

Dissertation an der Medizinischen Universität Wien zur
Erlangung des akademischen Grades "DoktorIn der
medizinischen Wissenschaft" bzw. "Dr.scient.med."

„Gesundheitliche Folgen Häuslicher Gewalt“

von

Mag.rer.nat. Katharina Stigler

Betreuung von Ao. Univ. Prof. Mag. Dr. Elisabeth Jandl-Jäger

Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie Wien

Wien, September 2009

Danksagung:

Ich möchte mich an dieser Stelle bei den BetreuerInnen meiner Dissertation, Ao. Prof. Mag. Dr. Elisabeth Jandl-Jäger, O. Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser und Prof. Dr. Carol Hagemann-White herzlich bedanken. Besonderer Dank gilt hierbei Frau Prof. Jandl-Jäger, die den gesamten Entstehungsprozess meiner Arbeit mit umfangreichem fachlichem Wissen begleitet hat und mir sowohl mit praktischen, als auch mit inhaltlichen Anregungen hilfreich zur Seite stand. Ebenfalls möchte ich Frau Prof. Springer-Kremser für die rasche und engagierte Hilfe bei der Bearbeitung von organisatorischen Problemen jeglicher Art, die wertvollen Gestaltungs- und Gliederungsvorschläge als auch für inhaltliche Empfehlungen danken. Bei Frau Prof. Hagemann-White, als externes Mitglied des Dissertationskomitees, möchte ich mich für die Übernahme der Betreuung und hilfreiche inhaltliche Überlegungen bedanken.

Ganz besonders möchte ich mich bei meiner Familie Stefan und Helena bedanken, ohne deren Geduld und Nachsicht während der zahlreichen anstrengenden Phasen des Dissertationsstudiums, dieses nicht möglich gewesen wäre. Mag. Dr. Stefan Hochrainer möchte ich noch speziell für den interessierten und engagierten Beistand in theoretisch-wissenschaftlichen sowie statistischen Fragen danken.

Zusätzlich möchte ich meine Eltern Hubert und Gabriele Stigler für die Ermöglichung eines sorgenfreien Studiums und die stetige Unterstützung meiner Vorhaben dankend erwähnen.

Abschließend möchte ich noch Maria Gstöttner, Michael Bodenstein und Stefanie Krohn für sprachliche Korrekturen danken sowie meinem Bruder Christian für seine Hilfe in computertechnischen Fragen.

Inhaltsverzeichnis:

1. Abstract Deutsch	7
2. Abstract Englisch	9
3. Einleitung:.....	11
4. Häusliche Gewalt:	12
5. Trauma und Traumatisierungen:	15
5.1. Psychisches Trauma:.....	15
5.2. Integration verschiedener Trauma – Modelle:.....	18
5.3. Traumtypologisierung:	21
5.4. Beziehung als Trauma:.....	22
5.5. Traumatische Affekte, Bewältigungsversuche und Abwehrmechanismen:	26
5.6. Neurobiologische Veränderungen nach Traumatisierungen:	30
5.6.1. Das Traumagedächtnis:	30
5.6.2. Hirnstrukturelle, neurotransmitter- und neuroendokrine Veränderungen:	33
5.7. Folgen physischer, sexueller und emotionaler Traumatisierungen:.....	36
6. Die Posttraumatische Belastungsstörung:	37
6.1. Prävalenz und Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung:.....	39
6.2. Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen:.....	42
6.3. Komorbiditäten der Posttraumatischen Belastungsstörung:.....	43
6.4. Komplexere Formen posttraumatischer Störungen:.....	45
7. Persönlichkeitsstörungen:	46
7.1. Verinnerlichung traumatischer Objektbeziehungen: Introjektion und Identifizierung: .	49
7.1.1. Widersprüchliche und unassimilierbare Introjekte:	51
7.1.2. Externalisierung traumatischer Introjekte:.....	51
7.1.3. Einschränkung der Symbolisierungsfähigkeit:	52
7.2. Zusammenhang zwischen chronischen Traumatisierungen und (spezifischen) Persönlichkeitsstörungen:	53
7.2.1. Spezifischer Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung	55
7.3. Erklärungsansätze/Modelle:	59
8. Dissoziation:	61
8.1. Definition:	61
8.2. Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und dissoziativen Störungen:	64
8.3. Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit:	66

8.4.	Dissoziation als Symptom einer Posttraumatischen Belastungsstörung:	69
8.5.	Dissoziation als Symptom einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:	71
9.	Reviktimisierung:	73
10.	Therapeutische Konsequenzen:	76
10.1.	Konsequenzen für die Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung:	78
10.2.	Konsequenzen für die Therapie der Persönlichkeitsstörungen:	78
11.	Fragestellungen und Hypothesen:	81
12.	Untersuchungsdurchführung:	86
12.1.	Gewalterfahrungen:	86
12.1.1.	Körperliche Gewalt:	87
12.1.2.	Sexuelle Gewalt:	87
12.1.3.	Emotionale Gewalt:	87
12.1.4.	Miterleben von Gewalt:	88
12.2.	Der Gießner Beschwerdebogen (Brähler & Scheer, 1995):	88
12.3.	Die Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung:	90
12.4.	Dissoziative Somatoforme Symptome:	91
13.	Beschreibung der Stichprobe und erste explorative Analysen:	93
13.1.	Demographische Variablen:	93
13.2.	Gewalterfahrungen:	98
14.	Hypothesenprüfungen und Auswertung:	101
15.	Diskussion:	124

1. Abstract Deutsch:

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf die Gesundheit von betroffenen Frauen zu spezifizieren. Hierzu wird ausgehend vom theoretischen Konzept, dass besonders Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend zu vielfältigen Traumafolgestörungen führen, die von klassischen Posttraumatischen Belastungsstörungen über komplexe posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen bis hin zu dissoziativen Störungsbildern mit der extremsten Form, der dissoziativen Identitätsstörung, reichen sowie der Annahme, dass sich diese Beeinträchtigungen durch traumatische Erfahrungen auch auf psychosomatischer Ebene äußern, der Zusammenhang zwischen Gewalterlebnissen und Folgestörungen, speziell für psychosomatische Beschwerdebilder, untersucht und spezifiziert. Dazu werden bestimmte Symptome oder Symptomgruppen auf die Art des erlebten Traumas zurückgeführt. Ein besonderes Augenmerk wird auf die somatoformen Symptome der Patientinnen gelegt, die oft als körperliche Erkrankungen verkannt, falsch behandelt und dadurch chronifiziert werden. In dieser Arbeit wird angenommen, dass die somatischen sowie die somatoform-dissoziativen Beschwerden von PatientInnen bei allen traumaassoziierten Störungen von Bedeutung sind und ihr Zusammenhang mit erlebter Gewalt Konsequenzen für die Anamneseerhebung sowie für die Wahl der Behandlungsstrategie beinhaltet.

Neben den diesbezüglichen theoretischen Überlegungen wurde zur empirischen Testung des Konzeptes eine Untersuchung durchgeführt, für die ausführliche narrative Krankengeschichten bzw. deren quantitative und qualitative Auswertung von insgesamt 156 Patientinnen mit Gewalterfahrungen zur Verfügung standen, die sich aus einer Totalerhebung der PatientInnen der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Jahrgänge 1990-1996 ergaben.

Die statistische Auswertung lieferte Ergebnisse, die die Aussage erlauben, dass körperliche Gewalterfahrungen mit dem Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung, sexuelle Gewalterfahrungen hingegen mit dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, speziell der Borderline-Persönlichkeitsstörung, zusammenhängen. Weiters zeigten die Patientinnen mit Gewalterfahrungen eine deutliche Erhöhung der Zahl der somatischen Beschwerden, wobei bei der Spezifizierung Zusammenhänge zwischen (den) körperlichen Gewalterlebnissen und den somatischen Beschwerden gefunden wurden. Bezüglich der posttraumatischen Störungsbilder konnten für die Posttraumatische Belastungsstörung sowie für die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Zusammenhänge mit den psychosomatischen Beschwerden der Patientinnen gezeigt werden. Aus diesen Ergebnissen lässt sich ein Zusammenhang zwischen den körperlichen Gewalterlebnissen, den psychosomatischen Beschwerden und der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie ein Zusammenhang zwischen sexuellen Gewalterlebnissen, einem hohen Ausmaß an körperlichen Beschwerden und der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkennen. Zusätzlich zeigten die Analysen Unterschiede in der Ausprägung der Somatoformen Dissoziation für das Erleben von körperlicher Gewalt sowie für das Vorliegen posttraumatischer Störungen, wie die Posttraumatische Belastungsstörung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Die in dieser Arbeit theoretisch angenommenen und gezeigten Zusammenhänge der somatischen sowie der somatoform-dissoziativen Symptome sowohl mit erlebter Gewalt als auch mit Traumafolgestörungen, ziehen therapeutische Konsequenzen nach sich, die sich einerseits auf die Notwendigkeit einer genauen Abklärung erlebter Traumata bei der Anamneseerhebung beziehen und andererseits eine Konzentration auf die verursachenden Bedingungen und die Berücksichtigung der Dissoziationsneigung der PatientInnen bei den Behandlungsstrategien nahelegen.

2. Abstract Englisch:

The main aim of this thesis is to specify the consequences of traumatic experiences like violence on the health of the victims. It is based on the concept that especially traumatization in the early age leads to a wide range of symptoms and disorders, including posttraumatic stress disease, complex posttraumatic stress diseases and personality disorders as well as dissociative disorders with dissociative identity disorder as the worst form. The assumption, that the impairments due to traumatic experiences also manifest themselves on a psychosomatic level and the connection between experienced violence and the following disorders has been investigated and specified, especially for psychosomatic disorders. For that, certain symptoms and groups of symptoms are traced back to the type of the traumatic experience. Special attention has been directed to the somatoform symptoms of the patients, which often stay unrecognized, get treated incorrectly as physical diseases and therefore become chronic. In this work it is assumed that somatic as well as somatoform-dissociative troubles of patients are of significance in every disease following trauma and their relation with experienced violence includes consequences for anamneses and treatment.

Beside theoretical considerations on this topic, an investigation has been carried out to empirically test the assumptions, which are based on detailed narrative medical histories or the quantitative and qualitative evaluation of 156 women who experienced violence in some form. These sample results form a total investigation of the patients coming to the University Clinic of Psychoanalysis and Psychotherapy in Vienna in the years 1990-1996. The statistical analysis of the data has shown results which allow the statement that experienced physical violence is connected to posttraumatic stress disease and experienced sexual violence is linked to the diagnosis of a personality disorder, especially the borderline personality disorder. In addition, the patients who experienced violence have shown a high level of somatic symptoms. In the specialization, a connection between physical violence and somatic symptoms has been found. Regarding the posttraumatic diseases connections could be shown between the posttraumatic stress disease, the borderline personality disorder and the psychosomatic symptoms of the patients. Due to these results a link between experienced physical violence, the psychosomatic symptoms and the posttraumatic stress disease as well as a link between experienced sexual violence, a high level of somatic symptoms and the borderline personality disorder can be seen. The statistical analysis has further shown differences in

the level of somatoform dissociation for experienced physical violence as well as for posttraumatic disorders like the posttraumatic stress disease and the borderline personality disorder.

The in this work assumed and shown connections of the somatic plus the somatoform-dissociative symptoms with experienced violence as well as posttraumatic disorders include therapeutic consequences, which on the one hand points out the necessity of clarifying in detail any experienced trauma in anamneses and on the other hand suggest treatment strategies, which concentrate on the causing conditions and consider the patients' tendency to dissociation.

3. Einleitung:

Ziel dieser Arbeit ist es, die Auswirkungen von häuslicher Gewalt auf die Gesundheit von betroffenen Frauen zu spezifizieren. Unter dem Begriff häusliche Gewalt wird die Anwendung von Gewalt in partnerschaftlichen oder familiären Beziehungen sowie in Institutionen, denen Obhut und Fürsorge unterliegt, verstanden. Es kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass 25% aller Frauen in ihrer jetzigen oder einer früheren Partnerschaft oder in der Familie eine oder mehrere Arten von Gewalt erleben mussten (Müller & Glammeier, 2004). Gewalterfahrungen sind traumatische Erlebnisse, die zu psychischen und/oder körperlichen Konsequenzen für die Opfer führen können. Die daraus resultierenden posttraumatischen Störungen sind psychogene Erkrankungen, die durch Traumatisierungen bewirkt werden. Es handelt sich um seelische Verletzungen, die mit zeitlicher Verzögerung zu vorübergehenden, länger andauernden oder lang anhaltenden Störungen im seelischen oder körperlichen Bereich und zu einer Veränderung der Persönlichkeit führen. Diese Störungen sind in Bezug auf Entstehung und Erscheinung äußerst vielseitig. Bei der Betrachtung der Auswirkungen von Gewalt scheint es sinnvoll, sich genau und differenziert mit den Folgen für die Gesundheit der Opfer zu beschäftigen (Hagemann-White, 1998).

Ausgehend vom theoretischen Konzept, dass besonders Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend zu vielfältigen Traumafolgestörungen führen, die von klassischen Posttraumatischen Belastungsstörungen über komplexe posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen bis hin zu dissoziativen Störungsbildern mit der extremsten Form der dissoziativen Identitätsstörung reichen und der Annahme, dass sich diese Beeinträchtigungen durch traumatische Erfahrungen auch auf psychosomatischer Ebene äußern, wird in dieser Arbeit der Zusammenhang zwischen Gewalterlebnissen und Folgestörungen, speziell für psychosomatische Beschwerdebilder, untersucht und spezifiziert. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die somatischen Symptome der Patientinnen gelegt, da rund 10% der Bevölkerung unter somatoformen Störungen leiden (Erman, 2004), woraus sich die große Bedeutung dieser Störungen und dieser PatientInnengruppe ergibt. Somatoforme Störungen werden oft als körperliche Erkrankungen verkannt, falsch behandelt und dadurch chronifiziert. In dieser Arbeit wird angenommen, dass diese somatoformen Beschwerden bei allen traumaassoziierten Störungen von Bedeutung sind und ihr Zusammenhang mit erlebter Gewalt Konsequenzen für die Anamneseerhebung sowie für die Wahl der Behandlungsstrategie

beinhaltet. Insbesondere werden bestimmte Symptome oder Symptomgruppen auf die Art des erlebten Traumas zurückgeführt und es wird erarbeitet, inwieweit die unterschiedlichen oder überlappenden Symptome und/oder Diagnosen der vielfältigen Traumafolgestörungen klinisch und therapeutisch relevant sind. Neben den diesbezüglichen theoretischen Überlegungen wurde zur empirischen Testung des Konzeptes eine Untersuchung durchgeführt, für die ausführliche narrative Krankengeschichten bzw. deren quantitative und qualitative Auswertung von insgesamt 156 Patientinnen mit Gewalterfahrungen zur Verfügung standen, die zwischen 1990 und 1996 an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie gesehen wurden.

4. Häusliche Gewalt:

Häusliche Gewalt ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, das sich durch alle Schichten und Kulturen zieht. Trotzdem hat sich die Gesellschaft bis vor Kurzem geweigert, die Problematik von missbräuchlichen Situationen in Familien und Schulwesen anzuerkennen. Erst seit der bahnbrechenden Untersuchung von Kempe et al. (1962) zum „battered child syndrome“ ist eine ernsthafte Beschäftigung mit dem Thema psychische Misshandlung zu erkennen. Die Tabuisierung der Gewalt zog sich vor allem auch durch die professionelle Welt. Diese zeigte eine heute kaum mehr verständliche Ignoranz gegenüber dem Phänomen innerfamiliärer, speziell sexueller Traumatisierung. Inzest galt als extreme Seltenheit mit äußerst niedrigen Prävalenzraten (Weinberg, 1955). In literarischer (belletristischer) Form setzte sich zumindest ein Teil der Gesellschaft jedoch schon länger mit der Problematik von Gewalt in der Familie und Fürsorgeinstitutionen auseinander, zum Beispiel „David Copperfield“ von Dickens, „Ein Mord den Jeder begeht“ von Doderer oder „Der Weg allen Fleisches“ von Samuel Butler. Die offizielle Ära der „Anerkennung“ begann jedoch erst Ende der 60er Jahre, mit der Anerkennung der hohen Prävalenz von körperlicher und sexueller Gewalt in Familien sowie der posttraumatischen Störungsbilder durch Kriegseinwirkungen. Eine weitere treibende Kraft in der Auseinandersetzung mit Gewalterfahrungen stellt die neuere Frauenbewegung und deren Kampf gegen die Unterdrückung von Frauen dar. Durch diese feministische Bewegung wurde das Leid von Frauen, die Gewalt ausgesetzt sind, überhaupt erst sichtbar und die Grenzverletzungen thematisiert, wobei die verschiedensten Formen und sozialen Kontexte von Gewalt gegen Frauen und Mädchen

aufgedeckt und zum öffentlichen Thema gemacht wurden (Hagemann-White & Lenz, 2002). Die Gefahr von Verleugnung und Verdrängung bleibt aber angesichts der „Recovered-memory“-Debatte¹ in den USA weiterhin gegenwärtig (Bohleber, 2000). Die Resistenz der gesellschaftlichen Verleugnung von Gewalt ist auch an der gegenwärtigen Situation von männlichen Gewaltopfern erkennbar, die der von vergewaltigten und misshandelten Frauen vor dreißig Jahren ähnelt und durch Verleugnung der Problematik und Ignoranz den Betroffenen gegenüber gekennzeichnet ist (Hagemann-White et al., 1997). Der Begriff des „männlichen Opfers“ scheint ein kulturelles Paradoxon zu sein. Jemand ist entweder ein Opfer oder ein Mann, die beiden Begriffe sind im Denken der Gesellschaft unvereinbar (Hagemann-White & Lenz, 2002). Angesichts dessen stellt die Auseinandersetzung mit Gewalterlebnissen und deren Folgen auch weiterhin ein gesellschaftlich hochrelevantes Thema dar.

Psychiatrische Störungen in Folge von traumatischen Erlebnissen wurden aber schon seit den Anfängen der neuzeitlichen Psychiatrie immer wieder diskutiert. Oppenheim prägte bereits 1889 den Begriff der „traumatischen Neurose“. Diese Diskussionen weiteten sich speziell während des ersten Weltkrieges durch die sogenannten „Kriegsneurosen“ noch deutlich aus (Tölle, 2005). Die kausalen Bewertungen dieser Störungen wurden durch psychologische Positionen abgelöst, die sich aber meist auf psychopathische Veranlagungen oder simulative Tendenzen beriefen, woraus sich oft völlig inhumane Therapiepraktiken ergaben (Riedesser & Verderber, 1996). Wie Hirschmüller (2002) zusammenfasst, ist die weitere Diskussion sowohl von Charcot und Janet als auch in den frühen Arbeiten von Freud (1920) durch einen explizit traumapsychologischen Ansatz gekennzeichnet. In weiterer Folge zeigte sich die offizielle Psychoanalyse trotz der psychotraumatologischen und psychoanalytischen Konzeptbildung der „traumatischen Kriegsneurosen“ des zweiten Weltkrieges von Kardinger (1941) hinsichtlich des kausalen Stellenwertes psychologischer Traumata für die Genese neurotischer Störungsbilder ablehnend (Lorenzer 1966). Arbeiten von Horowitz (1986) stellten dann eine Verbindung hinsichtlich der daraus folgenden psychologischen Symptome zwischen kriegsbezogenen und zivilen Traumata her und beeinflussten damit maßgeblich die diagnostische Erfassung der Posttraumatischen Belastungsstörung im DSM.

¹ Im letzten Jahrzehnt hat sich, vor allem in den USA eine gesellschaftliche als auch wissenschaftliche Diskussion über die Zuverlässigkeit und den Wahrheitsgehalt von (Wieder-)Erinnerungen an Kindheitstraumata entwickelt. Für Details wird an dieser Stelle auf Bohleber (2000) verwiesen.

In unserer Gesellschaft besteht für Verbrechen im häuslichen Umfeld sowie auch für Vergewaltigungen allgemein immer noch eine hohe Dunkelziffer. Schuld- und Schamgefühle sowie die soziale Beziehung des Opfers zum Täter erhöhen die Hemmschwelle und verhindern die Öffentlichmachung dieser Traumata (DiVasto et al., 1984). Ausgehend von den Kriminalstatistiken wurden in Deutschland in den Jahren 1982-1990 jährlich ca. 1200 Fälle von Kindesmisshandlung gemeldet (Engfer, 1990). Aufgrund der hohen Dunkelziffer, die durch Verschweigen der Vorfälle, durch Amnesie, Schamgefühle oder aus Angst vor Sanktionen entsteht, muss man davon ausgehen, dass in Deutschland zwischen 5 bis 10% aller Kinder unter 15 Jahren misshandelt werden. Schwere Misshandlungen dürften bei 1 bis 1,5% aller Kinder vorkommen (Engfer, 1990; Schmidt, 1990). Bei stationären PatientInnen variiert die Rate derjenigen, die eine Vorgeschichte mit körperlichen Misshandlungen aufweisen, zwischen 18 und 28% (Margo und McLees, 1991; Chu und Dill, 1990).

Frauen und Mädchen sind vor allem von sexuellen Übergriffen häufiger betroffen als Männer und Burschen. Auf der Grundlage einiger Studien wird davon ausgegangen, dass bis zu einem Drittel aller Frauen sexuelle Übergriffe im Sinne ungewollter sexueller Berührungen vor ihrem 18. Lebensjahr erfahren haben (Finkelhor et al., 1990; Sorensen et al., 1987). Eine repräsentative Dunkelfeldstudie von Wetzels (1997) zu Gewalterfahrungen in der Kindheit kommt zu dem Ergebnis, dass jede vierte bis fünfte Frau bis zum Alter von 16 Jahren Opfer mindestens eines sexuellen Übergriffes war. Zahlreiche internationale Daten lassen vermuten, dass jede zweite Frau einmal in ihrem Leben Opfer von sexuellen Kindesmißbrauch, sexuellen Angriffen im Erwachsenenalter, Gewalt in intimen Beziehungen, häuslicher Gewalt oder sexueller Belästigung wird (Kilpatrick et al., 2003; Lipari & Lancaster, 2002; Tjaden & Thoennes, 1998, 2006).

Zusammenfassend lässt sich folgern, dass innerfamiliäre Gewalt und Gewalt gegen Frauen ein soziales Problem mit hohen Prävalenzraten und hohen Dunkelziffern darstellt, dem erst seit der Nachkriegszeit ausreichend Aufmerksamkeit der betreffenden Forschungsrichtungen zukommt. Durch diese Gewalterfahrungen kommt es zu vielfältigen Traumafolgestörungen, die sich sowohl hinsichtlich Art und Ausmaß der erlebten Gewalt als auch in Art und Ausmaß der Symptomatik teilweise grundlegend unterscheiden, aber auch überschneiden.

5. Trauma und Traumatisierungen:

In dem gängigen Diagnoseschema DSM-IV-R wird bei traumatischen Erlebnissen hinsichtlich direktem Erleben und beobachteten Ereignissen unterschieden. Direkt erlebte traumatische Erfahrungen umfassen: kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person (Vergewaltigung, körperliche Angriffe, Raubüberfälle, Straßenüberfall), Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit. Bei Kindern sind weiters dem Alter unangemessene sexuelle Erfahrungen sowie angedrohte oder tatsächliche Gewalt oder Verletzungen als sexuelle Traumata zu werten. Als traumatisierende beobachtete Erlebnisse werden folgende Ereignisse angegeben: Beobachtung einer schweren Verletzung, oder eines unnatürlichen Todes durch gewalttätige Angriffe, Unfälle, Krieg oder Katastrophen oder der unerwartete Anblick eines toten Körpers oder Körperteils. Belastende Geschehnisse bei Familienmitgliedern oder nahestehenden Personen, von denen man erfahren hat, umfassen: gewalttätige persönliche Angriffe, schwere Unfälle oder Verletzungen, unerwarteter Tod oder lebensbedrohliche Krankheit.

Das Diagnoseschema ICD-10 führt als traumatische Ereignisse Natur- oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, schwere Unfälle, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein, an.

5.1. Psychisches Trauma:

Eine psychoanalytische Sichtweise vertritt die Auffassung, dass ein Trauma nicht nur aus der Perspektive der Art des beobachtbaren Ereignisses, sondern vielmehr aus dem Blickwinkel der subjektiven Realität des Opfers verstanden werden muss. Freud hat 1926 in „Hemmung Symptom und Angst“ als wesentliches Merkmal der traumatischen Neurose die Erfahrung der Hilflosigkeit des Ich angesichts einer unerträglichen Erregungshäufung äußeren oder inneren Ursprungs genannt. In seiner Zeit bildete Ferenczi (1932) mit der Überzeugung, dass die traumatische Situation bei der Entstehung der Neurose vernachlässigt wird, eine Ausnahme. Er erkannte die Wirkung von Lüge und Betrug als traumatisierendes Moment und auch die Gefahren, wenn diese in der

therapeutischen Situation wiederholt werden. Die Aufrichtigkeit, die Vertrauen schafft und im Gegensatz zur traumatogenen Vergangenheit steht, ermöglicht erst die therapeutische Bearbeitung. Traumatisierend wirken demnach nicht nur die Beziehungen zum Objekt, sondern auch die darin verwobenen Kommunikationsmuster. Vertrauensbruch, Ablehnung und Bagatellisierung erzeugen Unsicherheiten gegenüber der eigenen Wahrnehmung. Seine Forschung nahm viele Aspekte späterer Traumaforschung vorweg. Dazu gehören die zerstörende Wirkung des Traumas, die ein „totes Ich-Stück“ und eine Agonie hervorbringt, Enactments durch die das Trauma in der Therapie zum Vorschein kommt, die Spaltung des Ichs in beobachtende Instanz und preisgegebenen Körper, die Lähmung der Affekte und die Wirkung des Schweigens und der Sprachlosigkeit der Täter sowie die Identifizierung mit den Tätern, um seelisch zu überleben.

Psychisches Trauma ist in der psychoanalytischen Forschungsgeschichte jedoch kein einheitlicher Begriff, was schon die Fülle an Begriffen zeigt, die für die unterschiedlichen Formen von Traumatisierungen verwendet werden. Seit den 50er Jahren richtet sich das Forschungsinteresse vieler Psychoanalytiker auch auf die traumatisierenden Wirkungen der frühen Mutter-Kind-Interaktionen. Greenarce (1952, 1967) zeigte die Verursachung schwerer Neurosen durch traumatische Erlebnisse in den frühen pränatalen Entwicklungsphasen. Kris führte 1956 den Begriff des Belastungstraumas ein, der auf unterschwellige Dauerbelastung fokussiert. Hoffer prägte 1952 den Begriff des Silent-Traumas, das durch Zustände von frühem innerem Stress entsteht. Dieser Stress wird durch überwältigende Trennungs- und Verlassenheitsängste erzeugt, die auf ein Versagen der Mutter als Reizschutz zurückzuführen sind. Beim wiederholten Versagen der Mutter in ihrer Funktion als Reizschutz kommt es zu einem kumulativen Trauma (Khan, 1963). Von einem retrospektiven Trauma kann man laut Sandler (1967) dann sprechen, wenn die Wahrnehmung einer Situation die Erinnerung an eine frühere Erfahrung erweckt, die dann unter den aktuellen Bedingungen traumatisch wird. Mit den vielen Formen früher Deprivationstraumata hat sich Bowlby 1973 beschäftigt. Diese vielfältigen Untersuchungen, wobei hier nur einige der Wichtigsten genannt wurden, rückten den Untersuchungsfokus auf die Objekte des Kindes und den Beziehungen zu ihnen. Erst die Folgen des Holocaust führten hingegen zu der Entwicklung neuerer objektbeziehungstheoretischer Ansätze in der Traumatheorie. Zentral ist nun das Auseinanderbrechen der kommunikativen Dyade zwischen dem Selbst und einem inneren guten Objekt, dessen Folge Einsamkeit und Trostlosigkeit sind. Für Bohleber (2000) sind

am Trauma die Struktur der Wahrnehmungsprozesse und der Affekte sowie die spezielle Erfahrung des Durchbrechens des psychischen Raumes und der Zerstörung der Symbolisierung charakteristisch. „Das traumatische Erleben ist im Kern das eines >Zuviel<“ (S.798). Das Trauma zerstört den empathischen Schutzschild, der durch das verinnerlichte gute Primärobjekt gebildet wurde und es zerstört das Vertrauen in das kontinuierliche Vorhandensein guter Objekte (Bohleber, 2000). Durch die traumatische Erfahrung verstummt das innere gute Objekt als Vermittler zwischen Selbst und Umwelt (Cohen, 1985). Hoppe (1962) hat dieses Phänomen die Zerstörung des Urvertrauens genannt und Eissler (1968) bezeichnete es als fortschreitende narzisstische Entleerung. Laub und Auerhahn (1991) gingen davon aus, dass sich Traumatisierungen je nach Schweregrad der Zerstörung der Erwartung auf Gegenseitigkeit und des Bruchs der Dyade von Selbst- und Objektrepräsentanzen unterschiedlich typisieren lassen. Der Extremfall wäre eine völlige Trennung der Verbindung zwischen Selbst und Objekt. Für Stern (1972) besteht das Trauma in der vollkommen Hilflosigkeit des Ichs gegenüber der psychophysiologisch unerträglichen Situation. Im traumatischen Erleben kommt es zu einer Wiederholung der primären Depression, wobei das Todesgrauen und die drohende Annihilation die Objekt- und Selbstvorstellungen verschwinden lassen. Die Unfähigkeit des Ichs zur Meisterung solcher Situationen führen zu bleibenden Veränderungen der Ich-Funktionen.

Bei Traumatisierungen ist zwischen Situationen zu unterscheiden, die für alle Menschen traumatisch sind und Situationen, in denen die Bewältigungsfähigkeit interindividuell stark variieren kann. Trauma wird nach Dilling et al. (1993) als „belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), das fast bei jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (S.169) definiert. Die individuelle Bewältigungsfähigkeit und die Wirkung eines Ereignisses als traumatisch sind abhängig von kultur- und kontextspezifischen Interpretationen des einzelnen Individuums - der „traumaspezifischen Bedeutung“ (Lindy, 1993) für das Selbstkonzept - und dem Entwicklungsstadium, in dem das Trauma eintritt sowie der jeweils phasenspezifischen Konflikte.

Unter diesen Gesichtspunkten kann ein Trauma genau genommen erst retrospektiv von der Folgesymptomatik her definiert werden. Schwierigkeiten bei der Definition des psychischen Traumas ergeben sich auch aus der Relationalität des Begriffes. Es wird ein äußeres Ereignis mit dessen spezifischen Folgen für die innere Realität verknüpft (Fischer

und Riedesser, 1998). Bei allen Traumatisierungen sind objektive Situationsfaktoren und subjektive Bewertungsdimensionen untrennbar miteinander verbunden. Aus dieser Problematik ziehen einige Autoren den Schluss, dass als einziges unverzichtbares Kriterium bei der Definition von Traumatisierungen nur das Erleben völliger Hilflosigkeit und Ohnmacht bleibt (van der Kolk, 1996; Wöller, 2006).

Die Autorin schließt sich jedoch wie Wöller (2006) trotz aller möglichen Entgegnungen und Bedenken der folgenden Trauma-Definition von Fischer und Reidesser (1998, S.79) an:

„Ein Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

5.2.Integration verschiedener Trauma – Modelle:

Freud (1920) implizierte in seiner Definition eines Traumas eine Überwältigung der konstitutionell verankerten organismischen „Reizschranke“ eines Menschen durch eine massive Reizüberflutung, die grundlegende Schutz- und Abwehrmechanismen durchbricht und von einem alles dominierenden Gefühl von Hilflosigkeit begleitet wird. Dadurch können die traumatischen Erinnerungen und die damit assoziierten schmerzhaften Affekte nicht mehr konstruktiv verarbeitet werden. Intrapsychisch ist einerseits eine Tendenz zum „Wiederholungszwang“ auffällig, andererseits aber wird eine Leugnungshaltung eingenommen. Auf der Verhaltensebene äußert sich dies durch intrusives Wiedererleben der ursprünglichen traumatischen Situation sowie durch ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Daraus entsteht ein entscheidender intrapsychischer Konflikt, da im Wiederholungszwang immer auch ein Versuch zu sehen ist, das Trauma zu bewältigen, den traumatischen Flashbacks aber intensive Abwehr entgegengehalten wird. Die dabei entstehenden intensiven Angsteffekte unterstreichen die Intensität dieses Konfliktes.

Eine Reformulierung dieses Dissoziationsmodells im Sinne moderner Informationsverarbeitungsansätze wurde von Horowitz (1986) vorgenommen. Dieser Ansatz, auf den weiter unten genauer eingegangen wird, wird bis heute herangezogen,

um das initiale Erleben eines Traumas sowie die Verarbeitungsstufen und Fehlverarbeitungen besser verstehen zu können.

Nach Baranger et al. (1988) kann der Kern traumatischer Erfahrungen nur erfasst werden, wenn die überwältigende, vernichtende Angst mitberücksichtigt wird. Das psychoökonomische Modell des „reinen Traumas“ alleine reicht nicht aus, um die traumatische Wirkung von Ereignissen zu erklären, denn ohne bedeutungsgebende innere Strukturen kommt ein Trauma nicht vor. Die traumatische Erfahrung zerstört das Vertrauen in die gemeinsame symbolisch vermittelte Welt, die uns vorbewusst verbindet und die wir in allen Interaktionen voraussetzen, also die Basis, auf die jede Erfahrung trifft (Bohleber, 2000). Die unmittelbare Gewalt, das destruktive Element entzieht sich der Bedeutungsgebung. Der Konstruktionsprozess, mit dem wir Bedeutungen generieren, bricht zusammen und es bleibt ein Zuviel, ein Überschuss, der die seelische Struktur durchbricht. Dies kennzeichnet für Bohleber (2000) die Notwendigkeit von objektbeziehungstheoretischen und psychoökonomischen Begrifflichkeiten.

Die wiederkehrenden Intrusionen fragmentierter traumatischer Erinnerungen können retraumatisierend wirken, weil sie, wie das Trauma selbst, auch ein Moment des Plötzlichen und Überwältigenden haben. Letztlich entscheidend ist aber die Tatsache, dass das einbrechende Wiedererleben nicht von Bedeutung aufgefangen werden kann und somit die betroffene Person dem Geschehen erneut passiv und hilflos ausgeliefert ist. Horowitz (1986, 1997, 1999) hat nachgewiesen, dass plötzlich einbrechende und aufschießende Gedanken, Erinnerungen, Gefühle und Enactments die hervorstechendsten Anzeichen für das Vorliegen eines Traumas sind. Er unterscheidet mehrere Phasen in dem Versuch, das Trauma zu bewältigen, wobei sich Intrusion und wiederkehrende Erinnerungen mit Verleugnung und emotionaler Betäubung abwechseln. Dieser phasenhafte Ablauf kann die intrusive Gewalt und die Verleugnung langsam reduzieren und die traumatische Situation kann nach und nach integriert werden. Dabei kann es durch die Schwere des Traumas oder die erhöhte Vulnerabilität aufgrund früherer Konflikte zu Komplikationen und pathologischen Verläufen kommen. Intrusive Symptome treten meist innerhalb von 48 Stunden nach dem Ereignis auf, verändern aber im Laufe des Bewältigungsprozesses ihre Funktion (Shalev, 1996). In der ersten Phase dienen sie der Verarbeitung und gelten als Heilungsversuch des Ichs, sie helfen so der seelischen Integration und Bedeutungsfindung. Sie können sich aber im weiteren Verlauf chronifizieren und als reine Überwältigung erfahren werden, der sich das Ich passiv

ausgeliefert fühlt (Freud, 1939; Bohleber, 2000). Chronifiziert sind die intrusiven Phänomene eine repetitive Dysfunktion des Gedächtnisses und erfordern enorme kognitive und emotionale Energie, um ihr Auftreten abzuwehren.

Ein weiteres wichtiges Merkmal von Traumatisierungen ist die Tatsache, dass die Zeit von Traumatisierten nach der traumatischen Situation verändert wahrgenommen wird. Das Zeitgefühl wird wie eingefroren oder stehen geblieben geschildert. Hervorstechend ist auch ein Mangel an Gefühl für die eigene Entwicklung, insbesondere die eigene Zukunft. Auch an der unmittelbaren Qualität der Erinnerungen, Alpträume und Flashbacks wird deutlich, dass die Zeit für die Betroffenen nicht vergeht (Bohleber, 2000). Terr (1984) hat den Zusammenhang zwischen Trauma und Zeit in einer empirischen Untersuchung erforscht. Das Erleben in der traumatischen Situation verändert die Zeitdauer bzw. ihre subjektive Bewertung. Wahrnehmen des Ereignisses in Zeitlupe und Zeitverzerrungen in der Zeitfolge, wo Ereignisse nach der Traumatisierung in die Zeit davor verlegt werden, sind häufige Symptome. Mit letzteren ist die Suche nach retrospektiven Bedeutungen und Vorzeichen verbunden, die dann in einen zeitlichen und inneren Zusammenhang mit dem Trauma gestellt werden, um eine Abwehr gegen das unerträgliche Gefühl absoluter Hilflosigkeit aufzubauen. Wie Hoppe schon 1962 für die Holocaust-Überlebenden darstellte, bezieht sich das Urvertrauen auch auf die Zeitperspektive und mit der Zerstörung des Urvertrauens durch das Trauma wird für die Traumatisierten auch das Zeitgefühl beeinträchtigt.

Wie Bohleber (2000) zusammenfasst, werden aus metapsychologischer Perspektive in der psychoanalytischen Traumatheorie sowohl hermeneutisch-objektbeziehungstheoretische als auch psychoökonomische Erklärungsmodelle benötigt. Psychoökonomische Modelle betonen die Erfahrung der Überwältigung und des Überschusses an Gewalt, Angst und Erregung, die seelisch nicht zu binden ist. Die erlebte Passivität und Hilflosigkeit kann zu einem inneren Aufgeben führen. Objektbeziehungstheoretische Modelle stellen den Zusammenbruch der inneren tragenden Objektbeziehungen, die Verlassenheit, die Unterbrechung der affektiven Bindungen und inneren Kommunikation und die daraus folgende Unfähigkeit zur narrativen Integration des Traumas in den Vordergrund.

5.3. Traumatisierung:

Im Umgang mit Traumatisierungen hat sich eine Unterteilung in „personale und apersonale Traumatisierungen“ und in „einmalige und überraschende oder lang andauernde und kumulative Traumatisierungen“ bewährt (Bohleber, 2000; Wöller, 2006). *Apersonale Traumen* sind nicht durch Menschen herbeigeführt. Beispiele hierfür sind Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle und unpersönliche Aspekte von Kriegseinwirkungen. *Personale Traumen* sind von Menschen verursacht. Als Beispiele können räuberische Überfälle, Vergewaltigungen, eheliche Gewalt, Kindesmisshandlung, Kindesmissbrauch, Folter, Geiselhaft und Kriegseinwirkungen genannt werden.

Nach Terr (1991) wird in der Literatur zwischen Typ-I- und Typ-II Traumen unterschieden. *Typ-I Traumen* oder Schocktraumen sind schicksalhafte Ereignisse, die das gewohnte Leben eines Menschen abrupt unterbrechen, ihn seiner tragenden Beziehungen berauben und die Kohärenz seiner Beziehungen und seines Selbsterlebens massiv gefährden. Beispiele für solche plötzlich und überraschend einsetzende einmalige Traumatisierungen wären Naturkatastrophen oder Verkehrsunfälle, aber auch Verfolgungstraumata wie Vergewaltigungen oder räuberische Überfälle. Dies sind Ereignisse, die durch ein Aufeinandertreffen von Täter und Opfer, durch ein radikales Machtgefälle und eine völlige Ohnmacht und Hilflosigkeit auf Seiten des Opfers gekennzeichnet sind. Aber auch plötzliche Trennungen, Beziehungsabbrüche von Bindungsbeziehungen, ein plötzliches Verlassenwerden oder der unerwartete Tod einer wichtigen Bezugsperson können als traumatisch erlebt werden.

Typ-II Traumen oder chronisch kumulative Traumen wirken wiederholt im Sinne einer Dauerbelastung. Darunter fallen menschlich verursachte Traumen wie Kriegseinwirkungen, Gefangenschaft, Folter, Geiselhaft, Konzentrationslagerhaft, Kindesmisshandlungen, Kindesmissbrauch und Vernachlässigung. Diese Traumatisierungen setzen sich aus einer Vielzahl traumatischer Ereignisse zusammen.

In der neueren Literatur werden die Bezeichnungen Typ-I- und Typ-II-Traumata weitgehend durch die Begriffe Mono- und Multitraumata ersetzt (Boose, 2005; Reddemann, 2004; Sachsse, 2004). Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird aufgrund der Erlebnisse, der für die Untersuchung zur Verfügung stehenden Patientinnen, hauptsächlich auf Typ-II bzw. Multitraumata eingegangen.

Seit Krystal (1978, 1985, 1997), der ein prinzipielles Abwehrversagen in der Anpassung an ein katastrophales Trauma hervorhob, wird hinsichtlich der Konsequenzen eines

psychischen Traumas zwischen infantilen und Erwachsenentraumata unterschieden. Krystal (1997) konzeptualisiert ein infantiles Trauma in Übereinstimmung mit Freud und betont die massive Störung der weiteren kognitiven und affektiven Entwicklung mit fehlgeschlagener Desomatisierung der Affekte, verzögertem oder behindertem Verbalisieren von Emotionen, verringerter Affekttoleranz und die fehlende Signaleigenschaft von Affekten in späteren Gefahrensituationen. Beim Erwachsenentrauma geht Krystal von einer Intaktheit der Signalfunktion von Affekten aus. Die Unabwendbarkeit und Unvermeidbarkeit einer überwältigenden Gefahr, die antizipatorisch erfasst wird, führt erst zur Blockade jeglicher Affekte und leitet die Selbstaufgabe, die zu einem katatonen Zustand führen kann, ein. Es resultieren eine massive Affekteinengung und –verarmung mit alexithymen Denk- und Wahrnehmungsstil. Diese Aufgabereaktion verhindert die notwendigen innerseelischen Anpassungsprozesse.

Eine psychodynamische Sichtweise betont bei den Typ-II Traumata vor allem die Beziehungsdimension, die besonders bei Gewalterfahrungen im Entwicklungsalter wirksam ist und zur Erklärung der komplexen Persönlichkeitspathologie herangezogen werden kann, die mit Beziehungstraumatisierungen in Kindheit und Jugend oftmals einhergeht (Flatten, 2006). Auf die traumatisierende Wirkung von frühen Bindungsbeziehungen wird im nächsten Kapitel genauer eingegangen.

5.4. Beziehung als Trauma:

Wie Khan bereits 1963 mit dem Begriff des „kumulativen Traumas“ verdeutlichte, muss ein Trauma kein einzelnes außergewöhnliches Ereignis sein. Es kann sich auch aus einer Reihe einzelner belastenden Erfahrungen zusammensetzen, die jede für sich nicht im engeren Sinn traumatisch sind, die aber in einer Beziehung stattfinden und schließlich zum Zusammenbruch des Ich führen.

Aus psychoanalytischer Sicht können personale Traumata nie getrennt von den relevanten Objektbeziehungen betrachtet werden. Dieser Zusammenhang kann wie folgt dargestellt werden: Die Bezugspersonen können die für den Aufbau von inneren guten Objekten und darauf folgend die Entwicklung der Ich-Funktionen wichtige Funktion des Reizschutzes nicht angemessen zur Verfügung stellen. Das Trauma wird somit als Untergang des guten Objektes erfahren (Ehlert-Balzer, 1996). Die schützend und tröstend wirkenden

verinnerlichten guten Objekte, die Repräsentanzen einer schützenden und tröstenden primären Bezugsperson darstellen, sind nicht mehr da, um in diesem Sinne zwischen der Realität und dem Selbst zu vermitteln. Das Urvertrauen wird zerstört, was zu Einsamkeit und dem Gefühl des Verlassenseins führt. Das Ausmaß der Zerstörung der inneren Verbindung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen kann man als Indikator für die Schwere der Traumatisierung ansehen (Laub und Auerhahn, 1991).

Durch die mit der Entwicklung der Objektbeziehungstheorien einhergehenden Veränderungen des Trauma-Modells stehen nun nicht mehr die unerträgliche Erregungsmenge oder das einmalige Ereignis im Vordergrund, sondern die Objektbeziehung wird zur Basis der Traumatheorie. Ob ein Ereignis oder eine Situation traumatisch wirken, hängt von der Intensität der Beziehung ab, die das Kind mit dem traumatisierenden Objekt hat (Balint, 1969). Nach Balint müssen drei spezifische Elemente zusammenkommen: 1. Abhängigkeit des Kindes vom Erwachsenen 2. aufregende oder schmerzhaftes Aktion des Erwachsenen gegen die Erwartungen des Kindes 3. Kind wird danach von Erwachsenen abgewiesen oder fallengelassen oder die Tat wird geleugnet. Durch das Zusammenfallen dieser drei Elemente erhält die Objektbeziehung selbst traumatischen Charakter. Dieser Ansatz ließ sich auch durch spätere Untersuchungen (Steele, 1994) zu Missbrauch und Misshandlung bestätigen, bei denen sich als pathogenster Faktor die Misshandlung oder der Missbrauch durch Personen, die eigentlich Schutz und Fürsorge gewährleisten sollten, herausstellte. Dieser Ansatz gibt auch Aufschluss darüber, dass bei schweren Traumatisierungen neben der inneren Objektbeziehung auch der innere, schützende und Sicherheit gebende Dialog zwischen Selbst- und Objekt-Repräsentanzen zusammenbricht. So entstehen innere Inseln von traumatischen Erfahrungen, die von der inneren Kommunikation abgespalten sind (Bohleber, 2000).

Als besonders schädigend an solch traumatisierenden Beziehungsmustern ist vor allem der Wechsel zwischen Gut und Böse, der meist von der gleichen, also der primären geliebten Bezugsperson ausgeht (Wöller, 2006). Wöller gibt einen kurzen Überblick über traumatisierende Beziehungsmuster. Dazu zählt er Machtausübung ohne Respekt vor dem Willen des Kindes oder Jugendlichen, Degradierung zum reinen Objekt der Bedürfnisbefriedigung, kognitive Verdrehungen, physisches sowie emotionales Alleinlassen, Verrat durch die wichtigsten Bezugspersonen, Verweigerung der

emotionalen Verfügbarkeit, Parentifizierung, Externalisierung negativer Selbstanteile und Induktion von Schuldgefühlen.

Freyd hat 1996 den Zusammenhang zwischen dissoziativen Amnesien und dem Erleben des Verrats durch die wichtigsten Bezugspersonen nachgewiesen und den Ausdruck „betrayal trauma“ geprägt.

Ein wesentliches Charakteristikum von Beziehungstraumatisierungen ist, wie schon mehrmals erwähnt, die Abhängigkeit, die sich sowohl in der Beziehung zwischen Kind und Erwachsenen zeigt, als auch in der Beziehung von erwachsenen Opfern zu erwachsenen Tätern wirksam werden kann. Bei kindlichen Missbrauchsoptionen ergibt sich die traumatische Erfahrung aus zwei Dimensionen: Einerseits die Beziehungsverweigerung des Täters und andererseits die Abwesenheit, fehlende Intervention, Wahrnehmungsverleugnung oder das Nichtverstehen eines hilfreichen Dritten, das beim Opfer zu einem Infragestellen der eigenen Wahrnehmung führt (Ferenczi, 1932; Blaint, 1969). Extremtraumatisierungen im Erwachsenenalter können aufgrund der erlebten Ohnmacht und Abhängigkeit zur pathologischen Regression führen und somit eine vergleichbare Psychodynamik mit dem Erleben von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Abhängigkeit verursachen, wie bei Traumatisierungen in der Kindheit (Flatten, 2006).

Die bisweilen differenziertesten psychoanalytischen Modellvorstellungen zu entwicklungsrelevanten Traumafolgen stammen von Fonagy et al. (2002, 2003). Ein Hauptfokus dieses Modells liegt auf der entwicklungspsychologischen Verbindung zwischen frühen Bindungserfahrungen und der Selbstentwicklung, worunter spezieller der Zusammenhang zwischen interpersonaler Affektregulation und Mentalisierung als selbstreflektive Funktion und Symbolisierungsfähigkeit verstanden wird. Für die Autoren gelten folgende Aspekte als entwicklungspathologisch:

- 1) Eine frühe Störung der Affektregulation entsteht durch eine nichtkontingente Affektspiegelung in der Mutter-Kind-Dyade. Weite Bereiche des kindlichen Affektlebens bleiben dadurch undifferenziert und nichtrepräsentiert, wodurch innere Zustände vom Kind nur schwer selbst reguliert werden können. Heftige negative Affekte der Mutter auf den initialen Affektzustand des Kindes werden vom Kind als eigener Erlebniszustand erkannt und die eigene Affektivität kann nicht repräsentiert werden. Diese Aspekte der mütterlichen Repräsentanzen

werden als „böse Introjekte“ übernommen und unterminieren eine sichere Grenzbildung zwischen Selbst und Objekt.

- 2) Wird die Außenwelt analog zur Innenwelt erlebt und umgekehrt, entwickelt sich eine erhöhte Verletzlichkeit gegenüber unvermittelt realistischen, traumatogenen Affekten. Dies kommt dadurch zustande, dass die Integration früher Modi der Realitätswahrnehmung wie „psychische Äquivalenz“ einerseits und „als-ob“ andererseits nicht stattfinden kann. Die beängstigende Erfahrung, innere Gefühle und Vorstellungen wie äußere Objekte zu behandeln, führt zu defensivem Rückzug auf den als-ob Modus, der als dissoziativer Schutzmechanismus verstanden werden kann und keine konstruktive Auseinandersetzung mit der sozialen Realität erlaubt.
- 3) Eine reife Mentalisierung in dem Sinne, sich als Akteur seiner eigenen subjektiven Motivlagen zu verstehen, wird durch gestörte frühe Beziehungserfahrungen verfehlt. Die Erkenntnis, dass dieser Prozess von der Beziehung mit Interaktionspartnern abhängig ist, die selbst wiederum in ihrem Handeln von innerseelischen Zuständen bestimmt werden und auch von einem selbst dabei beeinflusst werden können, kann nicht erlangt werden.
- 4) Diese Entwicklungsdefizite in der Mentalisierung führen allgemein zu einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber Traumatisierungen im Beziehungskontext. So haben sexuelle oder aggressive Missbrauchserlebnisse besonders verheerende Auswirkungen, wenn sie in einem Beziehungskontext von emotionaler Vernachlässigung stattfinden. Dies fördert eine Identifikation mit dem Aggressor und den Aufbau von schnell wechselnden Beziehungsdynaden von „Täter und Opfer“, was nicht nur ein erhöhtes Risiko zur Retraumatisierung bewirkt, sondern auch die umgekehrte nach außen gerichtete Tendenz zur Viktimisierung. Die Traumatisierung erlaubt aufgrund der ohnmächtigen Überwältigung keine korrekte Erfassung der Handlung zwischen Täter und Opfer und das Erlebnis wird als vernichtender Affektzustand kodiert. Es entsteht ein malignes Introjekt, das ständig auf eine Reinszenierung drängt. Durch eine traumabedingte Dissoziation kann im Weiteren eigenes und fremdes Handeln nicht selbstreflexiv beurteilt und eigenständig modifiziert werden.

Zusammenfassend betrachtet steht seit den objektbeziehungstheoretischen Veränderungen des Trauma-Modells weder die überwältigende Energiemenge noch das traumatische

Ereignis im Vordergrund der Traumatheorien. Entscheidend sind vielmehr die Intensität der Beziehung mit dem traumatisierenden Objekt sowie die Abhängigkeit von diesem. Die Objektbeziehung selbst wirkt traumatisch, wodurch es zum Untergang des inneren guten Objektes mit weitreichenden entwicklungsrelevanten Folgen kommt. Diese Traumafolgen betreffen vor allem eine gestörte Entwicklung der Mentalisierungs- und Symbolisierungsfähigkeit.

5.5. Traumatische Affekte, Bewältigungsversuche und Abwehrmechanismen:

Im Leben von Menschen nach lang andauernden Traumatisierungen finden sich Gefühle der Ohnmacht, der Hilflosigkeit, des Ausgeliefertseins und des Verlassenseins. Weiters bestimmen ohnmächtige Wut und Hass, vernichtende Schamgefühle und quälende Schuldgefühle sowie Gefühle des Ekels, des Selbsthasses und der Leere die Erlebensbereiche der Opfer. Diese Gefühle können mit fortschreitender Generalisierung für das gesamte Leben der Betroffenen bestimmend werden. Es ist möglich, dass die PatientInnen nur einen vorherrschenden Affekt wahrnehmen und die Differenzierung der anderen Affekte nicht oder nicht mehr möglich ist. Weiters werden oft nur quälende undifferenzierte Affektzustände erlebt, die weitreichende Folgen für das weitere Leben der Betroffenen haben (Wöller, 2006).

Aus lerntheoretischer Sicht führt die Generalisierung der traumatischen Hilflosigkeit zu einem ständigen Gefühl der Ohnmacht und sehr niedrigen Selbstwirksamkeitserwartungen. Durch die Überzeugung, keinen Einfluss auf das Geschehen zu haben und keine Möglichkeit zu haben, aus der Situation zu entkommen, entsteht eine Selbstwahrnehmung als schutzloses Opfer. Die wiederholte Erfahrung von niedriger Selbstwirksamkeit führt zu der Annahme, auch zukünftige Ereignisse nicht kontrollieren oder beenden zu können (Moggi, 1994). Diese Zustände von traumatischer Ohnmacht können für Außenstehende völlig unsichtbar bleiben. Hoffer hat hierfür 1952 den Begriff des „silent trauma“ geprägt.

Charakteristisch für traumatisierte PatientInnen ist es, dass diese Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit nun durch eine Vielzahl von Alltagssituationen ausgelöst werden können. Wenn diese Ohnmachtsgefühle noch mit Trennungssituationen im Alltag verbunden sind, kann es zu unerträglichen Gefühlen des Verlassenseins kommen, wodurch die Präsenz anderer Personen zur externen Emotionsregulierung und zur

Aufrechterhaltung der Selbstkohärenz etwa durch die Projektion von negativen Selbstanteilen in die andere Person notwendig wird (Wöller, 2006).

Fast alle Traumatisierten leiden unter umfassenden Schamgefühlen, die Störungsbildern wie Depression, Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen zugrunde liegen können. Durch die andauernde und wiederholte Instrumentalisierung wird dem Kind die Möglichkeit genommen, seine Identität als Subjekt zu entwickeln. Es entsteht eine Selbstrepräsentanz eines benutzbaren Wesens, dem das Recht auf Respekt und Achtung nicht zusteht und das keine menschenwürdige Behandlung verdient. Diese PatientInnen haben oft das Gefühl wertlos, hässlich, verunstaltet oder schmutzig zu sein, was tiefe Scham- und Schuldgefühle hervorruft (Schengold, 1995). Scham- und Schuldgefühle können aber auch direkt vom Täter implantiert worden sein (Hirsch, 1994b). Das Ausmaß der Scham, das Opfer von gewaltsamen Übergriffen erlebten, bestimmt das spätere Auftreten der Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Andrews et al., 2000).

Auch Ekel vor dem eigenen Körper und der eigenen Sexualität sowie Selbsthass sind häufig auftretende Affekte, vor allem bei sexuell traumatisierten PatientInnen. Es kann sich kein positiv besetztes libidinöses Körpergefühl entwickeln und es kommt zu einem veränderten, geschädigten Körpergefühl (Nash et al., 1993).

Das weit verbreitete Gefühl der Leere lässt sich psychodynamisch durch das Fehlen oder die Schwäche der Repräsentanz mentaler Zustände und wichtiger Beziehungen erklären. Der Hass auf eine wichtige Bezugsperson muss abgewehrt werden, da er mit dem Bindungsbedürfnis gegenüber der Person nicht vereinbar wäre (Wöller, 2006).

Bereits Freud hat von Anfang an in seinen Theorien der Traumatisierung bei der Entstehung von Neurosen eine große Bedeutung beigemessen. Selbst nach Rücknahme der Verführungstheorie beschrieb er weiter wesentliche Aspekte der Traumapathologie, die bis heute Bestand haben. Er sah zum Beispiel im Wiederholungszwang den Versuch des Ich, die durch eine traumatische Einwirkung entstandene Reizmenge nachträglich zu bewältigen. Dabei wird eine der traumatischen Situation ähnliche Situation aktiv wiederhergestellt, um sie jetzt kontrollieren und beeinflussen zu können (Freud, 1920). Auch Ferenczi hat bereits 1932 die für die Traumapathologie entscheidende Introjektionsdynamik beschrieben.

Die in traumatischen Beziehungen erfahrene Ohnmacht und Abhängigkeit bewirkt eine seelische Notfallreaktion, die nach Flatten (2006) durch die Begriffe Täterintrojekt, Dissoziation und Wiederholungszwang charakterisiert ist. Durch den in solchen Situationen wichtigen Abwehrmechanismus Identifikation mit dem Aggressor kommt es zu einem „In sich aufnehmen“ oder Übernehmen von Täteranteilen, die im Opfer zur Entwicklung von strafenden und selbstabwertenden Über-Ich-Anteilen – den Täterintrojekten – führen. Um die lebensnotwendig gebrauchte, innere gute Bezugsperson zu erhalten, werden die Verantwortung und die Schuld des Täters übernommen und introjiziert (Hirsch, 2004). Die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie, die immer mehr Einblick in das Verständnis der psychopathologischen Manifestationen ermöglichte, sieht vor allem die Persönlichkeitsveränderungen von komplex traumatisierten PatientInnen als Ausdruck von Täterintrojekten und der Notwendigkeit, die Bindungsbeziehungen zu den primären Bezugspersonen zu erhalten (Hirsch, 1995).

Ein weiterer traumatypischer innerpsychischer Bewältigungsmechanismus, die Dissoziation, wurde von Janet, der 1889 diesen Begriff prägte, genauer untersucht. Mit Hilfe der Dissoziation werden emotional nicht aushaltbare oder mit dem subjektiven Weltbild nicht vereinbare Wahrnehmungen aus dem Bewußtsein abgespalten und als Erfahrungen abgespeichert, die der bewußten Erinnerung nicht zugänglich sind².

In allen Bewältigungsbemühungen von Opfern, das Trauma zu überwinden und zu integrieren, findet sich ein weiteres charakteristisches psychodynamisches Phänomen, das sich in unterschiedlichen Mustern des Wiederholens traumabezogener Inhalte, wie Wiedererleben oder Wiederholungszwang, äußert. Anhaltende intensive Rekonfrontationen mit dem traumatischen Ereignis durch Flashbacks oder Alpträume gehören zur Kernsymptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung. Bei den komplexeren Traumafolgestörungen finden sich zusätzlich strukturelle Persönlichkeitsveränderungen, wobei sich insbesondere bei den Persönlichkeitsstörungen in Folge von Traumatisierungen das Wiederholen der traumatischen Erfahrung als Zwang und psychopathologisches Phänomen auf Handlungsebene zeigt (Flatten, 2006). Dieses Phänomen lässt sich auch in der Reviktimisierungstendenz vieler Opfer erkennen, die traumatische Erfahrungs- und Beziehungssituationen im weiteren Verlauf ihres Lebens immer wieder herstellen.

² Für weitere Differenzierungen des Dissoziationsbegriffes wird an dieser Stelle auf Kapitel 6 dieser Arbeit verwiesen.

Das komplexe Zusammenspiel von verschiedenen kognitiven und affektiven Funktionen und den in ihnen fundierten Abwehrmechanismen bestimmen nach neuerer Wahrnehmungs- und Kognitionsforschung die Wahrnehmung und Bewertung einer Situation. Nach Krystal (1968, 1988, 1991) ergeben sich daraus die interindividuellen Unterschiede. Das Eintreten eines psychischen Traumas hängt demzufolge davon ab, ob die gegebene innere oder äußere Gefahr vom Subjekt als unentrinnbar eingestuft wird. Gibt das Subjekt auf, tritt ein traumatischer Zustand ein, der durch ein verändertes Bewusstsein bestimmt wird, den Krystal als <katatanoiden Zustand> bezeichnet und der als kognitiver und affektiver Filter wirkt. Diese Betäubung, die Affektblockade des traumatischen Zustandes wird als Erleichterung von den schmerzhaften Affekten der Angst erlebt. Krystal beschreibt einen allgemeinen traumatischen Prozessverlauf, der durch den katatanoiden Zustand eingeleitet wird. Die Unterwerfung unter das traumatische Geschehen führt zu einer Selbstpreisgabe und zu einer Spaltung des Selbst in einen beobachtenden und einen körperlichen Teil, den das Ich preisgibt. Durch die Erstarrung und Abstumpfung, durch die alle Schmerzreaktionen und affektiven Äußerungen blockiert und die kognitiven Prozesse eingeeengt werden, bleibt nur noch ein Rest eines sich selbst beobachtenden Ichs über. Dies wird als Automaten-Zustand bezeichnet, an dessen Ende der psychogene Tod stehen kann. Bei unterschiedlicher Intensität kann dieser Prozess an unterschiedlichen Punkten zum Stehen kommen, die traumatischen Reaktionen dauern aber auch nach Ende der traumatischen Situation noch an. Laut Krystal bleibt die kognitiv-affektive Einengung bestehen, die katatanoide Reaktion geht in eine Depression über und die Vermeidung von mit der traumatischen Situation assoziierten Stimuli führt zu Pseudophobien. Weitere Folgen sind Alpträume, reaktive Aggression, Anhedonie sowie psychosomatische Erkrankungen, die Krystal als Regressionsphänomene von Affektäußerungen und posttraumatische Alexithymie interpretiert.

Aus Sicht der objektbeziehungstheoretischen Konzeption des Traumas wird durch den durch die Traumatisierung vonstatten gehenden Verlust des empathische Bedeutung vermittelnden inneren Objektes eine Projektion des Empathiebedürfnisses auf den Täter bedingt und es kommt zu dessen maligner Internalisierung. Das verfolgende Objekt tritt an die Stelle der inneren Grundobjekte und bestimmt den inneren Dialog.

Die Fähigkeit, das Trauma und seine Wirkung zu symbolisieren und in seiner Bedeutung zu erfassen, ist bei traumatisierten Menschen zerstört, so wird das Trauma zum „schwarzen Loch“ in der psychischen Struktur. Fragmente der traumatischen Situation,

die nicht integriert werden konnten, brechen immer wieder durch und überwältigen das Ich. Ohne entsprechende Hilfe bzw. befriedigende Interaktion mit anderen ist es nicht möglich, sie in ein übergeordnetes bedeutungsvolles Narrativ einzubinden, den Konstruktionsprozess von Bedeutungen wieder in Gang zu setzen und die Verbindung zwischen „Ich“ und „Du“ wieder herzustellen (Kinston & Cohen, 1986).

Zusammengefasst bestimmen hauptsächlich Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit, des Ausgeliefert- und Alleingelassenseins, Hass und Wut, sowie Schuld, Scham und Leere das Leben von Traumatisierten. Die in der traumatischen Situation erlebten überwältigenden Gefühle bewirken seelische Notfallreaktionen, die mit den Begriffen Täterintrojekt, Dissoziation, Wiederholungszwang und katatonoider Zustand beschrieben werden können. Da die Realität des Traumas jedoch so zwingend ist, dringt sie trotz Abwehr immer wieder ins Bewusstsein vor und manifestiert sich innerhalb eines breiten phänomenologischen Spektrums, das je nach psychologischer Distanz zur traumatischen Situation variieren kann. Flashbacks, intrusive Bilder, Alpträume, neurotische und psychotische Symptome, repetitive Übertragungsphänomene, bestimmte Charakterstile und überwertige Lebensthemen können als Manifestationen auftreten.

5.6. Neurobiologische Veränderungen nach Traumatisierungen:

5.6.1. Das Traumagedächtnis:

Der Prozess, der bei der Einspeicherung des traumatischen Erlebnisses in das Gedächtnis abläuft, wird nach Maercker und Rosner (2006) als Kernelement dessen betrachtet, was sich aus psychologischer Perspektive bei einer Traumatisierung abspielt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Trauma auf unterschiedliche Weise auf das Gedächtnis einwirkt. In das implizite Gedächtnis wird die traumatische Erfahrung übermäßig gut eingespeichert, wohingegen das Geschehen im expliziten Gedächtnis defizitär festgehalten wird. Unter dem impliziten Gedächtnis wird der Teil des Gedächtnisses verstanden, der verhaltensbezogene, emotionale und sensorische Erfahrungen, erworbene Fähigkeiten, Angewohnheiten und Abläufe speichert, wobei die Einspeicherung nicht bewußt repräsentiert wird. Mit dem expliziten Gedächtnis wird dagegen die bewusste, verbale Erinnerung an Ereignisse der Vergangenheit möglich (Wöller, 2006). Nach Van der Kolk und Fisler (1995) gehen wichtige Folgeerscheinungen

der Posttraumatischen Belastungsstörung zum Großteil auf diese Dissoziation des impliziten und expliziten Traumagedächtnisses zurück.

Das intrusive Wiedererleben des traumatischen Geschehens entspricht den Qualitäten des impliziten Gedächtnisses. Sensorische Eindrücke werden so erlebt, als ob sie gerade stattfinden, nicht so, als ob sie Erinnerungen an frühere Erlebnisse wären. Dadurch werden die begleitenden Gefühle und körperlichen Reaktionen völlig unmittelbar erlebt. Das Wiedererleben kann durch wahllose Reize ausgelöst werden, die mehr oder weniger zufällig mit der ursprünglichen traumatischen Situation verbunden waren (Maercker & Rosner, 2006).

Diese ungewollten Erinnerungen, die sich wie Wahrnehmungen präsentieren, stehen in starkem Kontrast zu der Schwierigkeit vieler TraumapatientInnen, sich bewusst vollständig an die traumatische Erfahrung zu erinnern (Ehlers, 1999). Intrusive Flashbacks weisen große Unterschiede im Vergleich zu normalen Erinnerungen des autobiographischen Gedächtnisses auf. Sie unterliegen nicht der willkürlichen Kontrolle, sondern werden durch äußere oder innere Reize, die in Zusammenhang mit der ursprünglichen Traumaszene stehen, automatisch ausgelöst (Hellawell & Brewin, 2002; Jones et al., 2007). Häufig sind sie desorganisiert und unvollständig, haben starke Visualisierungstendenzen und lösen heftige somatische Mitreaktionen aus. Intensive emotionale Erinnerungen sind der Verbalisierung nur schwer zugänglich und gehen mit einer Verzerrung des Zeitgefühls und Gefühlen von aktuellen Realitätserfahrungen einher (van der Kolk & Fisler, 1995).

Traumatisierte Menschen, die eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, zeigen außerdem einen erschwerten Abruf traumabezogener Gedächtnisinhalte, die zusätzlich zu aktivem Vermeiden und Verdrängen die Erinnerungen an das Erlebte verhindern. In der Zeit unmittelbar nach dem Trauma kommt es bei Personen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu einer mangelhaften Abspeicherung der Erfahrung im expliziten autobiographischen Gedächtnis (Ehlers, 1999). Das Trauma wird dadurch nur ungenügend in seiner Bedeutung verarbeitet und in seinem Kontext von Zeit, Raum, vorangegangenen sowie nachfolgenden Informationen und autobiographischen Erinnerungen integriert. Dieses duale Modell des Traumagedächtnisses kann laut Meinung von Maercker und Rosner (2006) die Symptomvielfalt der Traumafolgestörungen einschließlich dissoziativer Symptome besser erklären als die früheren uniformen Traumagedächtnismodelle.

Weiters stehen diese neueren Traumagedächtnismodelle vermehrt im Einklang mit Ergebnissen der neurobiologischen Forschung auf diesem Gebiet, in deren Zentrum die Amygdala und der Hippokampus stehen (Wessa & Flor, 2006). Das traumatische Ereignis trifft als intensiver aversiver Reiz auf die Amygdala, die die emotionale Bewertung aller eintreffenden Information vornimmt und in der es zu einer starken unmittelbaren Reaktion und zu einer schwer wieder zu löschenden Konditionierung des Ereignisses mit den verbundenen Sinnesreizen kommt. Diese eingravierten Gedächtnisspuren in Form von affektiven Zuständen, Körperempfindungen und Bildern können im impliziten Gedächtnismodus (Hier und Jetzt – Qualität) sehr leicht aktiviert werden, ohne eine Einbettung in autobiographische Gedächtnisinhalte aufzuweisen (explizites Gedächtnis). Unter traumatischem Stress kann der Hippokampus zusätzlich seine Aufgabe für die Erinnerungskonsolidierung (Selbstbezug und Aufmerksamkeitssteuerung) nicht erfüllen. Die zu den Erinnerungen gehörenden Empfindungen können nicht in einen lebensgeschichtlichen Zusammenhang gestellt werden und nicht in ein integriertes semantisches Gedächtnis überführt werden.

Eine Reihe symptomatologischer Besonderheiten der Posttraumatischen Belastungsstörung können durch das Paradigma der klassischen Konditionierung erklärt werden. Unspezifische Reize, die in räumlichem oder zeitlichem Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung stehen, können zu konditionierten Stimuli werden und dann bei alleinigem Auftreten die initiale Furcht-, Angst- oder Panikreaktion auslösen. So können die extremen autonom-nervösen Reaktionen, die auch noch Jahre nach dem ursprünglichen Trauma vorhanden sind, als Beleg für die Zeitlosigkeit, enorme Intensität und anhaltenden Einfluss der niedergelegten Erinnerung gesehen werden (Pitman et al., 2000). Eine ungefilterte Aktivität der Amygdala führt zu unangemessenen Meldungen von Gefahrensignalen und Intrusionen sowie übergeneralisierte Angstreaktionen auf traumaspezifische Auslösemomente (Wöller, 2006).

Als sehr wahrscheinliche Basis der klassischen Konditionierung von Furcht- und Angstreaktionen in der Amygdala sind mittlerweile Prozesse der Langzeitpotenzierung identifiziert worden (Schafe et al., 2001). Diese sind an dem bei PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung häufig nachweisbaren Sensitivierungs- bzw. Kindlingsprozess grundlegend beteiligt (Post et al., 1997, 1998). Als Kindling-Phänomen wird der durch das Trauma ausgelöste Hypersensibilisierungsprozess des limbischen Systems bezeichnet, der sich klinisch durch Flashbacks ohne erkennbaren externen

Auslöser zeigt. Im Verlauf können immer geringere Intensitäten unspezifischer Reize den gesamten Komplex des Trauma-Netzwerkes auslösen (Davidson, 1992).

Wie bereits ausführlich dargelegt, können unter massiver Stresseinwirkung Prozesse wie Reizaufnahme, Gedächtnisspeicherung und Wiedererinnerung entscheidend beeinträchtigt werden. Nach Kapfhammer (2006a) können folgende zentrale Aspekte dabei zusammenfassend hervorgehoben werden: Die Einschränkungen in der Korrektheit des sensorischen Transfers sowie der thalamischen Filterfunktion; die nachhaltige Störung der Enkodierungsprozesse und daraus resultierende Dissoziation der impliziten und expliziten Gedächtnissysteme; die Hyperaktivität der Amygdala, die die Funktionalität der Hippokampusstruktur beeinträchtigt; die ausschließliche Enkodierung der affektiven Aspekte ohne kontextuelle Spezifizierung im Hippokampus, die bewirkt, dass durch klassische Konditionierung traumatische Erinnerungen dann durch sensorische Einzelreize ausgelöst werden können.

Die Befunde der neurobiologischen Gedächtnisforschung werden auch in Zukunft, vor allem für die Recoverd-Memory-Debatte, von großer Bedeutung sein, da nach Meinung von Maercker und Rosner (2006) unterschiedliche Ansätze hierbei nur durch Erkenntnisse auf diesem Gebiet aufzulösen sind.

5.6.2. Hirnstrukturelle, neurotransmitter- und neuroendokrine Veränderungen:

Anhaltender Stress in der Kindheit schädigt neben der Entwicklung des Hippokampus auch kortikale Strukturen, die das explizite Gedächtnis vermitteln (Nelson & Carver, 1998). Durch zytotoxische Prozesse, die durch die anhaltende Übererregung eingeleitet werden, kann es zu strukturellen Läsionen und Atrophien kommen. Diese entwicklungsrelevanten Veränderungen zeigen sich nicht nur bei PatientInnen mit Misshandlungs- und Missbrauchstraumata, sondern auch bei Vernachlässigung (Perry et al., 1995). Untersuchungen legen die Annahme nahe, dass sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit zu einem verringerten Hippokampusvolumen führt (Stein et al., 1997a). Driessen et al. (2000) fanden bei einer Untersuchung von Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe ein um ca. 16% verringertes Hippokampusvolumen und ein um ca. 8% verkleinertes

Amygdalavolumen. In einigen Studien weisen PatientInnen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen im Vergleich zu Traumatisierten ohne Störung und Gesunden ein reduziertes Hippokampusvolumen auf. Eine Metaanalyse von Kitayama et al. (2005) kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zu Gesunden und Traumatisierten ohne Posttraumatische Belastungsstörung signifikant geringere Hippokampusvolumen aufweisen. Die Kausalität dieser Beziehung ist jedoch noch unklar. In der Literatur wird häufig diskutiert, ob der Hippokampus chronisch Traumatisierter schrumpft oder ob ein von Geburt an kleinerer Hippokampus das Risiko, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, erhöht (Maercker & Rosner, 2006; Wessa & Flor, 2006). Weitgehend einheitliche Befunde zeigen, dass PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörungen im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen bei Präsentation negativer Reize eine Überaktivität der Amygdala und eine Unteraktivierung präfrontaler Strukturen aufweisen (Yehuda, 2001, 1002).

Weiters werden in der neueren neurobiologischen Forschung auch veränderte neurotransmitter- und neuroendokrine Phänomene nach psychischen Traumatisierungen diskutiert. Sympathische Aktivierung führt dabei zu Schreck- und Alarmreaktionen im Sinne von Kampf- und Fluchtreaktionen und zu einer Erhöhung der Aktivität des Locus-coeruleus-Noradrenalin-Systems, das zentrale noradrenerge Stressreaktionen vermittelt. Unter parasymphatischen Reaktionen werden Regulationsstrategien wie Betäubung, Vermeidung und Rückzug sowie Veränderungen im Opiatstoffwechsel, wie stressinduzierte Analgesie, verstanden (Wöller, 2006). Diese Veränderungen haben Auswirkungen auf das Verhaltens- und Reaktionsmuster der Betroffenen.

Einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist ein initial erhöhtes autonomes Arousal, das zum Beispiel über Indikatoren wie Herzrate, Hautwiderstand, Augenblink-EMG und Startle Reaktion gemessen wird (Shalev, 2002). Auf traumaassoziierte Töne, Bilder und Vorstellungen reagieren etwa zwei Drittel der PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit erhöhten physiologischen Reaktionen, die im Laufe einer chronischen Entwicklung noch zunehmen. Dieses autonome Hyperarousal kann sich auch auf intensive aber eigentlich neutrale Reize ausdehnen, was durch einen bedeutsamen Verlust der Stimulusdiskrimination zustande kommt (Lamprecht et al., 2004).

Ein Reaktionsmodus, der auf Hyperarousal beruht, herrscht bei etwa zwei Drittel der PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung vor, bei einem Drittel überwiegt aber ein dissoziativer Reaktionsstil mit Depersonalisation bei Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen. Bei den Reaktionsmodi, die auf Dissoziation, Vermeidung und Verleugnung beruhen und oft in den Spätstadien von chronischen Verläufen einer Posttraumatischen Belastungsstörung überwiegen, wird von einer Dominanz des Parasympatikotonus ausgegangen (Schore, 2002). Vor allem in einer Perspektive der „Somatisierung“ sind die Auswirkungen der sympathikotonen oder parasympathikotonen Reaktionslage von Bedeutung. So führt eine noradrenerge (sympathikotone) Aktivierung zu einer allgemeinen Mobilisierung, die Muskelanspannung, Blutdruckerhöhung, gesteigerte Pulsrate, Hyperventilation, metabolische Energiefreisetzung und vieles mehr beinhaltet. Bei parasympathischen Zuständen herrschen jedoch gastrointestinale Symptome, Bradykardien mit Arrhythmien, veränderte Schmerzwahrnehmung und motorische Blockaden vor (Kapfhammer, 2006a).

Zusammenfassend konnten in Verbindung mit anhaltendem Stress, der durch Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend bedingt wird, relevante hirnstrukturelle Veränderungen wie reduzierte Volumen von Hippokampus und Amygdala und präfrontalen Strukturen gefunden werden. Die Kausalität dieser Beziehung ist jedoch noch nicht eindeutig geklärt. Als weitere Veränderungen nach Traumatisierung werden neurotransmitter- und neuroendokrinologische Phänomene diskutiert. Hierbei wird bei den sympathischen Reaktionen vor allem auf eine erhöhte Aktivität der noradrenergen Stressreaktionen hingewiesen, deren Auswirkungen besonders im Bezug auf Somatisierung von Bedeutung sind.

Zukünftig kann vermutlich die neurobiologische Forschung wichtige Beiträge zur Bestätigung von Konzepten über die kindliche Entwicklung und zur Klärung der Frage, ob Psychotherapie die nachweisbaren traumabedingten hirnfunktionellen Veränderungen reversibel beeinflussen kann, leisten (Wöller, 2006).

5.7.Folgen physischer, sexueller und emotionaler Traumatisierungen:

Bei den Auswirkungen, die physische, sexuelle oder emotionale Gewalterfahrungen für die Opfer haben, kann zwischen direkten Folgen und Langzeitfolgen unterschieden werden.

Zu den *direkten Folgen* liegen umfangreiche Daten vor, die im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden: Körperlich misshandelte Kinder zeigen Verhaltensauffälligkeiten, die von passivem Rückzug bis hin zu provokativem, impulsiven oder aggressivem Verhalten reichen. Das Selbstwertgefühl ist erniedrigt und sie zeigen vermehrte Depressivität und Suizidalität. Sie sind aggressiver, oppositioneller und haben Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen. Weiters können sie sich schlechter konzentrieren und zeigen niedrigere IQ-Werte (Bryer et al. 1987; Toro, 1982). Bei Erlebnissen von sexualisierter Gewalt kommt es nach Finkelhor (1986) vermehrt zu Ängsten, Depressionen, Schulschwierigkeiten, Ärgerlichkeit, Aggressivität, Feindseligkeit, sexualisiertem Verhalten, Weglauftendenzen oder Delinquenz. Folgende Verhaltensauffälligkeiten sprechen für das Erleben von emotionaler Gewalt: Verhaltensprobleme mit Ängstlichkeit, Aggressivität, Feindseligkeit; Gefühl ungeliebt, unerwünscht, unwert zu sein; negative Sicht der Welt; erhöhte Irritierbarkeit; ängstlich-anklammerndes Verhalten gegenüber den Eltern; Angst; Misstrauen; geringes Selbstwertgefühl; Gefühl der Unterlegenheit; Rückzugsverhalten; selbstdestruktives Verhalten; Neigung, für die Eltern zu sorgen; Lügen; Stehlen; Enuresis und Enkopresis (Garbarino & Garbarino, 1989). Typische Folgen von Vernachlässigung sind: Bindungslosigkeit, verminderte Fähigkeit zur Empathie, massive Gefühlsunterdrückung, Neigung zu Gewalt und Delinquenz, verminderte allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit (Polansky et al., 1981).

Die *Langzeitfolgen* von lang andauernden Traumatisierungen in Kindheit und Jugend umfassen ein breites Spektrum. Sie beinhalten die Kernsymptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung, depressive Erkrankungen, Störungen der Emotionsregulierung, Somatisierungsstörungen, funktionelle Sexualstörungen, Angststörungen und Panikattacken, Essstörungen und Substanzmissbrauch sowie körperliche Erkrankungen (Herzkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Lungen- und Lebererkrankungen), dissoziative Störungen und Persönlichkeitsstörungen (Wöller, 2006). Nach Wöller besteht die Schwierigkeit hierbei in der Frage, welche spezifischen Traumatisierungen mit welchen Langzeitfolgen verbunden sind.

In zahlreichen Langzeitstudien (Anda et al., 2006; Boscarino, 2006; Cotter et al., 2006; Dube et al., 2003; Kapfhammer, 2005a) zeichnen sich gehäufte Somatisierungssyndrome und erhöhte somatische Morbidität immer stärker als ein Hauptproblem sowohl für frühkindliche Traumatisierungen als auch für schwerwiegende Traumaexposition im Erwachsenenalter, ab. Hier ist jedoch zu erwähnen, dass somatoforme Störungen auch andere Ursachen haben können, wie Konversion, bei der unverarbeitete und unbewusste Konflikte, Vorstellungen, Affekte, Impulse, Bedürfnisse oder Phantasien als körperliches Symptom zum Ausdruck kommen und Somatisierung, bei der vegetative und Organfunktionsstörungen als körperliche Korrelate von Affekten entstehen (Erman, 2004) und die Verursachung der somatischen Symptome jeweils im Einzelfall geklärt werden muss.

In den folgenden Kapiteln werden ausschließlich die Langzeitfolgen von Traumatisierungen im Kindes und Jugendalter betrachtet. Ein Hauptfokus wird dabei auf der Posttraumatischen Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörungen als Traumafolge und begleitenden dissoziativen und somatischen Symptomen liegen.

6. Die Posttraumatische Belastungsstörung:

Seit der Einführung der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung in DSM-III (1980) hat die American Psychiatric Association (APA) die diagnostischen Kriterien zur Erfassung dieser Störung immer wieder einer Revision unterzogen (Schnurr, 2009).

Laut der aktuellen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual IV-R (APA, 2000) benötigt die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung die Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis, bei dem die Person eines oder mehrere Ereignisse erlebt oder beobachtet hat, das tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzungen oder die Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet und die Person darauf mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert (Kriterium A). Zusätzlich ist es erforderlich, dass das Ereignis auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt wird (Kriterium B): wiederkehrende und belastende Erinnerungen (Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen) an das Ereignis, wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis, Handeln und Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehrt, intensive psychische Belastung bei Konfrontation mit

Hinweisreizen, die an das Erlebnis oder Aspekte davon erinnern, körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit Hinweisreizen. Weiters muss eine anhaltende Vermeidung von mit dem Trauma verbundenen Reizen oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität vorliegen, die durch mindestens drei der folgenden Symptome gekennzeichnet ist (Kriterium C): bewußtes Vermeiden von traumabezogenen Gedanken, Gefühlen und Gesprächen, bewußtes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die an das Trauma erinnern, Erinnerungslücken für wichtige Aspekte des Traumas, vermindertes Interesse und Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, Gefühle von Losgelöstheit oder Entfremdung, eingeschränkter Affekt, eingeschränktes Zukunftsbild. Das Störungsbild muss länger als einen Monat andauern und klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Bereichen (sozial, beruflich, privat) verursachen.

Nach ICD-10 wird die Posttraumatische Belastungsstörung als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (S.169) definiert. Als typisches Merkmal wird das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen oder in Träumen gesehen, das vor einem Hintergrund von Gefühlen des Betäubtsein, der emotionalen Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen und Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung, Anhedonie und Vermeidung von mit dem Trauma assoziierten Aktivitäten und Situationen zu sehen ist. Weiters ist ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit zu beobachten. Zusätzlich werden Symptome wie Angst, Depression und Suizidgedanken genannt. Als komplizierende Faktoren können Drogen- und Alkoholkonsum hinzukommen.

Die Störung tritt nach einer Latenzzeit von Wochen bis Monaten, jedoch nicht länger als 6 Monate nach dem traumatischen Erlebnis mit wechselhaftem Verlauf auf.

Stellt man die Diagnosekriterien der beiden Diagnosemanuale gegenüber, ermöglicht ICD-10 im Vergleich zu DSM-IV nach Kapfhammer (2008) eine größere diagnostische Flexibilität, besitzt aber eine geringere operationale Klarheit. Trotz dieser Unterschiede wird die Posttraumatische Belastungsstörung in beiden Manualen als eine individuelle, schwere und anhaltende Reaktion auf einen extremen Stressor betrachtet (Schnurr, 2009).

Diese Kriterien sind nicht unumstritten und wurden oft kritisiert. Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung kommt es häufig vor, dass ihrem Auftreten ein nicht traumatischer Stressor (Verlust des Arbeitsplatzes, natürlicher Tod eines nahestehenden Menschen, Operation) vorausgeht, obwohl die Störung ihren Ursprung in einem früheren traumatischen Erlebnis hat (Blank, 1994). Dies ist einer der Gründe, warum die Auflistung der Traumata, die zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen, immer wieder heftig diskutiert werden. Eine ausführliche Anamnese von PatientInnen mit den Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung führt aber in den meisten Fällen zur Entdeckung eines traumatischen Erlebnisses, wie sie in DSM oder ICD aufgelistet sind.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die subjektiven Reaktionen wie intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Horror im Moment der traumatischen Erfahrung. Diese sind zwar üblich, können aber bei einigen PatientInnen dissoziiert werden oder die Erinnerung daran wird nachträglich unterdrückt und so bei einer anfänglichen Evaluation nicht berichtet (Blank, 1994). Weiters wird kritisiert, dass das Wiedererleben traumatischer Gefühle auf einem somatischen Level zwar vielfach beschrieben wurde (Blank, 1985; Herman, 1992; Kardinger, 1941), die PatientInnen diese Verbindung zwischen ihren Symptomen und dem traumatischen Erlebnis anfänglich aber oft nicht erkennen. Lindy et al. (1992) haben vier Bereiche somatischer Reenactements beschrieben. Dazu gehören Harndrang, Fuß-, Brust- und Kopfschmerzen.

6.1.Prävalenz und Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung:

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist mit einer Punktzeitprävalenz von ca. 5% in der Allgemeinbevölkerung zu einer der häufigsten psychischen Störungen zu rechnen. In einem repräsentativen Sample von deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigten sich signifikant niedrigere Prävalenzraten als im Vergleich zu US-amerikanischen Studien (Perkonigg et al. 2000). Bezüglich der Lebenszeitprävalenzen zeigen sich in amerikanischen Studien große Geschlechtsunterschiede. Die Prävalenzraten liegen für Frauen zwischen 10,4% und 18,3% und für Männer zwischen 5% und 10,2%, wobei Frauen häufiger über Vergewaltigungen und andere sexuelle Übergriffe berichten und Männer häufiger gewaltsame Auseinandersetzungen und Unfälle erleben oder Zeugen von Gewalttaten werden (Breslau et al., 1998). Dieses geschlechtsspezifische Risiko von

Frauen ist durch ein erhöhtes konditionales Risiko nach einer Traumaexposition zu erklären. Dabei scheint es sich nach Breslau (2002) um eine spezifische Vulnerabilität von Frauen gegenüber interpersoneller Gewalt zu handeln.

Internationale Vergleiche der Prävalenz Posttraumatischer Belastungsstörungen verdeutlichen die unterschiedlichen gesellschaftlichen Situationen. Liebermann (2003) fand bei einer Untersuchung verschiedener Länder große Unterschiede in den Prävalenzraten. So ergab sich für Deutschland eine Prävalenz von 1,3%, für die USA 7,8%; für Kanada 11,3%, für Äthiopien und Gaza je 15,8%, für Kambodscha 28,4% und für Algerien 37,4%. Hierbei ist zu beachten, dass die Verursachungssituationen in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich und somit schwer miteinander zu vergleichen sind. Des Weiteren können diese Aspekte nicht unabhängig von der Sozialpolitik, der Rechtspraxis und der ökonomischen Situation des jeweiligen Landes betrachtet werden (Friedmann, 2004).

Studien zu epidemiologischen Daten ergaben eine Lebenszeitprävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung von ca. 7,8% (Breslau et al., 1998). Nach einem Trauma entwickeln insgesamt 9,2% der Betroffenen eine posttraumatische Belastungsstörung, wobei diese Wahrscheinlichkeit von der Art des Ereignisses abhängig ist. Resnick et al. (1993) fanden bei sexuellem Missbrauch eine Prävalenzrate von 57%, nach Gewaltverbrechen zeigen über 25% die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (McFarlane & van den Kolk, 1996) und nach Verkehrsunfällen ergibt sich eine Jahresprävalenz von 10% (Kuch et al., 1996).

Die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung beträgt nach Kapfhammer (2008) in amerikanischen Untersuchungen ca. 8%, wobei für Frauen ein Risiko von 10% und für Männer von 5% besteht. In europäischen Ländern zeigen sich deutlich niedriger Werte, für Männer nur etwa 1% und für Frauen ca. 2%.

Footo und Goodman-Delahunty (2002) berichteten in ihrem Literaturreview zu sexuellem Kindesmissbrauch, dass Erwachsene mit einer sexuellen Missbrauchsgeschichte im Vergleich zu Anderen mit höherer Wahrscheinlichkeit an körperlichen Erkrankungen, Depression, Selbstmordphantasien und –versuchen, Substanzabhängigkeit als auch Posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen Angststörungen leiden. Laut diesem Review erkrankten 35% der Vergewaltigungsopfer und 23% der Opfer von sexueller Belästigung irgendwann in ihrem Leben an einer Posttraumatischen Belastungsstörung, verglichen mit 1-1,3% der allgemeinen Bevölkerung.

Es ist jedoch auch hervorzuheben, dass die Mehrheit der Personen, die gewaltsame oder lebensbedrohliche Erfahrungen gemacht haben, keine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, wobei sich hinsichtlich der Faktoren, die das Risiko einer Traumaexposition und der anschließenden Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung erhöhen, bis jetzt noch kein einheitliches Bild ergeben hat (Breslau et al., 1998). Eine Metaanalyse von Brewin et al. (2000) konnte drei Risikofaktoren identifizieren, die sich in allen bisherigen Untersuchungen als relevant herausgestellt haben. Diese beinhalten psychiatrische Eigen- und Familienanamnese sowie traumatische Erlebnisse während der Kindheit. Es wurde aber auch betont, dass diese Faktoren im Vergleich zu peri- und posttraumatischen Variablen wie Traumaintensität, mangelnde psychosoziale Unterstützung und zusätzliche belastende Lebensereignisse nur einen sehr geringen Einfluss auf die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung hatten. In einer Untersuchung von Bonanno et al. (2006) an Betroffenen des Terroranschlags des 11.09.2001 zeigte sich, dass die Raten derjenigen, die eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelten, mit dem Schweregrad der traumatischen Erfahrung zunahmen. Weiters zeigten sich ein Drittel bis zur Hälfte der Betroffenen in der Folgezeit resilient, wobei auch hier die Raten von der Schwere der Exposition abhängig waren.

Bei etwa einem Drittel der PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung wird von einer chronischen Verlaufsform ausgegangen und ca. 15-25% entwickeln eine persistierend-chronische Störung (Kessler et al., 1995). Frauen weisen insgesamt längere Remissionszeiten auf als Männer (Breslau et al., 1998). Weiters variiert die Dauer einer Posttraumatischen Belastungsstörung auch mit der Art der traumatischen Erfahrung. Gewalteinwirkungen, Verletzungen oder Schockerlebnisse führen zu signifikant längerer Remission als zum Beispiel der plötzliche Tod einer nahestehenden Person (Davidson et al., 1991).

Zusammenfassend stellt die Posttraumatische Belastungsstörung mit einer Punktzeitprävalenz von ca. 5% und einer Lebenszeitprävalenz von ca. 8% eine der häufigsten psychischen Störungen dar, wobei Frauen im Vergleich zu Männern deutlich höhere Prävalenzraten aufweisen. Die Raten zeigen auch bezüglich der Art und der Schwere des erlebten Traumas große Variationen, wobei sich für sexuellen Missbrauch und Gewaltverbrechen die höchsten Werte ergeben. Im Bezug auf den Verlauf ergibt sich

für ca. ein Drittel der betroffenen PatientInnen eine chronische Störung, wobei Frauen grundsätzlich längere Remissionszeiten aufweisen.

6.2.Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und Posttraumatischen

Belastungsstörungen:

Die Posttraumatische Belastungsstörung gilt in der Literatur oft als Prototyp der Traumafolgestörungen. Sie wurde als Muster typischer kognitiver, emotionaler, biologischer und verhaltensmäßiger Veränderungen bis heute am besten und ausführlichsten beschrieben. Horowitz (1997) fasste eine Fülle von Untersuchungen zusammen, die bestätigen, dass eine krankheitswertige und behandlungsbedürftige Störung vorliegt, wenn aus allen oben genannten Bereichen eine gewisse Anzahl von Symptomen vorliegt. Diese Störung besteht unabhängig davon, ob die Traumatisierung durch Kriegshandlungen, Naturkatastrophen, Kriminalität oder Vergewaltigung stattfand. O'Donnell et al. (2007) fanden in einer Untersuchung, dass der Gesamtdistress nach einer Traumaexposition bei den Personen, die später die diagnostischen Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen, bereits initial auf einem höheren Niveau liegt als bei denjenigen, die die Kriterien nicht erfüllen. Weiters nimmt das Stresslevel im Lauf der ersten Monate nach der traumatischen Erfahrung noch signifikant zu.

Gewalt hat negative Effekte auf die mentale und auf die körperliche Gesundheit von Frauen und aktuelle Daten lassen vermuten, dass diese Effekte kausal miteinander verbunden sind. Schnurr und Kollegen fanden, dass die Posttraumatische Belastungsstörung als Mediator fungiert, wobei Missbrauch, durch die Effekte, die er auf das psychologische Wohlbefinden der Frauen hat, die körperliche Gesundheit von Frauen gefährdet (Schnurr & Green, 2004; Schnurr & Jankowski, 1999; Green & Kimerling, 2004). Dutton et al. (2006) fassten ihre Ergebnisse folgendermaßen zusammen: „PTSD is not the only mental health reaction following trauma, yet it appears to be a linchpin in the relationship between exposure to violence and negative health outcomes” (S.959). Diese Aussage wird auch von den Ergebnissen von Campbell et al. (2008) unterstützt, die fanden, dass die Posttraumatische Belastungsstörung die Verbindung zwischen Gewalterfahrungen und körperlicher Symptomatologie vollständig erklärt. Je mehr Gewaltformen oder -typen erlebt wurden, desto schlechter war die Gesundheit der

Frauen. Diese Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutung der Posttraumatischen Belastungsstörung als Mediator zwischen Gewalterfahrungen und körperlichen Gesundheitsauswirkungen und heben so die Wichtigkeit von leicht zugänglicher effektiver Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung hervor (Campbell et al. 2008).

In der neueren Literatur spricht einiges dafür, dass das klassische Bild der Posttraumatischen Belastungsstörung mit Intrusion, Vermeidung und Übererregung eher mit einer Monotraumatisierung in Verbindung gebracht wird und komplexere Störungsbilder (z.B: DESNOS³ oder komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen in Folge von Traumatisierungen) typische Auswirkungen von Multi- und chronischen Traumata sind (Boos, 2005; Reddemann, 2004; Sachsse, 2004; Zöllner et al., 2005). Es wird weiters davon ausgegangen, dass es einen breiten Überlappungsbereich zwischen den beiden Traumaformen gibt, wodurch es wiederum viele Gemeinsamkeiten zwischen den Traumafolgestörungen gibt. Es zeigen sich allerdings auch bedeutsame Unterschiede. Die komplexeren Traumafolgestörungen gehen über das klinische Bild der klassischen Posttraumatischen Belastungsstörung hinaus und beinhalten eine gestörte Affektregulation, selbstdestruktives und suizidales Verhalten, Beziehungsgestaltungsschwierigkeiten, Aufmerksamkeits- und Bewußtseinsstörungen, die dissoziative Symptome miteinschließen, Persönlichkeitsveränderungen sowie Veränderungen der Bedeutungssysteme (Van der Hart et al., 2006).

Nach neueren Erkenntnissen eignen sich multifaktorielle Bedingungsmodelle, die psychologische, psychosoziale und neurologische Modelle miteinbeziehen, am Besten, die komplexen klinischen Phänomene, die oft chronischen Krankheitsverläufe und die zahlreichen psychiatrischen, somatischen und psychosozialen Konsequenzen, verständlicher darzustellen (Kapfhammer, 2008).

6.3.Komorbiditäten der Posttraumatischen Belastungsstörung:

Bereits 1987 wurde von Helzer und Kollegen in einer Studie gefunden, dass bei 80% der PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zumindest eine weitere psychiatrische Diagnose zu stellen war. Dieses Ergebnis stand im Vergleich zu einer durchschnittlichen Komorbiditätsrate von ca. einem Drittel bei anderen psychiatrischen

³ Disorder of Extreme Stress, Not Otherwise Specified

Indexstörungen. Ähnliche Ergebnisse lieferte die National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1995), die eine Rate komorbider psychiatrischer Störungen für Männer und Frauen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen zwischen 79% und 88% fanden. Hier lagen die Vergleichswerte anderer psychiatrischer Störungen zwischen 46% und 55%.

Zu den Komorbiditäten der posttraumatischen Belastungsstörung zählen neben Depression, Angststörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch und –abhängigkeit (Blank, 1994; Kapfhammer, 2008) auch die sogenannten Begleitpsychosomatosen (Lingens, 1971), die sich nach psychischen Traumatisierungen entwickeln können, insbesondere dann, wenn die Störung über einen längeren Zeitraum unbehandelt bleibt. Diese somatoformen Störungen betreffen vor allem das Herz-Kreislaufsystem (Blaha, 1971), den Magen-Darm-Trakt (Herberg, 1967) und Schmerzzustände (Vyssoki & Strusievici, 2004). Bei PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung äußern sich die Anspannung und Übererregung oft in anhaltender Müdigkeit, akuten und chronischen Kopf- und Rückenschmerzen sowie Muskelverspannungen. Studien zeigen, dass bis zu 80% der PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung an chronischen Kopf- und Rückenschmerzen leiden (Steil, 2002; McFarlane et al., 1994). Weiters neigen PatientInnen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen zu gesundheitsschädlichem Verhalten, schlechteren körperlichen Leistungen und gesteigerter Herzreaktion bei Anspannung (Hausmann, 2003).

Hinsichtlich der Kausalität kann gesagt werden, dass die Posttraumatische Belastungsstörung in der Regel den komorbiden Störungen zeitlich vorausgeht. Zwischen den Posttraumatischen Belastungsstörungen und Substanzmißbrauch oder –abhängigkeit besteht sehr wahrscheinlich ein kausaler Zusammenhang, während die häufige Koexistenz von Posttraumatischen Belastungsstörungen und Major Depression eher eine gemeinsame Vulnerabilität zu reflektieren scheint (Breslau, 2002; O`Donnell et al., 2004).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Posttraumatische Belastungsstörung das Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand über das Risiko, das mit dem erlebten Trauma verbunden ist, hinaus erhöht. Schwerere Formen der Posttraumatischen Belastungsstörung, die durch Komorbiditäten wie Depression und Aspekten von Dissoziation und der Borderline-Persönlichkeitsstörung verkompliziert werden, wurden mit höheren Gesundheitsrisiken assoziiert. Diese komorbiden Konditionen werden mit

Somatisierung in Verbindung gebracht und Depression wird mit schlechter Gesundheit assoziiert (Seng et al., 2005).

Nach Extrembelastungen können chronifizierte Formen der Posttraumatischen Belastungsstörung aber auch in irreversible Persönlichkeitsveränderungen oder – verformungen übergehen.

6.4. Komplexere Formen posttraumatischer Störungen:

In der klinischen Erfahrung zeigt sich, dass nach chronischen Traumatisierungen oder nach Extremtraumatisierungen komplexere Störungsbilder auftreten, als mit den Kriterien der klassischen Posttraumatischen Belastungsstörung erfasst werden. Diese Symptomgruppen werden je nach Klassifikationsschema unterschiedlich benannt und zugeordnet, so teilt das ICD 10 diese Störungen als „Komplexe Posttraumatischen Belastungsstörungen“ und das DSM IV als DESNOS ein. Unter diesen Störungsbildern werden breitere traumaassoziierte Symptomkomplexe beschrieben, die oft gleichzeitig auch die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen. Zusätzlich sind aber Symptome wie affektive Dysregulation, chronisches selbstdestruktives Verhalten, dissoziative Symptome, somatoforme Symptome und pathologisch veränderte Beziehungsstile und Selbstkonzepte zu finden (van der Kolk, 1996).

Untersuchungen zeigten, dass traumatische Erfahrungen in frühen Entwicklungsjahren mit größerer Wahrscheinlichkeit zu komplexeren Psychopathologien führen als Traumata im Erwachsenenalter. Dieser Zusammenhang ergab sich auch mit der Dauer der traumatischen Einwirkung (van der Kolk et al., 2005).

Viele Sekundärprobleme wie Substanzmissbrauch, suizidales Verhalten, Essstörungen, oder Selbstverletzungstendenzen müssen im Zusammenhang mit frühen körperlichen oder sexuellen Traumatisierungen innerhalb der Kernfamilie ohne weitere kompensierende Schutzmöglichkeit für das heranwachsende Kind gesehen werden. Sie sind Folge einer massiven Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung und psychosozialen Adaption. Diese Zusammenhänge bilden den Boden für die konzeptuelle Diskussion der Konstrukte „komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ bzw. „DESNOS“ einerseits und entwicklungsrelevante Einflüsse auf Persönlichkeitsstörungen andererseits (Kapfhammer, 2005, 2007). Im Rahmen dieser Diskussion ist es wichtig zu erwähnen, dass zwischen den diagnostischen Konstrukten der „komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung“ und

dem der „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ zweifelsohne eine auffällig große inhaltliche Überlappung besteht (siehe auch Driessen et al., 2002).

7. Persönlichkeitsstörungen:

Für Wöller (2006) umfasst eine deskriptive Definition von Persönlichkeitsstörungen Auffälligkeiten im Denken, Fühlen, Verhalten und in der Beziehungsgestaltung, Leidensdruck oder gestörte soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit, die Entstehung in der Kindheit oder Adoleszenz und Unabhängigkeit von körperlichen Erkrankungen. Zur Entstehung von Persönlichkeitsstörungen gibt es in der psychoanalytischen Tradition unterschiedliche Theorien. In Anlehnung an Wöller (2006) werden die Wichtigsten kurz erwähnt. Triebpsychologische Ansätze (Freud, Abraham) ziehen zur Erklärung die Fixierung an einen bestimmten Punkt der frühen Triebentwicklung heran. Ichpsychologische Ansätze sehen die Basis schwerer Charakterpathologien in Ichfunktionellen Defiziten (Hartmann, Rapaport) oder in unreifer Abwehrorganisation (A. Freud, Fenichel). Objektbeziehungstheoretisch lassen sich Persönlichkeitsstörungen durch die Präsenz archaisch-destruktiver verinnerlichter Objektbeziehungen (Fairbairn, Guntrip, Jacobson) oder als Ausdruck einer verzerrten und gespaltenen Welt der verinnerlichten Objektbeziehungen (Kernberg) erklären. Schwere Charakterpathologien werden auch vor dem Hintergrund unbewältigter Phasen der Selbstentwicklung (Mahler et al.), als Ergebnis unzureichender Verinnerlichung spiegelnder Selbstobjekte (Kohut) oder unzureichende Verinnerlichung einer haltenden Umwelt (Winnicott) gesehen. Die Präsenz der „Grundstörung“ (Balint), die sich durch unzureichendes Sicherheitsgefühl und fehlendes Urvertrauen ergibt, wird auch als Ursache diskutiert. Weiters werden Persönlichkeitsstörungen als Folge unzureichenden „Containments“ der kindlichen Projektionen durch frühe Bezugspersonen (Bion) und als Ausdruck einer durch ungünstige Bindungserfahrungen gestörten Fähigkeit zur Mentalisierung (Fonagy und Target) gesehen.

Als Folge von schweren Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen gehen Persönlichkeitsstörungen mit grundlegenden strukturellen Defiziten einher. Unter Struktur versteht Rudolf (2004) „das Organisationsniveau der psychischen Funktionen, welche das Selbsterleben und das Beziehungsverhalten regulieren“ (S.67). Strukturelle

Defizite äußern sich demnach in mangelhaft ausgebildeten Ich-Funktionen, die zur Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung führen. Diese umfasst die Störung der Emotionsregulierung, die Fähigkeit zur Mentalisierung, die Impulskontrolle, die Selbst- und Objektdifferenzierung, die Fähigkeit zur Integration der eigenen Persönlichkeit, die Fähigkeit zur Objektkonstanz und die Fähigkeit zur Selbstwertregulation und Empathie (Rudolf, 2004).

Wöller (2006) fasst die wichtigsten Ich-Funktionsstörungen bei schweren Persönlichkeitsstörungen unter drei übergeordneten Kategorien zusammen: Erstens führt er die Störung der Emotionsregulierung an. In Anlehnung an Rudolf (2004) führt er darin die Affektgenerierung, die Affekttoleranz, die Affektdifferenzierung, die Affektregulierung, den Affektausdruck und objektbezogene Affekte an. Immer wieder werden schwerwiegende Beeinträchtigungen der Emotionsregulierung in Folge lang anhaltender Beziehungstraumatisierungen beschrieben. Diese Störungen werden durch die hirnpfysiologischen und hirnstrukturellen Auswirkungen der traumatischen Erfahrungen erklärt (Schore, 1994). Bei beziehungs-traumatisierten PatientInnen treten häufig Probleme der Affekttoleranz und der Affektdifferenzierung auf, wodurch es zur Überflutung mit traumatischen Affekten und globalen und undifferenzierten Affektzuständen kommt. Die schwersten Probleme der Emotionsregulierung finden sich bei PatientInnen mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen (Wöller, 2006). Primitivere Formen der Emotionsregulierung werden eingesetzt, um die defizitären Funktionen zu kompensieren. Selbstschädigende Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen, Essstörungen oder risikoreiches Verhalten können als Wege gesehen werden, unerträgliche Affektzustände zu bewältigen. Mithilfe von Projektion und projektiver Identifizierung können negative Selbstanteile nach außen verlegt werden, was zur Druckentlastung beiträgt.

Als zweite Kategorie nennt Wöller die Störung zur Fähigkeit zur Mentalisierung, worunter er die Möglichkeit versteht, über eigene und fremde mentale Zustände nachzudenken und diese zu entschlüsseln, Handlungen von Bedürfnissen und Wünschen motiviert und von Überzeugungen und Erwartungen beeinflusst wahrzunehmen sowie Empathie und affektives Selbstverständnis zu entwickeln. Ähnlich wie die Fähigkeit zur Emotionsregulierung entwickelt sich die Mentalisierungsfähigkeit in sicheren Bindungsbeziehungen. Neurobiologisch spielt dabei der präfrontale Kortex eine übergeordnete Rolle, der sich bei traumatischen Ereignissen in entwicklungs-sensiblen Phasen sehr verletzlich erweist (Fonagy et al., 2004). Dies erklärt die erhöhte Häufigkeit

von Störungen der Mentalisierungsfunktion bei beziehungstraumatisierten PatientInnen. Nach Meinung der Autoren ist die Unfähigkeit, die traumatische Erfahrung reflektierend zu verarbeiten, eng mit der Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörungssymptomatik verbunden. Opfer von Traumatisierungen können nach diesem Modell psychisch nur überleben, indem sie ein Nachdenken über Gefühle und Motive der Täter verweigern, wodurch die Entwicklung dieser Fähigkeit stark gehemmt wird. Eine gestörte Mentalisierungsfähigkeit hat bedeutsame Auswirkungen. Störungen der Selbst-Objekt-Differenzierung, vereinfachte Konstruktionen der Realität, Störungen der Empathiefähigkeit und maladaptive Formen der Emotionsregulierung wie die projektive Identifizierung stehen in engem Zusammenhang mit beeinträchtigter Mentalisierung. Je geringer der Ausprägungsgrad der Fähigkeit zur Mentalisierung ist, desto eher werden dem Interaktionspartner böse Absichten unterstellt. Dies wird besonders unter dem Aspekt, dass traumatisierte Menschen über ein inneres Arbeitsmodell verfügen, welches böse Absichten anderer als wahrscheinlich annimmt, verständlich (Wöller, 2006).

Als dritten Punkt führt Wöller die Störung der Ich-Integration an. Unter Ich-Integration versteht er die Fähigkeit, unterschiedliche Selbstzustände flexibel an die Rollenanforderungen des Lebens anzupassen und bewußt erleben zu können. Gestört ist diese Funktion, wenn widersprüchliche Aspekte der Persönlichkeit wie Emotionen, Impulse, Wünsche und Kognitionen nebeneinander und unintegriert bestehen oder abwechselnd hervortreten. Mangelhafte Ich-Integration nach Entwicklungstraumata hat vor allem Kernberg (1996) beschrieben, indem er darstellte, wie Hass, Vernachlässigung und Entwertung durch primäre Bezugspersonen eine phasengerechte Integration der Hass- und Liebesanteile der verinnerlichten Objektbeziehungen stören. Diese bleiben voneinander abgespalten, wodurch auch Selbst- und Objektrepräsentanzen gespalten bleiben. Dieses Phänomen bezeichnet Kernberg als Identitätsdiffusion. Dadurch kommt es zu widersprüchlichen und schwer nachvollziehbaren Verhaltensweisen und Verzerrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen.

Als weitere Merkmale schwerer Persönlichkeitsstörungen nennt die psychoanalytische Strukturdiagnostik neben eingeschränkten Ich-Funktionen eine primitive Abwehrorganisation, eine unreife Qualität der Objektbeziehungen, die auf dem Niveau von Bedürfnisbefriedigung und Selbstregulation organisiert sind und eine schwere Pathologie der Über-Ich-Funktionen (Kernberg, 1996). Bei Beziehungstraumatisierten erfüllen primitive Abwehrmechanismen wie Projektion, Introjektion, projektive Identifizierung, primitive Idealisierung, Entwertung, Spaltung und Dissoziation die

Funktion, die inneren idealen Objektbeziehungen zu erhalten und vor einer Überflutung mit traumatischem Material zu bewahren. Diese Abwehrmechanismen führen jedoch zu einer verzerrten Wahrnehmung der Realität.

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit, während die Entwicklung der Persönlichkeit noch im Gange ist, können schwerwiegende Auswirkungen auf diese haben. Oft kommt es in Folge des traumatischen Erlebnisses zu entscheidenden Veränderungen der Persönlichkeit. Die Mechanismen, die den Persönlichkeitsveränderungen der betroffenen Menschen zugrunde liegen werden im Folgenden dargestellt.

7.1. Verinnerlichung traumatischer Objektbeziehungen: Introjektion und

Identifizierung:

Psychoanalytische Theorien haben die Bedeutung der strukturbildenden Prozesse der Internalisierung, vor allem Introjektion und Identifizierung, für zahlreiche Phänomene der Persönlichkeitsentwicklung bei traumatisierten Menschen hervorgehoben. Ferenczi (1932) hat die Bedeutung der Introjektionsvorgänge bei Traumatisierungen umfassend beschrieben. Bei der Introjektion werden bestimmte Aspekte der Beziehungserfahrung mit wichtigen Bezugspersonen in die normbildenden Strukturen der Persönlichkeit, das „Über-Ich“ aufgenommen: Traumatisierungen bedrohen oder verhindern die lebensnotwendige Einheit mit dem frühen Liebesobjekt. Um einen unerträglichen Objektverlust zu verhindern, muss diese Einheit um jeden Preis aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden. Zum Erhalt der Beziehung zur Elternfigur werden Teile dieser verinnerlicht. Der missbräuchliche Elternteil wird zum Selbsteil und somit wird der Täter entlastet und kann eine gute Elternfigur bleiben. Um die lebensnotwendige Übereinstimmung mit seinem Liebesobjekt zu erhalten, nimmt sich das Kind als schlecht und böse wahr und so konstituiert sich ein negatives Selbstbild. Die schädigenden Elternteile bleiben idealisiert, um den Objektverlust zu verhindern.

Einerseits resultieren aus der *Introjektion* gewaltsamer, vernachlässigender und missbräuchlicher realer Objektbeziehungen gewaltsame, vernachlässigende und missbräuchliche verinnerlichte Objektbeziehungen, die als Normen das Verhalten steuern. Wöller (2006) fasst die Konsequenzen für das Verhalten der Opfer zusammen: Die Betroffenen müssen sich unter dem „Gebot dieses Introjektes“ bestrafen, vernachlässigen

und sich erneut misshandeln und missbrauchen lassen. Diese „inneren Verbote“ verhindern einen liebevollen und fürsorglichen Umgang mit sich selbst unter Androhung des Verlustes der Liebe der inneren Eltern. Im Verhalten äußern sich diese Introjekte durch selbstdestruktive Verhaltensmuster, Unfähigkeit zur Selbstfürsorge und die Tendenz zur Wiederholung traumatischer Erfahrungen. Die negativen Überzeugungen und maladaptiven Verhaltensmuster sind als Niederschlag realer Objekterfahrungen zu verstehen und werden zu einem Teil der Persönlichkeit der Opfer.

Andererseits verhindern andauernde und wiederholte Traumatisierungen die ausreichende Verinnerlichung guter und schützender Beziehungen. Die Folgen können in Anlehnung an Wöller (2006) wie folgt zusammengefasst werden: Bei Belastung und Stress können die inneren Repräsentanzen guter, schützender und liebender Objekte nicht genügend aktiviert werden, wodurch die Ich-Funktion der Selbstberuhigung nicht ausreichend zur Verfügung steht. Wenn die inneren Zustände eines Kindes in der Entwicklung von der Bezugsperson nicht ausreichend gespiegelt werden, verinnerlicht das Kind den aktuellen Zustand der Bezugsperson und dieser wird Teil der Selbststruktur des Kindes. Ist das Kind mit wütenden und hasserfüllten Bezugspersonen konfrontiert, werden diese Gefühle von Wut und Hass in das Selbstbild eingefügt. Diese von Winnicott bereits 1967 entwickelte Theorie kann von den neueren entwicklungspsychologischen Befunden bestätigt werden. Um unter diesen Umständen eine erträgliche und einigermaßen kohärente Selbstrepräsentanz aufrechtzuerhalten, kann es nötig werden, diese negativen Selbstanteile zu externalisieren. So können zum Beispiel aggressive und manipulative Verhaltensweisen von traumatisierten Menschen mit Persönlichkeitsstörung als Versuch verstanden werden, andere Menschen zur Externalisierung inakzeptabler Selbstanteile zu verwenden (Fonagy und Target, 1995).

Ein zweiter wichtiger Mechanismus, der bei chronisch traumatisierten Menschen für die Verinnerlichung von Bedeutung ist, ist die *Identifikation*: Im Gegensatz zur Introjektion werden bei der Identifikation bestimmte Merkmale der Bezugspersonen nicht in die normbildenden Strukturen, sondern direkt in die Persönlichkeit aufgenommen. Identifizierte Personen erleben und verhalten sich genau wie die Objekte, mit denen sie sich identifiziert haben. Bei traumatisierten Personen, deren Bezugspersonen nur unzureichende Möglichkeiten zur positiven Identifizierung darbieten, kann es zu einer unbewussten Identifizierung mit aggressiven Täteraspekten kommen. Durch diese Identifizierung mit dem Aggressor kann die lebensnotwendige Bindungsbeziehung

aufrechterhalten werden und das Kind kann sich vor den überwältigenden Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit schützen. Diese unbewussten täteridentifizierten Persönlichkeitsanteile bilden die Grundlage dafür, wenn Traumaopfer Menschen in ihrer Umgebung ausbeuten, misshandeln oder wenn sie delinquentes Verhalten zeigen (Wöller, 2006).

7.1.1. Widersprüchliche und unassimilierbare Introjekte:

Traumatische Introjekte weisen zwei wesentliche Merkmale auf, sie sind einerseits widersprüchlich und andererseits durch fehlende Assimilierbarkeit gekennzeichnet (Wöller, 2006). Aufgrund der widersprüchlichen Verhaltensweisen, Forderungen und Erwartungen der frühen Bezugspersonen entwickelt das Kind infolge von Introjektionsvorgängen eine widersprüchliche innere Welt der Objekte. Auf die Massivität und Globalität der durch diese Widersprüchlichkeit entstehenden intrapsychischen Konflikte hat Wurmser (2000) hingewiesen. Er vertrat die Meinung, dass die Über-Ich-Konflikte umso ausgeprägter sind, je schwerwiegender die Traumatisierung war. Weiters finden sich bei Opfern von Traumata Introjekte, die nicht in die Persönlichkeit assimiliert werden können und wie Fremdkörper im Selbst wirken (Wöller, 2006). Die Personen können sich mit den normgebenden, grausamen und vernachlässigenden Introjekten nicht identifizieren (Sandler, 1964) und diese destruktiven Objektbeziehungen müssen um des Selbsterhalts willen abgespalten werden. Daraus resultiert laut Wöller (2006) „ein *nicht assimiliertes archaisches Introjekt*, das feindliche, verfolgende, zerstörerische Qualitäten hat“ (S. 35).

7.1.2. Externalisierung traumatischer Introjekte:

Die Ich-Organisation, die sich aufgrund der traumatischen Introjekte von gefährlichen Objekten gebildet hat, ist meist sehr instabil und je nach Strukturniveau mit Spannung und Angst vor Desintegration beherrscht. Schuld-, Scham- und Insuffizienzgefühle drohen das Ich zu überschwemmen. Wie bereits weiter oben erwähnt, kann es unter solchen Bedingungen notwendig werden, negative Objekte „freizusetzen“ (Bychowsky, 1956), um ein kohärentes Selbstbild aufrechtzuerhalten.

Diese Externalisierung von traumatischen Introjekten lässt sich in Anlehnung an Wöller (2006) wie folgt beschreiben: Traumatisierte PatientInnen stellen oft unbewusst, teilweise aber auch bewusst Situationen her, die eine Druckentlastung von den unerträglichen Gefühlen versprechen. Es ist für die Betroffenen oft leichter zu ertragen, sich in Gefahr zu begeben, gedemütigt und geschlagen zu werden, als den Druck der inneren Objekte auszuhalten. Die so geschaffenen Situationen ähneln häufig der traumatischen Situation und zwingen die Betroffenen zu endlosen Wiederholungen. Auch ein Teil der Reviktimisierungstendenzen der PatientInnen ist als Folge ihres starken Externalisierungsdruckes zu verstehen (Novick und Kelley, 1970). Durch kontrollierendes und feindseliges Verhalten versuchen traumatisierte Personen, den Interaktionspartner mittels projektiver Identifizierung zu feindseligen Gegenreaktionen zu veranlassen, durch die sie sich eine intrapsychische Druckentlastung versprechen.

7.1.3. Einschränkung der Symbolisierungsfähigkeit:

In der psychoanalytischen Theorie wurde schon seit langem auch auf ein wichtiges Charakteristikum schwerwiegender traumatischer Erlebnisse hingewiesen: Die eingeschränkte Fähigkeit, das Geschehen zu symbolisieren und in seiner Bedeutung zu erfassen (Grubrich-Simitis, 1984; Küchenhoff, 1998). Geschehen Traumatisierungen sehr früh, treffen diese auf ein Ich, das zur Symbolisierung noch nicht fähig ist, aber auch bei traumatischen Erfahrungen nach dem 18. Lebensmonat kann es durch die mit der traumatischen Situation verbundenen heftigen Affekte zum Verlust der Symbolisierungsfähigkeit kommen (Wöller, 2006). Die Folgen dieser traumatisch verminderten Symbolisierungsfähigkeit sind vielfältig. Sie äußern sich in einer Überschwemmung mit Emotionen, da kein Raum zum Probehandeln im Als-Ob-Modus besteht. Weiters erhalten Handlungsdialoge (Verhalten, Mimik, Gestik, Blicke, Körperhaltung) durch die eingeschränkte symbolische Repräsentation von Handlungs- und Erlebensmustern eine stärkere Bedeutung (Streeck, 1998). Da das Trauma intrapsychisch nicht verarbeitet werden kann, werden interpersonale Formen der Abwehr und Bewältigung reaktiviert (Mentzos, 1976). Als Ersatz für die fehlenden psychischen Erlebensformen werden teilweise körperliche Empfindungen herangezogen (Bion, 1962/1990), dabei wird der nicht repräsentierte und dadurch nicht verarbeitbare Affekt ins Körperliche verschoben. Eine weitere Folge verminderter Symbolisierungsfähigkeit stellt

die Alexithymie dar, die eingeschränkte Fähigkeit Gefühlszustände zu erkennen (Cloitre et al., 1997).

Das Ausmaß der Einschränkung der Symbolisierungsfähigkeit kann stark variieren und ist oft auf den traumatischen Bereich beschränkt. So können sich bei einer Person nicht symbolisierte traumatische Inhalte neben symbolisierten nichttraumatischen Inhalten finden. Außerdem kann bei traumatisierten Personen, die im Normalfall zur Symbolisierung fähig sind, unter psychischer Belastung die Symbolisierungsfähigkeit zusammenbrechen (Wöller, 2006).

Zusammenfassend ergeben sich in Folge von schweren und anhaltenden Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen grundlegende strukturelle Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung, die meist in schwere Persönlichkeitsstörungen übergehen. Es kommt zu fundamentalen Störungen der Ich-Funktionen, die gestörte Emotionsregulierung, gestörte Mentalisierungsfähigkeit und gestörte Ich-Integration beinhalten. Aufgrund von verinnerlichten traumatischen Objektbeziehungen (durch Introjektion und Identifizierung), der Widersprüchlichkeit und Unassimilierbarkeit traumatischer Introjekte, der Externalisierung solcher Introjekte und der eingeschränkten Symbolisierungsfähigkeit kommt es zu entscheidenden Veränderungen der Persönlichkeit.

7.2.Zusammenhang zwischen chronischen Traumatisierungen und (spezifischen) Persönlichkeitsstörungen:

In der Literatur finden sich zahlreiche empirischen Studien, die die Hypothese, dass schwere und andauernde körperliche oder sexuelle Traumatisierungen in der Kindheit eng mit der Entstehung umfassender Persönlichkeitsstörung verbunden sind, sichern (Allen, 2001; Herman 1992; Zannarini & Frankenburg, 1997). Durchgängig werden in der Literatur Symptome wie die Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit sowie Störungen der Beziehungsfähigkeit und des Bindungsverhaltens als Folgen kumulativer Traumata beschrieben.

Modestin et al. (1998) fand bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu PatientInnen ohne Persönlichkeitsstörungen häufiger Vorgeschichten von sexuellem

oder körperlichem Missbrauch. Speziell für die Borderline-Persönlichkeitsstörung fanden sich sexuelle oder körperliche Traumatisierungen bei bis zu zwei Drittel der PatientInnen. Untersuchungen, die sich mit der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Realtraumatisierungen in Kindheit und Jugend und der Entwicklung spezieller Persönlichkeitsstörungen beschäftigten, konnten zeigen, dass Realtraumatisierung in der Kindheit am stärksten mit der paranoiden, der dependenten, der sadistischen und der Borderline- Persönlichkeitsstörung zusammenhängen (Modestin et al., 1998; Zanarini & Frankenburg, 1997). In einer weiteren Studie konnte ein Zusammenhang zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und dem Auftreten einer antisozialen Persönlichkeitsstörung nachgewiesen werden (Luntz & Widom, 1994).

Die Verbindung zwischen Kindesmissbrauch und Vernachlässigung mit der Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung wurde in zahlreichen Studien für die verschiedenen Missbrauchstypen aufgezeigt (Bierer et al., 2003; Battle et al., 2004). Die Ergebnisse dieser Studien bezüglich des Zusammenhangs der unterschiedlichen Arten der Traumatisierungen mit speziellen Persönlichkeitsstörungen waren jedoch nicht konsistent (Johnson et al., 1999; Gibb et al., 2001). Von einigen Autoren wurde angenommen, dass sexuelle und körperliche Gewalterfahrungen sich schwerwiegender auf die Pathogenese einer Persönlichkeitsstörung auswirken als emotionaler und verbaler Missbrauch (Briere & Elliott, 2003). Demgegenüber stehen Ansätze, die von einer Koexistenz unterschiedlicher Missbrauchsformen ausgehen, deren Effekte additiv oder synergistisch wirken (Dube et al., 2001; Edwards et al., 2003; Teicher et al., 2006). Eine Studie zum speziellen Einfluss der Art der Missbrauchserlebnisse auf die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung konnte einen allgemeinen Zusammenhang der unterschiedlichen Missbrauchsformen mit einem subklinischen Level von Persönlichkeitsstörungssymptomen finden. Es konnte jedoch nicht gezeigt werden, dass physischer oder sexueller Missbrauch wahrscheinlicher mit Persönlichkeitspathologie verbunden ist als emotionaler Missbrauch (Tyrka et al., 2009). In dieser Untersuchung hatten Individuen mit einer Missbrauchsgeschichte im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Missbrauchserfahrungen eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine oder mehrere Symptome der Paranoiden-, der Borderline- und der Cluster C Persönlichkeitsstörungen, wozu die selbstunsichere, die abhängige und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung zählen, zu entwickeln. Für die Autoren lässt sich dies dadurch erklären, dass die Symptome dieser Störungen Schwierigkeiten mit Vertrauen, Sicherheit, Stabilität, Flexibilität,

Selbstwirksamkeit und Affektregulation reflektieren, die in einer missbräuchlichen Umgebung fehlen.

Traumatisierungen in Kindheit und Jugend spielen wahrscheinlich bei der Entstehung der meisten spezifischen Persönlichkeitsstörungen eine entscheidende Rolle. Hierbei ist notwendig zu erwähnen, dass jedoch nur die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Hinblick auf sexuelle und körperliche Traumatisierung so umfangreich untersucht wurde. Auf Untersuchungen zu diesem speziellen Zusammenhang wird im folgenden Abschnitt genauer eingegangen.

7.2.1. Spezifischer Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine psychische Erkrankung, die ungefähr 2% der Allgemeinbevölkerung, 10% der ambulanten psychiatrischen PatientInnen und 20% der stationären psychiatrischen PatientInnen betrifft (Lieb et al., 2004). Traumatische Erfahrungen in der Kindheit werden seit längerem als mögliche Entstehungsursachen diskutiert, obwohl empirische Bestätigungen des kausalen Zusammenhangs bisweilen fehlen bzw. die Untersuchungen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen (Modestin et al. 1998; Paris, 1998; Zanarini & Frankenburg, 1997). Für einen solchen Zusammenhang sprechen Befunde von Modestin et al. und Zanarini und Frankenburg, die zeigen konnten, dass die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger diagnostiziert wurden als in Verbindung mit anderen Persönlichkeitsstörungen. Auch eine Studie von Yen et al. (2003) zeigte, dass PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die höchste Rate an Traumatisierungen, vor allem sexuellen Traumatisierungen aufwiesen. Einige Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass sich besonders hohe Raten psychischer und sexueller Traumatisierung in erster Linie bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung) finden. Bei diesen Studien fanden sich in zwei Drittel bis drei Viertel aller Borderline-Persönlichkeitsstörungs-Fälle körperliche oder sexuelle Traumatisierungen (Herman et al. 1989; Johnson et al. 1999; Ogata et al. 1990; Zanarini et al. 1989, 2002). In der Studie von Zanarini et al. (2002) mit 290 Borderline-PersönlichkeitsstörungspatientInnen gaben 62,4% eine Vorgeschichte von

sexuellen Missbrauch, 86,2% andere Formen der Kindesmisshandlung und 92,1% Vernachlässigung in der Kindheit an. Mehr als 50% der PatientInnen gaben an, schweren sexuellen Missbrauch erlebt zu haben, der mit Gewalt einherging. Die Autoren konnten zeigen, dass unabhängig von Alter, Geschlecht und Rasse die Schwere des Missbrauchs mit der Schwere der Symptome und der Einschränkung der psychosozialen Anpassung korrelierte. Weiters konnten auch Untersuchungen, die sich mit dem Einfluss der Art der Traumatisierung auf die Ausbildung spezieller Persönlichkeitsstörungen beschäftigen, eine Verbindung zwischen sexuellem Missbrauch und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung finden, wogegen für die anderen Traumaarten keine spezielle Verbindung nachgewiesen werden konnte (Johnson et al., 1999; Zanarini & Frankenburg, 1997).

Gegen eine solche Zusammenhangsannahme sprechen Befunde, die zeigen, dass sich Misshandlungen, abrupte Trennungen und Vernachlässigung zwar in hohem Maße bei PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung finden, in nahezu gleichem Ausmaß aber auch bei verschiedenen anderen Persönlichkeitsstörungen zu finden sind (Johnson et al. 1999; Laporte und Guttman 1996). Auch eine Metaanalyse von Fossati et al. (1999), die Studien zur Untersuchung dieses Zusammenhangs zwischen 1985 und 1995 einschloss, fand nur eine schwache Verbindung zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und konnte die Hypothese einer spezifischen Korrelation der beiden Variablen nicht bestätigen.

Trotzdem beschäftigte sich die Forschung in diesem Gebiet weiterhin mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit als Entstehungsbedingung einer Borderline-Störung. Zusammengefasst finden sich einige dieser Studien, die zwischen 1995 und 2007 durchgeführt wurden, in einer Metaanalyse von Ball und Links (2009). Die Autoren versuchten die propagierte Verbindung mittels der Kriterien für einen kausalen Zusammenhang von Hill (1984) zu spezifizieren. Ein erstes Kriterium betrifft die Stärke des Zusammenhangs. Laporte und Guttman (1996) untersuchten 751 Frauen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und fanden bei 93% der Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu 74% bei anderen Persönlichkeitsstörungen Missbrauchserlebnisse in der Kindheit. Oldham et al. (1996) fanden in einer ähnlichen Untersuchung sogar noch größere Diskrepanzen zwischen PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und PatientInnen mit anderen Persönlichkeitsstörungen. Golier et al. (2003) haben versucht, auch die Art des Missbrauchs in Untersuchungen der

diskutierten Verbindung mit einzubeziehen und fanden bei PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu PatientInnen mit anderen Persönlichkeitsstörungen signifikant höhere Raten von körperlichen Gewalterlebnissen in der Kindheit. Die Autoren konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede der Gruppen hinsichtlich sexuellen Missbrauchs finden. Im Gegensatz dazu konnten Bradley et al. (2005) in einer Untersuchung sexuellen Kindesmissbrauch als signifikanten Prädiktor für das spätere Auftreten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung identifizieren. Ebenso fanden Lobbestael et al. (2005) im Vergleich zu Kontrollgruppen eine starke Verbindung zwischen Missbrauch in der Kindheit und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die in diesen Studien gefundenen Verbindungen legen die Vermutung nahe, dass der Zusammenhang zwischen Missbrauch in der Kindheit und der Entwicklung einer Borderline-Störung nicht so schwach ist, wie die Metaanalyse von Fossati et al. (1999) propagierte. Die von Zanarini (2000) in einem Literaturreview gefundene Rate von sexuellem Kindesmissbrauch bei PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung von 40-70 Prozent scheint plausibler.

Ein zweites Kriterium von Hill betrifft die Zeitlichkeit, wobei die kausale Variable vor der abhängigen Variable auftreten muss. Hierzu fanden Johnson et al. (1999), dass Individuen mit dokumentierten Geschichten von sexuellem oder körperlichem Missbrauch und Vernachlässigung vier mal wahrscheinlicher die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhielten als Individuen ohne solche Vorgeschichten. In einer longitudinalen Untersuchung verschiedener Persönlichkeitsstörungen konnten Yen et al. (2002) zeigen, dass die PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die höchsten Raten von Kindheitstraumata, speziell sexuelle Traumatisierungen aufwiesen. Auch Battle et al. (2004) berichteten im Rahmen derselben Studie von viel höheren Raten von Kindesmissbrauch und Vernachlässigung bei Borderline-PatientInnen als bei PatientInnen mit anderen Persönlichkeitsstörungen.

Das nächste von Hills Kriterien betrifft den Anstieg der abhängigen Variable mit dem Anstieg der Unabhängigen. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Schwere der Traumatisierung und des Ausprägungsgrades der Borderlinesymptomatik konnten Zanarini et al. (2002) zeigen, dass die Schwere der sexuellen Missbrauchserfahrungen signifikant mit der Schwere aller Aspekte der Symptomatik der Borderlinepsychopathologie (Affekt, Kognition, Impulsivität, interpersonale Beziehungen), der allgemeinen Ausprägung der Borderline-Störung und dem Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung verbunden sind.

Ein weiteres Kriterium beinhaltet die Spezifität des Zusammenhangs. Hierauf bezieht sich auch das Hauptargument gegen die Betrachtung von Kindheitstraumata als ätiologischen Faktor bei der Verursachung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, da Traumata in der Kindheit nicht notwendigerweise spezifisch für die Entwicklung einer Borderline-Störung sind. Nicht alle Individuen mit Borderline-Störungen haben Traumatisierungen in der Kindheit erlebt und nicht alle in der Kindheit traumatisierten Individuen entwickeln eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (Graybar & Bourilier, 2002; Zaranini, 2000; Zaranini et al., 2000). Der Mangel des spezifischen Zusammenhangs wird von Ball und Links (2009) durch die multifaktorielle Natur des Zustandekommens einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erklärt.

Hills Kriterium der Konsistenz wird durch die bereits erwähnten Studien demonstriert. Die Konsistenz, mit der der diskutierte Zusammenhang gefunden wurde, ist eines der stärksten Argumente, das für Traumatisierungen in der Kindheit als ätiologischer Faktor in der Entwicklung einer Borderline-Störung spricht (Ball & Links, 2009).

Weiters fordert Hill, dass der kausale Zusammenhang auch epidemiologisch und biologisch Sinn machen muss. Die biologische Erforschung von Trauma und den darauf folgenden Störungen ist ein in den letzten Jahren rasch wachsendes Gebiet. Da auf die neurobiologische Forschung an einer anderen Stelle dieser Arbeit genauer eingegangen wird, werden hier nur einige wichtige Ergebnisse genannt. Zum Beispiel fanden bildgebende Verfahren reduzierte Volumen von Hippokampus, Amygda und des präfrontalen Cortex (Nahas et al., 2005; Rinne, 2005; Schmahl & Bremner, 2006). Auch das zentrale serotonerge System des Gehirns, welches Affekte, Impulsregulierung und autoaggressives Verhalten kontrolliert, scheint von anhaltenden Traumatisierungen in der Kindheit beeinflusst zu werden (Rinne, 2005). Zur epidemiologischen Sinnhaftigkeit des Zusammenhangs lässt sich aufgrund fehlender Studien keine Aussage machen.

Das letzte Kriterium von Hill betrifft die Frage, ob der propagierte kausale Zusammenhang analog zu anderen kausalen Zusammenhängen ist. Das kann für Kindheitstraumata und die Borderline-Störung zutreffen, da viele Autoren ein multifaktorielles Entstehungsmodell für die Borderline-Persönlichkeitsstörung annehmen (Baird et al., 2005; Bradley et al., 2005; Paris, 1998; Zaranini, 2000). Andere Forscher schlagen spezielle Mediatoren vor, die die Beziehung zwischen den Konstrukten bestimmen. Minzenberg et al. (2006) argumentiert, dass Misshandlungen in der Kindheit im Erwachsenenalter zu sozialen Bindungsschwierigkeiten mit ängstlichen und vermeidenden Bindungsstilen führen, die die Symptome der Borderline-Störung

vermitteln. Auch Fruzzetti et al. (2005) vermuteten, dass sowohl sexueller Missbrauch in der Kindheit als auch andere frühe Traumata am besten als entferntere, nicht unmittelbare Faktoren in der Entwicklung einer Borderline-Störung verstanden werden können, die ihre ätiologische Signifikanz durch vermittelnde Variablen erreichen. Analog wurden aber auch multifaktorielle Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und der Entwicklung anderer Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Bis jetzt stellt aber die Borderline-Störung die am ausführlichsten untersuchte Persönlichkeitsstörung als Traumafolge dar.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Metaanalyse von Ball und Links (2009) einen konsistenten Zusammenhang zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung über viele Studien hinweg aufzeigen konnte. Einzelne Studien konnten vor allem zeigen, dass der Zusammenhang stärker ist, als bis dahin vermutet wurde. Nach Meinung der Autoren ist ein multifaktorielles Entstehungsmodell nötig, um die Varianz in der Stärke der Verbindung und die fehlende Spezifität zu erklären. Traumatisierungen in der Kindheit werden als potentielle Umweltfaktoren betrachtet, die im Kontext einer Gen-Umwelt-Interaktion die zu einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führen, noch genauerer Erforschung bedürfen.

7.3. Erklärungsansätze/Modelle:

In letzter Zeit haben verschiedene Autoren versucht, den sich in empirischen Untersuchungen immer wieder zeigenden Zusammenhang zwischen chronischen Beziehungstraumatisierungen und der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen in theoretischen Modellen zu erklären und verständlich zu machen. Wöller und Kruse (2005) haben versucht, ein Modell zu entwickeln, das eine große Bandbreite der klinischen Phänomene von Persönlichkeitsstörungen in einen beziehungsorientierten Gesamtkontext einordnet. Im Folgenden werden die wichtigsten Elemente dieses Modells kurz angeführt. Wie bereits weiter oben ausgeführt, führen chronische Beziehungstraumatisierungen durch Veränderungen in den betreffenden Hirnregionen zu *Störungen der Selbstregulierung*, speziell zu verminderter Emotionsregulierungsfähigkeit. Wenn zu diesen durch traumatische Beziehungen geschwächten Selbstregulierungsfähigkeiten (Emotionsregulierung, Mentalisierung, Ich-

Integration) Traumatisierungen in Form von sexueller oder körperlichen Misshandlungen hinzukommen, wird die *Traumadynamik* mit ihren neurobiologischen Korrelaten entfacht. Die Transformation des Erlebten in normale (hippokampale) Gedächtnisinhalte ist nicht mehr möglich (LeDoux, 1996). Durch die Dynamik der Posttraumatischen Belastungsstörung mit Übererregung und Sensibilisierung werden die Betroffenen bei Kontakt mit traumabezogenen Stimuli von traumatischen Affekten (Hilflosigkeit, Ohnmacht, Verzweiflung, Alleingelassensein) überflutet (Post et al., 1995). Daraus ergibt sich eine Vielzahl körperlicher und psychischer Symptome, die über das Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung weit hinausgehen und zu den komplexen posttraumatischen Störungsbildern zusammengefaßt werden (Wöller, 2006). Andauernde Beziehungstraumatisierungen machen adaptive Anstrengungen nötig, um die lebensnotwendige primäre Bindung zu erhalten, wodurch es zur Dissoziation nicht vereinbarer Emotionen und Selbstanteile kommt (Freyd, 1996). Bei diesen Abspaltungen kann es sich um einzelne dissoziative, intrusive oder somatoforme Symptome handeln oder es sind ganze Persönlichkeitsanteile und Teilidentitäten betroffen.

Die Notwendigkeit, die Beziehung zur primären Bezugsperson trotz traumatischer Beziehungsmuster zu erhalten, führt zu *chronischen Persönlichkeitsveränderungen* wie verzerrte Wahrnehmung wichtiger Bindungsbeziehungen, veränderte, negative Selbstwahrnehmung und ein inneres Arbeitsmodell traumatischer Beziehungsmuster (Wöller, 2006). Diese lassen sich weitgehend als intrapsychische Formen der Selbstregulierung verstehen (Herman, 1992), mit der Funktion, die Bindung zu wichtigen Bezugspersonen zu erhalten und die Überflutung mit traumatischen Affekten zu vermeiden. Solche traumatische Beziehungsmuster sind neben anderen Faktoren für die Tendenz zur Reviktimisierung von entscheidender Bedeutung.

Wenn die intrapsychischen Formen und Versuche der Emotionsregulierung scheitern, wird für die Betroffenen die Anwendung *interpersoneller Strategien* notwendig. Erreichen diese Strategien ein Ausmaß, welches die soziale Anpassung der Personen beeinträchtigt und bei ihnen oder ihren Interaktionspartnern Leiden verursacht, kann nach Wöller (2006) von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen werden. Bei PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen kommt es zu bedeutsamen Kommunikationsstörungen, die sich in maladaptiven und dysfunktionalen Verhaltens- und Beziehungsmustern äußern. Dabei wird die Neigung zur Wiederholung der traumatischen Erfahrung als extremstes maladaptives Verhaltensmuster betrachtet (van der Kolk, 1989; Wöller & Kruse, 1998). Interaktionspartner zum Zwecke eigener Emotionsregulierung zu instrumentalisieren,

auszubeuten oder zu manipulieren ist für PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen charakteristisch. Hierbei spielen Lernerfahrungen der Ursprungsfamilie eine große Rolle (Wöller, 2006).

8. Dissoziation:

Im geschichtlichen Verlauf war Janet (1889) der erste, der den Zusammenhang zwischen psychischem Trauma und Dissoziation systematisch betrachtete. Er stellte fest, dass traumatisierte PatientInnen, obwohl sie durch eine retrograde Amnesie unfähig zur verbalen Schilderung des Ereignisses waren, trotzdem mit der überwältigenden Situation konfrontiert blieben. Die traumatischen Erinnerungen drängen sich dann in Form von furchterregenden Wahrnehmungen, Zwangsvorstellungen oder somatischen Wiedererleben intrusiv auf. Auch Freud (1920), schloss sich anfänglich der Meinung von Janet an und vertrat die Ansicht, dass traumatische Erinnerungen durch Abwehrmechanismen aktiv vom Bewußtsein ausgeschlossen werden. Er änderte seinen Standpunkt später aber und gab den traumatischen Erinnerungen den Charakter sexueller Phantasien im Lauf der kindlichen Sexualentwicklung. Sein Schüler Jung griff die Einstellung von Janet jedoch wieder auf und ging davon aus, dass eine traumatische Erinnerung eine Dissoziation in der Psyche erzeugt und der willentlichen Kontrolle nicht unterworfen ist. Im Weiteren Verlauf der Geschichte wurde die Erforschung des Zusammenhangs zwischen Trauma und dissoziativen Störungen aber erst nach dem zweiten Weltkrieg wieder aufgegriffen (Putnam, 1989).

8.1.Definition:

Wöller (2006) definiert Dissoziation als eine neurologische Funktionsveränderung, die den normalen Ablauf und die normalen Beziehungen der neuropsychologischen Prozesse unterbricht und diese Trennung über längere Zeiträume weiter aufrechterhält. Die Dissoziation ist demnach als Schutzmaßnahme eines Ichs zu verstehen, dem die Fähigkeit fehlt, belastende Lebensereignisse zu integrieren. Wenn sich die Dissoziation als Schutzmaßnahme erst einmal etabliert hat, wird sie von anderen psychischen Reaktionsweisen wie zwanghaftes Wiederholen von Situationen oder Vermeidungs- und

Ablenkungsverhalten (Phobien, Tics, Konversionsprozesse, Konzentrationsstörungen) und vielen weiteren bewussten und unbewussten Prozessen weiter aufrechterhalten. Für Ogawa et al. (1997) ist Dissoziation in der frühen Kindheit eine normale Reaktion auf Zerrissenheit und Stress, während persistierende Dissoziation in der Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter eher ein Zeichen von Psychopathologie ist.

In einem klinischen Sinn versteht man unter Dissoziation den Verlust relevanter Aspekte des bewussten Erlebens bis hin zum Verlust der integrativen Funktionen des Bewusstseins und der persönlichen Identität (Putnam et al. 1996; Waller et al., 1996). Dissoziation sieht Putnam als einen komplexen psychophysiologischen Prozess, der Veränderungen im Bewusstsein bewirkt und dazu führt, dass Gedanken und Gefühle dem Bewusstsein zumindest teilweise nicht zugänglich sind. Dadurch kann sich ein Nebeneinander verschiedener Bewusstseinszustände, Wahrnehmungsformen und Gedächtnissysteme ergeben.

Ähnlich bedeutet für Peichl (2007) und Nijenhuis und Boer (2006) eine strukturelle Dissoziation eine strukturelle Aufspaltung der Persönlichkeit. Die Autoren gehen davon aus, dass frühe und wiederholte Traumatisierungen durch die primären Bezugspersonen zu strukturellen und funktionellen Hirnschädigungen führen, die einen normalen, nahtlosen Wechsel zwischen den angeborenen emotionalen Systemen verhindert und das Gehirn dadurch in einem unvollständig integrierten Modus arbeitet. Nach Meinung von Nijenhuis und Kollegen (2005) beinhaltet eine Traumatisierung bei Erwachsenen den Verlust der prätraumatischen Persönlichkeitsstruktur und bei Kindern eine Interferenz mit der Entwicklung einer kohäsiven und kohärenten Struktur der Persönlichkeit. In anderen Worten besteht eine Traumatisierung zu einem gewissen Grad aus einer Teilung der Persönlichkeit. Die Autoren vermuten, dass die normale Integration der defensiven Aktionssysteme und der Aktionssysteme des täglichen Lebens unter extremen Stress nicht stattfinden kann. Diese verminderte Integrationskapazität manifestiert sich in der prototypischen Abfolge zwischen Funktionieren im Alltag, durch Vermeidung und Gefühllosigkeit (Aktionssystem des täglichen Lebens) und der Traumawiedererinnerung (defensives Aktionssystem). Basierend auf theoretischen Analysen, klinischen Beobachtungen und einigen Forschungsergebnissen (Kluft & Fine, 1993; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Putnam, 1997; Reinders et al., 2003; Steinberg, 1995) propagieren Nijenhuis und Kollegen (2005), dass ein gewisser Grad an dissoziativer Teilung der Persönlichkeit einen essentiellen Bestandteil jeder Traumatisierung darstellt, die zwischen den angeborenen Aktionssystemen des täglichen Lebens und der

Verteidigung stattfindet. Dieser Mechanismus wird von den Autoren strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit genannt (Nijenhuis et al., 2002; Van der Hart et al, 2004). Die Dissoziation der Persönlichkeit entwickelt sich, wenn Kinder oder Erwachsene potentiell traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt sind und ihre integrative Fähigkeit nicht ausreicht, um das Geschehen komplett innerhalb einer relativ kohärenten Persönlichkeit zu integrieren. Im Laufe der Zeit werden die Aktionssysteme dann immer weniger kohäsiv und kohärent und entwickeln sich zu mehr oder weniger getrennten Wahrnehmungs- und Funktionsweisen, sogenannten dissoziativen Teilen der Persönlichkeit.

Es werden drei prototypische Levels der Dissoziation beschrieben (Laure, 2004; Nijenhuis et al, 2005), die sich in der klinischen Realität jedoch eher entlang eine Kontinuums präsentieren. Der erste Level beginnt mit der einfachsten Trennung der zwei Kategorien der Aktionssysteme des täglichen Lebens und der Verteidigung. Bei zunehmendem Schweregrad folgt dann eine zunehmende Dissoziation innerhalb dieser Kategorien, zuerst im defensiven Aktionssystem und dann im Aktionssystem, das das tägliche Leben reguliert.

Die *primäre Dissoziation* entsteht bei einer überwältigenden Bedrohung und der verbundenen Unfähigkeit, das Erlebte vollständig ins Bewußtsein zu integrieren. Dabei bleiben sensorische und emotionale Elemente des Geschehens vom Bewußtsein isoliert. Die bei dieser Fragmentierung entstandenen Ich-Zustände unterscheiden sich deutlich vom normalen Bewusstseinszustand. Die PatientInnen erleben sich entweder abrupt in das traumatische Geschehen zurückversetzt oder relativ stabil und von Trauma distanziert (Peichl, 2007). Die dadurch entstehenden Symptome wie intrusive Erinnerungen, Albträume und Flashbacks sind charakteristisch für die Posttraumatische Belastungsstörung.

Die *sekundäre Dissoziation*, die auch als peritraumatische Dissoziation bezeichnet wird, ist durch eine Trennung zwischen einem beobachtenden Ich und einem erlebenden Ich gekennzeichnet. Durch die Dissoziation wird die Person vor einer vollständigen Wahrnehmung des Geschehens geschützt und der aktuellen Qual und dem unerträglichen Schmerz wird augenblicklich ein Ende bereitet. Diese Trennung hat für die Betroffenen eine Veränderung im Wahrnehmen von Ort, Zeit und der eigenen Person zur Folge, wodurch es zu Gefühlen der Irrealität, Verwirrung, Desorientiertheit und Depersonalisation kommt. Bei kumulativen und chronischen Traumatisierungen in der

Kindheit muss die traumatische Erfahrung in die noch fragile Selbst- und Identitätsentwicklung integriert werden, wobei sich nicht ausreichend miteinander integrierte psychische Strukturen bilden, die kreative Überlebensstrategien darstellen (Peichl, 2007). In Studien zeigt sich die peritraumatische Dissoziation vermehrt als signifikanter Indikator für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung, wobei sich der Zusammenhang durch das hohe Angstniveau während der traumatischen Situation ergibt. Zusätzlich zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Erwachsenen, die während einer traumatischen Erfahrung dissoziieren und der Wahrscheinlichkeit bereits in der Kindheit traumatischen Erlebnissen ausgesetzt gewesen zu sein. Bei diesen PatientInnen scheint die Dissoziationsschwelle herabgesetzt zu sein (Laure, 2004). Bei der *tertiären Dissoziation* zeigen sich deutlich voneinander getrennte Ich-Zustände, die jeweils eigene kognitive und affektive Reaktionsformen und Verhaltensmuster aufweisen. Diese zeigen sich zum Beispiel als multiple Identitätsbruchstücke bei der dissoziativen Identitätsstörung.

8.2. Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und dissoziativen Störungen:

In zahlreichen Untersuchungen wurde immer wieder ein Zusammenhang zwischen dem Erleben eines Traumas in der Kindheit und der Entwicklung dissoziativer Symptome festgestellt. Das von den PatientInnen gezeigte Beschwerdebild wird mangels offizieller Diagnosen DESNOS genannt oder fällt unter den Begriff „komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“. PatientInnen mit einer solchen Diagnose leiden in der Regel unter schweren dissoziativen Symptomen, die jedoch nicht so extrem ausgeprägt sind, dass die PatientInnen die unterschiedlichen inneren Zustände als eigenständige Personen empfinden, wie dies bei der dissoziativen Identitätsstörung der Fall ist (Laure, 2004; Wöller, 2006). Auslösende Bedingungen für diese Störungen sind im Allgemeinen physische und sexuelle Gewalterlebnisse in der Kindheit. Entsprechende Forschungsergebnisse wiesen darauf hin, dass sich bei 90% der PatientInnen mit der Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung solche Übergriffe in der Kindheit nachweisen lassen (Boon & Draijer 1993; Putnam 1997).

Mehreren Studien belegen, dass die Prävalenzzahlen für dissoziative Störungen bei Risikogruppen deutlich erhöht sind (Atchinson & McFarlane 1994; Gast et al. 2001a; Steinberg 1996). Ein erhöhtes Risiko, gleichzeitig dissoziative Symptome aufzuweisen,

haben vor allem PatientInnen mit positiver Traumaanamnese, akuter Belastungsstörung, Posttraumatischer Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörung, vermeidend-selbstunsichere und dependente Persönlichkeitsstörung), Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen, Essstörungen, Angstsymptomen und -erkrankungen, Impulsdurchbrüchen, Selbstverletzungen, Somatisierungsstörungen, schwerer Depression, Suizidimpulse und -versuche, Sexualstörungen und starken Schwankungen im affektiven und allgemeinen Funktionsniveau (Wöller, 2006). In Übereinstimmung damit fanden Friedl und Draijer (2000) unter stationären psychiatrischen PatientInnen in Holland 8% mit dissoziativen Störungen und 2% mit einer dissoziativen Identitätsstörung.

Gast et al. (2001b) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Schwere des erlebten Kindheitstraumas und dem Ausmaß der dissoziativen Symptomatik finden. Bei PatientInnen mit chronisch dissoziativen Störungen finden sich außergewöhnlich und extrem schwere Traumatisierungen in der Kindheit, wie schwerer und anhaltender sexueller und körperlicher Missbrauch, Todesgefahr und vollständiges Fehlen eines subjektiven Geborgenheitsgefühls (Laure, 2004). Auch Nijenhuis et al. (1998b) fanden, dass körperliche und sexuelle Traumata die somatoforme als auch die psychologische Dissoziation am besten vorhersagten. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von Befunden, die annehmen, dass Dissoziation eine Konsequenz einer pathogenen Familienstruktur darstellt (Nash et al., 1993), ist jedoch konsistent mit der Idee, dass die Gefährdung der körperlichen Integrität viel mehr als ein negatives emotionales Klima somatoforme als auch psychologische dissoziative Reaktionen hervorruft, die tierischen Verteidigungsreaktionen gleichen (Nijenhuis et al, 1998a, b). In Verbindung mit früher Traumatisierung findet sich auch ein hohes Dissoziationsniveau bei Störungen wie Borderline-Syndrom, Somatisierungsstörungen, schwere Depression und Posttraumatische Belastungsstörungen. Für Laure (2004) scheint die Dissoziation zusätzlich sowohl ein Prädiktor für selbstverletzendes Verhalten als auch für Suizidversuche zu sein.

Studien, die sich speziell auf die von Nijenhuis et al (1996) definierte somatoforme Dissoziation konzentrierten, fanden, dass die somatoforme Dissoziation charakteristischer für Traumatisierungen ist als die generelle Kategorie der Somatisierung (Nijenhuis & van der Hart, 1999) und weiters, dass diese sehr wahrscheinlich bei komplexen posttraumatischen Störungen gefunden wird. Weiters fand sich, dass Ereignisse, wie sexueller oder körperlicher Missbrauch, die speziell Gefahr für den

Körper darstellen, stärker mit somatoformer Dissoziation verbunden sind als Erlebnisse, die mit einem negativen emotionalen Klima verbunden sind (Nijenhuis, Spihoven, Vanderlinden, van Dyck, van der Hart, 1998a). Allgemein fanden Nijenhuis et al. (1996, 1997, 1998a), dass die somatoformen dissoziativen Phänomene für Patienten mit dissoziativen Störungen hoch charakteristisch sind.

Overkamp (2002) schätzt die Häufigkeit, auf ein Trauma mit chronischer Dissoziation zu reagieren, auf ca. 10-15%. Sie ist der Ansicht, dass sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer pathologischen Dissoziation bei wiederholten Traumatisierungen deutlich erhöht. Auch aus den Ergebnissen anderer Studien lässt sich allgemein schließen, dass die dissoziativen Beschwerden umso deutlicher sind, je früher und je länger hoch belastende Ereignisse in der Kindheit stattfanden und je weniger ein Ausgleich durch das soziale Umfeld gegeben war (Nijenhuis et al. 2004a; Ogawa et al. 1997).

Es lässt sich zusammenfassen, dass PatientInnen mit sexuellen oder körperlichen Traumatisierungen in der Kindheit oft unter schwerer dissoziativer Symptomatik leiden, deren Ausmaß mit zunehmender Schwere des Missbrauchs und wiederholtem Missbrauch ansteigt. Ein hohes Dissoziationsniveau findet sich vor allem bei Störungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, Somatisierungsstörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und schweren Depressionen.

8.3.Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit:

In der wissenschaftlichen Diskussion der letzten Jahren herrscht die Tendenz vor, Traumafolgestörungen und Traumatisierungsstörungen nicht mehr unter einer spezifischen Persönlichkeitsdiagnose oder der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung einzugliedern, sondern sich am Hauptabwehrmechanismus bei Traumatisierungen, der Dissoziation zu orientieren. Diese kann als grundlegendes Merkmal für eine große Reihe von traumabezogenen Störungen angesehen werden (Wöller, 2006). Diese Störungen umfassen die Posttraumatische Belastungsstörung, die „komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen, die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die dissoziativen Störungen der Bewegung und des Körperempfindens und andere dissoziative Störungen. Die Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit betrachtet anders als die üblichen diagnostischen Manuale die Symptome nach Extrembelastungen einheitlich als dissoziativ und unterscheidet nur

hinsichtlich negativer Symptomatik (psychische und körperliche Selbstwahrnehmung fehlen) und positiver Symptomatik (zusätzliche Phänomene treten auf) (Nijenhuis et al., 2003). Die zu Grunde liegende Idee sieht Dissoziation allgemein als eine direkte Folge traumatischer Erfahrung und Verarbeitung und sowohl negative als auch positive Symptome sind als direkte Folgen der Überforderung integrativer Fähigkeiten der Betroffenen zu verstehen.

Für Wöller (2006) ist somit die in den Diagnosesystemen vollzogene kategoriale Grenzziehung zwischen Posttraumatischen Belastungsstörung und dissoziativen Störungen nicht mehr haltbar. Als zentrales Charakteristikum traumatisierter PatientInnen wird die Tatsache gesehen, dass traumatische Erinnerungen oder Teile davon dissoziiert bestehen bleiben und ein teilweises oder vollständiges Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses verursachen (van der Hart et al., 1995). Der Mechanismus der Dissoziation scheint bei den intrusiven Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung ebenso wirksam zu sein wie bei den dissoziativen Amnesien oder Depersonalisationssymptomen. Nach Meinung von Nijenhuis et al. (1997) wäre es richtiger, von positiven dissoziativen Symptomen wie Intrusionen und Pseudohalluzinationen und negativen dissoziativen Symptomen wie Amnesien und Depersonalisationsphänomenen zu sprechen. Diese Unterscheidung zwischen positiven und negativen Symptomen ist auch für die von Nijenhuis et al. (1997) beschriebene somatische oder somatoforme Dissoziation gültig, unter der die Autoren zahlreiche medizinisch nicht erklärbare Körpersymptome zusammenfassen, die als traumatische Körpererinnerungen verstanden werden können. Unter positive somatisch-dissoziative Symptome fallen Schmerzen und Missempfindungen verschiedenster Art (Schmerzen, sexuelle Gefühle, Einfrieren, Flucht-Kampf- Unterwerfungsreaktionen) und unter negativen somatisch-dissoziativen Symptomen werden sensible Ausfallserscheinungen wie Taubheitsgefühle und Gefühllosigkeit im Bereich der Extremitäten (Lähmungen, Sehstörungen, Taubheit, Unfähigkeit, gewisse Körperregionen zu spüren) verstanden.

PatientInnen mit dissoziativen Symptomen, die unter das Diagnosekonstrukt DESNOS fallen, berichten einerseits von einem „Funktionieren im Alltag“ mit deutlich eingeschränkter Selbstwahrnehmung auf körperlicher und seelischer Ebene und andererseits von starken emotionalen und somatischen Reaktionen. Im Erleben der PatientInnen gibt es nur ein „entweder-oder“, die inneren Zustände lassen sich nicht miteinander vereinbaren (Wöller, 2006).

Der innere Zustand, in dem das Funktionieren im Alltag gelingt, wird nach der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit der „anscheinend normale Persönlichkeitsanteil“ (ANP) genannt. Wenn die Betroffenen alle ihre inneren Gefühle nicht wahrnehmen, können sie auch nach extremen Belastungen weiter gut funktionieren (Nijenhuis et al., 2003). Um dies zu gewährleisten, werden alle Erinnerungen an das Trauma vom anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil vermieden und somit können diese in die Lebensrealität nicht integriert werden. Diese Fassade, die das Meistern des täglichen Lebens ermöglicht, kann nach Nijenhuis et al. (1998) durch die Entwicklung negativer dissoziativer Symptomatik aufrechterhalten werden. Huber (2003) beschreibt, dass es durch diese Abkopplung der traumatischen Erfahrung vielen PatientInnen gelingt, die intrusiven und hochemotionalen Traumaerinnerungen unter Kontrolle zu bringen und eine langfristige Destabilisierung zu vermeiden. Für Menschen nach Traumatisierungen stellt somit Spaltung oder Dissoziation den effektivsten Abwehrmechanismus dar. Diese Menschen leben demnach in zwei verschiedenen Welten. In einer Alltagsrealität, in der sie mehr oder weniger gut angepasst sind und funktionieren können und in einer plötzlich einschließenden, überwältigenden und hoch emotionalen Traumawelt, die die traumatische Erfahrung als unveränderbares, zeitloses Ereignis beinhaltet (Peichl, 2007).

Betroffene PatientInnen berichten aber neben diesen gefühllosen, betäubten inneren Zuständen auch von als ich-dyston erlebten Persönlichkeitsanteilen, die die abgespaltenen Gefühle tragen. In der Theorie der strukturellen Dissoziation heißt dieser Teil der Persönlichkeit „emotionaler Persönlichkeitsanteil“ (EP). Der emotionale Persönlichkeitsanteil ist ein dissoziativer Zustand, der für ein mehr oder weniger komplexes mentales System organisierter Traumaerinnerungen steht. Inhaltlich können diese pathogene Einzelaspekte des Traumas, komplette Erinnerungen überwältigender Ereignisse oder Serien solcher Ereignisse umfassen. In der Regel sind sie mit einer veränderten Wahrnehmung des eigenen Körpers und reduziertem Selbsterleben verbunden (Peichl, 2007). In diesen Zuständen kann es zu Verhaltensweisen kommen, in denen die Personen so stark emotional reagieren, dass ihnen eine objektive und rationalisierende Perspektive der Außenwelt fehlt. Bei diesen Erlebensmodalitäten handelt es sich jedoch nicht um grundlegend verschiedene Persönlichkeiten, sondern um unterschiedliche, nicht integrierte und somit nicht vereinbare physiologische und psychische Zustände (Nijenhuis et al., 2003).

In der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit besteht die Traumatisierung in einer grundlegenden Teilung der Persönlichkeit in einen oder mehrere

Teile, die vor allem dem Funktionieren im Alltag und der Fortpflanzung dienen und einen oder mehrere Teile, die an die Erinnerung der traumatische Erfahrung geheftet bleiben und auf reale oder vermutete Bedrohungen reagieren. Beide Teile, der anscheinend normale Persönlichkeitsanteil als auch der emotionale Persönlichkeitsanteil, erfüllen besondere und wichtige Überlebensfunktionen (Peichl, 2007).

8.4. Dissoziation als Symptom einer Posttraumatischen Belastungsstörung:

Während traumatischer Ereignisse kommt es häufig zu dissoziativen Symptomen wie emotionale Betäubung, Depersonalisation, Derealisation und „Out-of-body“-Erlebnisse. Diese als peritraumatische Dissoziation bezeichneten Phänomene sind vor allem dann mit erhöhtem Risiko, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, verbunden, wenn sie anhaltend sind (Briere & Spinazzola, 2005). Diese dissoziativen Symptome können als phylogenetisch verankerter Schutzmechanismus betrachtet werden, der bei unentrinnbarer Gefahr die Überlebenschancen erhöht. Nijenhuis et al. (2004) konnten in klinischen Populationen, vor allem bei PatientInnen mit körperlichen Gewalterfahrungen, eine hohe Rate an traumaassoziiierter somatoformer dissoziativer Symptome wie Bewegungsblockaden, Anästhesien oder Analgesien nachweisen. Untersuchungen lassen vermuten, dass dissoziative Reaktionsstile bei potenziell traumatischen Ereignissen vor allem dann eingesetzt werden, wenn frühe Beziehungserfahrungen durch traumatische Erlebnisse entscheidend geprägt worden sind (Freyd & DePrince, 2001). Dieser dissoziative Reaktionsmodus kennzeichnet die Symptomatik bei etwa einem Drittel der PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Er bewirkt zwar eine wirkungsvolle Gegenregulation zu autonomem Hyperarousal, beeinträchtigt aber die konstruktive Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis entscheidend (Simeon et al., 2005; van der Kolk, 2004).

Hochbedeutsame Risikofaktoren für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung stellen peritraumatisch auftretende Panikattacken dar (Galea et al., 2002). Neben den Angstaffekten können aber auch noch andere Affektsysteme betroffen sein wie Scham, Demütigung, Schuld und Ärger (Brewin & Holmes, 2003). Besonders starke Scham und intensiver, objektgerichteter Ärger sind mit langsamer und schwerer posttraumatischer Erholung verbunden (Andrews et al., 2000).

In den letzten Jahren konnte die klinische Forschung zeigen, dass bei PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung traumatische Erinnerungen bereits initial in Form dissoziierter mentaler Muster von sensorischen und affektiven Elementen gespeichert wurden, die wenige linguistische Komponenten beinhalten (van der Kolk & Fisler, 1995). Die sprachliche Symbolisierung ist dann auch bei der Traumärückerinnerung erschwert, diese geschieht in Form von sensorischen Wahrnehmungen und Verhaltensantworten.

Das Wiedererleben der traumatischen Erfahrung und die Vermeidung von Erinnerungen an das Trauma sind ein Hauptkennzeichen der Posttraumatischen Belastungsstörung (APA, 1994). In Anlehnung an das Originalverständnis des 19. Jahrhunderts (Janet, 1889) betrachten einige Autoren (Nijenhuis et al, 1996, 2005) diesen zweiphasigen Ablauf als Manifestation einer traumabezogenen strukturalen Dissoziation oder Teilung der Persönlichkeit. Diese Autoren gehen davon aus, dass allen traumabezogenen Störungen eine gemeinsame, zentrale psychobiologische Pathologie zugrunde liegt, nämlich die Dissoziation. Nach der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit kann auch die einfache Posttraumatische Belastungsstörung als eine dissoziative Störung mit zwei abgegrenzten Persönlichkeitsanteilen betrachtet werden (Peichl, 2007). Abhängig vom Ausmaß der Belastung durch das Trauma und der aktivierten neurologischen Gegenwehr kommt es zum Durchlaufen verschiedenster defensiver Reaktionsmuster, die die im Vordergrund stehende Symptomausprägung aus dem Spektrum der Posttraumatischen Belastungsstörung bestimmen. Die primäre strukturelle Dissoziation ist bei schweren Formen der Posttraumatischen Belastungsstörung häufig zu finden. Hier repräsentiert der emotionale Persönlichkeitsanteil das Abwehrsystem und die dazugehörigen traumatischen Erinnerungen des Missbrauchs und der Vernachlässigung, wohingegen die Alltagspersönlichkeit häufig als Ausdruck des aktivierten Bindungssystems an den Täter, den vernachlässigenden Elternteil oder den grenzüberschreitenden Partner gebunden bleibt. Mit Zunahme des traumatischen Stress und sequentieller Traumata kann auch die Integration der Verteidigungssysteme beeinträchtigt werden. Es kommt zur Aufspaltung und zur sekundären strukturellen Dissoziation, die durch Faktoren wie eine angeborene Fähigkeit zur Dissoziation und Imagination, wiederholte Ereignisse, welche die nichtdissoziativen Abwehrmechanismen des Kindes überwältigen, Ressourcen und Vulnerabilitäten und inadäquate Ausbildung von Reizschranken und Selbstberuhigungsstrategien in der prätraumatischen Zeit, unterstützt wird (Wöller, 2006).

8.5. Dissoziation als Symptom einer Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Wöller (2006) hat den Versuch unternommen, die diagnostischen Kriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung aus dem Blickwinkel der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit zu betrachten. Im Folgenden wird eine kurze Zusammenfassung dieser Darstellung gegeben.

Für PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist es nach ICD-10 charakteristisch, dass Impulse ohne Berücksichtigung der Konsequenzen ausagiert werden. In der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit könnte dieses Symptom als unkontrollierter Wechsel zwischen dem anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil und dem emotionalen Persönlichkeitsanteil verstanden werden, wobei die Fähigkeit zur Mentalisierung emotionaler Reaktionen völlig fehlt. Die Launenhaftigkeit und Unvorhersehbarkeit der betroffenen PatientInnen könnte nach Meinung des Autors gut mit der Auslösung durch nicht bewusst wahrgenommene Trigger bei fehlender Kontrolle durch den anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil erklärt werden.

Die Störung des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, die Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit präsuizidalen Handlungen und Suizidversuchen sowie die intensiven aber unbeständigen Beziehungen von Menschen mit einer Borderline-Symptomatik wären aus der Sicht der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit ein Ausdruck von emotionalen Persönlichkeitsanteilen und deren unterschiedlichen Reaktionen auf die traumatische Situation. Nach Wöller können chronische Einsamkeitsgefühle als Vermeidung auf kognitiver und emotionaler Beziehungsebene mit dem Ziel, die Auslösung traumatischer Erinnerungen oder Gefühle zu verhindern, aufgefasst werden.

Der für Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeit typische dramatische Stimmungswechsel kann aus dieser Perspektive durch einen Wechsel zwischen dem anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil und dem emotionalen Persönlichkeitsanteil hervorgerufen werden. Dieser Wechsel kann, wie bei hoch dissoziativen PatientInnen, auch durch gewöhnliche Ereignisse ausgelöst werden, die sowohl traumatische Erinnerungen als auch Gefühle herbeiführen.

Viele Versuche der PatientInnen, reales oder imaginatives Verlassensein zu vermeiden, können als Vermeidung von Einsamkeitsgefühlen verstanden werden. Diese Gefühle, die durch die negative Beziehungsdynamik der traumatischen Situation entstanden sind, werden weiterhin als traumatisch empfunden. Außerdem ist es für die PatientInnen, wenn

sie alleine sind, schwieriger, den Wechsel zwischen dem anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil und dem emotionalen Persönlichkeitsanteil zu kontrollieren. Wöller sieht eine Erklärung hierfür in der Tatsache, dass auch anscheinend normale Persönlichkeitsanteile durch Hinweisreize in der Außenwelt oder in sozialen Interaktionen erweckt werden können und diese Auslöser aber auch benötigen, um im Bewusstsein zu bleiben.

Zwanghafte Sexualität, die als ein weiteres Symptom einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betrachtet wird, kann als handlungsnaher Reinszenierung der sexuellen Missbrauchssituation interpretiert werden. Weiters können Versuche der Selbstmedikation oder Fressanfälle als Möglichkeiten verstanden werden, die Angst, die von den emotionalen Persönlichkeitsanteilen und den damit verbundenen traumatischen Erinnerungen ausgeht, zu vermeiden.

Selbstverletzende Handlungen können aus einer neurobiologischen Perspektive als Schutz vor emotionalem Distress und Analgesie betrachtet werden, da Schmerzreize zur Ausschüttung von Endorphinen und Dissoziation führen. Dieses selbstverletzende Verhalten kann sich auf das Erleben in den emotionalen Persönlichkeitsanteilen beschränken und in der Alltagspersönlichkeit nicht erinnert werden.

Die misstrauischen Tendenzen von Borderline-PatientInnen, auch wohlwollende Personen als Angreifer zu betrachten, können aus Sicht der Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit als Wechsel in einen defensiven emotionalen Persönlichkeitsanteil gedeutet werden.

Weiters betrachtet Wöller unterschiedlichste somatische Symptomatiken als Körpererinnerungen unterschiedlicher emotionaler Persönlichkeitsanteile an belastende Kindheitserlebnisse.

Diese theoretische Darstellung wird von dem Ergebnis einer Studie von Herman et al., (1989) unterstützt, die zeigten, dass die dissoziativen Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörungen stärker mit Traumatisierungen in der Kindheit korrelierten als die Borderline-Pathologie an sich.

9. Reviktimisierung:

Viktimisierung an und für sich stellt bereits einen Risikofaktor für eine Reviktimisierung dar. Frauen, die in der Kindheit oder Jugend Opfer sexueller Gewalt wurden, haben ein substantiell höheres Risiko, im Erwachsenenalter körperlich oder sexuell missbraucht zu werden (Classen et al., 2005; Seedat et al., 2005). Unzählige Untersuchungen belegen, dass Mißhandlung in der Kindheit das Risiko von Mißhandlungen im Erwachsenenalter erhöht, speziell das Risiko sexueller Übergriffe, aber auch das Risiko anderer Gewalterfahrungen (Cloitre, 1998; Nishith et al., 2000; Widom, 1999; Wöller, 2005). Die Wahrscheinlichkeit, als Erwachsene Opfer von Vergewaltigungen oder Gewaltverbrechen zu werden, ist bei Menschen mit sexuellen Traumatisierungen in der Kindheit signifikant höher (Briere & Runtz, 1987; Sedney & Brooks, 1984). Die beschriebenen Zusammenhänge sind offenbar unspezifisch, so scheinen Gewalterfahrungen in der Ursprungsfamilie das Risiko des Erlebens jeder Gewaltform im späteren Leben zu erhöhen (Wöller, 2006).

Wiederholungsphänomene sind bei Traumaopfern in unterschiedlichen Bereichen anzutreffen. Die Wiederholung traumatischen Erlebens findet sich in den intrusiven Erinnerungen der PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung genauso wie in zahlreichen Verhaltensinszenierungen (Nachspielen traumatischer Szenen, wiederholte Selbstverletzungen,...) (Wöller, 2006). Die Neigung zur monotonen Wiederholung und traumatischer Reinszenierung ist umso höher, je weniger die traumatische Erfahrung dem bewußten Erleben zugänglich gemacht werden kann (Grossman, 1991). Zur Traumawiederholung kann es aber auch in Form von aktiver Traumatisierung kommen. Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und der Neigung, im Erwachsenenalter andere Menschen aktiv zu traumatisieren (Herrenkohl et al., 1983).

Freud (1920) hat den Begriff des „Wiederholungszwangs“ durch die Notwendigkeit der Meisterung traumatischer Erfahrungen erklärt. Das Ich versucht, die eingebrochene und nicht verarbeitbare Reizmenge nachträglich zu bewältigen, indem es den traumatischen Ablauf erneut inszeniert, um ihm einen besseren Ausgang zu geben. Auch bei neueren Erklärungsansätzen wird auf die Theorie der Meisterung zurückgegriffen. Für Horowitz (1986) zählt die Traumawiederholung, die sich in Intrusionen und Verhaltensreinszenierungen zeigt, neben der Dissoziation zu den wichtigsten Anpassungsversuchen nach traumatischen Erfahrungen in Kindheit und Jugend. Die

Meisterung setzt das neu Erleben und das Abreagieren der intensiven begleitenden Emotionen voraus. Wenn dies nicht gelingt, wird das traumatische Ereignis in verkleideter Form immer wieder in Szene gesetzt. Vor allem bei Traumatisierungen in der Kindheit, bei denen Dissoziation oft die vorherrschende Überlebensstrategie ist, kann der Stress-Reaktions-Zyklus nicht vollständig abgeschlossen werden und das Trauma wird oft lebenslang in verkleideter Form reinszeniert (Wöller, 2006). Auch andere Autoren sehen in der Suche nach neuen Lösungen eines bisher ungelösten Konflikts den zentralen Aspekt der Traumawiederholung (Casement, 1985; Hirsch, 1994; Stern, 1988).

Die Wiederbelebung traumatischer Affekte im alltäglichen Leben und das Überschwemmt werden mit Ohnmacht und Hilflosigkeit führen zu generalisierten Ohnmachts- und Hilflosigkeitserlebnissen. Diese spielen in Situationen, in denen sich Traumatisierte nicht wehren oder abgrenzen können, eine entscheidende Rolle und tragen maßgeblich zur Reviktimisierung bei. Wöller (2006) sieht in dem Verhalten von PatientInnen mit traumatischen Erfahrungen keine selbstschädigende Absicht, sondern *„eine aus der reaktivierten traumatischen Hilflosigkeit resultierende Unfähigkeit zu alternativen Handlungsweisen (S.454)“*.

Die Dissoziation, zu der Traumaopfer häufig neigen, trägt auch in entscheidendem Maße zur Reviktimisierung bei, da sie aufgrund der situationsabhängigen Abrufbarkeit früherer Erlebnisse die Fähigkeit einschränkt, Warnhinweise wahrzunehmen (Kluft, 1990; van der Kolk, 1989). Zusätzlich geraten Traumaopfer leicht in dissoziative Zustände, in denen sie weggetreten wirken und werden von potentiellen Tätern als „leichte Beute“ betrachtet (Cloitre, 1998). Bei schweren dissoziativen Störungen wie der dissoziativen Identitätsstörung können Reviktimisierungen auch aktiv durch abgespaltene Persönlichkeitsanteile herbeigeführt werden, wobei die Person dann keine Erinnerung an die schädigende Handlung hat (Eberhard-Kaechele, 2006).

Selbstdestruktive Handlungen, bulimische Attacken, aber auch Gewalthandlungen können vorübergehend zu einer Verringerung der unerträglichen Affektzustände oder beängstigenden Depersonalisationszuständen führen und die Betroffenen können dadurch kurzzeitig dem Gefühl von Leere und Anspannung entfliehen. Sie setzen sich mehr oder weniger bewußt Situationen aus, die dazu führen können, erneut Opfer zu werden, da nicht nur Selbstverletzungen, sondern auch Verletzungen durch andere zu Spannungsreduktion führen kann (Wöller, 2006). Letztlich trägt der zur Emotionsregulierung eingesetzte Konsum von Alkohol und Drogen noch zusätzlich zur Gefahr der Reviktimisierung bei (Koss & Dinero, 1989).

Bindungstheoretische Überlegungen (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969) sehen in der Reviktimisierungstendenz Modifikationen von Bindungsverhalten, zu denen es durch lang anhaltende personale Traumatisierungen kommt. Dadurch kann Leiden ein Gefühl von Geborgenheit vermitteln, da es vertraut ist (Gerisch, 1996) oder es kommt zur Objektbindung an den Schmerz (Valenstein, 1993). Weiters kann eine Reexternalisierung der traumatischen Introjekte zur inneren Druckentlastung zu Wiederholung der traumatischen Erfahrung führen (Ferenczi, 1932; Hirsch, 1996, 1997). Andere Ansätze erklären das Phänomen als narzisstische Kompensation durch moralische Überlegenheit im Leiden oder als verzweifelter Versuch, geachtet und anerkannt zu werden (Rohde-Dachser, 1986). Leiden kann aber auch zur Abwehr von Ohnmacht und Hilflosigkeit aktiv gesucht werden und somit ein Gefühl von Kontrolle vermitteln (Wurmser, 1998). Durch die Verschmelzung mit einem mächtigen Täter kann es zu magischen Größenphantasien von Unabhängigkeit, Allmacht und omnipotenter Kontrolle kommen (Kohut, 1971; Novick & Novick, 1987; Shengold, 1995). Neuere neurobiologische Erkenntnisse legen die Vermutung nahe, dass die Traumawiederholung auch biologische Ursachen haben kann. Sind Personen wiederholt traumatischen Situationen ausgesetzt, kommt es zu endogenen Opioidreaktionen und zur quasi suchartigen Abhängigkeit von traumatischen Stimuli (van der Kolk, 1989).

Das Erleben einer Form von Gewalt kann bereits sehr schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Frauen haben (Campbell, 2002) und es scheint, dass die gesundheitlichen Konsequenzen für Opfer von mehreren Gewaltarten oder wiederholten Gewalterlebnissen drastisch ansteigen. Frauen, die mehrfach sexuelle Gewalt erfahren haben, zeigen schlechtere mentale und physische Gesundheit als Opfer von einmaliger sexueller Gewalt (Arata, 2002; Messman-Moore et al., 2000; Stein & Barrett-Conner, 2000). Es zeigte sich, dass Frauen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden und auch in ihren intimen Beziehungen als Erwachsene Gewalt erlebt haben, im Vergleich zu denjenigen Frauen, die nur eine Form von Gewalt erlebt haben, ein signifikant erhöhtes Level für Posttraumatische Belastungsstörungen als auch für Depression aufweisen (Campbell & Soeken, 1999; Messman-Moore et al., 2000).

Zusammenfassend zeigt sich, dass das Risiko, als Erwachsener Opfer von Gewalt zu werden, bei Menschen mit Gewalterfahrungen in der Kindheit signifikant erhöht ist, wobei diese Zusammenhänge für das Erleben aller Gewaltarten gelten. Erklärt wird das

Phänomen der Reviktimisierung durch die Neigung Traumatisierter zu Wiederholung und traumatischer Reinszenierung, durch Unfähigkeit zu alternativen Handlungsweisen, durch eine aufgrund von Dissoziation eingeschränkte Fähigkeit, Warnhinweise wahrzunehmen, durch selbstdestruktive Handlungen, die zur Verringerung unerträglicher Affektzustände ausgeführt werden oder durch suchartige Abhängigkeit von traumatischen Stimuli aufgrund endogener Opioidreaktionen.

10. Therapeutische Konsequenzen:

Klinische Erfahrungen zeigen, dass isolierte therapeutische Ansätze aufgrund der facettenreichen Psychopathologie posttraumatischer Belastungssyndrome, der Verwobenheit von psychischen und körperlichen Symptomen, der vielfältigen psychiatrischen Komorbiditäten, der unterschiedlichen Verlaufsformen, schwerwiegender Persönlichkeitsveränderungen und beeinträchtigenden zwischenmenschlichen Problemen zu kurz greifen.

Bei den meisten psychodynamischen Methoden, die fast alle auf das Behandlungsmodell von Horowitz (1986) aufbauen, liegt der Hauptfokus der therapeutischen Interventionen auf der Lösung von intrapsychischen Konflikten, die durch die traumatische Erfahrung entstanden sind und sich hauptsächlich in der Gestaltung der Verleugnungs- und Intrusionsphasen zeigen (Gaston, 1995; Kapfhammer, 2008). In der Intrusionsphase ist ein Angebot von externer Kontrolle, durch Strukturierung, aktive Übernahme von Ich-Funktionen sowie Unterdrückung der überwältigenden Emotionen für die PatientInnen nötig. In der Verleugnungsphase hingegen muss der Patient immer wieder geduldig ermutigt werden, mit seinen Emotionen in Kontakt zu treten. Es soll durch dosiertes Wiedererleben des Traumas, Verbalisierung des Erlebten und Herausarbeitung dominanter Selbst- und Objektbilder und Interaktionsfiguren, Kontrolle über den Zustand erlangt werden. In der Phase des Durcharbeitens wird den vorherrschenden Persönlichkeitsstilen, die die Abwehr- und Copingmöglichkeiten von PatientInnen bestimmen, viel Aufmerksamkeit gewidmet. Typische Übertragungs- und Gegenübertragungsmuster werden systematisch analysiert (Kapfhammer, 2008). Bei PatientInnen mit komplexen posttraumatischen Störungsbildern sind bedeutsame Modifikationen im therapeutischen Vorgehen notwendig (Kudler et al., 2000; Sachsse et al., 2006).

Als besonders relevant im therapeutischen Bereich hat sich die Unterscheidung der Folgestörungen nach Mono- oder Multitraumatisierungen herausgestellt. Aufgrund der Komplexität der Störungsbilder nach Multi- oder chronischen Traumatisierungen haben sich therapeutische Techniken als wichtig erwiesen, die vor allem auch die Neigung der PatientInnen zur Dissoziation berücksichtigen und miteinbeziehen (Van der Hart et al., 2006).

Die Behandlung der komplexen posttraumatischen Störungen sowie anderer traumabezogener Störungen sollte auf die graduelle Integration der dissoziativen Teile inklusive deren mentale Inhalte (traumatische Erinnerungen) und der assoziierten Aktionssysteme abzielen, um eine kohärente und kohäsive Persönlichkeit zu erreichen. Dabei sollte mit der Stärkung der Fähigkeiten der anscheinend normalen Persönlichkeitsanteile, im täglichen Leben zu funktionieren, begonnen werden und dann schrittweise die Überwindung der wiederkehrenden Angst und Vermeidung der verschiedenen dissoziativen Teile und der damit verbundenen Phobien bezüglich Bindung, Trennung, Verlust, traumatischer Erinnerungen und Veränderungen zum Ziel haben (Nijenhuis et al., 2002; Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Van der Hart & Nijenhuis, 2001; Van der Hart et al., 1993).

Angesichts der empirischen Belege von epidemiologischen Studien, die eine psychiatrische Komorbiditätsrate bei PatientInnen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen von 80% aufzeigen (Kapfhammer, 2008), sind an der Generalisierbarkeit von therapeutischen Behandlungsstrategien ernsthafte Zweifel anzubringen.

Weiters wurde nach Kapfhammer (2007b) in empirischen Studien die Fragen nach dem geeigneten Zeitpunkt einer therapeutischen Intervention, die Entscheidung zwischen psychosozialer versus psychopharmakologischer Therapien und der klinischen Praktikabilität von Kombinationsbehandlungen, die notwendige Dauer einer durchgeführten Therapiemaßnahme, das Vorgehen bei unterschwelligem, persistierenden Symptomen sowie bei chronisch therapieresistenten Verläufen bis jetzt nur unzureichend erforscht.

10.1. Konsequenzen für die Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung:

PatientInnen mit einer Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung berichten oft nicht spontan von erlebten Traumatisierungen, da störungsinhärente kognitive und affektive Veränderungen die Schilderung des Traumakontextes von vornherein erschweren oder die Eröffnung dieser Erlebnisse starke Emotionen wie Angst, Panik, Beschämung, Schuld und Hilflosigkeit hervorruft und somit einer starken intrapsychischen Abwehr unterliegen (Kapfhammer, 2008). Bis jetzt scheint in der Literatur bezüglich der Frage, ob für eine erfolgversprechende Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung das auslösende Trauma überhaupt vollständig thematisiert werden muß, noch Uneinigkeit zu bestehen. Allen Ansätzen ist jedoch gemeinsam, dass die Arbeit an traumatischen Erfahrungen nur im Rahmen einer zuverlässigen und stabilen therapeutischen Beziehung stattfinden kann. Das Ziel einer jeden Behandlung sollte nach Kapfhammer (2008) sein, die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung zu reduzieren und den PatientInnen nach einer Traumatisierung zu ihrer gewohnten psychosozialen Funktionsweise zu verhelfen.

Der Therapieforscher Klaus Grawe schrieb 2004: „Die PTSD kann als gutes Beispiel dafür gelten, wie durch Kombination von psychologischer und neurowissenschaftlicher Erforschung der Störungsgrundlagen ein breit abgestütztes Verständnis der Störungszusammenhänge erarbeitet werden kann, das Therapeuten schließlich befähigt, die konkrete Behandlung auf der Grundlage dieses Störungsverständnisses flexibel auf die besonderen Belange des einzelnen Patienten zuzuschneiden“ (Grawe, 2004, S.164).

10.2. Konsequenzen für die Therapie der Persönlichkeitsstörungen:

Psychoanalytisch orientierte Autoren haben sich auch für die schweren Charakterpathologien und Persönlichkeitsstörungen ein psychodynamisches Verständnis erarbeitet. Die psychoanalytische Ich-Psychologie und die Objektbeziehungstheorie haben das psychoanalytische Denken aus der engen Bindung an die Triebtheorie gelöst (Klein, 1972; Fairbairn, 1952, 1957; Guntrip, 1969; Winnicott, 1974b). Die Beiträge dieser Autoren bilden die Grundlage der modernen Behandlung der Persönlichkeitsstörungen. Den Weg für die Anwendung des psychoanalytischen Therapieverfahrens auf diese als zunächst nicht behandelbar angesehene PatientInnengruppe öffneten Kohut (1971) mit den selbstpsychologischen

Untersuchungen zur narzisstischen Persönlichkeitsfehlentwicklung und Kernberg (1967) mit objektbeziehungstheoretisch fundierten Arbeiten zur Borderline-Persönlichkeitsorganisation durch die Schaffung der Voraussetzungen für eine therapeutische Einflussnahme.

Aus therapeutischer Sicht wurde in den letzten Jahren vermehrt der Vorschlag gemacht, die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Traumafolgestörung aufzufassen (Gast, 1997; Sachsse 1995). Nach Sachsse hat es sich in der Therapie von Borderline-PatientInnen sehr bewährt, jedes Phänomen hypothetisch auch als Traumafolge verstehen zu wollen: Traumata sind Ereignisse, die das Ich nicht bewältigen kann und die Ich-Funktionen sowie das damit verbundene gute Objekt zerstört. Diese Erfahrung bedingt die Angst, das Böse könnte das Gute endgültig vernichten. Wenn Spaltung als Bewältigungsmechanismus eingesetzt wird, können pathologische Körperphantasien, massive Störungen des Körper selbst, Selbstverletzungen, Essstörungen, Depersonalisationszustände, hypochondrische Ängste oder körperbezogene Phobien hier ihren Ursprung haben.

Wenn traumatische Erlebnisse nicht verdrängt werden können und als offene Wunden bereitliegen und durch Schlüsselreize mit allen begleitenden Affekten reaktiviert werden können, entwickeln sich zur Vermeidung des Wiedererlebens soziophobische Symptome und phobische Strategien. Diffuse Angst kann ein Signal für andrängende traumatische Erinnerungen sein.

Die Erfahrungen verschiedenster Therapeuten der letzten Jahre sprechen für die Annahme, dass die Behandlung von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen, bei denen die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung und/oder schwere dissoziative Phänomene vorherrschen, ein anderes therapeutisches Vorgehen verlangt, als wenn fehlangepasste interpersonelle Beziehungsmuster im Vordergrund stehen (Flatten et al., 2001; Shearer, 1994). Da für die Traumabearbeitung, die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und die Behandlung der schweren dissoziativen Störungen wirksame Behandlungskonzepte vorliegen, fordern traumaorientierte Therapieansätze, diese Techniken der Bearbeitung der maladaptiven Erlebens- und Interaktionsmuster vorzuschalten oder zumindest begleitend in der Therapie anzuwenden (Flattern et al., 2001; Reddemann & Sachsse, 2000).

Für Ball und Links (2009) ergeben sich aus der Annahme, dass Traumatisierungen in der Kindheit einen wichtigen ätiologischen Faktor bei der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung einnehmen, einige Aspekte, die in der klinischen Praxis bei

Betrachtung dieser Interferenz beachtet werden müssen. Für eine erfolgreiche Psychotherapie scheint es für die Autoren, bei PatientInnen mit einer Borderline-Störung, nicht notwendig auf den Missbrauch in der Kindheit zu fokussieren. Weiters erscheint den Autoren eine auf Kindheitstraumata fokussierte Psychotherapie nicht risikolos. Als Probleme können sich erhöhte Suizidgefahr und verfrühter Therapieabbruch ergeben (Ball & Links, 2009).

11. Fragestellungen und Hypothesen:

In diesem Teil der Arbeit wird die durchgeführte empirische Untersuchung ausführlich dargestellt. Im Speziellen wird dabei auf die behandelten Fragestellungen, die zur Erhebung der Daten verwendeten Kriterien, die Zusammensetzung der Stichprobe und die zur Testung der Hypothesen verwendeten statistischen Analysen eingegangen.

Im Folgenden werden die sich aus der theoretischen Diskussion ergebenden, wichtigen Fragestellungen im Kontext des zu untersuchenden Datensatzes zusammengefasst und die zu testenden statistischen Hypothesen explizit ausformuliert, um sich im Analyseteil nur mehr darauf beziehen zu müssen.

Fragestellung 1:

In der wissenschaftlichen Literatur der letzten Jahre wird vermehrt die Annahme vertreten, dass chronische Traumatisierungen in Kindheit und Jugend eher zu Persönlichkeitsstörungen führen, wohingegen akute, einmalige Extremtraumatisierungen eher zu den Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung führen (Hirsch, 2004; Peichl, 2007; Wöller, 2006). Da der vorliegende Datensatz fast nur aus Patientinnen besteht, deren Traumatisierungen vor dem 18. Lebensjahr stattgefunden haben, ergibt sich somit für die vorliegende Untersuchung folgende Fragestellung:

- 1) Kommt es nach Traumatisierungen in Kindheit oder Jugend auch zu Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung oder zu Persönlichkeitsstörungen?

Die sich daraus ableitenden und statistisch zu testenden Hypothesen lauten daher:

H0a: Zwischen Traumatisierungen in der Kindheit oder Jugend und dem Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung gibt es keinen Zusammenhang.

H1a: Zwischen Traumatisierungen in der Kindheit oder Jugend (Zeitpunkt der Traumatisierung) und dem Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung besteht ein Zusammenhang.

H0b: Zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend und den Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen gibt es keine Zusammenhänge.

H1b: Zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend und den Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen bestehen Zusammenhänge.

Fragestellung 2:

Den Zusammenhang zwischen verschiedenen erlebten Gewaltarten mit den speziellen daraus folgenden Störungen betreffend, gibt es eine Bandbreite von Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen (Zanarini et al, 1997, 1998; Trull, 2001; Fossati et al, 1999; Paris, 2000; Stein et al. 1996; uvm.). Auch Wöller (2006) sieht Schwierigkeiten in der Klärung der Frage, welche spezifischen Traumata mit welchen Langzeitfolgen verbunden sind. Zur weiteren Klärung dieser Fragestellung werden die möglichen Verbindungen für diesen Datensatz ebenfalls genauer untersucht. Als konkrete Fragestellung formuliert stellt sich dies wie folgt dar:

- 2) Gibt es einen Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Gewalterfahrungen und der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen?

Die sich aus dieser Fragestellung ergebenden statistischen Hypothesen lauten:

H0a: Zwischen den verschiedenen Gewalterfahrungen und dem Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung bestehen keine Zusammenhänge.

H2a: Zwischen den verschiedenen Gewalterfahrungen und dem Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung gibt es Zusammenhänge.

H0b: Zwischen dem Erleben der verschiedenen Gewalterfahrungen und der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gibt es keine Zusammenhänge.

H2b: Zwischen dem Erleben verschiedener Gewalterfahrungen und der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestehen Zusammenhänge.

Fragestellung 3:

Da allen Patientinnen der vorliegenden Stichprobe der Gießener Beschwerdebogen zur Erfassung von psychosomatischen Beschwerden vorgegeben wurde und für diesen sowohl Vergleichswerte einer Eichstichprobe der deutschen Bevölkerung als auch einer klinischen Stichprobe einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz in Gießen vorliegen, ist es von Interesse, die Unterschiede in Art und Häufigkeit der Beschwerden bezüglich der Stichprobe dieser Arbeit zu betrachten. Die sich somit ergebende dritte Fragestellung lautet demnach:

- 3) Gibt es eine Erhöhung der psychosomatischen Beschwerden in der Stichprobe mit Gewalterfahrungen gegenüber der Normstichprobe und der klinischen Stichprobe?

Diese Fragestellung wird anhand folgender Hypothesen getestet:

- H0a: Die Häufigkeiten der psychosomatischen Beschwerden der Stichprobe mit Gewalterfahrungen (Skalen und Einzelitems) unterscheiden sich nicht von den Häufigkeiten der psychosomatischen Beschwerden der Eichstichprobe.
- H3a: Die Häufigkeiten der psychosomatischen Beschwerden der Stichprobe mit Gewalterfahrungen (Skalen und Einzelitems) weisen Unterschiede zu den Häufigkeiten der psychosomatischen Beschwerden der Eichstichprobe auf.
- H0b: Die Häufigkeiten der psychosomatischen Beschwerden der Patientinnen mit Gewalterfahrungen zeigen keine Unterschiede zu den Häufigkeiten der Beschwerden der klinischen Stichprobe.
- H3b: Die Häufigkeiten der psychosomatischen Beschwerden der Patientinnen mit Gewalterfahrungen unterscheiden sich von den Häufigkeiten der Beschwerden der klinischen Stichprobe.

Fragestellung 4:

Die Tatsache, dass Traumatisierungen zu psychosomatischen Beschwerden führen, wird bereits seit Freuds Konversionskonzept (1895) und Ferenczis Andeutungen einer Körper-Selbst-Dissoziation (1916/1917) angenommen. Da der vorliegende Datensatz auch Angaben der Patientinnen bezüglich der Ausprägungen der somatischen Beschwerden anhand des GBB-Fragebogens umfasst, liegt eine Untersuchung der Beziehung zwischen den Arten der Gewalterfahrungen und den unterschiedlichen somatischen Beschwerden nahe:

- 4) Gibt es einen Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Gewalterfahrungen und den (Skalen und/oder Faktoren der) psychosomatischen Beschwerden?

Die Hypothesen zu dieser Fragestellung lauten wiederum:

- H0: Zwischen dem Erleben der unterschiedlichen Gewalterfahrungen und dem Ausmaß und der Art der psychosomatischen Beschwerden bestehen keine Zusammenhänge.

H4: Zwischen dem Erleben unterschiedlicher Gewalterfahrungen und dem Ausmaß und der Art der psychosomatischen Beschwerden gibt es Zusammenhänge.

Fragestellung 5:

Der angenommene Zusammenhang von Traumatisierungen und psychosomatischen Beschwerden lässt die Vermutung zu, dass auch ein Zusammenhang zwischen psychosomatischen Beschwerden und auf Traumatisierung folgenden Störungsbildern, wie die Posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsstörungen, vorhanden ist, woraus sich folgende Fragestellung ergibt:

- 5) Gibt es einen Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Störungsbildern und den psychosomatischen Beschwerden?

Die statistisch zu testenden Hypothesen können für diese Fragestellung folgendermaßen formuliert werden:

H0a: Zwischen einer Posttraumatischen Belastungsstörung und der Art und dem Ausmaß der psychosomatischen Beschwerden bestehen keine Zusammenhänge.

H5a: Zwischen einer Posttraumatischen Belastungsstörung und der Art und dem Ausmaß der psychosomatischen Beschwerden gibt es Zusammenhänge.

H0b: Zwischen den unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen und der Art und dem Ausmaß der psychosomatischen Beschwerden gibt es keine Zusammenhänge.

H5b: Zwischen den unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen und der Art und dem Ausmaß der psychosomatischen Beschwerden bestehen Zusammenhänge.

Fragestellung 6:

Eine überwältigende Fülle von Befunden belegt, dass Misshandlungen in der Kindheit zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit von Misshandlungen im Erwachsenenalter führt (Cloitre, 1998; Nishith et al, 2000; Widom, 1999; Wöller, 2005). Daraus folgend stellt sich die Frage, ob diese Zusammenhänge spezifischer Natur sind:

- 6) Unterscheidet sich die Tendenz zur Reviktimisierung hinsichtlich unterschiedlicher Gewalterfahrungen oder unterschiedlicher Störungsbilder?

Die auf diese Fragestellung bezogenen Hypothesen lauten:

H0a: Zwischen dem Erleben unterschiedlicher Gewalterfahrungen und der Tendenz zur Reviktimisierung bestehen keine Zusammenhänge.

H6a: Zwischen dem Erleben der unterschiedlichen Gewalterfahrungen und der Reviktimisierungstendenz gibt es Zusammenhänge.

H0b: Zwischen den unterschiedlichen Störungsbildern und der Tendenz zur Reviktimisierung gibt es keine Zusammenhänge.

H6b: Zwischen den unterschiedlichen Störungsbildern und der Reviktimisierungstendenz bestehen Zusammenhänge.

Fragestellung 7:

In der wissenschaftlichen Diskussion der letzten Jahre herrscht die Tendenz vor, Traumafolgestörungen und Traumatisierungsstörungen bei Patienten nicht mehr unter eine spezifische Persönlichkeitsdiagnose zu fassen, sondern sich am Hauptabwehrmechanismus bei Traumatisierungen zu orientieren, nämlich der Dissoziation. Diese kann als grundlegendes Merkmal für eine große Reihe von traumabezogenen Störungen angesehen werden, einschließlich der Posttraumatischen Belastungsstörung, der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung, der Borderline-Persönlichkeitsstörung, den dissoziativen Störungen der Bewegung und des Körperempfindens sowie anderen dissoziativen Störungen (Peichl, 2007; Wöller, 2006). Für die vorliegende Arbeit ergibt sich daraus folgende Fragestellung:

- 7) Unterscheiden sich die verschiedenen Störungsbilder und die verschiedenen Gewalterfahrungen hinsichtlich der Ausprägung dissoziativer Phänomene?

Die daraus resultierenden Hypothesen hierzu lauten wiederum:

H0a: Zwischen den unterschiedlichen Gewaltarten gibt es keine Unterschiede bezüglich der Ausprägung dissoziativer Phänomene.

H7:a Zwischen den unterschiedlichen Gewalterfahrungen bestehen Unterschiede in der Ausprägung dissoziativer Phänomene.

H0b: Die verschiedenen Traumafolgestörungen unterscheiden sich nicht im Ausmaß der dissoziativen Symptomatik.

H7b: Die verschiedenen Traumafolgestörungen weisen im Ausmaß der dissoziativen Symptomatik Unterschiede auf.

12. Untersuchungsdurchführung:

Die in dieser Arbeit retrospektiv erstellte Stichprobe ergab sich aus einer Totalerhebung von insgesamt 845 PatientInnen, die in den Jahren 1990-1996 an die Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie zu einem Erstgespräch gesehen wurden. Die Einschlusskriterien für die PatientInnen dieser Studie waren weibliches Geschlecht, die Vorgabe des Gießner Beschwerdebogens und Gewalterfahrungen. Zur empirischen Testung der Fragestellungen standen somit ausführliche narrative Krankengeschichten von 156 Patientinnen zur Verfügung, anhand derer die zur Beantwortung der Fragestellungen nötigen quantitativen und qualitativen Daten erstellt wurden. Die zur Herausarbeitung der Daten verwendeten Kriterien werden im Folgenden detailliert dargestellt. Im ersten Teil (10.1) werden die von den Frauen erlebten Gewalterfahrungen anhand in der Literatur vorgegebener Kriterien spezifiziert. Anschließend (10.2) wird der Gießner Beschwerdebogen, der zur Erfassung von somatischen Symptomen, die die Lebensqualität beeinträchtigen, verwendet wurde, beschrieben. Als dritter Punkt (10.3) werden die Kriterien dargestellt, die für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt sein müssen. Für die Erfassung des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung wurden die von den TherapeutInnen der Patientinnen gestellten Diagnosen herangezogen. Als letzter Punkt dieses Kapitels (10.4) werden die Kriterien, anhand derer die dissoziativen Symptome herausgearbeitet wurden, detailliert dargelegt.

12.1. Gewalterfahrungen:

Die Gewalterfahrungen werden in das Erleben von körperlicher (10.1.1), sexueller (10.1.2) und emotionaler (10.1.3) Gewalt sowie das Miterleben von Gewalt (10.1.4) unterteilt und anhand folgender in der Literatur angegebener Kriterien definiert:

12.1.1. Körperliche Gewalt:

Körperliche Gewalt inkludiert jede Form von körperlichem Mißbrauch gegenüber Frauen durch Autoritätspersonen. Körperliche Gewalt wurde nach Mazza und Dennerstein (1996) als leicht bzw. schwer klassifiziert. *Leichter körperlicher Missbrauch* inkludiert das Bewerfen mit Objekten, Stoßen, Packen, Schubsen oder Schlagen sowie sogenannte „Handgreiflichkeiten“. *Schwerer körperlicher Missbrauch* inkludiert wiederholte Tritte, Bisse, Schläge mit der Faust oder einem Objekt als auch Würgen oder das Bedrohen mit einem Messer oder einer Pistole.

12.1.2. Sexuelle Gewalt:

Sexuelle Gewalt inkludiert alle Erfahrungen ungewollter sexueller Annäherung von Autoritätspersonen, sexuelle Belästigung oder Nötigung, versuchte Vergewaltigung oder erlebte Vergewaltigung. Kindesmissbrauch wird, entsprechend dem Alter für einvernehmliche sexuelle Aktivitäten im österreichischen Gesetz, als Missbrauch vor dem 14. Geburtstag definiert. Die Schwere des sexuellen Missbrauchs wird nach den Kriterien von Russell (1983) folgendermaßen eingeteilt:

Sehr schwerer sexueller Missbrauch inkludiert Erlebnisse von vaginaler oder analer Penetration bis hin zum Versuch von Fellatio, Cunnilingus und Analingus.

Schwerer sexueller Missbrauch inkludiert vaginale Penetration mit dem Finger, simulierten Verkehr oder versuchten Brustkontakt;

Weniger schwerer sexueller Missbrauch inkludiert vorsätzliches sexuelles Berühren von Brüsten oder Genitalien über der Kleidung sowie „brutalen Geschlechtsverkehr“.

12.1.3. Emotionale Gewalt:

Emotionale Gewalt inkludiert emotionale Misshandlung und nicht-körperliche Aggression, wiederholte verbale Demütigungen, Stalking, Kontrollieren der Kontakte, Abtrennen der Telefonleitung, Limitieren des Kontaktes mit Familie und Freunden, Verweigerung des Zugangs zum Familieneinkommen und Drohungen (Drohungen, den Kindern oder sich selbst etwas anzutun, wenn die Frau ihn verläßt, etc.), Zurückweisung, Degradierung/Abwertung, Terrorisierung, Isolation, Korruption und Ausbeutung.

Weiters fallen tyrannische Eltern, jähzorniges Verhalten, Einsetzen von Kindern bei Konflikten zw. den Eltern oder bei Scheidung unter emotionale Gewalt. „Nur“ strenge oder autoritäre Eltern werden nicht als emotional gewalttätig gewertet.

12.1.4. Miterleben von Gewalt:

Miterleben von Gewalt inkludiert alle Erfahrungen in denen Frauen, auch wenn sie selbst nicht in Lebensgefahr sind oder schwer verletzt werden können, Teil einer Situation sind, in der die physische Integrität einer anderen Person in Gefahr ist. Das beinhaltet, an einem Konflikt teilzunehmen, indem jemand anderer bedroht, physisch oder sexuell missbraucht wird, oder emotionaler Gewalt ausgesetzt ist.

12.2. Der Gießner Beschwerdebogen (Brähler & Scheer, 1995):

Der Gießner Beschwerdebogen (GGB) ist ein Fragebogen mit 57 somatischen Einzelitems⁴ zur Erfassung von somatischen Beschwerden, die die Lebensqualität beeinflussen. Er wurde aufgrund der empirischen Tatsache entwickelt, dass das Vorliegen von Beschwerden mit dem Vorliegen einer objektivierbaren körperlichen Erkrankung bzw. Störung nicht sehr hoch korreliert. Der Gießner Beschwerdebogen stellt ein Instrument dar, das es ermöglicht, 57 Einzelbeschwerden zu erfassen, vier verschiedene Beschwerdekompexe, die sich aus ursprünglich 7 Faktoren ergaben, skaliert zu erheben, und den Gesamtbeschwerdedruck, der sich aus allen 24 Items der Skalen ergibt, zu bestimmen. Zusätzlich wird noch erfasst, ob die Beschwerden eher seelisch oder körperlich bedingt seien. Beim Anwendungsgebiet dieses Beschwerdebogens geht es nicht um die Identifikation organischer Erkrankungen, sondern um die Abklärung der psychosomatischen Bedingtheit oder Mitbedingtheit körperlicher Beschwerden. Laut den Autoren (Brähler & Scheer, 1995) repräsentieren die gebildeten Skalen die in der Selbstbeschreibung von Patienten durchschnittlich vorhandenen Assoziationen und Konglomerationen von empfundenen körperlichen Beschwerden, die generell überdurchschnittlich oft in dieser Form zusammen vorkommen.

Die Skalen und Faktoren des Gießner Beschwerdebogens (Brähler & Scheer, 1995) werden im Folgenden angeführt.

Skalen: 4 Skalen mit je 6 Items (S. 23):

1. Erschöpfung (E): Schwächegefühl, Schlafbedürfnis, Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Benommenheit, Mattigkeit

⁴ Eine Auflistung der 57 Einzelitems des Gießner Beschwerdebogens findet sich in Anhang A

2. Magenbeschwerden (M): Völlegefühl, Erbrechen, Übelkeit, Aufstoßen, Sodbrennen, Magenschmerzen
3. Gliederschmerzen (G): Gliederschmerzen, Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Kopfschmerzen, Müdigkeit in den Beinen, Druckgefühl im Kopf
4. Herzbeschwerden (H): Herzklopfen, Schwindelgefühl, Kloßgefühl in der Brust, Stiche in der Brust, Atemnot, Herzbeschwerden
5. Beschwerdedruck (B): umfasst die 24 oben angeführten Beschwerden.

Faktoren: erklären 66% der Gesamtvarianz (bei Varimax-Rotation) (S. 15):

1. Erschöpfungsfaktor: Müdigkeit, Mattigkeit, übermäßiges Schlafbedürfnis, rasche Erschöpfbarkeit, Schwächegefühl, Gefühl der Benommenheit, Gleichgewichtsstörungen - signalisiert Spannkraftverlust und allgemeine Hilfsbedürftigkeit
2. Essproblematik: Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Heißhunger, Gewichtszunahme
3. Magenbeschwerden: Völlegefühl, Magenschmerzen, Übelkeit, Aufstoßen, Sodbrennen, Erbrechen, Durchfälle - Oberbauchsyndrom, nervöse Magenbeschwerden
4. Frauenbeschwerden: kalte Füße, Kälteempfindlichkeit, Neigung zum Weinen, Verstopfung
5. rheumatische Beschwerden/Verkrampfungserscheinungen: Kreuz/Rückenschmerzen, Nacken/Schulterschmerzen, Gelenk/Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Druckgefühl im Kopf, Müdigkeit in den Beinen;
6. Herz-Kreislauf-Symptomatik: Herzbeschwerden, Herzklopfen, Stiche in der Brust, Atemnot, Hitzewallungen, Schwindelgefühl, Zittern, Kloßgefühl im Hals, Schwitzen
7. hysteriforme Beschwerden und Atemwegsbeschwerden: Gehstörungen, Schluckbeschwerden, Lähmungen, Verkrampfung im Arm beim Schreiben, Juckreiz, Hustenreiz, Sprachstörung, Halsschmerzen;

12.3. Die Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung:

Für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung wurden die Kriterien von Ermann (2004) verwendet. Darauf aufbauend wurden Variablen für die Cluster Hyperarousal, Intrusion und Avoidance durch das Zusammenfassen zutreffender psychosomatischer Beschwerden des Gießner Beschwerdeboogens und zusätzlicher Symptome, die den Krankenakten entnommen wurden, gebildet. Nur wenn in allen drei Clustern Werte erzielt wurden, kann die (nachträgliche) Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden. Weiters wurden, ebenfalls durch Zusammenfassen passender Items des Gießner Beschwerdeboogens und inhaltlich passender Symptome aus den Krankenakten, Cluster für komorbide Störungen des dissoziativen Typs, des affektiven Typs und des somatoformen Typs, gebildet. Die Zusammensetzung der Cluster wird im Folgenden dargestellt:

Hyperarousal: persistierende Angst, Irritabilität, schlechte Konzentration, Insomnia, Schlafstörungen, somatisierte „Flashbacks“

- **Cluster für Hyperarousal (somatisierte „Flashbacks“):** Herzklopfen, Schwitzen, Hitzewallungen, Gewichtsabnahme, anfallsweise Herzbeschwerden, anfallsweise Atemnot, Schlafstörungen

Intrusionen: wiederkehrende, belastende Träume, Flashbacks

- **Cluster für Intrusion:** Schreckhaftigkeit (leichtes Erröten, Zittern), Gefühl der Benommenheit, Alpträume, Ohnmachtsanfälle, Flashbacks

Avoidance: Unfähigkeit, Emotionen zu empfinden („numbness“), vermindertes Interesse an Aktivitäten, Isolation

- **Cluster für Avoidance:** Schwächegefühl, übermäßiges Schlafbedürfnis, rasche Erschöpfbarkeit, Mattigkeit, Müdigkeit, Schweregefühl in den Beinen, Interesselosigkeit (keine oder sehr eingeschränkte soziale Aktivitäten, Kontakt zu anderen Personen eingeschränkt)

Cluster für komorbide Störungen:

- **Dissoziativer Typ: DDT:** Konzentrationsstörungen, Flashbacks, verändertes Erleben von Körper und Umwelt (Depersonalisation, Körperfühlstörungen, tranceähnliche Zustände, Spannungszustände, nicht einzuordnende Sensationen)
- **Affectiver Typ: ADT:** Panikattacken, Hypochondrie, Angst, das Haus zu verlassen, Depression (Angabe von Patientin, vorläufige Diagnose),
- **Somatoformer Typ: SDT:** Sehstörungen, Gehstörungen, Schmerzen, Ziehen in der Brust, Verkrampfung im Arm beim Schreiben, Gleichgewichtsstörungen, Taubheitsgefühl, Schwindel, geschlechtliche Untererregbarkeit/ Übererregbarkeit, Unterleibsschmerzen, Erbrechen, Übelkeit, Gewichtszunahme, Verstopfung, Durchfälle, Magenschmerzen, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen

12.4. Dissoziative Somatoforme Symptome:

Die Symptome der Dissoziation können laut Wöller (2006) in positive und negative sowohl psychische als auch somatische Symptome eingeteilt werden. Die somatisch-dissoziativen Symptome scheinen vor allem auch deshalb interessant, da somatoforme Störungen einen hohen Anteil des allgemeinen Behandlungsbedarfs (Krankenstände, Krankenhausaufenthalte, Invaliditätspensionen) ausmachen. Eine Behandlung, die sich nur auf die Symptomebene konzentriert, übersieht oft die Ursachen der somatischen Symptome. Zielführender wäre eine ursächliche Behandlung der somatischen Symptome, wodurch es wichtig wird, die spezifischen Symptome mit den zugrunde liegenden Auslösungsbedingungen zu verknüpfen. Aus diesen Gründen wird in dieser Arbeit nur auf die somatoforme Dissoziation eingegangen, d.h. bei den folgenden Darstellungen (in Anlehnung an Nijenhuis et al., 1996) werden nur die Symptome der somatischen Dissoziation angeführt:

	Somatische Dissoziation
Negativ	Motorische Hemmung
	körperliche Betäubung
	Funktionsverlust
Positiv	Schmerzsymptome
	Bewegungssymptome
	Gastrointestinale Symptome
	Funktionsveränderungen
	Zustandsabhängige Symptome
	Symptome in Ruhe

Zur Erfassung der somatischen dissoziativen Symptomatik der Patientinnen wurden mittels der psychosomatischen Beschwerdeitems positive und negative Cluster für die somatoforme Dissoziation gebildet, sowie ein Cluster für die gesamte somatoforme Dissoziation (positive und negative Dissoziation). Die Items des Gießner Beschwerdebogens, die für die Cluster der dissoziativen Symptomatik herangezogen wurden, wurden anhand eines Itempools ausgewählt, den Nijenhuis et al. (1996) zur Entwicklung des SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire) zusammengestellt haben. Die Items wurden von den Autoren aufgrund von beobachteten klinischen Manifestationen somatoformer Dissoziation formuliert. 75 Items, die von vier der sechs beurteilenden Experten dahingehend bewertet wurden, dass sie wahrscheinlich somatoforme dissoziative Symptome reflektieren, wurden in den Itempool aufgenommen⁵. Die Zuteilung der Beschwerdeitems zu den dissoziativen Clustern wird im Folgenden dargestellt:

➤ **Cluster für die Negative Somatoforme Dissoziation:**

- Motorische Einschränkungen: Lähmungen, Sprachstörungen, Schluckbeschwerden, Gehstörungen, Verkrampfung im Arm beim Schreiben
- Kinästhetische Anästhesie/Analgesie: Taubheitsgefühl, Gefühl der Benommenheit, Sehstörungen
- Funktionsverluste: Anfälle, Müdigkeit, Appetitlosigkeit

⁵ Für Details siehe Nijenhuis et al. (1996)

➤ **Cluster für die Positive Somatoforme Dissoziation:**

- Schmerzsymptome: Unterleibsschmerzen, Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Kreuz- und Rückenschmerzen, Gelenk- oder Gliederschmerzen, Druckgefühl im Kopf
- Unkontrollierte Bewegungen: Zittern
- Gastrointestinale Symptome: Erbrechen, Übelkeit, Durchfälle
- Andere Funktionen: Hautveränderungen, Heißhunger (unkontrolliertes Essen)
- Zustandsabhängige Reaktionen: Schlafstörungen
- Symptome ohne Anstrengung: Schwindelgefühl, Herzklopfen, Ohnmachtsanfälle

13. Beschreibung der Stichprobe und erste explorative Analysen:

Die Untersuchungsstichprobe ergibt sich aus einer Totalerhebung der PatientInnen, die in den Jahrgänge 1990-1996 zu einem Erstgespräch an die Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie in Wien, gekommen sind. Die Einschlusskriterien für diese Studie umfassten weibliches Geschlecht, die Vorgabe des Gießner Beschwerdeboogens und das Erleben von Gewalt. Von den ursprünglich 845 PatientInnen wurde 545 PatientInnen der Gießner Beschwerdebogen zur Erfassung von Symptomen, die die Lebensqualität reduzieren, vorgegeben. Von diesen verbleibenden 545 sind 356 weiblich und 157 von ihnen haben in irgendeiner Form Gewalterfahrungen in ihrem Leben gemacht.

Eine Patientin konnte nicht in die Studie aufgenommen werden, da die entsprechenden Variablen aus den Untersuchungsprotokollen nicht oder nur unzureichend kodiert (entnommen) werden konnten. Die verbleibenden 156 Patientinnen entsprechen 18,46% der Gesamtzahl der Patientinnen, die in der betreffenden Zeitspanne an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie gesehen wurden.

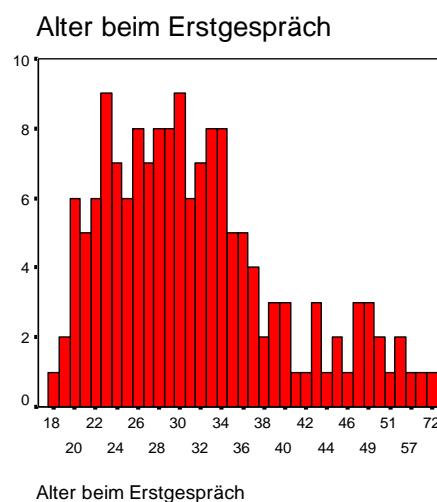
13.1. Demographische Variablen:

Die hier angeführten Angaben zu den Patientinnen beziehen sich immer auf den Zeitpunkt des Erstgespräches. Zur Verdeutlichung der Bedeutung der Prozentwerte kann angegeben werden, dass ein Wert von 0,6% einer Frau entspricht. Bei einzelnen,

ausgewählten Punkten wurden zur Verdeutlichung der Prozentwerte in Klammern die Vergleichswerte der gesamten österreichischen Bevölkerung angeführt⁶.

Alter beim Erstgespräch:

Das Durchschnittsalter der Patientinnen beim Erstgespräch beträgt 31,7 Jahre mit einer Standardabweichung von 9,2 Jahren. Das Minimum liegt bei 18 und das Maximum bei 72 Jahren. Das häufigste Alter beim Erstgespräch war 30 Jahre (5,8%).



Verteilung der Bundesländer (Wohnort):

Die meisten Patientinnen kamen aus Wien (82,1%) und den Randgemeinden von Wien (4,5%). Aus Niederösterreich kamen 10,9%, 1,9% aus dem Burgenland. Nur 0,6% kamen aus einem der anderen Bundesländer.

Nationalität:

Bezüglich der Nationalität waren 90,4% der gesehenen Patientinnen aus Österreich. 5,8% der Patientinnen waren EU-Bürger. Aus Osteuropa stammten 1,9% der Patientinnen. Jeweils 0,6% der Patientinnen kamen entweder aus Ex-Jugoslawien, der Türkei oder einem Entwicklungsland.

⁶ Die angeführten Vergleichswerte wurden den Daten von Statistik Austria entnommen und beziehen sich auf das Jahr 1991 (Statistik Austria, 2009).

Familienstand, Partnerschaft und Kinder:

Bezüglich des Familienstandes gaben 39,7% der Frauen zum Zeitpunkt des Erstgesprächs an, ledig zu sein. 42,3% gaben an, in einer Lebensgemeinschaft zu leben oder verheiratet zu sein, wovon 20,4% in erster Ehe und 5,1% in zweiter oder dritter Ehe verheiratet waren. 17,9% der Frauen lebten vom Partner getrennt, waren geschieden oder verwitwet. Zur Partnerschaft allgemein gaben 61,5% der Frauen an, einen Partner zu haben. 16,7% erklärten, in keiner Partnerschaft zu leben. 21,8% der Patientinnen gaben an, sich vor weniger als 5 Jahren von ihrem Partner getrennt zu haben.

Die Zahl der eigenen Kinder betreffend führten 62,4% der PatientInnen an, keine Kinder zu haben, 19,7% (28,5%) gaben ein Kind an, 11,5% (40,5%) gaben an, zwei Kinder, und 4,5% (19,5%), drei Kinder zu haben. Weitere 1,3% hatten vier und 0,6% fünf Kinder (11,3% vier und mehr Kinder). Anhand der Vergleichsdaten der österreichischen Gesamtbevölkerung ist zu erkennen, dass sich die Frauen der vorliegenden Stichprobe im Bezug auf die Anzahl der eigenen Kinder deutlich von der Gesamtbevölkerung unterscheiden. D.h.: die hier betrachteten Frauen haben durchschnittlich weniger Kinder.

Sexualität:

89,7% der Frauen erklärten heterosexuell zu sein, 1,9% gaben an bisexuell zu sein und 1,3% der betroffenen Frauen führten an homosexuell zu sein. 7,1% der Patientinnen haben ihre sexuelle Orientierung nicht erwähnt.

Aktuelle Wohnsituation:

25,6% der Frauen erklärten alleine zu leben, 23,7% lebten mit ihren Partnern zusammen. Jeweils 3,8% der Patientinnen lebten mit einem Elternteil oder mit (Groß)Eltern bzw. Verwandten. 4,5% der Frauen lebten mit Anderen oder mit Geschwistern in einer Wohngemeinschaft und 0,6% der Patientinnen lebten in einer Institution. 19,2% der Frauen lebten mit ihren Partner und den Kindern, 8,3% lebten nur mit den Kindern zusammen. Bei 10,3% der Patientinnen konnten zur Wohnsituation keine Angaben gefunden werden.

Geschwister:

Zur Geschwisterzahl gaben 13,5% der Patientinnen an, ein Einzelkind zu sein. 41,7% haben ein Geschwisterkind, 23,7% haben zwei und 10,3% haben drei Geschwister. 7,1%

der Frauen haben vier, jeweils 1,3% haben fünf und sechs Geschwister und je 0,6% haben sieben bzw. zehn Geschwister.

32,1% der Patientinnen führten an, das älteste Kind zu sein, 21,2% sind das mittlere Kind und 33,3% sind das jüngste Kind. Weitere 2,5% der Patientinnen gaben an, Teil eines Zwillings zu sein.

Bezüglich der Verteilung der Geschlechter erklärten 24,4% der Patientinnen nur Brüder zu haben, 25,6% haben nur Schwestern. 16,7% der Frauen gaben an, Brüder und Schwestern haben. Bei 19,1% waren hierzu in den Krankenakten keine Angaben zu finden.

Bildung:

Bezüglich des Bildungsstatus gaben 64,1% der Frauen an, ihre Ausbildung beendet zu haben, 19,9% befanden sich in Ausbildung und 16% hatten die Ausbildung abgebrochen. Als abgeschlossene Schulbildung gaben 0,6% der Frauen die Sonderschule, 19,2% (41,5%) die Pflichtschule, 30,1% (43,5%) eine Lehre oder eine Fachschule, 30,8% (9,8%) AHS und BHS, 7,7% eine Akademie oder Fachhochschule und 10,3% eine Universität an (5,2% absolvierten ein Studium an einer Hochschule oder Universität). 1,3% der Patientinnen hatten keine Schulbildung abgeschlossen. Bei Betrachtung der Vergleichswerte lässt sich erkennen, dass sich die Frauen der vorliegenden Stichprobe bezüglich des Bildungsniveaus von der österreichischen Gesamtbevölkerung dahingehend unterschieden, dass die Frauen dieser Stichprobe durchschnittlich eine höhere Bildung aufweisen.

Zur aktuellen Schulbildung gaben 0,6% der Patientinnen die Sonderschule, 9% die Pflichtschule, 36,5% eine Lehre oder Fachschule, 14,1% AHS und BHS, 9,6% eine Akademie oder Fachhochschule und 30,1% eine Universität an.

Einkommen:

39,7% der Patientinnen erklärten ein eigenes Einkommen zu haben und 1,9% gaben an Alleinverdiener zu sein. 13,5% lebten von dem Einkommen ihrer Partner und 7,1% von dem der Eltern. 17,3% der Frauen erhielten Arbeitslosengeld oder Notstand und 5,8% waren befürsorgt oder frühpensioniert. Weitere 14,1% der Patientinnen waren Studenten. 13,5% der Frauen lebten vom eigenen Einkommen mit Kindern und 28,2% lebten vom eigenen Einkommen ohne Kinder. 20,5% der Patientinnen führten an, erhalten zu werden.

Erwerbstätigkeit/Beruf:

Ganztätig berufstätig waren 36,5%, während 5,8% der Patientinnen halbtags berufstätig waren. 3,8% gaben an, seit mehr als zwei Wochen im Krankenstand zu sein, 1,3% der Frauen waren in Frühpension und weitere 1,3% in Pension. Im Haushalt waren 7,7% der Frauen tätig, 1,3% waren befürsorgt und 19,9% erklärten arbeitslos zu sein. Wiederum 19,9% der Patientinnen waren Kinder in Ausbildung, 2,6% der Frauen befanden sich in Karenz. Ein Vergleich mit der Erwerbstätigkeit der gesamten österreichischen Bevölkerung im Jahr 1995 zeigt, dass zu diesem Zeitpunkt insgesamt 68,7% der Bevölkerung erwerbstätig waren, wobei 58,9% der Frauen berufstätig waren. 3,7% der gesamten österreichischen Bevölkerung und 4,3% der österreichischen Frauen waren zu diesem Zeitpunkt arbeitslos.

Zur Art der Berufstätigkeit gaben 0,6% Lehrling, 10,9% Hilfsarbeiterin, 1,9% Facharbeiterin, 23,1% niedriger Angestellte/Beamtin, 25,6% mittlere Angestellte/Beamtin, 3,8% höhere Angestellte/Beamtin, 3,2% Freiberuflerin, 2,6% Schülerin und 17,3% Studentin an. 3,8% der Frauen gaben den Haushalt und 7,1% keinen Beruf an.

Zuweisung:

46,2% der Patientinnen kamen durch die Überweisung von anderen Institutionen an die Universitätsklinik. 34,6% kamen auf Anraten von Anderen, 14,7% aus Eigeninitiative, 0,6% wegen Problemen am Arbeitsplatz und 3,8% machten zum Beweggrund für das Erstgespräch keine Angaben.

Bezüglich den zuweisenden Stellen, führten 14,7% der Frauen an, ohne zuweisende Stelle an die Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie gekommen zu sein, 17,9% wurden von Freunden und Verwandten, 20,5% von Beratungseinrichtungen, Schulen oder Arbeitsstellen zugewiesen. Von ÄrztInnen wurden 9,6% der Patientinnen vermittelt und von PsychiaterInnen und therapeutischen Institutionen wurden 16% zugewiesen. 7,1% der Frauen wurden von einem Krankenhaus oder dem AKH überwiesen und 14,1% von einem psychiatrischen Krankenhaus oder der Psychiatrie am AKH. Dabei kamen insgesamt 16,7% der Patientinnen durch die Zuweisung des AKH und 4,5% durch ein anderes Krankenhaus.

Psychiatrische Vorbehandlungen und Psychopharmaka:

42,9% der Patientinnen hatten keine psychiatrischen Vorbehandlungen, 20,5% waren vorher bereits in Psychotherapie, 17,3 wurden vorher schon ambulant psychiatrisch behandelt oder an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie gesehen und 19,2% der Frauen wurden bereits einmal stationär aufgenommen.

28,8% der Patientinnen haben bereits vor dem Erscheinen an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie Psychopharmaka eingenommen.

Diagnosen:

1,9% der Frauen erhielten nach dem Erstgespräch an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie keine psychiatrischen Diagnosen. 70,5% erhielten eine psychiatrische Diagnose, 22,4% erhielten zwei und 5,1% erhielten drei psychiatrische Diagnosen.

Beim Erscheinen an der Klinik hatten 94,9% der Frauen keine somatischen oder neurologischen Diagnosen. 4,5% der Patientinnen hatten bereits eine, 0,6% hatten zwei somatische oder neurologische Diagnosen erhalten.

Anzahl und Art der Diagnosen:

Beim erstmaligen Erscheinen an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie erhielten 1,9% der Frauen keine psychiatrischen oder somatisch/neurologischen Diagnosen. Bei 65,4% der Patientinnen wurde eine Diagnose, bei 26,9% zwei Diagnosen, bei 5,1% drei Diagnosen gestellt und eine Patientin (0,6%) erhielt vier Diagnosen.

Die Art der Diagnosen betreffend erhielten 92,9% der Frauen nur psychiatrische Diagnosen während 5,1% psychiatrische und somatisch/neurologische Diagnosen erhielten.

13.2.Gewalterfahrungen:

Die im Folgenden, zu den einzelnen Gewalterfahrungen der Frauen angegebenen Prozentwerte beziehen sich hier immer auf die Gesamtstichprobe.

Sexuelle Gewalt:

21,8% der Patientinnen gaben an, bereits ein- oder mehrmals in ihrem Leben Opfer von sexueller Gewalt gewesen zu sein. 78,2% der Frauen erwähnten nicht, ob sie eine sexuelle Gewalterfahrung gemacht haben.

Die Schwere der sexuellen Übergriffe haben 81,4% der Frauen nicht erwähnt, 14,7% der Frauen waren sehr schwerer, 0,6% schwerer und 3,2% weniger schwerer sexueller Gewalt ausgesetzt.

Als Täter gaben 2,6% der Opfer den Ehemann oder den Partner und 4,5% den Vater an. Bei 1,9% der Fälle waren andere Verwandte, bei 1,3% Bekannte und bei je 2,6% Fremde oder Stiefväter die Täter. 4,5% der Frauen gaben mehrere Täter an während 80,1% keine Täter erwähnt haben.

Die Häufigkeit der sexuellen Gewalterfahrungen haben 79,5% der Frauen nicht erwähnt. Einmal wurden 7,1% der Patientinnen sexuell missbraucht und 14,1% wurden wiederholt bzw. andauernd sexuell missbraucht.

Bei erstmaligem Erleben der sexuellen Gewalt waren 17,9% der Opfer unter 18 Jahren und 2,6% waren über 18 Jahre. 79,5% der Frauen haben kein Alter beim erstmaligen Erleben erwähnt.

Körperliche Gewalt:

44,2% der Frauen führten an, ein- oder mehrmals in ihrem Leben Opfer von körperlicher Gewalt gewesen zu sein, 55,8% haben keine körperliche Gewalterfahrung erwähnt.

Die Schwere der körperlichen Gewalt haben 57,1% der Patientinnen nicht erwähnt. 39,7% der Opfer erwähnten schwere körperliche Gewalt erlebt zu haben und 3,2% gaben an, weniger schwerer körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein.

Als Täter führten 8,3% der Frauen den Ehemann oder den Partner und 17,3% den Vater an. Jeweils 6,4% der Patientinnen nannten die Mutter oder die Eltern als Täter. 0,6% gaben Bekannte, 1,3% Fremde und 1,3% den Stiefvater als Täter an. 2,6% der Opfer gaben mehrere Täter an und 55,8% der Frauen erwähnten keinen Täter.

Die Häufigkeit des Erlebens von körperlicher Gewalt haben 57,1% der Frauen nicht erwähnt. 2,1% der Opfer sagten aus, einmal körperlich missbraucht worden zu sein, 40,4% berichteten hingegen von wiederholter bzw. andauernder körperlicher Gewalt.

33,3% der Opfer waren beim erstmaligen Erleben der körperlichen Gewalt unter 18 Jahren. 10,3% der Patientinnen waren bereits über 18 Jahre und 56,4% haben kein Alter beim erstmaligen Erleben erwähnt.

Emotionale Gewalt:

86,5% der Frauen gaben an ein oder mehrmals in ihrem Leben emotionale Gewalt erlebt zu haben und 13,5% erwähnten keine emotionalen Gewalterfahrungen.

Als Täter gaben 10,3% der Frauen den Ehemann oder Partner an. 19,2% der Patientinnen gaben den Vater, 24,4% die Mutter und 16,0% die Eltern als Täter an. Bei 0,6% der Betroffenen waren die Täter andere Verwandte, bei 1,3% Bekannte und bei jeweils 0,6% waren der Stiefvater oder die Stief- bzw. Pflegemutter die Täter. 13,5% der Frauen erwähnten mehrere Täter.

Die Häufigkeit des Erlebens von emotionaler Gewalt haben 14,1% der Patientinnen nicht erwähnt. 1,3% der Frauen gaben ein einmaliges, 84,6% ein wiederholtes/andauerndes Erleben an.

14,1% der Frauen haben kein Alter beim erstmaligen Erleben angegeben. 72,4% der Betroffenen waren beim erstmaligen Erleben unter 18 Jahre alt, 13,5% waren bereits über 18 Jahre.

Miterleben von Gewalt:

10,9% der Patientinnen führten an, wiederholt/andauernd Gewalterfahrungen miterlebt zu haben und 89,1% erwähnten nichts dergleichen.

Von diesen 10,9% gaben 1,3% den Ehemann oder Partner, 8,3% den Vater und 1,3% die Eltern als Täter an.

Beim erstmaligen Miterleben einer Gewalterfahrung waren 9,6% der Betroffenen unter 18 Jahre und 1,3% über 18 Jahre alt.

Reviktimisierung:

Unabhängig von der Art der erlebten Gewalt gaben 28,8% der Frauen an, von Reviktimisierung betroffen zu sein.

Beschwerden:

Bezüglich Einschränkungen im täglichen Leben erwähnten 35,3% der Patientinnen etwas eingeschränkt zu sein und 26,9% gaben an, deutlich eingeschränkt zu sein.

20,5% der Frauen sagten aus, dass bei ihnen eine Suchtproblematik (Alkohol, Nikotin und Drogen) vorhanden sei.

15,4% der Patientinnen führten an, unter einer Essstörung (Bulimie, Anorexie,...) zu leiden und 71,8% der Betroffenen gaben an, dass eine Beziehungsproblematik vorhanden sei.

14. Hypothesenprüfungen und Auswertung:

Zur statistischen Auswertung der Fragestellungen wurden je nach Skalenniveau und statistischen Eigenschaften (etwa Zutreffen einer Normalverteilungsannahme) der betreffenden Variablen unterschiedliche parametrische als auch nicht-parametrische (verteilungsfreie) Verfahren verwendet, die bei der jeweiligen Fragestellung angeführt werden. Für die gesamte Auswertung gilt, dass ein hochsignifikanter Zusammenhang/hochsignifikante Unterschiede angenommen wird/werden, wenn die Berechnungen einen p-Wert $<.01$ ergeben. Bei einem p-Wert von $<.05$ wird/werden ein signifikanter Zusammenhang/signifikante Unterschiede angenommen und von einem schwach signifikanten Zusammenhang/schwach signifikanten Unterschieden wird bei einem p-Wert $<.1$ ausgegangen (Sachs, 2002). In diesem Kapitel werden vor allem die Ergebnisse der Tests⁷ detailliert dargestellt, wobei am Ende jeder Fragestellung eine kurze Zusammenfassung gegeben wird. Die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse in Verbindung mit Ergebnissen und Ansätzen der Literatur erfolgt im nächsten Kapitel (13.).

Fragestellung 1:

Bei der ersten Fragestellung soll geklärt werden, ob Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend (<18 Jahre) mit dem Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung (zutreffend, wenn alle drei Cluster erfüllt sind) zusammenhängen (H1a) oder ob ein Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen (Diagnosen) besteht (H1b).

⁷ Die SPSS-Tabellen ausgewählter Analysen finden sich in Anhang B. Bei Analysen, die im Text bereits ausführlich dargestellt wurden, wurde jedoch darauf verzichtet.

Erste statistische Berechnungen ergaben, dass 87,8% der Frauen beim erstmaligen Erleben von Gewalt unter 18 Jahre alt waren, was als Traumatisierung in Kindheit oder Jugend gewertet wird.

Deskriptive Häufigkeitsanalysen lassen erkennen, dass 62,2% der Patientinnen die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen und 56,4% der Patientinnen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhalten haben.

Da einige Patientinnen sowohl die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhalten hatten, als auch die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten, wurde ein eventueller Zusammenhang dieser beiden Störungsbilder noch genauer untersucht, jedoch wurde kein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=.057$; $df=1$; $p=.811$) zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung und Persönlichkeitsstörungen gefunden. Da die beiden Störungsbilder als unabhängig voneinander betrachtet werden können, wurden die weiteren Analysen für die Posttraumatische Belastungsstörung und die Persönlichkeitsstörungen getrennt durchgeführt.

Bei der Unterteilung der Patientinnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung hinsichtlich des Alters beim erstmaligen Erleben (<18 Jahre und >18 Jahre), ergab sich kein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=.006$; $df=1$; $p=.939$) zwischen dem Alter beim erstmaligen Erleben und dem Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Weiters wurde eine Unterscheidung der Patientinnen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung hinsichtlich des Alters beim erstmaligen Erleben vorgenommen, auch hier ergab sich kein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=1.129$; $df=1$; $p=.288$).

Abschließend wurde noch eine Differenzierung vorgenommen, die das Vorhandensein von nur Posttraumatischer Belastungsstörung, nur Persönlichkeitsstörung oder beider Störungsbilder hinsichtlich des Alters beim erstmaligen Erleben betrachtete, wobei sich auch hier keine signifikanten Zusammenhänge ($\chi^2=.686$; $df=2$; $p=.71$) ergaben.

Im Rückblick auf die Hypothesen lässt sich daher zusammenfassend sagen, dass bezüglich Traumatisierungen in der Kindheit oder Jugend keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Auftreten von Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen gefunden wurden. Der errechnete p-Wert ($p=.288$) für die Persönlichkeitsstörungen lässt eventuell einen sehr schwachen Trend erkennen, dass Traumatisierungen unter 18 Jahren eher zur Ausbildung von Persönlichkeitsstörungen führen.

Die Nullhypothesen (H0a, H0b) denen zufolge keine Zusammenhänge zwischen frühen Traumatisierungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen bzw. Persönlichkeitsstörungen bestehen, können nicht zurückgewiesen werden.

Fragestellung 2:

Als zweiter Punkt wurde die Frage nach dem Zusammenhang der verschiedenen Gewalterfahrungen und den speziellen posttraumatischen Störungen, der Posttraumatischen Belastungsstörung (H2a) und den Persönlichkeitsstörungen (H2b) geprüft.

Zur Testung der Hypothesen wurden die vier verschiedenen Gewaltarten anfänglich zu zwei Clustern zusammengefasst:

- *physische Gewalterfahrungen*: sexuelle und körperliche Gewalt
- *psychische Gewalterfahrungen*: „nur“ emotionale Gewalt und Miterleben von Gewalt

Berechnete Häufigkeitsverteilungen zeigten, dass 55,1% der Patientinnen physische Gewalt und 44,9% psychische Gewalt erlebt haben.

Anschließend wurde der Zusammenhang der erstellten Cluster mit den Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung und dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen getrennt untersucht.

Im Bezug auf das Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge ($\chi^2=2.257$; $df=1$; $p=.133$) zwischen dem Erleben von physischer oder psychischer Gewalt und dem Erfüllen der Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung. Es ist jedoch ein nicht signifikanter Trend ($p=.133$) erkennbar, der annahmen lässt, dass es durch physische Gewalterlebnisse vermehrt zu Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung kommt. Von diesem erkennbaren Trend ausgehend wurden die vermuteten Zusammenhänge noch genauer untersucht. Bei der Berechnung des Zusammenhangs zwischen dem Erleben von physischer und psychischer Gewalt und den einzelnen Clustern der Posttraumatischen Belastungsstörung ergaben sich für die Cluster Hyperarousal und Avoidance keine signifikanten

Zusammenhänge ($\chi^2=.332$; $df=1$; $p=.565$ / $\chi^2=.054$; $df=1$; $p=.816$). Für den Cluster Intrusion zeigte sich jedoch ein schwach signifikanter Zusammenhang ($\chi^2= 2.968$; $df=1$; $p=.085$) mit dem Erleben von physischer Gewalt.

Anschließend wurden die vier verschiedenen Gewaltarten einzeln zur Berechnung der Zusammenhänge herangezogen. Bei dieser Analyse ergab sich lediglich für das Erleben von körperlicher Gewalt ein hochsignifikanter Zusammenhang ($\chi^2= 7.243$; $df=1$; $p=.007$) mit dem Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Für das Erleben von sexueller Gewalt ($\chi^2=.733$; $df=1$; $p=.392$) und emotionale Gewalt ($\chi^2=.208$; $df=1$; $p=.649$) sowie für das Miterleben von Gewalt ($\chi^2=.052$; $df=1$; $p=.820$) fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der Posttraumatischen Belastungsstörung. Bei Betrachtung der einzelnen Cluster der Posttraumatischen Belastungsstörung zeigte sich ein hochsignifikanter Zusammenhang ($\chi^2=7.488$; $df=1$; $p=.005$) zwischen dem Erleben von körperlicher Gewalt und dem Intrusioncluster, wohingegen die Zusammenhänge von erlebter körperlicher Gewalt mit Avoidance ($\chi^2=1.949$; $df=1$; $p=.163$) und Hyperarousal ($\chi^2=.016$; $df=1$; $p=.901$) nicht signifikant waren. Die Analysen der sexuellen Gewalterfahrungen mit den Clustern Intrusion ($\chi^2=.210$; $df=1$; $p=.647$), Avoidance ($\chi^2=1.015$; $df=1$; $p=.314$) und Hyperarousal ($\chi^2=.196$; $df=1$; $p=.658$) ergaben keine signifikanten Zusammenhänge. Ebenso führten die Berechnungen für die Zusammenhänge von erlebter emotionaler Gewalt mit den Cluster Intrusion ($\chi^2=.757$; $df=1$; $p=.384$), Avoidance ($\chi^2=1.486$; $df=1$; $p=.223$) und Hyperarousal ($\chi^2=.420$; $df=1$; $p=.302$) sowie für die Zusammenhänge der Cluster Intrusion ($\chi^2=.636$; $df=1$; $p=.425$), Avoidance ($\chi^2=1.590$; $df=1$; $p=.207$) und Hyperarousal ($\chi^2=1.064$; $df=1$; $p=.302$) mit dem Miterleben von Gewalt zu keinen signifikanten Werten.

Für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge ($\chi^2=2,122$; $df=1$; $p=.145$) mit dem Erleben von physischer oder psychischer Gewalt. Auch hier könnte höchstens von einem nicht signifikanten Trend ($p=.145$) gesprochen werden, der andeutet, dass es vermehrt zu Persönlichkeitsstörungen kommt, wenn physische Gewalt erlebt wurde.

Zur Spezifizierung und Klärung des vermuteten Zusammenhangs wurden die vier verschiedenen Gewaltarten wiederum getrennt hinsichtlich ihrer Zusammenhänge mit dem Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung betrachtet. Bei den dazu durchgeführten Berechnungen stellte sich ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=5.182$; $df=1$; $p=.023$)

zwischen dem Erleben von sexueller Gewalt und dem Auftreten einer Persönlichkeitsstörung sowie ein schwacher signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=3.310$; $df=1$; $p=.069$) zwischen der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und erlebter emotionaler Gewalt heraus. Für körperliche Gewalterlebnisse ($\chi^2=.456$; $df=1$; $p=.500$) und das Miterleben von Gewalt ($\chi^2=.679$; $df=1$; $p=.410$) ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge mit den Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen.

Die Beziehung zwischen dem Erleben von Gewalt und Persönlichkeitsstörungsdiagnosen wurde für die in diesem Datensatz, am häufigsten vorkommenden Persönlichkeitsstörungen, das sind die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die hysterische Persönlichkeitsstörung, noch genauer untersucht. Die hierzu durchgeführten Signifikanzberechnungen ergaben keine signifikanten Zusammenhänge für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ($\chi^2=1.693$; $df=1$; $p=.193$) sowie für die hysterische Persönlichkeitsstörung ($\chi^2=.244$; $df=1$; $p=.621$) mit dem Erleben von physischer Gewalt. Bei Aufspaltung der Gewaltarten zeigte sich jedoch ein hochsignifikanter Zusammenhang ($\chi^2=8.474$; $df=1$; $p=.004$) zwischen dem Erleben von sexueller Gewalt und der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Zusammenhänge der Borderlinepersönlichkeitsstörung mit den körperlichen Gewalterlebnissen ($\chi^2=.009$; $df=1$; $p=.926$), dem Erleben von emotionaler Gewalt ($\chi^2=.459$; $df=1$; $p=.498$) und dem Miterleben von Gewalt ($\chi^2=1.078$; $df=1$; $p=.299$) waren nicht signifikant. Bei den Diagnosen der hysterischen Persönlichkeitsstörung lässt der errechnete nicht signifikante Zusammenhang ($\chi^2=2.347$; $df=1$; $p=.126$) wieder lediglich einen Trend erkennen, der die Vermutung nahe legt, dass es in Verbindung mit sexuellen Gewalterlebnissen vermehrt zu hysterischen Persönlichkeitsstörungen kommt. Die Zusammenhänge der körperlichen Gewalterfahrungen ($\chi^2=.166$; $df=1$; $p=.683$), der emotionalen Gewalt ($\chi^2=.236$; $df=1$; $p=.627$) sowie dem Miterleben von Gewalt ($\chi^2=.019$; $df=1$; $p=.890$) mit der hysterischen Persönlichkeitsstörung zeigten keine signifikanten Werte.

Tabelle 1 gibt einen abschließenden Überblick der signifikanten Zusammenhänge der Gewaltarten und Störungsbilder, die bereits im obigen Abschnitt im Einzelnen dargestellt wurden. In der Tabelle werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die p-Werte angeführt.

Tab 1 Zusammenfassung der Zusammenhänge (p-Werte) der Gewaltarten mit den Störungsbildern

Gewaltart	PTBS	Intrusion	Aviodance	Hyper-arousal	PS	Borderline-PS	Hysterische-PS
Physische Gewalt	0.133	0.085	0.816	0.565	0.145	0.193	0.621
Körperliche Gewalt	0.007	0.005	0.163	0.901	0.500	0.926	0.683
Sexuelle Gewalt	0.392	0.647	0.314	0.658	0.023	0.004	0.126
Emotionale Gewalt	0.649	0.384	0.223	0.517	0.069	0.498	0.627
Miterleben von Gewalt	0.820	0.425	0.207	0.302	0.410	0.299	0.890

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass körperliche Gewalterlebnisse hochsignifikant mit dem Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung, vor allem der Intrusion, zusammenhängen. Sexuelle Gewalterfahrungen hängen signifikant mit dem Auftreten einer Persönlichkeitsstörung zusammen, wobei sich dieser Zusammenhang für die Borderline-Persönlichkeitsstörung hochsignifikant darstellt. Für das Erleben von emotionaler Gewalt zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung.

Im Rückblick auf die Hypothesen bedeuten die gefundenen Zusammenhänge, dass die Nullhypothesen (H0a, H0b), die keine Zusammenhänge der Gewaltarten und der Störungsbilder annehmen, für körperliche, sexuelle und emotionale Gewalterfahrungen zurückgewiesen werden.

Fragestellung 3:

In diesem Abschnitt werden die Unterschiede in den Häufigkeiten der psychosomatischen Beschwerden von Patientinnen mit Gewalterfahrungen im Vergleich zu einer Eichstichprobe der deutschen Bevölkerung (H3a) sowie im Vergleich mit einer klinischen Stichprobe der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz in Gießen (H3b) betrachtet.

Tabelle 2 gibt eine Zusammenfassung über die Häufigkeiten der Beschwerden der Patientinnen der Stichprobe der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Ambulanz in Wien im Vergleich zu den Kontrollgruppen.

Tab 2: Prozentwerte von geäußerten Beschwerden (von kaum bis stark) zusammengefasst

Item	Gesamt Eichstichprobe (von Brähler und Scheer, 1995)	Frauen Eichstichprobe (von Brähler und Scheer, 1995)	Gesamt Stichprobe Psychosom.- psychother. Ambulanz Gießen (Brähler und Scheer, 1995)	Frauen Stichprobe Psychosom.- psychother. Ambulanz Gießen (Brähler und Scheer, 1995)	Frauen Psychoanal.- psychother. Ambulanz Wien
Schwächegefühl	38.6	46.4	66.6	70.8	56.4
Herzklopfen	46.5	51.6	70.4	73.8	48.1
Völlegefühl	39.9	40.4	57.2	54.9	39.1
Neigung zum Weinen	38.2	51.6	68.1	84.4	69.2
Juckreiz	22.4	21.3	35.7	33.9	23.7
Ohnmachtsanfälle	5.8	7.0	13.6	15.6	5.1
Schlafbedürfnis	50.0	56.4	64.3	69.3	59.6
Geschl. Untererregbarkeit	24.1	26.3	42.4	48.0	39.7
Gliederschmerzen	41.4	46.0	39.9	40.5	34.0
Schwindelgefühl	38.8	46.8	61.9	66.2	41.0
Rückenschmerzen	60.9	69.5	56.8	62.2	54.5
Schwitzen	50.7	46.9	65.6	61.9	46.2
Nackenschmerzen	42.5	48.7	48.4	52.9	62.8
Gehstörungen	15.0	15.0	19.3	17.5	13.5
Erbrechen	10.5	11.4	23.5	26.8	10.9
Sehstörungen	29.7	31.1	38.6	40.5	31.4
Anfälle	3.2	3.4	12.8	13.9	14.7
Übelkeit	18.8	22.2	46.3	52.6	25.6
Gewichtszunahme	43.0	45.8	32.5	34.0	25.0
Kloßgefühl	17.1	19.7	44.3	46.8	39.1
Drang zum Wasserlassen	19.5	19.3	35.6	38.0	35.9
Hautveränderungen	14.3	16.7	26.7	29.3	31.4
Aufstoßen	32.2	29.9	46.9	42.1	15.4
Kälteüberempf.	37.1	47.6	54.5	66.6	52.6
Sodbrennen	32.3	28.4	41.1	31.9	19.9
Verkrampfung i. Arm	21.4	21.7	36.1	34.7	15.4
Kopfschmerzen	59.3	68.7	70.2	77.0	45.5
Wärmeüber- empfindlichkeit	31.6	34.9	42.1	41.3	19.2
Erschöpfbarkeit	40.5	46.3	75.1	79.9	62.8
Schlafstörungen	39.2	45.4	67.1	68.7	53.2
Geschl. über- erregbarkeit	23.4	20.5	27.4	17.0	8.3
Müdigkeit	67.3	74.7	78.5	83.4	76.9
Gleichgewichtsstö.	32.6	28.9	39.7	41.9	25.0
Schluckbeschwerden	9.7	10.8	19.3	20.1	11.5
Hustenreiz	24.1	22.2	33.4	31.5	16.7
Benommenheit	22.3	27.2	55.3	58.0	39.1
Taubheitsgefühl	36.7	40.9	59.2	62.1	37.2
Verstopfung	28.9	38.1	44.5	53.1	23.7
Appetitlosigkeit	14.8	15.3	44.0	46.2	23.7
Hitzewallungen	29.5	38.6	52.9	54.5	39.1
Müdigkeit i. d. Beinen	39.5	46.9	54.9	57.2	37.8
Mattigkeit	43.4	50.4	73.5	76.3	70.5

Durchfälle	12.8	9.7	29.8	25.1	16.5
Lähmungen	3.2	1.9	6.1	5.2	5.1
Stiche in der Brust	25.4	24.0	52.8	51.5	37.1
Zittern	19.3	19.8	63.5	66.2	41.7
Halsschmerzen	26.3	27.7	29.2	30.8	14.4
Leichtes Erröten	32.3	36.5	59.2	62.2	39.1
Kalte Füße	40.4	54.1	63.5	77.2	59.0
Heißhunger	32.2	32.4	37.8	43.5	37.8
Magenschmerzen	32.8	33.5	53.4	55.8	42.9
Atemnot	16.5	18.6	32.5	34.7	26.3
Unterleibsschmerzen	22.9	33.6	33.0	43.4	22.4
Gewichtsabnahme	13.6	13.9	29.1	33.0	17.9
Druckgefühl im Kopf	33.5	40.4	54.3	58.0	41.7
Herzbeschwerden	26.7	28.3	45.1	44.7	25.6
Sprachstörungen	5.7	3.8	28.7	24.5	19.2

Tabelle 2 lässt erkennen, dass die Frauen mit Gewalterfahrungen im Vergleich zur Eichstichprobe bei folgenden Items höhere Prozentwerte erreichten: Schwächegefühl, Herzklopfen, Neigung zum Weinen, Juckreiz, Übermäßiges Schlafbedürfnis, Geschlechtliche Untererregbarkeit, Schwindelgefühl, Nacken- oder Schulterschmerzen, Erbrechen, Sehstörungen, Anfälle, Übelkeit, Kloßgefühl im Hals, Drang zum Wasserlassen, Hautveränderungen, Überempfindlichkeit gegen Kälte, Rasche Erschöpfbarkeit, Schlafstörungen, Müdigkeit, Schluckbeschwerden, Gefühl der Benommenheit, Taubheitsgefühl, Appetitlosigkeit, Hitzewallungen, Mattigkeit, Durchfälle, Lähmungen, Schmerzen in der Brust, Zittern, Halsschmerzen, Leichtes Erröten, Kalte Füße, Heißhunger, Magenschmerzen, Anfallsweise Atemnot, Gewichtabnahme, Druckgefühl im Kopf, Sprachstörungen.

Für einige Beschwerden zeigten sich deutlicher erhöhte Prozentwerte. Im Folgenden werden zusätzlich die Items angeführt, deren Prozentwerte im Vergleich zur Eichstichprobe über 10% erhöht waren: Schwächegefühl, Neigung zum Weinen, Geschlechtliche Untererregbarkeit, Nacken- oder Schulterschmerzen, Anfälle, Kloßgefühl im Hals, Drang zum Wasserlassen, Hautveränderungen, Überempfindlichkeit gegenüber Kälte, Rasche Erschöpfbarkeit, Schlafstörungen, Gefühl der Benommenheit, Mattigkeit, Schmerzen in der Brust, Zittern, Kalte Füße, Magenschmerzen, Sprachstörungen.

Im Vergleich zu den Frauen der Eichstichprobe zeigen die traumatisierten Frauen höhere Werte bei folgenden Items: Schwächegefühl, Neigung zum Weinen, Juckreiz, Übermäßiges Schlafbedürfnis, Geschlechtliche Untererregbarkeit, Nacken- oder Schulterschmerzen, Sehstörungen, Anfälle, Übelkeit, Kloßgefühl im Hals, Drang zum

Wasserlassen, Hautveränderungen, Überempfindlichkeit gegen Kälte, Rasche Erschöpfbarkeit, Schlafstörungen, Müdigkeit, Schluckbeschwerden, Gefühl der Benommenheit, Appetitlosigkeit, Hitzewallungen, Mattigkeit, Durchfälle, Lähmungen, Schmerzen in der Brust, Zittern, Leichtes Erröten, Kalte Füße, Heißhunger, Magenschmerzen, Anfallsweise Atemnot, Gewichtsabnahme, Druckgefühl im Kopf, Sprachstörungen.

Auch hier werden die Beschwerden, deren Prozentwerte im Vergleich zu den Frauen der Eichstichprobe über 10% erhöht sind, gesondert angeführt: Schwächegefühl, Neigung zum Weinen, Geschlechtliche Untererregbarkeit, Nacken- oder Schulterschmerzen, Anfälle, Kloßgefühl im Hals, Drang zum Wasserlassen, Hautveränderungen, Rasche Erschöpfbarkeit, Gefühl der Benommenheit, Mattigkeit, Schmerzen in der Brust, Zittern, Sprachstörungen.

Beim Vergleich der Patientinnen der Ambulanz der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie in Wien mit der Eichstichprobe der deutschen Bevölkerung zeigt sich, dass bezogen auf die gesamte Eichstichprobe sowie die Frauen der Eichstichprobe fast die gleichen Items über 10% erhöhte Prozentwerte aufweisen. Im Vergleich mit der Gesamteichstichprobe zeigen die Frauen der vorliegenden Stichprobe zusätzlich bei den Beschwerden Überempfindlichkeit gegen Kälte, Schlafstörungen, Kalte Füße und Magenbeschwerden deutlich erhöhte Werte (<10%).

Gegenüber der klinischen Stichprobe weisen die Patientinnen dieser Stichprobe erhöhte Werte der folgenden Items auf: Neigung zum Weinen, Nacken- oder Schulterschmerzen, Anfälle, Drang zum Wasserlassen, Hautveränderungen.

Ein über 10% erhöhter Wert ergab sich im Vergleich zur Stichprobe der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz in Gießen lediglich für das Item Nacken- oder Schulterschmerzen.

Verglichen mit den Frauen der Stichprobe der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz haben Frauen mit Gewalterfahrungen höhere Prozentwerte bei: Nacken- oder Schulterschmerzen, Anfälle und Hautveränderungen.

Wie schon zuvor, ergab sich auch im Vergleich mit den Frauen der Ambulanz in Gießen nur für Nacken- oder Schulterschmerzen ein über 10% erhöhter Wert.

Beim Vergleich der Frauen der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Ambulanz in Wien mit den Stichproben der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz in

Gießen wies in beiden Vergleichsgruppen nur das Item Nacken- oder Schulterschmerzen einen deutlich erhöhten (<10%) Prozentwert auf.

Zusätzlich wurden noch die zehn häufigsten Beschwerden der Patientinnen betrachtet und den Vergleichsgruppen gegenübergestellt. Tabelle 3 zeigt die Beschwerden der verschiedenen Stichproben, wobei der jeweilige Prozentwert in Klammern angeführt ist.

Tab 3: Die zehn häufigsten geäußerten Beschwerden

Rang	Gesamt Eichstichprobe (von Brähler und Scheer, 1995)	Gesamt Stichprobe Psychosom.-psychother. Ambulanz Gießen (Brähler und Scheer, 1995)	Frauen Psychoanal.-psychother. Ambulanz Wien
1	Müdigkeit (67.3)	Müdigkeit (78.5)	Müdigkeit (76.9)
2	Rückenschmerzen (60.9)	Erschöpfbarkeit (75.1)	Mattigkeit (70.5)
3	Kopfschmerzen (59.3)	Mattigkeit (73.5)	Weinen (69.2)
4	Schwitzen (50.7)	Herzklopfen (70.4)	Erschöpfbarkeit (62.8)
5	Schlafbedürfnis (50.0)	Kopfschmerzen (70.2)	Nackenschmerzen (62.8)
6	Herzklopfen (46.5)	Weinen (68.1)	Schlafbedürfnis (59.6)
7	Mattigkeit (43.4)	Schlafstörungen (67.1)	Kalte Füße (59)
8	Gewichtszunahme (43.0)	Schwitzen (65.6)	Schwächegefühl (56.4)
9	Nackenschmerzen (42.5)	Schlafbedürfnis (64.3)	Rückenschmerzen (54.5)
10	Gliederschmerzen (42.4)	Kalte Füße (63.5)	Schlafstörungen (53.2)

In Tabelle 3 ist zu sehen, dass das Item Müdigkeit in allen drei Stichproben an erster Stelle der zehn häufigsten Beschwerden steht. Bei den klinischen Stichproben (Gießen, Wien) steht dann Mattigkeit an dritter bzw. zweiter Stelle. Diese Beschwerde nimmt in der Eichstichprobe nur den siebten Platz ein. Bei den klinischen Stichproben sind zusätzlich die Neigung zum Weinen und Rasche Erschöpfbarkeit häufig geäußerte Beschwerden, die bei der Eichstichprobe jedoch nicht unter die ersten zehn fallen.

Für die anschließend durchgeführte Testung auf Altersunterschiede in den Antworten bei den einzelnen Items des Gießner Beschwerdeboogens wurde der nichtparametrische Mann-Whitney U-Test herangezogen. Im Folgenden werden nur die signifikanten Ergebnisse kurz dargestellt. Schwach signifikante Werte ($p < 0.1$) ergaben sich für die Items Ohnmachtsanfälle, Schwitzen, Überempfindlichkeit gegen Wärme, Taubheitsgefühl. Signifikante Werte ($p < 0.5$) zeigten die Items Kreuz- oder Rückenschmerzen, Kloßgefühl im Hals, Schweregefühl in den Beinen und Anfallsweise Herzbeschwerden. Für das Item Gelenk- oder Gliederschmerzen ergaben sich hochsignifikante ($p < 0.01$) Unterschiede.

Die Unterschiede sind dahingehend zu interpretieren, dass die genannten Beschwerden durchwegs bei den älteren Patientinnen häufiger zutreffen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Frauen mit Gewalterfahrungen gegenüber der Eichstichprobe deutlich mehr psychosomatische Beschwerden äußerten. Die Prozentwerte von 18 Items waren über 10% erhöht. Gegenüber der klinischen Stichprobe der Ambulanz in Gießen war nur der Wert für ein Item (Nacken – oder Schulterschmerzen) über 10% erhöht. Bei den zehn häufigsten Beschwerden der Stichproben fand sich eine Übereinstimmung des ersten Platzes (Müdigkeit) aller drei Stichproben. Für die klinischen Stichproben spielen weiters Rasche Erschöpfbarkeit, Mattigkeit und die Neigung zum Weinen eine große Rolle. Für Frauen mit Gewalterfahrungen stellen zusätzlich noch Nacken– oder Schulterschmerzen (Platz fünf) eine Belastung dar. Dies trifft für die PatientInnen der Ambulanz in Gießen nicht zu und bei der Eichstichprobe nimmt diese Beschwerde lediglich Platz neun ein.

Für einige der Items ergaben sich signifikante Altersuntersiede, die für Gelenks- oder Gliederschmerzen einen hochsignifikanten Wert erreichten.

Die Nullhypothesen (H0a, H0b), nach denen keine Unterschiede in den Häufigkeiten der Beschwerden zwischen den Stichproben angenommen werden, können demnach verworfen werden.

Fragestellung 4:

Die vierte Fragestellung beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Gewalterlebnissen und dem Ausmaß und der Art der psychosomatischen Beschwerden (H4).

In einem ersten Schritt wurden zur Überprüfung des Zusammenhangs die Skalen des Gießner Beschwerdebogens herangezogen. Die Verteilung dieser Skalen wurde mittels eines Kolmogorov-Smirnov-Tests auf Normalverteilung (sowie anderer Verteilungen) überprüft. Dieser zeigte, dass alle Skalen, bis auf die Skala des allgemeinen Beschwerdedrucks, keiner Normalverteilung entsprechen. Deshalb wurden für die weiteren Berechnungen nicht-parametrische Tests verwendet. Die bereits beschriebene Zusammenfassung der Gewaltarten in physische und psychische Gewalt wurde zur Analyse der Zusammenhänge verwendet. Ein durchgeführter Mann-Whitney U-Test

ergab einen signifikanten Zusammenhang ($p=.047$) der physischen Gewalterfahrungen mit der Herzbeschwerdeskala. Für die Erschöpfungsskala ($p=.435$), die Magenschmerzenskala ($p=.532$), die Gliederschmerzenskala ($p=.249$) und die Skala des allgemeinen Beschwerdedrucks ($p=.152$) zeigten sich keine Signifikanzen. Anschließend wurden die vier Gewaltarten getrennt betrachtet, wobei der Mann-Whitney U-Test für den Zusammenhang zwischen sexuellen Gewalterfahrungen und der Erschöpfungsskala ($p=.877$), der Gliederschmerzenskala ($p=.717$), der Herzbeschwerdeskala ($p=.858$) sowie der Skala des allgemeinen Beschwerdedrucks ($p=.843$) keine signifikanten Werte errechnete. Hier ist lediglich für die Magenbeschwerdeskala ein nichtsignifikanter Trend ($p=.129$) erkennbar, der auf einen Zusammenhang mit dem Erleben von sexueller Gewalt schließen lässt. Für den Zusammenhang der Gießner Beschwerdebogen-Skalen mit dem Erleben von körperlicher Gewalt ergab der Mann-Whitney U-Test einen hochsignifikanten Wert für die Herzbeschwerdeskala ($p=.003$), einen signifikanten Zusammenhang ($p=.023$) mit der Skala des allgemeinen Beschwerdedrucks und einen nichtsignifikanten Trend ($p=.116$) für die Erschöpfungsskala. Die Skalen für die Magenschmerzen ($p=.320$) und die Gliederschmerzen ($p=.153$) ergaben keine signifikanten Werte hinsichtlich eines Zusammenhangs mit körperlicher Gewalt. Für das Erleben von emotionaler Gewalt und das Miterleben von Gewalt zeigte der Mann-Whitney U-Test wiederum keine signifikanten Zusammenhänge mit den Skalen Erschöpfung ($p=.553/p=.677$), Magenschmerzen ($p=.257/p=.447$), Gliederschmerzen ($p=.384/p=.542$), Herzbeschwerden ($p=.462/p=.208$) und Beschwerdedruck ($p=.763/p=.565$).

Zur genaueren Betrachtung wurden zusätzlich die Faktoren des Beschwerdeboogens herangezogen, um die Zusammenhänge der psychosomatischen Items mit den Gewalterfahrungen zu überprüfen. Die Faktoren wurden hinsichtlich ihrer Verteilung geprüft (Kolmogorov-Smirnov-Test) wobei sich für alle Faktoren ein hochsignifikanter Wert ($<.01$) ergab, worauf für die anschließend durchgeführten Berechnungen wieder der nicht parametrische Mann-Whitney U-Test verwendet wurde. Die Untersuchung des Zusammenhangs der physischen und psychischen Gewalterfahrungen mit den Faktoren des Gießner Beschwerdeboogens zeigten für den Faktor der Herz-Kreislauf-Symptomatik ($p=.066$) einen signifikanten, und für den Faktor der hysteriformen Beschwerden ($p=.003$) einen hochsignifikanten Zusammenhang mit dem Erleben von physischer Gewalt. Für die Faktoren der Erschöpfung ($p=.414$), der Essproblematik ($p=.228$), der

Magenbeschwerden ($p=.460$), der Frauenbeschwerden ($p=.264$) und der rheumatischen Beschwerden ($p=.249$) ergaben sich bei dieser Einteilung der Gewaltarten keine signifikanten Werte. Anschließend wurden die einzelnen Arten der Gewalterfahrungen getrennt zur Analyse herangezogen, wobei für das Erleben von sexueller Gewalt keine signifikanten Zusammenhänge der Faktoren der Erschöpfung ($p=.735$), der Essproblematik ($p=.518$), der Frauenbeschwerden ($p=.458$), der rheumatischen Beschwerden ($p=.717$), der Herz-Kreislauf-Symptomatik ($p=.512$) und der hysteriformen Beschwerden ($p=.327$) fanden. In Verbindung mit sexueller Gewalt lässt sich nur für den Faktor der nervösen Magenbeschwerden (Oberbauchsyndrom) ein nichtsignifikanter Trend ($p=.103$) erkennen, durch den man auf einen möglichen Zusammenhang schließen könnte. Für das Erleben von körperlicher Gewalt ergaben sich jedoch schwach signifikante Zusammenhänge mit dem Erschöpfungsfaktor ($p=.082$) und dem Faktor der Essproblematik ($p=.089$). Weiters zeigten sich für die Faktoren der Herz-Kreislauf-Symptomatik ($p=.004$) und der hysteriformen Beschwerden ($p=.001$) hochsignifikanten Zusammenhänge mit körperlicher Gewalt. Die Faktoren für die Magenbeschwerden ($p=.310$), die Frauenbeschwerden ($p=.605$) und die rheumatischen Beschwerden ($p=.153$) erreichten keine signifikanten Zusammenhangswerte mit körperlichen Gewalterfahrungen. Erlebte emotionale Gewalt sowie das Miterleben von Gewalt zeigten keine signifikanten Zusammenhänge mit den Faktoren der Erschöpfung ($p=.448/p=.800$), der Essproblematik ($p=.494/p=.735$), der Magenbeschwerden ($p=.465/p=.413$), der Frauenbeschwerden ($p=.512/p=.556$), der rheumatischen Beschwerden ($p=.384/p=.542$), der Herz-Kreislauf-Symptomatik ($p=.849/p=.331$) sowie der hysteriformen Beschwerden ($p=.673/p=.118$). Hier lässt lediglich der Wert für den Zusammenhang zwischen Miterleben von Gewalt und dem Faktor für die hysteriformen Beschwerden ($p=.118$) einen Trend erkennen, der die Vermutung einer Verbindung nahe legt.

Die signifikanten Ergebnisse der Zusammenhänge von Gewalterfahrungen mit den Skalen sowie Faktoren des Gießner Beschwerdeboogens werden in Tabelle 4 überblicksmäßig zusammengefasst.

Tab 4: Zusammenfassung der Zusammenhänge der Gewaltarten mit den Skalen und Faktoren des GBB

	Skalen des GBB	p-Wert	Faktoren des GBB	p-Wert
Physische Gewalt	Herzbeschwerden	.047	Herz-Kreislauf	.066
			Hysteriforme B.	.003
Körperliche Gewalt	Herzbeschwerden	.003	Herz-Kreislauf	.004
	Beschwerdedruck	.023	Hysteriforme B.	.001
	Erschöpfung	.116	Erschöpfung	.082
			Essproblematik	.089

In einem nächsten Schritt wurden die Zusammenhänge der einzelnen Items des Gießner Beschwerdeboogens mit den Gewalterfahrungen betrachtet. Als erstes wurden auch hier die zwei erstellten Cluster der Gewalterfahrungen zur Berechnung verwendet. Dabei ergaben sich signifikante Zusammenhänge ($p < .1$) mit folgenden Items: Nackenschmerzen, Gehstörungen, Gewichtszunahme, Verkrampfung im Arm beim Schreiben, Wärmeüberempfindlichkeit, Schlafstörungen, Benommenheit, Lähmungen, Atemnot, Sprachstörungen.

Daraufhin wurden die Items des Beschwerdeboogens bezüglich ihrer Zusammenhänge mit den verschiedenen Gewalterfahrungen untersucht. Bei einer anfänglichen Betrachtung der groben Einteilung der Beschwerden in eher körperlich oder eher seelisch, zeigte sich lediglich zwischen dem Erleben von sexueller Gewalt und körperlichen Beschwerden ein hochsignifikanter Zusammenhang ($\chi^2=15.957$; $df=4$; $p=.003$).

Bei den Berechnungen der Zusammenhänge der Gewaltarten und der Einzelitems des Beschwerdeboogens ergaben sich für körperliche Gewalterfahrungen signifikante Zusammenhänge ($p < .1$) mit: Schwächegefühl, Gliederschmerzen, Gehstörungen, Gewichtszunahme, Kloßgefühl im Hals, Verkrampfung im Arm beim Schreiben, Wärmeüberempfindlichkeit, Schlafstörungen, Benommenheit, Stiche in der Brust, Zittern, Atemnot, Sprachstörungen.

Für sexuelle Gewalterlebnisse ergaben sich signifikante Zusammenhänge ($p < .1$) mit: Erbrechen, Übelkeit, Aufstoßen, Sodbrennen, Hustenreiz, Durchfälle.

Emotionale Gewalterfahrungen zeigten signifikante Zusammenhänge ($p < .1$) mit den Items: Sodbrennen, Schlafstörungen, Druckgefühl im Kopf.

Beim Miterleben von Gewalt ergab sich ein signifikanter Zusammenhang ($p=.009$) mit dem Item Drang zum Wasserlassen.

Die Ergebnisse für die Zusammenhänge der Gewaltarten und der psychosomatischen Beschwerden zusammenfassend, zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang der physischen Gewalterlebnisse mit der Herzbeschwerdeskala sowie der körperlichen Gewalterfahrungen zum einen ebenfalls mit der Herzbeschwerdeskala und zum anderen mit der Skala des allgemeinen Beschwerdedrucks. Bezüglich der Faktoren des Beschwerdebogens wurden signifikante Zusammenhänge der körperlichen Gewalterfahrungen mit den Faktoren, die die Erschöpfung, die Essproblematik, die Herz-Kreislaufsymptomatik und die hysteriformen Beschwerden charakterisieren, gefunden.

Im Rückblick auf die Hypothesen kann somit die Nullhypothese, die keine Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Gewalterfahrungen und den psychosomatischen Beschwerden vermutet, für das Erleben von körperlicher Gewalt verworfen werden.

Fragestellung 5:

Nach der Betrachtung der Zusammenhänge der Gewalterfahrungen und der somatischen Beschwerden der Patientinnen stellt sich auch die Frage nach den Zusammenhängen der verschiedenen Traumafolgestörungen, wie Posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsstörungen, und der Art und dem Ausmaß der psychosomatischen Beschwerden (H5).

Da die Skalen des Gießner Beschwerdebogens nicht normalverteilt sind (siehe auch Fragestellung 4) werden für die folgenden Zusammenhangsberechnungen nichtparametrische Tests verwendet.

Die Berechnung des Zusammenhangs der Posttraumatischen Belastungsstörung und den Skalen des Gießner Beschwerdebogens mittels eines Mann-Whitney U-Test zeigte für alle Skalen hochsignifikante Zusammenhänge ($p < .01$). Auch die Betrachtung der Faktoren des Gießner Beschwerdebogens ergab für das Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung hochsignifikante Zusammenhänge mit allen Faktoren ($p < .01$). Die zusätzlich durchgeführte Untersuchung der Zusammenhänge der 57 Einzelitems des Beschwerdebogens mit der Posttraumatischen Belastungsstörung ergab signifikante Werte ($p < .1$) für die Items: Druck und Völlegefühl im Leib, Neigung zum Weinen, Geschlechtliche Untererregbarkeit, Schwindelgefühl, Nacken- oder Schulterschmerzen, Gehstörungen, Sehstörungen, Anfälle, Übelkeit, Kloßgefühl im Hals,

Drang zum Wasserlassen, Hautveränderungen, Sodbrennen, Verkrampfung im Arm beim Schreiben, Kopfschmerzen, Überempfindlichkeit gegen Wärme, Gleichgewichtsstörungen, Taubheitsgefühl, Verstopfung, Appetitlosigkeit, Durchfälle, Stiche in der Brust, Kalte Füße, Heißhunger, Magenschmerzen, Druckgefühl im Kopf, Sprachstörungen.

Im Anschluss wurde auch der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und den Skalen des Gießner Beschwerdebogens mittels eines Mann-Whitney U-Test berechnet, der jedoch keine signifikanten Werte für die Skalen Erschöpfung ($p=.825$), Magenschmerzen ($p=.854$), Gliederschmerzen ($p=.793$), Herzbeschwerden ($p=.607$) und Beschwerdedruck ($p=.979$) ergab. Daraufhin wurde der Zusammenhang der Skalen des Beschwerdebogens mit dem Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung alleine betrachtet, für welche ein Mann-Whitney U-Test signifikante Zusammenhänge mit der Erschöpfungs- ($p=.052$), der Magenbeschwerde- ($p=.025$) und der Herzbeschwerdeskala ($p=.044$) sowie der Skala für den allgemeinen Beschwerdedruck ($p=.025$) zeigte. Für die Gliederschmerzenskala ($p=.537$) ließ sich kein signifikanter Wert für einen Zusammenhang mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung finden. Weiters wurden die Skalen des Gießner Beschwerdebogens auch in Verbindung mit der zweithäufigsten, der hysterischen Persönlichkeitsstörung betrachtet, für die ein Mann-Whitney U-Test keine signifikanten Zusammenhänge mit der Erschöpfungs- ($p=.613$), der Magenschmerzen- ($p=.410$), der Gliederschmerzen- ($p=.942$), der Herzbeschwerde- ($p=.395$) und der Beschwerdedruck-Skala ($p=.920$) ergab. Anschließend wurden die Faktoren des Beschwerdebogens hinsichtlich der Zusammenhänge mit dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung betrachtet, wobei sich keine signifikanten Werte für die Faktoren der Erschöpfung ($p=.924$), der Essproblematik ($p=.408$), der Magenbeschwerden ($p=.915$), der Frauenbeschwerden ($p=.543$), der rheumatischen Beschwerden ($p=.793$), der Herz-Kreislauf-Symptomatik ($p=.550$) und der hysteriformen Beschwerden ($p=.943$) zeigten. Die daraufhin durchgeführte Untersuchung der Zusammenhänge der speziellen Persönlichkeitsstörungen mit den Faktoren ergab für die Borderline-Persönlichkeitsstörung einen hoch signifikanten Zusammenhang mit dem Faktor der nervösen Magenbeschwerden ($p=.020$) und einen schwach signifikanten Zusammenhang mit dem Erschöpfungsfaktor ($p=.063$). Für den Faktor der typischen Frauenbeschwerden lässt sich der Trend ($p=.116$) eines Zusammenhangs mit der Borderlinepersönlichkeitsstörung erkennen. Für die Zusammenhänge dieser

Persönlichkeitsstörung mit den Faktoren der Essproblematik ($p=.176$), der rheumatischen Beschwerden ($p=.537$), der Herz-Kreislauf-Symptomatik ($p=.237$) und hysteriformen Beschwerden ($p=.262$) konnten keine signifikanten Werte gefunden werden. Für die hysterische Persönlichkeitsstörung errechneten sich keine signifikanten Werte für die Zusammenhänge mit den Faktoren der Erschöpfung ($p=.851$), der Essproblematik ($p=.463$), der Magenbeschwerden ($p=.289$), der Frauen- ($p=.928$) und rheumatischen Beschwerden ($p=.942$), der Herz-Kreislauf-Symptomatik ($p=.491$) sowie der hysteriformen Beschwerden ($p=.291$).

Die genauere Untersuchung der Zusammenhänge der 57 Einzelitems des Beschwerdeboogens mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ergab signifikante Zusammenhänge ($p<.1$) mit den Items: Durchfälle, Atemnot, Unterleibsschmerzen.

Bei der Untersuchung der Zusammenhänge der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit allen 57 Einzelitems des Gießner Beschwerdeboogens ergaben sich signifikante Werte ($p<.1$) für: Schwächegefühl, Erbrechen, Übelkeit, Kloßgefühl im Hals, Geschlechtliche Übererregbarkeit, Schluckbeschwerden, Mattigkeit, Zittern, Atemnot, Anfallsweise Herzbeschwerden.

Für die hysterische Persönlichkeitsstörung ergab die Berechnung mit allen 57 Einzelitems nur einen signifikanten Zusammenhang ($p=.077$) für das Item Schmerzen oder Ziehen in der Brust.

Die signifikanten Ergebnisse der Zusammenhänge der posttraumatischen Störungsbilder (Posttraumatische Belastungsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung) mit den Skalen und Faktoren des Gießner Beschwerdeboogens werden in Tabelle 5 nochmals überblicksmäßig dargestellt.

Tab 5: Zusammenfassung der Zusammenhänge der posttraumatischen Störungsbilder mit den Skalen und Faktoren des GBB

	Skalen des GBB	p-Wert	Faktoren des GBB	p-Wert
Posttraumatische Belastungsstörung	Erschöpfung	<.01	Erschöpfung	<.01
	Magenbeschwerden	<.01	Essproblematik	<.01
	Gliederschmerzen	<.01	Magenbeschwerden	<.01
	Herzbeschwerden	<.01	Frauenbeschwerden	<.01
	Beschwerdedruck	<.01	Rheumatische B.	<.01
			Herz-Kreislauf	<.01
			Hysteriforme B.	<.01
Borderline- PS	Erschöpfung	.052	Magenbeschwerden	.020
	Magenbeschwerden	.025	Erschöpfung	.063
	Herzbeschwerden	.044	Frauenbeschwerden	.116
	Beschwerdedruck	.025		

Zusammenfassend ergaben sich bezüglich der Verbindung der Störungsbilder mit den psychosomatischen Beschwerden hochsignifikante Zusammenhänge der Posttraumatischen Belastungsstörung mit allen Skalen und Faktoren des Beschwerdeboogens und signifikante Zusammenhänge der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der Erschöpfungs-, der Magenbeschwerden- und der Herzbeschwerdeskala, der Skala des allgemeinen Beschwerdedrucks sowie dem Erschöpfungsfaktor und dem Faktor der nervösen Magenbeschwerden.

Die Nullhypothesen (H0a, H0b), die keine Zusammenhänge der Traumafolgestörungen mit den psychosomatischen Beschwerden annehmen, können für die Posttraumatische Belastungsstörung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung verworfen werden.

Fragestellung 6:

Bei dieser Fragestellung wird untersucht, ob die Tendenz zur Reviktimisierung mit den unterschiedlichen Gewalterfahrungen (H6a) oder mit den unterschiedlichen Störungsbildern (H6b) zusammenhängt.

In einem ersten Schritt wird der Zusammenhang der Tendenz zur Reviktimisierung mit erlebter physischer und psychischer Gewalt untersucht, wobei sich ein hochsignifikanter Zusammenhang ($\chi^2=13.116$; $df=1$; $p=.000$) der Reviktimisierungstendenz mit physischen Gewalterlebnissen ergab.

Die Tendenz zur Reviktimierung wird daraufhin auf mögliche Zusammenhänge mit den vier unterschiedlichen Gewalterfahrungen untersucht. Der signifikante Zusammenhang der Reviktimisierung mit den physischen Gewalterfahrungen lässt sich bei Aufspaltung in die vier Gewaltarten noch verdeutlichen. Sowohl für die sexuellen Gewalterlebnisse ($\chi^2=12.297$; $df=1$; $p=.000$) als auch für die körperlichen Gewalterlebnisse ($\chi^2=12.906$; $df=1$; $p=.000$) zeigte sich jeweils ein hochsignifikanter Zusammenhang, wohingegen für das Erleben von emotionaler Gewalt ($\chi^2=2.507$; $df=1$; $p=.113$) und für das Miterleben von Gewalt ($\chi^2=.003$; $df=1$; $p=.957$) keine signifikanten Werte erhalten wurden.

Weiters wurden die Zusammenhänge der Tendenz zur Reviktimierung mit den Störungsbildern untersucht. Die Betrachtung des Zusammenhangs der Reviktimisierung mit dem Vorliegen einer posttraumatischen Störung (Posttraumatische Belastungsstörung oder Persönlichkeitsstörungen) ergab keine Signifikanz. Werden jedoch nur die Fälle betrachtet bei denen eine Störung vorliegt ergibt sich ein schwach signifikanter Zusammenhang ($\chi^2=5,199$; $df=2$; $p=.074$) mit der Reviktimisierungstendenz. Bei Betrachtung der gegebenen und der erwarteten Zellenhäufigkeiten kann davon ausgegangen werden, dass vor allem bei Vorliegen beider Störungsbilder höhere Reviktimisierungsraten vorhanden sind.

Zusammenfassend zeigen sich für erlebte sexuelle und körperliche Gewalt hochsignifikante Zusammenhänge mit der Tendenz zur Reviktimisierung. Auch für das Vorliegen einer posttraumatischen Störung findet sich ein Zusammenhang mit der Reviktimisierungstendenz, der sich vor allem durch Vorhandensein beider Störungsbilder (Posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsstörungen) ergibt.

Im Rückblick auf die Hypothesen, können somit die Nullhypothesen (H0a, H0b), die keine Zusammenhänge zwischen der Reviktimisierungstendenz und den Gewaltarten sowie den Störungsbildern propagieren, verworfen werden.

Fragestellung 7:

Unter diesem Punkt wird die Frage nach den Unterschieden der verschiedenen Gewalterfahrungen (H7a) und der verschiedenen posttraumatischen Störungsbildern (H7b) hinsichtlich der Ausprägung dissoziativer Phänomene untersucht.

Die dissoziativen Variablen wurden in einem ersten Schritt bezüglich ihrer Verteilungsmerkmale untersucht. Der zu diesem Zweck durchgeführte Kolmogorov Smirnov Test auf Normalverteilung ergab einen signifikanten Wert für die Variable der Negativ Somatoformen Dissoziation ($p=.000$). Für die Variablen der Positiven Somatoformen Dissoziation und die Variable der Gesamten Somatoformen Dissoziation konnte die Normalverteilungsannahme jedoch beibehalten werden ($p=.167$ und $p=.087$). Aufgrund der geringen Toleranz des Kolmogorov Smirnov Tests bei kleineren Abweichungen der Daten von der Normalverteilung wurden zusätzlich graphische Analysen (Boxplots, Histogramme) durchgeführt. Daraufhin wurde auch für die Negativ Somatoforme Dissoziationsvariable eine Normalverteilung angenommen⁸.

Tabelle 6 zeigt eine Zusammenfassung der Ergebnisse im Hinblick auf die Unterschiede der drei Dissoziationsvariablen im Bezug auf die verschiedenen Gewalterfahrungen. Für das Erleben von physischer Gewalt wurden hier wieder die Cluster für physische und psychische Gewalterfahrungen herangezogen, die weiter oben bereits ausführlich beschrieben wurden.

Tab 6: Zusammenfassung der Unterschiede dissoziativer Symptomatik bei verschiedenen Arten von Gewalterfahrung

Variable	Gewaltarten	t-Wert	df	Signifikanz
Positive Somatoforme Dissoziation	Physische G.	-1.314	154	0.191
	Sexuelle G.	-0.616	42	0.541
	Körperliche G.	-1.891	154	0.060
	Emotionale G.	-0.895	154	0.372
	Miterleben v. G.	0.370	154	0.712
Negative Somatoforme Dissoziation	Physische G.	-2.128	154	0.035
	Sexuelle G.	-0.833	41	0.410
	Körperliche G.	-2.773	154	0.006
	Emotionale G.	0.619	154	0.537
	Miterleben v. G.	1.216	154	0.226
Somatoforme Dissoziation (Gesamt)	Physische G.	-1.779	154	0.077
	Sexuelle G.	-0.754	41	0.455
	Körperliche G.	-2.443	154	0.016
	Emotionale G.	-0.347	154	0.729
	Miterleben v. G.	0.757	154	0.450

⁸ Es wurden jedoch auch die nichtparametrischen Verfahren durchgeführt. Bei unterschiedlichen Ergebnissen werden diese im Text angeführt.

Aus der Tabelle ist zu erkennen, dass sich für das Erleben von körperlichen Gewalterfahrungen schwach signifikante Unterschiede ($p=.060$) in der Variable der Positiven Somatoformen Dissoziation ergaben. Bei der Negativen Somatoformen Dissoziation zeigten sich signifikante Unterschiede für die physischen Gewalterlebnisse ($p=.035$) und hochsignifikante Unterschiede für das Erleben von körperlicher Gewalt ($p=.006$). Auch für die Variable der Gesamten Somatoformen Dissoziation ergaben sich signifikante Unterschiede für physische Gewalterfahrungen ($p=.077$) und körperliche Gewalterlebnisse ($p=.016$).

Im Weiteren wurde untersucht, ob Patientinnen mit Traumafolgestörungen, wie Posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Persönlichkeitsstörung und hysterische Persönlichkeitsstörung), oder mit komorbiden Störungen, wie Suchterkrankungen, Essstörungen, Angsterkrankungen, Panikattacken, Selbstverletzungen und Depressionen, Unterschiede im Ausmaß der dissoziativen Symptomatik aufweisen. Die Ergebnisse der dazu durchgeführten Tests sind in Tabelle 7 aufgelistet. Es werden jedoch nur die signifikanten Unterschiede angeführt.

Tab 7: Zusammenfassung der Unterschiede dissoziativer Symptomatik bei den unterschiedlichen Störungsbildern

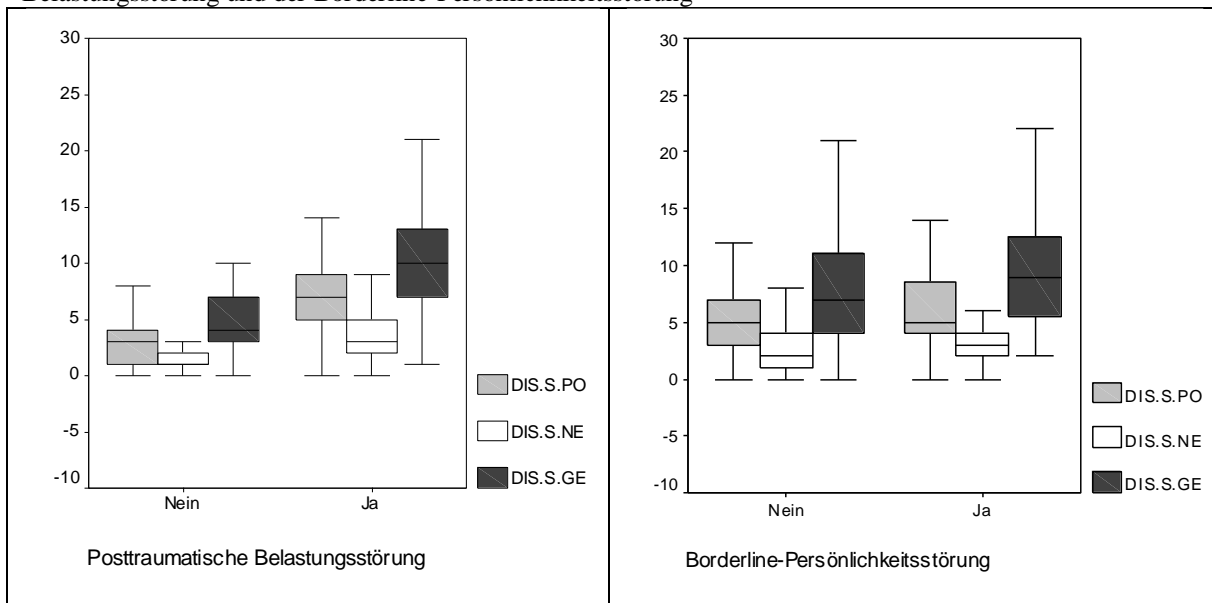
Variable	Störungsbild	t-Wert	d.f.	Signifikanz
Positive Somatoforme Dissoziation	PTBS	-9,168	152	0.000
	Borderline	-1.940	154	0.054
	Essstörung	-2.061	154	0.041
	Dissoziat. Typ	-1.627	154	0.106
	Affektiver Typ	-1.374	154	0.172
	Angststörungen	-1.871	154	0.063
Negative Somatoforme Dissoziation	PTBS	-8,647	144	0.000
	Borderline	-1.569	154	0.119
	Essstörung	-1.599	28	0.121
	Dissoziat. Typ	-2.905	154	0.004
	Affektiver Typ	-2.038	154	0.043
	Angststörungen	-2.441	154	0.016
Somatoforme Dissoziation (Gesamt)	PTBS	-10.43	152	0.000
	Borderline	-1.973	154	0.050
	Essstörung	-2.199	154	0.029
	Dissoziat. Typ	-2.313	154	0.022
	Affektiver Typ	-1.783	154	0.072
	Angststörungen	-2.292	154	0.023

In Tabelle 7 ist zu erkennen, dass die Positive Somatoforme Dissoziation hochsignifikant unterschiedliche Ausprägungen bei dem Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung ($p=.000$), signifikant unterschiedliche Ausprägungen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ($p=.054$) und bei Essstörungen ($p=.041$), sowie schwach signifikant unterschiedliche Ausprägungen bei vorliegenden Angststörungen ($p=.063$) aufweist. Für das Störungsbild hysterische Persönlichkeitsstörung ($p=.651$) und komorbide Störungen, wie Suchterkrankungen ($p=.144$), Panikattacken ($p=.944$), Selbstverletzungen ($p=.587$) und Depressionen ($p=.954$), ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Positiven Somatoformen Dissoziation. Ebenso zeigten sich keine signifikanten Werte bezüglich Unterschiede dieser Variable für die komorbiden Störungen der Posttraumatischen Belastungsstörung des dissoziativen ($p=.106$), des affektiven ($p=.172$) und des somatoformen Typs ($p=.543$). Hier könnte der Wert der komorbiden Störung des dissoziativen Typs ($p=.106$) lediglich auf einen Trend bezüglich Unterschiede in der Positiven Somatoformen Dissoziation hinweisen.

Die Variable der Negativen Somatoformen Dissoziation wies hoch signifikante Unterschiede bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ($p=.000$) und deren komorbider Störung des dissoziativen Typs ($p=.004$) und signifikante Unterschiede bei den komorbiden Störungen des affektiven Typs ($p=.043$) sowie bei Vorliegen von Angststörungen ($p=.016$) auf. Bezüglich der Variable der Negativen Somatoformen Dissoziation zeigten sich keine signifikanten Unterschiede für die komorbide Störung der Posttraumatischen Belastungsstörung des somatoformen Typs ($p=.861$), die Borderline-Persönlichkeitsstörung ($p=.119$), die hysterische Persönlichkeitsstörung ($p=.686$), sowie für Suchterkrankungen ($p=.918$), Essstörungen ($p=.121$), Panikattacken ($p=.548$), Selbstverletzungen ($p=.742$) und Depressionen ($p=.436$).

Für die Gesamte Somatoforme Dissoziation ergaben sich hochsignifikante Unterschiede bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung ($p=.000$), signifikante Unterschiede bei der Borderlinepersönlichkeitsstörung ($p=.050$), den Essstörungen ($p=.029$), den komorbiden Störungen des dissoziativen Typs ($p=.022$) sowie bei Angststörungen ($p=.023$). Die komorbiden Störungen des affektiven Typs zeigen schwach signifikante Unterschiede hinsichtlich der gesamten somatoformen dissoziativen Symptomatik. Hinsichtlich der komorbiden Störung des somatoformen Typs ($p=.627$), der hysterische Persönlichkeitsstörungen ($p=.890$), Suchterkrankungen ($p=.345$), Panikattacken ($p=.766$), Selbstverletzung ($p=.613$) sowie Depression ($p=.775$), fanden sich keine signifikanten Unterschiede für die Variable der Gesamten Somatoformen Dissoziation.

Boxplots für die Unterschiede in den Variablen der Somatoformen Dissoziation bei der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung



Zusätzlich wurde die Tendenz zur Reviktimisierung hinsichtlich Unterschieden in der dissoziativen Symptomatik untersucht, wobei sich ein schwach signifikanter Wert ($p=.060$) für die Positiv Somatoforme Dissoziation ergab. Die anderen beiden Variablen Negative Somatoforme Dissoziation ($p=.427$) und Gesamte Somatoforme Dissoziation ($p=.108$) zeigten bezüglich Reviktimisierungstendenz keine signifikanten Unterschiede. Der Wert für die Unterschiede in der Gesamten Somatoformen Dissoziation lässt vielleicht einen Trend erkennen, dass es bei Reviktimisierung zu Unterschieden in der Ausprägung dissoziativer Symptomatik kommt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Erleben von körperlicher Gewalt zu signifikanten Unterschieden in der Ausprägung der Somatoformen Dissoziation führt. Weiters lässt sich folgern, dass Traumafolgestörungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung, die Borderline-Persönlichkeitsstörung, Essstörungen, komorbide Störungen des dissoziativen und affektiven Typs und Angststörungen Unterschiede in der Ausprägung somatoformer dissoziativer Symptomatik aufweisen.

Im Rückblick auf die Hypothesen können bei dieser Fragestellung somit die Nullhypothesen ($H0a$, $H0b$), die keine Unterschiede in der Ausprägung dissoziativer Symptomatik annehmen, für körperliche Gewalterlebnisse und die meisten Traumafolgestörungen verworfen werden.

15. Diskussion:

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit basieren auf einem großangelegten Survey der Medizinischen Universität Wien über Gewalt und deren Auswirkungen. Dies ist ein Forschungsbereich von großer gesellschaftlicher Relevanz, bei dem die Medizinische Universität Wien und die Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie eine Vorreiterrolle einnehmen.

Die zur Analyse herangezogenen Daten der Patientinnen der vorliegenden retrospektiven Studie wurden aus den umfangreichen Krankengeschichten dieser Patientinnen herausgearbeitet. Dadurch ergaben sich die zur Verfügung gestandenen Informationen nicht nur aus den Selbstberichten der Patientinnen, sondern es konnten alle Angaben und Befunde, die bezüglich der Teilnehmerinnen der Studie vorhanden waren, mit einfließen. Daraus ergab sich eine sehr umfangreiche Datenmenge, anhand derer die Untersuchung der Zusammenhänge bzw. Unterschiede einer Vielzahl von Variablen möglich wurde.

Durch die Tatsache, dass die Studie mit den Patientinnen einer Universitätsklinik durchgeführt wurde, ergab sich eine Vorselektion der Patientinnen, die durch die Spezialisierung der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie auf Borderline-Störungen noch verstärkt wurde. Es ist weiters anzunehmen, dass sich die Patientinnen abhängig von Bildungsgrad und Problemlage für oder gegen ein Erscheinen an der Klinik entschieden. Aufgrund dieser Vorselektion der Patientinnen wurde ein Vergleich mit der österreichischen Bevölkerung durchgeführt, der die Annahme eines höheren Bildungsgrades der vorliegenden Stichprobe bestätigte. Auf Grund des retrospektiven Designs der Studie ergab sich eine weitere Selektion der Patientinnen, da nicht allen PatientInnen der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Gießner Beschwerdebogen vorgegeben wurde, wodurch es möglich ist, dass Patientinnen mit Gewalterfahrungen zwar zu einem Erstgespräch an der Klinik erschienen sind, aufgrund der fehlenden Daten bezüglich der somatischen Beschwerden jedoch nicht in die Stichprobe dieser Studie aufgenommen wurden. Weiters wurden alle Patientinnen, die zum Zeitpunkt des Erstgesprächs noch unter 18 Jahre alt waren, nicht in die Studie miteinbezogen.

Es darf aber angenommen werden, dass trotz der möglichen Limitierungen der allgemeinen Aussagekraft dieser Studienergebnisse, die vorliegenden Analysen aufgrund der umfangreichen Informationen bezüglich der Patientinnen und der ausreichenden Varianz in den zu untersuchenden Variablen ihre Gültigkeit beibehalten. Die

Aussagekraft der erhaltenen Ergebnisse wird auch von der hohen Fallzahl an Beobachtungen (für die Untersuchung derartiger Problemstellungen) unterstützt, da es sich im Psychotherapiekontext allgemein sehr schwierig gestaltet so große Stichproben zu erhalten. Die Erstellung dieser großen Stichprobe war auch dadurch möglich, dass die Patientinnen mehrerer Jahrgänge zusammengenommen wurden, was sich durch die Tatsache, dass in dem betreffenden Zeitraum das Diagnose- und Behandlungsteam kaum verändert wurde und vor allem deren Strategien gleich geblieben sind, argumentieren lässt.

Diese Arbeit gliedert sich in drei große Hauptbereiche mit jeweils mehreren Fragestellungen, die jedoch auch miteinander verbunden betrachtet und untersucht wurden.

Als erster Punkt liegt der Fokus auf der Verbindung der Traumatisierungen durch Gewalterlebnisse mit den Folgestörungen, wobei sich diese Arbeit dabei hauptsächlich auf die Posttraumatischen Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen konzentriert. Bezüglich der Frage, ob es nach Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend auch zu Posttraumatischen Belastungsstörungen kommt, oder, wie in der wissenschaftlichen Literatur häufig angenommen (Hirsch, 2004; Peichl, 2007; Wöller, 2006), diese eher zu Persönlichkeitsstörungen führen, konnten in der vorliegenden Studie keine Zusammenhänge zwischen frühen Traumatisierungen (unter 18 Jahren) und dem Auftreten von Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen gefunden werden. Dieses Ergebnis steht im starken Kontrast zu Annahmen vieler aktueller Autoren (Boos, 2005; Reddemann, 2004; Sachsse, 2004; Zöllner et al., 2005), die die klassische Posttraumatische Belastungsstörung mit Intrusionen, Übererregung und Vermeidung mit Monotraumatisierungen im Erwachsenenalter in Verbindung bringen und komplexere Formen posttraumatischer Störungen als Folge früher und chronischer Traumatisierungen sehen. Auch Untersuchungen von van der Kolk et al. (2005) zeigten, dass wiederholte traumatische Erfahrungen in frühen Entwicklungsjahren mit größerer Wahrscheinlichkeit zu komplexeren Psychopathologien führen, als einzelne Traumata im Erwachsenenalter. Weiter wird davon ausgegangen, dass ein breiter Überlappungsbereich zwischen den Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung und denen der komplexeren Störungen besteht (Boos, 2005; Reddemann, 2004; Sachsse, 2004; Zöllner et al., 2005). In der vorliegenden Studie zeigten sich jedoch die Störungsbilder der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Persönlichkeitsstörungen als komplexere

Formen voneinander unabhängig. Dieses Ergebnis steht aber im Einklang mit Ergebnissen von van der Hart et al. (2006), die bedeutsame Unterschiede zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und den komplexeren Traumafolgestörungen propagieren. Das dem Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen widersprechende Ergebnis, das aktuellen Ansätzen in der Literatur entgegensteht, kann zumindest teilweise dadurch erklärt werden, dass in der vorliegenden Arbeit die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung nachträglich gestellt wurde, indem die für die Diagnose notwendigen Kriterien aus den Krankengeschichten der Patientinnen herausgearbeitet wurden, und diese Diagnose auch dann gestellt wurde, wenn zusätzlich komplexere posttraumatische Symptome vorhanden waren, oder die Patientinnen bereits Persönlichkeitsstörungsdiagnosen erhalten hatten. D.h., dass in dieser Studie somit einige Patientinnen sowohl die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung als auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhalten haben. Es ist anzunehmen, dass in anderen Studien, bei PatientInnen, die komplexere, über das klassische Bild der Posttraumatischen Belastungsstörung hinausgehende Symptome zeigten, eine Posttraumatische Belastungsstörung nicht diagnostiziert wurde. Unter diesen komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen werden breitere traumaassoziierte Symptomkomplexe beschrieben, die neben zusätzlichen Symptomen oft gleichzeitig auch die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen (van der Kolk, 1996). Diese Annahme wird zusätzlich dadurch unterstützt, dass bereits 1987 von Helzer und Kollegen in einer Studie herausgefunden wurde, dass bei 80% der PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung zumindest eine weitere psychiatrische Diagnose zu stellen war. Somit könnte der in der vorliegenden Studie errechnete Wert für die Persönlichkeitsstörungen, der einen schwachen Trend dahingehend erkennen lässt, dass Traumatisierungen unter 18 Jahren eher zur Ausbildung von Persönlichkeitsstörungen führen, in Übereinstimmung mit der gängigen Literatur interpretiert werden. Da sich die beiden Störungsbilder für die vorliegende Stichprobe jedoch als voneinander unabhängig erwiesen haben, kann das widersprüchliche Ergebnis nicht vollständig auf das abweichende Diagnosestellungsverhalten dieser Studie zurückgeführt werden und behält somit trotzdem seine Gültigkeit. Für zukünftige Forschung bezüglich dieser Frage ist es daher ratsam die bisher getroffenen Annahmen bis zur vollständig zufriedenstellenden empirischen Klärung oder Modifikation der theoretischen Konzepte weiterhin kritisch zu hinterfragen.

Die Frage nach den Zusammenhängen zwischen den verschiedenen erlebten Gewaltformen und den speziellen, daraus folgenden Störungen führt in einer Bandbreite von Studien der wissenschaftlichen Forschung in diesem Bereich zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen (Zanarini et al, 1997, 1998; Trull, 2001; Fossati et al, 1999; Paris, 2000; Stein et al. 1996; uvm.). Die Ergebnisse dieser Studie bezüglich der Frage nach den speziellen Langzeitfolgen auf die unterschiedlichen traumatischen Gewalterfahrungen lassen bei einer groben Einteilung der Gewaltarten in physische und psychische Gewalterlebnisse zuerst nur Trends erkennen, die in Verbindung mit physischen Gewalterfahrungen ein vermehrtes Auftreten von Posttraumatischen Belastungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen vermuten lassen. Diese Trends können in Übereinstimmung mit der Annahme einiger Autoren gesehen werden, dass sexuelle und körperliche Gewalterfahrungen sich schwerwiegender auf die Pathogenese einer Persönlichkeitsstörung auswirken, als emotionaler und verbaler Missbrauch (Briere & Elliott, 2003). Demgegenüber stehen jedoch Ansätze, die von einer Koexistenz unterschiedlicher Missbrauchsformen ausgehen, deren Effekte additiv oder synergistisch wirken (Dube et al., 2001; Edwards et al., 2003; Teicher et al., 2006). Da die erhaltenen Ergebnisse nicht signifikant waren, könnten diese auch in Übereinstimmung mit diesen Ansätzen gesehen werden. In einem Literaturreview zu sexuellem Kindesmissbrauch wiederum berichten Foote und Goodman-Delahunty (2002), dass Erwachsene mit einer sexuellen Missbrauchsgeschichte, im Vergleich zu Anderen, mit höherer Wahrscheinlichkeit an körperlichen Erkrankungen, Depression, Selbstmordphantasien und -versuchen, Substanzabhängigkeit, Posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen Angststörungen leiden, was für schwerwiegendere Auswirkungen der physischen Gewalterfahrungen spricht. Im Gegensatz dazu konnte eine Studie von Tyrka et al. (2009) zum speziellen Einfluss der Art der Missbrauchserlebnisse auf die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung einen allgemeinen Zusammenhang der unterschiedlichen Missbrauchsformen mit einem subklinischen Level von Persönlichkeitsstörungssymptomen finden. Auch hier konnte jedoch nicht gezeigt werden, dass physischer oder sexueller Missbrauch wahrscheinlicher mit Persönlichkeitspathologien verbunden ist als emotionaler Missbrauch.

Diese widersprüchlichen Befunde und Theorien lösen sich bei einer genaueren Untersuchung der unterschiedlichen Gewaltarten auf. Hierbei konnte in dieser Studie im Gegensatz zur bisherigen Forschung (Golier et al. 2003; Johnson et al. 1999; Laporte und Guttman 1996; uvm.), in der den verschiedenen Gewaltarten keine speziellen Störungen

zugeordnet werden konnten, gezeigt werden, dass körperliche Gewalterlebnisse hochsignifikant mit dem Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung, vor allem den Intrusionen, zusammenhängen. Zusätzlich hängen sexuelle Gewalterfahrungen signifikant mit dem Auftreten einer Persönlichkeitsstörung zusammen. Dieser Zusammenhang bestätigt die Annahme von Briere und Elliott (2003), die für körperlichen und sexuellen Missbrauch schwerwiegendere Folgen für die Entwicklung einer Persönlichkeitspathologie veranschlagen. Insbesondere ergab sich in dieser Studie für die spezielle Persönlichkeitsstörung, die Borderline-Störung, ein hochsignifikanter Zusammenhang mit sexuellen Gewalterfahrungen der Patientinnen. Dieses Ergebnis steht im starken Kontrast zu Befunden, die zeigen, dass sich Misshandlungen, abrupte Trennungen und Vernachlässigung zwar in hohem Maße bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung finden, in nahezu gleichem Ausmaß aber auch bei verschiedenen anderen Persönlichkeitsstörungen vorhanden sind (Johnson et al. 1999; Laporte und Guttman 1996). Auch eine Metaanalyse von Fossati et al. (1999), die Studien zur Untersuchung dieses Zusammenhangs zwischen 1985 und 1995 einschloss, fand nur eine schwache Verbindung zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die hier erhaltenen Ergebnisse, die einen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und der Entwicklung einer Borderlinepersönlichkeitsstörung propagieren, können aber in Übereinstimmung mit Ergebnissen der aktuellen wissenschaftlichen Literatur gesehen werden. Eine Studie von Yen et al. (2003) zeigte, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die höchste Rate an Traumatisierungen, vor allem sexuelle Traumatisierungen, aufwiesen. Weiters konnten auch Untersuchungen, die sich mit dem Einfluss der Art der Traumatisierung auf die Ausbildung spezieller Persönlichkeitsstörungen beschäftigten, eine Verbindung zwischen sexuellem Missbrauch und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung finden, wogegen für die anderen Traumaarten keine spezielle Verbindung nachgewiesen werden konnte (Johnson et al., 1999; Zanarini & Frankenburg, 1997). Auch Zanarini (2000) konnte in einen Literaturreview bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine sexuelle Kindesmissbrauchsrate von 40-70 Prozent nachweisen. In einer longitudinalen Untersuchung verschiedener Persönlichkeitsstörungen konnten Yen et al. (2002) zeigen, dass die Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die höchsten Raten von Kindheitstraumata, speziell sexuelle Traumatisierungen aufwiesen. Golier et al., (2003) konnten in einer Untersuchung zur Art des Missbrauchs wiederum keine signifikanten Unterschiede der

Gruppen hinsichtlich sexuellen Missbrauchs finden. Im Gegensatz dazu konnten Bradley et al. (2005) in einer Untersuchung sexuellen Kindesmissbrauch als signifikanten Prädiktor für das spätere Auftreten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung identifizieren. Ebenso fanden Lobbestael et al. (2005) im Vergleich zu Kontrollgruppen eine starke Verbindung zwischen Missbrauch in der Kindheit und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine aktuelle Metaanalyse von Ball und Links (2009) konnte ebenfalls einen konsistenten Zusammenhang zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung über viele Studien hinweg aufzeigen, ein spezieller Zusammenhang zwischen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und sexuellem Missbrauch konnte durch diese Metaanalyse jedoch nicht bestätigt werden.

Für das Erleben von emotionaler Gewalt zeigte sich in dieser Studie ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Dieses Ergebnis steht in einer Linie mit zahlreichen Studien, die die Verbindung zwischen Kindesmissbrauch und Vernachlässigung mit der Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung für die verschiedenen Missbrauchstypen aufgezeigten (Bierer et al., 2003; Battle et al., 2004, Tyrka et al., 2009). Dieser Zusammenhang spricht aber gegen die Ansätze von vielen bereits genannten Autoren, die schwereren Missbrauchsformen schwerere Konsequenzen zuordnen. Ein Erklärungsansatz für den Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch und Persönlichkeitsstörungen kann zum Beispiel in der Tatsache gesehen werden, dass sexueller Missbrauch meist in einem emotional vernachlässigendem Umfeld stattfindet, und diese beiden Gewaltformen demnach teilweise gemeinsam auftreten. Diese Erklärung ist konsistent mit Ansätzen, die von einer Koexistenz der verschiedenen Missbrauchsformen ausgehen (Dube et al., 2001; Edwards et al., 2003; Teicher et al., 2006).

Die hier dargestellten Ergebnisse lassen erstmals eine eindeutige Zuordnung von speziellen Gewaltarten zu speziellen Folgestörungen zu. Dies hätte weitreichende Konsequenzen für Diagnosestellung und Behandlung und bedarf noch genauerer Abklärung in zukünftiger Forschung.

Ein zweiter Hauptfokus dieser Arbeit lag auf der Untersuchung des Ausmaßes an psychosomatischen Beschwerden der Patientinnen mit Gewalterfahrungen und der Zusammenhänge dieser somatischen Beschwerden mit der Art der erlebten Gewalt und den Traumafolgestörungen. Dieser Bereich ist vor allem deshalb von Interesse, da

somatoforme/funktionelle Störungen einen hohen Prozentsatz des allgemeinen Behandlungsbedarfs ausmachen und die Verursachung der somatoformen Symptome Implikationen für die Art der Behandlungsstrategien beinhaltet, wodurch es wichtig wird, die spezifischen Symptome mit den zugrunde liegenden Auslösungsbedingungen zu verknüpfen. Die somatischen Beschwerden der Patientinnen wurden mittels des Gießner Beschwerdeboogens erhoben, für den Vergleichswerte einer Eichstichprobe der deutschen Bevölkerung und einer klinischen Stichprobe einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz in Gießen vorliegen. So wurden in einem ersten Schritt die Unterschiede in Art und Häufigkeit der geäußerten Beschwerden der Patientinnen mit Gewalterfahrungen zu den Vergleichsgruppen betrachtet. Die Ergebnisse zusammenfassend zeigte sich, dass Frauen mit Gewalterfahrungen gegenüber der Eichstichprobe deutlich mehr psychosomatische Beschwerden äußerten, wohingegen im Vergleich mit der klinischen Stichprobe der Ambulanz in Gießen nur der Wert für das Item Nacken- oder Schulterschmerzen deutlich erhöht war. Bei den zehn häufigsten Beschwerden der Stichproben fand sich eine Übereinstimmung des ersten Platzes (Müdigkeit) aller drei Stichproben. Für die klinischen Stichproben spielten weiters Rasche Erschöpfbarkeit, Mattigkeit und die Neigung zum Weinen eine große Rolle. Für Frauen mit Gewalterfahrungen dieser Studie stellten jedoch zusätzlich noch Nacken- oder Schulterschmerzen eine Belastung dar, welche für die Vergleichsgruppen nur eine untergeordnete Rolle spielten. Die gezeigte allgemeine Erhöhung der psychosomatischen Beschwerden der Patientinnen, die Gewalt erlebt haben, steht im Einklang mit den Ergebnissen zahlreicher Langzeitstudien (Anda et al., 2006; Boscarino, 2006; Cotter et al., 2006; Dube et al., 2003; Kapfhammer, 2005a), in denen sich gehäufte Somatisierungssyndrome und erhöhte somatische Morbidität immer stärker als ein Hauptproblem, sowohl für frühkindliche Traumatisierungen als auch für schwerwiegende Traumaexposition im Erwachsenenalter, abzeichneten. Das Wiedererleben traumatischer Gefühle auf einem somatischen Level wurde bereits früher vielfach beschrieben (Blank, 1985; Herman, 1992; Kardinger, 1941), die Verbindung zwischen den Symptomen und dem traumatischen Erlebnis wird aber von den PatientInnen anfänglich oft nicht erkannt. Lindy et al. (1992) haben dazu auf Basis von Studien vier Bereiche somatischer Reenactments beschrieben, wozu Harndrang, Fuß-, Brust- und Kopfschmerzen gehören. In der vorliegenden Stichprobe fanden sich zum Teil Übereinstimmungen mit diesen beschriebenen Bereichen. Zum Beispiel zeigte das Item Drang zum Wasserlassen bei allen Vergleichen deutlich erhöhte Prozentwerte. Zusätzlich wiesen die Frauen der

psychoanalytisch-psychotherapeutischen Ambulanz in Wien höhere Werte bei den Items Kalte Füße und Schmerzen in der Brust auf. In dieser Stichprobe der Frauen mit Gewalterfahrungen stellten im Vergleich mit allen anderen Gruppen jedoch vor allem Nacken- oder Schulterschmerzen eine bedeutsame somatische Beschwerde dar, die in anderen Studien nicht gefunden wurde. In letzter Zeit spielt die neurobiologische Forschung bei der Erklärung von posttraumatischen Phänomenen eine immer größere Rolle. Vor allem aus einer Perspektive der „Somatisierung“ sind die Auswirkungen der sympathikotonen oder parasympathikotonen Reaktionslage von Bedeutung. So führt eine noradrenerge (sympathikotone) Aktivierung zu einer allgemeinen Mobilisierung, die Muskelanspannung, Blutdruckerhöhung, gesteigerte Pulsrate, Hyperventilation, metabolische Energiefreisetzung, und vieles mehr beinhaltet. Bei parasympathischen Zuständen herrschen jedoch gastrointestinale Symptome, Bradykardien mit Arrhythmien, veränderte Schmerzwahrnehmung und motorische Blockaden vor (Kapfhammer, 2006a). Bei der Betrachtung der Beschwerden der Frauen der Ambulanz in Wien, können häufig geäußerte Beschwerden wie Müdigkeit, Mattigkeit, Rasche Erschöpfbarkeit, Nacken- oder Schulterschmerzen, Rückenschmerzen, Schwächegefühl und Schlafstörungen sowie ein übermäßiges Schlafbedürfnis als Auswirkungen einer sympathikotonen (Über-) Aktivierung interpretiert werden. Andere häufige Beschwerden der Patientinnen mit Gewalterlebnissen, wie Schmerzen in der Brust, Magenschmerzen, Anfälle und Sprachstörungen repräsentieren die Auswirkungen einer parasympathikotonen Aktivierung.

Im Anschluss an die allgemeine Betrachtung des Ausmaßes der psychosomatischen Beschwerden bei Patientinnen mit Gewalterlebnissen wurde die Beziehung zwischen den unterschiedlichen Arten der Gewalterfahrungen und den verschiedenen somatischen Beschwerden betrachtet. Dabei zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang der physischen Gewalterlebnisse mit der Herzbeschwerdeskala, sowie spezieller, der körperlichen Gewalterfahrungen ebenfalls mit der Herzbeschwerdeskala und mit der Skala des allgemeinen Beschwerdedrucks. Bezüglich der Faktoren des Beschwerdebogens wurden signifikante Zusammenhänge der körperlichen Gewalterfahrungen mit den Faktoren, die die Erschöpfung, die Essproblematik, die Herz-Kreislaufsymptomatik und die hysteriformen Beschwerden charakterisieren, gefunden. Diese Ergebnisse können im Rahmen dessen interpretiert werden, dass die sogenannten Begleitpsychosomatosen (Lingens, 1971), die sich nach Traumatisierungen entwickeln

können, schon seit langem zu den komorbiden Störungen der Posttraumatischen Belastungsstörung zählen, insbesondere dann, wenn die Störung über einen längeren Zeitraum unbehandelt bleibt. Diese somatoformen Störungen betreffen vor allem das Herz-Kreislaufsystem (Blaha, 1971), den Magen-Darm-Trakt (Herberg, 1967) und Schmerzzustände (Vyssoki & Strusievici, 2004). In Übereinstimmung mit der Literatur zeigen auch die Patientinnen mit körperlichen Gewalterfahrungen Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems. Hier ist wichtig zusätzlich zu erwähnen, dass, wie bereits weiter oben angeführt, in dieser Studie körperliche Gewalterfahrungen hoch signifikant mit Posttraumatischen Belastungsstörungen verbunden sind. Diese Zusammenhänge zwischen körperlichen Gewalterfahrungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und einem hohen Ausmaß an körperlichen Symptomen stehen nur im Einklang mit Ergebnissen von Campbell et al. (2008), die fanden, dass die Posttraumatische Belastungsstörung die Verbindung zwischen Gewalterfahrungen und körperlicher Symptomatologie vollständig erklärt. Bei PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung äußern sich Anspannung und Übererregung oft in anhaltender Müdigkeit, akuten und chronischen Kopf- und Rückenschmerzen sowie Muskelverspannungen. Studien zeigten, dass bis zu 80% der PatientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung an chronischen Kopf- und Rückenschmerzen leiden (Steil, 2002; McFarlane et al., 1994). Weiters neigen PatientInnen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen zu gesundheitsschädlichem Verhalten, schlechteren körperlichen Leistungen und gesteigerter Herzreaktion bei Anspannung (Hausmann, 2003). Dieses hohe Ausmaß an somatischen Beschwerden wird auch durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deutlich, die vor allem für die Posttraumatische Belastungsstörung hochsignifikante Zusammenhänge mit allen Skalen und Faktoren des Gießner Beschwerdebogens ergaben. Für die große Zahl an psychosomatischen Beschwerden spricht zusätzlich die Tatsache, dass die Posttraumatische Belastungsstörung auch mit dem Faktor der hysteriformen Beschwerden hochsignifikant zusammenhängt, die laut den Autoren des Gießner Beschwerdebogens in der Allgemeinbevölkerung alle sehr selten auftreten. Bezüglich des Zusammenhangs der Störungsbilder und der somatischen Beschwerden fanden sich auch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, als weitere posttraumatische Störung, signifikante Zusammenhänge mit den Beschwerden der Erschöpfungsskala, der Magenbeschwerdenskala, der Herzbeschwerdenskala und der Skala des allgemeinen Beschwerdedrucks sowie dem Erschöpfungsfaktor und dem Faktor der nervösen

Magenbeschwerden, als Ausdruck posttraumatischer Reaktionen. Diese Zusammenhänge lassen sich dadurch erklären, dass als Ersatz für die fehlenden psychischen Erlebensformen, aufgrund verminderter Symbolisierungsfähigkeit teilweise körperliche Empfindungen herangezogen werden (Bion, 1962/1990), wobei der nicht repräsentierte und dadurch nicht verarbeitbare Affekt ins körperliche verschoben wird. Der gezeigte Zusammenhang der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einer großen Zahl an somatischen Beschwerden wird zusätzlich von dem in dieser Studie gefundenen wichtigen Zusammenhang der sexuellen Gewalterlebnisse mit vorwiegend körperlichen Beschwerden sowie dem hochsignifikanten Zusammenhang der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit dem Erleben von sexueller Gewalt untermauert. Ein Zusammenhang sexueller Gewalterlebnisse mit körperlichen Beschwerden fand sich auch in einer aktuellen Studie von Leithner et al. (2009) die zu dem Ergebnis kam, dass Frauen mit sexuellen Gewalterlebnissen ein erhöhtes Risiko aufweisen spezifische gynäkologische Symptome zu entwickeln.

Die hier zusammengefasst dargestellten und diskutierten Ergebnisse zeigen die große Bedeutung somatischer Beschwerden in Verbindung mit Gewalterlebnissen und auch mit darauf folgenden Störungsbildern. Diese Verbindungen beinhalten auch therapeutische Konsequenzen. Erstens ergeben sich aus der starken Verbindung somatischer Symptome mit traumatischen Erfahrungen Konsequenzen für die Anamneseerhebung. Das Vorliegen einer funktionellen Störung erfordert die genaue Abklärung der zugrundeliegenden Ursachen, da die somatischen Symptome einerseits, wie gezeigt durch traumatische Erlebnisse bedingt sein können, andererseits aber auch andere Ursachen haben können. Somatoforme Störungen können auch durch die Konversion unbewusster Konflikte, Vorstellungen, Affekte, Impulse, Bedürfnisse oder Phantasien sowie auch durch die, bei der Somatisierung vonstatten gehende, Ich-Regression und Re-Somatisierung von Affekten verursacht sein (Erman, 2004). Aus der vielfältigen Verursachung somatischer Beschwerden wird die Wichtigkeit einer genauen Abklärung eventuell erlebter Traumata bei der Diagnosestellung deutlich. Weiters kann davon ausgegangen werden, dass eine Behandlung, die sich nur auf die Symptomebene konzentriert, oft die Ursachen der somatischen Symptome übersieht. Eine ursächliche Behandlung der somatischen Symptome scheint demnach für die Autorin zielführender. Die Implikationen, die diese Ergebnisse für die Praxis mit sich bringen, machen auch deren Wichtigkeit für die Lehre deutlich. Hierbei ist es notwendig angehende Ärzte in sozialen Kompetenzen zu schulen

und zu vermitteln bei somatischen Symptomen angemessen nachzufragen, um diese auf eventuelle Gewalterfahrungen zurückführen zu können.

Ein drittes Hauptmoment der vorliegenden Arbeit war es, die dissoziativen Phänomene der Patientinnen, die in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur als Hauptabwehrmechanismus bei Traumatisierungen betrachtet werden (Nijenhuis et al, 1996, 1999; Wöller, 2006; Peichl, 2007), hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Ausprägung bei den verschiedenen Gewalterfahrungen und den differenten posttraumatischen Störungsbildern zu untersuchen. Da bezüglich der somatischen Beschwerden umfangreiche Informationen der Patientinnen vorhanden waren und diese einen großen Anteil des allgemeinen Behandlungsbedarfs einnehmen, wurde im Rahmen dieser Arbeit nur auf die somatoforme Dissoziation eingegangen. Grundsätzlich fanden Nijenhuis et al. (1996, 1997, 1998a), dass die somatoformen dissoziativen Phänomene für Patienten mit dissoziativen Störungen hoch charakteristisch sind, wodurch die Aussagekraft der dissoziativen Variablen in dieser Studie unterstützt wird, da diese auf Basis der somatoformen dissoziativen Symptome, wie sie Nijenhuis et al. (1996) definierten, gebildet wurden.

Im Bezug auf die unterschiedlichen Ausprägungen der dissoziativen Phänomene nehmen körperliche Gewalterfahrungen in dieser Untersuchung eine Sonderstellung ein. Die Betrachtung der verschiedenen Gewalterfahrungen kam zu dem Ergebnis, dass das Erleben von körperlicher Gewalt zu signifikanten Unterschieden in der Ausprägung aller Variablen der Somatoformen Dissoziation führt. Diese gefundenen Unterschiede stehen nur im Einklang mit Ergebnissen von Nijenhuis et al. (2004), die in klinischen Populationen, vor allem bei Patienten mit körperlichen Gewalterfahrungen, eine hohe Rate an traumaassoziierter somatoformer dissoziativer Symptome wie Bewegungsblockaden, Anästhesien oder Analgesien nachweisen konnten. Das Ergebnis dieser Studie wird zusätzlich durch Befunde der Literatur bestärkt, die als auslösende Bedingungen für Störungen mit ausgeprägter dissoziativer Symptomatik (z.B.: DESNOS) im Allgemeinen körperliche und sexuelle Gewalterlebnisse in der Kindheit zeigten (Laure, 2004; Wöller, 2006). Weitere Forschungsergebnisse wiesen darauf hin, dass sich bei 90% der PatientInnen mit der Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung, der extremsten Form einer dissoziativen Störung, körperliche und sexuelle Übergriffe in der Kindheit nachweisen lassen (Boon & Draijer 1993; Putnam 1997). Auch Nijenhuis et al. (1998b) fanden, dass körperliche und sexuelle Traumata sowohl die somatoforme als

auch die psychologische Dissoziation am besten vorhersagten. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von Befunden, die annehmen, dass Dissoziation eine Konsequenz einer pathogenen Familienstruktur darstellt (Nash et al., 1993). Die Resultate dieser sowie anderer Studien sind konsistent mit der Annahme, dass Ereignisse, die speziell eine Gefährdung der körperlichen Integrität involvieren, wie sexueller oder körperlicher Missbrauch, stärker mit somatoformer Dissoziation verbunden sind als Erlebnisse, die mit einem negativen emotionalen Klima einhergehen (Nijenhuis et al, 1998a, b).

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie lässt sich weiters erkennen, dass die Traumafolgestörungen Posttraumatische Belastungsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Essstörungen, die komorbiden Störungen des dissoziativen und des affektiven Typs sowie Angststörungen deutliche Unterschiede in der Ausprägung somatoformer dissoziativer Symptomatik aufweisen. Diese Ergebnisse sind kompatibel mit der Annahme von Wöller (2006), der vor allem bei Patienten mit positiver Traumaanamnese, akuter Belastungsstörung, Posttraumatischer Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörung, vermeidend-selbstunischere und dependente Persönlichkeitsstörung), Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen, Essstörungen, Angstsymptomen und -erkrankungen, Impulsdurchbrüchen, Selbstverletzungen, Somatisierungsstörungen, schwerer Depression, Suizidimpulse und -versuche, Sexualstörungen und starken Schwankungen im affektiven und allgemeinen Funktionsniveau, ein erhöhtes Risiko sieht, gleichzeitig dissoziative Symptome aufzuweisen. Zusätzlich belegen mehrere Studien, dass die Prävalenzzahlen für dissoziative Symptome bei Risikogruppen, wie sie Wöller (2006) nennt, deutlich erhöht sind (Atchinson & McFarlane 1994; Gast et al. 2001a; Steinberg 1996). In Übereinstimmung damit und mit den Befunden dieser Studie fand auch Laure (2004) in Verbindung mit früher Traumatisierung ein hohes Dissoziationsniveau bei Störungen wie Borderline-Syndrom, Somatisierungsstörungen, schwere Depression und Posttraumatische Belastungsstörungen. Die hier gezeigten hochsignifikanten Unterschiede der Somatoformen Dissoziation im Bezug auf die Posttraumatische Belastungsstörung lassen sich durch Ansätze in der Literatur erklären, die die intrusiven Symptome (Flashbacks) der Posttraumatischen Belastungsstörung als dissoziativ betrachten (APA, 1994; Nijenhuis, 2005) und solche, die Posttraumatische Belastungsstörung als einfache dissoziative Störung betrachten, die durch primäre strukturelle Dissoziation gekennzeichnet ist (Nijenhuis, 2005). Die erhaltenen signifikanten Unterschiede in der positiven somatoformen dissoziativen Symptomatik bei

Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung unterstützen die Annahme von Wöller (2006), der viele Symptome der Borderline-Störung als dissoziativ einstuft. Die gefundenen Unterschiede sind weiters konsistent mit Befunden, welche die somatoforme Dissoziation als charakteristisch für Traumatisierungen als die generelle Kategorie der Somatisierung sehen (Nijenhuis, 1999) und die davon ausgehen, dass diese sehr wahrscheinlich bei komplexen posttraumatischen Störungen gefunden wird. Hier ist zu erwähnen, dass in dieser Studie auch für die (klassische) Posttraumatische Belastungsstörung, die in der Literatur durchgehend als einfache posttraumatische Störung betrachtet wird, große Unterschiede in der Ausprägung der dissoziativen Symptome gefunden wurden. Die erhaltenen Resultate im Bezug auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung stimmen auch mit dem Ergebnis von Herman und Kollegen (1989) überein, die fanden, dass die dissoziativen Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörungen stärker mit Traumatisierungen in der Kindheit korrelieren als die Borderline-Pathologie an sich.

Ein weiteres Ergebnis dieser Arbeit, das im Bezug auf die Tendenz zur Reviktimisierung Unterschiede in der positiv somatoformen dissoziativen Symptomatik fand, stimmt mit der Ansicht von Overkamp (2002), wonach sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer pathologischen Dissoziation bei wiederholten Traumatisierungen deutlich erhöht, überein. Diese Unterschiede können dahingehend interpretiert werden, dass die Dissoziation, zu der Traumaopfer häufig neigen, auch in entscheidendem Maße zur Reviktimisierung beiträgt, da sie, aufgrund der situationsabhängigen Abrufbarkeit früherer Erlebnisse, die Fähigkeit einschränkt, Warnhinweise wahrzunehmen (Kluft, 1990; van der Kolk, 1989). Zusätzlich geraten Traumaopfer nach Meinung von Cloitre (1998) leicht in dissoziative Zustände, in denen sie weggetreten wirken und von potentiellen Tätern als „leichte Beute“ betrachtet werden. Bei schweren dissoziativen Störungen, wie der dissoziativen Identitätsstörung, können Reviktimisierungen auch aktiv durch abgespaltene Persönlichkeitsanteile herbeigeführt werden, wobei die Personen dann keine Erinnerung an die schädigenden Handlungen haben (Eberhard-Kaechele, 2006).

Die Ergebnisse dieses Aspekts der vorliegenden Arbeit untermauern die Wichtigkeit somatoform-dissoziativer Symptome in Verbindung mit (körperlichen) Gewalterlebnissen und Traumafolgestörungen. Für die Forschung implizieren diese Befunde ganz deutlich, dass dissoziative Phänomene bei Traumatisierungen von vorrangiger Bedeutung sind und ihr Auftreten als auch ihre Erscheinungsformen genauerer Betrachtung bedürfen. Weiters verdeutlichen die Ergebnisse wiederum die Konsequenzen für die Anamnese sowie die

Wahl der Behandlungsstrategien. Vor allem in der Behandlung von traumabedingten Störungen haben sich in letzter Zeit therapeutische Techniken als wichtig erwiesen, die vor allem auch die Neigung der PatientInnen zur Dissoziation berücksichtigen und miteinbeziehen (Van der Hart et al., 2006). Weiters sprechen die Erfahrungen verschiedenster Therapeuten der letzten Jahre für die Annahme, dass bei der Behandlung von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen, bei denen die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung und/oder schwere (somatoform-) dissoziative Phänomene vorherrschen, ein anderes therapeutisches Vorgehen zu wählen ist, als wenn fehlangepasste interpersonelle Beziehungsmuster im Vordergrund stehen (Flatten et al., 2001; Shearer, 1994; Reddemann & Sachsse, 2000). Für Ball und Link (2009) hingegen scheint es für eine erfolgreiche Psychotherapie bei PatientInnen mit einer Borderline-Störung nicht notwendig, auf den Missbrauch in der Kindheit zu fokussieren. Die Autoren sehen außerdem eine auf Kindheitstraumata fokussierte Psychotherapie nicht risikolos. Als Probleme können sich nach Meinung der Autoren erhöhte Suizidgefahr und verfrühter Therapieabbruch ergeben. Auch hier wird anhand der therapeutischen Auswirkungen die Notwendigkeit deutlich, angehende Praktiker dahingehend zu schulen, somatische Symptome auch als Ausdruck von Dissoziation zu sehen, um den PatientInnen die entsprechende Therapie zukommen zu lassen.

Eine zusätzliche Hypothese dieser Arbeit bezieht sich auf eine überwältigende Fülle von Befunden, die belegt, dass Misshandlungen in der Kindheit zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit von Misshandlungen im Erwachsenenalter führen (Cloitre, 1998; Nishith et al, 2000; Widom, 1999; Wöller, 2005). In der Literatur wird bislang jedoch angenommen, dass die Natur dieses Zusammenhangs unspezifisch sei. Für Wöller (2006) scheinen Gewalterfahrungen in der Ursprungsfamilie das Risiko des Erlebens jeder Gewaltform im späteren Leben zu erhöhen. Im Gegensatz dazu zeigten die Ergebnisse dieser Studie nur für erlebte sexuelle und körperliche Gewalt hochsignifikante Zusammenhänge mit der Tendenz zur Reviktimisierung. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den Annahmen anderer Autoren, dass Frauen, die in der Kindheit oder Jugend Opfer sexueller Gewalt wurden, im Erwachsenenalter ein substantiell höheres Risiko aufweisen, körperlich oder sexuell missbraucht zu werden (Classen et al., 2005; Seedat et al., 2005). Auch die Ergebnisse anderer Studien zeigten, in Übereinstimmung mit den vorliegenden Ergebnissen, dass die Wahrscheinlichkeit als Erwachsene Opfer von Vergewaltigungen oder Gewaltverbrechen zu werden, bei Menschen mit sexuellen

Traumatisierungen in der Kindheit signifikant höher ist (Briere & Runtz, 1987; Sedney & Brooks, 1984).

Die Betrachtung der Verbindung der Reviktimisierungstendenz mit den Störungsbildern ergab für das Vorliegen einer posttraumatischen Störung einen Zusammenhang mit der Reviktimisierungstendenz, der sich vor allem durch das Vorhandensein beider Störungsbilder (Posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsstörungen) ergab. Dies steht im Einklang mit der Fachliteratur, wo sich in unterschiedlichen Studien immer wieder zeigte, dass Frauen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden und auch in ihren intimen Beziehungen als Erwachsene Gewalt erlebt haben, im Vergleich zu denjenigen Frauen, die nur eine Form von Gewalt erlebt haben, ein signifikant erhöhtes Level für Posttraumatische Belastungsstörungen sowie für Depression aufweisen (Campbell & Soeken, 1999; Messman-Moore et al., 2000). Weiter wird in der Fachliteratur die Meinung vertreten, dass Frauen, die mehrfach sexuelle Gewalt erfahren haben, eine schlechtere mentale und physische Gesundheit zeigen als Opfer von einmaliger sexueller Gewalt (Arata, 2002; Messman-Moore et al., 2000; Stein & Barrett-Conner, 2000).

Zusammenfassend erlauben die Ergebnisse der vorliegenden Studie, im Bezug auf den ersten Hauptfokus, erstmalig die Zuordnung von einzelnen Traumafolgestörungen zu bestimmten Gewaltarten. Speziell ergab sich in dieser Arbeit, dass körperliche Gewalterfahrungen mit dem Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung, sexuelle Gewalterfahrungen hingegen mit dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung zusammenhängen. Der Zusammenhang der körperlichen Gewalterlebnisse mit der Posttraumatischen Belastungsstörung zeigte sich vor allem für die Intrusionen sehr deutlich. Ein Zusammenhang der sexuellen Traumatisierungen mit den Persönlichkeitsstörungen ergab sich speziell für die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dieses Ergebnis steht, wie weiter oben ausführlich dargelegt wurde, ganz im Gegensatz zu bisherigen Forschungsergebnissen, die für die verschiedenen Traumaarten keine Zusammenhänge mit speziellen daraus folgenden Störungen finden konnten. Die theoretisch angenommenen und gezeigten Zusammenhänge sind jedoch konsistent mit Ergebnissen und Ansichten der aktuellen Forschungsliteratur, die körperlichen und sexuellen Traumatisierungen schwerwiegendere Folgen zuschreiben als emotionalem Missbrauch oder dem Miterleben von Gewalt. Es wurde jedoch auch ein Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch und Persönlichkeitsstörungen allgemein gefunden, der sich durch die teilweise Koexistenz der verschiedenen Missbrauchsformen erklären lässt.

Die erhaltenen Werte (Trends) für den Zusammenhang der Gewalterfahrungen mit den Störungsbildern bei Trennung der physischen und psychischen Gewalt sprechen aber wieder für schwerere Pathologien beim Erleben von physischer Gewalt. Die Konsistenz der gefundenen speziellen Zusammenhänge der körperlichen Gewalterfahrungen mit der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie der sexuellen Gewalterlebnisse mit einer Persönlichkeitsstörung, speziell der Borderline-Persönlichkeitsstörung, muss in zukünftiger Forschung herausgearbeitet werden. Die in dieser Studie erhaltenen Ergebnisse zeigen jedoch im Gegensatz zu bisherigen Forschungsergebnissen ganz deutlich, dass bestimmten Störungsbildern auch bestimmte Gewalterlebnisse zugrunde liegen.

Der zweite Hauptfokus dieser Arbeit lag auf den psychosomatischen Beschwerden der Patientinnen, um ihre Verbindung mit erlebter Gewalt zu verdeutlichen. Hierbei stellte sich zusammenfassend eine deutliche Erhöhung der Zahl der somatischen Beschwerden gegenüber der Eichstichprobe heraus. Gegenüber der klinischen Stichprobe der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz in Gießen zeigte sich für die Stichprobe dieser Arbeit nur der Wert für Nacken- oder Schulterschmerzen erhöht. Die hohe Zahl psychosomatischer Beschwerden von Frauen mit Gewalterfahrungen dieser Stichprobe geht konform mit den Ergebnissen einiger, weiter oben beschriebener Studien, die gehäufte Somatisierungssyndrome und erhöhte somatische Morbidität immer stärker als ein Hauptproblem sowohl frühkindlicher Traumatisierungen als auch schwerwiegender traumatischer Erlebnisse im Erwachsenenalter, ansehen. Die somatischen Beschwerden der Patientinnen können, wie weiter oben dargestellt, teilweise als Auswirkungen der sympathikotonen oder parasympathikotonen Reaktionslage in Folge traumabezogener neurobiologischer Veränderungen betrachtet werden.

Bei genauerer Betrachtung der Zusammenhänge der psychosomatischen Beschwerden, der Gewalterfahrungen sowie der daraus folgenden Störungen zeigte sich vor allem ein Zusammenhang der körperlichen Gewalterlebnisse mit einigen Skalen und Faktoren der somatischen Beschwerden. Bezüglich der Störungsbilder zeigten sich für die Diagnosen der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie der Borderline-Persönlichkeitsstörung Zusammenhänge mit den psychosomatischen Beschwerden der Patientinnen. Der angenommene und gefundene Zusammenhang zwischen den körperlichen Gewalterlebnissen, den psychosomatischen Beschwerden und der Posttraumatischen Belastungsstörung in dieser Untersuchung, ist vereinbar mit dem Ergebnis nur einer

anderen, bereits erwähnten Studie, die die Posttraumatische Belastungsstörung zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen dem Erleben von körperlicher Gewalt und körperlichen Symptomen heranzieht. Der erhaltene, ebenfalls angenommene Zusammenhang der psychosomatischen Beschwerden mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist durch die, an der Entstehung einer Persönlichkeitsstörung beteiligte, verminderte Symbolisierungsfähigkeit und die darum stattfindende Verschiebung von nicht verarbeitbaren und nicht repräsentierbaren Affekten ins Körperliche zu erklären. Unterstützt wird diese Erklärung zusätzlich von den in dieser Studie gefundenen Zusammenhängen zwischen sexuellen Gewalterlebnissen und der Borderline-Störung sowie zwischen sexueller Gewalt und einem hohen Ausmaß an körperlichen Beschwerden. Die in dieser Arbeit gefundenen Zusammenhänge der somatischen Symptome mit erlebter Gewalt sowie mit Traumafolgestörungen ziehen therapeutische Konsequenzen nach sich, die sich einerseits auf die Notwendigkeit einer genauen Abklärung erlebter Traumata bei der Anamneseerhebung beziehen und andererseits bei den Behandlungsstrategien eine Konzentration auf die verursachenden Bedingungen nahelegen. Aus diesen Konsequenzen für die praktische Arbeit mit traumatisierten PatientInnen lassen sich Implikationen für die Lehre erkennen, die durch gezielte Schulung sozialer Kompetenzen im klinischen Alltag ein Hinterfragen somatischer Symptome ermöglichen sollte.

Eine weitere Hypothese dieser Untersuchung bezog sich auf die Zusammenhänge der Gewalterfahrungen und der Störungsbilder mit der Tendenz zur Reviktimisierung. Die angenommenen Zusammenhänge mit der Reviktimisierungstendenz ließen sich anhand des vorliegenden Datensatzes nur für körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen nachweisen. Dieses Ergebnis ist konsistent mit bereits weiter oben angeführten Befunden, die zeigen, dass Frauen, die in der Kindheit sexuelle Gewalt erlebt haben, ein höheres Risiko aufweisen, auch im Erwachsenenalter Opfer von körperlichem oder sexuellem Missbrauch zu werden. Das Ergebnis widerspricht jedoch Annahmen, die davon ausgehen, dass Gewalterfahrungen in der Ursprungsfamilie das Risiko des Erlebens jeder Gewaltform im späteren Leben erhöhen. Weiters ergab die Betrachtung der Verbindung der Reviktimisierung mit den Störungsbildern einen Zusammenhang der Reviktimisierungstendenz mit dem Vorliegen einer posttraumatischen Störung, der sich vor allem durch Vorhandensein beider Störungsbilder (Posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsstörungen) zeigte. Dies steht im Einklang mit

Studien, die bei Frauen, die mehrfach sexuelle Gewalt erfahren haben, eine schlechtere mentale und physische Gesundheit fanden, als bei Opfern von einmaliger sexueller Gewalt.

In einem dritten Hauptaspekt befasste sich diese Arbeit mit den Unterschieden der dissoziativen Symptomatik, genauer der Somatoformen Dissoziation der Patientinnen im Bezug auf die erlebte Gewalt sowie auf die Traumafolgestörungen. Hierbei ergaben sich für das Erleben von körperlicher Gewalt bedeutsame Unterschiede in der Ausprägung aller Variablen der Somatoformen Dissoziation. Diese Unterschiede, die die theoretischen Annahmen der Arbeit bestätigen, sind mit Ergebnissen von wenigen anderen, bereits erwähnten Studien konsistent, die ebenfalls ein hohes Level an somatoformer Dissoziation vor allem in Verbindung mit körperlicher Gewalt, aber auch in Verbindung mit erfahrener sexueller Gewalt fanden. Dieser Befund, wie auch die Ergebnisse der anderen Studien, sprechen somit gegen die Annahme, dass Dissoziation auch als Folge einer pathogenen Familienstruktur (ohne Gewalt) auftritt. Bezüglich der Traumafolgestörungen zeigten sich, in dieser Arbeit sowohl für die Posttraumatische Belastungsstörung als auch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, auf die in dieser Arbeit ein Hauptaugenmerk gelegt wurde, Unterschiede in der Somatoformen Dissoziation. Dies steht in Übereinstimmung mit Ergebnissen von oben dargestellten Studien, die deutlich erhöhte Prävalenzraten für dissoziative Symptome bei Risikogruppen, zu denen unter anderen auch PatientInnen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen und Borderline-Störungen zählen, fanden. Die besonders deutlichen Unterschiede in der Ausprägung der Somatoformen Dissoziation bei Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung sind im Rahmen von Ansätzen der Literatur interpretierbar, die die intrusiven Symptome dieser Störung als dissoziativ ansehen und die Posttraumatische Belastungsstörung als einfache dissoziative Störung betrachten. Bei der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigten sich nur für die Positive Somatoforme Dissoziation bedeutsame Unterschiede. Diese stehen jedoch mit bereits erwähnten Ergebnissen und Ansätzen der Literatur im Einklang, welche die dissoziativen Symptome allgemein als charakteristisch für komplexe Traumafolgestörungen einstufen und viele Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung als dissoziativ betrachten. Aus der in dieser Untersuchung gezeigten großen Bedeutung somatoform-dissoziativer Symptome bei traumatischen Erfahrungen und daraus folgenden Störungen ergeben sich Implikationen für die Therapie der betroffenen PatientInnen, die auch bei der Ausbildung

berücksichtigt werden sollten. Bei der Anamnese scheint es ebenso wie bei „rein“ somatischen Beschwerden wichtig die Verursachung der somatoformen dissoziativen Symptomatik genau abzuklären. In der weiteren Behandlung sind nach Meinung einiger weiter oben angeführter Autoren Strategien zielführender, die die Dissoziationsneigung der PatientInnen berücksichtigen und das therapeutische Vorgehen daran anpassen.

Ob die Bildung dissoziativer Symptome einen Hauptabwehrmechanismus jeder Traumatisierung darstellt und ob diese eine allen Traumafolgestörungen zu Grunde liegende Pathologie bilden, bleibt in zukünftiger Forschung definitiv zu klären. Anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung zeigt sich allerdings, dass die Somatoforme Dissoziation, sowohl in Verbindung mit den Gewalterfahrungen als auch mit den verschiedenen Traumafolgestörungen, eine bedeutende Rolle spielt.

Literaturverzeichnis:

- Ainsworth MD, Belhar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale: Erlbaum.
- Allen JG (2001) Traumatic relationships and serious mental disorders. New York: Wiley, Chichester
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual IV-TR. Washington, D.C.: Author
- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD et al. (2006) The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256:174-186
- Andrews B, Brewin CR, Rose S, Kirk M (2000) Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger and childhood abuse. *J Abnorm Psychol* 109: 69-73
- Arata CM (2002) Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9: 135-164
- Atchinson M, McFarlane AC (1994) A review of dissociation and dissociative disorders. *Aust NZ J Psychiatry* 28:591-599
- Baird AA, Veague HB, Rabbitt CE (2005) Developmental precipitants of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 17: 1031-1049
- Ball JS, Links PS (2009) Borderline Personality Disorder and Childhood Trauma: Evidence for a Causal Relationship. *Curr Psychiatry Rep.* 11(1):63-8
- Baranger M, Baranger W, Mom J (1988) The infantile trauma form us to Freud: pure trauma, retroactivity, and reconstruction. *Int J Psycho-Anal* 69:113-128
- Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, Morey LC (2004) Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study. *J Personality Disord* 18: 193-211
- Blaha F (1971) Arteriosklerose, Hypertension und Herzinfarkt bei Kriegsbeschädigten. In: Herberg H-J (Hrsg.) Spätschäden nach Extrembelastungen. Herford: Nicolaische Verlagsbuchhandlung; S 109-114
- Blaint M (1969) Trauma und Objektbeziehung. *Psyche* (1970) 24:346-358
- Blank AS Jr (1985) The unconscious flashback to war in Vietnam veterans: Clinical mystery, community problem an legal defence. In: Sonnenberg S, Blank A, Talbott J (eds.) *The Trauma of War*. Washington DC: American Psychiatric Association Press, p 293
- Blank AS Jr (1994) Clinical detection, diagnosis and differential diagnosis of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am* 17(2):351-383
- Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, Siever LJ (2003) Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectrum* 8:737-754
- Bohleber W (2000) Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche* 53 Frankfurt a.M., Stuttgart: Klett-Cotta; 797-839
- Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D (2006) Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the september 11th terrorist attack. *Psychol Sci* 17:181-186
- Boon S, Draijer N (1993) The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with Cluster B personality disorder. *Dissociation* 6:126-135

- Boos A (2005) Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Göttingen: Hogrefe
- Boscarino JA (2006) Posttraumatic stress disorder and mortality among U.S. army veterans 30 years after military service. *Ann Epidemiol* 16:248-256
- Bowlby J (1969) Attachment and Loss. Vol.1: Attachment. New York: Basic Books
- Bradley R, Jenei J, Westen D (2005) Aetiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *J Nerv Ment Dis* 193:24-31
- Brähler E, Scheer JW (1995) Der Gießner Beschwerdebogen. Handbuch. 2. erg. und rev. Auflage. Bern: Hans Huber
- Breslau N (2002) Epidemiologic studies of trauma, post-traumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 47: 923-929
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 55 (7): 626-632
- Brewin CR, Holmes EA (2003) Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 23:339-376
- Brewin CR, Andrews B, Valentine DJ (2000a) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 68:748-766
- Briere J, Elliott DM (2003) Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect* 27:1205-1222
- Briere J, Runtz M (1987) Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *J Interpers Violence* 2:367-379
- Briere J, Spinazzola J (2005) Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *J Trauma Stress* 18:401-412
- Bryer JB, Nelson B, Miller JB, Krol PA (1987) Childhood sexual and physical abuse as factor in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 144: 1426-1430
- Bychowski G (1956) The release of internal images. *Int J Psychoanal* 39:331-338
- Campbell JC (2002) Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 359:1331-1336
- Campbell JC, Soeken KL (1999) Forced sex and intimate partner violence: Effects on women`s risk and women`s health. *Violence Against Women* 5: 1017-1035
- Campbell R, Greenson MR, Bybee D, Raja S (2008) The Co Occurrence of Childhood Sexual Abuse, Sexual Assault, Intimate Partner Violence, and Sexual Harassment: A Mediation Model of Posttraumatic Stress Disorder and Physical Health Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76 (2): 194-207
- Casement P (1985) Unconscious hope. In: Casement P (ed.) *Learning from the Patient*. New York: The Guilford Press
- Chu JA, Dill DL (1990) Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 541-565
- Classen CC, Palesh OG; Aggarwal R (2005) Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse* 6:103-129
- Cloitre M (1998) Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In: Follette VM, Ruzek JL, Abueg ER (eds.) *Cognitive-behavioural Therapies for Trauma*. New York: The Guilford Press; 278-304
- Cloitre M, Scarvalone P, Difede J (1997) Post-traumatic stress disorder, self and interpersonal dysfunction among sexually revictimized women. *J Trauma Stress* 10: 435-450

- Cohen J (1985) Trauma and repression. *Psy Inq* 5:163-189
- Cotter G, Milo-Cotter O, Rubinstein D, Shemesh E (2006) Posttraumatic stress disorder: a missed link between psychiatric and cardiovascular morbidity. *CNS Spectr* 11: 129-136
- Davidson JRT (1992) Drug therapy of post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 160:309-314
- Davidson JRT, Hughes DL, Blazer DG, et al. (1991) Posttraumatic stress in the community: An epidemiological study. *Psychol Med* 21: 713-721
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: Klinisch-diagnostische Leitlinien: ICD-10, 2.Aufl. Bern: Huber
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) (2000) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: Klinisch-diagnostische Leitlinien: ICD-10, 4.Aufl. Bern: Huber
- DiVasto et al. (1984) The prevalence of sexually stressful events among females in the general population. *Arch of Sexual Behaviour* 13:59-67
- Driessen M, Herrmann J, Stahl K, Zwaan M, Meier S, Hill A, Osterheider M, Petersen D (2000) Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdale in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry* 57:1115-1122
- Driessen M, Beblo T, Reddemann L et al. (2002) Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? *Nervenarzt* 73: 820-829
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH (2001) Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *J Am Med Ass* 286: 3089-3096
- Dube SR, Felitti VJ, Dong M et al. (2003) The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Prevent Med* 37:267-277
- Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED (2006) Intimate partner violence, PTSD and adverse health outcomes. *Journal of Interpers Violence* 21: 955-968
- Eberhard-Kaechele M (2006) Wie das Kaninchen vor der Schlange. In: Wöller W (Hrsg.) Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart: Schattauer; S 483-502
- Ebert A, Dyck MJ (2004) The experience of mental death: The core features of complex posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 24:617-635
- Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF (2003) Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 160:1453-1460
- Ehlers A (1999) Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe
- Ehlers A, Clark DM, Winton E (1998) Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of defeat and alienation. *J Trauma Stress* 11:457-471
- Ehlert-Balzer M (1996) Das Trauma als Objektbeziehung. *Forum Psychoanal* 12:291-314
- Eissler KR (1968) Weitere Bemerkungen zum Problem der KZ-Psychologie. *Psyche* 22: 452-463

- Engfer A (1990) Die Entwicklung der Gewalt in sogenannten Normalfamilien. In: Martinius J, Frank R (Hrsg.) Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern. Bern: Huber; S 59-68
- Erman M (2004) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: ein Manual auf psychosomatischer Grundlage. 4. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Fairbairn WRD (1952/1957) Psychoanalytic Studies of the Personality. London: Routledge & Kegan
- Ferenczi S (1932/1964) Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind (1932). In: Bausteine der Psychoanalyse. Bd. III. Bern: Huber; S 511-525
- Finkelhor D (1986) A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Newbury Park CA: Sage
- Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C (1990) Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. Child Abuse Negl 14:19-28
- Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel: Reinhardt
- Flatten G, Hofmann A, Liebermann P, Siol T, Wöller W, Petzold E (Hrsg.) (2001) Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinien der AWMF und Quellentext., Stuttgart, New York: Schattauer
- Flatten G (2006) Stand der psychodynamischen Psychotherapie der PTBS. In: Maercker A, Rosner Rita (Hrsg.) Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag
- Fonagy P, Target M (1995) Towards understanding violence: the use of the body and the role of the father. Int J Psychoanal 76:487-502
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2002) Affect regulation, mentalisation, and the development of the self. New York: Other Press
- Fonagy P, Gergely G et al. (2003) The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. Psa Inquiry 23:412-459
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2004) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Foot WE, Goodman-Delahunty J (2002) Evaluating sexual harassment: Psychological, social, and legal considerations in forensic examinations. Washington D.C.: Am Psychol Ass Press.
- Fossati A, Madeddu F, Maffei C (1999) Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A metaanalytic study. J Personality Disord 13:268-280
- Freud S (1920) Jenseits des Lustprinzips. GW XIII. Frankfurt a. Main: Fischer; S 1-69
- Freud S (1926) Hemmung, Symptom und Angst. GW BD. XIV. Frankfurt a. M.: Fischer
- Freud S (1939) Der Mann Moses und die monotheistische Religion: Drei Abhandlungen. GW Bd. XVI; 103-246. Frankfurt a. M.: Fischer
- Freyd JJ (1996) Betrayal Trauma: The Logic of Forgetting Childhood Abuse. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Freyd JJ, DePrince AP (2001) Perspectives on memory for trauma and cognitive processes associated with dissociative tendencies. J Aggress Maltreatment Trauma 4: 137-163
- Friedl MC, Draijer N (2000) Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. Am J Psychiatry 157(6):1012-1013
- Friedmann A (2004) Allgemeine Psychotraumatologie. In: Friedmann A, Hofmann P, Lueger-Schuster B, Steinbauer M, Vyssoki D (Hrsg.) psychotrauma. die posttraumatische belastungsstörung. Wien: Springer

- Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD (2005) Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Dev Psychopathol* 17:1007-1030
- Galea S, Ahern J, Resnick H et al. (2002) Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med* 346:982-987
- Garbarino J, Garbarino AC (1989) Emotional maltreatment of children. Chicago IL: National Committee for the Prevention of Child Abuse
- Gast U (1997) Borderline Persönlichkeitsstörungen. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart, New York: Schattauer
- Gast U, Rodewald F, Kersting A, Emrich HM (2001a) Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-)Störungen. *Psychotherapeut* 46:289-300
- Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM (2001b) Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv and Ment Disease* 189(4):249-257
- Gaston L (1995) Dynamic therapy for post-traumatic stress disorder. In: Barber JP, Crits-Christoph P (eds.) Dynamic therapy for psychiatric disorders (axis I). New York: Basic Books; pp 161-192
- Gerisch B (1996) "Was ist mein Leben, wenn du mich verläßt". Suizidalität und weibliche sadomasochistische Beziehungsstruktur. *Forum Psychoanal* 12:242-258
- Gibb BE, Wheeler R, Alloy LB, Abramson LY (2001) Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. *J Personality Disord* 15:505-511
- Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, et al. (2003) The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry* 160:2018-2024
- Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Graybar SR, Bourilier LR (2002) Nontraumatic pathway to borderline personality disorder. *Psychother Theory Res Pract Train* 39:152-162
- Green BL, Kimerling R (2004) Trauma posttraumatic stress disorder and health status. In PP Schnurr & BL Green (Eds.) Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress. Washington DC: American Psychological Association; pp 13-42
- Grossman WI (1991) Pain, aggression, fantasy, and concepts of sadomasochism. *Psychoanal Q* 60:22-52
- Grubrich-Simitis I (1984) Vom Konkretismus zur Metaphorik. *Psyche* 38:1-28
- Guntrip H (1969) Personality Structure and Human Interaction. New York: Int. Univ. Press
- Hagemann-White C (1998) Gewalt gegen Frauen und Mädchen – welche Bedeutung hat sie für die Frauengesundheit? In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hrsg.) Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik
- Hagemann-White C, Kavemann B, Ohl D (1997) Parteilichkeit und Solidarität: Praxiserfahrungen und Streitfragen zur Gewalt im Geschlechterverhältnis. Bielefeld
- Hagemann-White C, Lenz HJ (2002) Gewalterfahrungen von Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Handbuch. Bern
- Hausmann C (2003) Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Wien: Facultas; S 90-91

- Hellawell SJ, Brewin CR (2002) A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: Cognitive resources and behavioural observations. *Behav Res Ther* 40:1143-1156
- Helzer JE, Robins LN, McEvoy L (1987) Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings from the Epidemiological Catchment Area survey. *N Engl J Med* 317:1630-1634
- Herberg H-J (1967) Psychische Belastungen und erlebnisreaktive Störungen in der Pathogenese innerer Krankheiten. In: Paul H, Herberg H-J (Hrsg.) *Psychische Spätschäden nach politischer Verfolgung*. Basel: Karger; S 351-352
- Herman JL (1992) Complex PTSD: A syndrom in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Traumatic Stress* 5:377-391
- Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA (1989) Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 146:490-495
- Herrenkohl E, Herrenkohl R, Toedtler L (1983) Perspectives on the intergenerational transmission of abuse. In: Finelhor D, Gelles R, Hotaling G, Straus M (eds.) *The Darkside of Families: Current Family Violence Research*. Beverly Hills CA: Sage
- Hirsch M (1994a) Aggression und Autoaggression in der transgenerationalen Inzest-Dynamik. In: Wiese J (Hrsg.) *Aggression am Ende des Jahrhunderts*. Psychoanal Blätter. Bd. 1. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hirsch M (1994b) *Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie*. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Hirsch M (1996) Wege vom realen Trauma zur Autoaggression. *Forum Psychanal* 12:31-44
- Hirsch M (1997) *Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hirsch M (2004) *Psychoanalytische Traumatologie – Das Trauma in der Familie*. Stuttgart, New York: Schattauer
- Hirschmüller A (2002) Trauma und Psyche aus medizinischer Sicht. In: Erwin Murer (Hrsg.) *Psychische Störungen und die Sozialversicherung – Schwerpunkt Unfallversicherung*. Bern: Stämpfli; S 73-98
- Hoffer W (1952) The mutual influence in the developing of ego and id: earliest stages. *Psa Study Child* 7:31-41
- Hoppe KD (1962) Verfolgung, Aggression und Depression. *Psyche* 16:521-537
- Horowitz MJ (1986) *Stress Response Syndromes* 2nd ed. Northvale, NJ: Aronson
- Horowitz MJ (1997) *Stress Response Syndromes* 3rd ed. Northvale, NJ: Aronson
- Horowitz MJ (1999) Introduction. In: *Essential Papers on Posttraumatic Stress Disorder*. New York: New York University Press; pp 1-17
- Huber M (2003) *Trauma und Traumabehandlung. Teil 2: Wege der Traumabehandlung*. Paderborn: Jungfermann
- Janet P (1889) *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan
- Janoff-Bluman R (1992) *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press
- Johnson JG, Cohen R, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP (1999) Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 56:600-606
- Jones C, Harvey AG, Brewin CR (2007) The organisation and content of trauma memories in survivors of road traffic accidents. *Behav Res Ther* 45:151-162
- Kardinger A (1941) *Traumatic Neuroses of War*. Psychosomatic Medicine Monograph. Washington DC: National Research Council; pp 11-111

- Kapfhammer HP (2005) Somatisierung als Korrelat komplexer posttraumatischer Persönlichkeitsveränderungen. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie PTT* 9:116-126
- Kapfhammer HP (2006a) Zur Neurobiologie von Trauma, Dissoziation und Somatisierung. In: Remmel A, Kernberg OF, Vollmoeller W, Strauss B (Hrsg.) *Handbuch Körper und Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer; S 369-389
- Kapfhammer HP (2007a) Zur Ätiopathogenese von Persönlichkeitsstörungen aus psychodynamischer Sicht. In: Machleidt W, Haltenhof H (Hrsg.) *Diagnostische, ätiopathogenetische und therapeutische Konzepte der Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer
- Kapfhammer HP (2007b) Anpassungsstörung, akute und posttraumatische Belastungsstörung. Artikel vom Autor selbst bezogen
- Kapfhammer HP (2008) Therapeutische Ansätze bei psychischen Störungen nach Traumatisierungen. *Psychiatria Danubina* 20(4):532-545
- Kernberg OF (1996) Haß als zentraler Affekt der Aggression. *Z Psychosom Med* 42:281-305
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048-1060
- Khan MMR (1963) Das cumulative Trauma. In: *Selbsterfahrung in der Therapie*. München: Kindler (1977); S 50-70
- Kilpatrick DG, Saunders BE, Smith DW (2003) Youth victimization: Prevalence and implications: Findings from the National Survey of Adolescents. Washington D.C.: U.S Department of Justice
- Kingston W, Cohen J (1986) Primal repression: clinical and theoretical aspects. *Int J Psycho-Anal* 67:337-355
- Kitayama N, Vaccarino V, Kutner M, Weiss P, Bremner JD (2005) Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Affect Disord* 88: 79-86
- Kluft RP (1990) Incest and subsequent revictimization. The case of therapist-patient sexual exploitation, with a description of the sitting duck syndrome. In: Kluft RP (ed.) *Incest-related Syndromes of Adult Psychopathology*. Washington DC: American Psychiatric Press; pp 263-287
- Kluft RP, Fine CG (1993) *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press
- Kohut H (1971) *The Analysis of the Self*. New York: Int. Univ. Press. Dt.: (1973) *Narzißmus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Koss MP, Dinero TE (1989) Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women. *J Consult Clin Psychol* 57:242-250
- Kris E (1956) The recover of childhood memories in psychoanalysis. *Psa Study Child* 11:54-88
- Krystal H (1978) Trauma and affects. *Psa study Child* 33:81-116
- Krystal H (1985) Trauma and the stimulus barrier. *Psa Inquiry* 5:131-161
- Krystal H (1997) Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psa Inquiry* 17:126-150
- Kuch K, Cox BJ, Evans RJ (1996) Posttraumatic Stress Disorder and Motor Vehicle Accidents: A Multidisciplinary Overview. *Can J Psychiatry* 41:429-434
- Küchenhoff J (1998) Trauma, Konflikt, Repräsentation. In: Schlösser AM, Höhfeld K (Hrsg.) *Trauma und Konflikt*. Gießen: Psychosozial-Verlag; S 13-32
- Kudler HS, Blank AS Jr, Krupnick JL (2000) Psychodynamic therapy. Guidelines for treatment of PTSD. *J Trauma Stress* 13:572-574

- Lamprecht F, Kohnke C, Lempa W et al. (2004) Event-related potentials and EMDR treatment of post-traumatic stress disorder. *Neurosci Res* 49:267-272
- Laporte L, Guttman H (1996) Traumatic childhood experiences as risk factor for borderline and other personality disorders. *J Personal Disord* 10:247-259
- Laub D, Auerhahn NC (1991) Zentrale Erfahrungen der Überlebenden: Die Versagung von Mitmenschlichkeit. In: Stoffels H (Hrsg.) *Schicksale der Verfolgten. Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft*. Berlin: Springer; S 254-276
- Laure S (2004) Dissoziative Identitätsstörung als Folge schwerster frühkindlicher Traumatisierungen. In: Friedmann A, Hofmann P, Lueger-Schuster B, Steinbauer M, Vyssoki D (Hrsg.) *psychotrauma. die posttraumatische belastungsstörung*. Wien: Springer-Verlag, S 141-149
- LeDoux J (1996) *The emotional brain*. New York: Simon&Schuster
- Leithner K, Assem-Hilger E, Naderer A, Umek W, Springer-Kremser M (2009) Physical, sexual, and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: Prevalence and implications for mental health. *Europ J Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 144:168-172
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, et al. (2004) Borderline personality disorder. *Lancet* 364:453-461
- Liebermann P (2003) Posttraumatische Belastungsstörung: Stand des Wissens. Vortrag vor der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Psychotraumatologie
- Lindy JD (1993) Focal psychoanalytic psychotherapy of post-traumatic stress disorder. In: Wilson JP, Raphael B (eds.) *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press; pp 803-810
- Lindy JD, Green BL, Grace M (1992) Somatic re-enactment in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychother Psychosom* 57:180-286
- Lingens E (1971) Die Begutachtung arteriosklerotischer Herz-Kreislaufleiden. In: Herberg H-J (Hrsg.) *Spätschäden nach Extrembelastungen*. Herford: Nicolaische Verlagsbuchhandlung; S 115-118
- Lipari RN, Lancaster AR (2002) *Armed forces 2002 sexual harassment survey*. Arlington, VA: Defense Manpower Data Center
- Lorenzer A (1966) Zum Begriff der >>traumatischen Neurose<<. *Psyche* 20:481-492
- Luntz BK, Widom CS (1994) Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 151:670-674
- Maercker A, Rosner R (2006) Zur Psychologie der Traumafolgestörungen. In: Maercker A, Rosner Rita (Hrsg.) *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag
- Margo GM, McLees EM (1991) Further evidence for the significance of childhood abuse history in psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry* 32:362-366
- McFarlane AC, Atchison M, Rafalowicz E, Papay P (1994) Physical symptoms in posttraumatic stress disorder. *J of Psychosomatic Research* 38:715-726
- McFarlane A, van den Kolk B (1996) Trauma and its challenge to society. In: van der Kolk B, McFarlane A, Weisaeth L (eds.) *Traumatic stress: The effect of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press; pp 3-23
- Messman-Moore TL, Long PJ, Siegfried NJ (2000) The revictimization of child sexual abuse survivors: An examination of the adjustment of collect women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. *Child maltreatment* 5:18-27

- Mentzos S (1976) *Interpersonale und institutionalisierte Abwehr*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Minzenberg MJ, Poole JH, Vinogradov S (2006) Adult social attachment disturbance is related to childhood maltreatment and current symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 194:341-348
- Modestin J, Oberson B, Erni T (1998) Possible antecedents of DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiat Scand* 97:260-266
- Moggi F (1994) *Emotion, kognitive Bewertung und Inzest*. Bern: Huber
- Müller U, Glammeier S (2004) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMSJF)
- Nahas Z, Molnar C, George MS (2005) Brain imaging. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds.) *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*, cdn 1. Arlington, VA; American Psychiatric Publishing; pp 623-639
- Nash MR, Hulseley TL, Sexton MC, Harralson TL, Lambert W (1993) Long-term sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *J Consult Clin Psychol* 61:276-283
- Nelson CA, Carver LJ (1998) The effects of stress and trauma on brain and memory: a view from developmental cognitive neuroscience. *Dev Psychopathol* 10:793-809
- Nijenhuis ERS, Boer JA (2006) Psychobiology of traumatisation and trauma-related structural dissociation of personality. In: Vermetten E, Dorahy MJ, Spiegel D (eds.) *Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment*. Arlington VA: American Psychiatric Press
- Nijenhuis ERS, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J (1996) The Development and Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis* 184:688-694.
- Nijehuis ERS, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J (1997) The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psych Scand* 96:311-318
- Nijenhuis ERS, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J (1998) Psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire: a replication study. *Psychother Psychosom* 67:17-23
- Nijenhuis ERS, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J (1998) Degree of Somatoform and Psychological Dissociation in Dissociative Disorder is Correlated with Reported Trauma. *J Traum Stress* 11(4):711-730
- Nijenhuis ERS, van der Hart O (1999) Somatoform dissociative phenomena: A Janetian Perspective. In: JM Goodwin, R Attias (eds.) *Splintered reflections: Images of the body in trauma*. New York: Basic Books; pp 89-127
- Nijenhuis ERS, van der Hart O, Steele K (2002) The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In: H D`Haenen, JA den Boer, P Wilner (eds.) *Textbook of biological psychiatry*. New York: Wiley; pp 1079-1098
- Nijenhuis ERS, van der Hart O, Steele K (2003) Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeitsstruktur, traumatischer Ursprung, phobische Residuen. In: Reddemann L, Hofmann A, Gast U (Hrsg.) *Lindauer Psychotherapie-Module: Dissoziative Störungen*. Stuttgart, New York: Thieme
- Nijenhuis ERS, van der Hart O, Kruger K, Steele K (2004) Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Aust N Z J Psychiatry* 38:678-686
- Nishith P, Mechanic MB, Resick PA (2000) Prior interpersonal trauma: the contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *J Abnorm Psychol* 109:20-25
- Novick J, Kelly KK (1970) Projection and externalization. *Psychoanal Study Child* 25:69-98

- Novick J, Novick KK (1987) The essence of masochism. *Psychoanal Study Child* 42:353-384
- O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P (2004) Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *Am J Psychiatry* 161: 1390-1396
- O'Donnell ML, Elliott P, Lau W, Creamer M (2007) PTSD symptom trajectories: From early to chronic response. *Behav Res Ther* 45(3):601-606
- Ogata S, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM (1990) Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 147:1008-1013
- Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson, EA, Egeland B (1997) Development and the fragmented self: a longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Dev Psychopathol* 9:855-879
- Oldham JM, Skodol AE, Gallaher PE, Kroll ME (1996) Relationship of borderline symptoms to history of abuse and neglect: a pilot study. *Psychiatr Q* 67:287-295
- Oppenheim H (1889) *Die traumatischen Neurosen*. Hirschwald, Berlin.
- Overkamp B (2002) Diagnostik der dissoziativen Identitätsstörung. In: Sachsse U, Özkan I, Streeck-Fischer A (Hrsg.) *Traumatherapie – was ist erfolgreich?* Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht; S 13-27
- Paris J (1998) Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *Can J Psychiatry* 43:148-153
- Peichl J (2007) *Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline – Ego-State – Täter-Introjekt*. Stuttgart, New York: Schattauer
- Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU (2000) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 101:46-59
- Perry BD, Pollard RA, Blakely TL, Baker WL, Vigilante D (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and use-dependent development of the brain. How states become traits. *Infant Ment Health J* 16:271-291
- Pitman RK, Shalev AY, Orr SP (2000) Posttraumatic stress disorder: Emotion, conditioning, and memory. In: Gazzaniga MS (ed.) *The new cognitive neurosciences*, 2nd edn. Cambridge: MIT Press; pp 1143-1147
- Polansky NA, Chalmers MA, Williams DP, Buitenweiser EW (1981) *Damaged Parents: An Anatomy of Child Neglect*. Chicago: University Press
- Post RM, Weiss SRB, Smith M et al. (1997) Kindling versus quenching. Implications for the evolution and treatment of posttraumatic stress disorder. In: Yehuda R, McFarlane AC (eds.) *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. *Ann NY Acad Sci* 821:285-295
- Post RM, Weiss SRB, Li H et al. (1998) Neural plasticity and emotional memory. *Dev Psychopathol* 10:829-855
- Putnam F (1997) *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. New York: The Guilford Press
- Putnam FW (1989) *Diagnose und Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung*. Ein Handbuch (2003 dt. Fassung). Paderborn: Jungfermann Verlag
- Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, Bowman ES, Coons P, Chu JA, Dill DL, Loewenstein RJ, Braun BG (1996) Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 184:673-679
- Reddemann L, Sachsse U (2000) Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer

- Reedemann L (2004) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Reinders AATS, Nijenhuis ERS, Paans AMJ, Korf J, Willemsen ATM, Den Boer JA (2003) One brain, two selves. *NeuroImage* 20:2119-2125
- Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL (1993) Prevalence of civilian trauma and PTSD in a representative national sample of women. *J of Consulting and Clinical Psychology* 61:6
- Riedesser P, Verderber A (1996) >>Machinengewehre hinter der Front<<. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie. Frankfurt a. Main: Fischer
- Rinne T (2005) The interference of sustained adverse childhood experiences and the development of borderline personality disorder: a neurobiological perspective. In: Reich J (ed.) *Personality Disorders: Current Research and Treatment* edn 1. New York; Routledge; pp 75-103
- Rohde-Dachser C (1986) Ringen um Empathie. Ein Interpretationsversuch masochistischer Inszenierungen. *Forum Psychoanal* 2:44-58
- Rudolf G (2004) Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer
- Sachs L (2002) *Angewandte Statistik*. Elfte, überarbeitete und aktualisierte Auflage. New York: Springer
- Sachsse U (1995) Die Psychodynamik der Borderlinepersönlichkeitsstörung als Traumafolge. Ein Entwurf. *Forum Psychoanal* 11:50-61
- Sachsse U (2004) *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer
- Sachsse U, Vogel C, Leichsenring F (2006) Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorders (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bull Menninger Clin* 70:125-144
- Sandler J (1967) Trauma, strain, and development. In: Furst S (Hrsg.); S 154-174
- Schafe GE, Nader K, Blair HAT, LeDoux JE (2001) memory consolidation of Pavlovian fear conditioning: A cellular and molecular perspective. *Trends Neurosci* 24:540-546
- Schmahl C, Bremner JD (2006) Neuroimaging in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 40:419-427
- Schmidt MH (1990) die Untersuchung abgelehnter und/oder vernachlässigter Säuglinge aus der Kohorte von 362 Kindern der Mannheimer Studie. In Martinius J, Frank R (Hrsg.) *Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern*. Bern: Huber; S 15-21
- Schnurr PP (2009) The Changing Face of PTSD Diagnosis. *J Trauma Stress* 22(1):1-2
- Schnurr PP, Green BL (2004) A context of understanding the physical health consequences of exposure to extreme stress. In PP Schnurr & BL Green (eds.) *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* Washington DC: American Psychological Association; pp 3-10
- Schnurr PP, Jankowski MK (1999) Physical health and posttraumatic stress disorder: Review and synthesis. *Seminars in clinical Neuropsychiatry* 4:295-304
- Schore A (1994) *Affect regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale NJ: Erlbaum
- Schore A (2002) Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psa Inquiry* 22:433-484
- Seedat S, Stein MB, Forde DR (2005) Association between physical partner violence, posttraumatic stress, childhood trauma, and suicide attempts in a community sample of women. *Violence and Victims* 20:87-98

- Sedney MA, Brooks B (1984) Factors associated with a history of childhood sexual experience in a non-clinical female population. *J Am Acad Child Psychiat* 23:215-218
- Seng JS, Clark MK, McCarthy AM, Ronis DL (2005) PTSD and physical co-morbidity among women receiving Medicaid: results from service use data. *J Trauma Stress*
- Shalev AY (1996) Stress versus traumatic stress. From acute homeostatic reaction to chronic psychopathology. In: van der Kolk B, McFarlane A, Weisaeth L (eds.); pp 77-101
- Shalev AY (2002) Acute stress reaction in adults. *Biol Psychiatry* 51:532-543
- Shearer SL (1994) Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 150:1020-1023
- Shengold L (1989) *Soul Murder. The Effects of Childhood Abuse and Deprivation*. New Haven, London: Yale University Press. Dt.: (1995) *Seelenmord – die Auswirkungen von Mißbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel
- Simeon D, Greenberg J, Nelson D et al. (2005) Dissociation and post-traumatic stress 1 year after the world trade centre disaster: follow-up of a longitudinal survey. *J Clin Psychiatry* 66:231-237
- Sorensen SB, Stein JA, Siegel JM, Golding JM, Burnam MA (1987) Prevalence of adult sexual assault: the Los Angeles epidemiologic catchment area study. *Am J Epidemiol* 126:1141-1164
- Steele BF (1994) Psychoanalysis and the maltreatment of children. *JAPA* 42:1001-1025
- Steil R (2002) *PTB und Schmerz. Ein Überblick*. FSU Jena: Institut für Psychologie
- Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B (1997a) Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med* 27:951-959
- Stein MB & Barrett-Conner E (2000) Sexual assault and physical health: Findings from a population-based study of older adults. *Psychosomatic Medicine* 62:838-843
- Steinberg M (1995) *Handbook of the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington DC: American Psychiatric Press
- Steinberg M (1996) The Psychological Assessment of Dissociation. In: Michelson LK, Ray WJ (eds.) *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives*. New York: Plenum Press; pp 251-267
- Stern MM (1972) Trauma, Todesangst und Furcht vor dem Tod. *Psyche* 26:901-928
- Stern MM (1988) *Repetition and Trauma: Toward a Teleonomic Theory of Psychoanalysis*. Hillsdale NJ: The Analytic Press
- Streeck U (1998) Persönlichkeitsstörungen und Interaktion. Zur stationären Psychotherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 3:157-163
- Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE (2006) Sticks, stones and hurtfull words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am J Psychiatry* 163:993-1000
- Terr LC (1984) Time and Trauma. *Psa Study Child* 39:633-665
- Terr LC (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148:10-20
- Tjaden P, Thoennes N (1998) Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice
- Tjaden P, Thoennes N (2006) Extent, nature and consequences of rape victimization: Findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice

- Toro PA (1982) Developmental effects of child abuse: a review. *Child Abuse Negl* 6:423-431
- Tölle R (2005) Die >>Kriegsneurose<< - ein frühes Modell der pluridimensional verstandenen psychiatrischen Traumalogie. *Psychiat Prax* 32:336-341
- Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter LL (2009) Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Res* 20:281-287
- Valenstein AF (1993) Über die Verhaftung an schmerzlichen Empfindungen und die negative therapeutische Reaktion. *Forum Psychoanal* 9:161-180
- Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K, Brown D (2004) Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Aust NZ J Psych* 38:906-914
- Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K (2005) Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature Of Complex PTSD. *J Traum Stress* 18(5):1-15
- Van der Hart O, Steele K, Boon S, Brown P (1993) The treatment of traumatic memory: Synthesis, realization, integration. *Dissociation* 6:162-180
- Van der Hart O, Steele K, Nijenhuis ERS, Matthew H (2006) Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit und die Behandlung traumatischer Erinnerungen. In: Maercker A, Rosner Rita (Hrsg.) *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag
- Van der Kolk BA (1989) The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatr Clin North Am* 12:389-411
- Van der Kolk BA (1996) The complexity of adaptation to trauma. Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds.) *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press; pp 182-213
- Van der Kolk BA (2004) Psychobiology of posttraumatic stress disorder. In: Panksepp J (ed.) *Textbook of biological psychiatry*. Hoboken NJ: Wiley-Liss; pp 319-344
- Van der Kolk BA, Fisler R (1995) Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J Trauma Stress* 8:505-525
- Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D et al. (2005) Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 18:389-399
- Vyssoki D, Stusievici S (2004) Trauma und Körper. In: Friedmann A, Hofmann P, Lueger-Schuster B, Steinbauer M, Vyssoki D (Hrsg.) *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung*. Wien, New York: Springer-Verlag; S 35-37
- Waller NG, Putnam FW, Carlson EB (1996) Types of dissociation and dissociation types: a taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychol Methods* 1:300-320
- Wessa M, Flor H, (2006) Psychobiologische Perspektiven und Therapiekonsequenzen. In: Maercker A, Rosner Rita (Hrsg.) *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag
- Wetzels P (1997) Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. Forschungsbericht Nr. 59. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
- Widom CS (1999) Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 156:1223-1229
- Winnicott DW (1967) Mirror-role of the mother and family in child development. In: Lomas P (ed.) *The Predicament if the Family: A Psycho-Analytical Symposium*. London: Hogarth; pp 26-33

- Winnicott DW (1974) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler
- Wöller W (2005) Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. *Fortschr Neurol Psychiatry* 73:83-90
- Wöller W (2006) Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart: Schattauer
- Wöller W, Kruse J (1998) Die Reviktimisierungstendenz bei Opfern körperlichen und sexuellen Mißbrauchs – Konvergenz von Trauma-Theorie, Bindungstheorie und Objektbeziehungspsychologie. In: Schlösser AM, Höhfeld K (Hrsg.) Trauma und Konflikt. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Wöller W, Kruse J (2005) Die Abwehr wird gelockert. Abwehranalyse bei Konfliktpathologien. In: Wöller W, Kruse J (Hrsg.) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. 2.Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer; S 163-70
- Wurmser L (1998) Das Rätsel des Masochismus. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Wurmser L (2000) Psychoanalytische Behandlung – Trauma, Konflikt und „Teufelskreis“. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 3.Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer; S 517-529
- Yehuda R (2001) Are glucocortoids responsible for putative hippocampal damage in PTSD? How and when to decide. *Hippocampus* 11:85-89
- Yehuda R (2002) Post-traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med.* 346:108-114
- Yen S, Shea MT, Battle CL, et al. (2003) Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study. *J Nerv Ment Dis* 190:510-518
- Zarnaini MC (2000) Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23:89-101
- Zanarini MC, Frankenburg FR (1997) Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Personality Disord* 11:93-104
- Zanarini MC, Gunderson JG, Marino FM, Schwartz EO, Frankenburg FR (1989) Childhood experience of borderline patients. *Compr Psychiatry* 30:18-25
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, et al. (2000) Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *J Personal Disord* 14:264-273
- Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR et al. (2002) Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis* 190:381-387
- Zöllner T, Karl A, Maercker A, Hickling EJ, Blanchard EB (2005) Manual zur kognitiven Verhaltenstherapie von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Verkehrsunfallopfern. Lengerich: Pabst

Anhang:

A. Einzelitems des Gießner Beschwerdebogens (Brähler & Scheer, 1995):

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 01 Schwächegefühl | 29 Rasche Erschöpfbarkeit |
| 02 Herzklopfen, -jagen oder -stolpern | 30 Schlafstörungen |
| 03 Druck- oder Völlegefühl im Leib | 31 Geschlechtliche Übererregbarkeit |
| 04 Neigung zum Weinen | 32 Müdigkeit |
| 05 Juckreiz | 33 Gleichgewichtsstörungen |
| 06 Ohnmachtsanfälle | 34 Schluckbeschwerden |
| 07 Übermäßiges Schlafbedürfnis | 35 Hustenreiz |
| 08 Geschlechtliche Untererregbarkeit | 36 Gefühl der Benommenheit |
| 09 Gelenk- oder Gliederschmerzen | 37 Taubheitsgefühl |
| 10 Schwindelgefühl | 38 Verstopfung |
| 11 Kreuz- oder Rückenschmerzen | 39 Appetitlosigkeit |
| 12 Starkes Schwitzen | 40 Hitzewallungen |
| 13 Nacken- oder Schulterschmerzen | 41 Schweregefühl in den Beinen |
| 14 Gehstörungen | 42 Mattigkeit |
| 15 Erbrechen | 43 Durchfälle |
| 16 Sehstörungen | 44 Lähmungen |
| 17 Anfälle | 45 Schmerzen oder Ziehen in der Brust |
| 18 Übelkeit | 46 Zittern |
| 19 Gewichtszunahme | 47 Halsschmerzen |
| 20 Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals | 48 Leichtes Erröten |
| 21 Drang zum Wasserlassen | 49 Kalte Füße |
| 22 Hautveränderungen | 50 Heißhunger |
| 23 Aufstoßen | 51 Magenschmerzen |
| 24 Überempfindlichkeit gegen Kälte | 52 Anfallsweise Atemnot |
| 25 Sodbrennen oder saures Aufstoßen | 53 Unterleibsschmerzen |
| 26 Verkrampfung im Arm beim Schreiben | 54 Gewichtsabnahme |
| 27 Kopfschmerzen | 55 Druckgefühl im Kopf |
| 28 Überempfindlichkeit gegen Wärme | 56 Anfallsweise Herzbeschwerden |
| | 57 Sprachstörungen |

B. Statistische Analysen SPSS:

Fragestellung 2:

- Zusammenhang körperliche Gewalt und Posttraumatische Belastungsstörung:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,243	1	,007		
Continuity Correction	6,376	1	,012		
Likelihood Ratio	7,385	1	,007		
Fisher's Exact Test				,008	,005
N of Valid Cases	156				

- Zusammenhang körperliche Gewalt und Intrusion:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,859	1	,005		
Continuity Correction	6,920	1	,009		
Likelihood Ratio	8,089	1	,004		
Fisher's Exact Test				,006	,004
N of Valid Cases	156				

- Zusammenhang sexuelle Gewalt und Persönlichkeitsstörungen:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,182	1	,023		
Continuity Correction	4,330	1	,037		
Likelihood Ratio	5,395	1	,020		
Fisher's Exact Test				,031	,017
N of Valid Cases	156				

- Zusammenhang sexuelle Gewalt und Borderline-Persönlichkeitsstörung:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,474	1	,004		
Continuity Correction	7,221	1	,007		
Likelihood Ratio	7,805	1	,005		
Fisher's Exact Test				,006	,005
N of Valid Cases	156				

Fragestellung 4:

- Zusammenhang körperliche Gewalt und Skalen des Gießner Beschwerdeboogens:

Test Statistics^a

	Erschöpfungs-skala	Magenbeschwerdenskala	Gliederschmerzskala	Herzbeschwerdenskala	Beschwerdedruckskala
Mann-Whitney U	2568,500	2731,500	2605,500	2182,500	2364,000
Wilcoxon W	6396,500	6559,500	6433,500	6010,500	6192,000
Z	-1,570	-,994	-1,430	-2,969	-2,279
Asymp. Sig. (2-tailed)	,116	,320	,153	,003	,023

a. Grouping Variable: körperliche Gewalt

- Zusammenhang körperliche Gewalt und Faktoren des Gießner Beschwerdeboogens:

Test Statistics^a

	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	FACTOR4	FACTOR5	FACTOR6	FACTOR7
Mann-Whitney U	2519,500	2549,000	2724,500	2861,000	2605,500	2194,000	2162,500
Wilcoxon W	6347,500	6377,000	6552,500	5276,000	6433,500	6022,000	5990,500
Z	-1,741	-1,701	-1,015	-,517	-1,430	-2,904	-3,178
Asymp. Sig. (2-tailed)	,082	,089	,310	,605	,153	,004	,001

a. Grouping Variable: körperliche Gewalt

Fragestellung 5:

- Zusammenhang Posttraumatische Belastungsstörung und Skalen des Gießner Beschwerdeboogens:

Test Statistics^a

	Erschöpfu ngsskala	Magenbesch werdenskala	Gliederschm erzenskala	Herzbeschw erdenskala	Beschwerde druckskala
Mann-Whitney U	1029,000	1572,000	1599,000	1077,000	745,000
Wilcoxon W	2799,000	3342,000	3369,000	2847,000	2515,000
Z	-6,804	-4,864	-4,669	-6,625	-7,747
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: Posttraumatische Belastungsstörung

- Zusammenhang Posttraumatische Belastungsstörung und Faktoren des Gießner Beschwerdeboogens:

Test Statistics^a

	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	FACTOR4	FACTOR5	FACTOR6	FACTOR7
Mann-Whitney U	1019,500	1964,000	1477,000	1476,500	1599,000	625,000	1717,500
Wilcoxon W	2789,500	3734,000	3247,000	3246,500	3369,000	2395,000	3487,500
Z	-6,814	-3,455	-5,198	-5,219	-4,669	-8,237	-4,438
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: Posttraumatische Belastungsstörung

- Zusammenhang Borderline-Persönlichkeitsstörung und Skalen des Gießner Beschwerdeboogens:

Test Statistics^a

	Erschöpfu ngsskala	Magenbesch werdenskala	Gliederschm erzenskala	Herzbeschw erdenskala	Beschwerde druckskala
Mann-Whitney U	1814,500	1751,000	2132,500	1798,000	1733,000
Wilcoxon W	8717,500	8654,000	9035,500	8701,000	8636,000
Z	-1,942	-2,241	-,617	-2,010	-2,249
Asymp. Sig. (2-tailed)	,052	,025	,537	,044	,025

a. Grouping Variable: Nur PS 3018

- Zusammenhang Borderline-Persönlichkeitsstörung und Faktoren des Gießner Beschwerdeboogens:

Test Statistics^a

	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	FACTOR4	FACTOR5	FACTOR6	FACTOR7
Mann-Whitney U	1832,000	1967,500	1727,500	1909,500	2132,500	1994,500	2023,500
Wilcoxon W	8735,000	8870,500	8630,500	8812,500	9035,500	8897,500	8926,500
Z	-1,862	-1,354	-2,330	-1,570	-,617	-1,184	-1,121
Asymp. Sig. (2-tailed)	,063	,176	,020	,116	,537	,237	,262

a. Grouping Variable: Nur PS 3018

Fragestellung 6:

- Zusammenhang körperliche Gewalt und Reviktimisierung:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12,906	1	,000		
Continuity Correction	11,659	1	,001		
Likelihood Ratio	12,976	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
N of Valid Cases	156				

- Zusammenhang sexuelle Gewalt und Reviktimisierung:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12,297	1	,000		
Continuity Correction	10,842	1	,001		
Likelihood Ratio	11,454	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
N of Valid Cases	156				

- Zusammenhang posttraumatische Störungsbilder und Reviktimisierung:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,199	2	,074
Likelihood Ratio	5,357	2	,069
N of Valid Cases	131		

Curriculum Vitae: Mag. rer. nat. Katharina Stigler

- 25.06.1980 Geburt in Vöcklabruck (Oberösterreich)
als Tochter von Hubert und Gabriele Stigler
- 1986 – 1990 Besuch der Volksschule in Nussdorf
- 1990 – 1994 Besuch der Hauptschule der Schulschwestern in Vöcklabruck
- 1994 – 1999 Besuch des Oberstufenrealgymnasiums der Schulschwestern in
Vöcklabruck
- Juni 1999 Reifeprüfung (Matura)
- Oktober 1999 Beginn des Studiums der Psychologie in Wien
- Juli und
August 2001 Praktikum auf der onkologischen Station der Landeskinderklinik in Linz
- August 2002 Praktikum beim M.A.S. (Morbus Alzheimer Syndrom) – Zentrum in Bad Ischl
- Juli und
August 2003 Praktikum an der Kinderpsychosomatikstation der Station Jugendmedizin am
Kinderspital des St. Johanns- Spital der Krankenanstalten Salzburg
- Jänner 2005-
März 2006 Erstellung der Diplomarbeit „*Theory of Mind*“ und *exekutive Funktionen* im Bereich
Entwicklungspsychologie bei Prof. Dr. Judith Glück
- April 2006 Erlangen des Magistergrades der Naturwissenschaften durch die abschließende
Diplomprüfung des Studiums an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien
- Oktober 2006 Geburt meiner Tochter Helena
- März 2007 Beginn des Doktorstudiums der medizinischen Wissenschaft Humanmedizin an der
Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie
- April 2008 Teilnahme an einem Workshop zur Kurzzeittherapie für die Behandlung der
Posttraumatischen Belastungsstörung (Brief Eclectic Psychotherapy – BEP) bei Prof.
Dr. Berthold Gersons

März 2007-
August 2009

Erstellung der Dissertation *Gesundheitliche Folgen Häuslicher Gewalt* an der
Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie bei Ao. Univ. Prof. Mag.
Dr. Elisabeth Jandl-Jäger, O. Univ. Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser und Prof.
Dr. Carol Hagemann-White