

Medizinische Fakultät
der
Universität Duisburg-Essen

Aus den Rheinischen Kliniken Essen,
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**Traumatische Ereignisse, Posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung
bei Patienten der Ambulanz einer Psychosomatischen Universitätsklinik**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften (Dr. rer. medic.)
durch die Medizinische Fakultät
der Universität Duisburg-Essen

Vorgelegt von
Dipl.-Psych. Sefik Tagay
aus Besiri / Türkei
2004

DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

ub | universitäts
bibliothek

Diese Dissertation wird über DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt und liegt auch als Print-Version vor.

DOI: 10.17185/duepublico/70288

URN: urn:nbn:de:hbz:464-20190903-104111-6

Alle Rechte vorbehalten.

Dekan: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. K.-H. Jöckel
1. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. med. W. Senf
2. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Dipl. Psych. J. Kugler

Tag der mündlichen Prüfung: 21. März 2005

Widmung

Diese Arbeit möchte ich meinem indischen Lieblingsautor Jiddu Krishnamurti widmen,
dessen Geist mein Denken maßgeblich beeinflusst hat.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	7
 A. THEORETISCHER HINTERGRUND	8
2. ZUR GESCHICHTE DES STÖRUNGSBILDES.....	8
3. DEFINITIONEN ZUM TRAUMABEGRIFF.....	10
4. DAS KONZEPT DER POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG.....	12
4.1 THEORIEN ZUR ENTSTEHUNG DER PTSD (EIN KURZER ABRISS)	13
4.2. MODELL DER CHRONISCHEN POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG	14
4.3. DAS SYNDROMALE STÖRUNGSBILD DER PTSD	16
4.3.1. <i>Symptomatik der Intrusionen</i>	16
4.3.2. <i>Symptomatik des Vermeidungsverhaltens und der emotionalen Taubheit</i>	16
4.3.3. <i>Hyperarousal-Symptomatik</i>	17
4.4. DIE PTSD-DIAGNOSEKRITERIEN NACH DSM-IV	17
4.5. DIE PTSD-DIAGNOSEKRITERIEN NACH ICD-10	19
4.6. BEGINN UND DAUER DER PTSD.....	20
5. DIFFERENTIALDIAGNOSTIK: WEITERE POSTTRAUMATISCHE PSYCHISCHE STÖRUNGEN.....	20
5.1. AKUTE BELASTUNGSREAKTION (ICD-10: F43.0).....	20
5.2. AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNG (DSM-IV: 300.).....	21
5.3. ANDAUERENDE PERSÖNLICHKEITSÄNDERUNG NACH EXTREMBELASTUNG (ICD-10: F62.0).....	21
6. EMPIRISCHE BEFUNDLAGE ZUR PTSD	22
6.1. PTSD-PRÄVALENZ IN DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG.....	22
6.2. PTSD-PRÄVALENZ IN ABHÄNGIGKEIT VOM TRAUMA-TYP.....	24
6.3. UNTERSCHÄTZUNG DER PTSD IN DER KLINISCHEN PRAXIS	25
6.5. KOMORBIDITÄT VON PTSD.....	29
6.6. INANSPRUCHNAHMEVERHALTEN BEI PTSD	30
6.7. RISIKOFAKTOREN FÜR DIE ENTWICKLUNG EINER PTSD	31
6.8. ZUSAMMENHANG VON SOMATISIERUNG, TRAUMA UND PTSD.....	33
 B. FRAGESTELLUNG UND METHODISCHES VORGEHEN.....	36
7. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESENABLEITUNGEN	36
7.1. UNTERSCHIEDSHYPOTHESEN UND FRAGESTELLUNGEN ZUR TRAUMA- UND PTSD-PRÄVALENZ	37
7.2. UNTERSCHIEDSHYPOTHESEN ZUM ZUSAMMENHANG VON TRAUMA UND SOMATISIERUNG.....	38
7.3. ZUSAMMENHANGSHYPOTHESE: DIAGNOSTISCHE HINWEISE ZUR VORHERSAGE VON PTSD.....	38
8. MESSINSTRUMENTE UND DATENANALYSE	38
8.1. POSTTRAUMATIC STRESS DIAGNOSTIC SCALE (PDS)	38
8.2. IES-R (IMPACT OF EVENT SCALE – REVISED (IES-R)	39
8.3. DAS SCREENING FÜR SOMATOFORME STÖRUNGEN (SOMS-2)	40
8.4. DIE HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE- DEUTSCHE VERSION (HADS-D)	42
8.5. SENSE OF COHERENCE- SKALA (SOC-13).....	42
8.6. FRAGEN ZUM MEDIZINISCHEN INANPRUCHNAHMEVERHALTEN	43
8.7. UNTERSUCHUNGSABLAUF	43
8.8. DATENANALYSE.....	44

C. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	45
9. ERGEBNISSE	45
9.1. RELIABILITÄTEN	45
9.2. PATIENTENREKRUTIERUNG UND GRUPPENBILDUNG	46
9.3. STICHPROBE	46
9.4. SUBJEKTIVE BESCHWERDEN UND ICD-10 DIAGNOSEN NACH GRUPPEN (HYPOTHESE 1).....	48
9.5. TRAUMA- UND PTSD-PRÄVALENZ	49
9.6. HÄUFIGKEIT DES DSM-IV KRITERIUMS	50
9.7. TRAUMA- UND PTSD-PRÄVALENZ (FRAGESTELLUNG 1 UND HYPOTHESE 2)	51
9.8. EINZELTRAUMATA FÜR DIE GESAMTSTICHPROBE UND NACH GESCHLECHT (HYPOTHESE 3)	53
9.9. TRAUMATISCHE EREIGNISSE UND PTSD NACH ALTER (HYPOTHESE 4).....	54
9.10. TRAUMATISCHE EREIGNISSE UND PTSD NACH FAMILIENSTAND (HYPOTHESE 4).....	55
9.11. TRAUMATISCHE EREIGNISSE UND PTSD NACH BILDUNG (HYPOTHESE 4).....	56
9.12. DEPRESSIVITÄT, ÄNGSTLICHKEIT UND KOHÄRENZGEFÜHL NACH GRUPPEN (HYPOTHESE 5).....	57
9.13. INANSPRUCHNAHMEVERHALTEN: ARZTBESUCHE GETRENNT NACH GRUPPEN (HYPOTHESE 6).....	57
9.14. INANSPRUCHNAHMEVERHALTEN: PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOPHARMAKA GETRENNT NACH GRUPPEN (HYPOTHESE 6)	58
9.15. SOMATOFORME BESCHWERDEN NACH GRUPPEN (HYPOTHESE 7)	59
9.16. SOMATISIERUNG IM GRUPPENVERGLEICH	62
9.17. ALLTAGSBEEINTRÄCHTIGUNG DURCH SOMATISIERUNG	62
9.18. SPEZIFITÄT SOMATOFORMER BESCHWERDEN NACH GRUPPEN (FRAGESTELLUNG 2).....	63
9.19. SEXUELLE / KÖRPERLICHE TRAUMATISIERUNG VS. NICHT DURCH MENSCHEN VERURSACHTE TRAUMATA (HYPOTHESE 8).....	64
9.20. SOMS-GRUPPEN NACH ANZAHL DER TRAUMATA (WENIGE VS. VIELE TRAUMATA) (HYPOTHESE 9) .	65
9.21. DIAGNOSTISCHE HINWEISE FÜR PTSD (FRAGESTELLUNG 3)	66
D. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	67
10. DISKUSSION	67
10.1. SUBJEKTIVE BESCHWERDEANGABEN BEI PTSD-PATIENTEN.....	67
10.2. TRAUMA- UND PTSD-PRÄVALENZ	68
10.2.1. Traumaprävalenz: Inanspruchnahmeklientel versus Allgemeinbevölkerung	68
10.2.2. Trauma-Prävalenz: Inanspruchnahmeklientel versus klinische Populationen.....	69
10.2.3. Zusammenfassende Bewertung der Trauma-Prävalenz.....	70
10.2.4. PTSD-Prävalenz: Inanspruchnahmeklientel versus Allgemeinbevölkerung.....	71
10.2.5. PTSD-Prävalenz: Inanspruchnahmeklientel versus klinische Populationen.....	72
10.2.6. Zusammenfassende Bewertung der PTSD-Prävalenz.....	72
10.3. UNTERSCHÄTZUNG DER PTSD-PRÄVALENZ	73
10.4. TRAUMATISCHE EREIGNISSE IN ABHÄNGIGKEIT VON GESCHLECHTSUNTERSCHIEDEN.....	74
10.5. TRAUMATISCHE EREIGNISSE IN ABHÄNGIGKEIT VON SOZIALDATEN	76
10.5.1. Traumatische Ereignisse in Abhängigkeit vom Alter.....	76
10.5.2. Traumatische Ereignisse in Abhängigkeit vom Familienstand.....	76
10.5.3. Traumatische Ereignisse in Abhängigkeit vom Bildungsstand.....	77
10.6. DEPRESSIVITÄT, ÄNGSTLICHKEIT UND KOHÄRENZGEFÜHL	77
10.6.1. Zusammenhang von PTSD und Kohärenzgefühl	77
10.6.2. Depression und Ängstlichkeit bei PTSD.....	78
10.7. INANSPRUCHNAHMEVERHALTEN: ARZTBESUCHE, PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOPHARMAKA	79
10.8. UNTERSCHIEDSHYPOTHESEN ZUM ZUSAMMENHANG VON TRAUMA UND SOMATISIERUNG.....	81
10.8.1 Mögliche Erklärungen für den Zusammenhang von Traumatisierung und Somatisierung	82
10.8.2 Somatisierung als diagnostischer Hinweis auf Traumatisierung	83
10.8.3. Zusammenfassung der Ergebnisse: Traumatisierung und Somatisierung.....	83
10.9. SPEZIFITÄT SOMATOFORMER GRUPPEN UND TRAUMATISIERUNG	84
10.10. DURCH MENSCHEN VERURSACHTE TRAUMATA VS. NICHT DURCH MENSCHEN VERURSACHTE TRAUMATA UND SOMATOFORME BESCHWERDEN	85
10.11. ANZAHL DER TRAUMATA UND SOMATOFORME BESCHWERDEN	86
10.12. PRÄDIKTOREN: DIAGNOSTISCHE HINWEISE ZUR VORHERSAGE VON PTSD	87

11. KRITIKPUNKTE UND OFFENE FRAGEN	88
11.1. STICHPROBE UND ERHEBUNG	88
11.2. FRAGEBOGEN-SET	89
11.2.1 Screening für Somatoforme Störungen (SOMS-2), Hospital Anxiety and Depression (HADS)...	89
11.2.2. Reliabilität vom Sense of Coherence (SOC-13).....	90
11.2.3. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)	90
11.2.4. PTSD-Prävalenz nach der Impact of Event Scale (IES-R)	91
11.3. UMGANG MIT DEM TRAUMABEGRIFF	91
11.4. OFFENE FRAGEN	92
12. ZUSAMMENFASSUNG.....	94
13. LITERATUR	95
14. DANKSAGUNG.....	98
15. LEBENS LAUF.....	99

1. Einleitung

Psychotraumatische Ereignisse, die beim Menschen das Gefühl der Sicherheit und Unverwundbarkeit durchbrechen, können den Umgang mit den eigenen Gedanken, Gefühlen und der Umwelt tiefgreifend beeinträchtigen. Körperliche und sexuelle Übergriffe, Kriegstraumata, Folter, schwere Unfälle und andere natürliche oder vom Menschen verursachte Katastrophen können zum Auslöser der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) werden. Die Gefühle von Angst, Entsetzen und Hilflosigkeit, die solche Erlebnisse in der Regel begleiten, können den Umgang eines Menschen mit Stress nachhaltig beeinflussen, sein Selbstwertgefühl beeinträchtigen und die Wahrnehmung von der Welt als einem im wesentlichen kontrollierbaren, sicheren und im Prinzip sinnvoll geordneten Ort empfindlich stören.

Die Zahl der empirischen Arbeiten zur Prävalenz von traumatischen Ereignissen und Posttraumatischen Belastungsstörungen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Wie so oft wurden die meisten Studien im angloamerikanischen Raum erhoben, dagegen existieren im deutschsprachigen Raum nur sehr wenige Arbeiten mit epidemiologischen Fragestellungen. Ausgehend von dieser Datenlage beschäftigt sich die vorliegende Studie im ersten Teil mit der Prävalenz von traumatischen Ereignissen, PTSD und anderen psychischen Folgen der Traumatisierung in einer psychosomatischen Ambulanzpopulation. Eine weitere wichtige Fragestellung dieser Arbeit zielt darauf ab, den Zusammenhang von Trauma, PTSD und somatoformen Beschwerden besser herauszustellen. In den letzten Jahren hat sich zwar eine zunehmende Anzahl von Studien mit der Bedeutung von psychotraumatischen Ereignissen und traumaassoziierten psychischen Störungen im Zusammenhang von Somatisierung beschäftigt und einige Daten geliefert, diese weisen jedoch zum Teil noch nicht aufgeklärte Widersprüche auf. Körperliche Symptome sind häufige Reaktionen nach traumatischen Stressoren. Somatoforme Störungen bzw. körperliche Symptome ungeklärter Genese hingegen zählen zu den typischen Langzeitfolgen schwerer, insbesondere personaler Traumatisierungen. Bei der Frage um den Zusammenhang von Psychotraumatisierung und Somatisierung gibt es nur wenige empirische Studien, die zu diesem Themenkomplex psychiatrisch/psychotherapeutische Patienten untersucht haben. In den meisten Studien wurden Kriegsveteranen und Patienten mit interpersoneller Gewalt untersucht.

Von großer Relevanz ist auch die Frage nach Prädiktoren für PTSD, nicht zuletzt, weil diese Frage vor allem für den diagnostischen Prozess relevant sein kann, wo es darum geht, Hinweise zu finden, die auf eine PTSD deuten bzw. Risikofaktoren zu entdecken, die die

Wahrscheinlichkeit einer posttraumatischen Symptomatik erhöhen. Bei einer chronischen PTSD ist in der Regel eine ausgeprägte Komorbidität festzustellen. Chronisch traumatisierte Patienten, die fachärztliche Hilfe aufsuchen, benennen bei der Beschreibung ihrer Beschwerden vorwiegend depressive oder Angstsymptome oder körperliche Beschwerden, so dass ein Zusammenhang zu einer psychischen Traumatisierung zunächst schwer eruiert werden kann. Deren Zusammenhang zu einem Trauma-Ereignis ist oft Jahre danach weder für die Betroffenen noch für die behandelnden Ärzte auf Anhieb erkennbar. Daher verfolgte diese Arbeit auch das Ziel, klinisch brauchbare diagnostische Variablen für eine PTSD herauszufinden, damit diese frühzeitig erkannt und adäquat behandelt wird.

A. Theoretischer Hintergrund

2. Zur Geschichte des Störungsbildes

Berichte über die Auswirkungen traumatischer Ereignisse gibt es seit Jahrzehnten. Im ersten Weltkrieg dokumentierten Mott (1) und Southard (2) die neurologischen und psychologischen Auswirkungen kriegsbedingter Traumata. Adler (3) schilderte die „posttraumatischen psychischen Komplikationen“ der Überlebenden des Bostoner Coconut Grove-Brandes. Adlers Artikel ist insofern von besonderer Bedeutung, als sie explizit auf traumabedingte Alpträume, Schlaflosigkeit, Kognitionen und Vermeidungsverhalten eingeht. Grinkler und Spiegel (4) zählten die Symptome von zurückgekehrten Kriegsteilnehmern auf, die unter „Gefechtsneurosen“ litten. Diese Symptome bestanden aus Unruhe, Konzentrationsstörungen, Aggressionen, Depressionen, Gedächtnisstörungen, Alkoholismus, Alpträumen, Phobien und Misstrauen. In den fünfziger und sechziger Jahren begann man auch mit der Erforschung der psychischen Folgen von Natur- und Industriekatastrophen. Im Jahr 1974 veröffentlichten Burgess und Holmstrom (5) einen einflussreichen Artikel über das "Vergewaltigungstraumasyndrom". Ihr Bericht basierte auf Interviews, die sie innerhalb eines Jahres mit 146 Vergewaltigungsoffern geführt hatten. Analog dazu untersuchten Kilpatrick et al. (6) in einer prospektiven Vergleichsstudie pathologische Veränderungen bei Vergewaltigungsoffern. Die Vergewaltigungsoffer zeigten über alle Messungen hinweg signifikant größere Furcht vor bestimmten vergewaltigungsbezogenen Stimuli (z.B. Fremden, dem Alleinsein, Notaufnahmestation und nackten Männern) als die Kontrollgruppe.

Die Posttraumatische Belastungsstörung hat im Laufe ihrer Theoriegeschichte einen lebhaften Wandel durchgemacht. Die bekanntesten historischen Vorläufer der Posttraumatischen Belastungsstörung sind die „Unfallneurose“ als psychische Störung nach schweren Belastungen (z.B. nach den ersten Eisenbahnunfällen im 19. Jahrhundert) und die „Kriegsneurose“ (weitere Synonyme: „Frontneurose“, „Gefechtsneurose“, „Schützengrabenneurose“, „Granatenschock“) bei Teilnehmern am 1. und 2. Weltkrieg. Aufgrund der Häufigkeit kriegsbedingter psychiatrischer Störungen in der Folge des Zweiten Weltkrieges sah sich der Nomenklatur- und Statistikausschuss der Vereinigung der amerikanischen Psychiater veranlasst, die „schwere Belastungsreaktion“ (gross stress reaction) als psychiatrische Kategorie in ihr „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen“ (DSM-I) aufzunehmen (7). Bis in die 70er-Jahre wurden berufsunfähig gewordene Menschen mit traumatischen Erlebnissen als „Renteneurotiker“ abqualifiziert. Es wurde ihnen die Echtheit der berichteten Symptome abgesprochen und eine Simulationstendenz mit dem Wunsch nach finanzieller Entschädigung unterstellt („Kompensationsneurose“) (8).

1980 wurde die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung schließlich als eigenständiges Störungsbild in das DSM-III aufgenommen (9), nachdem sich die Erkenntnis durchgesetzt hatte, dass alle schwereren Traumata die Entwicklung ähnlicher Symptommuster begünstigen. Ausschlaggebend waren dabei die psychischen Folgen der Erfahrungen von Veteranen des Vietnamkrieges und der zunehmende Feminismus im Amerika der 70er Jahre, welche die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf die Folgen interpersoneller Gewalt lenkten (8).

Der 1980er Taxonomie zufolge liegt eine PTSD dann vor, wenn sich *„in der Folge eines traumatischen Ereignisses, das im allgemeinen außerhalb des menschlichen Erfahrungsbereiches liegt, bestimmte charakteristische Symptome entwickeln“* (9). Des weiteren hieß es, dass *„der Stressor, der das Syndrom auslöst, bei den meisten Menschen, schwere Belastungssymptome hervorrufen würde, und außerhalb des Bereiches solch üblicher Erfahrungen wie Trauer, chronische Krankheit, geschäftliche Verluste oder eheliche Konflikte liegt“*. Wie schon im DSM-III wurde auch im DSM-III-R davon ausgegangen, dass sich bei einer PTSD die Symptome in der Folge eines „psychisch belastenden Ereignisses entwickeln, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt“ (S. 247). Anders als sein Vorgänger gab das DSM-III-R Beispiele für verschiedene Klassen von Traumata, die die Störung verursachen können.

3. Definitionen zum Traumabegriff

In der Literatur wird der Traumabegriff komplex und widersprüchlich verwendet (10). Die Tendenz sticht hervor, den Begriff bis zur Unabgrenzbarkeit auszuweiten und inflationär zu verwenden, wenn z.B. jede belastende Lebenssituation als Trauma bezeichnet wird. In der Umgangssprache werden viele Situationen als traumatisch beschrieben, z.B. Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes oder Durchfallen bei einer Prüfung. Eine Feldstudie fand jedoch, dass solche „schwachen“ Stressoren nur bei 0.4% der Betroffenen zu den charakteristischen Symptomen einer PTSD führen (11). Ferner herrscht Unklarheit darüber, ob ein äußeres Ereignis oder die psychischen Folgen einer realen Situation definieren, ob ein Trauma vorliegt. Verwirrung entsteht auch bei der Frage, ob die psychische Verarbeitung, d.h. die seelischen Bewältigungsversuche, als Trauma bezeichnet werden oder als Erlebnis der Erschütterung. Zudem wird in den meisten Arbeiten nicht klar zwischen dem Verarbeitungsprozess einer traumatischen Erfahrung und den bleibenden seelischen Schäden differenziert.

Nach dem bisherigen Stand der Traumaforschung kann der Traumabegriff auf mindestens 3 Dimensionen angesiedelt werden (8).

1) Trauma als Verletzung oder Wunde

Trauma ist ein Begriff, der ursprünglich aus der Medizin stammt. Trauma ist die griechische Übersetzung des deutschen Wortes „Verletzung“, „Wunde“ oder „Niederlage“ und ist abgeleitet vom Verb „troein“, „durchbohren“, „verwunden“, „betören“, und „terein“, „reiben“, „aufreiben“, „quälen“, „ängstigen“. Ganz allgemein sprechen Mediziner von „Trauma“, wenn sie Wunden oder Quetschungen meinen. Trauma ist in diesem Sinne eindeutig *Folge eines Ereignisses* und bezeichnet nicht den äußeren Anlass, der zur Verletzung führt.

2) Trauma als reales äußeres Ereignis

Trauma stellt ein äußeres Ereignis dar. Es gibt eine umfangreiche Sammlung traumatischer Ereignisse, die sich nach verschiedenen Gesichtspunkten zusammenstellen bzw. einteilen lassen. Bewährt haben sich Einteilungen nach *kurz vs. langfristigen Traumata* und *menschlich verursachten vs. zufälligen Traumata* (Tabelle 1 und 2).

Tab. 1: Klassifikation von Traumata nach Maercker et al. (10)

Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-1-Traumata)	Längerdauernde traumatische wiederholte Traumata (Typ-II-Traumata)
Naturkatastrophen	Geiselhaft
Unfälle	mehrfache Folter
Technische Katastrophen	Kriegsgefangenschaft
Kriegserlebnisse	KZ-Haft
Kriminelle Gewalttaten wie Schusswechsel, Überfälle	wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt sowie wiederholte Vergewaltigungen

Die Typ-1-Traumata sind meist durch akute Lebensgefahr und Überraschung gekennzeichnet. Es gibt Hinweise darauf, dass einerseits die willentlich durch Menschen verursachten Traumata und andererseits die zeitlich längerdauernden Typ-II-Traumata in vielen Fällen zu stärker beeinträchtigenden und zu einer längeren Chronifizierung psychischer Folgen führen können als die anderen Formen (8).

Tab. 2: Klassifikation von Traumata nach Maercker et al. (10)

Menschlich verursachte Traumata	Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumata
Sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit	Naturkatastrophen
Vergewaltigungen	Technische Katastrophen
Kriegserlebnisse	Berufsbedingte Traumata (z.B. Militär, Polizei)
Folter und politische Inhaftierung	Arbeitsunfälle
Massenvernichtung (z.B. KZ)	Verkehrsunfälle

3) Trauma als Erlebnis

In „Hemmung, Symptom und Angst“ betonte Freud (12), das Wesentliche an der traumatischen Neurose sei, dass es sich um eine Erfahrung der *Hilflosigkeit des Ichs* angesichts einer unerträglichen Erregungshäufung handle, gleichgültig, ob äußeren oder inneren Ursprungs. Er fasste nur das Ich als diejenige seelische Instanz auf, die den Menschen vor Trauma schütze. Indem er die Hilflosigkeit des Ichs als den Moment der Traumatisierung betrachtete, definierte er das Trauma als Erlebnis.

Fischer & Riedesser (13) fassen diese drei Dimensionen des Traumabegriffs in ihrer Traumadefinition gut zusammen. Danach handelt es sich bei einem Psychotrauma um „*ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe*“

einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (S. 79). Die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses besteht in ihrem Kern nach Fischer und Riedesser (13) darin, dass der Mensch einige lebenswichtige Illusionen verliert: die von der Unverletzlichkeit des Selbst und dass die Ereignisse in der Welt, die den Menschen treffen können, zumindest im Prinzip beherrschbar und verständlich seien. Traumatisierend wirkt nicht nur die Bedrohung der körperlichen Integrität, sondern auch die Bedrohung der fundamental menschlichen Erfahrung, eine autonom handelnde und denkende Person zu sein. Das „Sich-Aufgeben“ und der Verlust jeglicher Autonomie während der traumatischen Erfahrung stellen nach neueren Erkenntnissen an vergewaltigten oder inhaftierten Menschen Risikofaktoren für die Entwicklung einer chronischen PTSD dar (8,14).

Im Sinne der aktuellen Traumadefinition, in der Trauma als Interaktion von Variablen des Traumas und der Verarbeitung des dem Ereignis ausgesetzten Individuums angesehen wird, ist das traumatische Ereignis im DSM-IV (15) sowohl durch Merkmale des Stressors als auch durch die Reaktionen des betroffenen Individuums während der Traumaaexposition gekennzeichnet. In der vorliegenden Untersuchung lehne ich mich an das Eingangstraumakriterium von DSM-IV (Nähere Erläuterung unter Punkt 4.3).

4. Das Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (8, S.3) gibt folgende *Definition für die PTSD*:

„Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse (wie z.B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (sog. Sexueller Missbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zu einem Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.“ Als eine der wenigen Störungen beinhaltet die PTSD im DSM-IV (15) und ICD-10 (16) somit eine ätiologische Annahme: Die Diagnose wird nur gestellt, wenn der Patient ein

traumatisches Ereignis erlebt hat. Allerdings wurde lange bezweifelt, dass das traumatische Ereignis die wesentliche Ursache für die Symptome darstellt. Viele Experten hielten organische Faktoren für entscheidend. Die Festlegung, welche Ereignisse als „traumatisch“ bezeichnet werden, wurde seit der Aufnahme der PTSD ins DSM-III (9) präzisiert. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass ein Trauma nicht immer zu einer PTSD führen muss. Die betroffene Person kann statt einer PTSD ebenso eine Depression oder eine Essstörung entwickeln. Sowohl bei als auch nach Trauma-Exposition können vielfältige psychische Störungen mit Krankheitswert auftreten. Nach einer Traumatisierung muss sich aber auch nicht in jedem Fall eine psychiatrische Erkrankung entwickeln. Es gibt Menschen, die außergewöhnlich belastenden Ereignissen ausgesetzt waren und nur wenige oder gar keine langfristigen Folgeerscheinungen davon getragen haben. Unterschiedliche Faktoren haben Einfluss darauf, ob sich eine PTSD entwickelt oder nicht (siehe Kapitel 6). *Abbildung 1* zeigt ein Spektrum möglicher psychopathologischer Entwicklungswege nach einem Trauma.

Spektrum möglicher psychopathologischer Entwicklungswege nach einem Trauma

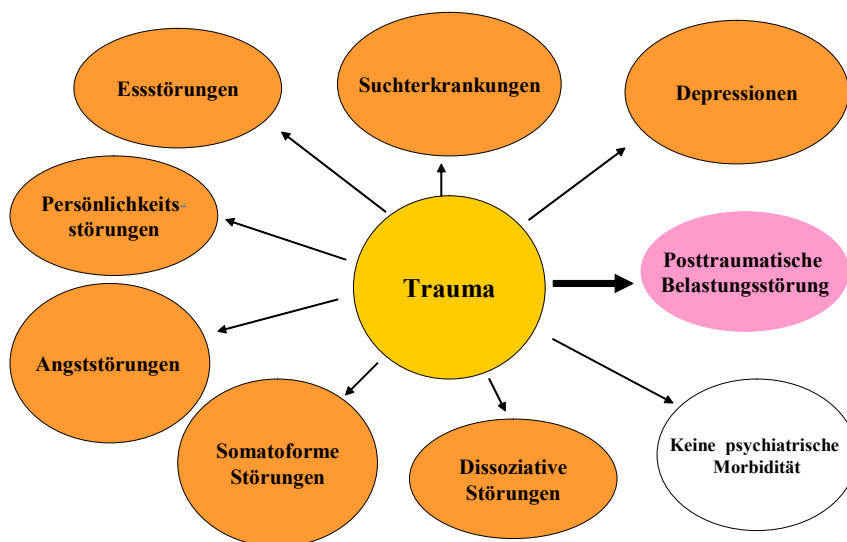


Abb. 1: Spektrum möglicher psychopathologischer Entwicklungswege nach einem Trauma

4.1 Theorien zur Entstehung der PTSD (Ein kurzer Abriss)

Zum Verständnis dieser Störung werden in der Literatur nicht nur biologische, sondern vor allem kognitive, psychodynamische und behaviorale Theorien herangezogen. Eine gute Darstellung verschiedener kognitiver Aspekte des PTSD findet sich bei Brewin (17). Der

Autor beschreibt die *Duale Representationstheorie der PTSD*, die von verschiedenen Speicherprozessen normaler, willentlich abrufbarer und verbal beschreibbarer Erinnerung einerseits und non-verbaler traumatischer Erinnerung andererseits ausgeht. Lang (18) hingegen wendet das Modell pathologischer *Furchtstrukturen* auf die Ätiologie der PTSD an. Nach Lang ist die Gedächtnisrepräsentation traumatischer Geschehnisse umfassend und leicht aktivierbar. Die Aktivierung zeigt sich in intrusivem Wiedererleben, Angst und Erregung, sowie in der chronischen Erwartung erneuter Bedrohung und der aktiven Suche nach Gefahrensignalen. Eine Veränderung des spezifischen Furchtnetzwerkes ist nur durch dessen direkte Aktivierung (d.h. über Konfrontation mit traumarelevanten Reizen) möglich. Nach van der Kolk (19) werden traumatische Erinnerungen auf einem *somato-sensorischen, nicht-verbalen Niveau* gespeichert. Die Affektgeladenheit der traumatischen Erinnerungen mache unmöglich, sie mit Symbolen oder Worten zu verbinden. Das Darüber-Sprechen-Können sei Zeichen eines schon fortgeschrittenen Verarbeitungsprozesses, denn erst eine allmähliche Integration der Erlebnisse macht sie für den Traumatisierten prinzipiell erzählbar. Im Folgenden soll das Modell der chronischen PTSD von Ehlers & Clark (20) in seinen wesentlichen Kernannahmen vorgestellt werden. Unter den kognitiven Modellen zählt es inzwischen zu den bedeutendsten, nicht zuletzt, weil es schon mehrfach empirisch bestätigt werden konnte (20).

4.2. Modell der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung (Ehlers & Clark 20)

Ehlers und Clark (20) meinen, dass sich eine chronische PTSD nur dann entwickelt, wenn die Betroffenen das traumatische Ereignis und seine Folgen so verarbeiten, dass sie eine *schwere gegenwärtige Bedrohung* wahrnehmen. Es wird angenommen, dass sie sich im Gegensatz zu Personen, die sich von einem Trauma psychisch erholen, nicht in der Lage sind, das traumatische Erlebnis als zeitbegrenzt zu sehen. Personen mit dieser Störung sehen viel mehr globale negative Auswirkungen auf ihr gesamtes Leben. Es entsteht das Gefühl einer überschatteten Zukunft. Das Vertrauen zu sich und zur Umgebung ist grundlegend erschüttert. Die Welt wird nach dem Trauma als gefährlicher eingeschätzt als zuvor. Wenn die Wahrnehmung der gegenwärtigen Bedrohung aktiviert wird, so kommt es zu intrusivem Wiedererleben, Symptomen der körperlichen Erregung und starken Emotionen wie Angst, Ärger, Scham oder Trauer. Die wahrgenommene Bedrohung motiviert eine Reihe von Verhaltensweisen und kognitiven Reaktionen, die die

Belastung und wahrgenommene Bedrohung mindern sollen, jedoch die Störung letztlich aufrechterhalten. Wenn Personen mit chronischer PTSD eine schwere gegenwärtige Bedrohung und die damit verbundenen Symptome wahrnehmen, so versuchen sie diese mit einer Reihe unterschiedlicher Strategien unter Kontrolle zu bringen. Zu den Strategien, die eine Elaboration (tiefere Verarbeitung) des Traumagedächtnisses verhindern, gehört die kognitive Vermeidung. Personen mit chronischer PTSD versuchen entweder, gar nicht an das Ereignis zu denken, und sich ständig mit anderen Dingen zu beschäftigen, oder sie versuchen, an das Ereignis ohne emotionale Beteiligung zu denken und dabei die emotional belastendsten Aspekte auszulassen. Neben der Elaboration des Gedächtnisses, verhindert die Vermeidung auch die Überprüfung dysfunktionaler Annahmen darüber, was passieren wird, wenn man an das Trauma denkt.

Zusammenfassung: Die verschiedenen psychologischen Modelle der PTSD ähneln sich, trotz unterschiedlichster theoretischer Basis, in mehreren Punkten: Meist werden Vermeidung, emotionale Taubheit und sozialer Rückzug als sekundäre Symptome der PTSD bewertet, die als Reaktion des Individuums auf das Auftreten belastender Intrusionen und damit einhergehender Übererregung folgen. Ferner weisen die Autoren der Vermeidung traumabezogener Stimuli eine Schlüsselrolle bei der Aufrechterhaltung der Störung zu: das aktive Bemühen, sich nicht zu erinnern, verhindert eine hilfreiche und adäquate Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen. Schließlich wird in den meisten Modellen die Bedeutung einer dysfunktionalen Bewertung des Traumas und seiner Folgen für die Pathogenese der PTSD hervorgehoben. Fast alle aus den Modellen abgeleiteten Interventionsvorschläge enthalten daher als Kernelemente a) die Konfrontation mit den traumabezogenen Reizen sowie b) die Identifikation und Veränderung negativer Kognitionen.

Die oben dargestellten Modelle legen weiterhin nahe, dass Interventionen dann besonders erfolgsversprechend sein sollten, wenn sie sowohl auf eine Konfrontation mit traumarelevanten Stimuli und eine Verringerung des Vermeidungsverhaltens als auch auf eine Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen zu Trauma und Symptomatik abzielen. Befunde zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Behandlung bestätigen dies (21).

4.3. Das syndromale Störungsbild der PTSD

Das charakteristischste Symptom der PTSD ist das ungewollte Wiedererleben von Aspekten des Traumas. Neben den ungewollten Intrusionen lassen sich zwei weitere grundlegende Dimensionen der PTSD-Symptomatik feststellen. Es handelt sich hierbei zum einen um Vermeidungsverhalten emotional negativer Aktivitäten sowie emotionale Taubheit und zum anderen um Symptome einer autonomen Übererregung. Diese drei Symptomkomplexe sollen im Folgenden genauer beschrieben werden.

4.3.1. Symptomatik der Intrusionen

Die Betroffenen haben die gleichen sensorischen Eindrücke (z.B. Bilder, Gerüche, Geschmack, Körperempfindungen) und gefühlsmäßigen und körperlichen Reaktionen wie während des Traumas. Die Intrusionen können an Intensität stark variieren bis hin zu dem subjektiven Eindruck, das Trauma aktuell wieder zu durchleben (Flashbacks). Die Konfrontation mit Dingen oder Situationen, die an das Trauma erinnern (externale Trigger wie z.B. Sirenen oder dem Trauma ähnliche Fernsehsendungen, interne Trigger wie z.B. ein Gefühl der Hilflosigkeit oder physiologische Erregungserhöhung durch Ärger etc.), wird als sehr belastend erlebt; der Betroffene reagiert mit körperlichen Symptomen der Erregung wie z.B. Zittern, Übelkeit, Herzrasen oder Atemnot, welche das Bild einer Panikattacke bieten können. Alles, was an das Trauma erinnert, wird als sehr belastend erlebt und deshalb gemieden. Bestimmte Gedanken, Bilder und Erinnerungen werden unterdrückt und verschiedene Situationen des Alltagslebens vermieden (15).

4.3.2. Symptomatik des Vermeidungsverhaltens und der emotionalen Taubheit

Um der Belastung zu entgehen, wendet der Betroffene Strategien zur Vermeidung oder Kontrolle der Intrusionen an: Auf der behavioralen Ebene vermeidet er mögliche Auslöser der Erinnerungen (Vermeiden von Gesprächen oder von Situationen, die an das Trauma erinnern könnten), auf kognitiver Ebene wird das spontane Auftreten von Intrusionen mit Flucht beantwortet: der Betroffene lenkt sich ab durch eine andere Tätigkeit, er versucht, Gedanken an das Trauma zu unterdrücken. Meist wird vermieden, mit anderen über das traumatische Geschehen zu sprechen. Die Betroffenen haben katastrophisierende Befürchtungen darüber, was bei einer ungehinderten Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen geschehen würde. Zudem hat der Betroffene ein deutlich vermindertes Interesse an Dingen, die vor der Traumatisierung von Bedeutung waren (Hobbies, Freizeitaktivitäten etc.). Er fühlt sich außerhalb der Gemeinschaft der anderen Menschen

und unfähig, starke Emotionen (z.B. Liebe) zu empfinden. Auch die Zukunftsplanung verändert sich im Sinne einer Hoffnungslosigkeit. Dieses emotionale Betäubtsein kann sich als Depression, als Lustlosigkeit und Antriebsschwäche, in psychosomatischen Reaktionen und dissoziativen Zuständen äußern (15).

4.3.3. Hyperarousal-Symptomatik

Eine allgemeine Übererregtheit kann sich äußern in vermehrten Konzentrations- und Gedächtnisproblemen, Reizbarkeit oder Wutausbrüchen, übermäßiger Wachsamkeit und Ruhelosigkeit, übertriebener Schreckhaftigkeit oder auch Aggressivität. Entweder sind die Betroffenen unfähig, sich vor dem Einschlafen zu entspannen, oder sie fürchten, Alpträume zu bekommen. Meist treten Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen auf. Während Menschen mit PTSD gegenüber ihrer Umwelt zu einem emotional gehemmten Verhalten neigen, reagiert ihr Körper auf bestimmte physische und emotionale Stimuli so, als ob die traumatische Bedrohung noch immer präsent wäre (15).

4.4. Die PTSD-Diagnosekriterien nach DSM-IV

Nachdem die Hauptsymptomkomplexe der PTSD beschrieben wurden, sollen nun die Diagnosekriterien nach DSM-IV (15) und ICD-10 (16) dargestellt werden. In der *Tabelle 3* werden die aktuellen Diagnosekriterien für die PTSD nach DSM-IV und ICD-10 gegenübergestellt. Im DSM-IV (15) müssen die Kriterien von **A-F** erfüllt sein, um die Diagnose einer PTSD stellen zu können. Unter „**A**“ finden sich die so genannten Stressorkriterien, d.h. Bedingungen an das als Trauma in Frage kommende Ereignis, die erfüllt sein müssen, damit man per definitionem von einem traumatischen Ereignis sprechen kann. Um PTSD nach dem DSM-IV diagnostizieren zu können, muss der Betroffene eine Situation, gemäß Kriterium **A1**, erlebt/beobachtet haben oder damit auf andere Weise konfrontiert worden sein, die Tod, Lebensgefahr oder starke Körperverletzung beinhaltete oder bei der die körperliche Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person bedroht war. Nicht nur die eigene Gefährdung, sondern auch die Beobachtung der unmittelbaren Bedrohung einer anderen Person, insbesondere von Angehörigen kann somit die Störung auslösen. Ein weiterer wichtiger Schritt bestand darin, traumatische Stressoren nicht allein anhand der Situation zu definieren, sondern die subjektive Reaktion auf diese Situation als weiteres Kriterium aufzunehmen. So muss der

Betroffene mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert haben. Die subjektive Reaktion wird als **A2**-Kriterium im DSM-IV beschrieben.

Unter den Kriterien „**B-D**“ werden die drei Hauptsymptomkomplexe der PTSD, Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Hyperarousal, aufgeführt, deren Kombination als für dieses Störungsbild charakteristisch angesehen wird. Das Kriterium „**E**“ dient der zeitlichen Einordnung der Störung. Hier wird ferner zwischen einer akuten und chronischen PTSD unterschieden. Als zusätzliches Kriterium „**F**“ wurde im DSM-IV das Vorliegen einer klinisch bedeutsamen Belastung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen eingeführt.

Tab. 3: Diagnostische Kriterien der PTSD nach DSM-IV und ICD-10

Kriterien zu	DSM-IV (309.81) (American Psychiatric Association, 15)	ICD-10 (F43.1) (WHO, 16)
Traumatisierung	- A 1: Ereignis, das schwere körperliche Verletzung, tatsächlichen oder möglichen Tod oder eine Bedrohung der physischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet - A 2: Subjektive Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen	belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes Bedingung ist, dass das Ereignis bei <u>fast jedem eine tiefe Verstörung</u> hervorrufen würde
Hinreichenden Symptomen	Vorliegen von Symptomen aus den Bereichen B: Intrusion (mind. 1) C: Vermeidung / emotionale Taubheit (mind. 3) D: Autonome Übererregung (mind. 2)	<u>Wiederholte, unausweichliche Erinnerungen</u> oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen in Zusammenhang mit einem traumatischen Ereignis
Beginn der Störung	E: Keine Beschränkung Spezifikation des verzögerten Beginns, wenn die Symptomatik ab 6 Monate nach dem Trauma einsetzt	innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma
Dauer der Störung	E: mindestens 4 Wochen	keine Angaben
Beeinträchtigung durch Störung	F: durch Symptomatik bedingte klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen	keine Angaben

4.5. Die PTSD-Diagnosekriterien nach ICD-10

Die ICD-10 benutzt eine breitere Definition des traumatischen Ereignisses: „*ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde*“ (16; S.157). Dieses Kriterium wird kritisiert, da die subjektiven Reaktionen auf eine vergleichbare Traumatisierung durchaus unterschiedlich sein können. In das Stressorkriterium der ICD-10 hat die besondere Bedeutung der *subjektiven Empfindungen* wie im DSM-IV keinen Einzug erhalten. Ferner macht diese unscharfe Definition die Operationalisierung des Begriffes Trauma-Exposition sehr schwer. Die DSM-IV-Kriterien geben hingegen genaue Anweisungen, was als Trauma gilt, wenn auch diese Kriterien einen Interpretationsspielraum lassen, der aber deutlich kleiner ist als der des ICD-10-Kriteriums. Daher orientiert sich die empirische Trauma-Forschung in diesem Punkt eher an DSM-IV.

Die beschriebenen PTSD-Symptome sind denen des DSM-IV ähnlich. Laut ICD-10 ist jedoch das Vorliegen von „*wiederholten unausweichlichen Erinnerungen oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträume oder Träumen*“ nach einem traumatischen Ereignis hinreichend zur Diagnose der PTSD. Während also nach DSM-IV intrusives Wiedererleben des Traumas nicht einmal ein notwendiges Kriterium für die Diagnose darstellt, wird es in der ICD-10 als zentraler Aspekt angesehen. Nach ICD-10 soll eine PTSD nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma aufgetreten ist, danach wird eine wahrscheinliche Diagnose PTSD vergeben. Diese Beschränkung steht im Kontrast zum DSM-IV, welches gerade eine Form der PTSD mit verzögertem Beginn („late-onset PTSD“) (ab 6 Monate nach dem Trauma) spezifiziert. Die ICD-10 spezifiziert kein Kriterium der Dauer der Symptomatik, laut DSM-IV muss sie seit mindestens 4 Wochen bestehen.

Insgesamt sind die DSM-IV-Kriterien strenger. Das zeigen auch die Ergebnisse von Andrews et al. (22). In einer großen Stichprobe fanden sie eine PTSD-Prävalenz nach ICD-10 von 7% und nach dem DSM-IV von 3%. Die Übereinstimmung zwischen den beiden diagnostischen Systemen betrug nur 35%.

4.6. Beginn und Dauer der PTSD

Unbehandelte Posttraumatische Belastungsstörungen haben eine hohe Chronifizierungsrate. Laut einer Studie von Kilpatrick und Resnick (23) zeigt die Mehrheit der Opfer von Verbrechen in den ersten Wochen nach dem Erleben des Traumas alle Anzeichen einer PTSD. Bei einer Mehrheit dieser Personen klingen die Symptome wiederum im ersten Jahr ab. Nach der großen epidemiologischen Studie von Kessler et al. (24) nimmt in circa 40 bis 50 % der Fälle die PTSD einen chronischen Verlauf. In einigen Fällen beginnt die Störung länger als 6 Monate nach dem Trauma. Die Störung ist oft besonders schwer und lang andauernd, wenn das Trauma nicht durch Katastrophen, sondern durch Menschen verursacht wurde, weil dabei gezielt eine Erniedrigung und Zerstörung des Selbstwertgefühls der Betroffenen angestrebt wurde (z.B. Terror, Folterung, Vergewaltigung) bzw. durch die Beseitigung aller kommunikativen Strukturen eine totale soziale Isolierung geschaffen wurde (z.B. mehrjähriges Festhalten einer Geisel in einem finsternen Keller) (13).

5. Differentialdiagnostik: Weitere posttraumatische psychische Störungen

PTSD und Akute Belastungsstörung werden im DSM-IV den Angststörungen zugerechnet, in der ICD-10 bilden PTSD und Akute Belastungsreaktion (F43.0) zusammen mit der Anpassungsstörung eine eigene Störungsgruppe. Eine weitere Diagnose nach Traumatisierung, die der andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0), sieht nur die ICD-10 vor, diese wird der Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zugeordnet. Es folgt nun ein kurzer Abriss dieser posttraumatischen Störungen, die differentialdiagnostisch für PTSD relevant sind.

5.1. Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0)

Die Akute Belastungsreaktion entwickelt sich in der Regel innerhalb weniger Minuten nach dem Trauma und ist geprägt durch ein gemischtes und rasch wechselndes Zustandsbild: Nach anfänglicher Betäubung werden depressive Symptome, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität oder sozialer Rückzug bis hin zum dissoziativen Stupor beobachtet. Eine Einengung der Aufmerksamkeit und Desorientierung unterschiedlichen Ausmaßes sind häufig. Die Symptomatik klingt meistens innerhalb weniger Stunden ab. Auch wenn der Stressor persistiert, sollten die Symptome in der Regel nach drei Tagen

kaum mehr vorhanden sein. Nicht selten bleibt eine teilweise oder vollständige psychogene Amnesie für diese Episode bestehen (16,25).

5.2. Akute Belastungsstörung (DSM-IV: 300.)

Das der „Akuten Belastungsreaktion“ im ICD-10 entsprechende Syndrom heißt im DSM-IV „Akute Belastungsstörung“. Mit dieser Bezeichnung wird bereits angedeutet, dass die Anforderungen zur Diagnosestellung im Akutbereich nach einem traumatischen Erlebnis im DSM-IV höher liegen. So werden beispielsweise 3 dissoziative Symptome zwingend verlangt. Symptome der Dissoziation sind: Taubheit der Gefühle, die Anwesenheit emotionaler Reaktionen, eine reduzierte Wahrnehmung der Umgebung, Derealisation, Depersonalisation oder dissoziative Amnesie. Auch ist die Dauer der Störung mit mindestens zwei Tagen und längstens einem Monat festgelegt, womit im DSM-IV durch diese Diagnose der gesamte Akutbereich abgedeckt wird, bis dann, nach frühestens einem Monat, bei Persistenz der Symptomatik, die Diagnose einer PTSD gestellt werden kann (15).

5.3. Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0)

Eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung kann sich nach traumatischen Erlebnissen in einem Krieg, Konzentrationslager, nach Folter, Katastrophen oder andauernden lebensbedrohlichen Situationen wie Geiselhäft oder langer Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr entwickeln. Sie kann sich aus einer PTSD entwickeln und wird gemäß ICD-10 als irreversible Folge der extremen Belastung angesehen. Die Diagnose darf erst gestellt werden, wenn eine solche Persönlichkeitsänderung über mindestens zwei Jahre bestanden hat. Sie äußert sich in einem Muster unflexiblen und unangepassten Verhaltens, das die zwischenmenschlichen, privaten und beruflichen Beziehungen erheblich beeinträchtigt. Typisch ist eine feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug sowie Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit (16).

6. Empirische Befundlage zur PTSD

6.1. PTSD-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung

Es gibt bereits einige größere epidemiologische Studien zur Trauma- und PTSD-Prävalenz, die allerdings überwiegend in den USA erhoben wurden (*Tabelle 4*). Traumatische Erfahrungen sind häufige Ereignisse. Kessler et al. (24) konnten zeigen, dass gut 60% der Männer und 51% der Frauen mindestens ein traumatisches Erlebnis im Verlauf ihres Lebens gehabt hatten, das die Stressorkriterien der PTSD nach DSM-III-R erfüllt. Mit dem DSM-IV Eingangskriterium fanden Stein et al. (26), dass 81% der Männer und 74% der Frauen traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren. Untersuchungen an großen Stichproben der amerikanischen Allgemeinbevölkerung zeigen, dass die PTSD mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 1 bis 9% zu den häufigeren psychischen Störungen zählt (vgl. 10,14,24). In den älteren epidemiologischen Untersuchungen wurden Lebenszeitprävalenzen für PTSD von 1-2% gefunden (25,27).

Kessler et al. (24) untersuchten in der National Comorbidity Survey (NCS) eine repräsentative amerikanische Stichprobe von 5877 Personen und fanden eine PTSD-Lebenszeitprävalenz nach DSM-III-R von 7.8% mit einem deutlichen geschlechtsabhängigen Unterschied (Frauen: 10.4%, Männer: 5.0%). Die Wahrscheinlichkeit, ein traumatisches Ereignis zu erleben, lag bei Frauen bei 51.2%, für Männer bei 60.7%.

Die größte und neueste epidemiologische Studie ist die „Australian National Survey of Mental Health and Well-Being“, in der eine Zufallsstichprobe von 10641 Personen untersucht wurde (28). Im Gegensatz zu anderen Studien verzichteten die Autoren auf eine retrospektive Erfassung auf die gesamte Lebenszeit und erfassten PTSD über die letzten 12 Monate. Das Trauma-Kriterium wurde über eine aus dem DSM-IV-Kriterium A1 abgeleitete Liste von Ereignissen erhoben, die normalerweise als extrem belastend erlebt werden. 64.6% der Männer und 49.5% der Frauen gaben an, mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben erlebt zu haben. Die 12-Monats-Prävalenzen für PTSD lagen bei 1.2% für Männer und 1.4% für Frauen. Die Autoren fanden keinen Hinweis darauf, dass die Prävalenz von PTSD für Frauen höher ist als für Männer.

In einer anderen umfangreichen Untersuchung an der Allgemeinbevölkerung zu traumatischen Ereignissen und ihren Auswirkungen untersuchte Norris (29) 1000 Erwachsene. Es ergab sich eine Lebenszeitprävalenz von 69% und eine Ein-Jahres-Prävalenz von 21%, Opfer eines traumatischen Ereignisses zu werden. Die Lebenszeitprävalenz für PTSD (DSM-III-R) lag bei 5.1%.

Breslau et al. (30) untersuchten mit ähnlichem Ziel 1007 junge Erwachsene (Durchschnittsalter 26 Jahre). 39.1% hatten mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt. Die PTSD-Lebenszeitprävalenz, gemessen am DSM-III-R, lag bei 9.2%. In einer weiteren Studie mit 2181 Teilnehmern fanden Breslau et al. (31) eine Lebenszeitprävalenz traumatischer Ereignisse nach DSM-IV von 89.6%. Es ergab sich wieder eine PTSD-Lebenszeitprävalenz von 9.2%, wobei Frauen doppelt so häufig wie Männer die DSM-IV Kriterien erfüllten (13% vs. 6.2%).

Punktprävalenzen für die PTSD liegen wesentlich niedriger. Davidson et al. (25) fanden in einer Untersuchung an knapp 3000 Bewohnern der USA in einem Zeitfenster von 6 Monaten 0.44% PTSD (DSM-III). Die Lebenszeitprävalenz fiel mit 1.3% äußerst gering aus. Zur Häufigkeit von Trauma-Exposition wurden von den Autoren keine Angaben gemacht.

In einer epidemiologischen Studie aus Kanada (26) wurden 1002 Personen interviewt. Die Lebenszeitprävalenz, ein Trauma zu erleben, lag bei 74.2% für Frauen und bei 81.3% für Männer. Als traumatisches Ereignis galten 12 dem DSM-IV-Kriterium A1 angepasste Ereignisse, die als Liste im Interview dargeboten wurden. Für PTSD wurde die Punktprävalenz (ein Monat) ermittelt. Für Frauen lag sie bei 2.7%, für Männer bei 1.2%.

Für den *deutschsprachigen Raum* fallen die Lebenszeitprävalenzen für psychotraumatische Ereignisse und PTSD insgesamt geringer aus als im angloamerikanischen Raum. In der Bremer Jugendstudie (N=1035) von Essau et al. (32) an 12-17 jährigen Jugendlichen bei Diagnostik nach DSM-IV kamen die Autoren auf eine Lebenszeitprävalenz der PTSD von 1.6%. Eine weitere Untersuchung in Deutschland (33) (Studienteilnehmer zwischen 14-24 Jahre) fand eine PTSD-Lebenszeitprävalenz von 2.2% bei Frauen und von 0.4% bei Männern.

Dieser Mangel an Übereinstimmung erklärt sich zum Teil durch die unterschiedliche Zusammensetzung der untersuchten Stichproben sowie durch die verschiedenen Vorgehensweisen bei der Datenerhebung. Die Daten aus den USA lassen sich aber nicht so einfach auf Europa übertragen (z.B. größere Gewalthäufigkeit und Bewaffnung in den USA). Außerdem wurden in zahlreichen Studien unterschiedliche Diagnoseklassifikationen für PTSD herangezogen. Hinzu kommt bei standardisierten Fragebogenstudien der unterschiedliche Einsatz von Messinstrumenten. Schließlich beziehen sich die Ergebnisse auf sehr unterschiedliche Populationen. Am Anfang dominierten vor allem Untersuchungen an Vietnamveteranen, während inzwischen in größerem Umfang auch Untersuchungen an Opfern von Verkehrsunfällen, Verbrechen,

Vergewaltigungen, Arbeitsunfällen, Attentaten oder Naturkatastrophen vorliegen. Die epidemiologischen Untersuchungen sind bislang nicht zu einer einheitlichen Einschätzung der Prävalenz der Störung gekommen (8,10).

Tab. 4: Prävalenzen für Trauma-Exposition und PTSD in der Allgemeinbevölkerung

Studie	Jahr	N	Trauma	PTSD	Stichprobe
Helzer et al. (USA)	1987	2494	---	1%	Erwachsene
Breslau et al. (USA)	1991	1007	39.1%	9.2%	Junge Erwachsene
Davidson et al. (USA)	1991	2985	---	1.3%L 0.4%P	Erwachsene
Norris (USA)	1992	1000	69%	5.1% L	Erwachsene
Resnick et al. (USA)	1993	4008	68.9%	12.3%L, 4.6%P	Erwachsene (Frauen)
Kessler et al. (USA)	1995	5877	51.2%F 60.7%M	7.8%L	Erwachsene
Stein et al. (Kanada)	1997	1002	74.2%F 81.3%M	2.7%F,P 0.4%M,L	Erwachsene
Breslau et al. (USA)	1998	2181	86.9%	9.2%L 1.3%L	Erwachsene
Essau et al. (Deutschland)	1999	1035	22%	1.6%	Jugendliche
Perkonigg et al. (Deutschland)	2000	3021	21.4%	1-2%	Jugendliche/ Erwachsene
Norris et al. (Mexiko)	2001	2509	76%	11.1%	Erwachsene
Creamer et al. (Australien)	2001	10646	---	---	Erwachsene
Koenen et al.	2003	15606	---	17.3%	Erwachsene

Beachte: P = Punktprävalenz, L = Lebenszeitprävalenz, F = Frauen, M = Männer

6.2. PTSD-Prävalenz in Abhängigkeit vom Trauma-Typ

Die Häufigkeit der PTSD ist jedoch stark abhängig von der Art des Traumas. Verschiedene Arten der Traumatisierung führen zu verschiedenen Prävalenzen. Eine Traumatisierung durch *sexuelle Gewalt* birgt generell, im Vergleich zu anderen Formen der Traumatisierung, ein sechs bis siebenfach höheres Risiko, an einer PTSD zu erkranken (24). 46% der Frauen und 65% der Männer erkrankten in der Studie von Kessler und Kollegen nach dem Erleben sexueller Gewalt an PTSD (24); ähnliche Befunde bzw. noch höhere Inzidenzraten fanden sich bei jungen Erwachsenen (30,34).

Das Trauma, das in der großen epidemiologischen Arbeit von Kessler et al. (24) am häufigsten zu einer PTSD führte, war bei Frauen und Männern die *Vergewaltigung*, und zwar bei 55.5% der Betroffenen. Ferner folgten bei Frauen körperliche Misshandlung, Bedrohung mit der Waffe, sexuelle Belästigung, körperliche Attackierung und Vernachlässigung in der Kindheit, bei Männern hingegen Kampferfahrung, körperliche

Misshandlung, Vernachlässigung in der Kindheit, sexuelle Belästigung, Unfall und Schockerlebnis. Von den Frauen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung gaben 29,9% Vergewaltigung und 19.1% sexuelle Belästigung als Auslöser der Störung an. Dies entspricht der Hälfte der Betroffenen. Von den Männern mit einer PTSD gaben 28.8% Kampferfahrung und 24.3% das Erlebnis des Unglücks (Verletzung oder Tötung) eines anderen Menschen als Trauma auslösend an. Besonders hohe PTSD-Prävalenzen konnten vor allem bei Folter- und Vergewaltigungsopfern nachgewiesen werden, die zum Teil bei über 50% liegen (10,13). Traumata, die ebenfalls ein vergleichsweise hohes Erkrankungsrisiko bergen, sind Kampfeinsatz im Krieg, physischer Angriff oder Sehen wie jemand getötet oder verletzt wird. Naturkatastrophen, Unfälle oder Brände führen dagegen in weitaus geringerem Maße zur Entwicklung einer PTSD (24).

6.3. Unterschätzung der PTSD in der klinischen Praxis

In klinischen Populationen fielen die Trauma- und PTSD-Prävalenzen wesentlich höher aus als in der Allgemeinbevölkerung (*Tabelle 5*). Zahlreiche Studien belegen jedoch, dass die PTSD oft von den Therapeuten übersehen bzw. nicht erkannt wird (35,36,38,39). Stattdessen diagnostizieren die Therapeuten eine andere Störung, z.B. eher eine Depression oder eine Angststörung. Mueser und Mitarbeiter (40) konnten diese Problematik in ihrer Untersuchung deutlich machen. Mittels strukturierter Interviews stellten sie bei ihren psychiatrischen Patienten bei einer Stichprobengröße von 275 Untersuchungsteilnehmern (154 Frauen und 121 Männern im Alter von 18 bis 60 Jahre) eine PTSD-Prävalenz von 43% fest, die Therapeuten hingegen diagnostizierten bei den gleichen Patienten nur in 2% der Fälle eine PTSD. Die Auswertung der Daten ergab, dass 98% der Patienten in ihrem Leben mindestens einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren. Für die Gesamtpopulation wurden durchschnittlich 3.5 Traumata gezählt. PTSD Patienten hatten dabei überdurchschnittlich viele unterschiedliche Traumata und besonders häufig sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt.

Zimmermann und Mattia (36) teilten ihre Stichprobe für eine Querschnittsstudie an Patienten eines ambulanten psychiatrischen Behandlungszentrums auf Rhode Island in zwei Gruppen zu je 500 Teilnehmern, die beide aus etwas über 60% Frauen bestanden und ein mittleres Alter von etwas unter 40 Jahren aufwiesen. Ihr Ziel war es, zu erfahren, ob PTSD in den psychiatrischen Routine-Settings zu selten diagnostiziert wird. Die Datenlage unterstützte die Vermutung, PTSD werde in der klinischen psychiatrischen Routine häufig

übersehen, indem sie zeigte, dass nur bei 7,2% der Patienten die Diagnose PTSD als Haupt- oder Zusatz-Diagnose in den Akten auftauchte, während in der ersten Gruppe insgesamt 25.8% entweder bereits durch die behandelnden Therapeuten eine solche Diagnose erhalten hatten oder ein positives Screening-Ergebnis aufwiesen und in der zweiten Gruppe 14.7% (inklusive Zusatzdiagnosen) der Patienten durch ein strukturiertes Interview als PTSD-Fälle identifiziert wurden.

Davidson und Smith (41) beschäftigten sich während einer Querschnittsstudie mit ambulanten Patienten einer psychiatrischen Universitätsklinik in North Carolina, 33 Frauen und 21 Männern mit einem mittleren Alter von 33 Jahren. 81% der Patienten berichteten von schweren Traumata, 31.4% davon hatten PTSD-Symptome entwickelt und 22.2% erfüllten die Diagnosekriterien nach DSM-III. Faktoren, die mit dem Auftreten von PTSD assoziiert waren, waren insbesondere frühe Traumata, mehrere Traumata, Inzest, Lebensbedrohung, körperliche Verletzungen, erlebte Lebensgefahr, Vorstellung beim Arzt und Hospitalisierung.

Tab. 5: Prävalenzen für Trauma-Exposition und PTSD in klinischen Populationen

Studie	Jahr	N	Trauma	PTSD	Stichprobe
Davidson & Smith (USA)	1990	54	81.5%	31.4%	psychiatrische Patienten
Hovens et al. (Holland)	1993	53	53%	28.3%	stationäre psychiatrische Patienten
Cascardi et al. (USA)	1996	69	---	29%	stationäre psychiatrische Patienten
Escalona et al. (USA)	1997	343	84%	31.4%	stationäre psychiatrische Patienten
Zlotnick et al. (USA)	1997	408	31.1%	10%	depressive Patienten
Boscarino et al. (USA)	1997	1399	---	23.7%	Vietnamveteranen
Mueser et al. (USA)	1998	275	98%	43%	stationäre psychiatrische Patienten
Switzer et al. (USA)	1999	181	94%	42%P, 69%L	psychiatrische Ambulanzpatienten
Samson et al. (USA)	1999	296	---	38.6%	psychiatrische Ambulanzpatienten
Zimmermann & Mattia (USA)	1999	1000	---	25.8%	psychiatrische Ambulanzpatienten
Carlier et al. (Holland)	2000	69	75%	13%	depressive Ambulanzpatienten
Bruce et al. (USA)	2001	504	36.7%	83.0%	psychiatrische Ambulanzpatienten
McFarlane et al. (Australien)	2001	141	61%	28%	psychiatrische Patienten
Deykin et al. (USA)	2001	156	---	27.5%	Vietnamveteranen
Sheeran & Zimmermann (USA)	2002	774	---	11.2%	psychiatrische Ambulanzpatienten
Resnick et al. (USA)	2003	47	74%	13%	stationäre psychiatrische Patienten
Van Zelst et al. (Holland)	2003	422	---	1% P	psychiatrische Ambulanzpatienten

Beachte: P = Punktprävalenz, L = Lebenszeitprävalenz.

6.4. Trauma- und PTSD-Prävalenz in Abhängigkeit von soziodemographischen Variablen und vom Traumatyp

Das Risiko der Ausbildung einer PTSD sinkt mit steigendem *Lebensalter* zum Zeitpunkt der Traumatisierung – dieser Befund wurde in vielen Studien repliziert (vgl. 24,29,32). In den meisten epidemiologischen Studien fand man ein höheres Risiko für *Frauen* als für *Männer*, nach einer Traumatisierung eine PTSD zu entwickeln (29,30). Insgesamt lag bei Kessler und Kollegen die Lebenszeitprävalenz der PTSD für Frauen mit 10.4% zweifach höher als für Männer mit 5.0%. Männer haben zwar im Laufe ihres Lebens ein deutlich höheres Risiko als Frauen, eine Traumatisierung zu erleben (vgl. 24), Frauen scheinen jedoch allgemein vulnerabler zu sein für die Ausbildung einer PTSD und haben zudem ein hohes Risiko, Traumata wie z.B. sexuelle Übergriffe zu erleben, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung einer PTSD führen. Ein vergleichbares Muster der Geschlechterunterschiede findet sich auch bei Kindern und Jugendlichen (32,34). In der jüngsten großen epidemiologischen australischen Studie (N=10641) war die PTSD-Prävalenz bei jenen Personen am höchsten, die noch nie verheiratet und Personen, die geschieden waren (28).

Es hat sich in allen großen epidemiologischen Studien gezeigt, dass das Ausmaß posttraumatischer Belastungssymptome und die Häufigkeit von PTSD in hohem Maße von der Art des Ereignisses abhängen. Daher kann die Variable „Art des Ereignisses“ als Prädiktor aufgefasst werden. Davidson et al. (25) gaben an, dass die häufigsten Traumata, die von Menschen mit PTSD als auslösendes Ereignis genannt werden, 1. *Lebensbedrohung*, 2. *Beobachtung von Mord oder Gewalt*, 3. *körperlicher Angriff*, 4. *Unfall* und 5. *Krieg* sind.

Breslau et al. (30) berichten, dass bei Frauen *Vergewaltigung* in 80% der Fälle zu PTSD führte. In der National Comorbidity Survey (24) erwies sich ebenfalls Vergewaltigung als das Ereignis, das mit der größten Wahrscheinlichkeit zu einer PTSD führt. Ereignisse, die ebenfalls mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit zu PTSD führten, waren bei Männern *Krieg*, sowie *sexueller Missbrauch* und *Vernachlässigung in der Kindheit* und bei Frauen *sexuelle Belästigung*, *körperliche Angriffe*, *Bedrohung mit Waffen* und *körperliche Misshandlung* in der Kindheit.

In der Detroit Area Survey von 1996 (31) ist das Ereignis mit dem größten PTSD-Risiko *körperliche Gewalt*, die in 21% der Fälle zu PTSD führt. Die höchste absolute Anzahl von PTSD-Fällen kommt aufgrund des Ereignisses plötzlicher Verlust eines nahe stehenden Menschen zustande, mit 60% das häufigste Ereignis, das in 14.3% der Fälle zu PTSD

führt. In der australischen „National Survey of Mental Health and Well-being“ (28) bestätigen sich die Befunde zu den Folgen von *Vergewaltigung* und *sexuellen Missbrauchs*. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind diese Ereignisse am häufigsten mit PTSD assoziiert.

Die Art des Ereignisses beeinflusst also im hohen Maße die posttraumatischen Folgen. Vergewaltigung und andere sexuelle Übergriffe führen mit der höchsten Wahrscheinlichkeit zu PTSD, gefolgt von körperlichem Angriff und Lebensbedrohung.

Zusammenfassung: Die Lebenszeitprävalenz der PTSD kann mit 5-6% für Männer und 10-13% für Frauen angenommen werden. Die PTSD-Punktprävalenz wurde sehr selten erhoben, ist aber mit 0.5% bis 2% erheblich niedriger. Bei epidemiologischen Studien sind die Ergebnisse in hohem Maße davon abhängig, in welcher Weise Störungen bzw. einzelne Kriterien der Störung operationalisiert werden. Auch bei epidemiologischen Studien in der Allgemeinbevölkerung wird, auch bedingt durch den Wechsel von DSM-III-R (in dem ein Trauma als „belastendes Ereignis, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrungen liegt“ beschrieben wird) auf DSM-IV, die Trauma-Exposition sehr unterschiedlich erhoben. Die meisten großen epidemiologischen Studien sind vor 1995 entstanden und arbeiteten mit dem DSM-III-R Kriterium (*siehe Tabelle 4*). Die Lebenszeitprävalenzen für das Erleben eines traumatischen Ereignisses liegen zwischen 39.1% und 98% (*Tabelle 5*). Die immensen Unterschiede kommen durch das Lebensalter der Untersuchten, die einbezogenen Ereignisklassen und verschiedenen strenge Kriterien zustande, die teilweise mit den Unterschieden zwischen DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV zu tun haben. Methodisch sind die vorliegenden Studien bezüglich der PTSD-Erhebung relativ gut zu vergleichen. Bei den Trauma-Expositionsraten sind hingegen weniger gut möglich, da äußerst unterschiedliche Kriterien zur Definition eines Traumas herangezogen werden. Es ist zu vermuten, dass offene Fragen nach einem extrem belastenden Erlebnis zu niedrigeren Prävalenzen führen als wenn eine Liste mit Ereignissen zur Auswahl dargeboten wird. Meistens wird auch das DSM-IV-Kriterium A2, die Reaktion der Person auf das Ereignis, nicht erfragt oder nicht in die Auswertung einbezogen. Aufgrund dieser methodischen Unterschiede ist es schwierig, die resultierenden Daten zu vergleichen. Hier ist eine allgemeingültige Definition wünschenswert. Zusätzlich bereitet die Tatsache, dass fasst alle größeren Studien an der US-amerikanischen Bevölkerung durchgeführt wurden, Probleme bei der Generalisierung der Befunde. Zumindest für einen Teil der traumatischen Ereignisse ist es offensichtlich, dass sie in verschiedenen Weltregionen oder politischen

Regionen in ihrer Häufigkeit variieren. Es gibt Regionen mit häufigeren Naturkatastrophen (z.B. auch einige der Teile der USA) und Länder, in denen politische Gewalt und Folterungen politischer Gegner an der Tagesordnung sind (z.B. Türkei, Iran). Mit der Intensität der Traumatisierung steigt für Erwachsene wie Kinder das Risiko, an PTSD zu erkranken.

6.5. Komorbidität von PTSD

Die PTSD ist keineswegs die einzige psychische Störung, die nach traumatischen Ereignissen auftreten kann. Außer PTSD treten eine Reihe anderer psychischer Störungen infolge traumatischen Erlebens auf, darunter fallen insbesondere *Depressionen* und *Angststörungen*. Darüber hinaus gibt es viele Personen, die nach extremer Belastung entweder gar keine Störung entwickeln oder eine andere als PTSD. Neben PTSD sind daher auch andere Angststörungen, Depressionen und andere psychische Störungen Gegenstand der psychologischen Traumaforschung. Eine große Anzahl empirischer Arbeiten berichtet über eine hohe psychiatrische Komorbidität von PTSD mit affektiven Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch und Somatisierung, welche gewöhnlich zwischen 70 und 90% liegt (24,30,32-34, 42). Zudem ist PTSD mit einem erhöhten Risiko *körperlicher Erkrankungen*, hier besonders mit Infektionen, aber auch *neurologischen Störungen*, verbunden (10).

Bei ca. 88% aller Männer und 79% aller Frauen mit einer PTSD findet sich in der Lebensgeschichte eine komorbide andere psychische Störungen. Am häufigsten traten *affektive Störungen, Angststörungen und substanzinduzierte Störungen* auf (24). In der neuen epidemiologischen australischen Studie (28) wurden ebenfalls die Komorbiditäten von PTSD untersucht. 85.2% der Männer und 79.7% der Frauen mit PTSD hatten mindestens eine weitere Achse-I-Störung nach DSM-IV. An erster Stelle stand die *Major Depression*, danach folgten die *Generalisierte Angststörung* und an als dritthäufigste komorbide Störung fanden die Autoren bei Männern *Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit* (37.6%), bei Frauen war es *Panikstörung oder Agoraphobie* (16.9%).

Wenige empirische Befunde gibt es bislang zu der Frage, welche psychische Störung der anderen vorausgeht, bzw. ob das prätraumatische Vorliegen einer psychischen Störung das Risiko der Erkrankung an einer PTSD erhöht. Die Befunde hierzu sind widersprüchlich. Verschiedene Autorengruppen (24,43) fanden retrospektiv, dass affektive Störungen und Substanzmissbrauch meist einer PTSD folgten. Einige Befunde implizieren jedoch, dass

Drogenmissbrauch bei jungen Erwachsenen auch eine Risikovariable für Traumatisierung und Entwicklung einer PTSD darstellt (34). In einer prospektiven Studie erhöhte eine PTSD das Risiko von Schmerzen, Konversionssymptomen und Somatisierung (42). Man fand jedoch auch, dass eine prätraumatisch bereits bestehende psychische Störung (insbesondere eine affektive Störung) das Risiko, nach Traumatisierung eine PTSD zu entwickeln, steigerte (30,43).

Problematisch ist bei all diesen Ergebnissen die Tatsache, dass einige komorbide Störungen *Symptomüberlappungen mit PTSD* aufweisen. Jedes der beschriebenen PTSD-Symptome kann auch aufgrund anderer Störungen auftreten: Das Wiedererleben, v.a. die sich aufdrängenden Gedanken, findet man auch bei Zwangsstörungen. Vermeidungsverhalten ist eine Gemeinsamkeit aller Angststörungen und Übererregung ist das Leitkriterium für die Generalisierte Angststörung. Einige Aspekte der Übererregung, wie Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit sind außerdem Symptome affektiver Störungen. Eine große Zahl empirischer Arbeiten liefert Hinweise darauf, dass PTSD eng mit geringem Wohlbefinden, reduzierter Lebensqualität, eingeschränkter psychischer Verfassung und einem geringen Kohärenzgefühl assoziiert ist (vgl. 8,10). Die hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen entspricht einem hohen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf.

6.6. Inanspruchnahmeverhalten bei PTSD

Epidemiologische Arbeiten liefern ferner Hinweise darauf, dass nur eine kleine Minderheit der Personen mit psychischen Störungen adequate psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen bekommt (24,44). Im Bereich der PTSD gibt es widersprüchliche Befunde: einige Arbeiten berichten über ein höheres Inanspruchnahmeverhalten psychotraumatisierter Patienten (45), andere berichten über ein geringes Inanspruchnahmeverhalten (38,39). Wenn posttraumatische Psychopathologie die subjektive Behinderung durch somatische Erkrankungen beeinflusst, dann liegt der Gedanke nahe, Patienten mit posttraumatischer Psychopathologie werden durch ihr ausgeprägteres Krankheitsgefühl auch eher zur Konsultation solcher Ärzte, die für ihre somatische Erkrankungen zuständig sind, motiviert und somit überdurchschnittlich häufig im Bereich ambulanter Versorgung somatischer Erkrankungen anzutreffen sein. Tatsächlich begaben sich Menschen mit Distress in einer Studie an einer Primärversorgungsklinik in Kalifornien (46) öfter in nichtpsychiatrische medizinische Behandlung als die ohne Distress. Die Inanspruchnahme psychiatrischer Serviceleistungen

war bei den in der Vorgeschichte Missbrauchten besonders hoch, unabhängig von ihrem aktuellen Grad an Distress.

Switzer et al. (39) sammelten für eine Querschnittsstudie Daten von ambulanten psychiatrischen Patienten in Pittsburgh, davon 134 Frauen und 47 Männer. Dabei ergab sich, dass 94% der Patienten im Laufe ihres Lebens mindestens ein Trauma erlebt hatten, dass 42% der Trauma-Patienten im vergangenen Jahr eine PTSD gehabt hatten und dass Patienten mit PTSD die Hilfe psychiatrischer Einrichtungen zwar ausgiebiger nutzten als die ohne PTSD, dabei jedoch unzufriedener waren als diese.

Samson et al. (38) untersuchten Patienten, bei denen der klinische Verdacht auf eine Angststörung oder Depression bestand. Die 228 Frauen und 68 Männer (Altermittelwert: 41.5 Jahre) wurden mit den Daten aus den Patientenakten und aus dem Computerdatenpool verglichen. Patienten mit PTSD übertrafen die Patienten ohne PTSD bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die Mehrheit der Patienten suchte allerdings Hilfe nicht beim Facharzt, sondern beim Allgemeinmediziner.

6.7. Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTSD

Brewin und Mitarbeiter (47) berichteten in ihrer umfangreichen Metaanalyse zur Frage der Risikofaktoren für PTSD, dass sich bei der Analyse von 85 Studien insgesamt 14 Risikofaktoren nachweisen lassen (*Tabelle 6*). In dieser Metaanalyse beziehen sich 28 Arbeiten auf Kriegsveteranen, 49 Studien auf die Allgemeinbevölkerung, 12 Studien auf Kriminalitätsoffer, 9 Studien auf Opfer von Naturkatastrophen, 4 Studien auf Verkehrsunfallpatienten, 6 Studien auf Verbrennungsoffer, 7 Studien auf spezifische andere Traumata und 10 Studien auf Mischpopulationen. Bei 19 Studien wurde PTSD nach DSM-III, bei 48 Untersuchungen nach DSM-III-R und bei 4 Arbeiten nach DSM-IV diagnostiziert. Außerdem wurden bei 50 Studien Interviews und bei 26 standardisierte Fragebögen und bei einer Studie ein Gemisch aus Interview und Fragebögen eingesetzt. Insgesamt zeigten sich unterschiedlich starke Effektstärken. Die *Traumatische Schwere* ($d = .23$), *Stress* ($d = .32$) und *Mangel an Sozialer Unterstützung* ($d = .40$) wiesen die größten Effektstärken auf. Geringere Effektstärken von .10 bis .19 zeigten *weibliches Geschlecht*, *geringerer sozioökonomischer Status*, *geringe Bildung*, *geringe Intelligenz*, *eine psychiatrische Vorgeschichte*, *Missbrauch in der frühen Kindheit*, *anderes Trauma in der frühen Kindheit*, *ungünstige Kindheit* und *psychiatrische Vorgeschichte in der Familie*. Die

kleinsten Effektstärken waren schließlich bei *Alter* ($d = .06$) und *ethnische Minderheit* ($d = .05$) festzustellen.

Tab. 6: Zusammenfassung der Risikofaktoren als Prädiktoren für PTSD (modifiziert nach Brewin et al. 47)

Risikofaktor	Anzahl der Studien	N	Effektstärke d
Ethnische Minderheit	22	8165	.05
Jüngerer Alter	29	7207	.06
Geringe Bildung	29	11047	.10
Anderes früheres Trauma	14	5147	.12
Psychiatrische Familiengeschichte	11	4792	.13
Geschlecht (weiblich)	25	11261	.13
Missbrauch in der Kindheit	9	1746	.14
Geringer sozioökonomischer Status	18	5957	.14
Geringe Intelligenz	6	1149	.18
Anderes negatives Trauma	14	6969	.19
Traumatische	49	13653	.23
Stress	8	20804	.32
Mangel an Sozialer Unterstützung	11	3276	.40

Shalev et al. (48) fassten in ihrer Metaanalyse 38 Studien zusammen und führten hingegen die folgenden Gruppen als Risikofaktoren für PTSD auf:

- *Pretrauma Vulnerabilität:* psychiatrische Familiengeschichte, Geschlecht, Genetik und neuroendokrine Faktoren, Persönlichkeitsfaktoren, frühe Traumatisierung, negative Elternerfahrungen und eine geringere Bildung.
- *Traumatische Aspekte:* Traumatische, plötzliches Auftreten des Traumas, unmittelbare Reaktion nach dem Trauma (z.B. Dissoziation, Copingverhalten).
- *Posttraumatische Aspekte:* Zunahme der Symptome, Mangel sozialer Unterstützung und Stress.

Nach Foa et al. (49) sind vor allem solche Personen gefährdet, die dazu tendieren, *aversive Ereignisse als unvorhersehbar und unkontrollierbar* anzusehen. Solche Personen tendieren auch dazu, die Ursachen für das Trauma external zu attribuieren und selbst keine Bewältigungsmöglichkeiten zu sehen. Eine zweite kognitive Variable ist das *Ausmaß der wahrgenommenen Bedrohung*. Nicht so sehr die tatsächliche Gefahr, als vielmehr die subjektiv wahrgenommene Bedrohung ist für die Entwicklung der PTSD-Symptomatik entscheidend.

Eine Studie aus Freiburg, die an Schwerverletzten nach Verkehrsunfall durchgeführt wurde (50), konnte zeigen, dass der Score des Fragebogens zum „Sense of Coherence“

(SOC) negativ mit posttraumatischer Psychopathologie korreliert. Der Fragebogen zum „Sense of Coherence“ (SOC) misst ein solches Persönlichkeitsmerkmal, das protektiv gegen negative äußere Einflüsse wirken soll und von dem man deshalb vermutete, es werde die subjektive Behinderung bei bestehender objektiver Behinderung positiv beeinflussen. Eine Studie, die in Zürich und Isleworth an Patienten mit rheumatoider Arthritis und schwer verletzten Opfern von Verkehrsunfällen durchgeführt wurde (51), konnte diese Vermutung dann auch bestätigen, indem sie zeigte, dass signifikante Korrelationen nur zwischen dem SOC-Wert und dem Grad der subjektiven, nicht jedoch zwischen dem SOC-Wert und dem Grad der objektiven Behinderung existierten.

Zusammenfassung: Die Befundlage zu Prädiktoren von PTSD ist relativ unübersichtlich. Die Effekte verschiedener Variablen auf PTSD werden untersucht. Studien, die Effektstärken der Prädiktoren angeben, sind seltener als solche, die mittels Korrelationen oder Mittelwertvergleiche Zusammenhänge von PTSD mit bestimmten Variablen beschreiben. Daher sind die obenstehenden Studien schwer zu vergleichen. Es zeichnen sich jedoch einige Tendenzen ab, die für das Verständnis der PTSD bedeutsam sind. Variablen, die in vielen Studien als Prädiktoren identifiziert wurden sind: *peritraumatische Dissoziation*, *vorangegangene Belastungen bzw. Art der traumatischen Ereignisse*, *psychiatrische Vorgeschichte* und *multiple Traumatisierung*. Da alle diese Prädiktoren aber in retrospektiven Studien gefunden wurden, sind sie nur vorsichtig zu interpretieren. *Demographische Variablen* wie Alter, Geschlecht, Familienstand erweisen sich nur in Studien mit großen Stichproben als Prädiktoren, liefern aber Anhaltspunkte für dahinter stehende Größen (z.B. gibt Familienstand indirekt Auskunft über soziale Unterstützung), die dann genauer untersucht werden können. Über Persönlichkeitsfaktoren gibt es derzeit noch keine eindeutigen Befunde (47). Insgesamt gibt es in der Prädiktorenforschung noch zu wenige prospektive Studien, die bereits vor dem ersten traumatischen Ereignis Daten erheben.

6.8. Zusammenhang von Somatisierung, Trauma und PTSD

In den letzten Jahren hat sich eine zunehmende Anzahl von Studien mit der Bedeutung von Traumata und traumaassoziierten psychischen Störungen im Zusammenhang von Somatisierung beschäftigt und zahlreiche Daten geliefert, die jedoch zum Teil noch nicht aufgeklärte Widersprüche aufweisen. Die folgende Zusammenfassung einer Auswahl von

Literatur zu diesem Themenkreis soll einen Überblick über den derzeitigen Stand der diesbezüglichen Forschung vermitteln.

Körperliche Symptome sind häufige Reaktionen nach traumatischen Stressoren. Somatoforme Störungen bzw. körperliche Symptome ungeklärter Genese hingegen zählen zu den typischen Langzeitfolgen schwerer, insbesondere personaler Traumatisierungen. Dabei sind körperliche Beschwerden ungeklärter Genese als alltägliche Phänomene sehr verbreitet. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass bei jedem fünften Patienten, der wegen körperlicher Beschwerden einen Arzt aufsucht, keine eindeutigen organischen Ursachen gefunden werden. (52). Rief et al. (52) gaben in ihrer epidemiologischen Untersuchung (N=2050; 14-94 Jahre) für die Normalbevölkerung in West- und Ostdeutschland im Mittel 3,4 somatoforme Beschwerden an.

Die große Mehrheit der Studien zum Zusammenhang von PTSD und körperlichen Beschwerden zog *Kriegsveteranen* als Untersuchungsteilnehmer heran. Zahlreiche Studien an amerikanischen Vietnamveteranen berichteten konsistent über erhöhte somatoforme Beschwerden bei PTSD-Betroffenen (53). Manche Arbeiten (53,54) berichteten bei Kriegsveteranen mit der Diagnose einer PTSD signifikant mehr über *kardiopulmonale* und *audiologische Symptome* sowie *Schmerzsymptome* als bei Veteranen ohne PTSD. Nach der Studie von Beckham et al. (55) waren bei den Kriegsveteranen mit PTSD die häufigsten Symptome *Müdigkeit, Übelkeit, Muskelschwäche, Schwindel, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen und Krampfanfälle*. Ergebnisse in die gleiche Richtung lieferten auch Litz et al. (54). Sie fanden bei amerikanischen Kriegsveteranen mit PTSD signifikant häufiger *Tinnitus, schnelles Atmen, Herzrasen, sexuelles Desinteresse, Bauchschmerzen und Übelkeit*. Weitere Ergebnisse in späteren Untersuchungen (56) weisen in die gleiche Richtung, wonach amerikanische Kriegsveteranen mit PTSD signifikant mehr körperliche Beschwerden aufweisen als Personen ohne PTSD.

In einer prospektiven Längsschnittstudie über einen Zeitraum von 5 Jahren (42) wurde in der *Allgemeinbevölkerung* nachgewiesen, dass PTSD deutlich signifikant mit somatoformen Beschwerden einhergeht. Die Stichprobe setzte sich aus 1007 jungen Erwachsenen aus Michigan im Alter zwischen 21-30 Jahren zusammen. Die Autoren belegten in ihrer Studie, dass PTSD-Betroffene signifikant mehr *gastrointestinale, kardiopulmonale, neuronale, und sexuelle Beschwerden* aufwiesen als Personen ohne PTSD. Nur bei den Schmerzsymptomen unterschieden sich die beiden Gruppen nicht

voneinander. Auf Grundlage der prospektiven Daten wiesen sie weiter nach, dass die PTSD das Risiko von *Schmerz- und Konversionssymptomen* erhöht.

Studien über *Opfer von Naturkatastrophen* zeigen ebenfalls erhöhte somatoforme Beschwerden bei Personen mit PTSD als Personen ohne PTSD (58,59). McFarlane et al. (59) berichteten in einer prospektiven Studie über höhere Werte von *kardiovaskulären, respiratorischen, muskuloskeletalen und neurologischen Symptomen* bei Feuerwehrleuten (N=469) aus Australien, bei denen eine PTSD festgestellt wurde im Vergleich zu Feuerwehrleuten ohne PTSD. Am häufigsten litten die PTSD-Betroffenen unter muskuloskeletalen Symptomen, gefolgt von neurologischen Symptomen, z.B. Kopfschmerzen, und an dritter Stelle von respiratorischen Symptomen. In einer anderen prospektiven Studie mit Opfern von Naturkatastrophen in Puerto Rico wurde nachgewiesen, dass eine Exposition mit einer Naturkatastrophe eng verbunden war mit einer höheren Prävalenz körperlicher Beschwerden ungeklärter Genese, v.a. mit *gastrointestinalen und pseudoneurologischen Symptomen* (58). Die Autoren kommen in ihrer Arbeit zu dem Ergebnis, dass eine Naturkatastrophe die Wahrscheinlichkeit für gastrointestinale und kardiovaskuläre Symptome erhöht.

Andererseits belegen mehrere *Studien mit Somatisierungspatienten*, dass diese über häufige traumatische Erlebnisse in der Anamnese berichten. Eine Reihe von empirischen Untersuchungen beschreibt eine Anamnese *sexualisierter Gewalt* bei Patienten mit Somatisierungsstörungen, besonders auch bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen (8). Golding (60) fand bei Frauen (N=1610) aus Los Angeles, die alle in der frühen Kindheit missbraucht wurden, signifikant häufiger körperliche Beschwerden als bei nicht missbrauchten Frauen. Sexuell missbrauchte Frauen berichteten häufiger über chronische Erkrankungen, medizinisch erklärte somatische Symptome und medizinisch nicht erklärte somatische Symptome. Bei Patienten mit funktionellen Abdominalbeschwerden fand sich im Vergleich zu den Patienten einer somatischen Kontrollgruppe signifikant häufiger eine Vorgeschichte mit sexueller Traumatisierung und körperlicher Misshandlung (61). Leserman et al. (62) untersuchten weibliche Patientinnen (N=239) in einer gastroenterologischen Klinik und fanden, dass sexuell und körperlich missbrauchte Frauen u.a. signifikant mehr unter körperlichen Symptomen litten. 66.5% der Gesamtstichprobe hatte mindestens einmal in ihrem Leben sexuelle oder körperliche Gewalt erlebt, vor allem Frauen mit sexuellem Mißbrauch hatten mehr Schmerzen und litten mehr unter somatischen gastrointestinalen Symptomen. In einer anderen Arbeit waren körperliche Misshandlungen und sexuelle Traumatisierungen häufiger in der

Anamnese von Patienten mit Rückenschmerzen ohne somatischen Befund im Vergleich zu einer somatischen Kontrollgruppe (63).

In mehreren empirischen Arbeiten zum Zusammenhang von PTSD und körperlichen Beschwerden fehlen klar definierte Vergleichsgruppen zu Trauma-Patienten und eine eindeutige Unterscheidung zwischen körperlichen Beschwerden mit bzw. ohne organisches Korrelat. Weil jede dieser Studien verschiedene somatische Symptome erfasst, ist es unklar, ob PTSD ganz allgemein mit Somatisierungssymptomen oder mit spezifischen Typen von somatischen Symptomen verbunden ist. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Trauma, PTSD und Somatisierung bei ambulanten psychosomatischen Patienten sind bislang wenig veröffentlicht worden.

B. FRAGESTELLUNG UND METHODISCHES VORGEHEN

7. Fragestellungen und Hypothesenableitungen

In dieser Arbeit soll versucht werden, einige der Probleme bisheriger Studien zu überwinden. Ausgehend von den referierten Befunden in der Literatur, untersuchten wir in der vorliegenden Studie zwei zentrale Forschungsfragen: Zum einen gingen wir der Frage nach, wie es um die Trauma- und PTSD-Prävalenz bei unserem Inanspruchnahmeklientel steht und inwieweit diese von soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Bildung) abhängig sind. Und zum anderen untersuchten wir die Beziehung zwischen traumatischen Erlebnissen, PTSD und Somatisierungssymptomen bei einer Inanspruchnahmeklientel von ambulanten Patienten einer Psychosomatischen Klinik.

Untersuchungen zur Prävalenz von psychotraumatischen Ereignissen und posttraumatischer Symptomatologie im Zusammenhang mit Somatisierung an der Inanspruchnahmeklientel psychotherapeutisch-psychosomatischer Kliniken im deutschsprachigen Raum sind rar. Wie die oben dargestellte Literaturübersicht deutlich macht, wurden solche Fragestellungen vor allem im angloamerikanischen Raum an ambulanten und stationären psychiatrischen Patienten untersucht. Das Inanspruchnahmeklientel einer psychosomatischen Klinik unterscheidet sich von einer der Psychiatrie, so dass sich entsprechende Ergebnisse, die bei psychiatrischen Patienten gewonnen wurden, nicht ohne weiteres übertragen lassen.

Neben der Frage der Prävalenz von Traumata im Allgemeinen und verschiedenen Traumaformen im Speziellen sowie PTSD-Prävalenz interessierte uns vor allem die Anzahl der gestellten PTSD-Diagnosen nach ICD-10 durch die behandelnden

Therapeuten, die zu den beiden Untersuchungszeitpunkten nicht über die Studienergebnisse informiert waren. Wie in anderen Studien wollten auch wir die Frage überprüfen, ob auch in unserem psychotherapeutisch-psychosomatischen Setting PTSD zu selten von den behandelnden Therapeuten diagnostiziert wird.

Weiterhin suchten wir nach möglichen Korrelationen zwischen verschiedenen Traumata bzw. PTSD und epidemiologischen Daten, den bei der Aufnahme angegebenen Beschwerden, den beim Erstinterview durch den Therapeuten gestellten Diagnosen, Angst- und Depressionswerten, Somatisierungswerten, dem SOC-Wert und dem medizinischen Inanspruchnahmeverhalten.

Auf der Grundlage der weiter oben referierten Ergebnisse im Theorieteil bzw. der Gruppenprofile sollen im Folgenden *drei Fragestellungen* sowie *neun Hypothesen* erörtert werden. Da diese Untersuchung in einigen Aspekten einen explorativen Charakter hat, sollen daher bestimmte Ziele dieser Arbeit in Form von offenen Fragen überprüft werden.

7.1. Unterschiedshypothesen und Fragestellungen zur Trauma- und PTSD-Prävalenz

Hypothese 1: Bei den Angaben der subjektiven Beschwerden stehen in der Gruppe der PTSD Patienten depressive und Angstsymptome im Vordergrund.

Fragestellung 1: Wie häufig sind traumatische Ereignisse und PTSD bei Patienten einer psychosomatischen Ambulanzklinik, und welches sind die am häufigsten vorkommenden Traumata?

Hypothese 2: PTSD wird in der Praxis von den Therapeuten unterschätzt.

Hypothese 3: Frauen berichten über mehr sexuelle Gewalt als Männer; umgekehrt berichten Männer mehr über körperliche Gewalt.

Hypothese 4: Traumatische Ereignisse bezogen auf interpersonelle Gewalt sind abhängig vom Alter, Familienstand und vom Bildungsgrad.

Hypothese 5: PTSD-Patienten sind stärker depressiv, stärker ängstlich und haben ein geringeres Kohärenzgefühl als Patienten ohne Trauma und Patienten mit Trauma jedoch ohne PTSD.

Hypothese 6: PTSD-Patienten zeigen ein höheres Inanspruchnahmeverhalten als Patienten ohne Trauma und Patienten mit Trauma jedoch ohne PTSD; sie gehen also mehr zum Arzt, machen mehr Psychotherapie, und sie nehmen mehr Psychopharmaka ein.

7.2. Unterschiedshypothesen zum Zusammenhang von Trauma und Somatisierung

Hypothese 7: Patienten mit PTSD leiden häufiger an somatoformen Beschwerden verglichen mit:

- a) Patienten mit traumatischen Erlebnissen ohne PTSD und
- b) Patienten ohne traumatische Erlebnisse mit anderen psychischen Störungen.

Fragestellung 2: Gibt es spezifische somatoforme Gruppen von Beschwerden, die besonders eng mit PTSD verbunden sind?

Hypothese 8: Patienten, die interpersonelle Gewalterfahrungen gemacht haben, berichten über mehr somatoforme Beschwerden als Patienten mit traumatischen Ereignissen, die nicht durch Menschen verursacht wurden.

Hypothese 9: Die Quantität der traumatischen Erlebnisse geht mit einer höheren Anzahl von somatoformen Beschwerden einher.

7.3. Zusammenhangshypothese: Diagnostische Hinweise zur Vorhersage von PTSD

Fragestellung 3: Gibt es diagnostische Hinweise für die Posttraumatische Belastungsstörung?

8. Messinstrumente und Datenanalyse

8.1. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

Zur Erfassung der Prävalenzen psychotraumatischer Ereignisse und der PTSD wurden 2 Messinstrumente eingesetzt.

Die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (64) ist sehr eng an das DSM-IV angelehnt und erhebt das Vorhandensein unterschiedlicher Arten von Traumatisierung, das Vorliegen und die Häufigkeit der 17 Symptome der Intrusion, Vermeidung und Übererregung, die Merkmale des belastendsten Traumas nach den Diagnosekriterien des DSM-IV und ob die Symptomatik, Bereiche des Lebens beeinträchtigt. Sie erlaubt also neben der Diagnosestellung eine Einschätzung des Schweregrades der PTSD und der einzelnen Symptombereiche.

Die PDS besteht insgesamt aus vier Teilen. Für die vorliegende Untersuchung wurden die ersten beiden Teile verwendet. Im 1. Teil werden elf Traumata vorgegeben, von denen der Befragte angeben soll, ob er sie „entweder persönlich oder auch als Zeuge“ jemals erlebt hat, indem er „ja“ oder „nein“ ankreuzt. Diese Traumata sind: schwerer Unfall, Feuer oder Explosion – Naturkatastrophe – gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien-

oder Bekanntenkreis – gewalttätiger Angriff durch fremde Person – sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis – sexueller Angriff durch fremde Person – Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet – sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens fünf Jahre älter war – Gefangenschaft – Folter – lebensbedrohliche Krankheit. Unter einem zwölften Punkt kann man angeben, ob man noch ein anderes, zuvor nicht genanntes Ereignis erlebt hat, das man kurz beschreiben soll. Im Anschluss an die Trauma-Liste soll bei Angabe mehrerer Traumata die Nummer desjenigen Ereignisses genannt werden, das den Befragten am meisten belastet. Außerdem wird mit Hilfe von sechs Antwortvorgaben eine zeitliche Einordnung dieses Ereignisses vorgenommen. Schließlich werden sechs Ja- / Nein-Fragen zu den DSM-IV-Stressorkriterien (A-Kriterien) in Hinsicht auf dieses Trauma gestellt, mit deren Hilfe festgestellt werden kann, ob das „schlimmste Ereignis“ die Stressorkriterien nach DSM-IV erfüllt.

Eine Analyse der ersten beiden Teile der PDS ist bisher nicht separat erfolgt, jedoch ermittelten Foa et al. (65) gute Werte für Sensitivität und Spezifität sowie für Reliabilität und Validität des gesamten Fragebogens, dessen Ziel es ist, als Screening-Instrument in einer heterogenen Stichprobe Menschen mit PTSD nach DSM-IV zu erkennen und den Schweregrad der Erkrankung einzuschätzen. Die amerikanische Originalversion zeigte hierfür eine gute Validität (65,66).

8.2. IES-R (Impact of Event Scale – Revised (IES-R))

Um die typischen posttraumatischen Belastungsreaktionen vollständig erfassen zu können, legten Weiss und Marmar (67) eine Revision der Impact of Event Scale (IES) vor, die mit einer zusätzlichen dritten Skala den Bereich posttraumatischen Hyperarousals erfasst. Der von Weiss und Marmar (67) entwickelt IES-R ist inzwischen ein international weit verbreitetes Messinstrument zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen. Es besteht aus 22 Items, die sich drei psychometrisch konstruierten Subskalen zuordnen lassen: Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal. Die Antworten auf der vierstufigen Skala werden verrechnet und ergeben für die Subskalen Intrusion sowie Hyperarousal einen Wertebereich von 0-35, für die Subskala Vermeidung einen Wertebereich von 0-40. Das in dem Fragebogen zu erfassende Erleben bezieht sich auf die letzten 4 Wochen. Der IES-R erlaubt keine diagnostische Zuordnung auf direktem Wege, da die 22 Items des IES-R nicht vollständig mit den 17 DSM-IV-Symptomen übereinstimmen und lediglich

Häufigkeiten erfasst werden. Maercker und Schützwohl (68) sind einen Schritt weitergegangen. Sie schlagen für die revidierte Version der Impact of Event Skala zur Diagnosebestimmung von PTSD eine mathematische Formel vor. Mittels dieser Formel ließen sich in ihrer Studie immerhin 84% der Personen diagnostisch in Übereinstimmung mit der Fremdbeurteilungsdiagnose „Diagnostisches Interview für Psychische Störungen“ (DIPS) zuordnen. Ergibt sich nach dieser Formel ein Wert über 0, besteht demnach eine PTSD, bei Werten unter 0 nicht. Maercker und Schützwohl (68) berichten über zufriedenstellende bis gute teststatistische Kennwerte für die deutsche Version.

Als *PTSD-positiv* sollten dabei nur diejenigen Patienten bezeichnet werden, die sowohl mindestens ein Trauma erlebt haben als auch die DSM-IV-Eingangskriterien (A1 und A2) erfüllen sowie nach dem diagnostischen Testwert der „Impact of Event Scale-Revised“ (IES-R) an einer PTSD leiden, um die Anzahl der falsch positiven PTSD-Fälle möglichst zu minimieren.

8.3. Das Screening für Somatoforme Störungen (SOMS-2)

Das Screening für Somatoforme Störungen (69) berücksichtigt alle körperlichen Symptome ungeklärter Genese, welche für eine Somatisierungsstörung nach DSM-IV und ICD-10 relevant sind. Der daraus abgeleitete Beschwerdeindex-Somatisierung gibt die Summe der positiv beantworteten, diagnoserelevanten körperlichen Symptome des Patienten wieder. Da der SOMS für Männer und Frauen eine unterschiedliche Anzahl geschlechtsrelevanter Items enthält (5 Frauen- vs. 1 Männer-Item) kann der Beschwerdeindex von Frauen höher als der von Männern sein. Für die Gesamtstichprobe wird im Gegensatz zum SOMS-Manual (69) deshalb in Anlehnung an die Arbeit von Hessel et al. (70) der Beschwerdeindex-Somatisierung (Item-Nummer 1-47) nur abzüglich aller Geschlechtsitems angegeben.

Auf der Grundlage des Beschwerdeindex-Somatisierung wurden fünf Gruppen somatoformer Beschwerden gebildet. Neben der von Hessel et al. (70) beschriebenen „gastrointestinalen Gruppe“ bildeten wir vier weitere Subgruppen:

1. Schmerz-Symptome (fünf Items): Kopf- oder Gesichtsschmerzen, Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Schmerzen in den Beinen oder Armen und Schmerzen beim Wasserlassen.

2. Gastrointestinale Symptome (zehn Items): Schmerzen im Bauch oder in der Magengegend, Schmerzen im Enddarm, Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen (außer in der

Schwangerschaft), vermehrtes Aufstoßen, Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen, schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge, häufiger Durchfall, Flüssigkeitsaustritt aus dem Darm (70).

3. Kardiopulmonale Symptome (sieben Items): Brustschmerzen, Herzrasen oder Herzstolpern, Druckgefühl in der Herzgegend, Schweißausbrüche (heiß oder kalt), Hitzewallungen oder Erröten, Atemnot (außer bei Anstrengung), übermäßig schnelles Ein- und Ausatmen.

4. Sexuelle Symptome (drei Items): Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, sexuelle Gleichgültigkeit, unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich.

5. Neurologische Symptome (dreizehn Items): Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, Lähmung oder Muskelschwäche, Schwierigkeiten beim Schlucken oder Klossgefühl, Flüsterstimme oder Stimmverlust, Sinnestäuschungen, Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen, unangenehme Kribbelempfindungen, Sehen von Doppelbildern, Blindheit, Verlust des Hörvermögens, Krampfanfälle, Gedächtnisverlust, Bewusstlosigkeit.

Von den insgesamt 68 Items werden 66 mit „ja“ oder „nein“ beantwortet, bei einer Frage muss eines von fünf und bei einer anderen eines von vier Kästchen angekreuzt werden. Für unsere Auswertung berücksichtigten wir vor allem den Beschwerdenindex-Somatisierung, der sich aus der Summe der positiv beantworteten Items 1 bis 47, das heißt der Anzahl der berichteten Symptome aus der Symptomliste ergibt.

Die Parameter zur Erfassung der Reliabilität des Gesamttests sind sehr gut. Die interne Konsistenz (Chronbachs Alpha) beträgt im SOMS-2 für den Beschwerdeindex-Somatisierung $\leq .88$. Die Retest-Reliabilität für den Beschwerde-Index liegt bei $r_{tt}=.87$. Alle Indizes des SOMS-2 korrelieren signifikant ($p<.01$) mit den psychopathologischen Dimensionen der Symptom-Check-Liste von Derogatis SCL-R, dem Beck-Depressions-Inventar BDI, dem Whitelely-Index zur Messung der Hypochondrie WI und mit den Skalen Lebenszufriedenheit, körperliche Beschwerden, Emotionalität des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-R. Der Vergleich des Beschwerdenindex-Somatisierung mit anderen Somatisierungsmaßen zeigte, dass dieser als das Somatisierungsmaß mit der höchsten Aussagekraft bezüglich subjektiver Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens und der Lebensführung anzusehen ist, weshalb er sich auch für unsere Arbeit besonders anbot. Zum Nachweis einer guten Validität des SOMS trug schließlich auch bei, dass Somatisierungssyndrome mittels des SOMS sehr ähnlich differenziert

werden konnten wie mittels strukturierter klinischer Interviews zur Diagnostik psychischer Störungen (69).

8.4. Die Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version (HADS-D)

Die Hospital Anxiety and Depression Scale (71) ist ein Screeningverfahren zur Selbstbeurteilung von Depressivität und Angst bei Erwachsenen mit körperlichen Beschwerden für einen Zeitraum der letzten 7 Tage. Anders als beim SOMS beschränkt sich die HADS ausschließlich auf die psychische Komponente von Depressivität und Angst. Körperliche Symptome werden nicht erfasst, da diese auch Ausdruck der körperlichen Erkrankung und nicht Ausdruck der psychischen Störung sein können.

Die HADS-D besteht aus 14 Items, aus denen je eine Angst- und Depressivitäts-Subskala (jeweils 7 Items) gebildet werden. Die 14 Items können auf einer 4-stufigen Rating-Skala von 0-3 und wechselnder Schlüsselrichtung beantwortet werden. Damit ergibt sich je Subskala durch Addition ein möglicher Wertebereich von 0-21. Die Cut-Off-Werte liegen bei 0 bis 7 für die Beurteilung „unauffällig“, bei 8 bis 10 für „grenzwertig“ und bei 11 bis 21 für „auffällig“.

Den Angaben von Zigmond und Snaith (72) zur Folge liegt die Sensitivität der HADS-Originalversion für die Depression-Subskala bei 80% und für die Angst-Subskala bei 85%, die Spezifität liegt bei 85% für die Depression-Subskala und bei 80% für die Angst-Subskala. Eine Analyse der Reliabilität und Validität der deutschen Version des HADS durch Hermann et al. (71) erbrachte zufriedenstellende Werte.

8.5. Sense of Coherence- Skala (SOC-13)

Für die Persönlichkeitsdimension als möglicher Prädiktor wurde die Sense of Coherence Skala (73) von Antonovsky verwendet. Im Mittelpunkt des Salutogenesemodells von Antonovsky steht das Kohärenzgefühl. Dieses Konstrukt wird als eine dispositionelle Bewältigungsressource betrachtet, die Menschen widerstandsfähiger gegenüber Stressoren macht und damit zur Aufrechterhaltung und Förderung der Gesundheit beiträgt

SOC-13 erfasst die Faktoren Verstehbarkeit (5 Items), Handhabbarkeit (4 Items) und Sinnhaftigkeit (4 Items). Faktorenanalytische Überprüfungen bestätigen die drei theoretisch formulierten Teilkonstrukte nicht eindeutig, am ehesten ist von einem Generalfaktor auszugehen (57). Schumacher et al. (74) liefern Normwerte für Deutschland (N=2005, Alter: 50.0 Jahre). Das Ausmaß des Kohärenzgefühls erwies sich in dieser

Studie sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht als abhängig. Für SOC-13 zeigte sich eine interne Konsistenz von $\alpha=.85$; die Retestreliabilität lag bei $r_{tt}=.80$. In der vorliegenden Arbeit wurden Auswertungen nur mit dem Gesamtscore vorgenommen. In mehreren Untersuchungen erwiesen sich die Skalen als weitgehend kulturunabhängig, außerdem besitzen sie hohe interne Konsistenzen (57). Zahlreiche Studien zeigen eine inverse Beziehung zwischen dem Kohärenzgefühl und Variablen der Psychopathologie (Depressivität, Angst, Neurotizismus, Somatisierung) (8,10,51).

8.6. Fragen zum medizinischen Inanspruchnahmeverhalten

Bei den Fragen, die das medizinische Inanspruchnahmeverhalten der Patienten beleuchten sollen, handelt es sich um selbst konstruierte Fragen. Zunächst wird die Anzahl der Arztbesuche während der letzten zwölf Monate abgefragt, anschließend werden Angaben darüber verlangt, ob man schon einmal in nervenärztlich-psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung war, und wenn ja, wie oft und wie lange, ambulant oder stationär. Zusätzlich werden Informationen zu eventuell konsumierten Psychopharmaka, einschließlich pflanzlicher, eingeholt, im Detail bezüglich Typ und Einnahmedauer.

8.7. Untersuchungsablauf

Die Patientenrekrutierung fand in der Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Rheinischen Klinik/Universitätsklinik Duisburg-Essen statt. Die konsekutive Rekrutierung der Patienten fand in den Zeiträumen März bis Juli 2000 und Januar bis Mai 2001 statt. Von Januar 2000 bis Mai 2001 suchten insgesamt 3443 Patienten die Ambulanz auf. Die Patienten kamen vornehmlich aus der Stadt Essen (598.968 Einwohner), aber auch aus umliegenden Städten des Ruhrgebiets (5,4 Mio. Einwohner). Patienten melden sich in der Regel aus eigener Motivation an oder werden von den behandelnden Ärzten (Hausärzte, Internisten, Psychiater, Psychotherapeuten) zur Diagnostik vorgestellt. Die ambulante Diagnostik umfasst in der Regel zwei diagnostische Gespräche à 50 Minuten, die im Rahmen einer Ambulanzkonferenz oberärztlich supervidiert werden. Dabei wurden alle Patienten nur bei ihrer ersten Vorstellung berücksichtigt. Die Diagnose psychischer Störungen erfolgt nach den Kriterien des ICD-10 (16). Für das Ausfüllen des 11 seitigen Fragebogens hatten die Patienten 45 Minuten Zeit und erhielten von der zuständigen Sekretärin ein Fragebogen-Set mit der Bitte, dieses im Warteraum auszufüllen und vor dem Verlassen der Ambulanz wieder bei ihr

abzugeben. Ausschlusskriterien der Studie waren, Patienten, die sich nicht ausreichend auf Deutsch verständigen konnten, und jene, die aufgrund konsiliarischer Fragestellungen in die Klinik kamen oder die zur Verlaufsbeobachtung für andere Studien einbestellt worden waren.

Nach Abschluss der Erhebung wurden anhand der Patientenakten die durch die Therapeuten vergebenen Diagnosen nach ICD-10 ermittelt sowie Angaben zu aktuellen Beschwerden zum Zeitpunkt der Vorstellung und zu soziodemographische Variablen erfasst.

Von den 560 Patienten, die sich innerhalb des ersten vorgegebenen Zeitrahmens (März bis Juli 2000) in der Ambulanz vorstellten, waren 321 aus eigener Motivation heraus hierher gekommen. Von diesen 321 waren 37 der deutschen Sprache nicht mächtig, so dass wir schließlich 284 Fragebogen-Sets verteilen konnten, von denen 52 nicht zurückgegeben wurden. Es verblieben also 232 Fragebogen-Sets für den ersten Erhebungszeitpunkt, das entspricht einer Rücklaufquote von 81.7% derjenigen Patienten, die nicht aufgrund eines Konsils oder einer Studie in die Ambulanz gekommen waren und die über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten. In der zweiten Ambulanzstudie (Januar bis Mai 2001) wurden 300 Fragebögen ausgeteilt. Davon wurden 262 Fragebögen ausgefüllt. Das ergibt eine Rücklaufquote von 83.3%. Von den 262 beantworteten Bögen konnten die Daten von 11 Patienten aufgrund von zu vielen Missings nicht in die Analyse einfließen.

Die soziodemographischen Daten konnten im Nachhinein im Prinzip von allen 583 zunächst für die Studie in Frage kommenden Patienten aus den Akten des Archivs entnommen werden. Allerdings konnten bis zum Ende der Datensammlung nur 562 Akten ausgewertet werden, da 31 Akten aus unterschiedlichen Gründen für uns nicht rechtzeitig verfügbar waren. Der Vergleich der vorhandenen soziodemographischen Daten der Studienteilnehmer mit denen der Patienten, deren Fragebogen-Sets nicht zur Auswertung zur Verfügung standen, ergab, dass sich die beiden Gruppen in dem wesentlichen Punkt der angegebenen aktuellen Beschwerden nicht signifikant unterschieden. Nach Abschluss der Erhebung wurden anhand der Patientenakten die durch die Therapeuten gestellten Diagnosen nach ICD-10 ermittelt sowie Angaben zu aktuellen Beschwerden zum Zeitpunkt der Vorstellung und zu soziodemographische Variablen erfasst.

8.8. Datenanalyse

Die statistische Auswertung der Fragebögen erfolgte mittels eines Personalcomputers unter Verwendung des Statistikprogrammes „Statistical Package for Social Sciences“ (SPSS) für

Windows, Version 11.0. Informationen über die verwendeten statistischen Verfahren wurden aus Bortz (75) entnommen.

Im Rahmen der Hypothesentestungen wurden deskriptive Statistiken, t-Tests für unabhängige Stichproben, einfaktorielle Varianzanalysen, Regressionsanalysen und Chi-Quadrat-Tests sowie Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Da sich sowohl der Signifikanztest für Korrelationskoeffizienten, als auch für t-Test für unabhängige Stichproben als ausreichend robust gegenüber der Verletzung der Normalverteilungsannahme erweisen (75) wurde auch bei Abweichungen von der Normalverteilung kein parameterfreies Verfahren gewählt. Ein parameterfreies Verfahren kam nur bei Abweichung von der Normalverteilung (geprüft mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test) und Inhomogenität (Levine-Test der Varianzgleichheit) der Varianzen zum Einsatz. Statistische Signifikanz war dann erfüllt, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit nicht über 5% lag. Irrtumswahrscheinlichkeiten zwischen 5 und 10% deuteten auf Tendenzen hin.

C. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

9. Ergebnisse

9.1. Reliabilitäten

Es wird empfohlen, dass Reliabilitäten bei mindestens $\alpha=.60$ liegen (75). Alle Skalen, bis auf die Sense of Coherence Skala (SOC-13), erfüllten dieses Kriterium. Die Reliabilitäten für die Skalen von SOMS-2 ($\alpha=.90$), HADS-D ($\alpha=.73$) und IES-R ($\alpha=.95$) fielen insgesamt befriedigend bis sehr gut aus (*Tabelle 7*). Diese Alpa-Koeffizienten stimmten weitestgehend mit den Originalarbeiten überein und bestätigen somit die gute Anwendbarkeit der einzelnen Fragebögen. Warum die Reliabilität für SOC-13 in der vorliegenden Studie erschreckend gering ausfiel, könnte darauf hindeuten, dass die 13 Items das Konzept des Kohärenzgefühls doch nicht reliable genug abbilden. Zwei neue Untersuchungen aus Deutschland an großen Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung berichteten zwar über gute interne Konsistenzen für SOC-13, jedoch muss hierbei angemerkt werden, dass in beiden Studien nur die Langform (SOC-29) verwendet wurde, daraus berechneten die Autoren die Reliabilität für die Kurzform (74,76). Weitere Untersuchungen zur Reliabilität von SOC-13 sind notwendig, um diese großen Unterschiede klären zu können.

Tab. 7: Konsistenzwerte (Cronbachs Alpha) der Gesamtstichprobe

Skala	Gesamt (N=483) Alpha	Zahl der Items
(SOMS-2) Screening für Somatoforme Störungen	.90	47
(HADS) Hospital Anxiety and Depression Scale	.73	14
(HADS)-Ängstlichkeit	.63	7
(HADS)-Depressivität	.61	7
(IES-R) Impact of Event Scale-Revised	.94	22
(SOC-13) Sense of Coherence	.31	13

9.2. Patientenrekrutierung und Gruppenbildung

Von den 583 in den beiden Untersuchungszeiträumen angesprochenen Patienten nahmen 513 (87.9%) an der Studie teil. Weitere 30 Fragebögen mussten aufgrund zu vieler Missings von der Auswertung ausgeschlossen werden, so dass insgesamt 483 (82.7%) der Fragebögen ausgewertet werden konnten. Die Studienteilnehmer wurden in drei Gruppen unterteilt:

- (1) **kein Trauma:** keine Traumata in der Lebensgeschichte gemäß der PDS-Traumacheckliste
- (2) **Trauma:** mindestens ein Trauma in der Lebensgeschichte gemäß der PDS-Traumacheckliste, jedoch Fehlen der Studien-Kriterien für PTSD
- (3) **PTSD:** Vorliegen des Eingangskriteriums (A1&A2) nach DSM-IV und positiver Gesamtscore des IES-R.

9.3. Stichprobe

Table 8 zeigt die Sozialdaten getrennt nach Gesamt und Teilstichgruppen. An unserer konsekutiven Querschnittstudie nahmen 483 Patienten im Alter von 17 bis 87 Jahren teil. Der Altersmittelwert lag bei 35.0 Jahre, wobei die Standardabweichung (SD=12.6) als relativ hoch einzuschätzen ist. Der Altersmedian lag bei 36 Jahren. Die große Mehrheit waren Frauen mit 74.5% ($\chi^2=116.2$; $p \leq .000$); außerdem waren 52.4% der Untersuchungsteilnehmer ledig, 31.5% der Patienten hingegen waren verheiratet. Bezüglich der Konfession waren 41.6% katholisch, knapp dahinter mit 38.5 Prozent protestantischen Glaubens; mit weitem Abstand waren 5.2% der Patienten ohne Konfession. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren in der Gesamtgruppe 41.6% voll-

oder teilzeit erwerbstätig, aber auch erstaunlich viele arbeitslos bzw. nicht erwerbstätig (34.4%). Hinsichtlich der Schulbildung zeigen sich im Wesentlichen drei gleich große Gruppen: Hauptschulabschluss (31.7%), Mittlere Reife (28.4%) und Abitur (31.5%). Die Gruppe der Angestellten stellte die größte Berufsgruppe mit 31.9% dar, gefolgt von der Gruppe der Patienten, die sich in einer Ausbildung (26.9%) befanden und der einfachen Arbeiter (14.7%).

Weiter sind in *Tabelle 8* die Sozialdaten für die drei Teilstichgruppen aufgeführt. PTSD-Patienten stellten im Mittel die jüngste Gruppe dar (31.2 ± 8.2 Jahre), die älteste Gruppe hingegen wird durch die Gruppe der Nicht-Traumatisierten mit 36.2 Jahren ($SD=13.4$) repräsentiert. Bei Mehrfachvergleichen zeigte sich ein signifikanter Altersunterschied zwischen den Nicht-Traumatisierten und der PTSD-Gruppe ($T=2.4, \leq .016$), während sich die Gruppe der Trauma-Patienten und die PTSD-Gruppe nicht statistisch signifikant voneinander unterschieden ($T=1.9, \leq .051$). Nur knapp scheitert die Signifikanzüberprüfung auf dem 5%-Niveau. Verglichen mit den Nicht-Traumatisierten (U-Test: 4484.5, $p \leq .000$) und traumatisierten (U-Test: 2742, $p \leq .000$) Vergleichsgruppen waren PTSD-Patienten jeweils hochsignifikant am häufigsten arbeits- und erwerbslos. Dagegen unterschieden sich die drei Gruppen nicht im Hinblick auf die Variablen Geschlecht, Familienstand, Konfession, Bildung und Beruf was eine gute Vergleichbarkeit ermöglichte.

Tab. 8: Soziodemographische Daten nach Gesamt und Gruppen unterteilt

Variablen	Gesamt N=483	Nicht-Trauma N=178	Trauma N=256	PTSD N=49	P-Wert
Alter	35.0 (12.6)	36.2 (13.4)	34.9 (12.6)	31.2 (8.9)	.055
Geschlecht	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	.692
Männlich	123 (25.5)	45 (26.3)	66 (25.8)	10 (20.4)	
Weiblich	360 (74.5)	126 (73.7)	190 (74.2)	39 (79.6)	
Familienstand					.620
ledig	253 (52.4)	88 (51.5)	133 (52.0)	27 (55.1)	
verheiratet	152 (31.5)	59 (34.5)	81 (31.6)	11 (22.4)	
getrennt lebend	24 (5.0)	7 (4.1)	13 (5.1)	3 (6.1)	
geschieden	40 (8.3)	11 (6.4)	23 (9.0)	6 (12.1)	
verwitwet	7 (1.4)	2 (1.2)	4 (1.6)	1 (2.0)	
Konfession					.295
Katholisch	201 (41.6)	66 (37.1)	114 (44.5)	21 (42.9%)	
Evangelisch	186 (38.5)	73 (41.0)	99 (38.7)	14 (28.6)	
Ohne Konfession	25 (5.2)	12 (6.7)	10 (3.9)	3 (6.1)	
Sonstige	71 (14.7)	27 (15.2)	33 (12.9)	11 (22.4)	
Bildung					.901
Sonstige	4 (0.8)	2 (1.2)	2 (0.8)	0	
noch in der Schule/ ohne Abschluss	29 (6.0)	11 (6.4)	17 (6.6)	0	
Hauptschulabschluss	153 (31.7)	56 (32.7)	74 (28.9)	20 (40.8)	
Realschulabschluss	137 (28.4)	44 (25.7)	78 (30.5)	14 (28.6)	
Abitur	152 (31.5)	55 (32.2)	81 (31.6)	14 (28.6)	
Erwerbstätigkeit					.000
Teilzeit/vollzeit	210 (41.6)	82 (48.0)	113 (44.1)	11 (22.4)	
erwerbslos/arbeitslos	166 (34.4)	56 (32.7)	91 (35.5)	16 (32.7)	
krank geschrieben	75 (15.5)	20 (11.7)	39 (15.2)	16 (32.7)	
Rentenverfahren	10 (2.1)	1 (1.2)	6 (2.3)	2 (4.1)	
Beruf					.975
ohne Beruf	6 (1.2)	3 (1.8)	2 (0.8)	1 (2.0)	
Hausfrau	56 (11.6)	14 (8.2)	34 (13.3)	7 (14.3)	
Schüler, Student, Auszubildende	130 (26.9)	48 (28.1)	70 (27.2)	9 (18.4)	
Arbeiter	71 (14.7)	31 (18.1)	29 (11.3)	9 (18.4)	
Selbständiger	17 (3.5)	8 (4.7)	8 (3.1)	0	
Angestellter	154 (31.9)	50 (29.2)	86 (33.6)	18 (36.7)	

Beachte: Aufgrund fehlender Angaben bei den untersuchten Fragen variiert die Stichprobengröße, zweiseitig.

9.4. Subjektive Beschwerden und ICD-10 Diagnosen nach Gruppen (Hypothese 1)

Betrachtet man sich die Häufigkeit der subjektiven Beschwerden, wegen derer die Patienten unsere Ambulanz aufsuchten, so wurden Essstörungssymptome am häufigsten genannt (37.7%). An zweiter Stelle folgten depressive Symptome (28.1%). In der Gruppe der PTSD Patienten wurden die häufigsten Symptome zu Depressionen (45.7%, $\leq .006$) und Angststörungen (28.3%, $\leq .019$) berichtet. Bezüglich Essstörungssymptome und Schmerzsymptome zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede (Tabelle 9).

In der Gesamtstichprobe stellten die Therapeuten am häufigsten Diagnosen zu Essstörungen (37.3%), was interessanterweise fasst genauso hoch ausfiel wie die Angaben zu subjektiven Beschwerden. An zweiter Stelle folgten Diagnosen zu Depressionen (19.1%), an fünfter Stelle hingegen Diagnosen zu Persönlichkeitsstörungen. Über die drei Teilstichgruppen hinweg zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. In allen drei Teilstichgruppen wurden Essstörungsdiagnosen am häufigsten gestellt, in der PTSD-Gruppe folgten Somatoforme Störungen (24.5%) an zweiter Stelle, während diese in der Nicht-Trauma (11.7%) sowie in der Trauma-Gruppe (13.7%) als vierthäufigste Diagnose gestellt wurde.

Tab. 9: Subjektive Beschwerdeangaben und ICD-10 Diagnosen

Variablen	Gesamt N=483	Kein Trauma N=178	Trauma N=256	PTSD N=49	P- Wert
Subjektive Beschwerdeangaben					
Essstörungssymptome	37.7%	38.5%	38.3%	32.6%	.748
Depressive Symptome	28.1%	21.6%	28.7%	45.7%	.006
Angstsymptome	18.9%	12.2%	21.3%	28.3%	.019
Schmerzsymptome	18.6%	17.6%	18.3%	23.9%	.613
ICD-10 Diagnosen					
F50.0-F50.5 Essstörungen	37.3%	35.7%	37.9%	34.7%	.873
F32.0-F33.4 Depressionen	19.1%	16.4%	20.3%	18.4%	.660
F40-F41.9 Angststörungen	17.8%	16.3%	17.6%	22.4%	.867
F45.0-F45.4 Somatoforme Störungen	14.8%	11.7%	13.7%	24.5%	.094
F60-F62 Persönlichkeitsstörungen	8.4%	5.3%	10.5%	8.2%	.178

9.5. Trauma- und PTSD-Prävalenz

9.5. Dauer des schlimmsten Traumas

Die Patienten wurden im zweiten Teil des PDS Fragebogens auch danach gefragt, wie lange ihr schlimmstes Trauma zurückliegt (*Abbildung 2*). Bei 155 (61.8%) Patienten lag dieses Trauma mehr als 5 Jahre zurück. Nur 1.2% gaben an, dass das schlimmste Trauma weniger als einen Monat zurückliegt. Somit handelt es sich bei der vorliegenden Studie bei der Mehrheit der Studienteilnehmer um Patienten, bei denen bereits eine chronische Traumatisierung vorlag.

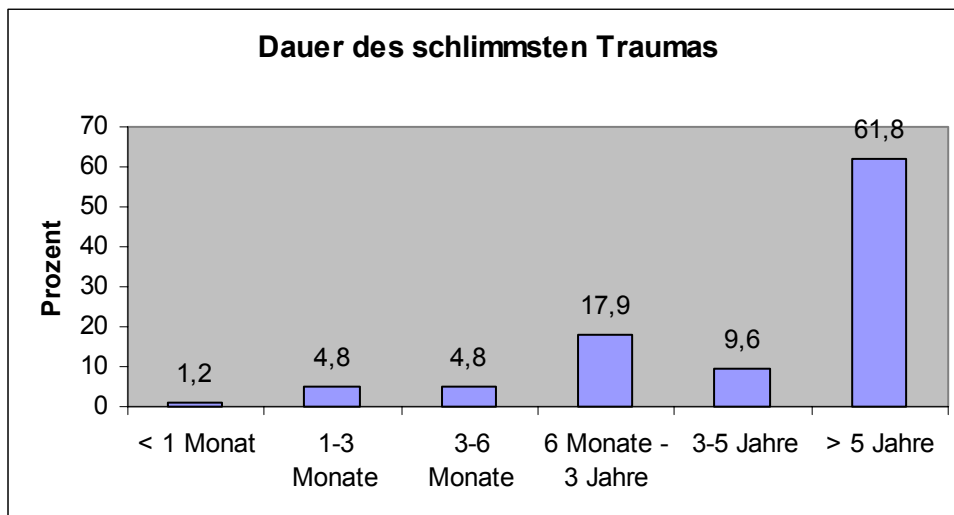


Abb. 2: Dauer des schlimmsten Traumas

9.6. Häufigkeit des DSM-IV Kriteriums

Tabelle 10 zeigt die Häufigkeiten für die Eingangstraumakriterien von DSM-IV A1 und A2 für PTSD. Auffallend hoch waren die Angaben für die subjektiven Empfindungen von “Hilflosigkeit” (87.3%) und “Angst oder volles Entsetzen” (82.3%) aus dem A2-Kriterium. Die einzelnen Aspekte des A1-Kriteriums fielen deutlich niedriger aus, die höchste Häufigkeit in diesem Bereich fand sich bei der Variable “Gedanke, dass das eigene Leben in Gefahr sei” (36.8%).

Tab. 10: Häufigkeit der DSM-IV Kriterien^a nach Gruppen

DSM-IV A1 und A2	Total N (%)	Trauma N (%)	PTSD N (%)	Odds ratio (95% CI) ^b
Selbst körperlich verletzt	75 (28.7%)	51 (23.9%)	24 (50%)	3.1 (1.6-6.0)***
Jemand anderes körperlich verletzt	59 (22.4%)	45 (20.9%)	14 (29.2%)	1.4 (.77-3.1)
Gedanke, das eigene Leben sei in Gefahr	96 (36.8%)	64 (30.0%)	32 (66.7%)	4.6 (2.3-9.0)***
Gedanke, das Leben eines anderen Menschen sei in Gefahr	86 (33.1%)	62 (29.2%)	24 (50.0%)	2.4 (1.2-4.5)***
Hilflosigkeit	233 (87.3%)	187 (85.4%)	46 (95.8%)	3.9 (.91-17.0)*
Angst oder voller Entsetzen	219 (82.3%)	172 (78.9%)	47 (97.9%)	12.5 (1.6-93.5)***

Beachte: ^a Gruppe der Patienten, die mindestens 1 Trauma angaben. ^bCI = Confidence Interval. Aufgrund fehlender Angaben bei der untersuchten Frage variiert die Stichprobengröße. * p<.05; ** p<.01; *** p<.001, zweiseitig

Weiterhin bemerkenswert waren die hochsignifikanten Unterschiede zwischen der Trauma- und der PTSD-Gruppe. Bis auf die Variable “jemand anderes körperlich verletzt” zeigten sich in der PTSD-Gruppe signifikant höhere Häufigkeiten: *selbst körperlich*

verletzt (50% vs. 23.9%, $\leq .001$); *Gedanke, das eigene Leben sei in Gefahr* (66.7 % vs. 30%, $\leq .001$); *Gedanke, das Leben eines anderen Menschen sei in Gefahr* (50% vs. 29.2%, $\leq .001$); *Hilflosigkeit* (95.8% vs. 85.4%, $\leq .05$); *Angst oder voller Entsetzen* (97.9% vs. 78.9%, $\leq .001$).

9.7. Trauma- und PTSD-Prävalenz (Fragestellung 1 und Hypothese 2)

Abbildung 3 zeigt anschaulich die Trauma- und PTSD-Prävalenz. Insgesamt berichteten nach der PDS-Traumacheckliste 305 (63.1%) Patienten, irgendwann in ihrem Leben ein oder mehrere traumatische Ereignisse erlebt zu haben, wobei in der Gruppe der Traumatisierten ohne PTSD durchschnittlich 2.0 verschiedene Traumata erlebt wurden, in der PTSD-Gruppe hingegen durchschnittlich 3.1 ($T=4.8$, $<.000$). Die Lebenszeitprävalenz für DSM-IV-Traumata in unserer Ambulanz lag bei 31.1%. Nach der revidierten Version der Impact of Event Scale lag bei 15.1% der Patienten ein positiver PTSD Fall vor. Gemäß unserer Studienkriterien für das Vorliegen einer PTSD (DSM-IV A1 und A2 Kriterium und ein positiver IES-R Score) hatten 10.1% der Patienten eine PTSD. Wenn man die Analyse auf diejenigen beschränkt, die einem traumatischen Ereignis gemäß DSM-IV ausgesetzt waren, lag die Häufigkeit der PTSD bei 33.1%. Dagegen diagnostizierten die Therapeuten in nur 2.9% der Fälle ($N=14$) eine PTSD. Von den Patienten, die durch ihre Therapeuten die Diagnose PTSD erhalten hatten, hatten lediglich 8 (57.1%) der Patienten das DSM-IV Eingangstraumakriterium erfüllt. Die aktuelle Prävalenz von PTSD für das Patientenkollektiv der Ambulanz lag für die Gruppe der Traumatisierten bei 16.0%.

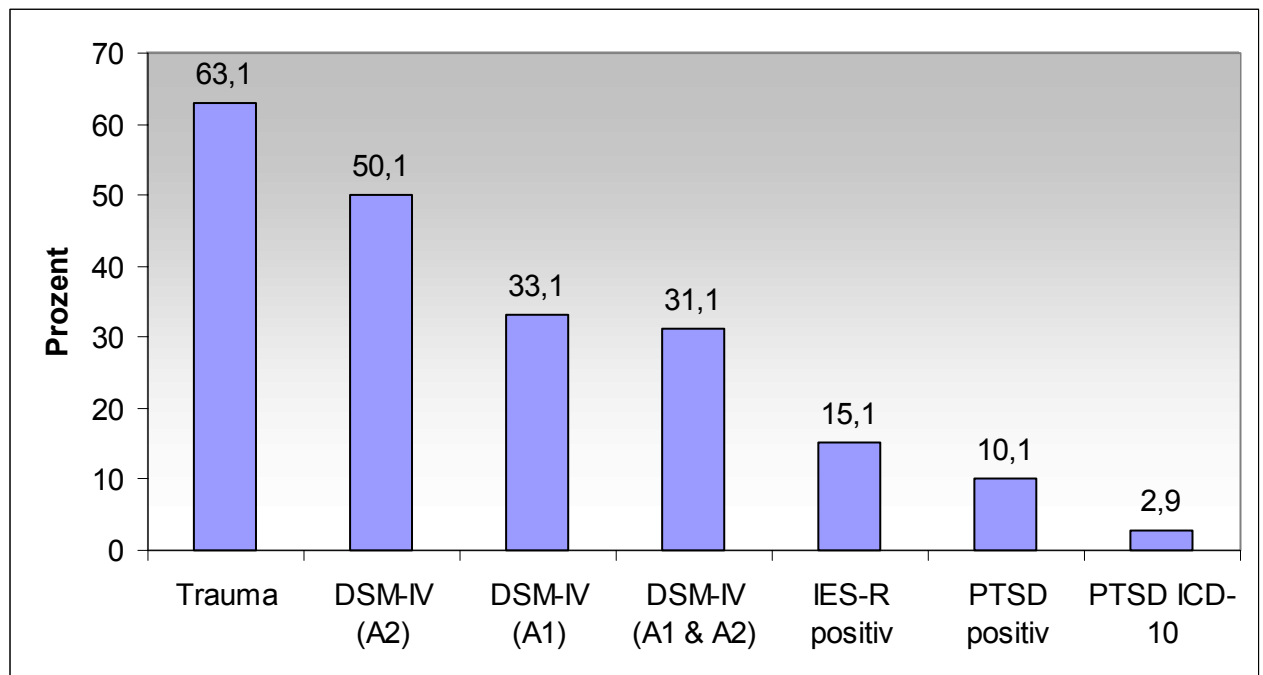


Abb. 3: Trauma- und PTSD Prävalenz

In *Tabelle 11* wird die Lebenszeitprävalenz traumatischer Ereignisse separat für Frauen und Männer dargestellt. Wider Erwarten zeigen sich weder bei der Trauma-Prävalenz noch bei den einzelnen diagnostischen Verfahren signifikante Geschlechtsunterschiede. Obwohl mehr Frauen als Männer die Diagnose der PTSD erfüllten, war der Unterschied nicht signifikant (16.3% vs. 11.3%). In den relativen Werten weisen die Frauen jedoch bei allen Variablen höhere Häufigkeiten auf, bis auf die Ausnahme, dass die Therapeuten bei den Männern (3.3%) nur leicht mehr die Diagnose PTSD stellten als bei Frauen (2.8%).

Tab. 11: Trauma- und PTSD-Prävalenz nach Geschlecht

	Total N (%)	Männer N (%)	Frauen N (%)	Odds ratio (95% CI) ^a
Irgend ein Trauma (PDS)	305 (63.1)	75 (63.0)	230 (66.5)	1.1 (.75-1.8) ^{n.s.}
DSM-IV Kriterium (A1)	160 (33.1)	34 (27.6)	126 (35.0)	1.0 (.56-2.0) ^{n.s.}
DSM-IV Kriterium (A2)	242 (50.1)	53 (43.0)	189 (52.5)	2.1 (.88-5.1) ^{n.s.}
DSM-IV Kriterium (A1 & A2)	150 (31.1)	30 (28.8)	120 (36.6)	1.3 (.73-2.5) ^{n.s.}
IES-R positiv	73 (15.1)	14 (11.3)	59 (16.3)	1.3 (.67-2.7) ^{n.s.}
PTSD positiv	49 (10.1)	9 (7.3)	40 (11.1)	1.5 (.74-3.3) ^{n.s.}
PTSD ICD-10	14 (2.9)	4 (3.3)	10 (2.8)	.85 (.26-2.7) ^{n.s.}

Beachte: ^aCI = Confidence Interval. Aufgrund fehlender Angaben bei der untersuchten Frage variiert die Stichprobengröße. n.s. = nicht signifikant, zweiseitig

9.8. Einzeltraumata für die Gesamtstichprobe und nach Geschlecht (Hypothese 3)

Laut *Tabelle 12* waren traumatische Ereignisse, die am häufigsten von den Patienten berichtet wurden, „gewalttätiger Angriff“ (28.7%), „sexueller Angriff“ (23.1%), „schwerer Unfall“ (21.5%) und „lebensbedrohliche Erkrankung“ (18.8%). Die Kategorie „anderes traumatisches Ereignis“ wurde am häufigsten genannt, darunter wiederum entfiel mit 7.7% der Tod einer wichtigen Bezugsperson. Andere subjektiv erlebte traumatische Ereignisse in dieser Kategorie waren Beziehungsprobleme, Trennung von Bezugspersonen in der Kindheit oder Krankheit einer wichtigen Bezugsperson. Am wenigsten wurden „Folter“ (0.9%) und „Kampfeinsatz im Krieg“ (1.3%) genannt. Eine Analyse der unterschiedlichen Ereignisse nach Frauen und Männern getrennt ergab bei allen traumatischen Ereignissen zur interpersonellen Gewalt signifikante Unterschiede. Frauen waren deutlich mehr von interpersoneller Gewalt betroffen als Männer. Die größten Geschlechtsunterschiede findet man im Bereich der sexuellen Gewalt. Frauen waren 23mal mehr vom *sexuellen Angriff durch Personen aus dem Familien- oder Bekanntenreis* betroffen als Männer (23.5 CI 3.2-172.0, $\leq .001$), auch beim *sexuellen Angriff durch fremde Personen* waren Frauen 3mal mehr davon betroffen als Männer (3.6 CI 1.4-9.4, $\leq .01$). Ferner ergab sich ein bedeutsamer Unterschied in der gleichen Richtung bezüglich *sexuellen Missbrauchs*; fasst 3mal mehr waren Frauen davon betroffen (2.8 CI 1.4-5.4, $\leq .001$). Aber auch bei dem Trauma *gewalttätiger Angriff durch den Familien-oder Bekanntenreis* waren Frauen 2mal mehr als Männer davon betroffen (2.4 CI 1.2-4.9, $\leq .01$). Im Gegensatz dazu berichteten Männer bei dem Trauma *gewalttätiger Angriff durch fremde Personen* signifikant mehr Traumatisierung als Frauen (.56 CI .32-.98, $\leq .05$). Weitere statistische Überprüfungen für die Traumata *schwerer Unfall*, *lebensbedrohliche Krankheit* und *anderes traumatisches Ereignis* zeigten sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Bei den Variablen *Naturkatastrophe Gefangenschaft*, *Kampfeinsatz im Krieg* und *Folter* wurden aufgrund der geringen Fallzahlen keine statistischen Überprüfungen durchgeführt.

Tab. 12: Traumatische Ereignisse nach Geschlecht

Traumatische Ereignisse	Total N (%)	Männer N (%)	Frauen N (%)	Odds ratio (95% CI) ^a
Gewalttätiger Angriff (Familie)	75 (15.9)	10 (8.5)	65 (18.4)	2.4 (1.2-4.9)**
Gewalttätiger Angriff (fremde Person)	64 (13.6)	23 (19.0)	41 (11.7)	.56 (.32-.98)*
Sexueller Angriff (Familie)	59 (12.5)	1 (0.8)	58 (16.5)	23.5 (3.2-172.0)***
Sexueller Angriff (fremde Person)	53 (11.3)	5 (4.2)	48 (13.8)	3.6 (1.4-9.4)**
Sexueller Mißbrauch	96 (20.6)	12 (10.1)	84 (24.2)	2.8 (1.4-5.4)***
Schwerer Unfall	102 (21.5)	30 (25.0)	72 (20.3)	.77 (.47-1.2) ^{n.s.}
Lebensbedrohliche Krankheit	88 (18.8)	26 (21.7)	62 (17.9)	.78 (.47-1.3) ^{n.s.}
Naturkatastrophe	9 (1.9)	1 (0.8)	8 (2.3)	2.7 (.34-22.2)
Gefangenschaft	11 (2.3)	9 (7.2)	9 (0.6)	.07 (.01-.34)
Kampfeinsatz im Krieg	6 (1.3)	5 (4.1)	1 (0.3)	.06 (.01-.57)
Folter	4 (0.9)	1 (0.8)	3 (0.9)	1.0 (.11-10.1)
Anderes traumatisches Ereignis	128 (27.6)	34 (28.6)	94 (27.2)	.93 (.58-1.9) ^{n.s.}

Beachte: ^aCI = Confidence Interval. Aufgrund fehlender Angaben bei der untersuchten Frage variiert die Stichprobengröße. * p<.05; ** p<.01; *** p<.001, n.s. = nicht signifikant, zweiseitig

9.9. Traumatische Ereignisse und PTSD nach Alter (Hypothese 4)

Eine Aufteilung der Gesamtstichprobe in zwei Altersgruppen lieferte mehrere signifikante Unterschiede im Bereich der interpersonellen Gewalt (*Tabelle 13*). Die Gruppe der 17-45 Jahre alten Patienten berichtete im Gegensatz zu der Gruppe der Patienten zwischen 46-87 Jahre auf der Einzelitemebene signifikant mehr über *gewalttätigen Angriff durch den Familien- oder Bekanntenkreis* ($\text{Chi}^2 = 6.2, \leq .013$), über mehr *gewalttätigen Angriff durch fremde Personen* ($\text{Chi}^2 = 9.1, \leq .003$), mehr *sexuellen Angriff durch den Familien- oder Bekanntenkreis* ($\text{Chi}^2 = 5.4, \leq .019$) und signifikant mehr über *sexuellen Missbrauch* ($\text{Chi}^2 = 6.6, \leq .010$). Bei den traumatischen Ereignissen *schwerer Unfall* und *lebensbedrohliche Ereignisse* fanden wir keine signifikanten Altersunterschiede. Insgesamt war die *Traumaprävalenz* bei den jüngeren Patienten höher als bei der älteren Patientengruppe ($\text{Chi}^2 = 6.2, \leq .012$). Bei der *PTSD-Prävalenz* hingegen ließen sich keine signifikanten Altersunterschiede nachweisen ($\text{Chi}^2 = 1.8, \leq .179$); tendenziell waren jedoch jüngere Patienten mehr von einer PTSD betroffen als ältere Patienten.

Tab. 13: Traumatische Ereignisse^a und PTSD nach Alter

Variablen	17-45 Jahre ^a	46-87 Jahre	Chi ² Sig.
Gewalttätiger Angriff (Familien)	66 (17.7%)	7 (7.3%)	6.2 (1), ≤.013
Gewalttätiger Angriff (fremde Person)	60 (16.1%)	4 (4.2%)	9.1 (1), ≤.003
Sexueller Angriff (Familie)	53 (14.2%)	5 (5.1%)	5.4 (1), ≤.019
Sexueller Angriff (fremde Person)	47 (12.7%)	6 (6.4%)	2.9 (1), ≤.084
Sexueller Mißbrauch	85 (23.0%)	10 (10.9%)	6.6 (1), ≤.010
Schwerer Unfall	81 (21.7%)	18 (18.9%)	.33 (1), ≤.563
Lebensbedrohliche Krankheit	66 (17.8%)	21 (23.1%)	1.3 (1), ≤.248
Trauma erlebt	251 (68.2%)	50 (54.3%)	6.2 (1), ≤.012
PTSD positiv	44 (11.4%)	5 (5.1%)	2.8 (1), ≤.093

Beachte: ^a bezogen auf die Gesamtgruppe. Aufgrund fehlender Angaben bei den untersuchten Fragen variiert die Stichprobengröße. (2-seitig getestet).

9.10. Traumatische Ereignisse und PTSD nach Familienstand (Hypothese 4)

Wie aus *Tabelle 14* hervorgeht, berichteten geschiedene Patienten (30.2%) am meisten über *gewalttätigen Angriff durch den Familien- oder Bekanntenkreis* ($\text{Chi}^2 = 19.7, \leq .001$), dagegen hatten ledige Patienten (18.3%) am meisten das Trauma *gewalttätiger Angriff durch fremde Personen* ($\text{Chi}^2 = 9.1, \leq .01$) erlebt. Ferner kam *sexueller Angriff durch den Familien- oder Bekanntenkreis* signifikant häufiger bei geschiedenen Patienten (21.7%) vor als bei ledigen (12.9%) bzw. verheirateten Patienten (8.7%) ($\text{Chi}^2 = 6.4, \leq .039$). Bei dem Trauma "Sexueller Mißbrauch" waren ledige (24.2%) und geschiedene Patienten (25.0%) etwa gleich häufig betroffen. Dagegen ließen sich sowohl bei der Trauma- als auch bei der PTSD-Prävalenz keine statistischen Unterschiede nachweisen, die relativen Werte weisen jedoch darauf hin, dass geschiedene Patienten unserer psychosomatischen Klinik insgesamt mehr von traumatischen Ereignissen (77.6%) und einer PTSD (14.5%) betroffen waren.

Tab. 14: Traumata und PTSD nach Familienstand

Traumata	ledig N (%)	verheiratet N (%)	geschieden / getrennt N (%)	Chi ² , Sig.
Gewalttätiger Angriff (Familie)	45 (18.3)	10 (6.7)	19 (30.2)	19.7 (2), ≤.000
Gewalttätiger Angriff (fremde Person)	45 (18.3)	11 (7.4)	8 (12.7)	9.1 (2), ≤.010
Sexueller Angriff (Familie)	32 (12.9)	13 (8.7)	13 (21.7)	6.4 (2), ≤.039
Sexueller Angriff (fremde Person)	30 (12.2)	15 (10.0)	6 (10.0)	.53 (2), ≤.751
Sex. Mißbrauch	59 (24.2)	22 (14.8)	15 (25.0)	5.5 (2), ≤.064
Schwerer Unfall	51 (20.6)	29 (19.3)	19 (30.2)	3.3 (2), ≤.188
Lebensbedrohliche Krankheit	43 (17.4)	34 (23.0)	9 (14.8)	2.6 (2), ≤.266
Trauma erlebt	160 (64.8)	93 (63.3)	45 (77.6)	4.1 (2), ≤.128
PTSD positiv	26 (10.2)	12 (7.8)	9 (14.5)	1.6 (2), ≤.439

9.11. Traumatische Ereignisse und PTSD nach Bildung (Hypothese 4)

In *Tabelle 15* sind traumatische Ereignisse sowie die Trauma- und PTSD-Prävalenz getrennt nach dem Schulabschluss wiedergegeben. Einzig bei dem traumatischen Ereignis *gewalttätiger Angriff durch den Familien- oder Bekanntenkreis* fand sich ein signifikanter Gruppenunterschied ($\chi^2 = 6.4, \leq .031$) auf dem 5%-Niveau. Die Gruppe der Patienten mit einem Realschulabschluss (20.1%) berichtete am häufigsten über Gewalterfahrungen verursacht durch den Familien- oder Bekanntenkreis, dicht gefolgt von Patienten mit einem Hauptschulabschluss (19.6%), während bei den Patienten mit einem Abiturabschluss dieses Ereignis in 10.0% der Fälle vorkam. Zusammenfassend zeigten sich weder bei der Trauma- noch bei der PTSD-Prävalenz Gruppenunterschiede. Dagegen ließen sich sowohl bei der Trauma- als auch bei der PTSD-Prävalenz keine statistischen Unterschiede nachweisen, die relativen Werte weisen jedoch darauf hin, dass Patienten mit einem Realschulabschluss insgesamt mehr von traumatischen Ereignissen (70.2%) betroffen waren, dagegen waren Patienten mit einem Hauptschulabschluss am meisten von einer PTSD (13.0%) betroffen, Patienten mit einem Abitur hingegen hatten eine PTSD-Prävalenz von 9.2%.

Tab. 15: Traumatische Ereignisse und PTSD nach Bildung

Variablen	Hauptschulabschluss	Realschulabschluss	Abitur	Chi ² P-Wert
Gewalttätiger Angriff (Familie)	29 (19.6%)	27 (20.1%)	15 (10.0%)	6.4 (2), $\leq .031$
Gewalttätiger Angriff (fremde Person)	20 (13.6%)	25 (18.5%)	17 (11.3%)	3.0 (2), $\leq .214$
Sexueller Angriff (Familie)	21 (14.3%)	23 (17.3%)	13 (8.6%)	4.8 (2), $\leq .088$
Sexueller Angriff (fremde Person)	17 (11.7%)	20 (15.0%)	15 (9.9%)	1.7 (2), $\leq .414$
Sexueller Mißbrauch	34 (23.6%)	27 (20.3%)	26 (17.4%)	1.7 (2), $\leq .425$
Schwerer Unfall	33 (22.3%)	34 (25.2%)	26 (18.5%)	1.8 (2), $\leq .394$
Lebensbedrohliche Krankheit	29 (20.3%)	18 (13.6%)	33 (21.7%)	3.3 (2), $\leq .186$
Trauma erlebt	95 (66.0%)	92 (70.2%)	96 (62.9%)	1.6 (2), $\leq .431$
PTSD positiv	20 (13.0%)	14 (10.2%)	14 (9.2%)	2.1 (2), $\leq .337$

Beachte: Aufgrund fehlender Angaben bei den untersuchten Fragen variiert die Stichprobengröße, zweiseitig.

9.12. Depressivität, Ängstlichkeit und Kohärenzgefühl nach Gruppen (Hypothese 5)

Wie vorausgesagt, fanden sich in der Gruppe der PTSD Patienten die höchsten Mittelwert-Scores für Depressivität (11.4±4.09) und Ängstlichkeit (12.1±3.2). Beim Kohärenzgefühl hingegen wies diese Gruppe den geringsten Mittelwert auf (2.9±.95). Bei statistischer Überprüfung zeigten sich hochsignifikante Gruppenunterschiede (*Tabelle 16*). Die Nicht-Trauma-Gruppe wies bei Depressivität und Ängstlichkeit die geringsten Mittelwerte auf; am stärksten hingegen fiel das Kohärenzgefühl in dieser Gruppe (4.3±1.2) aus, dagegen hatte die PTSD-Gruppe ein mittleres Kohärenzgefühl von 2.9 (.95).

Tab. 16: Psychologische Funktionsfähigkeit nach Gruppen

Skalen	kein Trauma M (SD)	Trauma M (SD)	PTSD M (SD)	F Wert Sig.	Gruppen- unterschiede ^a
Depressivität	9.3 (3.8)	10.0 (3.7)	11.4 (4.0)	6.2, <.002	P>N^{***}, T^{**}
Ängstlichkeit	10.5 (3.1)	10.7 (3.3)	12.1 (3.2)	4.3, <.014	P>N^{**}, T[*]
Sense of coherence	4.3 (1.2)	3.8 (1.2)	2.9 (.95)	24.9, <.000	P<N^{***}, T^{***} N>T^{***}

Beachte: ^a Paarvergleiche, die sich mittels Bonferroni Post Hoc Tests unterschieden: N = kein Trauma (n=178); T = Trauma ohne PTSD (n=256); P = PTSD (n=49). * p<.05; ** p<.01; *** p<.001, zweiseitig. Aufgrund fehlender Angaben bei den untersuchten Fragen variiert die Stichprobengröße.

9.13. Inanspruchnahmeverhalten: Arztbesuche getrennt nach Gruppen (Hypothese 6)

In *Tabelle 17* sind die Häufigkeiten für Arztbesuche bezogen auf die letzten 12 Monate wiedergegeben. Es zeigten sich gruppenspezifische Unterschiede derart, dass die PTSD-Patienten signifikant häufiger zum Arzt gingen als die Gruppe ohne Trauma (U-Test: 2705.5, <.001) als auch die Traumagruppe ohne PTSD (U-Test: 4665.5, <.028). Die Nicht-Trauma-Gruppe unterschied sich nicht von der Trauma-Gruppe (U-Test: 18337.5, <.060).

Tab. 17: Arztbesuche der letzten 12 Monate nach Gruppen

	Kein Trauma N (%)	Trauma N (%)	PTSD N (%)	Chi ² Sig.	Gruppen- unterschiede ^a
Arztbesuche				21.6, <.017	P>N^{***}, T^{**}
gar nicht	12 (7.5)	8 (3.2)	0		
1-4 mal	57 (35.4)	90 (36.4)	12 (25.5)		
5-8 mal	33 (20.5)	44 (17.8)	9 (19.1)		
9-12 mal	34 (21.1)	39 (15.8)	7 (14.9)		
13-24 mal	17 (10.6)	38 (15.4)	10 (21.3)		
>24 mal	8 (5.0)	28 (11.3)	9 (19.1)		

Beachte: ^a Paarvergleiche, die sich Chi²-Tests unterschieden: N = kein Trauma (n=178); T = Trauma ohne PTSD (n=256); P = PTSD (n=49). * p<.05; ** p<.01; *** p<.001, zweiseitig. Aufgrund fehlender Angaben bei den untersuchten Fragen variiert die Stichprobengröße.

9.14. Inanspruchnahmeverhalten: Psychotherapie und Psychopharmaka getrennt nach Gruppen (Hypothese 6)

Von den 483 Patienten waren 56.0% (Chi²=6.6, p≤.01) bereits in *nervenärztlich-psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung*, weiter gaben 57.8% (Chi²=18.1, p≤.000) der Patienten an, bereits Psychopharmaka eingenommen zu haben. *Tabelle 18* fasst die Ergebnisse für die drei Gruppen zusammen. Erneut zeigten sich gruppenspezifische Unterschiede. Die PTSD-Patienten berichteten am meisten über Psychotherapie (67.3%), während in der Nicht-Trauma-Gruppe lediglich 46.1% der Patienten angaben, bisher in *nervenärztlich-psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung* gewesen zu sein (U-Test: 2945.5, ≤.001). Es fanden sich keine Unterschiede zwischen Trauma und N-Trauma (U-Test: 19236.5, ≤.090). Ferner ergaben sich bedeutsame Unterschiede in der gleichen Richtung für die Variable *Psychopharmaka*. PTSD-Patienten nahmen im Vergleich zu der Nicht-Trauma-Gruppe (81.6% vs. 53.0%, ≤.001) als auch im Vergleich zu der Trauma-Gruppe (81.6% vs. 60.5%, ≤.01) mehr Psychopharmaka ein. Ferner berichteten Patienten in der Trauma-Gruppe im Vergleich zu der Nicht-Trauma-Gruppe über mehr Psychotherapie (60.7% vs. 46.1%, ≤.01) als auch eine größere Einnahme von Psychopharmaka (60.7% vs. 53.0%, ≤.05).

Tab. 18: Psychotherapie und Psychopharmaka nach Gruppen

	Kein Trauma N (%)	Trauma N (%)	PTSD N (%)	Chi ² Sig.	Gruppen- unterschiede ^a
Psychotherapie	77 (46.1)	149 (60.7)	33 (67.3)	10.4, ≤.005	P>N^{***}, T>N^{**}
Psychopharmaka	88 (53.0)	150 (60.7)	40 (81.6)	13.0, ≤.002	P>N^{***}, T^{**} T>N[*]

Beachte: ^a Paarvergleiche, die sich mittels Chi²-Tests unterschieden: N = kein Trauma (n=178); T = Trauma ohne PTSD (n=256); P = PTSD (n=49). * p<.05; ** p<.01; *** p<.001, zweiseitig. Aufgrund fehlender Angaben bei den untersuchten Fragen variiert die Stichprobengröße.

9.15. Somatoforme Beschwerden nach Gruppen (Hypothese 7)

Wie aus *Tabelle 19* ersichtlich, zeigt der Chi²-Test bei insgesamt 41 von 47 somatoformen Beschwerden signifikante Gruppeneffekte, davon fielen 33 Gruppenunterschiede sehr signifikant auf dem 1%-Niveau aus. Mit Ausnahme des Items „Mundtrockenheit“ war die relative Häufigkeit aller 47 somatoformen Beschwerden bei PTSD-Patienten im Vergleich zu traumatisierten Patienten ohne PTSD höher. Nicht-Traumatisierte Patienten wiesen die geringsten somatoformen Beschwerden auf. Multiple Vergleichstests ergaben bei 22 somatoformen Beschwerden den Befund, dass die PTSD-Patienten sich sowohl im Vergleich zu der Nicht-Trauma-Gruppe als auch der Trauma-Gruppe statistisch signifikant unterschieden. Wie aus der *Tabelle 19* zu entnehmen ist, war dies bei den folgenden Variablen der Fall: Schmerzen im Enddarm (24%), Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (33%), Schmerzen beim Wasserlassen (27%), Erbrechen (außerhalb der Schwangerschaft) (51%), Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen (44%), Appetitverlust (55%), schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge (52%), häufiger Durchfall (49%), Schweißausbrüche (76%), außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung (84%), sexuelle Gleichgültigkeit (57%), Lähmung oder Muskelschwäche (39%), Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl (45%), Flüsterstimme oder Stimmverlust (29%), Harnverhaltung oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen (21%), Sinnestäuschungen (21%), Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen (22%), Sehen von Doppelbildern (20%), Blindheit (6%), Verlust des Hörvermögens (20%), Krampfanfälle (25%), Gedächtnisverlust und Bewusstlosigkeit (31%). Bei 12 von 47 somatoformen Beschwerden unterschied sich die Trauma-Gruppe signifikant von der Nicht-Trauma-Gruppe. Im einzelnen handelte es sich um die Variablen: Kopfschmerzen (58%), Brustschmerzen (31%), Übelkeit (56%), Druckgefühl, Kribbeln oder Unruhe im Bauch (62%), häufiges Wasserlassen (34%), Herzrasen oder Herzklopfen (49%),

Hitzewallungen oder Erröten (42%), übermäßig schnelles Ein- und Ausatmen (31%), außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung (60%), Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl (26%), Flüsterstimme oder Stimmverlust (13%) und Sinnestäuschungen (10%). Betrachtet man weiter den Beschwerdeindex-Somatisierung, so zeigt sich, dass die PTSD-Gruppe (M=19.8) im Unterschied zu der Trauma-Gruppe ohne PTSD (M=13.2, T=5.3, $p \leq .000$) und der Nicht-Trauma-Gruppe (M=9.4, T=8.9, $p \leq .000$) die meisten Beschwerden aufwies. Weiter ist ersichtlich, dass die Trauma-Gruppe signifikant mehr über körperliche Beschwerden klagte als die Nicht-Trauma-Gruppe (T=5.1, $p \leq .000$). Lediglich bei den Beschwerden Völlegefühl, vermehrtes Aufstoßen in der Speiseröhre, Luftschlucken, Schluckauf oder Brennen im Brust- oder Magenbereich, Mundtrockenheit, Flüssigkeitsaustritt aus dem Darm und häufiger Stuhl drang fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Die fünf häufigsten Somatisierungssymptome für die PTSD-Gruppe waren: *außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung* (84%), *Kribbeln oder Unruhe im Magen* (78%), *Schweißausbrüche* (76%), *Druckgefühl, Rückenschmerzen* (76%) und *Schmerzen im Bauch oder in der Magengegend* (75%).

Tab. 19: Häufigkeiten von somatoformen Beschwerden (SOMS) nach Gruppen

Screening für Somatoforme Störungen (SOMS-2: Items 1-47)	kein Trauma (N=178) %	Trauma (N=256) %	PTSD (N=49) %	Chi ²	P
1 Kopfschmerzen	44	58*	73 #	15.5	.000
2 Schmerzen im Bauch oder in der Magengegend	48	60	75 #	11.9	.003
3 Rückenschmerzen	53	60	76 #	7.8	.019
4 Gelenkschmerzen	30	41	47	6.6	.037
5 Schmerzen in den Beinen oder Armen	32	42	50	7.2	.026
6 Brustschmerzen	18	31 *	44 #	15.3	.000
7 Schmerzen im Enddarm	8	10	24 +	9.4	.009
8 Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	9	14	33 +	16.7	.000
9 Schmerzen beim Wasserlassen	7	8	27 +	19.3	.000
10 Übelkeit	41	56 *	71 #	15.7	.000
11 Völlegefühl	48	55	65	4.7	.092
12 Druckgefühl, Kribbeln oder Unruhe im Bauch	46	62 *	78 #	19.1	.000
13 Erbrechen (außerhalb der Schwangerschaft)	23	33	51 +	14.8	.001
14 Vermehrtes Aufstoßen in der Speiseröhre	27	32	35	1.8	.390
15 Schluckauf oder Brennen im Brust oder Magenbereich	23	30	31	2.2	.318
16 Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen	23	22	44 +	10.6	.005
17 Appetitverlust	26	34	55 +	14.1	.001
18 Schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge	24	33	52 +	13.6	.001
19 Mundtrockenheit	29	39	39	4.7	.092
20 Häufiger Durchfall	20	27	49 +	16.4	.000
21 Flüssigkeitsaustritt aus dem Darm	7	8	12	1.4	.473
22 Häufiges Wasserlassen	22	34 *	47 #	12.9	.002
23 Häufiger Stuhldrang	11	16	20	3.3	.183
24 Herzrasen oder Herzklopfen	31	49 *	57 #	17.0	.000
25 Druckgefühl in der Herzgegend	27	34	48 #	7.6	.022
26 Schweißausbrüche	38	49	76 +	21.0	.000
27 Hitzewallungen oder Erröten	24	42 *	51 #	19.0	.000
28 Atemnot (Außer bei Anstrengung)	25	36	45 #	8.7	.013
29 Übermäßig schnelles Ein- und Ausatmen	15	31 *	39 #	16.4	.000
30 Außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung	45	60 *	84 +	24.7	.000
31 Flecken oder Farbänderungen der Haut	13	19	33 #	10.2	.006
32 Sexuelle Gleichgültigkeit	36	38	57 +	7.4	.025
33 Unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich	8	14	21	6.6	.037
34 Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen	31	38	63 #	15.2	.000
35 Lähmung oder Muskelschwäche	7	14	39 +	31.7	.000
36 Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl	15	26 *	45 +	18.9	.000
37 Flüsterstimme oder Stimmverlust	4	13 *	29 +	22.6	.000
38 Harnverhaltung oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen	4	7	21 +	15.9	.000
39 Sinnestäuschungen	2	10 *	21 +	17.7	.000
40 Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen	6	7	22 +	15.0	.000
41 Unangenehme Kribbelempfindungen	21	31	47 #	13.4	.001
42 Sehen von Doppelbildern	4	8	20 +	13.2	.001
43 Blindheit	0	0	6 +	17.7	.000
44 Verlust des Hörvermögens	6	3	20 +	23.8	.000
45 Krampfanfälle	8	10	25 +	11.3	.003
46 Gedächtnisverlust	7	11	31 +	20.3	.000
47 Bewusstlosigkeit	3	8	13 #	6.7	.035
Beschwerdeindex-Somatisierung (M, SD)	9.4 (6.7)	13.2 (7.8) *	19.8 (8.3) +	38.5	.000

Beachte: signifikanter Unterschied zwischen kein Trauma und Trauma; # signifikanter Unterschied zwischen kein Trauma und PTSD; + signifikanter Unterschied zwischen kein Trauma und PTSD sowie Trauma und PTSD (Signifikanzniveau zwischen 0.0001% und 0.05%). PTSD Posttraumatische Belastungsstörung. Aufgrund fehlender Angaben bei den untersuchten Fragen variiert die Stichprobengröße.

9.16. Somatisierung im Gruppenvergleich

Abbildung 4 zeigt anschaulich den engen Zusammenhang von Somatisierung und PTSD im Vergleich zu anderen Gruppen. Der Mittelwert für den Somatisierungsindex fiel in der PTSD-Gruppe mit 19.8 (8.3) am höchsten aus. Weit dahinter fanden sich hohe Mittelwerte für Patienten mit einem klinisch auffälligen Depressivitätsscore (14.7±8.5) und Ängstlichkeit (13.4±8.2). Die Nicht-Trauma-Gruppe hatte einen Somatisierungscore von 9.4 (6.7). Am geringsten fiel die Somatisierung bei den Patienten aus, die ein starkes Kohärenzgefühl (7.5±5.2) aufwiesen.

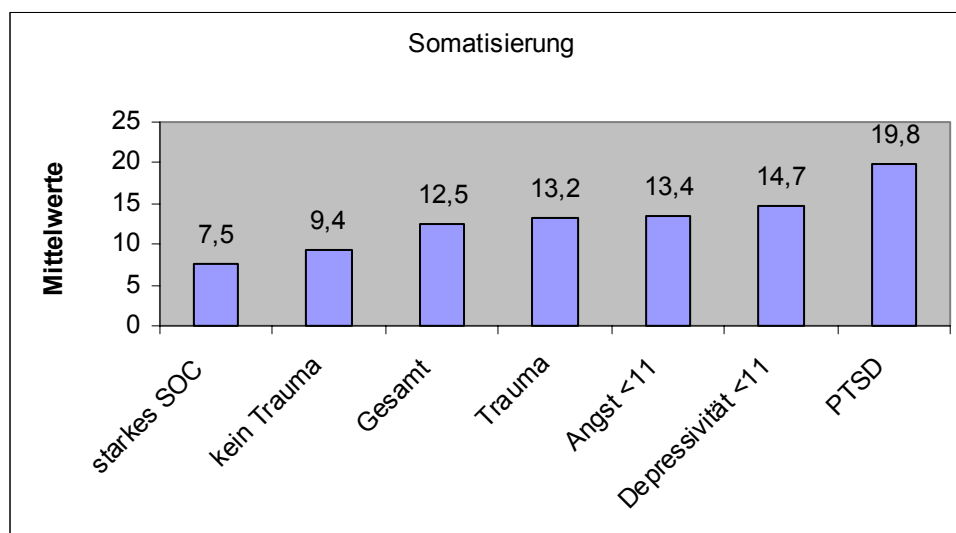


Abb. 4: Somatisierung nach Gruppen verteilt

9.17. Alltagsbeeinträchtigung durch Somatisierung

Die Frage, ob sich die Patienten durch die somatoformen Störungen im eigenen Alltagsleben (Familie, Arbeit, Freizeitaktivitäten) beeinträchtigt fühlten, bejahten 91.3% der PTSD-Patienten, 75.8% der traumatisierten Patienten ohne PTSD und 64.8% der Patienten ohne Trauma-Erfahrung ($\text{Chi}^2:13.6, \leq .001$) (Abbildung 5). Ferner war die gedankliche Zentrierung auf die Schmerzen bei PTSD-Patienten (63%) signifikant häufiger als bei den Nicht-Traumatisierten (30.1%) und Traumatisierten ohne PTSD (36.2%) ($\text{Chi}^2:16.8, \leq .000$).

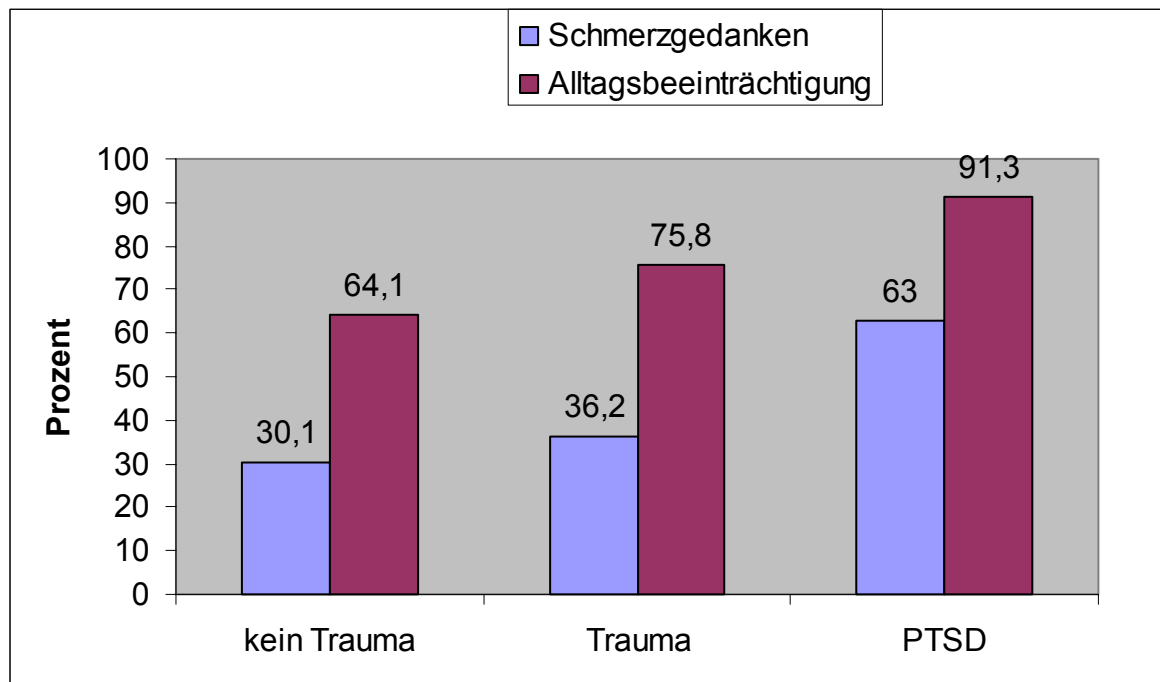


Abb. 5: Alltagsleben durch Beschwerden beeinträchtigt nach Gruppen verteilt

9.18. Spezifität somatoformer Beschwerden nach Gruppen (Fragestellung 2)

Als nächstes untersuchten wir den Zusammenhang zwischen PTSD und somatoformen Symptomgruppen. PTSD-Patienten hatten in allen fünf Gruppen somatoformer Beschwerden höhere Mittelwerte mit hochsignifikanten Gruppeneffekten in der einfaktoriellen Varianzanalyse (*Tabelle 20*). Bei multiplen Vergleichstests unterschied sich die PTSD-Gruppe jeweils signifikant von der Trauma- und der Nicht-Trauma-Gruppe ($p \leq .001$). Besonders auffallend ist der hohe F-Wert für die Gruppe der neurologischen Symptome mit 46.3, danach folgt mit weitem Abstand die Gruppe der kardiopulmonalen Symptome mit einem F-Wert von 19.6. Insgesamt war die PTSD-Gruppe am stärksten mit neurologischen Symptomen ausgeprägt (F-Wert: 46.3, $\leq .000$), gefolgt von kardiopulmonalen Symptomen (F-Wert: 19.6, $\leq .000$).

Tab. 20: Mittelwerte (SD) von somatoformen Beschwerden bei Personen mit Nicht-Trauma, Trauma ohne PTSD und PTSD

Screening für somatoforme Störungen (SOMS-2)	Kein Trauma (N=171)	Trauma (N=256)	PTSD (N=49)	F	P
Schmerz-Symptome	1.5 (1.4)	2.0 (1.3) a	2.6 (1.5) c	13.1	.000
Gastroenterologische Symptome	2.5 (2.3)	3.2 (2.5) a	4.6 (2.5) c	15.0	.000
Kardiopulmonale Symptome	1.7 (1.9)	2.6 (2.1) a	3.5 (2.1) c	19.6	.000
Sexuelle Symptome	.50 (.68)	.62 (.85)	1.0 (.95) b	9.7	.000
Neurologische Symptome	1.0 (1.2)	1.7 (1.7) a	3.7 (2.7) c	46.3	.000

Beachte: a: Signifikanter Unterschied zwischen Nicht-Trauma und Trauma; b: Signifikanter Unterschied zwischen Nicht-Trauma und PTSD; c: Signifikanter Unterschied zwischen Nicht-Trauma und PTSD sowie Trauma und PTSD.

9.5.14. Korrelation zwischen Somatisierungsgruppen (SOMS) und IES-R (Fragestellung 2)

Die Ergebnisse in *Tabelle 21* konnten weiter durch eine Korrelationsanalyse bestätigt werden, mit dem höchsten Korrelationskoeffizienten zwischen PTSD und neurologischen Symptomen ($r=.39, \leq .000$), gefolgt von gastroenterologischen Symptomen ($r=.20, p \leq .004$) und kardiopulmonalen Symptomen ($r=.19, \leq .002$). Die geringste signifikante Korrelation zeigte sich zwischen sexuellen Symptomen und PTSD ($r=.17, \leq .006$), wobei auch in diesem Fall auf dem 1%-Niveau ein statistisch signifikanter Zusammenhang vorlag. Spezifische somatoforme Gruppen für PTSD ließen sich somit am ehesten bei der Gruppe der neurologischen Symptome finden, danach folgten die Gruppen mit gastroenterologischen bzw. kardiopulmonalen Beschwerden.

Tab. 21: Korrelation zwischen Somatisierungsgruppen (SOMS) und IES-R

Screening für somatoforme Störungen (SOMS-2)	IES-R: Total	IES-R: Intrusion	IES-R: Vermeidung	IES-R: Übererregung
Schmerz-Symptome	.23***	.18**	.17**	.19**
Gastroenterologische Symptome	.31***	.22**	.29***	.22***
Kardiopulmonale Symptome	.35***	.30***	.26***	.32***
Sexuelle Symptome	.25***	.16*	.22***	.19**
Neurologische Symptome	.43***	.32***	.35***	.38***

Beachte: *: $p \leq .05$; **: $p \leq .01$; ***: $p \leq .001$. IES-R Impact of Event Scale-Revised; SOMS Screening für Somatoforme Störungen

9.19. Sexuelle / körperliche Traumatisierung vs. nicht durch Menschen verursachte Traumata (Hypothese 8)

Tabelle 22 stellt die Ergebnisse für Patienten mit sexuell/körperlicher Gewalt und Patienten mit Traumata, die nicht durch Menschen verursacht wurden (Unfall, Naturkatastrophe, lebensbedrohliche Erkrankung) zusammen. Es ließen sich drei

signifikante Gruppenunterschiede nachweisen: Absichtlich herbeigeführte Gewalt ging signifikant mehr mit *kardiopulmonalen* ($T=2.6, \leq .009$) und *sexuellen Symptomen* ($T=2.5, \leq .001$) einher. Im *Beschwerdeindex-Somatisierung* fanden sich signifikant mehr somatoforme Beschwerden für die Gruppe mit Gewalttraumata ($T=2.2, \leq .024$). Bezüglich der somatoformen Gruppen *Schmerzen*, *gastroenterologische Symptome* und *neurologische Symptome* fanden wir keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Tab. 22: Mittelwerte (SD) von somatoformen Beschwerden bei Personen sex./körperl. Gewalt vs. nicht durch Mensch verursachte Traumata

Screening für somatoforme Störungen (SOMS-2)	gewalttätiger/sexueller Angriff	nicht durch Mensch verursachte Traumata	T (df)	P
Schmerz-Symptome	2.1 (1.4)	2.0 (1.4)	.57 (182)	.567
Gastroenterologische Symptome	3.6 (2.5)	3.1 (2.3)	1.4 (182)	.158
Kardiopulmonale Symptome	3.0 (3.1)	2.2 (1.8)	2.6 (182)	.009
Sexuelle Symptome	.79 (.92)	.45 (.74)	2.5 (182)	.010
Neurologische Symptome	1.9 (2.2)	1.7 (1.8)	.59 (182)	.551
Somatisierungsindex (Item1-47)	14.9 (8.6)	12.8 (7.2)	2.2 (182)	.024

9.20. SOMS-Gruppen nach Anzahl der Traumata (wenige vs. viele Traumata) (Hypothese 9)

Aus *Tabelle 23* wird ersichtlich, dass Patienten mit mindestens drei Traumata signifikant mehr von *gastroenterologischen Symptomen* ($T=2.0, \leq .037$), signifikant mehr von *sexuellen Symptomen* ($T=3.7, \leq .000$) und hochsignifikant mehr von *neurologischen Symptomen* ($T=3.4, \leq .001$) betroffen waren als Patienten mit maximal zwei Traumata. Auch bei den *Schmerzsymptomen* zeigte sich eine tendenzielle Signifikanz zugunsten der Gruppe mit mindestens 3 Traumata ($T=1.8, \leq .065$). Im *Beschwerdeindex-Somatisierung* fand sich ebenfalls ein hoch signifikanter Unterschied zugunsten der Gruppe mit vielen Traumata ($T=3.2, \leq .001$).

Tab. 23: Mittelwerte (SD) von somatoformen Beschwerden bei Personen mit wenig Traumata und Personen mit viele Traumata

Screening für somatoforme Störungen (SOMS-2)	Wenige Traumata 1-2	Viele Traumata 3-8	T (df)	P
Schmerz-Symptome	2.0 (1.4)	2.3 (1.3)	-1.8 (298)	.065
Gastroenterologische Symptome	3.2 (2.5)	3.9 (2.6)	-2.0 (298)	.037
Kardiopulmonale Symptome	2.6 (2.1)	3.0 (2.1)	-1.2 (298)	.229
Sexuelle Symptome	.56 (.76)	.95 (1.0)	-3.7 (298)	.000
Neurologische Symptome	1.7 (1.7)	2.6 (2.5)	-3.4 (298)	.001
Somatisierungsindex (Item 1-47)	13.1 (7.7)	16.3 (8.7)	-3.2 (298)	.001

9.21. Diagnostische Hinweise für PTSD (Fragestellung 3)

In der multiplen stufenweisen logistischen Regressionsanalyse war die abhängige Variable die PTSD. Als unabhängige Variablen gingen das Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung, Sense of Coherence, die subjektiv wahrgenommene Lebensbedrohung und die Anzahl der Traumata ein. Wie *Tabelle 24* zeigt, trugen die *Somatisierung*, das *Kohärenzgefühl*, die *subjektiv erlebte Lebensgefahr* und die *Anzahl der Traumata* statistisch bedeutsam zur Aufklärung der PTSD bei, wobei zu beachten ist, dass die Variable *Kohärenzgefühl* ein negatives Vorzeichen beim Beta-Gewicht aufweist (Beta = -1.3, $p < .000$). Dieser Effekt war erwartungsgemäß signifikant und zwar in der postulierten Richtung. Inhaltlich bedeutet dies: Je stärker das Kohärenzgefühl, desto eher kommt es nicht zur Entwicklung einer PTSD. Für die Prädiktoren *Somatisierung*, *subjektive Lebensbedrohung* und *Anzahl der Traumata* hingegen gilt die Beziehung: Je stärker das Vorliegen dieser Variable, umso wahrscheinlicher besteht eine PTSD. Und wenn psychotraumatisierte Menschen eine subjektive Lebensbedrohung empfanden, dann besteht ein größeres Risiko für die Entwicklung einer PTSD. Die anderen Einschlussvariablen blieben ohne Einfluss. Diese vier Variablen erklärten 32.8% der Varianz auf.

Tab. 24: Multiple stufenweise logistische Regressionsanalyse für abhängige Variable PTSD

Einschlussvariablen	Signifikante Prädiktoren	Wald	P-Wert	CI 95%
Alter	1. Somatisierung	23.2	.000	1.1 (1.0-1.5)
Geschlecht	2. Sense of coherence	16.5	.000	.22 (.10-.46)
Familienstand	3. Eigene Lebensbedrohung	7.1	.008	.62 (.44-.88)
Schulbildung	4. Anzahl der Traumata	4.7	.029	1.2 (1.0-1.6)
Depressivität				
Ängstlichkeit				
Somatisierung				
Sense of Coherence				
Eigene Lebensbedrohung				
Anzahl der Traumata				

Beachte: Konstante: Wald 85.1 (df:1), $< .000$; Nagelkerkes $R^2 = .328$

D. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

10. Diskussion

Im Folgenden werden zunächst noch einmal die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst. Anschließend erfolgt auf dem Hintergrund der gefundenen Ergebnisse die Erörterung der Zusammenhänge zwischen Trauma, PTSD und Somatisierung. Es folgt eine abschließende Bewertung der Untersuchung und die Ableitung von Perspektiven für die Entwicklung weiterer Studien.

10.1. Subjektive Beschwerdeangaben bei PTSD-Patienten

Zu Hypothese 1: Bei den Angaben der subjektiven Beschwerden stehen in der Gruppe der PTSD Patienten depressive und Angstsymptome im Vordergrund.

Hypothese 1 wurde teilweise bestätigt. Bei den **subjektiven Beschwerdeangaben** standen depressive Symptome in der PTSD Gruppe mit 45.7% im Vordergrund. In der Nicht-Trauma-Gruppe hingegen wurden depressive Symptome nur in 21.6% der Fälle genannt. Die zweithäufigste Beschwerdesymptomatik fiel in den Bereich von Essstörungen (32.6%), erst an dritter Stelle folgten die Angstsymptome. Damit kann die Literatur teilweise darin bestätigt werden, dass PTSD-Patienten eher depressive Symptome in den Vordergrund stellen, wenn sie sich ärztlich bzw. psychiatrisch/psychotherapeutisch vorstellen (8,10,14). Vermutlich kennen PTSD-Patienten oft nicht den Hintergrund ihrer Beschwerden. Womöglich fällt ihnen dies auch deshalb schwer, weil das Trauma oft sehr lange zurückliegt; ein Befund, den wir auch in der vorliegenden Untersuchung gut belegen konnten. Bei rund 62% der Patienten, die mindestens ein Trauma angaben, lag das schlimmste Trauma mehr als 5 Jahre zurück.

Eine Analyse der **ICD-10 Diagnosen**, die von den behandelnden Therapeuten gestellt wurden, erbrachte den Befund, dass auch in der PTSD-Gruppe am meisten Essstörungsdiagnosen (32.6%) vergeben wurden, an zweiter Stelle folgten jedoch Somatoforme Störungen (24.5%). Dieser Befund stützt den testpsychometrischen Zusammenhang von Somatisierung und PTSD, welches wir in unserer Untersuchung deutlich nachweisen konnten.

10.2. Trauma- und PTSD-Prävalenz

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Trauma- und PTSD-Prävalenz dargestellt. Diese sollen zunächst mit Daten aus der Allgemeinbevölkerung und dann mit Daten von klinischen Studien verglichen werden. Schließlich erfolgt eine abschließende Zusammenfassung.

Zur Fragestellung 1: Wie häufig sind traumatische Ereignisse und PTSD bei Patienten einer psychosomatischen Ambulanzklinik, und welches sind die am häufigsten vorkommenden Traumata?

10.2.1. Traumaprävalenz: Inanspruchnahmeklientel versus Allgemeinbevölkerung

63.1% des Inanspruchnahmeklientels unserer psychosomatisch/psychotherapeutischen Universitätsambulanz berichteten, mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrer Lebensgeschichte gemäß der PDS-Trauma-Checkliste erlebt zu haben. Auf die Gesamtstichprobe entfielen durchschnittlich 1.4 Traumata. Etwa 1/3 des Patientenkollektivs (31.1%) erfüllten das Eingangstraumakriterium nach DSM-IV (A1 und A2). Die häufigsten traumatischen Ereignisse kamen im Bereich der interpersonellen Gewalt, dabei entfielen auf *sexuelle Gewalt* 44.4% und auf *gewalttätigen Angriff ohne sexuellen Inhalt* 29.5%, danach folgten *schwere Unfälle* (21.5%) und an vierter Stelle folgte das Trauma *lebensbedrohliche Krankheit* (18.8%). Die Trauma-Prävalenzen in der amerikanischen *Allgemeinbevölkerung* variieren in der von uns gesichteten Literatur zwischen 16.0 und 89.6% (24,31). Die häufigsten Traumata in den großen epidemiologischen Untersuchungen sind körperliche Gewalt oder Gewaltandrohungen, schwere Unfälle sowie das Zeugesein von Unfällen oder Gewalt. Diese häufigsten Traumen sind allerdings nicht zugleich diejenigen, nach denen sich am häufigsten eine PTSD herausbildet. Epidemiologische Studien außerhalb der USA sind rar. Norris et al. (77) fanden in ihrer epidemiologischen Arbeit in Mexiko (N=2509) eine Trauma-Prävalenz von 76.0%. Für den deutschsprachigen Raum hingegen liegen bisher keine vergleichbar groß angelegten epidemiologischen Studien mit Erwachsenen vor. Es lassen sich lediglich zwei epidemiologische Arbeiten aufführen, wobei in beiden Fällen Jugendliche und junge Erwachsene herangezogen wurden: Essau et al. (32) fanden in ihrer Bremer Jugendstudie (N=1035, Alter 14.3 Jahre, range 12-17 Jahre) eine Trauma-Prävalenz von 22.5%, während Perkonig et al. (33) bei ihren Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Bayern (N=3021, 14-24 Jahre, keine Angabe des Altersmittelwertes) eine Trauma-Prävalenz von 21.4% feststellten. In der ersten Studie erlebten die Untersuchungsteilnehmer am häufigsten

körperliche Angriffe, Verletzungen und schwerwiegende Unfälle. Die Befunde beider Untersuchungen lassen sich aus Sicht des Autors am ehesten auf Jugendliche und junge Erwachsene generalisieren, jedoch nicht auf Erwachsene in der Allgemeinbevölkerung, deren Alter in etwa dem unseres Patientenkollektivs entspricht. Streng genommen sind unsere Daten wenig vergleichbar mit den beiden deutschen epidemiologischen Arbeiten.

10.2.2. Trauma-Prävalenz: Inanspruchnahmeklientel versus klinische Populationen

Allgemein fallen die Lebenszeitprävalenzen für Traumata in *klinischen Populationen* wesentlich höher aus als in der Allgemeinbevölkerung (39,40,78). Switzer et al. (39) untersuchten 181 ambulante psychiatrische Patienten (Frauen 74%) aus Pittsburgh, davon berichteten 94% mindestens ein Trauma. Die häufigsten Traumata waren: 1. gewalttätiger Angriff (61%), Vergewaltigung (51%) und 3. Bedrohung mit einer Waffe (50%). Ein ähnliches Ergebnis wie wir erhielten McFarlane et al. (78), die in Australien 141 stationäre psychiatrische Patienten untersuchten; der Altersmittelwert mit 35 Jahren sowie der Frauenanteil (68%) waren etwa gleich hoch wie in unserer Population. Die Autoren berichteten über eine Traumaprävalenz von 61.0%; die Gesamtstichprobe hatte durchschnittlich 1.1 Traumata. Die häufigsten Traumata waren im Bereich der interpersonellen Gewalt (29.7%), unerwartete Verletzungen (15.6%) und Nachricht über den plötzlichen Tod einer wichtigen Bezugsperson (10.6%). Ellerbrok et al. (79) fanden in einer früheren Arbeit, die in unserer psychosomatischen Klinik erhoben wurde, bei 137 stationären Patienten heraus, dass 28.5% der stationären Patienten mit der Diagnose „sexueller Missbrauch“ entlassen wurden, die etwas höher als in unserer Untersuchung ausfiel. Bei unseren 483 ambulanten Patienten lag die Häufigkeit für sexuellen Missbrauch bei 20.6%. Zwei weitere Studien aus den USA, die ebenfalls an ambulanten psychiatrischen Patienten durchgeführt wurden, die jedoch Interviews zur Aufklärung erlebter Traumata einsetzten, lagen mit Lebenszeitprävalenzen von 81.5% (41) bzw. 94% (39) deutlich über den zuvor genannten Werten. In einer anderen amerikanischen Studie, die 275 stationäre Patienten mit schweren psychischen Störungen per Fragebogen zur Vorgeschichte traumatischer Ereignisse befragte (40), übertrifft die Trauma-Prävalenz mit 98% alle anderen Werte. Häufigste Traumata waren im Bereich der interpersonellen Gewalt, Bedrohung mit einer Waffe und Zeugesein, wie jemand verletzt oder getötet wurde; durchschnittlich hatten die Patienten 3.5 Traumata erlebt, dagegen entfielen auf unsere Gesamtstichprobe durchschnittlich 1.4 Traumata. Die naheliegende Hypothese, psychosomatische / psychotherapeutische Patienten seien nicht so schwer gestört wie

Patienten mit schweren psychiatrischen Störungen und daher die Anzahl der bei ihnen zu erwartenden Traumata weniger hoch, liegt nach diesen Zahlen zwar nahe, kann jedoch mit unseren Daten nicht hinreichend gestützt werden.

10.2.3. Zusammenfassende Bewertung der Trauma-Prävalenz

Die Ergebnisse dieser Studie belegen eindrücklich die Notwendigkeit, über die Erhebung des Traumakriteriums zu diskutieren. Gemäß dem Eingangstraumakriterium nach DMS-IV wurde eine vergleichsweise niedrige Traumaprävalenz von 31% errechnet. Dies ist eine Zahl, die sogar niedriger als nahezu alle Prävalenzen ist, die in Studien an der Normalpopulation gefunden wurden (z.B. 24,28,31). Dieses Phänomen erklärt sich jedoch, wenn man die verschiedenen Methoden, das Traumakriterium zu erheben, betrachtet. In dieser Studie wurden die DSM-IV-Kriterien A1 und A2 zur Qualifikation eines belastenden Ereignisses als Trauma herangezogen. Dieses Vorgehen fand sich, soweit aus den Publikationen ersichtlich, in keiner anderen Studie. In vielen Studien werden auch Ereignisse als Trauma bewertet, die nur das A1-Kriterium erfüllen. Mit diesem Kriterium lag in dieser Studie die Traumaprävalenz bei 33.1%. Dies ist im Vergleich mit anderen Studien immer noch sehr niedrig. Das liegt vor allen daran, dass das A1-Kriterium nicht explizit abgefragt wird, sondern mit Listen von Ereignissen gearbeitet wird, bei denen man davon ausgeht, dass sie das A1-Kriterium erfüllen. Eine häufig bei Risikopopulationen angewandte Methode, traumatische Ereignisse zu finden, besteht darin, den schlimmsten Stressor, den der Proband angibt, als Trauma zu qualifizieren. Auffallend ist, dass in vielen Studien nicht die gleichen traumatischen Ereignisse den Untersuchungsteilnehmern vorgelegt wurden, die Traumalisten unterscheiden sich von Studie zu Studie z.T. erheblich voneinander. In zahlreichen Studien wird auch nicht ersichtlich, ob die Psychotraumen auch das Eingangstraumakriterium nach DSM-III-R oder DSM-IV erfüllten. Man findet lediglich Hinweise darauf, wie hoch die Trauma-Prävalenz ausfiel, jedoch nicht, ob die subjektiv angegebenen Traumata weiter danach überprüft wurden, inwieweit sie auch die Kriterien eines Psychotraumas erfüllten. Manche Arbeiten berichten Punktprävalenzen über die Zeiträume von 6 Monaten, 12 Monaten oder 2 Jahren, andere hingegen liefern Lebenszeitprävalenzen. Bis heute gibt es leider in der Traumaforschung keinen Konsens darüber, welches Ereignis nun formal unter dem Traumabegriff fällt und welches nicht. So besteht sicherlich immer die Gefahr, den Traumabegriff inflationär anzuwenden (8,10,14).

10.2.4. PTSD-Prävalenz: Inanspruchnahmeklientel versus Allgemeinbevölkerung

Nach der revidierten deutschen Version der Impact of Event Skala (68) lag bei 15.1% des Patientenkollektivs ein positiver PTSD-Score vor. Gemäß unserer Studienkriterien für PTSD, basierend auf der revidierten Fassung der Impact of Event Skala (68) und dem Eingangstraumakriterium nach DSM-IV (15) lag die PTSD-Prävalenz bei 10.1%, für die Gruppe der Traumatisierten gemäß der PDS-Trauma-Checkliste lag die PTSD-Prävalenz bei 16.0% und für die Gruppe derer mit DSM-VI-Traumata bei 32.6%. Damit macht dieses Ergebnis deutlich, dass nicht jedes Trauma nach der PDS-Trauma-Checkliste auch zu einer PTSD führen muss, die Wahrscheinlichkeit dafür nimmt jedoch zu, wenn das Eingangstraumakriterium nach DSM-IV erfüllt ist, dann sind es immerhin rund 1/3, die schließlich eine PTSD entwickeln. Diese Daten weisen darauf hin, dass die DSM-IV-Kriterien durchaus sinnvoll sind für die Beurteilung der Frage, ob ein Trauma geeignet ist, eine PTSD auszulösen. Ferner berichteten PTSD-Patienten signifikant mehr über traumatische Ereignisse als Patienten ohne PTSD. Dieses Ergebnis stützt vorherige Studien, die postulieren, dass die Zahl der traumatischen Ereignisse einen wichtigen Prädiktor zur Entwicklung von PTSD darstellt (33,40). In der *Allgemeinbevölkerung* lagen die Zahlen für die Lebenszeitprävalenz von PTSD im angloamerikanischen Raum und Deutschlands im Vergleich zu unseren Ergebnissen etwas niedriger, sie schwanken je nach Studie zwischen 1% und 9.2% (24,27,31). Interessanterweise fiel die PTSD-Prävalenz in unserer Untersuchung nur leicht etwas höher aus als die Angaben aus den großen amerikanischen epidemiologischen Untersuchungen von Kessler et al. (24) 7.8% nach DSM-III-R und Breslau et al. (31) 9.2% nach DSM-IV. PTSD-Häufigkeiten zur Allgemeinbevölkerung in aktuellen Studien fielen sogar höher aus als in unserer klinischen Population. In einer neueren Arbeit analysierten Koenen et al. (80) die Daten von 15606 Personen aus der Allgemeinbevölkerung in den USA im Hinblick auf die Prävalenz der PTSD. Sie stellten in ihrer Analyse eine PTSD-Prävalenz von 17.3% fest. In einer weiteren aktuellen epidemiologischen Studie (77) wurden 2509 Erwachsene aus vier Städten Mexikos auf Traumata und PTSD hin untersucht. 76.0% der Gesamtpopulation hatte mindestens ein traumatisches Erlebnis in ihrem bisherigen Lebens und 11.2% erfüllten die Kriterien einer PTSD nach DSM-IV. Eine Untersuchung an 10641 australischen Erwachsenen erbrachte eine Punktprävalenz der PTSD von 1.3% für das vorangegangene Jahr (28).

10.2.5. PTSD-Prävalenz: Inanspruchnahmeklientel versus klinische Populationen

Verglichen mit Populationen aus der *Sekundär- und Tertiärversorgung* fiel die PTSD-Prävalenz für unseren Patientenkollektiv deutlich geringer aus als in anderen psychiatrisch/psychotherapeutischen Settings (36,39,40,41). Bruce et al. (81) untersuchten in Boston 504 ambulante psychiatrische Patienten aus der Primärversorgung; die PTSD-Prävalenz lag bei 36.7%. Die häufigsten Traumata waren Zeugesein, wie jemand schwer verletzt oder getötet wird, schwerer Unfall und Vergewaltigung. Vergewaltigung war der stärkste Prädiktor für die Entwicklung der PTSD-Diagnose. Bei den ambulanten psychiatrischen Patienten in North Carolina (41) lag die Lebenszeitprävalenz für PTSD in der Gruppe der Traumatisierten bei 31.4%, bei den ambulanten psychiatrischen Patienten in Pittsburgh (39) lag die PTSD-Lebenszeitprävalenz in der Gruppe der Traumatisierten bei 69% und bei den Patienten mit schweren psychischen Störungen in den USA (40) betrug die PTSD-Rate 43%. Durchschnittlich kamen in der Gesamtpopulation 3.5 traumatische Ereignisse vor. In der Kindheit war sexuelle Gewalt am meisten mit PTSD assoziiert für Frauen wie auch für Männer. In der Regressionsanalyse war die Zahl der Traumata der stärkste Prädiktor für PTSD. Wie in unserer Untersuchung erhielten Sheeran & Zimmermann (66) bei ihren ambulanten psychiatrischen Patienten aus dem Rode Island Hospital (N=774, Frauen: 61.1%, Alter: 38.6 Jahre), eine PTSD-Prävalenz von 11.2%, die allerdings mittels strukturiertem Interview erfasst wurde. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Stein et al. (82), die bei ihren ambulanten psychiatrischen Patienten auf eine PTSD-Prävalenz von 11.8%, kamen.

10.2.6. Zusammenfassende Bewertung der PTSD-Prävalenz

Diese Zahlen untermauern die Hypothese, dass bei psychiatrisch/psychotherapeutischen Ambulanz-Patienten PTSD zwar etwas häufiger ist als in der Allgemeinbevölkerung, jedoch nicht so häufig wie bei stationären psychiatrischen Patienten, die im Durchschnitt schwerere Störungen aufweisen als die erstgenannten Patienten. Mehrere Faktoren spielen eine Rolle für die unterschiedlichen PTSD-Prävalenzen; darunter fallen insbesondere Unterschiede in den diagnostischen Kriterien, methodische Unterschiede und Stichprobencharakteristika. Ein weiterer Unterschied für die große Streuung der Traumaprävalenz könnte auch in den unterschiedlichen Definitionen des Traumabegriffs liegen, insbesondere bezogen auf das Eingangstraumakriterium von DSM-IV (9). Einige Autoren fassten die Krankheit der Mutter oder den Tod einer wichtigen Bezugsperson (31), andere Raubüberfall (29) oder die Krankheit des Ehemannes und Tod der Ehefrau (40,78)

als Trauma auf. Dieses Phänomen reflektiert möglicherweise soziale, kulturelle und ethische Aspekte einer Gesellschaft. Unsere differenzierte Evaluation der Traumaprävalenz demonstriert, dass nicht jedes Trauma aus der PDS-Trauma-Checkliste unbedingt einem psychischen Trauma gemäß dem Eingangskriterium von DSM-IV entsprechen muss (15). In zahlreichen Studien wird nicht explizit erwähnt, ob die aufgeführten Traumata das Eingangstraumakriterium von DSM-IV erfüllen (28,32,42). Diese große Bandbreite an Zahlen kommt unter anderem dadurch zustande, dass in einigen dieser Studien noch mit den alten, strengeren DSM-III-Kriterien gearbeitet wurde (27), in anderen hingegen schon mit dem DSM-III-R (24,31,34,83), wieder in anderen mit DSM-IV (32,33,36).

10.3. Unterschätzung der PTSD-Prävalenz

Hypothese 2: PTSD wird in der Praxis von den Therapeuten unterschätzt.

Hypothese 2 wurde bestätigt. Nur bei 2.9% des Patientenkollektivs wurde PTSD nach ICD-10 von den *behandelnden Therapeuten* als Diagnose vergeben, wogegen wir nach unseren Studienkriterien bei 10.1% des Patientenkollektivs eine PTSD feststellten. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den Befunden anderer klinischer Studien (34,35,36,39). Escalona et al. (84) fanden, dass 84% ihrer psychiatrischen Patienten mindestens ein traumatisches Erlebnis erlebt hatten und viele von ihnen berichteten Symptome von PTSD, jedoch nur bei 1.7% der Patienten wurde PTSD von den Klinikern als Diagnose gestellt. Cascardi et al. (35) stellten mittels strukturierter Interviews bei ihren psychiatrischen Patienten ein PTSD-Rate von 29% fest, trotzdem wurde diese in keinem Fall von den behandelnden Therapeuten gestellt. Mueser et al. (40) stellten bei 43% ihrer stationären psychiatrischen Patienten mittels strukturierter Interviews eine PTSD-Rate von 43% fest, die behandelnden Therapeuten hatten bei den gleichen Patienten jedoch in nur 2% der Fälle eine PTSD diagnostiziert. In der Studie von Zimmermann und Mattia (36) an 1000 psychiatrischen Ambulanzpatienten (Alter: 39.6 Jahre) auf Rhode Island stellten die behandelnden Therapeuten bei 7.2% eine PTSD fest, nach strukturierten, standardisierten Messinstrumenten hingegen wurde jedoch insgesamt bei 25.8% eine PTSD festgestellt. Angesichts der Tatsache, dass Patienten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz im Durchschnitt weniger schwer gestört sind als Patienten aus einer allgemeinen Psychiatrie, ist letztere Studie sicherlich eher mit der unseren vergleichbar als die Studie von Mueser et al., die sich explizit mit schwer gestörten Patienten beschäftigte.

Allerdings ist zu beachten, dass Diagnosen in den USA nach dem DSM-IV vergeben werden, in Deutschland hingegen nach der ICD-10. Es stellt sich also auch die Frage, ob die beiden Diagnosen überhaupt vergleichbar sind, oder ob die Diagnose „PTSD“ nach dem ICD-10 nicht öfter vergeben werden kann als nach der DSM-IV, da letztere strengere Kriterien verlangt. Das zeigen auch die Ergebnisse von Andrews et al. (22). In einer großen Stichprobe fanden sie eine PTSD-Prävalenz von 7% nach ICD-10 und nach dem DSM-IV von 3%. Die Übereinstimmung zwischen den beiden diagnostischen Systemen betrug nur 35%.

Es lassen sich mehrere Erklärungen für die große Diskrepanz zwischen dem, was die behandelnden Therapeuten als PTSD diagnostizieren und dem, was unserer elaborierten psychometrischen Testungen herausfanden aufführen: 1) PTSD ist möglicherweise mit seinen Symptomen bei den Therapeuten noch zu unbekannt und noch unbekannter bei den Patienten; 2) Die hohe psychiatrische Komorbidität erschwert genaues Erkennen der PTSD- Symptome. Erst in Laufe der Therapie werden PTSD-Symptome sichtbarer; 3) Die Hintergründe für das Zustandekommen unserer Datenlage sind möglicherweise zu kompliziert, als dass sie sich mit der einfachen Aussage erklären ließen, PTSD werde in unserer Ambulanz häufig übersehen.

Im Sinne einer Qualitätssicherung ergibt sich ausgehend von diesen Daten ein Bedarf an vermehrter Information und Aufklärung über posttraumatische Störungsbilder für die behandelnden Therapeuten.

10.4. Traumatische Ereignisse in Abhängigkeit von Geschlechtsunterschieden

Hypothese 3: Frauen berichten über mehr sexuelle Gewalt als Männer; umgekehrt berichten Männer mehr über körperliche Gewalt.

Hypothese 3 wurde bestätigt. 63% der Männer und 67% der Frauen erlebten mindestens 1 traumatisches Ereignis in ihrer Lerngeschichte. Im Mittel hatten 6% der Männer und 11% der Frauen eine PTSD nach unseren Studienkriterien. Unsere Ergebnisse, auch wenn sie nicht signifikant sind, gehen konform mit anderen Studien, die derart ausfallen, dass Frauen mehr von PTSD betroffen sind als Männer [24,30]. Wie vorhergesagt, ergaben sich bedeutsame Geschlechtsunterschiede bezüglich spezifischer Einzeltraumen. Während sexuelle Gewalt und gewalttätiger Angriff verursacht durch Familienangehörige oder Bekannte ohne sexuellen Inhalt häufiger bei Frauen vorkamen, berichteten Männer mehr über gewalttätigen Angriff ohne sexuellen Inhalt, die durch fremde Personen verursacht

wurden. Zu ähnlichen Resultaten kamen auch Kessler et al. (24). Sie untersuchten im Rahmen der National Comorbidity Survey in den USA 5877 Personen hinsichtlich Punkt- und Lebenszeitprävalenz psychotraumatischer Störungen mit dem Composite International Clinical Interview (CIDI). 51.2% der Frauen und 60.7% der Männer hatten mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt, welches das Stressor-Kriterium A1 des DSM-IV erfüllte. Es bestanden signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich der Konfrontation mit verschiedenen Ereignissen: 25% der Männer gegenüber knapp 14% der Frauen hatten einen Unfall erlebt; mehr als 9% der Frauen, aber nur 0.7% der Männer waren vergewaltigt worden. Die Wahrscheinlichkeit, nach einem Ereignis unter PTSD-Symptomen zu leiden, lag zwischen 10.7% bei den einen Todesfall oder schwere Verletzungen von anderen miterlebenden Männern und 48.4% bei den weiblichen Vergewaltigungsopfern. Andere Studien, die sich mit der Prävalenz verschiedener Traumata im psychiatrischen / psychotherapeutischen Setting auseinandersetzen, haben häufig sehr eingengegte Fragestellungen und beschreiben daher nicht das Gesamtprofil traumatischen Erlebens in der Stichprobe. Zum Beispiel zeigt eine amerikanische Studie von Briere et al. (85), die sich mit der Prävalenz von Gewalterfahrungen bei 93 Frauen aus Los Angeles (Psychiatrische Notaufnahme) beschäftigte, dass 53% der Patientinnen in der Kindheit sexuell missbraucht worden waren, 42% waren körperlich misshandelt worden. Sexueller Missbrauch war der stärkste Prädiktor für psychiatrische Symptome und Störungen. Zu einem vergleichbaren Befund kamen auch Golding et al. (86) in ihrer Metaanalyse. Sie analysierten Daten aus 6 großangelegten epidemiologischen bevölkerungsbasierten Studien (N=9865) im Hinblick auf sexuelle Gewalt bei Frauen und Männern. Die Prävalenz sexueller Gewalt lag in diesen 6 Studien zwischen 5.9% und 27.5%. Außerdem korrelierte sexuelle Gewalt negativ mit Heirat und emotionaler Unterstützung. Switzer et al. (39) fanden keine Geschlechtsunterschiede bezüglich Gesamttraumata, jedoch Unterschiede bei sexueller Gewalt (mehr bei Frauen), gewalttätigem Angriff (mehr bei Männern), und lebensbedrohlichem Unfall (mehr bei Männern). Mittels Telefoninterview fanden Resnick et al. (83) eine PTSD-Lebenszeitprävalenz von 12.3% bei 4008 der befragten Frauen. Interpersonelle Gewalt kam mit 36% am häufigsten vor. Kriminalitätsoffer hatten eine höhere PTSD-Rate als ohne Kriminalität (25.8% vs. 9.4%). Nahezu alle epidemiologischen Untersuchungen bestätigen, dass die Lebenszeitprävalenz von PTSD nach Vergewaltigungen im Vergleich zu anderen traumatischen Ereignissen am höchsten ist. Breslau et al. (30) fanden bei 80%, Resnick et al. (83) bei 57% der Opfer eine PTSD.

10.5. Traumatische Ereignisse in Abhängigkeit von Sozialdaten

Hypothese 4: Traumatische Ereignisse bezogen auf interpersonelle Gewalt sind abhängig vom Alter, Familienstand und vom Bildungsgrad.

10.5.1. Traumatische Ereignisse in Abhängigkeit vom Alter

Bezüglich Alter wurde Hypothese 4 bestätigt. In der vorliegenden Untersuchung konnte ein deutlicher Alterseffekt nachgewiesen werden. Patienten zwischen 17-45 Jahren berichteten signifikant über mehr interpersonelle Gewalt als Patienten zwischen 46-87 Jahren. Das Risiko für körperliche wie auch für sexuelle Traumatisierung fiel nach der vorliegenden Untersuchung bei Patienten jüngeren Alters höher aus. Die Gesamt-Trauma-Prävalenz fiel zugunsten der jüngeren Altersgruppe aus, bei der PTSD-Prävalenz hingegen zeigten sich keine Alterseffekte. Dieses Ergebnis deckt sich gut mit den metaanalytischen Resultaten von Brewin et al. (47). Kessler et al. (24) konnten ähnlich wie wir nachweisen, dass das Risiko für die Entwicklung einer PTSD im jüngeren Alter höher liegt als bei älteren Personen.

10.5.2. Traumatische Ereignisse in Abhängigkeit vom Familienstand

Die Frage, ob bestimmte Einzeltraumata häufiger mit einem bestimmten Typ des Familienstandes zusammenhängen, konnte dahingehend beantwortet werden, dass geschiedene Patienten am häufigsten vom gewalttätigen Angriff sowohl durch Familienmitglieder als auch durch fremde Personen betroffen waren. Diese Gruppe war auch am häufigsten vom sexuellen Angriff, der durch den Familien- oder Bekanntenkreis verursacht wurde, betroffen. Bei diesen genannten traumatischen Ereignissen folgten die ledigen Patienten an zweiter Stelle, während die verheirateten Patienten am wenigsten betroffen waren. Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass interpersonelle Gewalt möglicherweise einen häufigen Grund für Scheidung darstellt. Bezogen auf die Gesamt-Trauma-Prävalenz und PTSD-Prävalenz konnten wir keine Gruppenunterschiede in Abhängigkeit vom Familienstand nachweisen. Golding et al. (86) analysierten Daten aus 6 großangelegten epidemiologischen bevölkerungsbasierten Studien (N=9865) im Hinblick auf sexuelle Gewalt bei Frauen und Männern. Die Prävalenz sexueller Gewalt lag in diesen 6 Studien zwischen 5.9% und 27.5%. Außerdem korrelierte sexuelle Gewalt negativ mit Heirat und emotionaler Unterstützung. Vergleichsdaten zu diesen soziodemographischen Aspekten sind in der Literatur rar. Van Zelst et al. (87) untersuchten 422 ambulante psychiatrische Patienten (Alter zwischen 61-95 Jahren, Frauen: 56.9%) aus Holland.

Bezogen auf den Zeitraum der letzten 6 Monate stellten sie bei 1% der Population eine PTSD nach den DSM-IV fest, PTSD kam bei Verheirateten in dieser Studie ebenfalls weniger vor als bei Geschiedenen.

10.5.3. Traumatische Ereignisse in Abhängigkeit vom Bildungsstand

Bezogen auf den Bildungsstand berichteten Patienten mit einem Hauptschulabschluss am häufigsten über gewalttätigen Angriff verursacht durch den Familien- oder Bekanntenkreis, Patienten mit einem Abitur hingegen waren von diesem Trauma am wenigsten betroffen. In den relativen Werten zeigten Patienten mit einem Abiturabschluss bei den anderen Einzeltraumata die geringsten Häufigkeiten, diese fielen jedoch nicht statistisch signifikant aus. Bezogen auf die Gesamt-Trauma-Prävalenz und PTSD-Prävalenz konnten wir keine Gruppenunterschiede in Abhängigkeit vom Bildungsniveau nachweisen. Leider fehlen hierzu Vergleichsdaten aus der Literatur.

10.6. Depressivität, Ängstlichkeit und Kohärenzgefühl

Hypothese 5: PTSD Betroffene sind stärker depressiv, stärker ängstlich und haben ein geringeres Kohärenzgefühl als Patienten ohne Trauma und Patienten mit Trauma jedoch ohne PTSD.

10.6.1. Zusammenhang von PTSD und Kohärenzgefühl

Bezüglich Kohärenzgefühls wurde Hypothese 5 bestätigt. PTSD-Patienten waren gegenüber Nicht-Traumatisierten und Traumatisierten ohne PTSD hochsignifikant stärker depressiv und ängstlich. Dagegen zeigten sie erwartungskonform das geringste *Kohärenzgefühl*, während Nicht-Traumatisierte über das höchste Kohärenzgefühl verfügten. Dieses Ergebnismuster ist konsistent mit der bisherigen Literatur. Andere Arbeiten berichten ebenfalls über ein verringertes Kohärenzgefühl bei PTSD-Patienten. Antonovsky postulierte, dass das Kohärenzgefühl eine stabile Persönlichkeitseigenschaft sei, sie würde sich auch dann nicht wesentlich verändern, wenn außergewöhnliche Belastungen passieren. Antonovskys Forschungen zur Salutogenese gehen historisch auf die Auseinandersetzung mit Extremtraumatisierung zurück (57). Am Beispiel von Holocaust-Überlebenden konnte er zeigen, dass die Selbstwahrnehmung von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit wesentlichen Einfluss auf die Bewältigung einer traumatischen Belastung hat. In einer Studie von Flatten et al. (8)

entwickelten Patienten mit hoher Einschätzung der Selbstwirksamkeit in signifikant geringerem Maße chronische posttraumatische Belastungssymptome als Patienten mit gering wahrgenommener Selbstwirksamkeit. Empirisch belegt scheint die Hypothese, dass die prätraumatische Stabilität ein guter Schutzfaktor vor traumabedingter „Labilisierung“ ist. Auch die Fähigkeit, individuelle Ressourcen angesichts einer akuten Belastung mobilisieren zu können, wirkt sekundär präventiv. Personen mit einem gut ausgebildeten Kohärenzgefühl haben aufgrund ihres Weltverständnisses gute Fähigkeiten zur Vorhersage von Ereignissen. Die bisher vorliegenden Untersuchungen des Zusammenhangs von Kohärenzgefühl und PTSD zeigen, dass Kohärenzgefühl und Symptomatik in einer inversen Beziehung zueinander stehen (8,10). Unsere Ergebnisse legen eher den Schluss nahe, dass eine psychische Traumatisierung nicht nur die Wahrscheinlichkeit für Depressivität und Ängstlichkeit erhöht, sondern auch einen negativen Effekt auf das Kohärenzgefühl hat. Andere Studien weisen ebenfalls auf ein verringertes Kohärenzgefühl bei PTSD-Patienten (27,44).

10.6.2. Depression und Ängstlichkeit bei PTSD

Bezüglich Depression und Ängstlichkeit wurde Hypothese 5 bestätigt. Deykin et al. (88) untersuchten 156 Vietnamveteranen. PTSD war stärker mit depressiven Symptomen assoziiert. Blanchard et al. (89) untersuchten in ihrer Studie die zentrale Frage, ob *Depression* und PTSD unabhängig voneinander sind. Sie fanden bei 107 Verkehrsunfallpatienten in New York, dass nach einem schweren Verkehrsunfall nicht in jedem Fall eine posttraumatische Symptomatik erfolgen muss, stattdessen kann es auch zur Entwicklung von depressiven Symptomen oder anderen psychischen Störungen, wie Substanzmissbrauch, kommen. Ferner konnten sie nachweisen, dass PTSD Patienten psychisch stärker im sozialen Alltag beeinträchtigt waren als Nicht-PTSD-Patienten. Carlier et al. (90) untersuchten 69 depressive Patienten aus Amsterdam. Sie fanden in ihrer Stichprobe eine Trauma-Lebenzeit-Prävalenz von 75% und eine PTSD-Rate von 13%. Die Autoren schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass depressive Patienten hoch wahrscheinlich auch traumatisiert sind. McFarlane et al. (78) fanden bei 141 stationären psychiatrischen Patienten in Australien bei Patienten mit PTSD 8mal mehr ein Risiko für eine *Angststörung* und 10mal mehr für eine Psychose. PTSD korrelierte negativ mit Lebensqualität, negativer Stimmung und psychischer Verfassung (Depression, Angst). PTSD war zudem eng assoziiert mit schwerer interpersoneller Gewalt. Eine unbehandelte PTSD erhöht die Krankheitsschwere und führt zu einer ungünstigen Prognose.

In einer Studie an 801 Frauen fanden Breslau et al. (43) ein gut zweifach erhöhtes Risiko, nach einer PTSD erstmalig an einer Major Depression zu erkranken, und ein dreifaches Risiko, einen Alkoholabusus bzw. eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln. Gleichzeitig war bei Frauen mit bereits zuvor bestehender *Major Depression* sowohl die Gefahr, ein traumatisches Ereignis zu erleben, als auch die Wahrscheinlichkeit, in dessen Folge eine PTSD-Symptomatik zu entwickeln, erhöht. Kessler et al. (24) postulieren, dass v.a. bei Depressionen und Substanzmissbrauch PTSD in der Mehrzahl der Fälle als primär anzusehen waren, während das Verhältnis bei den Angststörungen umgekehrt zu sein schien. Die starke Überlappung mit Angststörungen und depressiven Erkrankungen kann nicht überraschen, wenn man berücksichtigt, dass etliche der unter den PTSD-Kriterien C und D nach DSM-IV (15) aufgeführten Symptome (z.B: Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Interesseverlust, Schlaf- und Konzentrationsstörungen) sich auch in den Symptomlisten für die genannten anderen Störungen finden. Die Studie von Blanchard et al. (89) legt aber nahe, dass es sich bei posttraumatischen Depressionen und PTSD um zwei miteinander korrelierenden, aber dennoch voneinander unabhängigen Störungen handelt.

10.7. Inanspruchnahmeverhalten: Arztbesuche, Psychotherapie, Psychopharmaka

Hypothese 6: PTSD Patienten zeigen ein höheres Inanspruchnahmeverhalten als Patienten ohne Trauma und Patienten mit Trauma jedoch ohne PTSD.

Hypothese 6 wurde bestätigt. Patienten mit PTSD gingen gegenüber Nicht-Traumatisierten und Traumatisierten ohne PTSD am häufigsten zum Arzt. Sogar traumatisierte ohne PTSD gingen gegenüber Nicht-Traumatisierten auf dem 1%-Niveau mehr zum Arzt. Ausgehend von diesem Befund ist die Vermutung naheliegend, dass psychische Traumatisierung zu einem großen Teil volkswirtschaftliche Kosten antreibt, eine gute Diagnostik und darauf angepasste pharmakotherapeutische und psychotherapeutische Behandlung würde die Zahl der Arztbesuche bei traumatisierten Patienten deutlich verringern. Menschen mit PTSD scheinen also eher als Menschen ohne PTSD dahin zu tendieren, ihrem intrapsychischen Druck durch die Entwicklung diverser psychopathologischer und psychosomatischer Symptome Ausdruck zu verleihen, was mitunter auch eine intensivere Nutzung medizinischer Serviceleistungen durch diese Patienten erklären könnte. Tatsächlich haben nach unseren Daten traumatisierte Patienten

signifikant häufiger als Patienten ohne traumatische Erfahrungen in den der Studie vorangehenden zwölf Monaten einen Arzt aufgesucht und haben zudem signifikant häufiger als diese mindestens einmal in ihrem Leben eine psychotherapeutische Therapie gemacht beziehungsweise Psychopharmaka eingenommen. Das könnte ebenfalls darauf hinweisen, dass das Erleben verschiedener Traumata eine Vielzahl von Beschwerden hervorruft, die den Betroffenen irgendwann zu einem Psychiater und / oder Psychotherapeuten führen, allerdings ist bei der Bewertung dieses Ergebnisses Vorsicht geboten, denn ein Mensch, der einmal eine solche Therapie begonnen hat, kann sich möglicherweise leichter auch an unangenehme oder traumatisierende Erfahrungen aus seiner Biografie erinnern. Konsistent mit früheren Studien konnten auch wir zeigen, dass PTSD-Patienten im Vergleich zu Nicht-PTSD-Patienten ein höheres Inanspruchnahmeverhalten aufweisen (20,55-57).

Unsere Ergebnisse zum medizinischen Inanspruchnahmeverhalten der Patienten unserer Ambulanz harmonieren gut mit einer Studie von Switzer et al. (39), der sich mit einer Gruppe ambulanter psychiatrischer Patienten in Pittsburgh auseinandersetzte, von denen diejenigen, die unter einer PTSD litten, die Hilfe psychiatrischer Einrichtungen häufiger nutzten als die ohne PTSD, dabei jedoch unzufriedener waren als diese. Auch ambulante Patienten aus Denver (38) suchten bei Vorliegen einer PTSD überdurchschnittlich häufig einen Arzt auf, stellten sich allerdings überwiegend in allgemeinmedizinischen Einrichtungen vor.

Zu einem ähnlichen Befund kamen Koenen et al. (80) für die Allgemeinbevölkerung in USA. Sie wiesen in ihrer großen epidemiologischen Studie nach (N=15606), dass PTSD-Patienten ein höheres Inanspruchnahmeverhalten als andere Patienten mit anderen Angststörungen zeigten. Speziell die Variablen Alter, Scheidung/Trennung, ethnische Minderheit, Alltagsbeeinträchtigung durch Symptomatik und Panikstörung sagten bei PTSD-Patienten das Inanspruchnahmeverhalten am besten vorher.

Deykin et al. (88) machten in ihrer Untersuchung an 156 Vietnamveteranen eine Unterscheidung zwischen „high users“ (28-104 Arztbesuche im Jahre) vs. „low users“ (1-4 Arztbesuche im Jahr). Die „high users“ waren doppelt so viel von einer PTSD betroffen als „low users“ (27.5% vs. 14.8%). Eine Phadanalyse zeigte eine enge Beziehung zwischen PTSD und Inanspruchnahmeverhalten. Kimerling und Calhoun (91) hingegen wiesen bei Opfern von sexueller Gewalt ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten als bei traumatisierten Personen ohne sexuelle Gewalt nach.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die meisten Studien zum Inanspruchnahmeverhalten zu der Schlussfolgerung kommen, dass eine psychische Traumatisierung das Inanspruchnahmeverhalten in der Regel erhöht.

10.8. Unterschiedshypothesen zum Zusammenhang von Trauma und Somatisierung

Hypothese 7: Patienten mit PTSD leiden häufiger an somatoformen Beschwerden verglichen mit: a) Patienten mit traumatischen Erlebnissen ohne PTSD und b) Patienten ohne traumatische Erlebnisse mit anderen psychischen Störungen.

Der zweite Teil der Ergebnisdarstellung beschäftigte sich mit der Frage nach dem Zusammenhang von Trauma, PTSD und Somatisierung. Warum die PTSD so häufig mit körperlichen Beschwerden assoziiert ist, ist Gegenstand zahlreicher aktueller Untersuchungen (92). In der vorliegenden Untersuchung belegen Gruppenvergleiche den hohen Anteil an *somatoformen Beschwerden* bei PTSD-Patienten im Vergleich zu Patienten ohne Trauma und Patienten mit Trauma ohne PTSD in der Anamnese. Im Vordergrund standen in erster Linie neurologische Symptome, gefolgt von gastrointestinalen, kardiopulmonalen Symptomen sowie Schmerzsymptomen und sexuellen Dysfunktionen. PTSD-Patienten zeichneten sich gegenüber Nicht-Traumatisierten Patienten und traumatisierten Patienten ohne PTSD durch eine größere Häufigkeit somatoformer Beschwerden aus, wobei die meisten PTSD-Patienten (>90%) auch ihr *Alltagsleben* (Familie, Arbeit, Freizeitaktivitäten) stark beeinträchtigt sahen. Ebenso war die gedankliche Fixierung auf Schmerzen bei PTSD-Patienten im Vergleich zu allen anderen untersuchten ambulanten Patienten am deutlichsten ausgeprägt.

Sehr anschaulich konnte in der vorliegenden Arbeit der Nachweise erbracht werden, dass PTSD und Somatisierung eng miteinander korrelieren; im Durchschnitt berichtete die PTSD-Gruppe über 19.8 somatoforme Beschwerden. Dagegen zeigten Patienten mit einem starken Kohärenzgefühl die geringste Somatisierung, an zweiter Stelle folgte die Gruppe ohne Trauma, die im Mittel 9.4 somatoforme Beschwerden hatte. Rief et al. (52) berichten für die Normalbevölkerung im Mittel 3.4 somatoforme Beschwerden laut SOMS. Die fünf häufigsten somatoformen Beschwerden bei Rief et al. (52) waren: Rückenschmerzen (30%), Gelenkschmerzen (25%), Schmerzen in den Armen oder Beinen (20%), Kopfschmerzen (19%) und Völlegefühl (13%). Unsere drei Untersuchungsgruppen dagegen hatten im Mittel um ein vielfaches mehr Symptome als die

Allgemeinbevölkerung. Im Vergleich zur Normalbevölkerung war der Anteil der somatoformen Beschwerden bei den PTSD-Patienten um mehr als das fünffache höher (M=3.4 vs. M=19.8). Die Gesamtstichprobe mit N=483 besaß einen 3.6fach höheren Anteil an somatoformen Symptomen als in der Normalbevölkerung (M=3.4 vs. M=12.5). In Übereinstimmung mit vorherigen empirischen Arbeiten können wir deutlich zeigen, dass PTSD-Patienten mehr somatoforme Beschwerden aufweisen als Nicht-PTSD-Patienten (42,53,59). Im Beschwerdeindex-Somatisierung wiesen die PTSD-Patienten signifikant mehr somatoforme Symptome auf als die anderen beiden Gruppen. Dieses Ergebnis unterstützt die These sehr, dass PTSD und Somatisierung in einem sehr engen Zusammenhang stehen, als vielleicht bisher so deutlich vermutet. Das Augenmerk in Komorbiditätsstudien bei PTSD, die Erwachsene als Untersuchungsteilnehmer heranzogen, wurde bislang v.a. auf Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen gelegt (24).

10.8.1 Mögliche Erklärungen für den Zusammenhang von Traumatisierung und Somatisierung

Unsere Befunde stützen die These, dass durch Traumata verursachter Stress die Vulnerabilität für somatische Beschwerden erhöht (92). Alternative Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass Persönlichkeitsfaktoren sowohl die psychische Reaktion auf ein Trauma als auch die nachfolgenden somatischen Symptome beeinflussen. Während Breslau et al. (30) Neurotizismus als eine ätiologisch wichtige Persönlichkeitsvariable innerhalb der multifaktoriellen Genese der PTSD sehen, wird sie von Costa u. McCrae (95) als ein Risikofaktor für Somatisierung interpretiert. McFarlane et al. (59) ziehen mehrere Faktoren in Erwägung, die den engen Zusammenhang zwischen PTSD und Somatisierung erklären können und stellen u.a. ausgeprägtere Dissoziationsneigung, Komorbidität sowie Persönlichkeitsvariablen als wichtige Faktoren in der Genese der PTSD heraus.

In einer prospektiven Studie bestätigten Andreski et al. (42), dass die PTSD das Risiko von Schmerzen, Konversionssymptomen und Somatisierung erhöht. Dieser Befund ist konsistent mit weiteren Studien, die ebenfalls auf einen sehr engen Zusammenhang zwischen Somatisierung und PTSD hinweisen (53,59). Andreski und Mitarbeiter zeigten in ihrer großen prospektiven Studie (über 5 Jahre) bei über 1000 Probanden eindrucksvoll, dass PTSD-Betroffene signifikant mehr somatisieren; sie klagten mehr über gastrointestinale, neuronale, kardiovaskuläre, urogenitale und neuronale Beschwerden als Patienten mit anderen psychischen Störungen. Golding (60) stellte in seiner großen

Untersuchung an 1610 in der Kindheit missbrauchten amerikanischen Frauen fest, dass diese über mehr körperliche Beschwerden klagten als nicht missbrauchte Frauen. Nach Meinung mehrerer Autoren lassen sich verschiedene Gründe für den engen Zusammenhang von Somatisierung und Posttraumatischer Belastungsstörung aufführen, die plausibel erscheinen. Vielleicht spielt PTSD eine größere Rolle bei Somatisierung als bei anderen Störungen. Vielleicht verursacht nicht PTSD die Somatisierung, sondern, es beeinflussen Persönlichkeitsfaktoren (z.B. Neurotizismus) beide Störungsbilder.

Zahlreiche Untersuchungen belegen die enge Verbindung von Missbrauchserlebnissen in der Kindheit und dissoziativen Prozessen bei Patienten mit somatoformen Störungen sowie zwischen Somatisierung und PTSD (8). Bis zu 80% der Frauen mit Somatisierungsstörungen berichteten über sexuellen Missbrauch als Kind oder Erwachsene (94). Somatoforme Störungen scheinen nach den bisherigen Befunden selten ohne eine Vorgeschichte erheblicher Traumatisierungen aufzutreten (59,95).

10.8.2 Somatisierung als diagnostischer Hinweis auf Traumatisierung

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung haben auch diagnostische Implikationen. Zahlreiche Studien belegen, dass die PTSD oft von den Therapeuten übersehen bzw. nicht erkannt wird (35,36,38,39). Stattdessen diagnostizieren die Therapeuten eine andere Störung, z.B. eher eine Depression oder eine Angststörung. Ein möglicher Grund für diese deutliche Evidenz könnte darin liegen, dass Traumata und PTSD, vor allem in der frühen Kindheit, die Vulnerabilität für andere komorbide psychiatrische Störungen erhöhen. Im diagnostischen Prozess sollte der Praktiker nach Traumata in der Anamnese und einer eventuellen PTSD fragen, wenn der Patient auffällig viele somatoforme Symptome aufweist. Der Patient wird dann eher das Gefühl bekommen, von seinem Arzt bzw. Psychotherapeuten verstanden worden zu sein. Die hohe Prävalenz somatoformer Beschwerden bei PTSD-Betroffenen ist ein Hinweis dafür, wie wichtig es ist, eine größere Sensibilität für den engen Zusammenhang von PTSD und Somatisierung zu bekommen, was durchaus dann auch relevant für die Therapieplanung ist.

10.8.3. Zusammenfassung der Ergebnisse: Traumatisierung und Somatisierung

Bei der Interpretation unserer Daten ist der Selektionseffekt einer universitären Einrichtung nicht zu unterschätzen. Im Vergleich zu den bevölkerungsbasierten Daten ist das Beschwerdebild der von uns untersuchten ambulanten Patienten aller drei Untersuchungsgruppen sowohl im Hinblick auf Häufigkeit der fünf

Somatisierungsgruppen als auch Anzahl der Einzelsymptome wesentlich stärker ausgeprägt. Konsistent mit der Mehrzahl bisheriger Studien (42,53,59) können wir zeigen, dass PTSD-Patienten mehr somatoforme Beschwerden aufweisen als Patienten ohne PTSD oder ohne Trauma. Diese Ergebnisse sprechen für einen engen Zusammenhang von PTSD und Somatisierung. Dem entgegen steht die Tatsache, dass eine Vielzahl bisheriger Studien zur Komorbidität von PTSD ihr Augenmerk vornehmlich auf Depression, Angststörungen und Suchterkrankungen legten (24,27,34,40).

10.9. Spezifität somatoformer Gruppen und Traumatisierung

Fragestellung 2: Gibt es spezifische somatoforme Gruppen von Beschwerden, die besonders eng mit PTSD verbunden sind?

Posttraumatische Belastungssymptome (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal) wurden von einer Vielzahl von somatoformen Beschwerden begleitet, wobei neurologische Beschwerden im Vordergrund standen.

Weiter können wir den Beleg erbringen, dass PTSD mit allen somatoformen Gruppen signifikant einhergeht. PTSD-Patienten berichten signifikant mehr über Schmerzsymptome, gastrointestinale Beschwerden, kardiopulmonale Symptome, sexuelle Beschwerden und neurologische Beschwerden als nicht PTSD-Patienten. Dabei zeigte sich der engste Zusammenhang zwischen PTSD und neurologischen Symptomen, gefolgt von kardiopulmonalen und gastrointestinalen Symptomen. Dieser enge Zusammenhang von PTSD und neurologischen Symptomen ist gut nachvollziehbar, da Personen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu einem großen Anteil dissoziieren (96). In der Studie von Saxe et al. (95) erfüllten 64% der Patienten mit dissoziativen Störungen auch die Kriterien für Somatisierungsstörungen. Dieses Ergebnismuster steht partiell in einer Linie mit der Arbeit von Andreski et al. (42), die auf Grundlage der prospektiven Daten zeigen konnten, dass PTSD in der Anamnese Konversions- und Schmerzsymptome erhöht. Die auffallende Häufung von neurologischen Symptomen bei PTSD-Patienten lässt sich gut mit der klinischen Beobachtung vereinbaren, dass Menschen mit PTSD häufig an dissoziativen Störungen leiden (47).

In der Arbeit von McFarlane et al. (59) wurden am häufigsten muskulosketale Symptome von 45% der Untersuchungsteilnehmer genannt, danach folgten neurologische Symptome

und respiratorische Symptome. Die Autoren halten es für denkbar, dass die körperlichen Beschwerden durch den erhöhten Arousal bedingt durch PTSD verursacht sein könnten. Die überwiegenden kardiovaskulären, respiratorischen und neurologischen Symptome bei PTSD sind konsistent mit körperlichen Symptomen des Arousal. Die Autoren ziehen mehrere Faktoren in Erwägung, die den engen Zusammenhang zwischen PTSD und Somatisierung bedingen könnten. Hierunter fallen eine mögliche gestörte Informationsverarbeitung bei PTSD-Betroffenen, eine erhöhte Dissoziation, die hohe Komorbidität von PTSD und mögliche Persönlichkeitsvariablen.

80% der PTSD-Betroffenen leiden an chronischem Schmerz. McFarlane et al. (59) fanden, dass Schmerz das häufigste Symptom mit PTSD war (45% Rückenschmerzen und 34% Kopfschmerzen). Die Ergebnisse zusammengenommen belegen einen engen Zusammenhang zwischen chronischem Schmerz und PTSD. PTSD-Betroffene mit chronischem Schmerz leiden mehr an Somatisierung (Hypochondrie und Hysterie).

Boscarino (97) untersuchte 1399 männliche Vietnamveteranen. Vietnamveteranen mit PTSD litten mehr unter Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, des Verdauungsapparates, des Muskel- und Skelettsystems, des endokrinen Systems, des Nervensystems sowie unter Infektionen als Patienten ohne PTSD. Außergewöhnliche Stressbelastung erhöht das Risiko für körperliche Erkrankungen.

10.10. Durch Menschen verursachte Traumata vs. nicht durch Menschen verursachte Traumata und somatoforme Beschwerden

Hypothese 8: Patienten, die interpersonelle Gewalterfahrungen gemacht haben, berichten über mehr somatoforme Beschwerden als Patienten mit traumatischen Ereignissen, die nicht durch Menschen verursacht wurden.

Hypothese 8 konnte bestätigt werden. Insgesamt berichteten Patienten, die *gewalttätigen bzw. sexuellen Angriffen* ausgesetzt waren, von mehr somatoforme Beschwerden (M=14.9) als Patienten, die traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, welche jedoch nicht durch Menschen verursacht wurden (M=12.8). Hierbei kamen signifikant häufiger kardiopulmonale und sexuelle Symptome vor bei der Gruppe der Traumata, die durch Menschen verursacht waren. Hier wirft sich die Frage auf, ob traumatische Ereignisse mit einem interpersonellen Inhalt invasiver auf das Individuum einwirken und die

Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von somatoformen Beschwerden eher erhöhen als traumatische Ereignisse, die nicht durch Menschen verursacht wurden.

Im Vergleich zu traumatisch erlebten Naturkatastrophen, Krankheiten oder Unfällen waren durch Menschen verursachte Traumata häufiger mit kardiopulmonalen und sexuellen Beschwerden verbunden. Meines Wissens gibt es in der Literatur noch keine empirischen Arbeiten, die somatoforme Beschwerden in Abhängigkeit von Traumen im Bereich der interpersonellen Gewalt gegenüber in Abhängigkeit von traumatischen Ereignissen, die nicht durch Menschen verursacht wurden, überprüft. Man findet jedoch in der Literatur zahlreiche Hinweise darüber, dass Traumen, die absichtlich durch Menschen verursacht wurden, zu einer stärkeren Ausprägung von psychopathologischen Symptomen führen als Traumen, die nicht durch Menschen verursacht wurden (8,13,14). Thompson et al. (98) berichteten in ihrer aktuellen Studie, dass der Grad der Psychopathologie am stärksten mit sexueller Traumatisierung assoziiert war. Besonders stark korrelierten Vergewaltigung und sexueller Missbrauch mit Substanzmissbrauch.

10.11. Anzahl der Traumata und somatoforme Beschwerden

Hypothese 9: Die Quantität der traumatischen Erlebnisse geht mit einer höheren Anzahl von somatoformen Beschwerden einher.

Hypothese 9 wurde bestätigt. Patienten mit vielen traumatischen Ereignissen (3-8 Traumata) waren hochsignifikant mehr von somatoformen Beschwerden (M=13.1 vs. M=16.3) betroffen als Patienten mit wenigen Traumata (1-2 Traumata). Ein Blick auf die Gruppen somatoformer Beschwerden machte deutlich, dass die Unterschiede im Bereich der sexuellen Symptome, der neurologischen Symptome und der gastroenterologischen Symptome statistisch signifikant am bedeutsamsten waren. Vor dem Hintergrund dieser Befunde können sexuelle Beziehungsstörungen besser eingeordnet werden, wenn man eine traumatische Genese bei den Betroffenen in Betracht zieht.

10.12. Prädiktoren: Diagnostische Hinweise zur Vorhersage von PTSD

Fragestellung 3: Gibt es diagnostische Hinweise für die Posttraumatische Belastungsstörung? Gibt es noch andere Hinweise für den Diagnostiker, die bei einem Patienten auf das Vorliegen einer PTSD hindeuten?

Auf die für den Diagnostiker wichtige Frage, wann er bei der Anamnese verstärkt auf Traumata achten sollte, suchten wir Antworten und fanden Hinweise, die sich in der Praxis als durchaus wertvoll herausstellen könnten. Wichtige Prädiktoren der PTSD stellen nach unseren Ergebnissen vier bedeutsame Faktoren dar. Als Prädiktoren für PTSD waren nach unseren Daten aus der Ambulanz auf dem Feld der Psychopathologie eine vermehrte Anzahl von *somatoformen Beschwerden*, auf dem Feld der Traumaspunkte das Vorhandensein *subjektiver Lebensgefahr* und erhöhte *Anzahl traumatischer Ereignisse* und auf der Persönlichkeitsebene ein *verringertes Kohärenzgefühl*. Bei einem Patienten, der sich mit Somatisierungssymptomen, erlebter Lebensbedrohung während der Traumatisierung, bereits bestehenden Traumata und einem geringen Kohärenzgefühl vorstellt, lohnt sich also unter Umständen ein gezieltes Nachfragen nach Traumata, die sonst leicht übersehen werden könnten. Auch die Anzahl verschiedener erlebter Traumata stellt offenbar einen Risikofaktor für die Entwicklung einer PTSD dar. In dieser Studie gab es keine demographischen Variablen, die sich mittels Regressionsanalyse als Prädiktoren für PTSD identifizieren ließen. Das widerspricht den Erkenntnissen diverser anderer Studien, in denen Alter und sozioökonomischer Status einen prädiktiven Wert auf die PTSD-Symptomatik zeigten (47). Ein ähnliches Ergebnis zeigt eine Studie an ambulanten psychiatrischen Patienten aus North Carolina (11), bei der das Erleben mehrerer Traumata mit dem Auftreten von PTSD assoziiert war. In einer Studie an Patienten mit schweren psychischen Störungen (25) war das Auftreten von PTSD, wie auch bei uns, mit der Anzahl der unterschiedlichen erlebten Traumata assoziiert, zusätzlich bestand hier eine Assoziation mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Wenn ein Patient also im Verlauf der Anamnese von mehreren Traumata berichtet, so sollte der Therapeut ein besonderes Augenmerk auf eventuell vorliegende PTSD-Symptome richten. Maercker et al. (99) fanden bei 384 ehemals politisch Inhaftierten der DDR heraus, dass die subjektiv *erlebte Lebensgefahr* das Risiko der psychischen Beschwerden um das 1.9fache erhöht. Als zentraler psychotraumatologischer Risikofaktor stellte sich die reale oder wahrgenommene Lebensgefahr heraus. Bei Verkehrsunfallopfern erwies sich die

erlebte Lebensgefahr in prospektiven Längsschnittstudien regelmäßig als signifikanter Prädiktor späterer Belastungen (100). Dieses Ergebnis bestätigt Befunde, dass die wahrgenommene Lebensgefahr während eines Traumas ein wichtiger pathogener Faktor ist. Nach Foa et al. (49) sind vor allem solche Personen gefährdet, die dazu tendieren, *aversive Ereignisse als unvorhersehbar und unkontrollierbar* anzusehen. Solche Personen tendieren auch dazu, die Ursachen für das Trauma external zu attribuieren und selbst keine Bewältigungsmöglichkeiten zu sehen. Van Zelst et al. (87) untersuchten 422 ambulante psychiatrische Patienten höheren Alters (Alter zwischen 61-95 Jahren, Frauen: 56.9%) aus Holland. Neurotizismus stellte sich als der stärkste Prädiktor für PTSD heraus. Interessant ist an diesem Ergebnis, dass SOC eher als Schutzfaktor den als Risikofaktor diskutiert wird.

11. Kritikpunkte und offene Fragen

11.1. Stichprobe und Erhebung

Die Ergebnisse unserer Studie sind nur bedingt für die Allgemeinbevölkerung generalisierbar, obwohl die Patientenzahl relativ groß ist. Die Gesamtstichprobe umfasste 483 Patienten im Alter von 17 bis 87 Jahren, wobei der Altersmittelwert bei 36 Jahren lag. Berücksichtigt man, dass hier überwiegend über Erwachsene des mittleren Lebensalters berichtet wird, lassen sich die Daten keinesfalls auf alle Lebensalter übertragen. Der Anteil der Frauen überwog deutlich den der Männer und war statistisch hochsignifikant. Der große Anteil der Frauen liegt wohl daran, dass Frauen mit psychischen Problemen eher dazu tendieren, Hilfe aufzusuchen als Männer. Ein weiterer bedeutsamer Aspekt für die Generalisierung der Ergebnisse ist die Befundlage, dass die Gesamtstichprobe ein deutliches Übergewicht an Personen mit höherer Schulbildung enthält. Der Anteil von Abiturienten war überproportional vertreten. Ferner beruhen die berichteten Prävalenzen auf Lebenszeitdiagnosen. Daher könnte wie in allen retrospektiven Studien das Problem der eingeschränkten Erinnerung bestehen. Da es sich zudem um eine Querschnittsuntersuchung handelt sind kausale Zusammenhänge, z.B. zwischen Trauma und Somatisierung nicht herzustellen. Es wurden zudem lediglich Fragebogendaten und keine strukturierten klinischen Interviews (z.B. SKID oder DIPS) verwandt. Insgesamt

sind die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung daher nur bedingt repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung.

Das Ziel der vorliegenden Studie war auch die noch immer spärliche Datenlage zu posttraumatischen psychischen Störungen im psychiatrischen / psychotherapeutischen Setting mit Informationen aus unserer Klinik zu ergänzen. Die meisten Studien, die an psychiatrisch/psychotherapeutischen Patienten erhoben wurden, stammen aus dem angloamerikanischen Raum. Meines Wissens gibt es bislang keine vergleichbare Studie im deutschsprachigen Raum, die auf so differenzierte Art und Weise Trauma- und PTSD-Prävalenzen überprüft hat.

Die Patienten füllten die Fragebögen vor ihrem ersten diagnostischen Gespräch aus. Es ist nahe liegend, dass traumatisierte Menschen im Erstinterview beim behandelnden Therapeuten dann auch mehr auf traumatische Ereignisse zu sprechen kamen. Daraus ließe sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die Anzahl der vergebenen PTSD-Diagnosen durch die behandelnden Therapeuten eher anwachsen müsste, womit sich die Differenz zwischen den PTSD-Fällen unseren Studienkriterien und der Anzahl der vergebenen PTSD-Diagnosen in der Ambulanz eher verringern müsste. Trotzdem stellten wir in unseren Daten eine große Diskrepanz zwischen den testpsychometrischen Zahlen und den PTSD-Prävalenz-Häufigkeiten fest. Mit den vorliegenden Daten können wir diese Vermutung letztlich nicht klären.

11.2. Fragebogen-Set

Etwa 30 Patienten wurden nach dem Ausfüllen des 11-seitige Fragebogen-Sets danach befragt, wie sie den Fragebogen in seiner Länge und Verständlichkeit erlebten. Von der großen Mehrheit der befragten Untersuchungsteilnehmer wurde der Fragebogen als gut und verständlich bezeichnet. Die Bearbeitungszeit variierte zwischen 25 und 40 Minuten, somit erscheint die Länge durchaus als geeignet. Insgesamt wurden 584 Fragebögen verteilt. Zurückgegeben wurden 496 komplett ausgefüllte Fragebögen, was eine Rücklaufquote von 84.9% ausmacht und als sehr gut bezeichnet werden kann.

11.2.1 Screening für Somatoforme Störungen (SOMS-2), Hospital Anxiety and Depression (HADS)

Bei dem *Screening für Somatoforme Störungen (SOMS-2)* findet man in mehreren Fragebögen Hinweise darauf, dass bestimmte Beschwerden mit dem Eintritt spezifischer Erkrankungen erstmals auftauchten. Damit ergab sich für den Patienten möglicherweise

das Problem, dass er nicht immer eindeutig darüber entscheiden konnte, ob nun bei den angegebenen Beschwerden organische Ursachen vorlagen oder nicht.

Der *Hospital Anxiety and Depression (HADS)* Fragebogen hinterließ bei der Durchsicht aller Fragebögen die wenigsten Fragen und Kommentare bei den Patienten.

11.2.2. Reliabilität vom Sense of Coherence (SOC-13)

Die *Reliabilitätsüberprüfung* ergab für den Fragebogen *Sense of Coherence (SOC-13)* wider erwarten eine sehr geringe interne Konsistenz, die bei einem Alpha von .31 lag. Für die Untersuchung des Kohärenzgefühls scheint diese Kurzversion demnach ungeeignet. Im Gegensatz zur Kurzversion liegen in der Literatur für die Langform gute bis sehr gute Kennwerte für Reliabilität und Validität vor.

11.2.3. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

Bei der Durchsicht der PDS-Trauma-Checkliste fiel auf, dass viele Patienten das Item „*sexueller Kontakt im Alter unter 18 Jahren mit einer Person, die mehr als 5 Jahre älter war (z.B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten)*“ mit Fragezeichen und Kommentaren versehen hatten, da sie offensichtlich durch die implizite Voraussetzung des Fragebogens, dieses Erlebnis sei ein Trauma, verunsichert waren. Die überwiegende Mehrzahl derjenigen, die dieses Trauma als ihr schlimmstes angaben, gab gleichzeitig das Erleben eines „sexuellen Angriffs“ an. Die Vermutung liegt also nahe, dass sexueller Kontakt im Alter von unter achtzehn Jahren mit einer Person, die mehr als fünf Jahre älter ist, in der Regel nur dann als Trauma erlebt wird, wenn der sexuelle Kontakt nicht freiwillig erfolgt. Auffallend war auch, dass Patienten, die *mehrere Traumata in der PDS-Trauma-Checkliste* angaben, bei dem Hinweis, dass sie im Folgenden das schlimmste Trauma angeben sollen, dies nicht taten. Die Annahme ist nahe liegend, dass die betroffenen Patienten Schwierigkeiten hatten, sich für das schlimmste Trauma zu entscheiden. Es könnte aber auch sein, dass bei denjenigen Traumata, bei denen inhaltliche Übereinstimmung bestand (z.B. sexuelle und körperliche Gewalt durch Familienmitglieder), es sich um das gleiche traumatische Ereignis handelte, was aber spezielle Traumtypen abbildet.

Wenn man die Daten der Trauma-Gruppe betrachtet, muss man auch beachten, dass durch die Möglichkeit der *Eintragung frei formulierter Traumata* in den Trauma-Fragebogen in dieser Gruppe Personen mit sehr verschiedenartigen Traumata zusammengefasst sind, die insgesamt keiner speziellen Definition unterliegen. Erst nach Berücksichtigung der DSM-IV-Kriterien, die am Ende des Trauma-Fragebogens abgefragt werden, hat man eine

einheitliche Gruppe von Traumata vorliegen, so dass die Daten über die Gruppe der Patienten mit solchen Traumata mit den Ergebnissen anderer Studien vergleichbar sind. Der Vorteil davon, die Befragten erlebte Traumata frei formulieren zu lassen, besteht sicherlich darin, dass solche Traumata nicht übersehen werden, die nicht in der Liste enthalten sind, und dass sich der Fragebogen anhand seiner eigenen Ergebnisse weiterentwickeln lässt.

11.2.4. PTSD-Prävalenz nach der Impact of Event Scale (IES-R)

Testpsychometrisch fiel die *PTSD-Prävalenz nach IES-R* wesentlich höher aus, als nach unseren Studienkriterien (DSM-IV Eingangstraumakriterium plus positiver Wert im IES-Score). Hier stellt sich die berechtigte Frage, ob der IES-R nicht zu viele Falsch-Positiv PTSD-Fälle stellt. Der IES-R bezieht sich auf das schlimmste Trauma und geht a priori davon aus, dass dieses schlimmste Trauma auch die Kriterien eines psychischen Traumas erfüllt. Unsere Daten legen jedoch nahe, dass das schlimmste Trauma nicht in jedem Fall auch das Traumakriterium nach DSM-IV erfüllt. Daher erscheint es sehr sinnvoll, bei Anwendung der Impact of Event Skala in jedem Fall auch das Psychotrauma nach dem Eingangstraumakriterium von DSM-IV abzuklären. In der Literatur gibt es bekanntlich gute Evidenzen darüber, dass Menschen außergewöhnliche Stressbelastungen sehr unterschiedlich wahrnehmen und verarbeiten.

11.3. Umgang mit dem Traumabegriff

Bei der Erfassung traumatischer Ereignisse ist es, wie unsere Studie gezeigt hat, von großem Interesse, auf welche Weise das Psychotrauma definiert und identifiziert wird. Zwar ist im DSM-IV der Begriff Trauma mit den zwei Kriterien A1 und A2 definiert, aber die Methoden, in der Forschung traumatische Ereignisse zu erfassen, unterscheiden sich stark und liefern verschiedene Ergebnisse. In der Literatur ist allerdings keine Studie zu finden, die das Vorliegen eines Traumas ebenfalls auf diese Weise überprüft hat. Stattdessen ist es üblich, Listen von Ereignissen, von denen angenommen wird, dass bei ihnen die Kriterien erfüllt sind, zu erstellen, und diese Untersuchungsteilnehmern vorzulegen. Die Ereignisse, denen man einräumt, traumatisch im Sinne des DSM-IV zu sein, sind von den verschiedenen Autoren und Arbeitsgruppen jeweils verschieden gewählt. Auf diese Weise ist die Vergleichbarkeit der Expositions-Prävalenzen nicht gewährleistet. Es ist dringend notwendig, ein einheitliches Traumakriterium zu verwenden. Ob das derzeit geltende DSM-Kriterium dafür geeignet ist, bedarf weiterer

Untersuchungen. Klar ist, dass es nicht das Ziel sein kann, eine möglichst vollständige Liste traumatischer Ereignisse zu erstellen. Es muss eine Operationalisierung gefunden werden, die dem Wesen einer traumatischen Situation gerecht wird. Dazu ist weitere Forschung notwendig: Was macht ein Ereignis zu einem nicht zu bewältigenden Einschnitt? Was unterscheidet Ereignisse, die wahrscheinlicher zu posttraumatischen Belastungssymptomen führen von anderen? Dass das Augenmerk nicht ausschließlich auf subjektiven Maßen liegen darf, ist ebenfalls zu fordern. Die derzeitige Inflation des Traumbegriffs würde sich durch eine rein subjektive Definition vermutlich noch weiter steigern und den Nutzen dieses Begriffs erheblich in Frage stellen.

Die Ungereimtheiten in unserer Studie bezüglich der Vergabe von PTSD-Diagnosen führen letztlich zu der Frage, ob DSM-IV- und ICD-10-Diagnose überhaupt vergleichbar sind. Die Definition eines DSM-IV-Traumas, die in unserem Trauma-Fragebogen operationalisiert wurde, ist durch die Angabe der Stressorkriterien einerseits viel genauer als die Trauma-Definition der ICD-10. Andererseits ist es gut möglich, dass die Therapeuten sich wegen der mangelnden Kriterien für die Definition eines Traumas in der ICD-10 dazu gezwungen sehen, sich streng an die dort vorgegebenen Beispiele für Traumata zu halten. Somit ließe die DSM-IV-Definition eine größere Bandbreite auch subjektiv als gravierend erlebter, objektiv gesehen minimaler Traumata zu, während solche Traumata in der Beispiel-Liste der ICD-10 nicht enthalten sind. Angesichts dieser Informationen stellt sich auch die Frage, wie sinnvoll die beiden Trauma-Definitionen überhaupt für die klinische Anwendung sind. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass Situationen, auch wenn sie gemäß PDS ein Trauma darstellen, noch lange nicht „psychisch traumatisierend“ im Sinne einer operationalisierten DSM-IV-Diagnostik wirken müssen.

11.4. Offene Fragen

Die Resultate der vorliegenden Untersuchung werfen neue Fragen auf, die man in zukünftigen Studien weiter nachgehen sollte:

1. Wie reliable und valide sind testpsychometrische Resultate zur Trauma- und PTSD-Prävalenz im Vergleich zu Häufigkeiten aus strukturierten Interviews?
2. Gibt es traumaspezifische Befindlichkeitsstörungen?
3. Ist der enge Zusammenhang von neurologischen bzw. gastroenterologischen Symptomen und PTSD traumaspezifisch?
4. Welche Rolle spielen dissoziative Symptome bei der Entwicklung einer PTSD?

5. Stellt die soziale Unterstützung neben dem Kohärenzgefühl einen weiteren Schutzfaktor für PTSD dar?
6. Welche Anhaltspunkte sind für Therapeuten besonders wichtig, um ein Psychotrauma bzw. eine PTSD nicht zu übersehen?
7. Ist eine Trauma-Therapie auch dann indiziert, wenn nach einem Psychotrauma keine PTSD im engeren Sinne vorliegt?

12. Zusammenfassung

An einer Stichprobe von 483 Patienten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hatte die vorliegende Untersuchung zum Ziel, die Trauma- und Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)-Prävalenzen in unserem Inanspruchnahmeklientel zu identifizieren, und deren Beziehung zur Depressivität, Ängstlichkeit, Kohärenzgefühl und Inanspruchnahmeverhalten zu untersuchen. Des Weiteren sollte der Zusammenhang von Trauma, PTSD und Somatisierung genauer untersucht werden. Ferner verfolgten wir das Ziel, Prädiktoren für PTSD zu identifizieren.

Die Trauma-Expositionsrate schwankte zwischen 31.1% und 63.1%; diese war abhängig vom Eingangstraumakriterium nach DSM-IV (A1 und A2) für PTSD. Die Resultate dieser Arbeit konnten verdeutlichen, dass es einen Unterschied macht, ob man beide Traumakriterien heranzieht oder lediglich eines davon erfüllt sein muss, um von einem psychischen Trauma zu sprechen. Testpsychometrisch betrug die PTSD-Prävalenz 10.1%, während die behandelnden Therapeuten bei nur 2.9% der Gesamtstichprobe die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ (F43.1 nach ICD-10) stellten. Generell scheinen PTSD-Betroffene unter einer grundsätzlich höheren psychischen Belastung (Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung) zu leiden als Traumatisierte ohne PTSD und noch mehr gegenüber Nicht-Traumatisierten. Unter gesundheitsökonomischen Aspekten scheint es besonders wichtig zu sein, Menschen mit Traumatisierung einer adäquaten Behandlung unterziehen zu lassen. Sie zeigten in der vorliegenden Untersuchung das höchste Inanspruchnahmeverhalten bezüglich Arztbesuche, Psychotherapie und Psychopharmaka gegenüber Nicht-Traumatisierten.

Bemerkenswert sind die Ergebnisse bezüglich der zentralen Hypothesen, zum einen PTSD würde von den behandelnden Therapeuten unterschätzt und zum anderen PTSD und Somatisierung würden in enger Beziehung zueinander stehen. Unsere Befunde stimmen mit anderen empirischen Arbeiten überein, so dass man berechtigterweise die Vermutung äußern kann, es handle sich bei beiden Fällen um ein generelles Phänomen, das settingunspezifisch zu sein scheint. Bezüglich des Zusammenhangs von Somatisierung und PTSD standen insbesondere neurologische und gastrointestinale Beschwerden im Vordergrund.

Unsere Ergebnisse haben auch diagnostische Implikationen. Die PTSD wird häufig von anderen psychischen Störungen überlagert oder stellt sich phänomenologisch in Form anderer Störungen wie Depression oder Angststörung dar, was ihre Diagnose erschwert. Es ist eine gängige klinische Beobachtung, dass sich traumatisierte Patienten mit PTSD mit körperlichen Beschwerden in ärztliche Behandlung begeben (Rückenschmerzen, Schlafstörungen etc.), ohne dass die traumabedingte Genese der Beschwerden zur Sprache kommt. Die vorliegende Studie unterstreicht die Wichtigkeit der differentialdiagnostischen Einbeziehung der PTSD insbesondere bei Patienten mit somatoformen Symptomen bzw. Störungen, um sie einer adäquaten evtl. auch traumaspezifischen Behandlung frühzeitig zuführen zu können.

13. Literatur

- 1 Mott, F.W. (1919): War neuroses and shell shock. London: Oxford University Press.
- 2 Southard, E.E. (1919): Shell chock and neuropsychiatric problems. Boston: Leonard.
- 3 Adler, A. (1943). Neuropsychiatric complications in victims of Boston`s Coconut Grove disaster. JAMA 123, 1098-1101.
- 4 Grinker, R.R., Spiegel, J.P. (1945): Men under stress. Philadelphia: Blakiston.
- 5 Burgess, A.W., Holmstrom, L.L. (1974): Rape trauma syndrome. Am J Psychiatry 131, 981-986.
- 6 Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J., Resick, P.A. (1982): Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment strategies. In: Doley, D.M., Meredith, R.L. (Eds.): Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies. New York: Plenum Publishing.
- 7 American Psychiatric Association. (1952): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 8 Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T., Petzold, E. (2001): Posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart: Schattauer.
- 9 American Psychiatric Association. (1980): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 10 Maercker, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrebelastungen bei Opfern politischer Gewalt. Lengerich: Pabst.
- 11 Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J., Acierno, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S., Best, C.L. (2003): Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. J Consult Clin Psychol 714, 692-700.
- 12 Freud, S. (1995): Opere 1905/1921. (2. ed.) Rom: Newton. (Originalausgaben 1905-1921).
- 13 Fischer, G., Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: UTB, Ernst Reinhardt.
- 14 Ehlers, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.
- 15 American Psychiatric Association. (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 16 Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.
- 17 Brewin, C.R. (2001): A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. Behav Res Ther 39, 373-393.
- 18 Lang, P. (1979): A bio-informational theory of emotional imagery. Psychophysiology 16, 495-512.
- 19 Van der Kolk, B.A. (1994): The body keeps the score. Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Rev Psychiat 1, 253-265.

- 20 Ehlers, A., Clark, D.M. (2000): A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 38, 319-345.
- 21 Van Etten, M.L., Taylor, S. (1998): Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinic Psychol Psychotherapy* 5, 126-145.
- 22 Andrews, G., Slade, T., Peters, L. (1999): Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British J Psychiatry* 174, 3-5.
- 23 Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S. (1993): Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In: Davidson, J.R.T., Foa, E.B. (eds.): *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond*. S. 113-143. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 24 Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995): Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity sample. *Arch Gen Psychiatry* 52, 1048-1060 .
- 25 Davidson, J.R., Hughes, D., Blazer, D.G., George, L.K. (1991): Post-Traumatic Stress Disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 21, 713-721.
- 26 Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., Forde, D.R. (1997): Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 154, 1114-9
- 27 Helzer, J.E., Robins, L.N., McEnvoy, L. (1987): Post-traumatic stress disorder in the general population. *New Engl J Med* 317, 1630-1634.
- 28 Creamer, M., Burgess, P., McFarlane, A.C. (2001): Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med*. 31, 1237-47.
- 29 Norris, F.H. (1992): Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psych* 60, 409-418.
- 30 Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson, E. (1991) : Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 48, 216-222.
- 31 Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., Federman, B., Anthony, J.C. (1998): Epidemiological findings on posttraumatic stress disorder and co-morbid disorders in the general population. In: Dohrenwend, B.P. (Ed.): *Adversity, Stress and Psychopathology*. S. 319-330. New York: Oxford University Press.
- 32 Essau, C.A., Conradt, J. Petermann, F. (1999): Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Z Kinder Jug-Psych* 27, 37-45.
- 33 Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H.U. (2000): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 101, 46-59.
- 34 Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A.K., Cohen, E. (1995): Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a community population of older adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34, 1369-1380.
- 35 Cascardi, M., Mueser, K.T., DeGiralomo, J., Murrin, M. (1996): Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners. *Psychiatr Serv*. 47, 531-3.

- 36 Zimmerman, M., Mattia, J.I. (1999): Is posttraumatic stress disorder underdiagnosed in routine clinical settings? *J Nerv Ment Dis* 187, 420-428.
- 38 Samson, A.Y., Benson, S., Beck, A., Price, D., Nimmer, C. (1999): Posttraumatic stress disorder in primary care. *J Fam Pract* 48, 222-227.
- 39 Switzer, G.E., Dew, M.A., Thompson, K., Goycoolea, J.M., Derricott, T., Mullins, S.D. (1999): Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *J Trauma Stress* 12, 25-39.
- 40 Mueser, K.T., Goodman, L.B., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D., Osher, F.C., Vidaver, R., Auciello, P., Foy, D.W. (1998): Traumatic and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 66, 493-499.
- 41 Davidson, J., Smith, R. (1989): Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *J Trauma Stress* 3, 459-475.
- 42 Andreski, P., Chilcoat, H., Breslau, N. (1998): Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: A prospective study. *Psychiatry Res* 79, 131-138.
- 43 Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson, E.L., Schultz, L.R. (1997): Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 54, 1044-1048.
- 44 Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.U., McGonagle, K.A., Kessler, R.C. (1996): Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 53, 159-168.
- 45 Sorenson, S.B., Siegel, J.M. (1992): Gender, ethnicity, and sexual assault: Findings from a Los Angeles study. *J Soc Issues* 48, 93-104.
- 46 Arnow, B.A., Hart, S., Scott, C., Dea, R., O'Connell, L., Taylor, C.B. (1999): Childhood Sexual Abuse, Psychological Distress and Medical Use Among Women. *Psychol Med* 61, 762-770
- 47 Brewin, C.R., Dagleish, T., Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychol Rev*, 103, 670-686.
- 48 Shalev, A.Y., Peri, T., Canneti, L., Schreiber, S. (1996): Predictors of PTSD in injured trauma survivors : a prospective study. *Am J Psychiatry* 153, 219-25.
- 49 Foa, E., Zinbarg, R., Rothbaum, B.O. (1992): Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: An animal model. *Psychol Bull* 112, 218-38.
- 50 Frommberger, U., Stieglitz, R.D., Straub, S., Nyberg, E., Schlickwei, W., Kuner, E., Berger, M. (1999): The Concept of „Sense of Coherence“ And The Development of Posttraumatic Stress Disorder in Traffic Accident Victims. *J Psychosom Res* 46, 343-348.
- 51 Schnyder, U., Büchi, S., Mörgeli, H., Senky, T., Klaghofer, R. (1999): Sense of Coherence-A Mediator between Disability and Handycap? *Psychother Psychosom* 68, 102-110.
- 52 Rief, W., Hessel, A., Brähler, E. (2001): Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med* 63, 595-602.
- 53 Shalev, A., Bleich, A., Ursano, R.J. (1990): Posttraumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance. *Psychosomatics* 31, 197-203.

- 54 Litz, B.T., Keane, T.M., Fisher, L., Marx, B., Monaco, V. (1992): Physical health complaints in combat-related posttraumatic stress disorder: a preliminary report. *J Trauma Stress* 5, 131-5.
- 55 Beckham, J.C., Moore, S.D., Feldman, M.E., Hertzberg, M.A., Kirby, A.C., Fairbank, J.A. (1998): Health status, somatization, and severity of posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 155, 1565-9.
- 56 Labbate, L.A., Cardena, E., Dimitreva, J., Roy, M., Engel, C.C. (1998): Psychiatric syndromes in Persian Gulf War veterans: an association of handling dead bodies with somatoform disorders. *Psychother Psychosom* 67, 275-9.
- 57 Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Fransisco: Jossey-Bass.
- 58 Escobar, J.J., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Bravo, M. (1992): Somatic symptoms after a natural disaster: a prospective study. *Am J Psychiatry* 149, 965-967.
- 59 McFarlane, A.C., Atchison, M., Rafalowicz, E., Papay, P. (1994): Physical symptoms in post-traumatic stress disorder. *J Psychosom Res* 38, 715-726.
- 60 Golding, J.M. (1994): Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. *Health Psychol* 13, 130-8.
- 61 Drossman, D.A. (1995): Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. *Scand J Gastroenterol* 208, 90-96.
- 62 Leserman, J., Drossman, D.A., Li, Z., Toomey, T.C., Nachman, G., Glogau, L. (1996): Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. *Psychosom Med* 58, 4-15
- 63 Schofferman, J., Anderson, D., Hines, R., Smith, G., Keane, G. (1993): Childhood psychological trauma and chronic refractory low-back-pain. *Clin J Pain* 9, 260-5
- 64 Ehlers, A., Steil, R., Robins, L.N., McEvoy, L. (1996): *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS).* Oxford: Department of Psychiatry, Warnford Hospital, University Oxford.
- 65 Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. (1997): The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assessment* 9, 445-451.
- 66 Sheeran, T., Zimmerman, M. (2002): Screening for posttraumatic stress disorder in a general psychiatric outpatient setting. *J Consult Clin Psychol.* 70, 961-6.
- 67 Weiss, D.S., Marmar, C.R. (1996): The Impact of Event Scale- Revised. In: Wilson J P Keane TM (Eds.): *Assessing psychological trauma and PTSD.* PP 399-411. New York: Guilford Press.
- 68 Maercker, A., Schützwohl, M. (1998): Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica* 44, 130-141.
- 69 Rief, W., Hiller, W., Heuser, J. (1997): *SOMS- Das Screening für Somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen.* Bern: Hans Huber.
- 70 Hessel, A., Geyer, M., Schumacher, J., Brähler, E. (2002): Somatoforme Beschwerden in der Bevölkerung Deutschlands. *Z psychosom Med Psychother* 48, 38-58.

- 71 Herrmann, C. (1997): International Experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – A review of validation data and clinical results. *J Psycho Res* 42, 17-41.
- 72 Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 67, 361-370.
- 73 Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund?; Anatovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- 74 Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T., Brähler, E. (2000): Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Psychother Psychosom med Psychol* 50, 472-482.
- 75 Bortz, J. (1993): Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer-Verlag.
- 76 Hannover, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U., John, U. (2004): Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. *Psychother Psych Med* 54, 179-186.
- 77 Norris, F.H., Murphy, A.D., Baker, C.K., Perilla, J.L., Rodriguez, F.G., Rodriguez, J.J.G. (2003): Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol* 112, 646-656.
- 78 McFarlane, A.C., Bookless, C., Air, T. (2001): Posttraumatic stress disorder in a general psychiatric inpatient population. *J Trauma Stress* 14, 633-645.
- 79 Ellerbrok, G., Heuft, G., Senf, W. (1995): Zur Prävalenz sexuellen Missbrauchs in der Vorgeschichte stationärer Psychotherapiepatienten. *Psychotherapeut* 40, 9-16.
- 80 Koenen, K.C., Goodwin, R., Struening, E., Hellman, F., Guardino, M. (2003): Posttraumatic stress disorder and treatment seeking in a national screening sample. *J Trauma Stress* 16, 5-16.
- 81 Bruce, S.E., Weisberg, R.B., Dolan, R.T., Machan, J.T., Kessler, R.C., Manchester, G., Culpepper, L., Keller, M.B. (2001): Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 3, 211-217.
- 82 Stein, M.B., Walker, J.R., Forde, D.R. (2000): Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 38, 619-28.
- 83 Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., Best, C.L. (1993): Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 61, 984-91.
- 84 Escalona, R., Tupler, L.A., Saur, C.D., Krishnan, K.R., Davidson, J.R. (1997): Screening for trauma history on an inpatient affective-disorders unit: a pilot study. *J Trauma Stress* 10, 299-305.
- 85 Briere J, Woo R, McRae B, Foltz J, Sitzman R. (1997): Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *J Nerv Ment Dis.* 185, 95-101.
- 86 Golding, J.M., Wilsnack, S.C., Cooper, M.L. (2002): Sexual assault history and social support: six general population studies. *J Trauma Stress* 15, 187-97.
- 87 Van Zelst, W.H., de Beurs, E., Beekman, A.T., Deeg, D.J., van Dyck, R. (2003): Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychother Psychosom* 72, 333-42.

- 88 Deykin, E.Y., Keane, T.M., Kaloupek, D., Fincke, G., Rothendler, J., Siegfried, M., Creamer, K. (2001): Posttraumatic stress disorder and the use of health services. *Psychosom Med* 63, 835-41.
- 89 Blanchard, E.B., Buckley, T.C., Hickling, E.J., Taylor, A.E. (1998): Posttraumatic Disorder and Comorbid Major Depression: Is the Correlation an Illusion? *J Anxiety Disord* 12, 21-37.
- 90 Carlier, I.V., Voerman, B.E., Gersons, B.P. (2000): Intrusive traumatic recollections and comorbid posttraumatic stress disorder in depressed patients. *Psychosom Med* 62, 26-32.
- 91 Kimerling R, Calhoun KS. (1994): Somatic Symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 62, 333-40.
- 92 Ford, C.V. (1997): Somatic symptoms, somatization, and traumatic stress: An overview. *Nord J Psychiatry* 51, 5-13.
- 93 Costa, P.T., McCrae, R.R. (1985): Hypochondrias, neuroticism and aging. *Am J Psychol* 40, 19-28
- 94 Pribor, E.F., Yutzi, S.H., Dean, T., Wetzel, R.D. (1993): Briquet's syndrome, dissociation and abuse. *Am J Psychiatry* 150, 1507-11.
- 95 Saxe, G.N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., van der Kolk, B. (1994): Somatization in patients with dissociative disorders. *Am J Psychiatry* 151, 1329-35.
- 96 Fiedler, P. (2001): *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- 97 Boscarino, J.A. (1997): Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care. *Psychosom Med* 59, 605-614.
- 98 Thompson, K.M., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., Haseltine, B. (2003): Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood. *J Trauma Stress* 16, 35-8.
- 99 Maercker, A., Fehm, L., Raschka, J. (2000): Psychische Folgestörungen nach politischer Haft in der DDR: Verhaftungsgeschehen, Lebensgefahr und Misshandlungen als Risikofaktoren chronischer Beschwerden. *Z Klin Psychol Psych* 48, 172-184.
- 100 Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E., Loos, W. (1995): Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *J Nerv Ment Dis* 183, 495-504.

14. Danksagung

Viele Menschen haben an dieser Arbeit teilgehabt. Allen gilt mein Dank!

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Betreuer und Doktorvater Herrn Prof. Dr. Senf, der mir gegenüber stets hilfsbereit gewesen ist und in grundlegenden Momenten die entscheidenden Ratschläge und Anregungen für mich gehabt hat. Von ihm habe ich gelernt, dass Wissenschaft eine Leidenschaft sein kann!

Ich danke auch meiner Frau Abide und meiner Tochter Palin für die Geduld, die Unterstützung und die Wärme, die ich über die letzten Jahre von ihnen erfahren durfte. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht entstanden!

15. Lebenslauf

Der Lebenslauf ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht in der Online-Version enthalten