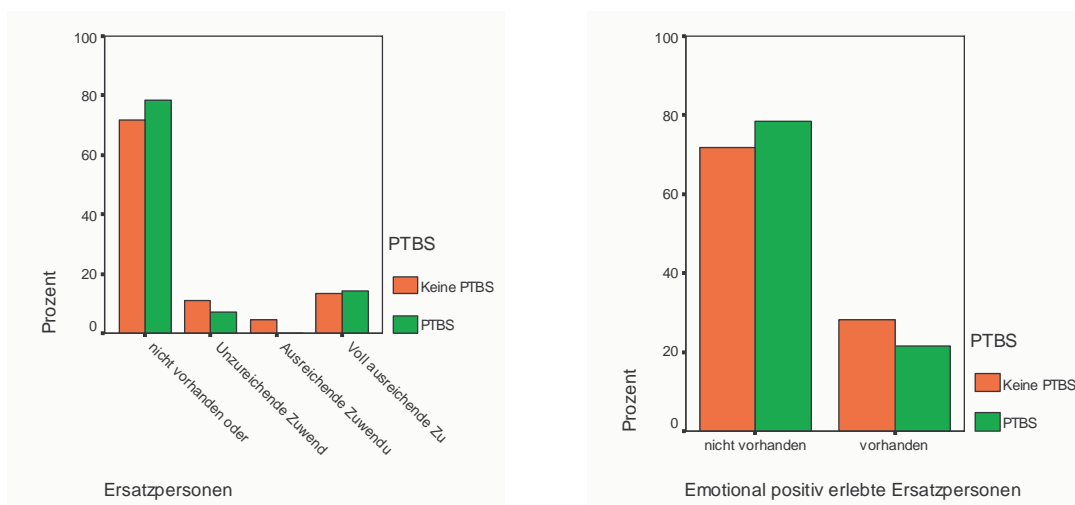
Abbildung 7: Diagramm Längerfristige Partnerlosigkeit bei PTBS und Nicht-PTBS



5.6.2 Der Einfluss von Ersatzpersonen

Die Betrachtung der Daten der Traumaexponierten mit und ohne Beziehung zu einer ausgleichenden, emotional positiv getönten Ersatzperson in Kindheit und Jugend führte erwartungsgemäß zu einer negativen Korrelation zwischen der Präsenz der Ersatzperson und der Ausbildung einer PTBS ($p = 0,000$; s. Anhang: Tabelle 66: Korrelation Ersatzpersonen und PTBS; Chi-Quadrat-)

Abbildung 8: Diagramm Ersatzpersonen und PTBS



5.6.3 Kindliche Belastungsfaktoren

Signifikante Häufigkeitsunterschiede fanden sich nur bei den Clustern *Sexueller Missbrauch*, *Tod eines Elternteils* und *Körperliche Misshandlung*. Diese gehen aber mit hohem Rang in die Berechnung des Summenwerts ein.

Tabelle 26: Kindliche Belastungsfaktoren/ Relevante Einzelcluster/ Häufigkeiten

	N=112		Kein PTBS (n=95)		PTBS (n=17)		Signifikanz (χ^2 -Test)
	n	%	n	%	n	%	
Sexueller Missbrauch	7	7,4	6	35,3	6	35,3	p = 0,000
Tod eines Elternteils	9	9,5	5	29,4	5	29,4	p = 0,000
Körperliche Misshandlung	30	31,6	7	41,2	7	41,2	p = 0,000

Der statistische Vergleich der Summenwerte der Gesamtbelastung mit dem T-Test für unverbundene Stichproben ergibt mit $p < 0,036$ (Berechnung s. Anhang: Tabelle 61: Kindliche Belastungsfaktoren Summenwert/ T-Test) ein signifikantes Ergebnis im Sinne einer positiven Korrelation zwischen dem Maß der Belastung und der Wahrscheinlichkeit von PTBS:

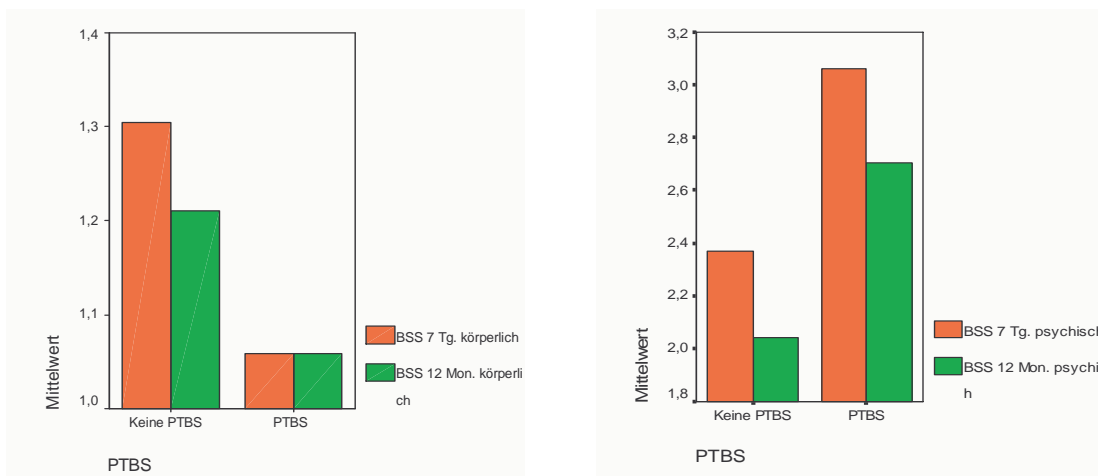
Tabelle 27: Kindliche Belastungsfaktoren -Summenwert/ PTBS/ Mittelwerte

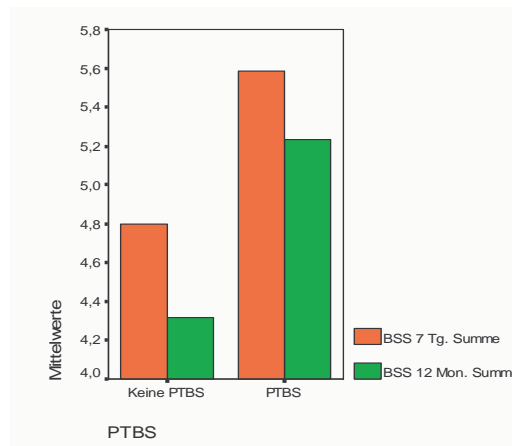
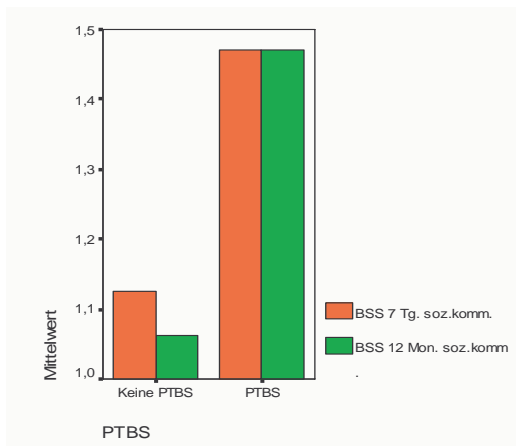
PTBS	N	Mittelwert	Standardabweichung
Summe (Keine PTBS)	95	284,42	177,904
Summe (PTBS)	17	389,41	178,158

5.6.4 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Wie sich an der grafischen Darstellung (Abbildung 9: Diagramme BSS - Mittelwertvergleiche PTBS vs. Nicht PTBS) erweist, traten bei der Exploration der BSS-Daten, getrennt für PTBS- und Nicht-PTBS-Patienten, in allen Dimensionen erhebliche Mittelwertunterschiede in Erscheinung. Dabei erschienen psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigungen wie auch die Summe aller Beeinträchtigungen mit PTBS positiv korreliert, während hinsichtlich der körperlichen Beschwerden eine negative Korrelation vorzuliegen schien. Durch die Bestimmung der ²-Korrelationskoeffizienten konnten sämtliche gegenteilig lautenden Nullhypothesen hochsignifikant verneint werden (p jeweils = 0,000). Berechnung s. Anhang: Tabelle 54: BSS -PTBS und Nicht PTBS; Chi-Quadrat-Test.

Abbildung 9: Diagramme BSS -Mittelwertvergleiche PTBS vs. Nicht PTBS

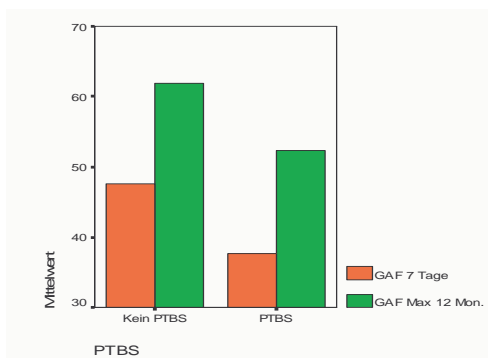


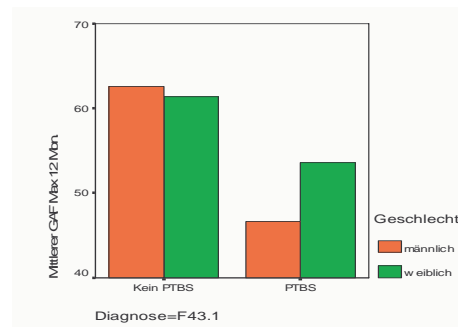
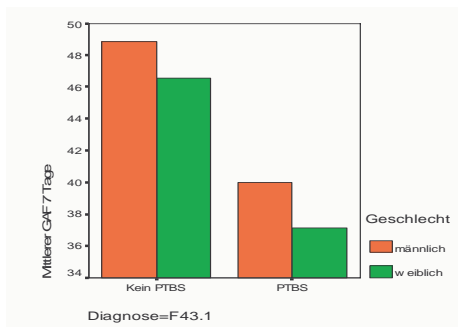


5.6.5 Global Assessment of Functioning (GAF)

Bei der Gegenüberstellung von Nicht-PTBS- und PTBS-Patienten zeigte sich bei letzteren ein signifikant niedrigeres globales Funktionsniveau mit einem Unterschied von im Mittel etwa 10 GAF-Punkten, sowohl bei der Betrachtung der vergangenen 7 Tage, als auch bei der Einschätzung des höchsten Funktionsniveaus der vergangenen 12 Monate. Auch bei geschlechtsdifferenter Betrachtung blieb der Unterschied bestehen. Die Nullhypothese, dass kein Zusammenhang zwischen den durchschnittlichen GAF-Werten der zwei verglichenen Gruppen besteht, kann mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = 0,000$ zurückgewiesen werden. (Berechnung s. Anhang: Tabelle 56: GAF und GAFmax bei PTBs und Nicht PTBS-Patienten/ T-Test)

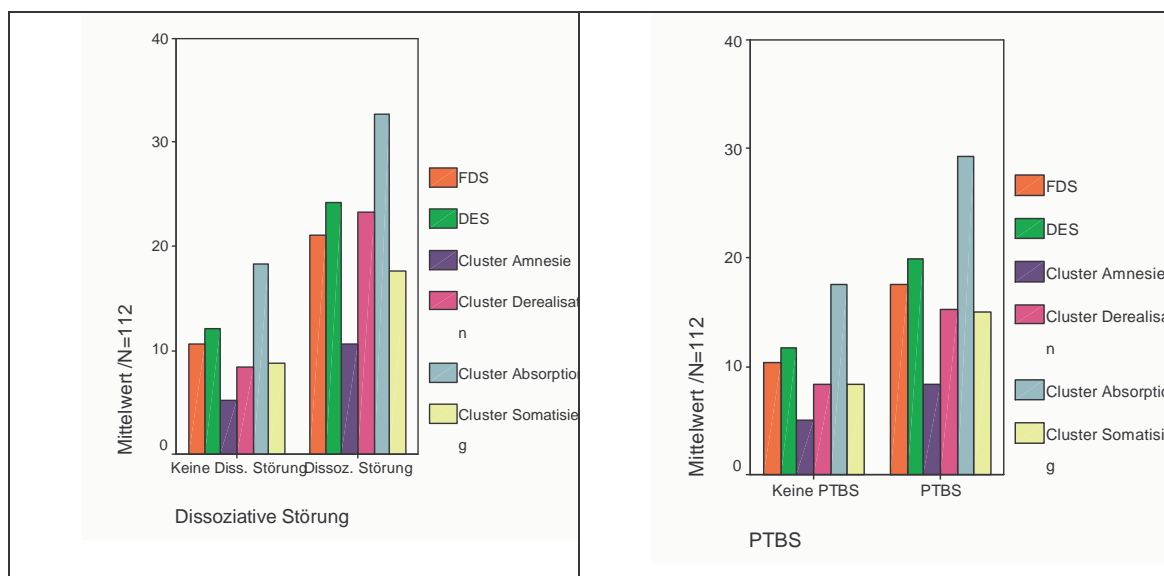
Abbildung 10: Diagramm GAF -PTBS vs. Nicht PTBS





5.6.6 Fragebogen für dissoziative Störungen (FDS)

Im FDS, der von allen Patienten ausgefüllt wurde, fanden sich erwartungsgemäß Mittelwertdifferenzen in allen Clustern zwischen den Patienten mit dissoziativen Störungen und der Gruppe ohne diese Diagnose. Ähnliche Unterschiede stellten sich auch bei der Gegenüberstellung der Gruppen *PTBS* und *Keine PTBS* dar:



Im T-Test erwies sich allerdings nur die Mittelwertdifferenz für den Cluster *Absorption* als signifikant: Cluster *Absorption* (Dissoziative Störungen vs. Nicht dissoziative Störungen): $p < 0,0$; Cluster *Absorption* (PTBS vs. Nicht PTBS): $p < 0,003$. (Berechnung s. Anhang: Tabelle 70: FDS: Summe und Cluster/ PTBS und

Nicht PTBS: T-Test, sowie: Tabelle 71: FDS: Summe und Cluster/ Dissoziative Störung (vorhanden/nicht vorh.): T-Test)

Bei der Definition des FDS-Cutoff-Werts mit M=20 wurden 15 Fälle (16,8 % von N=112) mit ausgeprägter dissoziativer Symptomatik identifiziert. Eine dissoziative Störung/ und oder PTBS wurde aber nur bei 5 (33,3 %) dieser Fälle gestellt. Unter diesen fand sich die nachfolgende Verteilung und Kombination von Diagnosen.

Tabelle 28: FDS M>20 -Patienten mit PTBS u./o. dissoziativer Störung

PTBS	Dissoziative Störung		N	Min.	Max.	Mittelwert	St.-Abw.
Keine	Keine Diss. St.	FDS	10	20,9	68,6	32,341	15,9556
PTBS	Diss. Störung	FDS	1	28,0	28,0	27,955	,
PTBS	Keine Diss. St.	FDS	1	26,4	26,4	26,364	,
	Diss. Störung	FDS	3	24,5	63,2	40,076	20,4019

Von den 17 PTBS-Patienten und den 8 Patienten mit dissoziativen Diagnosen der Stichprobe werden somit 5 (25 %) erkannt bei einer Rate falsch positiver Ergebnisse von 10 (8,9 % der Stichprobe).

Bei Beschränkung auf den Cluster Dissoziation (DES-Items) wird beim Cutoff-Wert M=20 lediglich ein weiterer Patient identifiziert:

Tabelle 29: DES M>20 -Patienten mit PTBS u./o. dissoziativer Störung

PTBS	Dissoziative Störung		N	Min.	Max.	Mittelwert	St.-Abw.
Keine	Keine Diss. St.	DES	10	21,79	67,86	35,7143	15,9556
PTBS	Diss. Störung	DES	1	30,00	30,00	30,0000	,
PTBS	Keine Diss. St.	DES	2	23,21	28,93	26,0714	4,04061
	Diss. Störung	DES	3	34,29	64,64	47,5000	15,55520

Wenn der Cutoff-Wert des FDS auf M=15 reduziert wird, steigt der Anteil der falsch positiven Nennungen (Reduktion der Spezifität) zwar von 10 auf 16 (14,3 % der Stichprobe), andererseits werden nun aber auch 10 Fälle (40 %) aus der Gruppe der PTBS und dissoziativen Störungen erkannt (Steigerung der Sensitivität).

Tabelle 30: FDS>15 -Patienten mit PTBS u./o. dissoziativer Störung

PTBS	Dissoziative Störung		N	Min.	Max.	Mittelwert	St.-Abw.
Keine	Keine Diss. St.	FDS	16	15,9	68,6	26,463	14,6429
PTBS	Diss. Störung	FDS	1	28,0	28,0	27,955	,
PTBS	Keine Diss. St.	FDS	6	15,2	26,4	19,318	3,7428
	Diss. Störung	FDS	3	24,5	63,2	40,076	20,4019

Die höchste Sensitivität mit 14 von 25 Fällen (56 %), aber auch die geringste Spezifität mit 32 (28,6 % der Stichprobe) falsch positiven Resultaten wurde erzielt, wenn mittels des Clusters *Absorption* diskriminiert wurde.

Tabelle 31: FDS/Absorption M>20 -Patienten mit PTBS u./o. dissoziativer Störung

PTBS	Dissoziative Störung		N	Min.	Max.	Mittelwert	St.-Abw.
Keine	Keine Diss. St.	Cl. Absorpt.	32	21,11	82,22	32,3958	14,06338
PTBS	Diss. Störung	Cl. Absorpt.	2	21,11	35,56	28,3333	10,21376
PTBS	Keine Diss. St.	Cl. Absorpt.	8	22,22	40,00	29,8611	6,83485
	Diss. Störung	Cl. Absorpt.	3	52,22	76,67	63,3333	12,37281

5.6.7 Impact of Event Scale (IES)

46 Traumata wurden mit dem Selbstbeurteilungsfragebogen IES bewertet. 24 IES-bewertete Traumata waren PTBS-Patienten zugeordnet, die übrigen 22 gehörten zu Patienten, bei denen diese Diagnose nicht gestellt wurde. Da der IES nur dann ausgegeben wurde, wenn klinische Hinweise auf eine aktuell wirksame Belastung erkennbar waren, sind die statistischen Maßzahlen im Gruppenvergleich wahrscheinlich weniger divergent, als wenn konsequent jedes potentiell traumatische Ereignis der Lebensgeschichte mit dem IES überprüft worden wäre. Da die Ergebnisse dennoch sehr signifikant sind, sollen sie hier mitgeteilt werden. Summenwerte und Einzelcluster waren im Mittel bei den Traumata der PTBS-Betroffenen doppelt so hoch wie bei den Traumata der Patienten ohne PTBS. Der für alle drei Kennwerte durchgeführte T-Test

erwies sich mit jeweils $p = 0,000$ als höchst signifikant. (Berechnung s. Anhang: Tabelle 69: IES/ PTBS/ T-Test)

5.6.8 OPD Achsen I-IV

Auf die Darstellung der gesamten OPD-Datenlage wurde verzichtet, da dies den Rahmen der Arbeit gesprengt hätte und zur Beantwortung der Fragestellungen nicht erforderlich war.

5.6.9 Diagnosen (OPD – Achse V)

5.6.9.1 Allgemeine Diagnosenverteilung

Bei Betrachtung der Hauptdiagnosen imponiert die mittelgradige Depression, ICD-10: F32.1 (21 von N=112; 18,8 %) als häufigste Diagnose, gefolgt von der Dysthymie, ICD-10: F34.1 und der posttraumatischen Belastungsstörung, ICD-10: F43.1 (jeweils $n=12$ von N=112, 10,7 %). Gemeinsam mit der Dysthymie ist die posttraumatische Belastungsstörung somit die am zweithäufigsten gestellte Hauptdiagnose nach der mittelgradigen Depression. Weitere Diagnosen von nennenswerter Häufigkeit sind die Panikstörung, ICD-10: F41.0 ($n=7$; 6,3 %), die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10: F45.4, die soziale Phobie ICD-10: F40.1 und die generalisierte Angststörung, ICD-10: F41.1 (jeweils $n=5$; 4,5 %).

Bei der Einbeziehung der Nebendiagnosen in die Betrachtung bleibt die mittelgradige Depression mit 25 (22,3 %) Fällen die häufigste Diagnose, an zweiter Stelle steht wiederum die Dysthymie, nunmehr mit 19 Nennungen (17,0 %), dicht gefolgt von der PTBS mit 17 Fällen (15,2 %). Bei der Einbeziehung der Achse B (Persönlichkeitsstörungen) wird die PTBS allerdings von der abhängigen Persönlichkeitsstörung (18 Nennungen, entsprechend 16,1 %) noch knapp übertroffen.

Wenn diagnostische Gruppen (unter Einbeziehung von Haupt- und Nebendiagnosen der Achse A und B) gebildet werden, stellt sich die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60, F61) mit 62 Fällen als größte Gruppe dar. Die nächste, nur wenig kleinere Gruppe konstituiert sich aus den affektiven Störungen mit depressiver Symptomatik (ICD-10: F3) mit 57 Fällen. Es folgen die Angststörungen (ICD-10: F40, F41) mit 26 Fällen, die PTBS mit 17 Fällen, die somatoformen Störungen (ICD-10: F45) mit 14 Fällen. Weiter ausdifferenziert wurden noch die dissoziativen Störungen (F44) mit 8 Fällen und die Ess-Störungen (F50) mit 6 Fällen.

5.6.9.2 Posttraumatische Belastungsstörung

In 17 von 112 Fällen (15,2 %) wurde die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt. Die Komorbidität wird anhand der nachfolgenden Tabelle deutlich. Am häufigsten tritt die mittelgradige Depression (F32.1) als komorbide Diagnose in Erscheinung (6 von 17, entsprechend 35,3 %).

Tabelle 32: Posttraumatische Belastungsstörung –Komorbidität

Geschlecht	Alter	Achse A Haupt-Dg.	Achse A Weitere Dg. 1	Achse A Weitere Dg. 2	Achse A Weitere Dg.3	Achse B Dg. 1	Achse B Dg. 2	Summen
m	51,9	F43.1	F54.13					
w	22,2	F43.1						
w	37,2	F43.1	F32.1					
w	39,3	F43.1	F32.1	F44.7		F60.7		
m	22,3	F43.1				F60.1		
w	28,5	F43.1	F32.1					
w	28,1	F43.1	F50.2					
w	27,8	F43.1						
w	31,5	F43.1						
w	33,7	F43.1						
w	23,2	F43.1	F44.81					
w	42,4	F43.1	F10.20	F41.0				12
w	39,1	F43.25	F43.1	F44.8		F61		
w	45,4	F32.1	F43.1			F60.7		
m	35,3	F54.15	F43.1					
w	57,9	F32.1	F43.1					4
w	45,2	F32.1	F10.1	F43.1				1
Summe (F43.1)								17

(Diagnose F43.1 hervorgehoben)

5.6.9.3 Dissoziative Störungen

Dissoziative Störungen wurden insgesamt 8 mal (7,1 %), davon 3 mal als Hauptdiagnose kodiert. Zweimal wurde die Diagnose einer Multiplen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F44.81) gestellt (1,8 %). Die F44 war am häufigsten mit Persönlichkeitsstörungen (5 mal F60, davon 3 mal F60.31) und mit der posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) kombiniert (in drei Fällen). Zweimal fand sich eine mittelgradige Depression, zweimal kam eine Ess-Störung (F50.1 und F50.2) hinzu.

Tabelle 33: Dissoziative Störungen – Komorbidität

Geschlecht	Alter	Achse A Haupt-Dg.	Achse A Weitere Dg. 1	Achse A Weitere Dg. 2	Achse A Weitere Dg. 3	Achse B Dg. 1	Summen
w	56,5	F44.88					
w	22,7	F44.81	F50.2			F60.31	
m	47,5	F44.88					3
w	23,2	F43.1	F44.81				
w	21,2	F32.1	F44.7			F60.31	2
w	26,5	F41.1	F50.1	F44.7		F60.31	
w	39,3	F43.1	F32.1	F44.7		F60.7	
w	39,1	F43.25	F43.1	F44.8		F61	3

(Diagnosengruppe F44 hervorgehoben)

5.6.9.4 Traumaanamnesen bei anderen Diagnosen

Uns interessierte die Fragestellung, ob und in welchem Umfang auch noch bei weiteren Diagnosen Traumata in der Vorgeschichte zu konstatieren waren. Dabei fanden wir bei den *affektiven Störungen*, (von denen lediglich die depressiven Störungen in der Stichprobe vertreten waren), einen Anteil von 61,4 % von Patienten mit Traumaanamnese, bezogen auf die Störungsgruppe ICD-10: F3 mit 44 Fällen (entsprechend 39,3 % der Stichprobe). Bei Betrachtung der Hauptdiagnosen und bei Einbeziehung der depressiven Störungen als Nebendiagnose blieb dieser Anteil konstant. Bei den zwei häufigsten Diagnosen dieser Gruppe fanden sich die folgenden Verhältnisse: Die mittelschwere depressive Episode (F32.1) wurde als Hauptdiagnose 21 mal, unter Einbeziehung der Nebendiagnosen 25 mal gestellt. Dies entspricht einem Anteil an der Stichprobe von 18,8 resp. 22,3 %. Bei 13 der entsprechenden Hauptdiagnosefälle (11,6 % der Stichprobe, 61,9 % von F32.1) waren Traumata nachweisbar. Die *Dysthymia* (F34.1) wurde als Hauptdiagnose 14 mal, als

Nebendiagnose weitere 5 mal diagnostiziert. Bei den Hauptdiagnose-Patienten waren 8 (57,1 %) von Traumata betroffen. Bei Einbeziehung der Nebendiagnosen fand sich lediglich ein einziger weiterer Patient mit Traumahistorie, so dass der Anteil auf 47,4 % absank.

Eine ähnliche Größenordnung fanden wir bei den *Persönlichkeitsstörungen* (ICD F60; F61), die sogar einen Anteil von 88,9 % erreichten, wenn nur diejenigen Fälle (n=9, 8 % der Stichprobe) in Betracht gezogen wurden, bei denen die Persönlichkeitsstörung die Hauptdiagnose darstellte (Hauptdiagnose auf Achse B). Bei der Betrachtung sämtlicher diagnostizierter Persönlichkeitsstörungen unabhängig vom Status der Hauptdiagnose, sei sie nun auf Achse A oder B gestellt worden, (n=62, 55,4 % der Stichprobe) reduzierte sich der Anteil der Patienten mit Traumaanamnese auf 59,7 %. Die Persönlichkeitsstörungen der Gruppe F60.3 (impulsiver *und* Borderline-Typus) waren mit 13 Fällen (als Haupt- oder Nebendiagnose) in der Stichprobe vertreten, bei 10 von ihnen (entsprechend 76,9 %) waren Traumata in der Vorgeschichte eruierbar.

6 Diskussion

6.1 Fehlermöglichkeiten und Begrenzungen der Studie

„Ein-Mann-Studien“ im psychosomatischen Feld sind grundsätzlich anfällig für systematische Fehler, die in der individuellen Sicht- und Vorgehensweise des Untersuchers begründet sind. Weitere Einflussfaktoren wurzelten in der Tatsache, dass es sich nicht um eine akademische Studie handelte, die sich ausschließlich oder vornehmlich nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten hätte ausrichten können. Statt dessen stand die Wahrnehmung der Patientenversorgung an einer klinischen Einrichtung im Vordergrund, so dass sich der Untersucher im Zweifelsfall stets für die Priorität der Patientenversorgung entscheiden musste, auch wenn im Einzelfall eine Vertiefung der Exploration in weiteren Gesprächsterminen wünschenswert gewesen wäre. Trotzdem dürfte die Aussagekraft der Studie in Hinsicht auf die genaue Einordnung des Einzelfalls bedeutsamer sein als diejenige von anonymen Fragebogen- oder Telefonbefragungen, wie sie nicht selten in repräsentativen Studien angewandt wurden.

Auch wenn durch das Studiendesign unter Einbeziehung von Selbstbeurteilungsskalen versucht wurde, das Risiko zu großer untersucherseitiger Subjektivität zu kontrollieren und der klinisch erfahrene Untersucher sich vorab Rater-Trainings unterzog (OPD und BSS), sind Fehler auch hier nicht ausgeblieben. Ein offensichtlicher Gegensatz in den Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen im Bereich der Körperbeschwerden weist auf das Vorliegen eines solchen systematischen Fehlers hin: Offenbar leiden PTBS-Patienten nach ihrer Selbsteinschätzung vermehrt unter körperlichen Beschwerden (SCL-90-R, Cluster 1: Somatisierung). Der Untersucher schätzte hingegen die körperlichen Beeinträchtigungen der PTBS-Patienten eher unterdurchschnittlich ein (BSS). Offenbar imponieren im Untersuchungsgespräch bei dieser Patientengruppe zumeist die psychischen und sozialkommunikativen Beschwerden, und die erheblichen somatischen Beschwerden werden spontan nicht geklagt. Eine systematische Abfrage eventueller körperlicher Beschwerden erfolgte oft aus Zeitgründen nicht.

Eine weitere Fehlerquelle könnte darin liegen, dass zeitgleich zur Erhebung an der Klinik eine Fachstation zur Behandlung traumatisierter Frauen aufgebaut wurde, so dass die Häufigkeit von Fällen mit entsprechenden Diagnosen in unserer Untersuchung höher sein könnte als in Kliniken und Ambulanzen, die über eine solche Spezialisierung nicht verfügen. Da die Inanspruchnahme aber weitgehend dem Regionalversorgungsauftrag entsprach, kann zumindest gefolgert werden, dass diese Klientel im Versorgungsgebiet vorhanden war und nicht überregional rekrutiert wurde. Auch nahm der Bekanntheitsgrad des psychotraumatologischen Angebots der Klinik in der Bevölkerung mit den Jahren erst langsam zu. Insgesamt glauben wir daher, dass der genannte Einflussfaktor sich in unserer Studie nicht maßgeblich ausgewirkt hat.

Das Ergebnis des Häufigkeitsunterschieds der PTBS-Diagnose zwischen den jüngeren und den älteren Patienten ist trotz der hohen Signifikanz nur beschränkt aussagefähig, da eine kontinuierliche Abnahme der Diagnosehäufigkeit mit dem Alter nicht nachgewiesen werden konnte. Für die Aussagekraft dieses Teilergebnisses spricht, dass die Mehrzahl der Traumatisierungen im ersten Lebensdrittel erfolgt, so dass davon auszugehen ist, dass mit zunehmendem Lebensalter diese Erfahrungen von den Patienten zumindest zum Teil integriert werden können. Andererseits zeigt die klinische Erfahrung, dass in hohem Alter oft Traumatisierungen der Jugend (etwa frühere Kriegserlebnisse) reaktiviert werden, so dass in sehr hohen Lebensjahren auch eine Häufigkeitszunahme von PTBS im Bereich des Möglichen liegt. Da unsere Studie Hochbetagte nicht erfasste, ist zu dieser Frage keine Aussage möglich.

Die extrem gute Übereinstimmung hoher IES-Werte mit der Diagnose PTBS ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass bei hohen Werten eine sorgfältige Nachexploration daraufhin erfolgte, ob eine PTBS vorliegen könnte. In diesem Sinne ist es als Screening-Instrument eingesetzt worden. Die gefundene Korrelation ist somit zum Teil auch in der Untersuchungsmethodik selbst begründet und spiegelt nicht unbedingt ausschließlich die Güte des Instruments. Immerhin wäre damit aber seine gute Eignung als Screeningverfahren auf PTBS bestätigt, auch wenn die Diagnose nicht

ausschließlich aufgrund der IES-Ergebnisse gestellt werden kann, da es nicht alle diagnostischen Kriterien der Störung abbildet.

Wie bereits bei der Darstellung der Ergebnisse dargelegt, entzog sich das kindliche Trauma „Emotionale Vernachlässigung“ in den meisten Fällen dann der Erfassung, wenn es durch vordergründigere „harte“ Traumata verdeckt wurde. Dabei ist es durchaus einer Überlegung wert, ob es sich dabei nicht um das wesentliche pathogene Agens handelt, da körperliche und sexuelle Gewalt sich nur in Familien ereignen, bei denen die emotionale und kommunikative Basis schwer gestört ist. Der eigentliche Übergriff ist häufig somit eher eines von mehreren Symptomen in einem gestörten Gefüge vieler Faktoren. Damit soll die grundsätzliche Schädlichkeit von sexueller und physischer Gewalt gegenüber Kindern aber nicht relativiert oder gar in Abrede gestellt werden, ganz gleich in welchem Kontext sie sich ereignen möge.

6.2 Beurteilung der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung

6.2.1 Inzidenz von Traumata

Erwartungsgemäß fanden wir einen höheren Anteil von Patienten mit Traumata als in der Allgemeinbevölkerung. Von den 112 Patienten, die Eingang in die Studie fanden, berichteten 66 über zumindest ein potentiell traumatisierendes Ereignis in der Vorgeschichte. Dies entspricht einem Anteil von Traumaexponierten von 58,9 % im Vergleich zu 21,4 % in der Münchener Prävalenzstudie (WITTCHEN et al. 1998), also einer etwa dreimal höheren Traumaprävalenz.

6.2.2 Prävalenz von PTBS

Unsere Erwartung, in höherem Umfang Patienten mit PTBS zu identifizieren, wurde ebenfalls bestätigt. Insgesamt wurde diese Diagnose 17 mal, entsprechend 15,2 % gestellt. In der Allgemeinbevölkerung fanden WITTCHEN et al. (1998) 1,3 %

Probanden mit dieser Diagnose, unter Einbeziehung von partieller PTBS 2,1 %. Die Häufigkeit von PTBS war also in unserer Stichprobe etwa zwölfmal, bzw. siebenmal höher als in der Allgemeinbevölkerung.

6.2.3 Traumaprävalenz und Geschlechterdifferenz

Unsere Annahmen hinsichtlich der geschlechtsbezogenen Verteilung von Traumaexposition wurden nicht bestätigt: Von 66 Traumaexponierten waren 42 weiblich, dies entspricht einem Anteil von 63,6 %. Da 58,9 % der Untersuchten aber Frauen waren, erwies sich der Unterschied in der Häufigkeit von Traumatisierung („irgendein Trauma“ zwischen den Geschlechtern nicht als signifikant ($p < 0,059$).

6.2.4 PTBS- Prävalenz und Geschlechterdifferenz

Höchst signifikant waren die Geschlechtsunterschiede bei PTBS mit 14 betroffenen Frauen vs. 3 Männern, sowohl bei Bezugnahme auf die Stichprobe ($N=112$; 12,5 % vs. 2,68 %) als auch bezogen auf den Anteil der Exponierten ($N=66$; 21,21 % vs. 4,55 %). Die Irrtumswahrscheinlichkeit lag jeweils bei $p=0,000$. Ebenfalls höchst signifikant ($p=0,000$) war die Korrelation zwischen sexuellen Formen von Traumatisierung hinsichtlich der Geschlechtsverteilung und bezogen auf die Entwicklung von PTBS: In 14 Fällen fand sich sexueller Missbrauch, in weiteren 4 Fällen sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter. Bei lediglich einem Missbrauchsfall war ein Mann betroffen. Unter den PTBS-Patienten fanden sich 41,2 %, die von sexuellen Traumata betroffen waren. Berechnet für die weiblichen Patienten mit PTBS-Diagnose stieg die Quote auf 50 %. Unter den Patienten ohne PTBS betrug die Häufigkeit sexueller Traumata lediglich 18,4 % (bei Frauen: 28,6 %). Die uns interessierende Frage, ob die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht per se einen Prädiktor für PTBS darstellt, konnten wir nicht klären, da wir in Ermangelung einer ausreichenden Zahl von männlichen PTBS-Patienten die unterschiedlichen Traumakategorien im Geschlechtervergleich nicht berücksichtigen konnten.

6.2.5 Screening- Instrument: WZ-PTSD

Unsere Hypothese, dass der WZ-PTSD unabhängig von der Art des Traumas mit PTBS korreliert, wurde signifikant bestätigt. ($p < 0,01$)

6.3 Vergleich mit anderen publizierten Daten

Bezogen auf die Prävalenzzahlen in der Allgemeinbevölkerung, wenn auch beschränkt auf Jugendliche und junge Erwachsene haben WITTCHEN et al. (1998) für Deutschland am Beispiel der Münchner Region das aussagefähigste Material vorgelegt. Wir orientieren uns im Vergleich unserer Zahlen mit den Häufigkeiten der Allgemeinpopulation daher vorrangig an dieser Studie. Als Prävalenz für PTBS wird hier von 1-3 % ausgegangen.

Tabelle 34: Vergleich Wittchen et al. 1998 und der hier vorgelegten Studie

	Wittchen et al. 1998: Allgemeinbevölkerung/ %	Studie Psychotherapeutische Vorschaltambulanz/ %
Traumaprävalenz	21,4 (m: 25; w: 17,7)	58,9 (m: 36,4; w: 62,7)
PTBS	1-3 %	15,2 (m: 2,7 ;w: 12,5)
PTBS-Prävalenz der Trauma- Exponierten: (Harte Kriterien)	7,8 (m: 1,6; w: 12,5)	25,8 (m: 12,5; w: 33,3)
Dito (weiche Kriterien)	12,5	
Traumtypen:		
Körperlicher Angriff	7,5 (m: 10,1; w: 4,9)	6,3 (m: 2,2; w: 9,1)
Ernsthafte Unfälle	5,4 (m: 6,6; w: 4,3)	2,7 (m: 4,3; w: 1,5)
Miterleben der Traumata anderer	3,6 (m: 4,6; w: 2,6)	-
Sexueller Missbrauch	2,0 (m: 0,3 %; w: 3,7 %)	13,6 (m: 2,2; w: 19,7)

Dass sich in unserer Studie eine höhere PTBS-Prävalenz von 15,2 % findet, entspricht den Erwartungen, da die Diagnose mit hohem Symptom- und Leidensdruck einhergeht, der zur vermehrten Inanspruchnahme von Strukturen des Gesundheitssystems führt. Auch dass die PTBS-Prävalenz der Traumaexponierten in einer klinischen Stichprobe größer ist, verwundert nicht, da traumaexponierte Gesunde sich nicht von sich aus an psychotherapeutische Einrichtungen wenden.

In Hinsicht auf die Differenzierung der Traumata finden sich in unserer Stichprobe relativ mehr Frauen als Opfer von körperlicher Gewalt. Wir nehmen an, dass dieser Unterschied soziokulturelle Geschlechterdifferenzen der subjektiven Verarbeitung von Gewalterfahrungen und der geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote spiegelt. Die Häufung sexuellen Missbrauchs in der Vorgeschichte von Angehörigen klinischer Populationen, auch in der von uns untersuchten, deutet darauf hin, dass diesem Trauma eine Markerfunktion für extrem gestörte Sozialisationsbedingungen zukommt, die zu späterer seelischer Erkrankung beitragen.

Ein Vergleich mit internationalen Prävalenzzahlen aus repräsentativen Studien erscheint nicht sinnvoll, da sich die Datenlage wie eingangs dargestellt aus unterschiedlichen Gründen sehr uneinheitlich präsentiert.

Aussagefähiger erscheint uns hingegen der Vergleich mit anderen Studien an klinischen Populationen. Dabei ergeben sich folgende Verhältnisse:

Die Studie von ELLERBROK et al. (1995) widmete sich nur einem einzelnen Ausschnitt möglicher Traumatisierungen; dem sexuellen Missbrauch. Die Autoren berichteten, dass zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären psychotherapeutischen Behandlung sexueller Missbrauch bei 28,5 % ihrer Patienten bekannt war. In unserer Studie ist der Anteil der Patientinnen mit sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte mit 12,5 % weniger als halb so groß. Dieser Unterschied lässt sich dadurch erklären, dass Patienten, die schließlich zur stationären Aufnahme kommen, wahrscheinlich schwerer gestört sind als das Klientel einer Vorschaltambulanz, bei dem zu einem höheren Anteil auch die Indikation zu weniger eingreifenden Behandlungsvarianten gestellt wird.

Die von EGGLE et al. (1997) mitgeteilten Prävalenzzahlen aus älteren internationalen Studien an klinischen Populationen zeigen folgende Verhältnisse:

Tabelle 35: Prävalenz von sexuellem Missbrauch in klinischen Populationen

Studie	Institution	Fallzahl	% kindlicher sexueller Missbrauch
Sheldon 1988	Psychotherapeutische Praxis	115	16 %
Jacobson 1987	Stationäre Psychiatrie	100	19 %
Surrey 1990	Psychiatrische Tagesklinik	140	28,6 %
Swett 1990	Psychiatrische Tagesklinik (nur Männer!)	125	13 %
Chu u. Dill 1990	Stationäre Psychiatrie	98	35,7 %
Brown & Anderson 1991	Stationäre Psychiatrie	947	12 %

Wir kommen in unserer Untersuchung den o.g. Daten von Sheldon (ambulante Psychotherapie) und von Swett (Tagesklinik) relativ nahe. Die Übereinstimmung mit Brown & Anderson (stationäre Psychiatrie) dürfte auf methodischen Unterschieden beruhen, da uns die von den Autoren mitgeteilte Prävalenzrate von 12 % für die genannte Klientel im Vergleich eher zu niedrig erscheint.

Die übrigen Prävalenzdaten für die einzelnen Varianten von Traumatisierung, die wir in unserer Studie sehr differenziert erhoben haben, können wir in Ermangelung entsprechender Untersuchungen zumindest an deutschen klinischen Populationen nicht vergleichen.

Behelfsweise mögen daher die Daten, die LIPSCHITZ et al. (1996). an psychiatrischen Ambulanzpatienten erhoben haben, zum Vergleich dienen:

Tabelle 36: Vergleich Lipschitz et al. 1996 und der hier vorgelegten Studie

	Lippschitz et al. 1996: Psychiatrische Ambulanz/ %	Studie: Psychotherapeutische Vorschaltambulanz/ %
Sexuelle und physische Gewalt	70	
Körperliche Misshandlung	34 (m = w)	24,1
Sexueller Missbrauch	44 (m: 18; w: 55)	12,5
Körperliche Gewalt (Erw.)	37	6,3
Sexuelle Gewalt (Erw.)	23	3,6

In Bezug auf das Trauma der körperlichen Misshandlung liegen in unserer Studie zumindest größenordnungsmäßig vergleichbar hohe Anteile vor. Der sexuelle Missbrauchsanteil ist bei uns deutlich niedriger. Vermutlich liegen hier unterschiedliche Definitionen zugrunde. Die unterschiedlichen Prävalenzen in Hinsicht auf körperliche und sexuelle Gewalt könnten kulturelle Unterschiede spiegeln.

Bezogen auf die Häufigkeit dissoziativer Störungen erreicht unsere Studie in etwa die von GAST et al. in Hannover (2001) beschriebenen Größenordnungen. Die Autoren weisen darauf hin, dass sie aus unterschiedlichen Gründen nicht alle Patienten untersuchen konnten, die im FDS-Screening über dem Cutoff-Wert lagen, so dass sie von einer wesentlich höheren wahren Prävalenz ausgehen. Unter der Annahme einer in Wirklichkeit doppelt so hohen Prävalenz, wie sie die Autoren für wahrscheinlich halten, werden die von uns ermittelten Werte näherungsweise erreicht. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich die untersuchten Populationen auch inhaltlich unterscheiden (psychiatrische vs. psychotherapeutische Patienten), so dass die grundsätzliche Vergleichbarkeit in Frage steht.

Tabelle 37: Vergleich Gast et al. 2001 mit der hier vorgelegten Studie

	Gast et al. 2001: Psychiatrische Pflichtversorgung stationär/ %	Studie: Psychotherapeutische Vorschaltambulanz/ %
Dissoziative Störungen	4,5	7,1
DID	0,9	1,8

Das mit höchster Signifikanz dargestellte Ergebnis unserer Arbeit in Bezug auf die Partnerschaftsverhältnisse bei PTBS-Patienten (etwa 40 % langfristig ohne Partner) entspricht den Erkenntnissen von BROWNE & FINKELHOR (1986), die bei sexuell Missbrauchten im Erwachsenenalter eine Rate von 40 % primär Unverheirateten fanden.

6.4 Bedeutung der eigenen Ergebnisse

Wir haben uns in unserer Untersuchung nicht darauf beschränkt, umschriebenen Fragestellungen wie der Prävalenz von sexuellem Missbrauch oder physischer Misshandlung nachzugehen, sondern waren an jeglicher Quelle und jeglicher Auswirkung von Traumatisierung interessiert. Insoweit hat unsere Untersuchung den Charakter einer deutschen Pilotstudie zur Frage der Prävalenz von Traumatisierung und deren seelischen Folgen in klinischen Populationen und bietet der weiteren Forschung erste Vergleichszahlen.

Unsere Ergebnisse sind darüber hinaus für den diagnostisch-psychotherapeutischen Umgang mit Patienten in Klinik und Praxis bedeutungsvoll.

Wie zu erwarten, ist der Anteil traumatisierter Patienten unter Psychotherapieinteressenten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hoch. Das gleiche gilt für die Anzahl der PTBS-Patienten. Die Traumagenese erschließt sich häufig erst bei gezielter Exploration und/oder der Anwendung traumaspezifischer Fragebogentests.

Angesichts der nachgewiesenen Häufigkeiten muss empfohlen werden, im Zuge der psychotherapeutischen Diagnostik in Ambulanzen, Praxen und Kliniken stets Traumata in der Vorgeschichte zu explorieren und auch die Frage der aktuell noch gegebenen seelischen Belastung durch stattgehabte Ereignisse zu prüfen. Wenn sich erweist, dass Patienten dabei stark emotional reagieren, sind Hilfen zur Distanzierung und Entspannung zu geben. Ggf. kann auf das Aufdecken allzu belastender Einzelheiten verzichtet werden, um nicht Retraumatisierungen Vorschub zu leisten. Dass sich die Exploration der Traumata in einer den Patienten wertschätzenden und Halt gewährenden Atmosphäre vollziehen sollte, muss nicht eigens betont werden. Ergänzend zur Anamnese sind Fragebögen als Screeninginstrumente, wie sie in unserer Studie verwendet wurden, außerordentlich hilfreich, auch wenn deren Spezifität und Sensitivität zu wünschen übrig lässt.

Die Verfeinerung der Diagnostik in Bezug auf posttraumatische Krankheitsbilder erscheint uns vor allem deshalb erforderlich, weil das Übersehen einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer höhergradigen dissoziativen Störung in der Diagnostik zur Anwendung ungeeigneter Therapiemethoden führt, da sich unmodifizierte Standardverfahren zur Behandlung von Patienten mit Traumapathologie nicht eignen und häufig zu Symptomverschlimmerungen oder zum Therapieabbruch führen.

Bei der Anamnese sollten die in der Studie erkannten Besonderheiten Berücksichtigung finden:

- Aspekte der emotionalen Vernachlässigung auch und gerade bei Vorliegen anderer „imponierender“ Traumata,
- häufige Störungen der Fähigkeit, Partnerschaften einzugehen und aufrecht zu erhalten, oft vergesellschaftet mit sexuellen Störungen,
- geschlechtsspezifische Besonderheiten in Bezug auf Traumahäufigkeit, Traumakategorie und Vulnerabilität für PTBS,
- Frage nach positiven Erfahrungen mit Dritten, die Defizite primärer Bezugspersonen ausgeglichen haben,
- ergänzende Nutzung von Selbsteinschätzungsfragebögen, insbesondere des IES zur Einstufung der Traumaschwere, auch wiederholt im Behandlungsverlauf, und des FDS zum Screening auf dissoziative Störungen.

Die deutliche Diskrimination von PTBS-Patienten mittels des WZ-PTSD könnte klinische Bedürfnisse erfüllen, bedarf aber noch weiterer Überprüfung an größeren Populationen. Die Berechnung des WZ-PTSD kommt als Screening-Verfahren in Betracht, um bei einer Stichprobe von Psychotherapiepatienten einen Hinweis auf das Bestehen einer PTBS zu geben. Der WZ-PTSD erwies sich in unserer Stichprobe als geeignet, die Mehrzahl (auch der nicht militärisch erzeugten) Varianten von PTBS abzubilden, unabhängig von deren Verursachung. Dieses Ergebnis dürfte von

praktischer und klinischer Bedeutung sein, da die SCL-90-R ein weit verbreitetes testdiagnostisches Verfahren darstellt und die zusätzliche Berechnung eines weiteren Clusters keinen großen Aufwand erfordert und bei vorhandenen Daten sogar retrospektiv erfolgen kann. Nach unserer (sicherlich noch unzureichenden) Datenlage wäre vorläufig ein Cutoff-Wert von 50 zu empfehlen. Bei diesem Wert kommen wir mit unseren Daten zu einer gerade noch ausreichenden Sensitivität von 65 %, verbunden mit einer Spezifität von etwa 35 %.

7 Fallbeispiele

7.1 Patientin C., 43 J., Komplexe PTBS

7.1.1 Anamnese

Zugangsweg: Sie komme auf Empfehlung von Bekannten, nachdem sie zum Teil in vorangegangenen Behandlungen ungünstige Erfahrungen gemacht habe. Ihr erster Therapeut sei extrem distanziert und kühl gewesen. Zuletzt sei sie bei einer Therapeutin gewesen, die mit Körperberührung gearbeitet habe. Das sei ihr hochgradig unangenehm gewesen. Die Erinnerungen an die kindlichen Missbrauchserfahrungen seien dabei in ihr aufgestiegen und sie habe seither eine Abneigung gegen Sexualität.

Erster Eindruck: Frau C. ist eine 43-jährige schlanke Frau mit deutlichen Zeichen von Hyperaktivität und Hektik. Sie kleidet sich konservativ, ihre Weiblichkeit eher verhüllend statt betonend, aber nicht ohne Geschmack. Sie wirkt sthenisch und zäh, verfolgt ihre Ziele mit Ausdauer.

Symptomatik: Sie sei Alkoholikerin und seit zwei Jahrzehnten trocken ohne Rückfall. Seit vier Jahren leide sie unter schweren Depressionszuständen. Sie sei vom Großvater ebenso wie ihre Schwester missbraucht und vom Vater misshandelt worden. Oft sehe sie die Missbrauchsbilder vor sich und könne nicht abschalten. Sie wisse jetzt, dass der damalige Alkoholmissbrauch et al. dazu gedient habe, diese Erinnerungen hintan zu halten. Sie wünsche jetzt, Befreiung von diesen quälenden Erinnerungsbildern zu finden. Außerdem neige sie zu Verlustängsten. Wenn die Familie morgens aus dem Haus gehe und sie alleine zurückbleibe, sei sie manchmal voller ängstlicher Unsicherheit darüber, ob sie die Angehörigen jemals wieder sehe. Sie wisse natürlich, dass dies Unsinn sei, aber sie könne sich nur schwer dagegen wehren. Manchmal steigern sich ihre Ängste auch zu heftigen Panikattacken mit Todesangst.

Kindheit: Sie sei als zweites von drei Kindern zur Welt gekommen. Die Kindheit sei vom vierten Lebensjahr an durch die Nachstellungen des Großvaters überschattet gewesen, der schließlich auch noch in die Familie zog. „Man spürt als kleines Kind, da ist etwas nicht okay. Und die anderen stehen daneben und schauen zu.“ Sie habe immer Rasierklingen bereitgehalten, um sich notfalls das Leben nehmen zu können, wenn sie

es nicht mehr aushalte. „Ich war immer das unmögliche Kind. Ich war immer laut, immer anstrengend.“ Im Vorschulalter habe sie keinen Streich ausgelassen. Später sei ihr ihre Fröhlichkeit vergangen. „Wenn ich den Alkohol schon mit 10 Jahren entdeckt hätte und nicht erst mit 16, wäre ich damals schon abhängig geworden.“ Es gebe noch einen jüngeren Bruder, der von beiden Eltern vermutlich als Jüngster und wegen seines Geschlechts hochgeschätzt gewesen sei.

Der **Vater** (+ 30 J.) sei verschlossen und starrsinnig gewesen, emotional sehr unzugänglich. Er habe sie oft und heftig geschlagen. Die Mutter des Vaters habe manchmal versucht, sie vor den Schlägen zu schützen. Gute Kindheitserinnerungen habe sie jedoch an seltene gemeinsame Fahrradtouren mit ihm. Heute habe sie zu den Eltern kaum noch Kontakt, könne die Unwahrhaftigkeit in der Beziehung nicht ertragen.

Die **Mutter** (+ 25 J.) sei immer nur auf Äußerlichkeiten bedacht gewesen. Sie habe nicht sie geliebt, sondern nur ihre Geschwister. „Meine Mutter hat mich niemals richtig in den Arm genommen, der Vater sowieso nicht. Die Mutter sei extrem sexualfeindlich gewesen. Sie habe sie niemals aufgeklärt. Nach ihrer Menarche habe sie nicht mehr mit Jungen auf der Straße spielen dürfen. Als sie mit 17 Jahren ihren ersten Freund gehabt habe, sei sie von ihr als Hure beschimpft worden.

Schule und Beruf: Nach dem Realschulabschluss habe sie eine Lehre zur Krankenschwester gemacht und in diesem Beruf auch mehrere Jahre gearbeitet. In den letzten Jahren sei sie nur noch gelegentlich ehrenamtlich tätig gewesen. Da ihre Tochter mittlerweile das Jugendalter erreicht habe, wolle sie nach Abschluss der Therapie auch wieder eine Arbeitsstelle finden.

Sexualität, Ehe und Familie: Der Ehemann sei emotional nur wenig zugänglich. Oft fühle sie sich von ihm sehr allein gelassen. In der Sexualität komme es meist zu Flashbacks. Sie könne nicht unbeschwert genießen. Gegenüber ihrer halbwüchsigen Tochter habe sie oft Schuldgefühle, weil sie glaubt, ihr als Mutter nicht immer gerecht geworden zu sein.

7.1.2 Psychodynamik der Erkrankung

Die Triebentwicklung kann nach den ersten Sitzungen noch nicht abschließend beurteilt werden. Das Vorliegen einer gravierenden Suchtanamnese kann einerseits auf eine (hypothetische) primäre Fixierung auf der oral-intentionalen Stufe zurückgeführt werden, (andererseits ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass es sich dabei vorwiegend um eine Coping-Strategie gegen traumatische Intrusionen handelt.) Die anaklitische Übertragungsd disposition und die Verlustängste sprechen immerhin auch für depressive Strukturanteile.

Die Ichfunktionen scheinen regelrecht entfaltet. Eine typische ichstrukturelle Störung, wie sie sonst gehäuft bei Suchtpatienten anzutreffen ist, liegt hier zumindest nicht vor.

Das Überich erscheint oberflächlich über weite Strecken integriert und abstrahiert. Unvermittelt können aber mit Täteraspekten identifizierte Überichanteile mit Hereinbrechen gravierender Schuld- und Schamgefühle wirksam werden.

Die Selbst- und Objektbilder erscheinen voneinander geschieden und ausreichend integriert. Es wird allerdings häufiger eine Tendenz zur Selbstabwertung als Folge der sich abzeichnende traumabedingten überich-Pathologie erkennbar.

Symptomauslösende Versuchs- und Versagungssituationen: Die üblichen Kriterien der Neurosenpsychologie sind hier nur beschränkt anwendbar. Sexuell getönte Situationen führen im Sinne der traumaspezifischen Triggerung zu Symptomverstärkung.

7.1.3 Diagnosen

Symptomatisch liegen Zustände von Depression, sowie dissoziative Zustände vor. Daneben besteht eine Panikstörung. Außerdem findet sich eine Störung der sexuellen Appetenz. In der (psychotraumatologischen) diagnostischen Nomenklatur von J. HERMAN liegt eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit vorwiegend intrusiver Symptomatik vor. Darüber hinaus finden sich bei psychoanalytischer

Betrachtung Hinweise auf hysterische, zwanghafte und narzisstische Strukturelemente, sowie ein Status nach gravierendem Suchtverhalten.

7.1.4 Kodierung nach ICD-10 und DSM-IV:

ICD-10: **F43.1** Posttraumatische Belastungsstörung,

ICD-10: **F10.20** Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent,

ICD-10: **F41.0** Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst).

DSM-IV: **309.81** Posttraumatische Belastungsstörung,

DSM-IV: **300.01** Panikstörung ohne Agoraphobie.

Eine dissoziative Störung sui generis wurde nicht kodiert, da keine schwerwiegenden dissoziativen Symptome erkennbar waren, die nicht zwanglos im Konzept der PTBS aufgegangen wären.

7.1.5 Datenlage

Die Beurteilung der **Achse I der OPD** (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) zeigt eine Patientin mit hohem Leidensdruck und ebenso hoher Motivation bei guter Ressourcenlage:

Eingabemaske: OPD - Achse I		
	Vorgangs-Nr.:	168
Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen		
I,1: Schweregrad des somatischen Befundes	0 nicht vorhanden	Fremdbeurteilung des aktuellen Befindens
I,2: Schweregrad des psychischen Befundes	3 hoch	Fremdbeurteilung des aktuellen Befindens
I,3: Leidensdruck	3 hoch	Subjekt. Leidensdruck - nicht Krankheitsschwere
I,4: Beeinträchtigung des Selbsterlebens	3 hoch	Inkongruenz: Krankheit - Selbstbild
I,5: Ausmaß der körperlichen Behinderung	1 niedrig	"Objektivierende" Einschätzung der Behinderung
I,6: Sekundärer Krankheitsgewinn	0 nicht vorhanden	Ubw. oder bw. soziale Vorteile
I,7: Einsichtsfähigkeit für Psychodynamik	3 hoch	Introspektionsfähigkeit
I,8: Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge	3 hoch	Nur bei organischer Erkrankung!
I,9: Einschätzung der geeigneten Psychotherapie	3 hoch	Selbsteinschätzung des Patienten!
I,10: Einschätzung der geeigneten Somatotherapie	9 nicht beurteilbar	Selbsteinschätzung des Patienten!
I,11: Motivation zur Psychotherapie	3 hoch	Bereitschaft und Interesse des Patienten
I,12: Motivation zur körperlichen Behandlung	0 nicht vorhanden	Bereitschaft und Interesse des Patienten
I,13: Compliance	3 hoch	Tatsächliche Mitarbeit des Patienten
I,14: Symptomdarbietung/ somatisch	1 niedrig	Nicht hoch bei Simulation oder Aggravation!
I,15: Symptomdarbietung/ psychisch	3 hoch	Nicht hoch bei Simulation oder Aggravation!
I,16: Psychosoziale Integration	3 hoch	Kontaktqualität privat und beruflich
I,17: Persönliche Ressourcen	3 hoch	Selbstwert? Lebensperspektiven? Optimismus?
I,18: Soziale Unterstützung	2 mittel	Emotionale und funktionelle Unterstützung.
I,19: Angemessenheit der subj. Beeinträchtigung	3 hoch	gemessen an durchschnittlicher Erwartbarkeit.

Auf der **Achse II der OPD** (Beziehung) wird die Widersprüchlichkeit des Übertragungsangebots und seiner Beantwortung in der Gegenübertragung deutlich:

Perspektive A: Das Erleben des Patienten		Perspektive B: Das Erleben des Untersuchers	
Der Patient erlebt sich immer wieder so, daß er		Der Untersucher erlebt, daß der Patient ihn immer wieder	
1. Nr.	3 besonders hilft, versorgt und beschützt	1. Nr.	1 besonders bewundert und idealisiert
2. Nr.	11 angreift und bedroht	2. Nr.	7 mißtrauisch kontrolliert
3. Nr.		3. Nr.	
Der Patient erlebt an d e r e immer wieder so, daß sie		Der Untersucher erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, daß er	
1. Nr.	5 Ansprüche und Forderungen stellt	1. Nr.	3 besonders hilft, versorgt und beschützt
2. Nr.	17 seine Selbständigkeit besonders betont	2. Nr.	4 belehrt und bevormundet
3. Nr.		3. Nr.	

Die Konfliktstruktur der Patientin wird auf der **Achse III der OPD (Konflikt)** erkennbar:

1: Abhängigkeit versus Autonomie	3 vorhanden und sehr bedeutsam	1	1
2: Unterwerfung versus Kontrolle	2 vorhanden und bedeutsam	2	2
3: Versorgung versus Autarkie	2 vorhanden und bedeutsam	3	3
4: Selbstwertkonflikte (Selbst- versus Objektwert)	3 vorhanden und sehr bedeutsam	4	4
5: Über-Ich- und Schuldkonflikte	2 vorhanden und bedeutsam	5	5
6: Ödipal- sexuelle Konflikte	1 vorhanden und wenig bedeutsam	6	6
7: Identitätskonflikte	0 nicht vorhanden	7	7
8: Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung	0 nicht vorhanden	8	8
9: Konflikthafte äußere Lebensbelastungen	3 vorhanden und sehr bedeutsam	9	9
10: Modus der Verarbeitung	vorwiegend aktiv		
		Wichtigster Konflikt	2. wichtigster Konflikt

Auf der Achse **IV der OPD** kommt die Struktur der Patientin zur Darstellung:

1.1: Selbstwahrnehmung:	1 gut integriert
1.2: Selbststeuerung:	2 mäßig integriert
1.3: Abwehr:	2 mäßig integriert
1.4: Objektwahrnehmung:	1 gut integriert
1.5: Kommunikation:	1 gut integriert
1.6: Bindung:	2 mäßig integriert
<hr/>	
2: Gesamteinschätzung der Struktur:	1 gut integriert

Die **kindlichen Belastungsfaktoren** erreichen nominell eine beträchtliche Höhe:

Belastungsfaktor:	Punktwert:
Emotional schlechte Beziehung zu den Eltern	160
Schwerer sexueller Missbrauch	160
Tod eines Elternteils	0
Körperliche Misshandlung	130
Chronische Krankheit oder Behinderung der Mutter bis zum 14. Lebensjahr	0
Chronische Krankheit oder Behinderung des Vaters bis zum 14. Lebensjahr	0
Seelisch nervliche Probleme/ Suchtproblem der Mutter	0
Seelisch nervliche Probleme/ Suchtproblem des Vaters	0
Trennung/ Scheidung der Eltern	0
Chronische familiäre Disharmonie mit körperlicher Gewalt zwischen den Eltern	0
Beruflich angespannte Eltern von klein auf	0
Chronische familiäre Disharmonie ohne körperliche Gewalt zwischen den Eltern	50
Finanziell unsichere Situation während der ersten 7 Lebensjahre	0
Geringer Altersabstand zum nächsten Geschwister	25
Summe:	525

Die zwei **Traumata Sexueller Missbrauch durch den Großvater**, lange anhaltend (999; man-made, chronisch) und *Körperliche Misshandlung durch den Vater*, lange anhaltend (999; man-made, chronisch) sind identifizierbar. Darüber hinaus bestand auch eine emotionale Vernachlässigung, die nicht eigens kodiert wurde.

Das Missbrauchstrauma führte im **IES** zu einem Belastungsscore von 49, entsprechend einer schweren Belastung. (Vermeidung: 20; Intrusion: 29) Das Misshandlungstrauma wies einen Score von 28 auf. (Vermeidung: 16; Intrusion: 12)

Im **FDS** lag die Patientin knapp über dem Cut-off-Wert für dissoziative Störungen:

Ergebnisse (Cut-off-Wert: 25):					
Amnesie	Absorption	Derealisation	Somatisierung	Dissoziation = DES	FDS-Gesamtscore
10	40	23,3	27,8	28,9	26,36

An den T-Werten des **SCL-90-R** und dem **WZ-PTSD** werden in der Einschätzung der Patientin in allen Bereichen extreme Symptombelastungen deutlich, die weder in diesem Maße noch in dieser Breite im Interview in Erscheinung getreten waren.

Vorg ID	SCL Nr	Gender	Age	Traum pos.	PTSD	T1 Soma	T2 Zwang	T3 Unsich	T4 Depr	T5 Angst	T6 Aggr	T7 Phob	T8 Paran	T9 Psychot	T-PST	T-GSI	T-PSDI	S-WZ
168	131	w	42,40	1	1	80	80	75	80	80	79	77	64	80	80	80	80	90

7.1.6 Verlauf

Es wurde durch den Erstuntersucher eine tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie von 120 Behandlungsstunden über 4 Jahre durchgeführt, die in der ersten Behandlungsphase durch imaginative Stabilisierungsübungen und in der zweiten Behandlungsphase durch EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing nach F.SHAPIRO) unterstützt wurde. In einem wechselhaften Therapieverlauf, der auch durch tiefe suizidale Krisen führte, gelang es der Patientin nach und nach, sich von den quälenden Erinnerungen zu befreien und ihre Erfahrungen zu versprachlichter Geschichte werden zu lassen. Ihre Schuld- und Schamgefühle schwanden und sie vermochte sich insbesondere in ihrer Familie angemessener zu behaupten. Zum Ende der Behandlung konnte mit Ausnahme der zwar gemilderten, aber noch bestehenden sexuellen Störung keine weitere Diagnose mehr gestellt werden. Rückblickend war wahrscheinlich die Aufrechterhaltung einer guten haltenden Beziehung mit angemessener Abstandsregulation maßgeblich an dem Erfolg beteiligt. Ohne die guten Ressourcen der Patientin einerseits und die Einführung traumaspezifischer Therapieparameter andererseits wäre dieser Aspekt aber

wahrscheinlich nicht ausreichend gewesen. Die Therapie wurde kurz erst vor Abschluss der Studie beendet, so dass eine Langzeitkatamnese noch nicht vorgelegt werden kann.

7.2 Fallbeispiel: Patientin T., 24 J., DID, BPS

7.2.1 Anamnese

Erster Eindruck: Frau T. ist eine mittelgroße 24-jährige Frau, die nicht unattraktiv wirken würde, wenn sie nicht massives Übergewicht hätte und sich im „Gruftie-Look“ (schwarz mit abschreckenden Schmuck- und T-Shirt-Motiven) kleiden würde. In ihrer Selbstdarstellung ist sie sehr wechselhaft, mal glaubt man es mit einem kleinen schüchternen Kind, mal mit einer halbwüchsigen verwahrlosten Prostituierten, mal mit einer durchaus differenzierten Erwachsenen zu tun zu haben

Angaben der Patientin: Sie leide unter wiederkehrenden „Zuständen“. Oft wisse sie gar nicht, was vorgefallen sei, merke aber am veränderten Verhalten der Anderen ihr gegenüber, dass sie „eigenartig“ gewesen sei. Sie habe oft starke Gedächtnislücken. Durch Alkohol werden solche Zustände gebahnt, können aber auch ohne Alkohol auftreten. Sie könne unvermittelt obszön und verführerisch sein, aber auch aggressiv bis zur Tobsucht. Oft verletze sie sich selbst mit zahlreichen oberflächlichen Schnitten an wechselnden Körperstellen. Sie verbrenne sich auch mit Zigaretten an den Händen und nehme oft große Mengen von Abführmitteln ein, um den Auswirkungen ihrer massiven Essanfälle auf ihr Körpergewicht entgegen zu wirken. Die wechselnden Zustände seien ihr mit jeweils eigener Namensgebung vertraut. In ihrem Kopf (nicht außerhalb) höre sie häufig Stimmen unterschiedlicher Personen verschiedenen Alters.

Die **Kindheit** der Patientin erscheint durch zahlreiche emotionale Vernachlässigungs- und sexuelle Gewalterfahrungen gekennzeichnet, wobei unterschiedliche Täter einschließlich und/ oder mit der Duldung der Mutter in Erscheinung treten. Eine differenzierte Anamneseerhebung zu diesen Erinnerungen erfolgt zunächst nicht, um einer Retraumatisierung der Patientin nicht Vorschub zu leisten. Sie wuchs als drittes und letztes Kind einer Hausfrau und eines Postbeamten auf. Es gebe noch zwei Brüder (+ 10 und + 5 J.). Schützende, Geborgenheit vermittelnde Bezugspersonen haben nicht zur Verfügung gestanden. Erinnerungen an die Einzelheiten der Kindheitsjahre treten nur episodisch ins Bewusstsein, etwa an einen Krankenhausaufenthalt im 6. Lebensjahr, der mit Kälteempfindungen und Panikgefühlen einherging.

Ihr **Vater** (+ 30 J.) neige dazu, sie schadenfroh und gehässig auszulachen. Immer rede er zotenhaft über Sexuelles, mache andauernd Anspielungen.

Ihre unter einer manifesten seelischen Erkrankung leidende **Mutter** (+ 25 J.) sei sexuell übergriffig, wolle sie immer „anpacken“. Sie fasse sie überall an, küsse sie auf den Mund. Der Vater sage dann, sie solle sich nicht so anstellen. Oft habe sie noch mit 18, 19 Jahren im Bett der Eltern auf der Seite der Mutter geschlafen. Die Mutter sei selbst auch sehr wechselhaft und unberechenbar. Die Mutter sei selbst wohl auch vernachlässigt und missbraucht worden, auch von der eigenen Mutter. „Mein Vater hatte keine Mutter, meine Mutter hatte keinen Vater.“ Sie wisse, dass der Kontakt zur Mutter nicht gut für sie sei, andererseits erlebe sie Schuldgefühle, wenn sie sich zu distanzieren versuche. Die Mutter setze sie dadurch unter Druck, dass sie ihr vermittele, sterben zu müssen, wenn die Tochter ihr ihre Liebe nicht durch die Duldung weiterer Übergriffe beweise.

Schule und Beruf: Frau T. hat einen Hauptschulabschluss erzielt. Versuche einer Ausbildung in unterschiedlichen Berufen scheiterten nach kurzer Zeit. Seit mehreren Jahren lebt sie in einem Wohnheim für psychisch Kranke und war nicht mehr berufstätig. In der Wohnsituation kam es durch das Zusammenleben mit psychotischen Patientinnen immer wieder zu starken Spannungen, die mit Eskalation der Symptomatik und zahlreichen stationären Kriseninterventionen in mehreren psychiatrischen Kliniken einhergingen.

Sexualität und Beziehungserfahrungen: Sie habe seit dem 16. Lebensjahr mit einem über 30 Jahre älteren verheirateten Betreuer ihrer ehemaligen Jugendgruppe eine episodische sexuelle Beziehung. In manchen Zuständen wisse sie, dass ihr dies nicht gut tue, sondern einer missbräuchlichen Situation entspreche, in anderen Zuständen wiederum bemühe sie sich aktiv um Kontakt zu diesem Mann. Ihre Mutter habe von Anfang an um dieses heimliche Verhältnis gewusst und es aktiv unterstützt. Zurzeit habe sie alle Beziehungen zu diesem Mann und seinem Umfeld abgebrochen, wisse aber nicht, was sie tue, wenn sich der Mann wieder bei ihr melde. Im Kontakt zu ihm werde sie plötzlich immer wieder ganz klein und hilflos.

Krankheitsanamnese: Fr. T. ist bereits mehrfach in psychiatrischen Kliniken und psychosomatischen Facheinrichtungen kurz- und längerdauernd stationär behandelt

worden. Die dissoziative Hauptdiagnose und die Persönlichkeitsdiagnose wurden dabei jeweils bestätigt.

7.2.2 Psychischer Befund und Psychodynamik

Frau T. ist im Zustand des Vorherrschens erwachsener Persönlichkeitsanteile allseits orientiert und bewusstseinsklar. Die akustischen Halluzinationen entsprechen nach Art und Ausprägung keiner schizophrenen Symptombildung. Auch finden sich keinerlei Symptome ersten Ranges. Zeitweise besteht Suizidalität, die zu Klinikeinweisungen Anlass gibt. Der Kontakt zum Untersucher ist grundsätzlich gut, aber nicht frei von Misstrauen und Zurückhaltung und dadurch immer wieder gefährdet. Störungen des Kontakts durch negative Übertragungen müssen immer wieder vorrangig angesprochen werden. Die Introspektionsfähigkeit erscheint noch rudimentär, grundsätzlich aber weiter entfaltbar.

In unterschiedlichen Ichzuständen erscheinen die Ichfunktionen auf jeweils unterschiedlichem Niveau. Insgesamt findet sich aber eine stark verminderte Spannungstoleranz, starke Reize werden vorwiegend durch Zustandswechsel beantwortet, was das Überleben des Systems zwar einerseits sichert, andererseits aber eine fortschreitende Integration verhindert. Die Identitätsspaltung erfasst auch den Überich und Ichideal-Bereich, so dass je nach vorherrschendem Ichzustand unterschiedliche Überichstrukturen vorherrschen.

An den Selbst- und Objektrepräsentanzen treten alle Kennzeichen der Borderline-Pathologie im Sinne der interpersonalen Abwehrmechanismen Spaltung, Selbst- und Fremdentwertung bis zur Dämonisierung, Externalisierung, projektive Identifikation deutlich in Erscheinung.

Eine deutliche Akzentuierung der Symptomatik mit Suizidalität, selbstverletzendem oder fremdaggressivem Verhalten tritt bei Triggerung durch Szenarien auf, die sexueller Gewalt entsprechen oder sie an solche erinnern. In einigen ihrer „Zustände“ sucht sie solche Reize selbst aktiv auf. Möglicherweise verdient sie sich zeitweise Geld als Prostituierte.

7.2.3 Diagnosen

Es handelt sich um eine multiple Persönlichkeitsstörung (dissoziative Identitätsstörung), wahrscheinlich infolge anhaltender und früh einsetzender massiver kindlicher Traumatisierung. Phänomenologisch lässt sich parallel eine Borderline-Persönlichkeitsstörung kodieren. Die Symptome beider Störungen überlappen hier sehr deutlich. Bulimisches Essverhalten und Abführmittelabusus wie auch selbst verletzendes Verhalten und Suizidalität sind Einzelsymptomaspekte aus einer vielschichtigen und bunten Palette.

7.2.4 Kodierung nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10: **F44.81** Multiple Persönlichkeitsstörung,

ICD-10: **F50.2** Bulimia nervosa,

ICD-10: **F60.31** Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ,

DSM-IV: **300.14** Dissoziative Identitätsstörung,

DSM-IV: **307.51** Bulimia nervosa,

DSM-IV: **301.83** Borderline-Persönlichkeitsstörung,

7.2.5 Datenlage

Die Beurteilung der **Achse I der OPD** (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) zeigt hoch beeinträchtigte Patientin mit hohem Leidensdruck und mäßiger Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitarbeit, sowie geringer Ressourcenlage.

I,1: Schweregrad des somatischen Befundes	2 mittel	Fremdbeurteilung des aktuellen Befindens
I,2: Schweregrad des psychischen Befundes	3 hoch	Fremdbeurteilung des aktuellen Befindens
I,3: Leidensdruck	3 hoch	Subjekt. Leidensdruck - nicht Krankheitsschwere
I,4: Beeinträchtigung des Selbsterlebens	3 hoch	Inkongruenz: Krankheit - Selbstbild
I,5: Ausmaß der körperlichen Behinderung	2 mittel	"Objektivierende" Einschätzung der Behinderung
I,6: Sekundärer Krankheitsgewinn	9 nicht beurteilbar	Ubw. oder bw. soziale Vorteile
I,7: Einsichtsfähigkeit für Psychodynamik	2 mittel	Introspektionfähigkeit
I,8: Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge	2 mittel	Nur bei organischer Erkrankung!
I,9: Einschätzung der geeigneten Psychotherapie	3 hoch	Selbsteinschätzung des Patienten!
I,10: Einschätzung der geeigneten Somatotherapie	0 nicht vorhanden	Selbsteinschätzung des Patienten!
I,11: Motivation zur Psychotherapie	2 mittel	Bereitschaft und Interesse des Patienten
I,12: Motivation zur körperlichen Behandlung	0 nicht vorhanden	Bereitschaft und Interesse des Patienten
I,13: Compliance	9 nicht beurteilbar	Tatsächliche Mitarbeit des Patienten
I,14: Symptomdarbietung/ somatisch	1 niedrig	Nicht hoch bei Simulation oder Aggravation!
I,15: Symptomdarbietung/ psychisch	3 hoch	Nicht hoch bei Simulation oder Aggravation!
I,16: Psychosoziale Integration	1 niedrig	Kontaktqualität privat und beruflich
I,17: Persönliche Ressourcen	1 niedrig	Selbstwert? Lebensperspektiven? Optimismus?
I,18: Soziale Unterstützung	1 niedrig	Emotionale und funktionelle Unterstützung.
I,19: Angemessenheit der subj. Beeinträchtigung	2 mittel	gemessen an durchschnittlicher Erwartbarkeit.

Auf der Achse II der OPD (Beziehung) erkennt man die Schwierigkeiten der Kontaktgestaltung bei dieser schwer gestörten Patientin:

Perspektive A: Das Erleben des Patienten

<p>Der Patient erlebt s i c h immer wieder so, daß er</p> <p>1. Nr. <input type="text" value="14"/> ignoriert</p> <p>2. Nr. <input type="text" value="30"/> sich abschottet und unzugänglich macht</p> <p>3. Nr. <input type="text"/></p>	<p>Der Patient erlebt a n d e r e immer wieder so, daß sie</p> <p>1. Nr. <input type="text" value="6"/> bestimmt und beherrscht</p> <p>2. Nr. <input type="text" value="10"/> ausbeutet und manipuliert</p> <p>3. Nr. <input type="text" value="29"/> sich absondert</p>
--	---

Perspektive B: Das Erleben des Untersuchers

<p>Der Untersucher erlebt, daß d e r P a t i e n t ihn immer wieder</p> <p>1. Nr. <input type="text" value="12"/> zurückweist</p> <p>2. Nr. <input type="text" value="29"/> sich absondert</p> <p>3. Nr. <input type="text"/></p>	<p>Der Untersucher erlebt s i c h gegenüber dem Patienten immer wieder so, daß er</p> <p>1. Nr. <input type="text" value="13"/> im Stich läßt</p> <p>2. Nr. <input type="text" value="28"/> die Flucht ergreift</p> <p>3. Nr. <input type="text"/></p>
--	---

Mögliche beziehungs-dynamische Formulierung (optional)

Durch umfangreiche Dissoziationen, auch während des Gespräches, macht sich die Patientin weitgehend unerreichbar. Die Komplexität und Schwere des Zustandes und der Traumatisierung ahnend, hält sich der Therapeut in seinem Kontaktangebot ebenfalls stark zurück.

Die Einschätzung der Konfliktstruktur wird auf der **Achse III der OPD (Konflikt)** erkennbar:

1: Abhängigkeit versus Autonomie	3 vorhanden und sehr bedeutsam	1	1
2: Unterwerfung versus Kontrolle	3 vorhanden und sehr bedeutsam	2	2
3: Versorgung versus Autarkie	1 vorhanden und wenig bedeutsam	3	3
4: Selbstwertkonflikte (Selbst- versus Objektwert)	2 vorhanden und bedeutsam	4	4
5: Über-Ich- und Schuldkonflikte	9 nicht beurteilbar	5	5
6: Ödipal- sexuelle Konflikte	9 nicht beurteilbar	6	6
7: Identitätskonflikte	2 vorhanden und bedeutsam	7	7
8: Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung	2 vorhanden und bedeutsam	8	8
9: Konflikthafte äußere Lebensbelastungen	1 vorhanden und wenig bedeutsam	9	9
10: Modus der Verarbeitung	gemischt, eher passiv		
		Wichtigster Konflikt	2. wichtigster Konflikt

Auf der Achse **IV der OPD** wird das stark beeinträchtigte Strukturniveau der Patientin erkennbar. Obwohl keine Psychose-Diagnose vorliegt, rechtfertigt die Schwere des Störungsbildes die Vergabe des Merkmalsgrads *desintegriert* in einigen Strukturaspekten:

1.1: Selbstwahrnehmung:	4 desintegriert
1.2: Selbststeuerung:	4 desintegriert
1.3: Abwehr:	4 desintegriert
1.4: Objektwahrnehmung:	3 gering integriert
1.5: Kommunikation:	3 gering integriert
1.6: Bindung:	3 gering integriert
2: Gesamteinschätzung der Struktur:	4 desintegriert

Die **kindlichen Belastungsfaktoren** erreichen hier fast maximale Werte:

Belastungsfaktor:	Punktwert:
Emotional schlechte Beziehung zu den Eltern	160
Schwerer sexueller Missbrauch	160
Tod eines Elternteils	0
Körperliche Misshandlung	130
Chronische Krankheit oder Behinderung der Mutter bis zum 14. Lebensjahr	0
Chronische Krankheit oder Behinderung des Vaters bis zum 14. Lebensjahr	0
Seelisch nervliche Probleme/ Suchtproblem der Mutter	130
Seelisch nervliche Probleme/ Suchtproblem des Vaters	130
Trennung/ Scheidung der Eltern	0
Chronische familiäre Disharmonie mit körperlicher Gewalt zwischen den Eltern	80
Beruflich angespannte Eltern von klein auf	0
Chronische familiäre Disharmonie ohne körperliche Gewalt zwischen den Eltern	0
Finanziell unsichere Situation während der ersten 7 Lebensjahre	0
Geringer Altersabstand zum nächsten Geschwister	0
Summe:	790

Die **Traumata**: Identifizierbar war als Einzeltrauma der sexuelle Missbrauch durch die Mutter und im Jugendalter durch den Jugendwart (allerdings erst nach dem 16. Lebensjahr). Zahlreiche weitere Traumata wurden in unterschiedlichen Bewusstseinszuständen immer wieder angedeutet, ohne konkret deutlich zu werden. Der **IES** wurde durch die Patientin nicht ausgefüllt.

Im **FDS** lag die Patientin über dem Cut-off-Wert $M=25$ für dissoziative Störungen, sowohl im DES-Cluster als auch im Summendurchschnitt FDS, die Cluster Absorption und Derealisation waren besonders hoch auffällig. Der Cluster Amnesie war hier wahrscheinlich deshalb relativ niedrig, weil die Amnesien in einzelnen Bewusstseinszuständen vollständig ausgeblendet waren und der Patientin noch nicht einmal als Lücken des Erlebens gegenwärtig blieben:

Ergebnisse (Cut-off-Wert: 25):					
Amnesie	Absorption	Derealisation	Somatisierung	Dissoziation = DES	FDS-Gesamtscore
7,5	35,56	41,7	27,8	30	27,95

An den T-Werten des **SCL-90-R** und dem **WZ-PTSD** werden hier in vielen Bereichen extreme Symptombelastungen deutlich. Die Einschätzung des Untersuchers im Interview wird dadurch bestätigt.

T1 Soma	T2 Zwang	T3 Unsich	T4 Depr	T5 Angst	T6 Aggr	T7 Phob	T8 Paran	T9 Psychot	T-PST	T-GSI	T-PSDI	S-WZ
67	79	80	80	79	79	71	74	80	80	80	80	63

7.2.6 Verlauf

Im Zuge einer fünfjährigen supportiven Psychotherapie beim Untersucher gelang es, eine mäßige Stabilisierung auf geringem Niveau herbeizuführen. Die Frequenz und Schwere der Selbstverletzungen nahm langsam ab, ebenso wie die Häufigkeit der Klinikaufnahmen. Der immer wieder sich als schädlich erweisende Kontakt zur Ursprungsfamilie konnte von der Patientin nach und nach reduziert werden. Das Verhältnis zum Jugendwart wurde nach einigen „Rückfällen“ eingestellt. Frau T. zog schließlich (entgegen der Empfehlungen der Betreuer und des Therapeuten) aus dem Wohnheim aus. Es gelang ihr wenig später, sich durch das Eingehen einer Beziehung zu einem ebenfalls strukturell schwer gestörten Partner sozial auf niederem Niveau zu stabilisieren, indem sie ihn in Hilfs-Ich-Funktion nutzte.

8 Danksagung

Mein erster und innigster Dank gilt meiner Familie, die durch meine beruflichen Aktivitäten über Jahrzehnte vielerlei Einbußen unterworfen war. Auch die vorliegende Promotionsarbeit hat dazu beigetragen, dass ich mich Frau und Kindern weniger widmen konnte, als ich für wichtig und notwendig gehalten hätte. Dennoch bin ich nicht mit Vorwürfen, sondern stattdessen mit tatkräftiger Unterstützung und moralischer Ermunterung bedacht worden. Hierfür danke ich insbesondere meiner Frau besonders herzlich, die mir auch bei der Dateneingabe und der Durchsicht des Manuskripts zur Seite gestanden hat.

Herrn Prof. Heuft, der mir als „Spätberufenem“ noch eine Promotionschance eingeräumt hat, diese Arbeit betreut hat und mir viele wertvolle Anregungen zur Verfügung gestellt hat, danke ich nicht minder herzlich.

Ebenfalls gebührt Dank für freundliche Unterstützung und vertrauensvolle Gewährung von Einblick in Testmaterialien noch vor deren offizieller Veröffentlichung: Herrn Prof. Freyberger und Herrn Dr. Spitzer (FDS) und Frau Dr. Ursula Gast (SCID-D).

Für viele Anregungen zum therapeutischen Umgang mit den betroffenen Patientinnen und Patienten und zur Entwicklung klinischer Behandlungskonzepte danke ich meinen Lehrern Frau Dr. Luise Reddemann und Herrn Prof. Ulrich Sachsse.

Nicht zuletzt danke ich auch meinen Patientinnen und Patienten, die mich am besten gelehrt haben und weiterhin lehren, was es in der Psychotraumatologie zu lernen und zu verstehen gibt.

Dinslaken, den 18. März 2004

Wilfried Callenius

9 Lebenslauf

10 Literatur

- 1) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV Deutsche Ausgabe, bearbeitet durch Saß, H; Wittchen, HU; Zaudig, M* Göttingen, Bern, Toronto u.a. (Hogrefe) 1996.
- 2) ARBEITSKREIS OPD (Hrsg.): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Hans Huber) 1996.
- 3) BARWINSKI FÄH, R.: *"Psychisches Trauma" - ein unmögliches Konzept.* In: *Psychotraumatologie*, 2. Jg. (2000), S. keine Seitenangaben (Online-Dokument).
- 4) BENDER, D.; LÖSEL, F.: *Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und und Bewältigung von Misshandlung und Vernachlässigung.* Aus: Egle, Ulrich T.; Hoffmann, Sven O.; Joraschky, Peter (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* Stuttgart, New York (Schattauer) 1997. S. 35-53.
- 5) BEUTEL, M.: *Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung in der Bewältigung von Alltagsereignissen und Lebensbelastungen.* In: *Psychother Psychosom med Psychol*, 39. Jg. (1989), S. 452-462.
- 6) BLANZ, B.: *Psychosoziale Faktoren und kindliche Entwicklung - Zum Stand der Forschung.* In: *Nervenheilkunde*, 17. Jg. (1998), S. 75-79.
- 7) BOSCARINO, J.A.: *Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care.* In: *Psychosom Med*, 59. Jg. (1997), S. 605-614.
- 8) BRESLAU, Naomi: *Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder.* Aus: Yehuda, R. (Hrsg.): *Psychological trauma* Washington, DC (American Psychiatric Press) 1998. (=Review of Psychiatry. Vol. 17) S. 1-29.
- 9) BRESLAU, N.; KESSLER, R.; CHILCOAT, H. D. : *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area Survey of trauma.* In: *Arch Gen Psychiatry*, 55. Jg. (1998), S. 626-632.

- 10) BRETT, E.: *The classification of posttraumatic stress disorder*. Aus: van der Kolk, B.A.; McFarlane, A.C.; Weisaeth, L. (Hrsg.): *Traumatic Stress The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York, London (The Guilford Press) 1996. S. 117-128.
- 11) BROSIUS, F.: *SPSS 11* Bonn (mitp Verlag) 2002.
- 12) BROWNE, A; FINKELHOR, D: *Impact of child sexual abuse: a review of the literature*. In: *Psychol Bull*, 99. Jg. (1986), S. 66-77.
- 13) CREAMER, M.; BURGESS, P.; MCFARLANE, A.C.: *Post- traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being*. In: *Psychol Med*, 31. Jg. (2001), S. 1237-1247.
- 14) DAVIDSON, J.R.T.; HUGHES, D.; BLAZER, D.G. : *Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study*. In: *Psychol Med*, 21. Jg. (1991), S. 713-772.
- 15) DRIESSEN, M.; BEBLO, T.; REDDEMANN, L.; RAU, H.: *Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung*. In: *Nervenarzt*, 73. Jg. (2002), H. 9, S. 820-829.
- 16) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe) 1996.
- 17) DULZ, B., LANZONI, N.: *Die multiple Persönlichkeit als dissoziative Reaktion bei Borderlinestörungen*. In: *Psychotherap*, 41. Jg. (1996), S. 17-24.
- 18) ECKHARDT, A.; HOFFMANN, S.O.: *Dissoziative Störungen*. Aus: Egle, Ulrich T.; Hoffmann, Sven O.; Joraschky, Peter (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* Stuttgart, New York (Schattauer) 1997. S. 225-236.
- 19) EGLE, Ulrich T.; HOFFMANN, Sven O.; JORASCHKY, Peter (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* Stuttgart, New York (Schattauer) 1997.

- 20) EGLE, Ulrich T.; HOFFMANN, Sven O.; STEFFENS, Markus: *Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend* Aus: Egle, Ulrich T.; Hoffmann, Sven O.; Joraschky, Peter (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* Stuttgart, New York (Schattauer) 1997. S. 3-20.
- 21) EGLE, Ulrich T.; NICKEL, Ralf: *Kindheitsbelastungsfaktoren bei somatoformen Störungen* In: *Z Psychosom Med Psychother*, 44. Jg. (1998), H. 1, S. 21-36.
- 22) ELLERBROK, Gabriele; HEUFT, Gereon; SENF, Wolfgang: *Zur Prävalenz sexuellen Mißbrauchs in der Vorgeschichte stationärer Psychotherapiepatienten* In: *Psychotherap*, 40. Jg. (1995), S. 9-16.
- 23) ENGFER, A.: *Gewalt gegen Kinder in der Familie*. Aus: Egle, Ulrich T.; Hoffmann, Sven O.; Joraschky, Peter (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* Stuttgart, New York (Schattauer) 1997. S. 21-34.
- 24) FERRING, D.; FILIPP, S.-H.: *Teststatistische Überprüfung der Impact of Event-Skala: Befunde zu Reliabilität und Stabilität*. In: *Diagnostica*, 40. Jg. (1994), S. 344-362.
- 25) FISCHER, G.; RIEDESSER, P.: *Lehrbuch der Psychotraumatologie* München (Ernst Reinhardt) o.J.
- 26) FLATTEN, G.; HOFMANN, A.; LIEBERMANN, P.; WÖLLER, W. : *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart (Schattauer) 2001. (= Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- 27) FRANKE, G.: *SCL-90-R. Die Symptom- Checkliste von Derogatis. Deutsche Version*. Göttingen (Beltz Test GmbH) 1995.
- 28) FREYBERGER, Harald J.; SPITZER, Carsten; STIEGLITZ, Rolf-Dieter : *Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES)* In: *Psychother Psychosom med Psychol*, 48. Jg. (1998), S. 223-229.

- 29) FROMMBERGER, Ulrich; BERGER, M.: *Posttraumatische Belastungsstörungen* In: *Nervenheilkunde*, 17. Jg. (1998), S. 59-63.
- 30) FROMMUTH, M.E.: *The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women*. In: *Child Abuse Neglect*, 10. Jg. (1986), S. 5-15.
- 31) GAST, U.; RODEWALD, F.: *Prävalenz dissoziativer Störungen*. Aus: Reddemann, L.; Hofmann, A.; Gast, U. (Hrsg.): *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart, New York (Thieme) 2004. S. 37-46.
- 32) GAST, Ursula; RODEWALD, Frauke; NICKEL, Viola : *Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic*. In: *J Nerv Ment Dis*, 189. Jg. (2001), H. 4, S. 249-257.
- 33) GURVITS, T.G.; GILBERSTON, M.W.; LASKO, N.B.; TARHAN, A.S. : *Neurological soft signs in chronic posttraumatic stress disorder*. In: *Arch Gen Psychiatry*, 57. Jg. (2000), S. 79-87.
- 34) HÄFNER, S.; FRANZ, M.; LIEBERZ, K.; SCHEPANK, H.: *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. Teil 1: Psychosoziale Risikofaktoren* In: *Psychotherap*, 46. Jg. (2001), H. 5, S. 343-347.
- 35) HÄFNER, S.; FRANZ, M.; LIEBERZ, K.; SCHEPANK, H.: *Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. Teil 2: Psychosoziale Schutzfaktoren* In: *Psychotherap*, 46. Jg. (2001), H. 6, S. 403-408.
- 36) HALLIGAN, S.L.; YEHUDA, R.: *Risk factors for PTSD* In: *PTSD Research Quarterly* , 11. Jg. (2000), H. 3, S. 1-8.
- 37) HERMAN, J.L.: *Die Narben der Gewalt Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* München (Kindler) 1993.
- 38) HEUFT, G.; SENF, W. (Hrsg.): *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart, New York (Georg Thieme) 1998.

- 39) HEUFT, Gereon; SENF, Wolfgang; BELL, Karin : *Psy-BaDo. Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie* In: *Psychotherap*, 43. Jg. (1998), H. 1, S. 48-52.
- 40) HIDALGO, Rosario B; DAVIDSON, Jonathan R: *Posttraumatic stress disorder: epidemiology and health-related considerations*. In: *J Clin Psychiatry*, 61. Jg. (2000), H. Supplement 7, S. 5-13.
- 41) HOFFMANN, Sven Olaf; EGLE, Ulrich Tiber: *Risikofaktoren und protektive Faktoren für die Neurosenentstehung Die Bedeutung biographischer Faktoren für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Krankheiten* In: *Psychotherap*, 41. Jg. (1996), S. 13-16.
- 42) HOROWITZ, M. J.; WILNER, N.; ALVAREZ, W.: *Impact of Event Scale: a measure of subjective stress*. In: *Psychosom Med*, 41. Jg. (1979), S. 209-218.
- 43) HÜTTER, B.O.; FISCHER, G.: *Clinimetric evaluation of the German version of the Impact of Event Scale (IES)*. (in press) (Anmerkung: Testbögen und Auswertungshinweise S. 43, 44 lagen vor. Die für 1997 geplante Veröffentlichung ist offenbar nicht erfolgt.) o.O. 1997 (?).
- 44) WORLD HEALTH ORGANISATION: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F), Forschungskriterien* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Huber) 1994.
- 45) JENKINS, M.A.; LANGLAIS, P.J.; DELIS, D.; COHEN, R.: *Learning and memory in rape victims with posttraumatic stress disorder*. In: *Am J Psychiatry*, 155. Jg. (1998), S. 278-279.
- 46) KERNBERG, F.; DULZ, B.; SACHSSE, U. (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen 1. Auflage* Stuttgart (Schattauer) 2000.
- 47) KESSLER, R.; SONNEGA, A.; BROMET, E.: *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. In: *Arch Gen Psychiatry*, 52. Jg. (1995), S. 1048-1060.
- 48) KESSLER, R.C.; SONNEGA, A.; BROMET, E.; HUGHES, M.: *Epidemiologic risk factors for trauma and PTSD*. Aus: Yehuda, R. (Hrsg.): *Risk factors for*

- posttraumatic stress disorder*. Washington, DC (American Psychiatric Press) 1999. S. 23-59.
- 49) LAMPE, A.: *Prävalenz von sexuellem Mißbrauch, physischer Mißhandlung und emotionaler Vernachlässigung in Europa*. In: *Z Psychosom Med Psychother*, 48. Jg. (2001), H. 4, S. 370-380.
- 50) LIEBERZ, K.: *Frühkindliche Risikobelastung bei Schizoiden, Neurotikern und Gesunden*. In: *Psychother Psychosom med Psychol*, 42. Jg. (1992), S. 279-284.
- 51) LIPSCHITZ, Deborah S.; KAPLAN, Margaret L.; SORKENN, Jodie B. : *Prevalence and characteristics of physical and sexual abuse among psychiatric outpatients*. In: *Psychiatr Serv*, 47. Jg. (1996), H. 2, S. 189-191.
- 52) LUSSIER, Robert G.; STEINER, Jeanne L.; GREY, Anne; HANSEN, Catherine: *Prevalence of dissociative disorders in an acute care day hospital population*. In: *Psychiatr Serv*, 48. Jg. (1997), H. 2, S. 244-246.
- 53) MAERCKER, Andreas (Hrsg.): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* Berlin, Heidelberg, New York (Springer) 1997.
- 54) MCFARLANE, A.C.: *The aetiology of post- traumatic morbidity: predisposition, precipitating and perpetuating factors*. In: *Br J Psychiatry*, 154. Jg. (1989), S. 221-228.
- 55) MCQUAID, J.R.; PEDRELLI, P.; MCCAHILL, M.E.; STEIN, M.B.: *Reported trauma, posttraumatic stress disorder and major depression among primary care patients*. In: *Psychol Med*, 31. Jg. (2001), S. 1249-1257.
- 56) MURRAY, J.; EHLERS, A.; MAYOU, R.A.: *Dissociation and post- traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors*. In: *Br J Psychiatry*, 180. Jg. (2002), S. 363-368.
- 57) NIEDERLAND, W.G: *Psychiatrie der Verfolgten und seelischer Verfolgungsschäden* Aus: Peters, U.H. (Hrsg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts Band X: Ergebnisse für die Medizin (2)* Zürich (Kindler) 1980. S. 1055-1067.

- 58) PERKONIGG, Axel; KESSLER, Ronald C; STORZ, S; WITTCHEN, Hans-Ulrich: *Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity*. In: *Acta Psychiatr Scand*, 101. Jg. (2000), H. 1, S. 46-59.
- 59) PERKONIGG, A.; WITTCHEN, H.U.: *Traumatic events and DSM-IV post-traumatic stress disorder in adolescents and young adults*. Aus: Maercker, A.; Schützwohl, M.; Solomon, Z. (Hrsg.): *Post-traumatic stress disorder: Lifespan developmental perspective*. Göttingen (Hogrefe) 1999, S. 113-133
- 60) PERSON, E.S.; KLAR, H.: *Diagnose Trauma: Die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen Erinnerung und Phantasie*. In: *Psychother Psychosom med Psychol*, 47. Jg. (1997), S. 97-107.
- 61) PETERS, U.H. (Hrsg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts Band X: Ergebnisse für die Medizin (2)* Zürich (Kindler) 1980.
- 62) RAY, W.J.: *Dissociation in normal populations*. Aus: Michelson, Larry K.; Ray, William J. (Hrsg.): *Handbook of dissociation: theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York (Plenum Press) 1996. S. 51-66.
- 63) REDDEMANN, L.; HOFMANN, A.; GAST, U. (Hrsg.): *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart, New York (Thieme) 2004.
- 64) ROSS, Colin A.: *Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation*. In: *Psychiatr Clin North Am*, 14. Jg. (1991), H. 3, S. 503-517.
- 65) ROSS, C.; JOSHI, S.; CURRIE, R.: *Dissociative experiences in the general population*. In: *Am J Psychiatry*, 147. Jg. (1990), S. 1547-1552.
- 66) ROSS, C.; RYAN, L; VOIGT, H.; EIDE, L.: *High and low dissociators in a college student population*. In: *Dissociation*, 4. Jg. (1991), S. 147-151.
- 67) RUSSEL, D.E.H.: *The secret trauma. Incest in the lives of girls and women*. New York (Basic Books) 1986.
- 68) SCHEPANK, H.: *Der Beeinträchtigungs- Schwere- Score. Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Göttingen (Beltz Test GmbH) 1995.

- 69) SHALEV, A.Y.; FREEDMAN, S.; PERI, T.; BRANDES, D. : *Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma*. In: *Am J Psychiatry*, 155. Jg. (1998), S. 630-637.
- 70) STEIN, M.B.; WALKER, J.R.; HAZEN, A.L. : *Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey*. In: *Am J Psychiatry*, 154. Jg. (1997), S. 1114-1119.
- 71) TRESS, W.: *Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen psychogene Störungen*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht) 1986.
- 72) VAN DER KOLK, B. A.: *The body keeps the score. Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder*. Aus: van der Kolk, B.A.; McFarlane, A.C.; Weisaeth, L. (Hrsg.): *Traumatic Stress The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York, London (The Guilford Press) 1996. S. 214-241.
- 73) VAN DER KOLK, B.A.; MCFARLANE, A.C.; WEISAETH, L. (Hrsg.): *Traumatic Stress The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York, London (The Guilford Press) 1996.
- 74) WEATHERS, F.W.; LITZ, B.T.; KEANE, T.M.; HERMAN, D.S. : *The utility of the SCI-90-R for the diagnosis of war-zone related posttraumatic stress disorder*. In: *J Traumatic Stress*, 9. Jg. (1996), H. 1, S. 111-128.
- 75) WEIB, C.: *Basiswissen Medizinische Statistik* Berlin, Heidelberg, New York (Springer) 1999.
- 76) WERNER, E.E.; SMITH, R.S.: *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood*. Ithaca London (Cornell University Press) 1992.
- 77) WETZELS, P.: *Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD*. Hannover 1997. (= Forschungsberichte Nr. 59)
- 78) WELTGESUNDHEITSORGANISATION: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Forschungskriterien* Bern, Göttingen, Toronto u.a. (Huber) 1994.

- 79) WITTCHEN, Hans-Ulrich; NELSON, Christopher B; LACHNER, G.: *Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults*. In: *Psychol Med*, 28. Jg. (1998), H. 1, S. 109-126.
- 80) WYATT, G. E.; PETERS, S. D.: *Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research*. In: *Child Abuse Neglect*, 10. Jg. (1986), S. 231-240
- 81) YEHUDA, R. (Hrsg.): *Psychological trauma* Washington, DC (American Psychiatric Press) 1998. (= Review of Psychiatry. Vol. 17)
- 82) YEHUDA, R. (Hrsg.): *Risk factors for posttraumatic stress disorder*. Washington, DC (American Psychiatric Press) 1999.
- 83) YEHUDA, R.; KEEFE, R.S.E.; HARVEY, P.D.; LEVENGOOD, R.A. : *Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder*. In: *Am J Psychiatry*, 152. Jg. (1995), S. 137-139.
- 84) ZUMBECK, S.: *Die Prävalenz traumatischer Erfahrungen, posttraumatischer Belastungsstörung und Dissoziation bei Prostituierten. Eine explorative Studie* Hamburg (Verlag Dr. Kov) 2001. (= Studienreihe psychologische Forschungsergebnisse. 85)

11 Anhang

11.1 Verzeichnis der Tabellen

<i>Tabelle 1: Ergebnisse der orientierenden EDV-Recherche</i>	9
<i>Tabelle 2: DSM-IV-Kriterien Posttraumatische Belastungsstörung (309.81)</i>	16
<i>Tabelle 3: ICD-10-Kriterien Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)</i>	16
<i>Tabelle 4: Häufigkeit sexuellen Missbrauchs mit Körperkontakt nach WETZELS 1997 (Auszug aus Tabelle 2, S. 14)</i>	20
<i>Tabelle 5: Übersicht über epidemiologische Studien (BRESLAU 1998)</i>	23
<i>Tabelle 6: PTBS in Abhängigkeit von spezifischen Traumata (BRESLAU et al. 1998)</i>	25
<i>Tabelle 7: Risikofaktoren für PTBS (nach HALLIGAN & YEHUDA 2000)</i>	35
<i>Tabelle 8: Prävalenz dissoziativer Störungen (GAST et al. 2001, Tabelle 1, S. 509, Übersetzung durch den Autor)</i>	38
<i>Tabelle 9: Dissoziative Störungen -Prävalenzraten bei psychiatrischen Klinikpatienten (GAST, RODEWALD, NICKEL et al. 2001)</i>	41
<i>Tabelle 10: Prävalenz und Schwere von Kindheitstraumata (n=115) (GAST, RODEWALD, NICKEL et al. 2001, S. 254)</i>	43
<i>Tabelle 11: Traumakategorien</i>	62
<i>Tabelle 12: Belastungsfaktoren (EGLE, HOFFMANN, STEFFENS 1997)</i>	63
<i>Tabelle 13: Täterkategorien</i>	66
<i>Tabelle 14: Qualität der Ersatzpersonen</i>	67
<i>Tabelle 15: Ausgeschlossene Patienten</i>	68
<i>Tabelle 16: Wohnorte</i>	71
<i>Tabelle 17: Täterkategorien ohne zugeordnete Traumata</i>	72
<i>Tabelle 18: Traumtypen nach Täterkategorie</i>	73
<i>Tabelle 19: Täterkategorien zu Traumakategorien</i>	75
<i>Tabelle 20: Traumatisierungsdauer (Häufigkeiten)</i>	76
<i>Tabelle 21: Anzahl Traumata je Person</i>	77
<i>Tabelle 22: Korrektur der Traumaprävalenz: Emotionale Vernachlässigung</i>	78
<i>Tabelle 23: Prävalenz von Trauma und PTBS nach Geschlechtern</i>	81
<i>Tabelle 24: Traumaexposition und -kategorien im Geschlechtervergleich</i>	82
<i>Tabelle 25: Traumacharakteristika bei Traumaexponierten mit und ohne PTBS</i>	83
<i>Tabelle 26: Kindliche Belastungsfaktoren/ Relevante Einzelcluster/ Häufigkeiten</i>	88
<i>Tabelle 27: Kindliche Belastungsfaktoren -Summenwert/ PTBS/ Mittelwerte</i>	89
<i>Tabelle 28: FDS M>20 -Patienten mit PTBS u./o. dissoziativer Störung</i>	92
<i>Tabelle 29: DES M>20 -Patienten mit PTBS u./o. dissoziativer Störung</i>	92
<i>Tabelle 30: FDS>15 -Patienten mit PTBS u./o. dissoziativer Störung</i>	93
<i>Tabelle 31: FDS/Absorption M>20 -Patienten mit PTBS u./o. dissoziativer Störung</i>	93

<i>Tabelle 32: Posttraumatische Belastungsstörung –Komorbidität.....</i>	<i>96</i>
<i>Tabelle 33: Dissoziative Störungen – Komorbidität.....</i>	<i>97</i>
<i>Tabelle 34: Vergleich Wittchen et al. 1998 und der hier vorgelegten Studie.....</i>	<i>103</i>
<i>Tabelle 35: Prävalenz von sexuellem Missbrauch in klinischen Populationen.....</i>	<i>105</i>
<i>Tabelle 36: Vergleich Lipschitz et al. 1996 und der hier vorgelegten Studie.....</i>	<i>105</i>
<i>Tabelle 37: Vergleich Gast et al. 2001 mit der hier vorgelegten Studie.....</i>	<i>106</i>
<i>Tabelle 38: ICD-10-Diagnosen nach Vorgangsnummern</i>	<i>XXIII</i>
<i>Tabelle 39: ICD-10-Hauptdiagnosen (Häufigkeit).....</i>	<i>XXV</i>
<i>Tabelle 40: ICD-10-Diagnosenhäufigkeiten (Haupt- und Zusatzdiagnosen) nach Diagnosengruppen</i>	<i>XXVII</i>
<i>Tabelle 41: Diagnosen und Traumahistorie – Häufigkeiten, Teil 1</i>	<i>XXVIII</i>
<i>Tabelle 42: Diagnosen und Traumahistorie – Häufigkeiten, Teil 2</i>	<i>XXIX</i>
<i>Tabelle 43: Geschlechtsverteilung und Altersgruppen (Deskriptive Statistik).....</i>	<i>XXX</i>
<i>Tabelle 44: Partnerschaftssituation (Deskriptive Statistik)</i>	<i>XXXI</i>
<i>Tabelle 45: Partnerschaftssituation mit und ohne PTBS; Chi-Quadrat-Test.....</i>	<i>XXXII</i>
<i>Tabelle 46: Schulbildung (Deskriptive Statistik).....</i>	<i>XXXIII</i>
<i>Tabelle 47: Abitur/Fachabitur PTBS u. Nicht PTBS/ Chi-Quadrat-Test.....</i>	<i>XXXIV</i>
<i>Tabelle 48: Berufsausbildung (Deskriptive Statistik).....</i>	<i>XXXV</i>
<i>Tabelle 49: Ausgeübter Beruf (Deskriptive Statistik).....</i>	<i>XXXVI</i>
<i>Tabelle 50: Traumata u. PTBS geschlechtsspezifisch -Chi-Quadrat-Berechnung</i>	<i>XXXVIII</i>
<i>Tabelle 51: BSS -Letzte 7 Tage (Deskriptive Statistik) – Teil 1.....</i>	<i>XL</i>
<i>Tabelle 52: BSS -Letzte 7 Tage (Deskriptive Statistik) – Teil 2.....</i>	<i>XLI</i>
<i>Tabelle 53: BSS -Letzte 12 Monate (Deskriptive Statistik)</i>	<i>XLII</i>
<i>Tabelle 54: BSS -PTBS und Nicht PTBS; Chi-Quadrat-Test</i>	<i>XLIII</i>
<i>Tabelle 55: GAF -Global Assessment of Functioning (Deskriptive Statistik).....</i>	<i>XLIV</i>
<i>Tabelle 56: GAF und GAFmax bei PTBS und Nicht PTBS-Patienten/ T-Test.....</i>	<i>XLV</i>
<i>Tabelle 57: SCL-90-R/ Einzelne Cluster/ Gruppenvergleich.....</i>	<i>XLVI</i>
<i>Tabelle 58: SCL-90-R/ Einzelne Cluster/ T-Test.....</i>	<i>XLVII</i>
<i>Tabelle 59: SCL-90-R/ Globale Kennwerte und WZ-PTSD/ Gruppenvergleich.....</i>	<i>XLVIII</i>
<i>Tabelle 60: SCL-90-R/ Globale Kennwerte und WZ-PTSD/ T-Test</i>	<i>XLIX</i>
<i>Tabelle 61: Kindliche Belastungsfaktoren Summenwert/ T-Test.....</i>	<i>LII</i>
<i>Tabelle 62: Traumacharakteristika bei PTBS-Patienten.....</i>	<i>LIII</i>
<i>Tabelle 63: Traumakategorien (Häufigkeit) mit und ohne PTBS.....</i>	<i>LIV</i>
<i>Tabelle 64: Korrelationsprüfung Sexuelles Trauma -PTBS; Chi-Quadrat-Test</i>	<i>LV</i>
<i>Tabelle 65: Korrelationsprüfung -Geschlecht und Trauma; Chi-Quadrat-Test.....</i>	<i>LVI</i>
<i>Tabelle 66: Korrelation Ersatzpersonen und PTBS; Chi-Quadrat-Test.....</i>	<i>LVII</i>
<i>Tabelle 67: Traumatisierungsalter nach Altersklassen (Häufigkeitsverteilung).....</i>	<i>LVIII</i>
<i>Tabelle 68: Altersklassen (< 40 vs. > 40) und PTBS; Chi-Quadrat-Test</i>	<i>LIX</i>

<i>Tabelle 69: IES/ PTBS/ T-Test</i>	<i>LX</i>
<i>Tabelle 70: FDS: Summe und Cluster/ PTBS und Nicht PTBS: T-Test</i>	<i>LXI</i>
<i>Tabelle 71: FDS: Summe und Cluster/ Dissoziative Störung (vorhanden/nicht vorh.): T-Test.....</i>	<i>LXIII</i>
<i>Tabelle 72: Kindliche Belastungsfaktoren -Cluster Sexueller Missbrauch („160“)/ Chi-Quadrat-Test</i>	<i>LXV</i>
<i>Tabelle 73: Kindliche Belastungsfaktoren -Cluster: Tod eines Elternteils („160“)/ Chi-Quadrat-Test</i>	<i>LXVI</i>
<i>Tabelle 74: Kindliche Belastungsfaktoren -Cluster: Körperliche Misshandlung („130“)/ Chi-Quadrat-Test.....</i>	<i>LXVII</i>

11.2 Verzeichnis der Abbildungen

<i>Abbildung 1: Untersuchungsschema</i>	53
<i>Abbildung 2: Diagramm Altersgruppen und Geschlecht</i>	69
<i>Abbildung 3: Ausbildung, Schule und Beruf bei PTBS und Nicht-PTBS</i>	70
<i>Abbildung 4: Diagramme -Zeitpunkt der Traumatisierung</i>	76
<i>Abbildung 5: Diagramme PTBS und Altersklassen</i>	80
<i>Abbildung 6: SCL-90-R, mittlere T-Werte und WZ-Rohwerte im Gruppenvergleich</i>	86
<i>Abbildung 7: Diagramm Längerfristige Partnerlosigkeit bei PTBS und Nicht-PTBS</i>	87
<i>Abbildung 8: Diagramm Ersatzpersonen und PTBS</i>	88
<i>Abbildung 9: Diagramme BSS -Mittelwertvergleiche PTBS vs. Nicht PTBS</i>	89
<i>Abbildung 10: Diagramm GAF -PTBS vs. Nicht PTBS</i>	90
<i>Abbildung 11: Kindheitsbelastungsfaktoren nach Egle -mit und ohne PTBS</i>	L
<i>Abbildung 12: Kindliche Belastungsfaktoren nach Geschlecht</i>	LI

11.3 Verzeichnis der Akronyme

APA	American Psychiatric Association
BSS	Befindlichkeits-Schwere-Score (Schepank)
BPD	Borderline Personality Disorder
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
BSS	Befindlichkeits-Schwere-Score
DES	Dissociative Experience Scale (Putnam)
DESNOS	Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified
DID	Dissociative Identity Disorder (DSM-IV)
DDNOS	Dissociative Disorder Not Otherwise Specified (DSM-IV)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual (APA)
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (SHAPIRO)
fMRT	Funktionelle Magnetresonanz-Tomografie
FDS	Fragebogen für dissoziative Störungen (FREYBERGER & SPITZER)
GAF	Global Assessment of Functioning (DSM-III-R)
ICD	International Classification of Diseases (WHO)
IES	Impact of Event Scale (Horowitz et al.)
MMCI	Millon Multiaxial Clinical Inventory
MPS	Multiple Persönlichkeits-Störung (ICD-10)
MPD	Multiple Personality Disorder
NCS	National Comorbidity Survey (KESSLER et al. 1995)
PET	Positronen-Emissions-Tomografie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10)
PTSD	Posttraumatic stress disorder (DSM-IV)
SCL-90-R	Symptom-Check-List (90 Items), Revised (Derogatis)
WHO	World Health Organisation
WZ-PTSD	War-Zone-PTSD

11.4 Definitionen relevanter Diagnosen

11.4.1 DSM-IV

11.4.1.1 Akute Belastungsstörung -DSM-IV: 308.3

DSM-IV: Diagnostische Kriterien für 308.3 (F43.0) Akute Belastungsstörung

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

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

B. Entweder während oder nach dem extrem belastenden Ereignis zeigte die Person mindestens drei der folgenden dissoziativen Symptome:

- (1) subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit,
- (2) Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z. B. 'wie betäubt sein'),
- (3) Derealisationserleben,
- (4) Depersonalisationserleben,
- (5) dissoziative Amnesie (z. B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).

C. Das traumatische Ereignis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt:: wiederkehrende Bilder, Gedanken, Träume, Illusionen, Flashback-Episoden, oder das Gefühl, das Trauma wiederzuerleben oder starkes Leiden bei Reizen, die an das Trauma erinnern.

D. Deutliche Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern, (z. B. Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte oder Personen).

E. Deutliche Symptome von Angst oder erhöhtem Arousal (z. B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktion, motorische Unruhe).

F. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen oder beeinträchtigt die Fähigkeit der Person, notwendige Aufgaben zu bewältigen, z. B. notwendige Unterstützung zu erhalten oder zwischenmenschliche Ressourcen zu erschließen, indem Familienmitgliedern über das Trauma berichtet wird.

G. Die Störung dauert mindestens zwei Tage und höchstens vier Wochen und tritt innerhalb von vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis auf.

H. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück, wird nicht besser durch eine Kurze Psychotische Störung erklärt und beschränkt sich nicht auf die Verschlechterung einer bereits vorher bestehenden Achse-I- oder Achse-II-Störung. (APA 1996, S. 495-496)

11.4.1.2 Posttraumatische Belastungsstörung -DSM-IV: 309.81

DSM-IV: Diagnostische Kriterien für 309.81 (F43.1) Posttraumatische Belastungsstörung

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

(1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.

(2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

B. Das traumatische Erlebnis wird beharrlich auf mindestens eine der drei folgenden Weisen wiedererlebt:

(1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.

Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.

(2) Wiederkehrende belastende Träume von dem Ereignis.

Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten,

(3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).

Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.

(4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

(5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

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

(1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,

(2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen.

(3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,

(4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,

(5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,

(6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),

(7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

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

(1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,

(2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,

(3) Konzentrationsschwierigkeiten,

(4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),

(5) übertriebene Schreckreaktion.

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

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

Bestimme, ob:

Akut: Wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern.

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als drei Monate andauern.

Bestimme, ob:

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem Belastungsfaktor liegt. (APA 1996, S. 491-492)

11.4.1.3 Dissoziative Amnesie -DSM-IV: 300.12

DSM-IV: Diagnostische Kriterien für 300.12 (F44.0) Dissoziative Amnesie

A. Das vorherrschende Störungsbild zeigt sich in einer oder mehreren Episoden, in denen eine Unfähigkeit besteht, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zumeist traumatischer oder belastender Natur sind; diese ist zu umfassend, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden.

B. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Dissoziativen Identitätsstörung, Dissoziativen Fugue, Posttraumatischen Belastungsstörung, Akuten Belastungsstörung oder Somatisierungsstörung auf und geht nicht zurück auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines neurologischen oder anderen medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. eine Amnestische Störung aufgrund eines Schädel-Hirn-Traumas).

C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. (APA 1996, S. 548)

Dissoziative Fugue -DSM-IV: 300.13

DSM-IV: Diagnostische Kriterien für 300.13 (F44.1) Dissoziative Fugue

A. Das vorherrschende Störungsbild ist ein plötzliches, unerwartetes Weggehen von zu Hause oder vom gewohnten Arbeitsplatz, verbunden mit der Unfähigkeit, sich an seine Vergangenheit zu erinnern.

B. Verwirrung über die eigene Identität oder die Annahme einer neuen Identität (teilweise oder vollständig).

C. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Dissoziativen Identitätsstörung auf und geht nicht zurück auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines neurologischen oder anderen medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z. B. Temporallappen-Epilepsie).

D. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. (APA 1996, S. 550-551)

11.4.1.4 Dissoziative Identitätsstörung -DSM-IV: 300.14

DSM-IV: Diagnostische Kriterien für 300.14 (F44.81) Dissoziative Identitätsstörung

A. Die Anwesenheit von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitsszuständen (jeweils mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster der Wahrnehmung von, der Beziehung zur und dem Denkkenn über die Umgebung und das Selbst).

B. Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitsszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person.

C. Eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu umfassend ist, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden.

D. Die Störung geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz zurück (z. B. blackouts oder ungeordnetes Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. komplex-partielle Anfälle).

Beachte: Bei Kindern sind die Symptome nicht durch imaginierte Spielkameraden oder andere Fantasienspiele zu erklären. (APA 1996, S. 554-555)

11.4.1.5 Borderline-Persönlichkeitsstörung -DSM-IV: 301.83

DSM-IV: Diagnostische Kriterien für 301.83 (F60.31) Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

(1) verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.

Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

(2) Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Isolierung und Entwertung gekennzeichnet ist.

(3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

(4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, 'Fressanfälle').

Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

(5) Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

(6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

(7) Chronische Gefühle von Leere.

(8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. heftige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).

(9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome. (APA 1996, S. 739)

11.4.2 ICD-10

11.4.2.1 Generalisierte Angststörung – ICD-10: F41.1

ICD-10: F 41.1 generalisierte Angststörung

A. Ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten mit vorherrschender Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme.

B. Mindestens vier Symptome aus der unten angegebenen Liste, davon eins von den Symptomen 1.-4. müssen vorliegen:

Vegetative Symptome:

1. Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz
2. Schweißausbrüche
3. fein- oder grobschlägiger Tremor
4. Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose)

Symptome, die Thorax oder Abdomen betreffen:

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Thoraxschmerzen und -missempfindungen
8. Nausea oder abdominale Missempfindungen (z. B. Kribbeln im Magen)

Psychische Symptome:

9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche und Benommenheit
10. Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder 'nicht wirklich hier' (Depersonalisation)
11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder 'auszuflippen'
12. Angst zu sterben.

Allgemeine Symptome:

13. Hitzegefühl oder Kälteschauer
14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle

Symptome der Anspannung

15. Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen
16. Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen
17. Gefühle von Aufgedrehtsein, Nervosität und psychischer Anspannung.
18. Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden.

Andere unspezifische Symptome:

19. übertriebene Reaktionen auf kleine Überraschungen oder Erschrecktwerden
20. Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen oder Angst
21. anhaltende Reizbarkeit
22. Einschlafstörungen wegen der Besorgnis.

C. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Panikstörung (F41.0), eine phobische Störung (F40), eine Zwangsstörung (F42) oder eine hypochondrische Störung (F45.2).

D. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit wie eine Hyperthyreose, eine organische psychische Störung (F0) oder auf eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung (F1), z. B. auf einen exzessiven Genuss von amphetaminähnlichen Substanzen oder auf einen Benzodiazepinentzug. (WHO 1994, S. 120-121)

11.4.2.2 Akute Belastungsreaktion – ICD-10: F43.0

ICD-10: F43.0 akute Belastungsreaktion

A. Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung.

B. Dem Kriterium A. folgt unmittelbar der Beginn der Symptome (innerhalb einer Stunde).

C. Es gibt zwei Symptomgruppen Die akute Belastungsreaktion wird unterteilt in:

F43.00 leicht: nur Symptome aus Gruppe 1.

F43.01 mittelgradig: nur Symptome aus Gruppe 1. und zwei Symptome aus Gruppe 2.

F43.02 schwer: Symptome aus Gruppe 1. und vier Symptome aus Gruppe 2. oder dissoziativer Stupor.

1. Die Kriterien B, C und D der generalisierten Angststörung (F41.1)

2.

a. Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen

b. Einengung der Aufmerksamkeit

c. offensichtliche Desorientierung

d. Ärger oder verbale Aggression

e. Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit

f. unangemessene oder sinnlose Überaktivität

g. unkontrollierbare und außergewöhnliche Trauer (zu beurteilen nach den jeweiligen kulturellen Normen).

D. Wenn die Belastung vorübergehend ist oder gemildert werden kann, beginnen die Symptome nach frühestens acht Stunden abzuklingen. Hält die Belastung an, beginnen die Symptome nach frühestens 48 Stunden nachzulassen.

E. Häufigstes Ausschlusskriterium: Derzeitig liegt keine andere psychische oder Verhaltensstörung der ICD-10 vor (außer F41.1 generalisierte Angststörung und F60 Persönlichkeitsstörungen). Das Ende einer Krankheitsperiode einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung muss mehr als drei Monate zurückliegen. (WHO 1994, S. 123-124)

11.4.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung – ICD-10: F43.1

ICD-10: F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

A. Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohungsoder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.

B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flash-backs), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.

C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.

D. Entweder 1. oder 2.

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 zwei der folgenden Merkmale:

- a. Ein- und Durchschlafstörungen
- b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- c. Konzentrationsschwierigkeiten
- d. Hypervigilanz
- e. erhöhte Schreckhaftigkeit

E. Die Kriterien B, C, D treten innerhalb von sechs 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). (WHO 1994, S. 124-125)

11.4.2.4 Dissoziative Störungen – ICD-10: F44

ICD-10: F44 dissoziative Störungen

G1. Kein Nachweis einer körperlichen Krankheit, welche die für diese Störung charakteristischen Symptome erklären könnte (es können jedoch körperliche Störungen vorliegen, die andere Symptome verursachen.)

G2. Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen. (WHO 1994, S. 126)

11.4.2.5 Dissoziative Amnesie – ICD-10: F44.0

ICD-10: F 44.0 dissoziative Amnesie

A. Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung (F44) müssen erfüllt sein.

B. Entweder eine teilweise oder vollständige Amnesie für vergangene Ereignisse oder Probleme, die traumatisch oder belastend waren oder noch sind.

C. Die Amnesie ist zu ausgeprägt oder zu lang anhaltend, um mit einer normalen Vergesslichkeit oder durch eine gewollte Simulation erklärt werden zu können (die Schwere und das Ausmaß der Amnesie können allerdings von einer Untersuchung zur anderen wechseln). (WHO 1994, S. 127)

11.4.2.6 Dissoziative Fugue – ICD-10: F44.1

ICD-10: F44.1 dissoziative Fugue

A. Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung (F44) müssen erfüllt sein.

B. Eine unerwartete, gleichwohl äußerlich normal organisierte Reise mit Entfernung von zuhause oder vom gewohnten Arbeitsplatz und den sozialen Aktivitäten; während dieser Zeit bleibt die Selbstversorgung weitgehend erhalten.

C. Entweder teilweise oder vollständige Amnesie für die Reise, die das Kriterium C. für eine dissoziative Amnesie erfüllt. (WHO 1994, S. 127)

11.4.2.7 Dissoziativer Stupor – ICD-10: F44.2

ICD-10: F44.2 dissoziativer Stupor

A. Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung (F44) müssen erfüllt sein.

B. Beträchtliche Verringerung oder Fehlen willkürlicher Bewegungen und der Sprache sowie der normalen Reaktion auf Licht, Geräusche und Berührung.

C. Der normale Muskeltonus, die aufrechte Haltung und die Atmung sind erhalten (sowie häufig eingeschränkte Koordination der Augenbewegungen). (WHO 1994, S. 127)

11.4.2.8 Trance- und Besessenheitszustände -ICD-10: F44.3

ICD-10: F44.3 Trance- und Besessenheitszustände

A. Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung (F44) müssen erfüllt sein.

B. Entweder 1. oder 2.:

1. Trance: Vorübergehende Bewusstseinsveränderung mit zwei der folgenden Merkmale:

- a. Verlust des Gefühls der persönlichen Identität
- b. Einengung des Bewusstseins inn bezug auf die unmittelbare Umgebung
- c. Einschränkung von Bewegungen, Haltungen und Gesprochenem auf die Wiederholung eines kleinen Repertoires.

2. Besessenheitszustand: die Betroffenen sind überzeugt, von einem Geist, einer Macht, einer Gottheit oder einer anderen Person beherrscht zu werden.

C. Die beiden Kriterien B.1. und B.2. müssen ungewollt und belastend sein, außerhalb von religiösen oder anderen kulturell akzeptierten Situationen auftreten oder stellen eine Verlängerung solcher Zustände dar.

D. Häufigstes Ausschlusskriterium: Kein gleichzeitiges Auftreten mit einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F2) oder mit einer affektiven Störung mit Halluzinationen oder Wahngedanken (F3). (WHO 1994, S. 128)

11.4.2.9 Dissoziative Bewegungsstörungen – ICD-10: F44.4

ICD-10: F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen

A. Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung (F44) müssen erfüllt sein.

B. Entweder 1. oder 2.

1. kompletter oder teilweiser Verlust der Bewegungsfähigkeit. Dies betrifft Bewegungen, die normalerweise der willkürlichen Kontrolle unterliegen (einschließlich der Sprache)

2. verschiedene oder wechselnde Grade von Koordinationsstörungen, Ataxie oder der Unfähigkeit ohne Hilfe zu stehen. (WHO 1994, S. 128)

11.4.2.10 Dissoziative Krampfanfälle – ICD-10: F44.5

F44.5 dissoziative Krampfanfälle

A. Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung (F44) müssen erfüllt sein.

B. Plötzliche und unerwartete krampfartige Bewegungen, die sehr an verschiedene Formen epileptischer Anfälle erinnern, aber nicht mit einem Bewusstseinsverlust einhergehen.

C. Kriterium B. geht nicht einher mit Zungenbiss, schweren Hämatomen oder Verletzungen aufgrund eines Sturzes oder mit Urininkontinenz. (WHO 1994, S. 129)

11.4.2.11 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung – ICD-10: F44.6

ICD-10: F44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung

A. Die allgemeinen Kriterien für eine dissoziative Störung (F44) müssen erfüllt sein.

B. Entweder 1. oder 2.

1. teilweiser oder vollständiger Verlust einer oder aller normaler Hautempfindungen an Körperteilen oder am ganzen Körper (genaue Angabe ob Berührung, Nadelstich, Vibration, Hitze, Kälte)

2.. teilweiser oder vollständiger Seh-Hör- oder Riechverlust (ist zu spezifizieren.) (WHO 1994, S. 129)

11.4.2.12 Multiple Persönlichkeitsstörung – ICD-10: F44.81

ICD-10: F 44.81 multiple Persönlichkeitsstörung

A. Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem bestimmten Zeitpunkt jeweils nur eine nachweisbar ist.

B. Jede Persönlichkeit hat ihr eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen.

C. Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern, was für eine einfache Vergesslichkeit zu ausgeprägt ist.

D. nicht bedingt durch eine organische psychische Störung (F0) (z. B. eine Epilepsie) oder durch psychotrope Substanzen (F1) (z. B. Intoxikation oder Entzugssyndrom). (WHO 1994, S. 129-130)

11.4.2.13 Spezifische Persönlichkeitsstörungen – ICD-10: F60

ICD-10: F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen

G1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben ('Normen') ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:

1. Kognition (d. h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen)
2. Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion)
3. Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung
4. Zwischenmenschliche Beziehungen und die Art des Umgangs mit ihnen.

G2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf einen speziellen auslösenden Stimulus oder eine bestimmte Situation).

G3. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides, deutlich dem unter G2. beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.

G4. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späteren Kindesalter oder in der Adoleszenz begonnen hat.

G5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung des Erwachsenenalters erklärt werden. Es können aber episodische oder chronische Zustandsbilder der Kapitel F0 -F5 und F7 neben dieser Störung existieren oder sie überlagern.

G6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden (falls eine solche Verursachung nachweisbar ist, soll die Kategorie F07 verwendet werden). (WHO 1994, S. 151-152)

11.4.2.14 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – ICD-10: F60.3/ Impulsiver Typus F60.30

ICD10: F60.3 emotional instabile Persönlichkeitsstörung
F60.30 impulsiver Typus

A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.

B. Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen, darunter 2.:

1. deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. unbeständige und unberechenbare Stimmung. (WHO 1994, S. 154)

11.4.2.15 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – ICD-10: F60.3/ Borderline-Typus F60.31

F60.3 emotional instabile Persönlichkeitsstörung
F60.30 Borderline-Typus

A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.

B. Mindestens drei der oben unter F60.30 B. erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und 'inneren Präferenzen' (einschließlich sexueller)
2. Neigung sich in intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. wiederholte Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. anhaltende Gefühle von Leere. (WHO 1994, S. 154-155)

11.4.2.16 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung – ICD-10: F62.0

ICD-10: F62.0 andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

A. Nachweis (aus der Eigenanamnese oder aufgrund wichtiger Informanten) einer eindeutigen und anhaltenden Änderung in der Wahrnehmung, in der Beziehung und im Denken der Betroffenen in bezug auf ihre Umgebung und sich selbst, nach einer Extrembelastung (Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, anhaltende lebensbedrohliche Situationen).

B. Die Persönlichkeitsänderung sollte ausgeprägt sein, und es sollte sich ein unflexibles oder unangepasstes Verhalten zeigen, das durch das Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Symptome belegt wird:

1. Eine andauernde feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, bei einer Person, die vorher solche Eigenschaften nicht zeigte

2. Sozialer Rückzug (Vermeidung von Kontakten mit Menschen außer einigen wenigen Verwandten, mit denen die Betroffenen zusammenleben), der nicht durch eine andere vorliegende seelische Störung bedingt ist, wie z. B. eine affektive Störung.

3. Andauerndes Gefühl von Leere und/ oder Hoffnungslosigkeit, das nicht auf eine einzelne Episode von einer affektiven Störung begrenzt ist und das vor der Extrembelastung nicht vorlag. Dies kann mit einer gesteigerten Abhängigkeit von anderen, einer Unfähigkeit, negative oder aggressive Gefühle zu äußern und einer anhaltenden depressiven Stimmung ohne einen Hinweis auf eine depressive Störung vor der Extrembelastung verbunden sein.

4. Ein andauerndes Gefühl von Nervosität oder von Bedrohung ohne äußere Ursache, das sich in einer gesteigerten Wachsamkeit und Reizbarkeit bei einer Person zeigt, die zuvor solche Eigenschaften oder übermäßige Wachsamkeit nicht zeigte. Dieser Zustand einer chronischen inneren Anspannung und einem Gefühl von Bedrohtheit kann mit der Neigung zu exzessivem Trinken oder einem Gebrauch psychotroper Substanzen verbunden sein.

5. Andauerndes Gefühl, verändert oder anders als die anderen zu sein (Entfremdung). Dieses Gefühl kann mit dem Eindruck einer emotionalen Betäubung verbunden sein.

C. Die Veränderung hat entweder eine deutliche Störung der sozialen Funktionsfähigkeit zur Folge oder subjektives Leiden für die Betroffenen und negative Auswirkungen auf ihre Umgebung.

D. Die Persönlichkeitsänderung sollte nach der Extrembelastung aufgetreten sein. Aus der Anamnese sind keine Persönlichkeitsstörungen oder akzentuierte Persönlichkeitseigenschaften des Erwachsenenalters und keine Persönlichkeits- oder Entwicklungsstörungen des Kindes- und Jugendalters bekannt, die die augenblicklichen Persönlichkeitseigenschaften erklären könnten.

E. Die Persönlichkeitsänderung muss seit mindestens zwei Jahren bestehen. Sie steht nicht in Beziehung zu Episoden anderer psychischer Erkrankungen (außer mit der posttraumatischen Belastungsstörung) und kann nicht durch eine schwere Gehirnschädigung oder Krankheit erklärt werden.

F. Einer Persönlichkeitsänderung, die die oben angegebenen Kriterien erfüllt, ist oft eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) vorausgegangen. Die Symptome dieser beiden Störungen können sich überlappen und die Persönlichkeitsänderung kann den chronischen Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung darstellen. Eine anhaltende Persönlichkeitsänderung sollte dennoch nur angenommen werden, wenn nach einer mindestens zweijährigen posttraumatischen Belastungsstörung ein Zeitraum von nicht weniger als zwei Jahren besteht, in dem die oben angegebenen Kriterien erfüllt waren. (WHO 1994, S. 158-159)

11.4.3 Disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)

Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrecht zu erhalten.
Tendenz, erneut Opfer zu werden,
Tendenz, andere zum Opfer zu machen,
Änderungen der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Gefühl nichts bewirken zu können,
Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen,
Selbstdestruktives und suizidales Verhalten,
Chronische Affektdysregulation,
Schwierigkeit, Ärger zu modellieren,
Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit,
Verlust bisheriger Lebensüberzeugungen,
Gefühl, fortgesetzt geschädigt zu werden,
Amnesie,
Dissoziation,
Somatisierung.

Nach: DRIESSEN, BEBLO, REDDEMANN et al. 2002, S. 822

11.4.4 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (J.HERMAN)

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

1. Der Patient war über einen längeren Zeitraum (Monate bis Jahre) totalitärer Herrschaft unterworfen, wie zum Beispiel Geiseln, Kriegsgefangene, Überlebende von Konzentrationslagern oder Aussteiger aus religiösen Sekten, aber auch Menschen, die in sexuellen oder familiären Beziehungen totale Unterdrückung erlebten, beispielsweise von Familienangehörigen geschlagen, als Kinder physisch misshandelt oder sexuell missbraucht wurden oder von organisierten Banden sexuell ausgebeutet wurden.
2. Störungen der Affektregulation, darunter
 - anhaltende Dysphorie
 - chronische Suizidgedanken
 - Selbstverstümmelung
 - aufbrausende oder extrem unterdrückte Wut (eventuell alternierend)
 - zwanghafte oder extrem gehemmte Sexualität (eventuell alternierend)
3. Bewusstseinsveränderungen, darunter
 - Amnesie oder Hypermnesie, was die traumatischen Ereignisse anbelangt
 - zeitweilig dissoziative Phasen
 - Depersonalisation/ Derealisation
 - Wiederholungen des traumatischen Geschehens, entweder als intrusive Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung oder als ständige grüblerische Beschäftigung
4. Gestörte Selbstwahrnehmung, darunter
 - Ohnmachtsgefühle, Lähmung jeglicher Initiative
 - Scham- und Schuldgefühle, Selbstbezeichnung
 - Gefühl der Beschmutzung und Stigmatisierung
 - Gefühl, sich von anderen grundlegend zu unterscheiden (der Patient ist etwa überzeugt, etwas ganz Besonderes zu sein, fühlt sich mutterseelenallein, glaubt, niemand könne ihn verstehen oder nimmt eine nichtmenschliche Identität an)
5. Gestörte Wahrnehmung des Täters, darunter
 - ständiges Nachdenken über die Beziehung zum Täter (auch Rachedgedanken)
 - unrealistische Einschätzung des Täters, der für allmächtig gehalten wird (Vorsicht: Das Opfer schätzt die Machtverhältnisse eventuell realistischer ein als der Arzt)
 - Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit
 - Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung
 - Übernahme des Überzeugungssystems oder der Rationalisierungen des Täters
6. Beziehungsprobleme, darunter
 - Isolation und Rückzug
 - gestörte Intimbeziehungen
 - wiederholte Suche nach einem Retter (eventuell alternierend mit Isolation und Rückzug)
 - anhaltendes Misstrauen
 - wiederholt erfahrene Unfähigkeit zum Selbstschutz
7. Veränderung des Wertesystems, darunter
 - Verlust fester Glaubensinhalte
 - Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung (HERMAN 1993, S. 169-170)

11.5 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

GAF: Global Assessment of Functioning
(DSM-III-R: Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus)

Auf Achse V wird die Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus des Patienten erfasst. Diese Information hilft bei der Therapieplanung, der Messung ihrer Wirksamkeit und der Prognoseerstellung.

Die Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus auf Achse V erfolgt anhand der GAF (Global Assessment of Functioning) Skala.

Die GAF-Skala kann insbesondere dazu dienen, die umfassenden Aussagen über den klinischen Fortschritt der Patienten anhand eines einzigen Maßes zu verfolgen. Auf der GAF-Skala werden nur die psychischen sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. die Instruktionen geben vor:

Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollen nicht einbezogen werden. In den meisten Fällen sollte die Bewertung der GAF-Skala sich auf den aktuellen Zeitraum beziehen (also das Funktionsniveau zum Zeitpunkt der Beurteilung), da der Skalawert für das augenblickliche Funktionsniveau in der Regel den Bedarf an Behandlung und Fürsorge widerspiegelt. In bestimmten Situationen kann es hilfreich sein, den GAF-Skalenwert sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung zu erheben. Die GAF-Skala kann auch für andere Zeitabschnitte (z. B. das höchste Funktionsniveau über mindestens 2 Monate während des vergangenen Jahres) bewertet werden.

Die GAF-Skala wird auf Achse V wie folgt registriert:
GAF=.... Es folgt der GAF-Wert zwischen 1 und 100. Anschließend in Klammern der Zeitraum, auf den sich die Bewertung bezieht, z. B. (zur Zeit), (höchster Wert im vergangenen Jahr), (bei Entlassung)

In manchen Situationen kann es hilfreich sein, die soziale und berufliche Beeinträchtigung einzuschätzen, um den Fortschritt bei der Rehabilitation unabhängig von der Schwere der psychischen Symptome zu verfolgen.

Hierzu wird eine Skala zur Erfassung der sozialen und beruflichen Funktionen (Social and Occupational Functioning Scale, SOFAS) vorgeschlagen. Zwei weitere Vorschläge für Erhebungsskalen, eine Skala zur globalen Erfassung der Beziehungsfunktionen (Global Assessment of Relational Functioning, GARF) und eine Skala der Abwehrfunktionen (Defensive Functioning Scale DFS) können in manchen Situationen hilfreich sein.

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Bitte beachten: Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)

100-91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.

90-81 Keine oder nur minimale Symptome (z. B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z. B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).

80-71 Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).

70-61 Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.

60-51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

50-41 Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).

40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).

30-21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z. B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).

20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).

10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

0 Unzureichende Informationen

GAF-Skala: Global Assessment of Functioning Scale in: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen.

DSM-III-R.-Weinheim; Basel: Beltz, 1989

11.6 Tabellen, Diagramme und Signifikanzberechnungen

Tabelle 38: ICD-10-Diagnosen nach Vorgangsnummern

VorgangID	Geschlecht	Alter	ICD-Hauptdiagnose	ICD-Weitere Diagnose 1	ICD-Weitere Diagnose 2	ICD-Weitere Diagnose 3	ICD-Persönlichkeitsstörung 1	ICD-Persönlichkeitsstörung 2	ICD-Somatische Diagnose 1	ICD-Somatische Diagnose 2
1	w	24.2	F34.1	F54.15			F60.7		E66.0	
3	m	46.1	F34.1				F60.1	F60.5		
4	m	44.6	F54.13	F10.20	F40.9		F60.8		M54.4	M75.9
5	m	51.9	F43.1	F54.13						
6	m	57.2	F54.14				F60.3		Z49	I25.2
7	w	54.6	F32.1	F54.16						
8	w	50.5	F32.00	F45.4					E66.0	
9	w	56.5	F44.88							
11	m	44.0	F32.00				F60.30			
12	m	23.9	F34.1	F98.0	F63.0		F60.3		E66	
13	w	39.4	F34.1							
14	m	54.9	F34.1	F45.4			F60.7			
15	w	44.8	F34.1	F45.4						
17	w	47.8	F32.10	F40.2	F10.1	F54.15	F60.7	F60.8		
19	w	22.7	F44.81	F50.2			F60.31		E66.0	
21	w	29.5	F40.2	F32.0						
22	w	49.9	F40.2	F32.0			F60.6			
23	w	25.2	F32.1				F60.31			
24	m	27.6	F41.0							
27	w	49.8	F11.24				F60.7			
29	m	19.7	F98							
32	w	22.5	F41.1							
33	w	54.7	F99						D05	
35	m	21.9	F40.1				F60.1			
37	m	47.9	F32.1	F11.26			F60.30		E66	E11.9
38	w	30.4	F32.1							
40	w	35.7	F32.1				F60.7			
41	m	19.2	F34.1	F12.20			F60.7			
42	m	31.4	F40.1				F60.6			
44	m	38.7	F10.26	F43.25			F60.7			
46	w	59.3	F33.1							
47	w	41.1	F32.1				F60.6			
48	m	44.0	F42							
49	w	35.1	F41.0				F60.30			
50	w	36.8	F50.2	F10.20	F34.1		F60.7		E10.9	E66.0
52	w	26.5	F41.1	F50.1	F44.7		F60.31			
53	w	36.1	F32.11				F60.31			
55	w	26.1	F32.1							
59	w	22.2	F43.1							
61	w	29.2	F50.2	F34.1			F60.7			
62	w	24.4	F45.4	F33.1			F60.1			
65	w	37.2	F43.1	F32.1						
66	m	60.3	F45.4				F60.1			
67	w	40.0	F42.1							
68	w	39.1	F32.1	F45.4					G43.0	
69	m	57.9	F41.1							
70	m	46.3	F32.1	F45.0						
71	m	47.4	F32.1				F61			
72	m	30.8	F40.1	F34.1	F51.8		F60.8	F60.6		
73	w	38.4	F54.13	F32.1			F60.1			
75	w	58.4	F45.4							
76	m	29.4	F34.1				F60.8			
78	m	41.7	F10.20				F60.8			
79	w	46.8	F32.2							
80	m	53.7	F32.1							
81	m	47.0	F40.8							
83	m	55.0	F41.0				F60.5		I50.1	

VorgangID	Geschlecht	Alter	ICD-Hauptdiagnose	ICD-Weitere Diagnose 1	ICD-Weitere Diagnose 2	ICD-Weitere Diagnose 3	ICD-Persönlichkeitsstörung 1	ICD-Persönlichkeitsstörung 2	ICD-Somatische Diagnose 1	ICD-Somatische Diagnose 2
85	m	22,5	F65.4				F60.1			
86	w	39,3	F43.1	F32.1	F44.7		F60.7		Q85.0	G40.5
88	w	25,2	F50.2				F60.31			
89	w	39,1	F43.25	F43.1	F44.8		F61		M50.9	
92	m	43,9	F41.0	F40.1	F10.20		F60.7			
93	m	46,6	F34.1				F60.6			
94	w	36,4	F34.1							
95	m	24,8	F16.7							
96	w	43,1	F40.8				F61			
97	w	51,5	F45.4				F60.4			
98	m	48,4	F45.0	F41.0			F61			
99	m	23,4	F40.1	F10.1	F12.1		F60.6			
102	m	23,3	F32.1	F40.1			F60.1			
103	m	42,7	F54.16				F60.1			
104	w	19,5	F41.0							
107	m	22,3	F43.1				F60.1			
108	w	31,3	F32.1	F50.2						
109	w	38,5	F45.4							
110	m	44,4	F41.0							
111	w	32,2	F32.1				F60.6			
113	w	36,7	F50.2	F33.1						
117	w	22,1	F32.1				F60.7		E66.0	
118	w	62,1	F41.1				F60.7			
119	w	45,4	F32.1	F43.1			F60.7			
123	m	35,3	F54.15	F43.1						
125	m	53,9	F45.32				F60.7			
128	w	-30,0	F41.1	F45.3						
129	w	28,5	F43.1	F32.1						
136	m	27,4	F38.10				F60.8			
137	w	29,1	F12.25				F60.7			
139	w	28,1	F43.1	F50.2						
141	w	58,6	F40.01	F51.2			F60.5	F60.6	I35.9	
142	w	64,6	F34.1				F60.30			
145	m	31,1	F41.0							
146	w	27,8	F43.1							
147	w	52,4	F45.30	F51.8			F60.4		E66.0	
149	w	31,5	F43.1							
150	w	33,7	F43.1							
151	m	36,6	F40.01	F45.30			F61		J45	J60
152	w	37,8	F34.1							
153	w	26,6	F40.1				F60.1			
155	w	57,9	F32.1	F43.1						
156	w	23,2	F43.1	F44.81						
157	w	46,0	F33.10	F40.00	F34.1		F60.7			
159	w	21,2	F32.1	F44.7			F60.31			
160	w	41,8	F32.1							
161	w	41,1	F34.1							
162	m	51,5	F32.1							
163	w	45,2	F32.1	F10.1	F43.1					
164	m	47,5	F44.88							
165	m	41,8	F10.24				F60.8			
166	w	39,4	F34.1	F50.2			F60.31			
167	m	44,6	F54.56	F10.20			F60.7			
168	w	42,4	F43.1	F10.20	F41.0					
169	m	40,1	F40.2	F42.0						

Tabelle 39: ICD-10-Hauptdiagnosen (Häufigkeit)

ICD-10-Nr	Diagnose	Anzahl	%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	21	18,8
F34.1	Dysthymia	12	10,7
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	12	10,7
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	7	6,3
F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	5	4,5
F40.1	Soziale Phobien	5	4,5
F41.1	Generalisierte Angststörung	5	4,5
F50.2	Bulimia nervosa	4	3,6
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	3	2,7
F44.88	Näher bezeichnete sonstige dissoziative Störungen	2	1,8
F40.8	Sonstige phobische Störungen	2	1,8
F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	2	1,8
F54.13	Psych.- oder Verhaltensfaktoren bei a.o. klassif. Krankheiten: Vorwiegend depressive Symptomatik, psychosoziale Faktoren wirken kausal und verlaufsstabilisierend.	2	1,8
F10.24	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit)	1	0,9
F10.26	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzgebrauch	1	0,9
F33.10	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom	1	0,9
F32.10	Mittelgradige depressive Episode, ohne somatisches Syndrom	1	0,9
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	1	0,9
F12.25	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch	1	0,9
F16.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	1	0,9
F32.00	Leichte depressive Episode, ohne somatisches Syndrom	1	0,9
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	1	0,9
F32.11	Mittelgradige depressive Episode, mit somatischem Syndrom	1	0,9
F11.24	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit)	1	0,9

F54.15	Psych.- oder Verhaltensfaktoren bei a.o. klassif. Krankheiten: Vorwiegend depressive Symptomatik, psychosoziale Faktoren wirken verlaufsstabilisierend und sind gleichzeitig als Folge der Erkrankung aufzufassen.	1	0,9
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	0,9
F65.4	Pädophilie	1	0,9
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	1	0,9
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	1	0,9
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ	1	0,9
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	1	0,9
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung	1	0,9
F42	Zwangsstörung	1	0,9
F54.16	Psych.- oder Verhaltensfaktoren bei a.o. klassif. Krankheiten: Vorwiegend depressive Symptomatik, alle Wirkmodi der psychosozialen Faktoren stehen in Verbindung.	1	0,9
F10.20	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinient	1	0,9
F45.32	Somatoforme autonome Funktionsstörung: unterer Gastrointestinaltrakt	1	0,9
F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und kardiovaskuläres System	1	0,9
F45.0	Somatisierungsstörung	1	0,9
F44.81	Multiple Persönlichkeitsstörung	1	0,9
F43.25	Anpassungsstörung: mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	1	0,9
F99	Psychische Störungen ohne nähere Angabe	1	0,9
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)	1	0,9
F54.56	Psych.- oder Verhaltensfaktoren bei a.o. klassif. Krankheiten: Keine psychische Symptomatik erkennbar, alle Wirkmodi der psychosozialen Faktoren stehen in Verbindung.	1	0,9
Summen:		112	100,0

Tabelle 40: ICD-10-Diagnosenhäufigkeiten (Haupt- und Zusatzdiagnosen) nach Diagnosengruppen

		ICD1	ICD2	ICD3	Summe
F3	Affektive Störungen				
F32.00	Leichte depressive Episode, ohne somatisches Syndrom	2	2	0	4
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	21	4	0	25
F32.10	Mittelgradige depressive Episode, ohne somatisches Syndrom	1	0	0	1
F32.11	Mittelgradige depressive Episode, mit somatischem Syndrom	1	0	0	1
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	1	0	0	1
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige	1	2	0	3
F33.10	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige	2	0	0	2
F34.1	Dysthymia	14	2	3	19
F38.10	Rezidivierende kurze depressive Störung	1	0	0	1
					57
F40,	Angststörungen				
F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	2	0	0	2
F40.1	Soziale Phobien	5	0	0	5
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	3	0	0	3
F40.8	Sonstige phobische Störungen	2	0	0	2
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet	0	0	1	1
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	7	0	1	8
F41.1	Generalisierte Angststörung	5	0	0	5
					26
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung				
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	12	4	1	17
F44	Dissoziative Störungen				
F44.7	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt	0	0	2	2
F44.8	Sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	0	0	1	1
F44.81	Multiple Persönlichkeitsstörung	1	1	0	2
F44.88	Näher bezeichnete sonstige dissoziative Störungen	2	0	0	2
F45	Somatoforme Störungen				
F45.0	Somatisierungsstörung	0	1	0	1
F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung	0	1	0	1
F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und	1	1	0	2
F45.32	Somatoforme autonome Funktionsstörung: unterer	1	0	0	1
F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	5	4	0	9
					14
F50	Ess-Störungen				
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	0	1	0	1
F50.2	Bulimia nervosa	3	2	0	5
F60,	Persönlichkeitsstörungen				
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung	1	9		10
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	1	1		2
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ	1	3		4
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ	2	5		7
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung	0	2		2
F60.5	Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung	0	2		2
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	0	6		6
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	1	17		18
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	2	4		6
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	1	4		5
					62

Tabelle 41: Diagnosen und Traumahistorie – Häufigkeiten, Teil 1

N=112	ICD1	ICD1 % v. N	ICD1 u. Trauma Anzahl	Trauma % v. N	Trauma % v. Fx	ICD2	ICD2 u. Trauma Anzahl	ICD3	ICD3 u. Trauma Anzahl	ICD Achse A Summe Alle Dg.	ICD Achse A % v. N	Trauma Alle Dg. Anzahl	Trauma Alle Dg. % v. N	Trauma Alle Dg. % v. Fx
F3	Affektive Störungen													
F32.00	2	1,8	2	1,8		2	2	0	0	4	3,6	4	3,6	100,0
F32.1	21	18,8	13	11,6		4	4	0	0	25	22,3	17	15,2	68,0
F32.10	1	0,9	1	0,9		0	0	0	0	1	0,9	1	0,9	100,0
F32.11	1	0,9	1	0,9		0	0	0	0	1	0,9	1	0,9	100,0
F32.2	1	0,9	1	0,9		0	0	0	0	1	0,9	1	0,9	100,0
F33.1	1	0,9	1	0,9		2	1	0	0	3	2,7	2	1,8	66,7
F33.10	2	1,8	0	0,0		0	0	0	0	2	1,8	0	0,0	0,0
F34.1	14	12,5	8	7,1		2	1	3	0	19	17,0	9	8,0	47,4
F38.10	1	0,9	0	0,0		0	0	0	0	1	0,9	0	0,0	0,0
	44	39,3	27	24,1	61,4	10	8	3	0	57	50,9	35	31,3	61,4
F40, F41	Angststörungen													
F40.01	2	1,8	1	0,9		0	0	0	0	2	1,8	1	0,9	50,0
F40.1	5	4,5	2	1,8		0	1	0	0	5	4,5	3	2,7	60,0
F40.2	3	2,7	3	2,7		0	1	0	0	3	2,7	4	3,6	133,3
F40.8	2	1,8	1	0,9		0	0	0	0	2	1,8	1	0,9	50,0
F40.9	0	0,0	0	0,0		0	0	1	0	1	0,9	0	0,0	0,0
F41.0	7	6,3	2	1,8		0	1	1	1	8	7,1	4	3,6	50,0
F41.1	5	4,5	2	1,8		0	0	0	0	5	4,5	2	1,8	40,0
	24	21,4	11	9,8	45,8	0	3	2	1	26	23,2	15	13,4	57,7
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung													
F43.1	12	10,7	12	10,7		4	4	1	1	17	15,2	17	15,2	100,0
	12	10,7	12	10,7	100,0	4	4	1	1	17	15,2	17	15,2	100,0
F44	Dissoziative Störungen													
F44.7	0	0,0	0	0,0		1	1	2	2	3	2,7	3	2,7	100,0
F44.8	0	0,0	0	0,0		0	0	1	1	1	0,9	0	0,0	0,0
F44.81	1	0,9	1	0,9		1	1	0	0	2	1,8	1	0,9	50,0
F44.88	2	1,8	1	0,9		0	0	0	0	2	1,8	1	0,9	50,0
	3	2,7	2	1,8	66,7	2	2	3	3	8	7,1	5	4,5	62,5

Tabelle 42: Diagnosen und Traumahistorie – Häufigkeiten, Teil 2

N=112	ICD1	ICD1	ICD1 u.	Trauma	Trauma	ICD2	ICD2 u.	ICD3	ICD3 u.	ICD Achse A	ICD Achse A	Trauma	Trauma	Trauma	
F45	Somatoforme Störungen														
F45.0	0	0,0	1	0,9		1	1	0	0	1	0,9	1	0,9	100,0	
F45.3	0	0,0	0	0,0		1	0	0	0	1	0,9	0	0,0	0,0	
F45.30	1	0,9	0	0,0		1	1	0	0	2	1,8	0	0,0	0,0	
F45.32	1	0,9	1	0,9		0	0	0	0	1	0,9	1	0,9	100,0	
F45.4	5	4,5	1	0,9		4	3	0	0	9	8,0	1	0,9	11,1	
	7	6,3	3	2,7	42,9	7	5	0	0	14	12,5	3	2,7	21,4	
F50	Ess-Störungen														
F50.1	0	0,0	0	0,0		1	1	0	0	1	0,9	0	0,0	0,0	
F50.2	3	2,7	2	1,8		3	3	0	0	6	5,4	2	1,8	33,3	
	3	2,7	2	1,8	66,7	4	4	0	0	7	2,7	2	1,8	28,6	
F60, F61	Persönlichkeitsstörungen														
	HD					2.Dg									
F60.1	1	0,9	1	0,9		9				10	8,9	5	4,5	50,0	
F60.3	1	0,9	2	1,8		1				2	1,8	1	0,9	50,0	
F60.30	1	0,9	0	0,0		3				4	3,6	3	2,7	75,0	
F60.31	2	1,8	2	1,8		5				7	6,3	6	5,4	85,7	
F60.4	0	0,0	0	0,0		2				2	1,8	0	0,0	0,0	
F60.5	0	0,0	0	0,0		2				2	1,8	1	0,9	50,0	
F60.6	0	0,0	0	0,0		6				6	5,4	2	1,8	33,3	
F60.7	1	0,9	1	0,9		17				18	16,1	12	10,7	66,7	
F60.8	2	1,8	1	0,9		4				6	5,4	2	1,8	33,3	
F61	1	0,9	1	0,9		4				5	4,5	5	4,5	100,0	
	9	8,0	8	7,1	88,9	53				62	55,4	37	33,0	59,7	

Tabelle 43: Geschlechtsverteilung und Altersgruppen (Deskriptive Statistik)

GESCHLECHTSVERTEILUNG	Alle	Männlich	Weiblich
Anzahl:	112	46	66
Mittelwert:	38,92	40,21	38,02
Varianz:	136,85	142,67	132,94
Standardabweichung:	11,70	11,94	11,53
Median:	39,22	43,96	37,49
Minimum:	19,20	19,20	19,51
Maximum:	64,57	60,31	64,57

ALTERSGRUPPEN	Absolut	%
18-20	3	100,0
männlich	2	66,7
weiblich	1	33,3
20-24	15	100,0
männlich	7	46,7
weiblich	8	53,3
25-29	15	100,0
männlich	3	20,0
weiblich	12	80,0
30-34	8	100,0
männlich	3	37,5
weiblich	5	62,5
35-39	18	100,0
männlich	3	16,7
weiblich	15	83,3
40--44	17	100,0
männlich	10	58,8
weiblich	7	41,2
45-49	15	100,0
männlich	8	53,3
weiblich	7	46,7
50-54	11	100,0
männlich	7	63,6
weiblich	4	36,4
55-59	7	100,0
männlich	2	28,6
weiblich	5	71,4
60-64	3	100,0
männlich	1	33,3
weiblich	2	66,7

Tabelle 44: Partnerschaftssituation (Deskriptive Statistik)

ALLE VORGÄNGE	Alle	%	w	%	m	%
1 Kurzfristig kein Partner:	12	10,7	7	10,6	5	10,9
2 Langfristig kein Partner:	24	21,4	12	18,2	12	26,1
3 Wechselnder Partner:	6	5,4	3	4,5	3	6,5
4 Fester Partner (Ehepartner):	45	40,2	29	43,9	16	34,8
5 Fester Partner (nicht Ehepartner):	25	22,3	15	22,7	10	21,7
SUMMEN:	112	100,0	66	100,0	46	100,0

OHNE TRAUMA	Alle	%	w	%	m	%
1 Kurzfristig kein Partner:	6	13,3	2	8,3	4	19,0
2 Langfristig kein Partner:	5	11,1	0	0,0	5	23,8
3 Wechselnder Partner:	5	11,1	3	12,5	2	9,5
4 Fester Partner (Ehepartner):	18	40,0	12	50,0	6	28,6
5 Fester Partner (nicht Ehepartner):	11	24,4	7	29,2	4	19,0
SUMMEN:	45	100,0	24	100,0	21	100,0

MIT TRAUMA	Alle	%	w	%	m	%
1 Kurzfristig kein Partner:	6	9,0	1	2,6	5	17,2
2 Langfristig kein Partner:	19	28,4	12	31,6	7	24,1
3 Wechselnder Partner:	1	1,5	0	0,0	1	3,4
4 Fester Partner (Ehepartner):	27	40,3	17	44,7	10	34,5
5 Fester Partner (nicht Ehepartner):	14	20,9	8	21,1	6	20,7
SUMMEN:	67	100,0	38	100,0	29	100,0

MIT PTBS	Alle	%	w	%	m	%
1 Kurzfristig kein Partner:	1	5,9	1	7,1	0	0,0
2 Langfristig kein Partner:	7	41,2	6	42,9	1	33,3
3 Wechselnder Partner:	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4 Fester Partner (Ehepartner):	6	35,3	4	28,6	2	66,7
5 Fester Partner (nicht Ehepartner):	3	17,6	3	21,4	0	0,0
SUMMEN:	17	100,0	14	100,0	3	100,0

Tabelle 45: Partnerschaftssituation mit und ohne PTBS; Chi-Quadrat-Test

PTBS			
	Observed N	Expected N	Residual
0	95	56,0	39,0
1	17	56,0	-39,0
Total	112		

langfristig kein Partner			
	Observed N	Expected N	Residual
0	88	56,0	32,0
1	24	56,0	-32,0
Total	112		

Test Statistics		
	PTBS	langfristig kein Partner
Chi-Square ^a	54,321	36,571
df	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 56,0.

Tabelle 46: Schulbildung (Deskriptive Statistik)

ALLE VORGÄNGE	Alle	%	w	%	m	%
1 Noch in der Schule:	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 Kein Schulabschluss:	3	2,7	1	2,0	2	4,8
3 Sonderschulabschluss	3	2,7	1	2,0	2	4,8
4 Hauptschul-/ Volksschulabschluss:	56	50,0	33	66,0	23	54,8
5 Realschulabschluss:	33	29,5	6	12,0	7	16,7
6 Fachabitur/ Abitur:	13	11,6	6	12,0	7	16,7
9 Sonstiges:	4	3,6	3	6,0	1	2,4
SUMMEN:	112	100,0	50	100,0	42	100,0
OHNE TRAUMA	Alle	%	w	%	m	%
1 Noch in der Schule:	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 Kein Schulabschluss:	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3 Sonderschulabschluss	1	2,2	0	0,0	1	4,8
4 Hauptschul-/ Volksschulabschluss:	24	52,2	12	50,0	11	52,4
5 Realschulabschluss:	12	26,1	6	25,0	6	28,6
6 Fachabitur/ Abitur:	6	13,0	3	12,5	3	14,3
9 Sonstiges:	3	6,5	3	12,5	0	0,0
SUMMEN:	46	100,0	24	100,0	21	100,0
MIT TRAUMA	Alle	%	w	%	m	%
1 Noch in der Schule:	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 Kein Schulabschluss:	3	4,5	1	2,4	2	7,7
3 Sonderschulabschluss	3	4,5	1	2,4	2	7,7
4 Hauptschul-/ Volksschulabschluss:	32	48,5	21	51,2	12	46,2
5 Realschulabschluss:	20	30,3	15	36,6	5	19,2
6 Fachabitur/ Abitur:	7	10,6	3	7,3	4	15,4
9 Sonstiges:	1	1,5	0	0,0	1	3,8
SUMMEN:	66	100,0	41	100,0	26	100,0
MIT PTBS	Alle	%	w	%	m	%
1 Noch in der Schule:	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 Kein Schulabschluss:	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3 Sonderschulabschluss	1	5,9	1	7,1	0	0,0
4 Hauptschul-/ Volksschulabschluss:	7	41,2	5	35,7	2	22,2
5 Realschulabschluss:	5	29,4	5	35,7	5	55,6
6 Fachabitur/ Abitur:	4	23,5	3	21,4	1	11,1
9 Sonstiges:	0	0,0	0	0,0	1	11,1
SUMMEN:	17	100,0	14	100,0	9	100,0
OHNE PTBS	Alle	%	w	%	m	%
1 Noch in der Schule:	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 Kein Schulabschluss:	3	3,2	1	2,8	2	6,1
3 Sonderschulabschluss	2	2,1	0	0,0	2	6,1
4 Hauptschul-/ Volksschulabschluss:	49	51,6	28	77,8	21	63,6
5 Realschulabschluss:	28	29,5	1	2,8	2	6,1
6 Fachabitur/ Abitur:	9	9,5	3	8,3	6	18,2
9 Sonstiges:	4	4,2	3	8,3	0	0,0
SUMMEN:	95	100,0	36	100,0	33	100,0

Tabelle 47: Abitur/Fachabitur PTBS u. Nicht PTBS/ Chi-Quadrat-Test

Abitur/Fachabi			
	Observed N	Expected N	Residual
Kein Abitur	99	56,0	43,0
Abitur	13	56,0	-43,0
Total	112		

PTBS			
	Observed N	Expected N	Residual
Keine PTBS	95	56,0	39,0
PTBS	17	56,0	-39,0
Total	112		

Test Statistics		
	Abitur/Fachabi	PTBS
Chi-Square ^a	66,036	54,321
df	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 56,0.

Tabelle 48: Berufsausbildung (Deskriptive Statistik)

ALLE VORGÄNGE	Alle	%	w	%	m	%
1 noch in der Berufsausbildung	5	4,5	2	3,0	3	6,5
2 Lehre/ Fachschule	71	63,4	44	66,7	27	58,7
3 Meister	1	0,9	0	0,0	1	2,2
4 Fachhochschule/ Universität	3	2,7	2	3,0	1	2,2
5 ohne Berufsabschluß	22	19,6	15	22,7	7	15,2
9 Sonstiges:	10	8,9	3	4,5	7	15,2
SUMMEN:	112	100,0	66	100,0	46	100,0

OHNE TRAUMA	Alle	%	w	%	m	%
1 noch in der Berufsausbildung	3	6,5	1	4,2	2	9,5
2 Lehre/ Fachschule	28	60,9	17	70,8	11	52,4
3 Meister	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4 Fachhochschule/ Universität	2	4,3	1	4,2	1	4,8
5 ohne Berufsabschluß	8	17,4	4	16,7	3	14,3
9 Sonstiges:	5	10,9	1	4,2	4	19,0
SUMMEN:	46	100,0	24	100,0	21	100,0

MIT TRAUMA	Alle	%	w	%	m	%
1 noch in der Berufsausbildung	2	3,0	1	2,3	3	11,5
2 Lehre/ Fachschule	43	65,2	27	62,8	16	61,5
3 Meister	1	1,5	0	0,0	1	3,8
4 Fachhochschule/ Universität	1	1,5	1	2,3	0	0,0
5 ohne Berufsabschluß	14	21,2	11	25,6	4	15,4
9 Sonstiges:	5	7,6	3	7,0	2	7,7
SUMMEN:	66	100,0	43	100,0	26	100,0

MIT PTBS	Alle	%	w	%	m	%
1 noch in der Berufsausbildung	1	5,9	1	7,1	0	0,0
2 Lehre/ Fachschule	11	64,7	9	64,3	2	66,7
3 Meister	1	5,9	0	0,0	1	33,3
4 Fachhochschule/ Universität	1	5,9	1	7,1	0	0,0
5 ohne Berufsabschluß	3	17,6	3	21,4	0	0,0
9 Sonstiges:	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SUMMEN:	17	100,0	14	100,0	3	100,0

Tabelle 49: Ausgeübter Beruf (Deskriptive Statistik)

ALLE VORGÄNGE	Alle	%	w	%	m	%
1 un-/ angelernter Arbeiter	25	22,3	13	19,7	12	26,1
2 Facharbeiter/ nicht selbständiger Handwerker	18	16,1	6	9,1	12	26,1
3 einfacher Angestellter/ Beamter	41	36,6	33	50,0	8	17,4
4 mittlerer Angestellter/ Beamter	11	9,8	7	10,6	4	8,7
5 höher qualifizierter Angestellter/ Beamter im gehobenen Dienst	2	1,8	0	0,0	2	4,3
6 hochqualifizierter/ ltd. Angestellter/ Beamter im höheren Dienst	2	1,8	0	0,0	2	4,3
7 selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)	4	3,6	0	0,0	4	8,7
8 selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9 selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 nie erwerbstätig	3	2,7	2	3,0	1	2,2
11 unbekannt/ unklar	6	5,4	5	7,6	1	2,2
SUMMEN:	112	100,0	66	100,0	46	100,0

OHNE TRAUMA	Alle	%	w	%	m	%
1 un-/ angelernter Arbeiter	8	17,4	2	8,3	5	23,8
2 Facharbeiter/ nicht selbständiger Handwerker	7	15,2	2	8,3	5	23,8
3 einfacher Angestellter/ Beamter	18	39,1	15	62,5	3	14,3
4 mittlerer Angestellter/ Beamter	4	8,7	2	8,3	2	9,5
5 höher qualifizierter Angestellter/ Beamter im gehobenen Dienst	2	4,3	0	0,0	2	9,5
6 hochqualifizierter/ ltd. Angestellter/ Beamter im höheren Dienst	1	2,2	0	0,0	1	4,8
7 selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)	2	4,3	0	0,0	2	9,5
8 selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9 selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 nie erwerbstätig	1	2,2	1	4,2	0	0,0
11 unbekannt/ unklar	3	6,5	2	8,3	1	4,8
SUMMEN:	46	100,0	24	100,0	21	100,0

MIT TRAUMA	Alle	%	w	%	m	%
1 un-/ angelernter Arbeiter	17	25,8	11	26,2	7	28,0
2 Facharbeiter/ nicht selbständiger Handwerker	11	16,7	4	9,5	7	28,0
3 einfacher Angestellter/ Beamter	23	34,8	18	42,9	5	20,0
4 mittlerer Angestellter/ Beamter	7	10,6	5	11,9	2	8,0
5 höher qualifizierter Angestellter/ Beamter im gehobenen Dienst	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6 hochqualifizierter/ ltd. Angestellter/ Beamter im höheren Dienst	1	1,5	0	0,0	1	4,0
7 selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)	2	3,0	0	0,0	2	8,0
8 selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9 selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 nie erwerbstätig	2	3,0	1	2,4	1	4,0
11 unbekannt/ unklar	3	4,5	3	7,1	0	0,0
SUMMEN:	66	100,0	42	100,0	25	100,0

MIT PTBS	Alle	%	w	%	m	%
1 un-/ angelernter Arbeiter	5	29,4	5	35,7	0	0,0
2 Facharbeiter/ nicht selbständiger Handwerker	2	11,8	0	0,0	2	66,7
3 einfacher Angestellter/ Beamter	6	35,3	6	42,9	0	0,0
4 mittlerer Angestellter/ Beamter	4	23,5	3	21,4	1	33,3
5 höher qualifizierter Angestellter/ Beamter im gehobenen Dienst	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6 hochqualifizierter/ ltd. Angestellter/ Beamter im höheren Dienst	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7 selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8 selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9 selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10 nie erwerbstätig	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11 unbekannt/ unklar	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SUMMEN:	17	100,0	14	100,0	3	100,0

Tabelle 50: Traumata u. PTBS geschlechtsspezifisch -Chi-Quadrat-Berechnung

Geschlecht

	Observed N	Expected N	Residual
1,00	46	56,0	-10,0
2,00	66	56,0	10,0
Total	112		

Traumata

	Observed N	Expected N	Residual
Kein Trauma	46	56,0	-10,0
Trauma	66	56,0	10,0
Total	112		

Test Statistics

	Geschlecht	Traumata
Chi-Square ^a	3,571	3,571
df	1	1
Asymp. Sig.	,059	,059

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 56,0.

Geschlecht

	Observed N	Expected N	Residual
1,00	46	56,0	-10,0
2,00	66	56,0	10,0
Total	112		

PTBS

	Observed N	Expected N	Residual
Kein PTBS	95	56,0	39,0
PTBS	17	56,0	-39,0
Total	112		

Test Statistics

	Geschlecht	PTBS
Chi-Square ^a	3,571	54,321
df	1	1
Asymp. Sig.	,059	,000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 56,0.

Tabelle 51: BSS -Letzte 7 Tage (Deskriptive Statistik) – Teil 1

BSS 7 Tg.	ALLE PATIENTEN						OHNE TRAUMA						MIT TRAUMA						MIT PTBS					
	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%
N:	112		66		46		45		24		21		67		42		25		17		14		3	
7 Tg. KÖ	112	100,0	66	100,0	46	100,0	45	100,0	24	100,0	21	100,0	67	100,0	42	100,0	25	100,0	17	100,0	14	100,0	3	100,0
0 gar nicht	40	35,7	26	39,4	14	30,4	15	33,3	8	33,3	7	33,3	25	37,3	18	42,9	7	28,0	7	41,2	7	50,0	0	0,0
1 geringfügig	19	17,0	13	19,7	6	13,0	8	17,8	5	20,8	3	14,3	11	16,4	8	19,0	3	12,0	3	17,6	3	21,4	0	0,0
2 deutlich	38	33,9	20	30,3	18	39,1	16	35,6	9	37,5	7	33,3	22	32,8	11	26,2	11	44,0	6	35,3	4	28,6	2	66,7
3 stark	13	11,6	7	10,6	6	13,0	5	11,1	2	8,3	3	14,3	8	11,9	5	11,9	3	12,0	1	5,9	0	0,0	1	33,3
4 extrem	2	1,8	0	0,0	2	4,3	1	2,2	0	0,0	1	4,8	1	1,5	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7 Tg. PSY	112	100,0	66	100,0	46	100,0	45	100,0	24	100,0	21	100,0	67	100,0	42	100,0	25	100,0	17	100,0	14	100,0	3	100,0
0 gar nicht	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1 geringfügig	4	3,6	1	1,5	3	6,5	3	6,7	1	4,2	2	9,5	1	1,5	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 deutlich	54	48,2	25	37,9	29	63,0	27	60,0	12	50,0	15	71,4	27	40,3	13	31,0	14	56,0	2	11,8	0	0,0	2	66,7
3 stark	51	45,5	38	57,6	13	28,3	15	33,3	11	45,8	4	19,0	36	53,7	27	64,3	9	36,0	12	70,6	12	85,7	0	0,0
4 extrem	3	2,7	2	3,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,5	2	4,8	1	4,0	3	17,6	2	14,3	1	33,3

Tabelle 52: BSS -Letzte 7 Tage (Deskriptive Statistik) – Teil 2

BSS 7 Tg.	ALLE PATIENTEN						OHNE TRAUMA						MIT TRAUMA						MIT PTBS					
	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%
7 Tg. SOKO	112	100,0	66	100,0	46	100,0	45	100,0	24	100,0	21	100,0	67	100,0	42	100,0	25	100,0	17	100,0	14	100,0	3	100,0
0 gar nicht	35	31,3	23	34,8	12	26,1	14	31,1	9	37,5	5	23,8	21	31,3	14	33,3	7	28,0	2	11,8	2	14,3	0	0,0
1 geringfügig	37	33,0	25	37,9	12	26,1	17	37,8	12	50,0	5	23,8	20	29,9	13	31,0	7	28,0	7	41,2	6	42,9	1	33,3
2 deutlich	27	24,1	12	18,2	15	32,6	9	20,0	2	8,3	7	33,3	18	26,9	10	23,8	8	32,0	6	35,3	4	28,6	2	66,7
3 stark	11	9,8	5	7,6	6	13,0	5	11,1	1	4,2	4	19,0	6	9,0	4	9,5	2	8,0	2	11,8	2	14,3	0	0,0
4 extrem	2	1,8	1	1,5	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,0	1	2,4	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SUMME 7 Tg.	112	100,0	66	100,0	46	100,0	45	100,0	24	76,1	21	100,0	67	100,0	42	100,0	25	100,0	17	100,0	14	100,0	3	100
2	8	7,1	4	6,1	4	8,7	4	8,9	1	4,2	3	14,3	4	6,0	3	7,1	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	16	14,3	10	15,2	6	13,0	7	15,6	6	9,1	1	4,8	9	13,4	4	9,5	5	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4	27	24,1	21	31,8	6	13,0	10	22,2	7	29,2	3	14,3	17	25,4	14	33,3	3	12,0	6	35,3	6	42,9	0	0,0
5	22	19,6	9	13,6	13	28,3	12	26,7	6	25,0	6	28,6	10	14,9	3	7,1	7	28,0	1	5,9	0	0,0	1	33,3
6	20	17,9	12	18,2	8	17,4	8	17,8	2	3,0	6	28,6	12	17,9	10	23,8	2	8,0	6	35,3	6	42,9	0	0,0
7	9	8,0	6	9,1	3	6,5	1	2,2	1	4,2	0	0,0	8	11,9	5	11,9	3	12,0	2	11,8	1	7,1	1	33,3
8	4	3,6	2	3,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,0	2	4,8	2	8,0	2	11,8	1	7,1	1	33,3
9	6	5,4	2	3,0	4	8,7	3	6,7	1	1,5	2	9,5	3	4,5	1	2,4	2	8,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Summe < 5	51	45,5	35	53,0	16	34,8	21	46,7	14	58,3	7	33,3	30	44,8	21	50,0	9	36,0	6	35,3	6	42,9	0	0,0
Summe >=5	61	54,5	31	47,0	30	65,2	24	53,3	10	41,7	14	66,7	37	55,2	21	50,0	16	64,0	11	64,7	8	57,1	3	100,0

Tabelle 53: BSS -Letzte 12 Monate (Deskriptive Statistik)

BSS 12 Mon.	ALLE PATIENTEN						OHNE TRAUMA						MIT TRAUMA						MIT PTBS					
	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%
N:	112		66		46		45		24		21		#		#		#		#		#		3	
12 Mon. KÖ	112	100,0	66	100,0	46	100,0	45	100,0	24	100,0	21	100,0	67	100,0	42	100,0	25	100,0	17	100,0	14	100,0	3	100,0
0 gar nicht	44	39,3	31	47,0	13	28,3	16	35,6	10	41,7	6	28,6	26	38,8	19	45,2	7	28,0	7	41,2	7	50,0	0	0,0
1 geringfügig	21	18,8	11	16,7	10	21,7	8	17,8	3	12,5	5	23,8	13	19,4	8	19,0	5	20,0	3	17,6	3	21,4	0	0,0
2 deutlich	35	31,3	19	28,8	16	34,8	17	37,8	10	41,7	7	33,3	20	29,9	11	26,2	9	36,0	6	35,3	4	28,6	2	66,7
3 stark	10	8,9	5	7,6	5	10,9	3	6,7	1	4,2	2	9,5	7	10,4	4	9,5	3	12,0	1	5,9	0	0,0	1	33,3
4 extrem	2	1,8	0	0,0	2	4,3	1	2,2	0	0,0	1	4,8	1	1,5	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12 Mon. PSY	112	100,0	66	100,0	46	100,0	45	100,0	24	100,0	21	100,0	67	100,0	42	100,0	25	100,0	17	100,0	14	100,0	3	100,0
0 gar nicht	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1 geringfügig	9	8,0	6	9,1	3	6,5	4	8,9	2	8,3	2	9,5	5	7,5	4	9,5	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 deutlich	80	71,4	45	68,2	35	76,1	36	80,0	19	79,2	17	81,0	44	65,7	26	61,9	18	72,0	7	41,2	5	35,7	2	66,7
3 stark	21	18,8	14	21,2	7	15,2	5	11,1	3	12,5	2	9,5	16	23,9	11	26,2	5	20,0	8	47,1	8	57,1	0	0,0
4 extrem	2	1,8	1	1,5	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,0	1	2,4	1	4,0	2	11,8	1	7,1	1	33,3
12 Mon. SOKO	112	100,0	66	100,0	46	100,0	45	100,0	24	100,0	21	100,0	67	100,0	42	100,0	25	100,0	17	100,0	14	100,0	3	100,0
0 gar nicht	39	34,8	26	39,4	13	28,3	16	35,6	10	41,7	6	28,6	23	34,3	16	38,1	7	28,0	2	11,8	2	14,3	0	0,0
1 geringfügig	34	30,4	23	34,8	11	23,9	16	35,6	12	50,0	4	19,0	18	26,9	11	26,2	7	28,0	7	41,2	6	42,9	1	33,3
2 deutlich	27	24,1	12	18,2	15	32,6	8	17,8	1	4,2	7	33,3	19	28,4	11	26,2	8	32,0	6	35,3	4	28,6	2	66,7
3 stark	10	8,9	4	6,1	6	13,0	5	11,1	1	4,2	4	19,0	5	7,5	3	7,1	2	8,0	2	11,8	2	14,3	0	0,0
4 extrem	2	1,8	1	1,5	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,0	1	2,4	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
SUMME 12M	112	100,0	66	100,0	46	100,0	45	100,0	24	100,0	21	100,0	67	100,0	42	100,0	25	100,0	17	100,0	14	100,0	3	100,0
1	2	1,8	2	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,0	2	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	13	11,6	9	13,6	4	8,7	7	15,6	4	16,7	3	14,3	6	9,0	5	11,9	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	27	24,1	18	27,3	9	19,6	9	20,0	7	29,2	2	9,5	18	26,9	11	26,2	7	28,0	5	29,4	5	35,7	0	0,0
4	17	15,2	13	19,7	4	8,7	9	20,0	7	29,2	2	9,5	8	11,9	6	14,3	2	8,0	1	5,9	1	7,1	0	0,0
5	23	20,5	9	13,6	14	30,4	11	24,4	4	16,7	7	33,3	12	17,9	5	11,9	7	28,0	2	11,8	1	7,1	1	33,3
6	16	14,3	9	13,6	7	15,2	6	13,3	1	4,2	5	23,8	10	14,9	8	19,0	2	8,0	5	29,4	5	35,7	0	0,0
7	6	5,4	2	3,0	4	8,7	1	2,2	0	0,0	1	4,8	5	7,5	2	4,8	3	12,0	2	11,8	1	7,1	1	33,3
8	3	2,7	2	3,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,5	2	4,8	1	4,0	2	11,8	1	7,1	1	33,3
9	5	4,5	2	3,0	3	6,5	2	4,4	1	4,2	1	4,8	3	4,5	1	2,4	2	8,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Summe <=5	59	52,7	42	63,6	17	37,0	25	55,6	18	75,0	7	33,3	34	50,7	18	42,9	10	8,9	6	35,3	6	42,9	0	0,0
Summe >=5	53	47,3	24	36,4	29	63,0	20	44,4	6	25,0	14	66,7	33	49,3	24	57,1	15	32,6	11	64,7	8	57,1	3	100,0
Summe >=8	8	7,1	4	6,1	4	8,7	2	4,4	1	4,2	1	4,8	6	9,0	3	7,1	3	12,0	2	11,8	1	7,1	1	33,3

Tabelle 54: BSS -PTBS und Nicht PTBS; Chi-Quadrat-Test

Test Statistics									
	PTBS	BSS 7 Tg. körperlich	BSS 7 Tg. psychisch	BSS 7 Tg. soz.komm.	BSS 7 Tg. Summe	BSS 12 Mon. körperlich	BSS 12 Mon. soz.komm.	BSS 12 Mon. psychisch	BSS 12 Mon. Summe
Chi-Square ^{a,b}	54,321	47,732	85,929	41,929	35,571	52,196	44,696	135,357	52,411
df	1	4	3	4	7	4	4	3	8
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 56,0.

b. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 22,4.

c. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 28,0.

d. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 14,0.

e. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 12,4.

GAF aktuell	AllePatienten						Ohne Trauma						Mit Trauma						Mit PTBS					
	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%
N:	112		66		46		45		24		21		67		42		25		17		14		3	
Letzte 7 Tg.	112	100,0	66	100,0	46	100,0	45	100,0	24	100,0	21	100,0	67	100,0	42	100,0	25	100,0	17	100,0	14	100,0	3	100,0
70	2	1,8	1	1,5	1	2,2	2	4,4	1	4,2	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
60	18	16,1	8	12,1	10	21,7	11	24,4	4	16,7	7	33,3	7	10,4	4	9,5	3	12,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
50	35	31,3	19	28,8	16	34,8	15	33,3	8	33,3	7	33,3	20	29,9	10	23,8	10	40,0	1	5,9	0	0,0	1	33,3
40	50	44,6	32	48,5	18	39,1	16	35,6	10	41,7	6	28,6	34	50,7	23	54,8	11	44,0	12	70,6	11	78,6	1	33,3
30	5	4,5	4	6,1	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	7,5	4	9,5	1	4,0	3	17,6	2	14,3	1	33,3
20	2	1,8	2	3,0	0	0,0	1	2,2	1	4,2	0	0,0	1	1,5	1	2,4	0	0,0	1	5,9	1	7,1	0	0,0

GAFmax 12 Monate	AllePatienten						Ohne Trauma						Mit Trauma						Mit PTBS					
	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%	Alle	%	w	%	m	%
N:	112		66		46		45		24		21		67		42		25		17		14		3	
Letzte 12 Mon.	112	100,0	66	100,0	46	100,0	45	100,0	24	100,0	21	100,0	67	100,0	42	100,0	25	100,0	17	100,0	14	100,0	3	100,0
90	5	4,5	3	4,5	2	4,3	3	6,7	1	4,2	2	9,5	2	3,0	2	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
80	8	7,1	6	9,1	2	4,3	4	8,9	2	8,3	2	9,5	4	6,0	3	7,1	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
70	18	16,1	6	9,1	12	26,1	12	26,7	5	20,8	7	33,3	6	9,0	1	2,4	5	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
60	46	41,1	28	42,4	18	39,1	17	37,8	10	41,7	7	33,3	29	43,3	19	45,2	10	40,0	7	41,2	7	50,0	0	0,0
50	26	23,2	17	25,8	9	19,6	8	17,8	6	25,0	2	9,5	18	26,9	11	26,2	7	28,0	7	41,2	5	35,7	2	66,7
40	9	8,0	6	9,1	3	6,5	1	2,2	0	0,0	1	4,8	8	11,9	6	14,3	2	8,0	3	17,6	2	14,3	1	33,3

Tabelle 55: GAF -Global Assessment of Functioning (Deskriptive Statistik)

Tabelle 56: GAF und GAFmax bei PTBs und Nicht PTBS-Patienten/ T-Test

Group Statistics					
	PTBS	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
GAF 7 Tage	Kein PTBS	95	47,58	8,958	,919
	PTBS	17	37,65	6,642	1,611
GAF Max 12 Mon.	Kein PTBS	95	61,89	11,966	1,228
	PTBS	17	52,35	7,524	1,825

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
GAF 7 Tage	Equal variances assumed	4,026	,047	4,355	110	,000	9,93	2,280	5,412	14,451
	Equal variances not assumed			5,355	27,613	,000	9,93	1,855	6,130	13,733
GAF Max 12 Mon.	Equal variances assumed	2,095	,151	3,171	110	,002	9,54	3,009	3,578	15,506
	Equal variances not assumed			4,338	32,621	,000	9,54	2,199	5,065	14,019

Tabelle 57: SCL-90-R/ Einzelne Cluster/ Gruppenvergleich

Group Statistics					
	PTSD	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
T1_SOMA	Keine PTBs	92	65,130	12,8621	1,3410
	PTBS	17	74,000	9,3742	2,2736
T2_ZWANG	Keine PTBs	92	66,96	11,778	1,228
	PTBS	17	71,88	9,854	2,390
T3 Unsich	Keine PTBs	92	65,57	13,521	1,410
	PTBS	17	72,06	8,295	2,012
T4_DEPR	Keine PTBs	92	69,80	10,924	1,139
	PTBS	17	76,12	5,566	1,350
T5_ANGST	Keine PTBs	92	66,93	10,727	1,118
	PTBS	17	74,00	9,083	2,203
T6_AGGR	Keine PTBs	92	59,30	14,034	1,463
	PTBS	17	64,94	15,790	3,830
T7_PHOB	Keine PTBs	92	65,54	13,152	1,371
	PTBS	17	71,35	9,124	2,213
T8_PARAN	Keine PTBs	92	62,22	12,831	1,338
	PTBS	17	68,06	11,189	2,714
T9 Psychot	Keine PTBs	92	64,89	10,980	1,145
	PTBS	17	71,12	9,842	2,387

Tabelle 58: SCL-90-R/ Einzelne Cluster/ T-Test

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
T1_SOMA	Equal variances assumed	2,339	,129	-2,709	107	,008	-8,870	3,2743	-15,3606	-2,3786	
	Equal variances not assumed			-3,360	28,463	,002	-8,870	2,6396	-14,2725	-3,4666	
T2_ZWANG	Equal variances assumed	,129	,720	-1,621	107	,108	-4,93	3,039	-10,950	1,098	
	Equal variances not assumed			-1,833	25,252	,079	-4,93	2,687	-10,457	,605	
T3_Unsich	Equal variances assumed	6,793	,010	-1,910	107	,059	-6,49	3,399	-13,232	,244	
	Equal variances not assumed			-2,643	34,121	,012	-6,49	2,457	-11,485	-1,502	
T4_DEPR	Equal variances assumed	8,617	,004	-2,322	107	,022	-6,31	2,719	-11,704	-,922	
	Equal variances not assumed			-3,574	43,041	,001	-6,31	1,766	-9,875	-2,751	
T5_ANGST	Equal variances assumed	,124	,725	-2,549	107	,012	-7,07	2,771	-12,559	-1,571	
	Equal variances not assumed			-2,860	25,018	,008	-7,07	2,471	-12,153	-1,977	
T6_AGGR	Equal variances assumed	,280	,598	-1,492	107	,139	-5,64	3,778	-13,126	1,852	
	Equal variances not assumed			-1,375	20,934	,184	-5,64	4,100	-14,164	2,890	
T7_PHOB	Equal variances assumed	9,113	,003	-1,742	107	,084	-5,81	3,335	-12,420	,801	
	Equal variances not assumed			-2,232	29,872	,033	-5,81	2,603	-11,127	-,492	
T8_PARAN	Equal variances assumed	1,557	,215	-1,756	107	,082	-5,84	3,326	-12,435	,752	
	Equal variances not assumed			-1,931	24,467	,065	-5,84	3,025	-12,079	,396	
T9_Psychot	Equal variances assumed	,000	,996	-2,180	107	,031	-6,23	2,856	-11,887	-,565	
	Equal variances not assumed			-2,352	23,983	,027	-6,23	2,647	-11,690	-,762	

Tabelle 59: SCL-90-R/ Globale Kennwerte und WZ-PTSD/ Gruppenvergleich

Group Statistics					
	PTSD	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
T-PST	Keine PTBs	92	66,92	11,340	1,182
	PTBS	17	74,47	8,110	1,967
T-GSI	Keine PTBs	92	71,57	9,533	,994
	PTBS	17	77,24	4,250	1,031
T-PSDI	Keine PTBs	92	59,30	19,662	2,050
	PTBS	17	71,71	9,681	2,348
S-WZ	Keine PTBs	92	42,92	22,033	2,297
	PTBS	17	61,00	24,602	5,967

Tabelle 60: SCL-90-R/ Globale Kennwerte und WZ-PTSD/ T-Test

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
T-PST	Equal variances assumed	2,088	,151	-2,618	107	,010	-7,55	2,882	-13,260	-1,833
	Equal variances not assumed			-3,289	28,986	,003	-7,55	2,295	-12,240	-2,853
T-GSI	Equal variances assumed	9,691	,002	-2,401	107	,018	-5,67	2,361	-10,351	-,989
	Equal variances not assumed			-3,960	51,716	,000	-5,67	1,432	-8,544	-2,796
T-PSDI	Equal variances assumed	8,394	,005	-2,537	107	,013	-12,40	4,888	-22,091	-2,712
	Equal variances not assumed			-3,979	45,083	,000	-12,40	3,117	-18,679	-6,124
S-WZ	Equal variances assumed	1,138	,288	-3,052	107	,003	-18,08	5,923	-29,818	-6,335
	Equal variances not assumed			-2,827	21,013	,010	-18,08	6,394	-31,372	-4,780

		Emotional schlechte Beziehung zu den Eltern	70,59	35,29	29,41	41,18	5,88	5,88	17,65	11,76	17,65	5,88	5,88	58,82	5,88	11,76
%/PTBS:	68,75	11,61	12,50	33,04	1,79	2,68	5,88	17,65	11,76	17,86	8,93	8,04	41,96	15,18	7,14	
%/Alle:																
		Schwerer sexueller Missbrauch														
		Tod eines Elternteils														
		Körperliche Misshandlung														
		Chronische Krankheit/ Behinderung: Mutter bis zum 14. Lebensjahr														
		Chronische Krankheit/ Behinderung: Vater bis zum 14. Lebensjahr														
		Seelisch-nervliche/ Suchtprobleme der Mutter														
		Seelisch-nervliche/ Suchtprobleme des Vaters														
		Trennung/ Scheidung der Eltern														
		Chron. fam. Disharmonie mit körp. Gewalt zwischen den Eltern														
		Beruflich angespannte Eltern von klein auf														
		Chron. Fam. Disharmonie ohne körp. Gewalt zwischen den Eltern														
		Finanziell unsichere Situation während der ersten 7 Lebensjahre														
		Geringer Altersabstand zum nächsten Geschwister (<18 Mon.)														

Abbildung 11: Kindheitsbelastungsfaktoren nach Eggle -mit und ohne PTBS

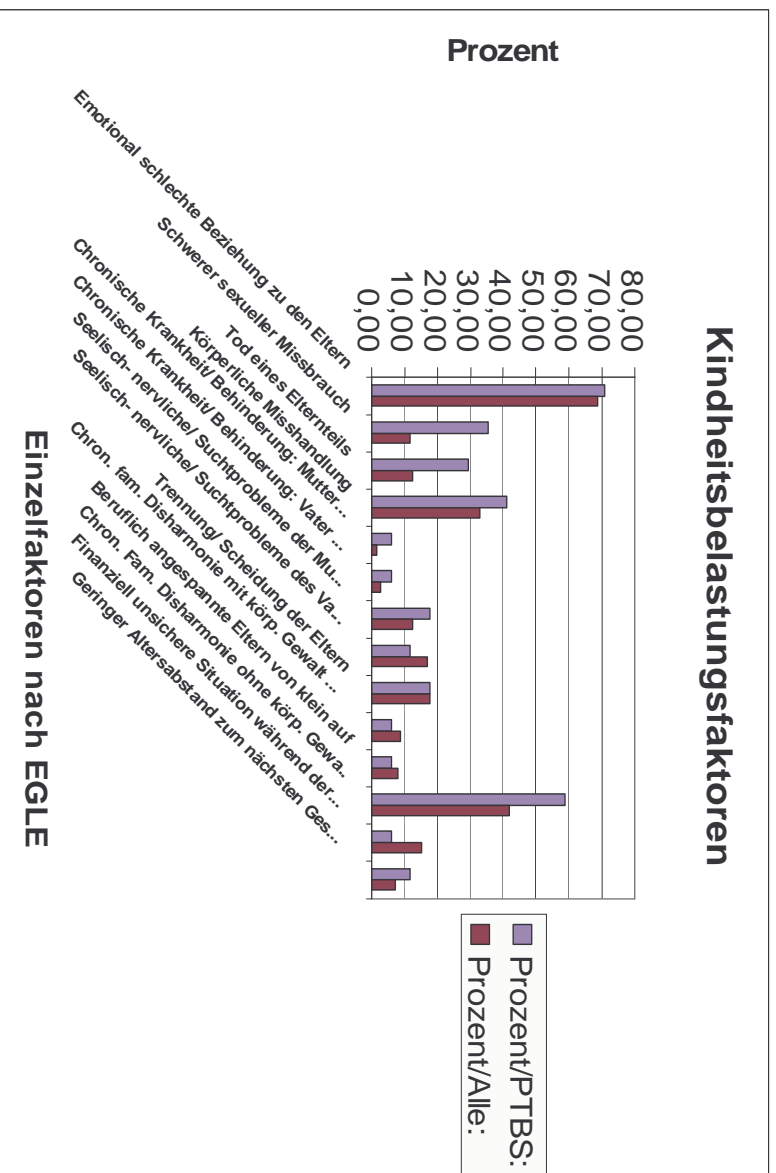


Abbildung 12: Kindliche Belastungsfaktoren nach Geschlecht

	Männlich (%)	Weiblich (%)
Emotional schlechte Beziehung zu den Eltern	65,22	71,21
Schwerer sexueller Missbrauch	2,17	18,18
Tod eines Elternteils	13,04	12,12
Körperliche Misshandlung	34,78	31,82
Chronische Krankheit/ Behinderung: Mutter bis zum 14. Lebensjahr	0,00	3,03
Chronische Krankheit/ Behinderung: Vater bis zum 14. Lebensjahr	2,17	3,03
Seelisch-nervliche/ Suchtprobleme der Mutter	15,22	10,61
Seelisch-nervliche/ Suchtprobleme des Vaters	17,39	16,67
Trennung/ Scheidung der Eltern	21,74	15,15
Chron. fam. Disharmonie mit körp. Gewalt zwischen den Eltern	10,87	7,58
Beruflich angespannte Eltern von klein auf	4,35	10,61
Chron. Fam. Disharmonie ohne körp. Gewalt zwischen den Eltern	36,96	45,45
Finanziell unsichere Situation während der ersten 7 Lebensjahre	23,91	9,09
Geringer Altersabstand zum nächsten Geschwister (<18 Mon.)	2,17	10,61

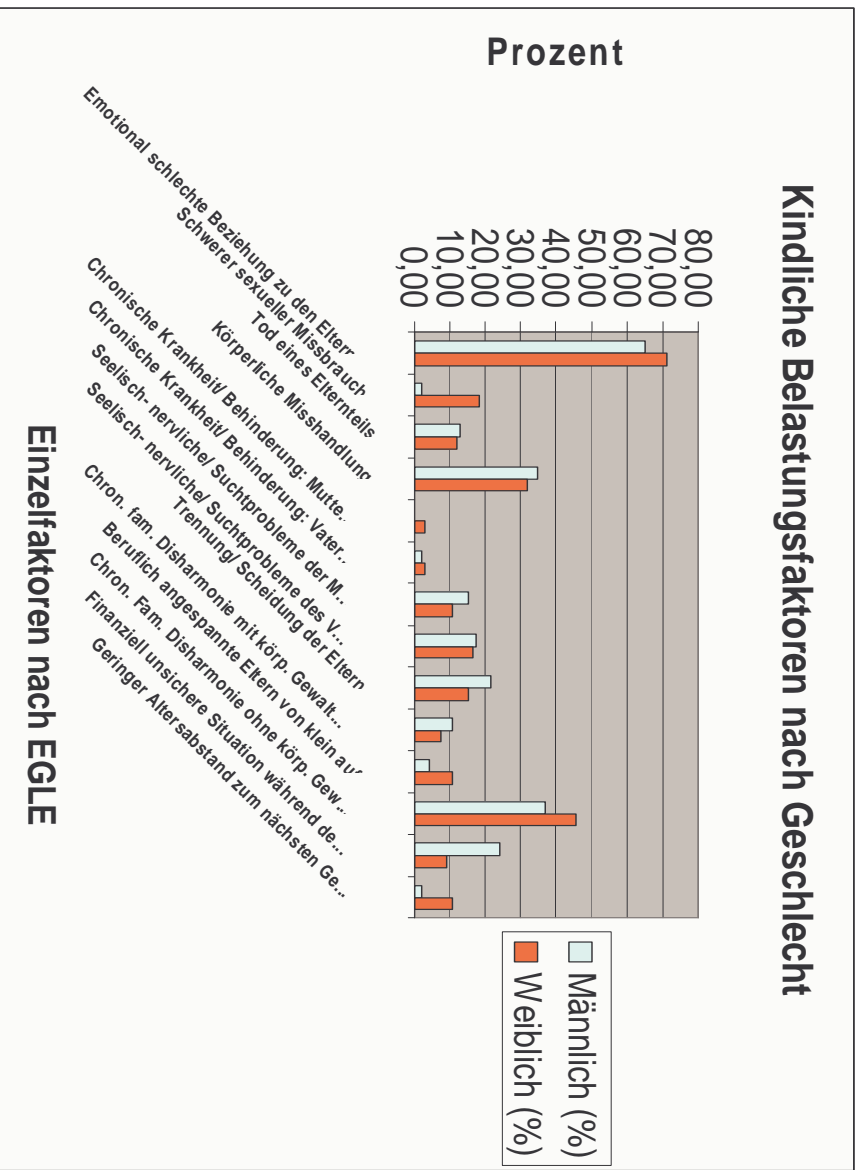


Tabelle 61: Kindliche Belastungsfaktoren Summenwert/ T-Test

Group Statistics					
	PTBS	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Summe	Keine PTBS	95	284,42	177,904	18,253
	PTBS	17	389,41	178,158	43,210

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Summe	Equal variances assumed	,012	,914	-2,241	110	,027	-104,99	46,860	-197,856	-12,126
	Equal variances not assumed			-2,238	22,100	,036	-104,99	46,907	-202,244	-7,738

Tabelle 62: Traumacharakteristika bei PTBS-Patienten

V_ID	TraumaTypNr	Traumabeginn (Lebensjahr)	Traumadauer in Wochen	Anzahl Traumata je Patient	ManMade	Akut	Geschlecht
5	Unfallschaden	44	20	1	0	1	m
107	Unfallschaden	34	1	2	0	1	m
	Körperliche Misshandlung (Kindh.)	0	999		1	0	m
123	Tod eines Elternteils	14	24	2	0	1	m
	Eigene Krankheit	33	999		0	0	m
59	Sexueller Missbrauch (Kindh.)	14	12	1	1	1	w
65	Sexueller Missbrauch (Kindh.)	3	999	1	1	0	w
86	Körperliche Gewalt (Erw.)	28	1	1	1	1	w
89	Vater seelisch krank	0	999	2	1	0	w
	Verbrechenszeuge	29	0		1	1	w
119	Körperliche Misshandlung (Kindh.)	0	999	1	1	0	w
129	Tod eines Elternteils	14	200	1	0	0	w
139	Sexueller Missbrauch (Kindh.)	8	200	1	1	0	w
146	Sexueller Missbrauch (Kindh.)	7	200	2	1	0	w
	Sexuelle Gewalt (Erw.)	17	1		1	1	w
149	Kriegshandlung	25	12	5	1	1	w
	Tod des Partners	25	1		1	1	w
	Kriegshandlung	25	2		1	1	w
	Verbrechenszeuge	25	1		1	1	w
	Sexuelle Gewalt (Erw.)	25	1		1	1	w
150	Tod des Partners	28	1	2	0	1	w
	Verbrechenszeuge	28	1		1	1	w
155	Eigene Krankheit	51	999	4	0	0	w
	Tod eines Elternteils	2	1		0	1	w
	Krankheit der Mutter	6	999		0	0	w
	Emotionale Vernachlässigung	0	999		1	0	w
156	Sexueller Missbrauch (Kindh.)	9	999	2	0	0	w
	Körperliche Misshandlung (Kindh.)	0	999		1	0	w
163	Körperliche Misshandlung (Kindh.)	0	999	1	1	0	w
168	Sexueller Missbrauch (Kindh.)	4	999	2	1	0	w
	Körperliche Misshandlung (Kindh.)	2	999		1	0	w

31 21 15

Tabelle 63: Traumakategorien (Häufigkeit) mit und ohne PTBS

Nr.	Traumakategorie	Traumaexponierte <i>ohne</i> PTBS											
		Alle				Männlich				Weiblich			
		Traumata	%	Personen	%	Traumata	%	Personen	%	Traumata	%	Personen	%
	Alle	72	100,0	49	100,0	28	100,0	21	100,0	44	100,0	28	100,0
1	Sexuelle Gewalt	2	2,8	2	4,1	0	0,0	0	0,0	2	4,5	2	7,1
2	Sexueller Missbrauch (Kindheit)	8	11,1	8	16,3	1	3,6	1	4,8	7	15,9	7	25,0
3	Körperliche Gewalt (erwachsen)	6	8,3	6	12,2	1	3,6	1	4,8	5	11,4	5	17,9
4	Körperliche Misshandlung (Kindheit)	22	30,6	22	44,9	11	39,3	11	52,4	11	25,0	11	39,3
7	Unfallschaden	1	1,4	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	1	3,6
8	Tod des Partners	1	1,4	1	2,0	1	3,6	1	4,8	0	0,0	0	0,0
10	Eigene Krankheit	1	1,4	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	1	3,6
11	Katastrophe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12	Krieg	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13	Verbrechenszeuge	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14	Tod eines Elternteils (Kindesalter)	7	9,7	7	14,3	3	10,7	3	14,3	4	9,1	4	14,3
16	Krankheit der Mutter (Kindesalter)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
19	Vater seelisch krank (Kindesalter)	2	2,8	2	4,1	0	0,0	0	0,0	2	4,5	2	7,1
20	Trennung der Eltern (Kindesalter)	4	5,6	4	8,2	3	10,7	3	14,3	1	2,3	1	3,6
21	Gewalt zwischen den Eltern	3	4,2	3	6,1	1	3,6	1	4,8	2	4,5	2	7,1
22	Emotionale Vernachlässigung	9	12,5	9	18,4	4	14,3	4	19,0	5	11,4	5	17,9
23	Trennung von der Familie im Kindesalter	3	4,2	3	6,1	1	3,6	1	4,8	2	4,5	2	7,1
24	Psychotische Episode	1	1,4	1	2,0	1	3,6	1	4,8	0	0,0	0	0,0
25	Tod eines Kindes	1	1,4	1	2,0	1	3,6	1	4,8	0	0,0	0	0,0
26	Bedrohung in der Kindheit	1	1,4	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	1	3,6

Nr.	Traumakategorie	Traumaexponierte <i>mit</i> PTBS											
		Alle				Männlich				Weiblich			
		Traumata	%	Personen	%	Traumata	%	Personen	%	Traumata	%	Personen	%
	Alle	31	100,0	17	100,0	5	100,0	3	100,0	26	100,0	14	100,0
2	Sexuelle Gewalt	2	6,5	6	34,6	0	0,0	0	0,0	2	7,7	2	14,3
6	Sexueller Missbrauch (Kindheit)	6	19,4	6	35,3	0	0,0	0	0,0	6	23,1	6	42,9
1	Körperliche Gewalt (erwachsen)	1	3,2	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	3,8	1	7,1
5	Körperliche Misshandlung (Kindheit)	5	16,1	5	29,4	1	20,0	1	33,3	4	15,4	4	28,6
2	Unfallschaden	2	6,5	2	11,8	2	40,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0
2	Tod des Partners	2	6,5	2	11,8	0	0,0	0	0,0	2	7,7	2	14,3
2	Eigene Krankheit	2	6,5	2	11,8	1	20,0	1	33,3	1	3,8	1	7,1
0	Katastrophe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	Krieg	2	6,5	2	11,8	0	0,0	0	0,0	2	7,7	2	14,3
3	Verbrechenszeuge	3	9,7	3	17,6	0	0,0	0	0,0	3	11,5	3	21,4
3	Tod eines Elternteils (Kindesalter)	3	9,7	3	17,6	1	20,0	1	33,3	2	7,7	2	14,3
1	Krankheit der Mutter (Kindesalter)	1	3,2	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	3,8	1	7,1
1	Vater seelisch krank (Kindesalter)	1	3,2	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	3,8	1	7,1
0	Trennung der Eltern (Kindesalter)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	Gewalt zwischen den Eltern	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1	Emotionale Vernachlässigung	1	3,2	1	5,9	0	0,0	0	0,0	1	3,8	1	7,1
0	Trennung von der Familie im Kindesalter	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	Psychotische Episode	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	Tod eines Kindes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
0	Bedrohung in der Kindheit	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tabelle 64: Korrelationsprüfung Sexuelles Trauma -PTBS; Chi-Quadrat-Test

PTBS			
	Observed N	Expected N	Residual
Kein PTBS	49	33,0	16,0
PTBS	17	33,0	-16,0
Total	66		

Sexuelles Trauma			
	Observed N	Expected N	Residual
Anderes Trauma	50	33,0	17,0
Sexuelles Trauma	16	33,0	-17,0
Total	66		

Test Statistics		
	Sexuelles Trauma	PTBS
Chi-Square ^a	17,515	15,515
df	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 33,0.

Tabelle 65: Korrelationsprüfung -Geschlecht und Trauma; Chi-Quadrat-Test

Geschlecht			
	Observed N	Expected N	Residual
1,00	24	33,0	-9,0
2,00	42	33,0	9,0
Total	66		

Sexuelles Trauma			
	Observed N	Expected N	Residual
Anderes Trauma	50	33,0	17,0
Sexuelles Trauma	16	33,0	-17,0
Total	66		

Test Statistics		
	Geschlecht	Sexuelles Trauma
Chi-Square ^a	4,909	17,515
df	1	1
Asymp. Sig.	,027	,000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 33,0.

Tabelle 66: Korrelation Ersatzpersonen und PTBS; Chi-Quadrat-Test

Emotional positiv erlebte Ersatzpersonen

	Observed N	Expected N	Residual
nicht vorhanden	44	30,0	14,0
vorhanden	16	30,0	-14,0
Total	60		

PTBS

	Observed N	Expected N	Residual
Keine PTBS	46	30,0	16,0
PTBS	14	30,0	-16,0
Total	60		

Test Statistics

	Emotional positiv erlebte Ersatzpersonen	PTBS
Chi-Square ^a	13,067	17,067
df	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 30,0.

Tabelle 67: Traumatisierungsalter nach Altersklassen (Häufigkeitsverteilung)

Traumatisierungsalter nach Altersklassen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1. Lebensjahr	42	40,8	40,8	40,8
bis zum vollendeten 6. L.j.	17	16,5	16,5	57,3
bis zum vollend. 16. L.j.	21	20,4	20,4	77,7
bis zum vollend. 25. L.j-	8	7,8	7,8	85,4
bis zum 50. L.j.	13	12,6	12,6	98,1
nach dem 50. L.J.	2	1,9	1,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Traumatisierungsalter nach Altersklassen

Geschlecht	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
männlich Valid 1. Lebensjahr	15	45,5	45,5	45,5
bis zum vollendeten 6. L	6	18,2	18,2	63,6
bis zum vollend. 16. L.j.	5	15,2	15,2	78,8
bis zum vollend. 25. L.j-	1	3,0	3,0	81,8
bis zum 50. L.j.	6	18,2	18,2	100,0
Total	33	100,0	100,0	
weiblich Valid 1. Lebensjahr	27	38,6	38,6	38,6
bis zum vollendeten 6. L	11	15,7	15,7	54,3
bis zum vollend. 16. L.j.	16	22,9	22,9	77,1
bis zum vollend. 25. L.j-	7	10,0	10,0	87,1
bis zum 50. L.j.	7	10,0	10,0	97,1
nach dem 50. L.J.	2	2,9	2,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Tabelle 68: Altersklassen (< 40 vs. ≥ 40) und PTBS; Chi-Quadrat-Test

Altersklassen

	Observed N	Expected N	Residual
1	56	56,0	,0
2	56	56,0	,0
Total	112		

PTBS

	Observed N	Expected N	Residual
Keine PTBS	95	56,0	39,0
PTBS	17	56,0	-39,0
Total	112		

Test Statistics

	Altersklassen	PTBS
Chi-Square ^a	,000	54,321
df	1	1
Asymp. Sig.	1,000	,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 56,0.

Tabelle 69: IES/ PTBS/ T-Test

Group Statistics					
	PTBS	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IES: Cluster Intrusion	Keine PTBS	22	13,00	10,911	2,326
	PTBS	24	24,04	8,338	1,702
IES: Cluster Vermeidung	Keine PTBS	22	11,36	8,443	1,800
	PTBS	24	23,33	7,889	1,610
IES: Summenwert	Keine PTBS	22	24,36	17,956	3,828
	PTBS	24	47,38	14,527	2,965

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IES: Cluster Intrusion	Equal variances assumed	4,018	,051	-3,876	44	,000	-11,04	2,849	-16,783	-5,300
	Equal variances not assumed			-3,831	39,235	,000	-11,04	2,882	-16,871	-5,213
IES: Cluster Vermeidung	Equal variances assumed	,540	,466	-4,971	44	,000	-11,97	2,408	-16,823	-7,117
	Equal variances not assumed			-4,956	42,947	,000	-11,97	2,415	-16,841	-7,099
IES: Summenwert	Equal variances assumed	3,366	,073	-4,796	44	,000	-23,01	4,798	-32,680	-13,342
	Equal variances not assumed			-4,752	40,460	,000	-23,01	4,842	-32,795	-13,228

Tabelle 70: FDS: Summe und Cluster/ PTBS und Nicht PTBS: T-Test

Group Statistics					
	PTBS	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FDS	Keine PTBS	95	10,285	10,4064	1,0677
	PTBS	17	17,460	14,5446	3,5276
DES	Keine PTBS	95	11,7180	10,92129	1,12050
	PTBS	17	19,8319	15,79985	3,83203
Cluster Amnesie	Keine PTBS	95	5,0263	7,94968	,81562
	PTBS	17	8,3088	8,93708	2,16756
Cluster Derealisation	Keine PTBS	95	8,3333	14,34751	1,47202
	PTBS	17	15,2941	19,04158	4,61826
Cluster Absorption	Keine PTBS	95	17,4971	14,55853	1,49367
	PTBS	17	29,2157	19,65664	4,76744
Cluster Somatisierung	Keine PTBS	95	8,3626	11,59337	1,18945
	PTBS	17	14,9673	15,71406	3,81122

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FDS	Equal variances assumed	1,660	,200	-2,454	110	,016	-7,175	2,9243	-12,9705	-1,3799
	Equal variances not assumed			-1,947	19,038	,066	-7,175	3,6856	-14,8882	,5378
DES	Equal variances assumed	3,050	,084	-2,621	110	,010	-8,1139	3,09623	-14,24989	-1,97788
	Equal variances not assumed			-2,032	18,830	,056	-8,1139	3,99249	-16,47538	,24760
Cluster Amnesie	Equal variances assumed	,691	,408	-1,539	110	,127	-3,2825	2,13329	-7,51019	,94517
	Equal variances not assumed			-1,417	20,781	,171	-3,2825	2,31593	-8,10185	1,53684
Cluster Derealisation	Equal variances assumed	1,128	,291	-1,748	110	,083	-6,9608	3,98205	-14,85227	,93070
	Equal variances not assumed			-1,436	19,382	,167	-6,9608	4,84718	-17,09254	3,17097
Cluster Absorption	Equal variances assumed	2,648	,107	-2,889	110	,005	-11,7186	4,05688	-19,75840	-3,67882
	Equal variances not assumed			-2,346	19,264	,030	-11,7186	4,99595	-22,16557	-1,27165
Cluster Somatisierung	Equal variances assumed	2,230	,138	-2,043	110	,043	-6,6047	3,23359	-13,01297	-,19653
	Equal variances not assumed			-1,654	19,238	,114	-6,6047	3,99252	-14,95420	1,74471

Tabelle 71: FDS: Summe und Cluster/ Dissoziative Störung (vorhanden/nicht vorh.): T-Test

Group Statistics					
	Dissoziative Störung	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FDS	Keine Diss. Störung	104	10,634	10,0501	,9855
	Dissoz. Störung	8	20,994	21,0641	7,4473
DES	Keine Diss. Störung	104	12,0810	10,50730	1,03033
	Dissoz. Störung	8	24,2411	22,94501	8,11229
Cluster Amnesie	Keine Diss. Störung	104	5,1322	7,69551	,75461
	Dissoz. Störung	8	10,6250	12,24745	4,33013
Cluster Derealisation	Keine Diss. Störung	104	8,3173	13,65608	1,33909
	Dissoz. Störung	8	23,3333	26,63689	9,41756
Cluster Absorption	Keine Diss. Störung	104	18,2372	14,21704	1,39410
	Dissoz. Störung	8	32,7778	28,52642	10,08561
Cluster Somatisierung	Keine Diss. Störung	104	8,7286	11,51834	1,12947
	Dissoz. Störung	8	17,6389	20,56038	7,26919

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FDS	Equal variances assumed	10,544	,002	-2,548	110	,012	-10,361	4,0660	-18,4184	-2,3027
	Equal variances not assumed			-1,379	7,247	,209	-10,361	7,5122	-28,0021	7,2809
DES	Equal variances assumed	16,339	,000	-2,833	110	,005	-12,1600	4,29258	-20,66691	-3,65315
	Equal variances not assumed			-1,487	7,228	,179	-12,1600	8,17746	-31,37392	7,05386
Cluster Amnesie	Equal variances assumed	4,531	,036	-1,857	110	,066	-5,4928	2,95799	-11,35482	,36925
	Equal variances not assumed			-1,250	7,431	,249	-5,4928	4,39539	-15,76522	4,77964
Cluster Derealisation	Equal variances assumed	8,529	,004	-2,761	110	,007	-15,0160	5,43919	-25,79522	-4,23683
	Equal variances not assumed			-1,579	7,286	,157	-15,0160	9,51229	-37,33143	7,29938
Cluster Absorption	Equal variances assumed	13,345	,000	-2,553	110	,012	-14,5406	5,69636	-25,82945	-3,25175
	Equal variances not assumed			-1,428	7,270	,195	-14,5406	10,18151	-38,43604	9,35485
Cluster Somatisierung	Equal variances assumed	3,478	,065	-1,975	110	,051	-8,9103	4,51048	-17,84898	,02846
	Equal variances not assumed			-1,211	7,342	,263	-8,9103	7,35642	-26,14260	8,32208

Tabelle 72: Kindliche Belastungsfaktoren -Cluster Sexueller Missbrauch („160“)/ Chi-Quadrat-Test

PTBS			
	Observed N	Expected N	Residual
Keine PTBS	95	56,0	39,0
PTBS	17	56,0	-39,0
Total	112		

Sex. Missbrauch			
	Observed N	Expected N	Residual
0	99	56,0	43,0
160	13	56,0	-43,0
Total	112		

Test Statistics		
	PTBS	Sex. Missbrauch
Chi-Square ^a	54,321	66,036
df	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 56,0.

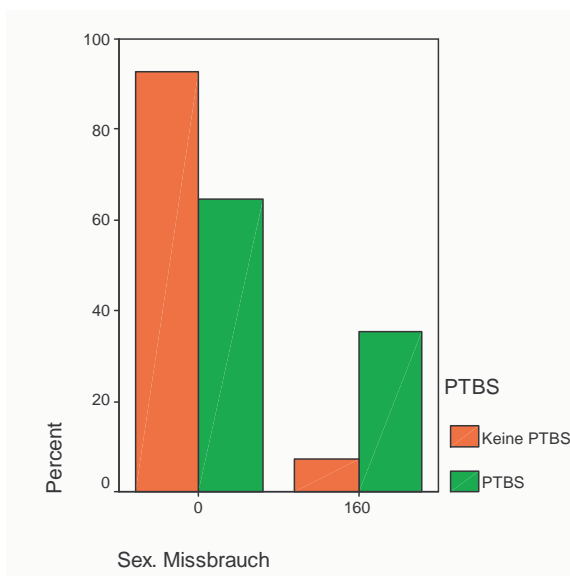


Tabelle 73: Kindliche Belastungsfaktoren -Cluster: Tod eines Elternteils („160“)/ Chi-Quadrat-Test

PTBS			
	Observed N	Expected N	Residual
Keine PTBS	95	56,0	39,0
PTBS	17	56,0	-39,0
Total	112		

Tod eines Elternteils			
	Observed N	Expected N	Residual
0	98	56,0	42,0
160	14	56,0	-42,0
Total	112		

Test Statistics		
	PTBS	Tod eines Elternteils
Chi-Square ^a	54,321	63,000
df	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 56,0.

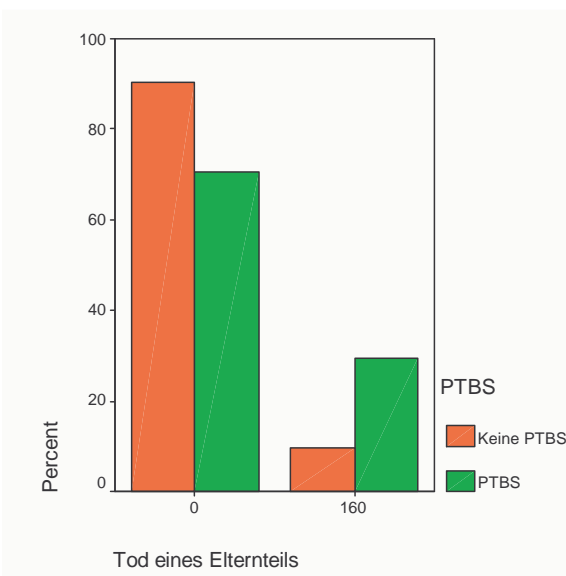


Tabelle 74: Kindliche Belastungsfaktoren -Cluster: Körperliche Misshandlung („130“)/ Chi-Quadrat-Test

PTBS			
	Observed N	Expected N	Residual
Keine PTBS	95	56,0	39,0
PTBS	17	56,0	-39,0
Total	112		

Körperliche Misshandl.			
	Observed N	Expected N	Residual
0	75	56,0	19,0
130	37	56,0	-19,0
Total	112		

Test Statistics		
	PTBS	Körperliche Misshandl.
Chi-Square ^a	54,321	12,893
df	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 56,0.

