

Aus der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Andreas Marneros

Quantitative Erfassung der lebensgeschichtlichen Traumaexpositionen zur Diagnostik von Traumafolgestörungen

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Medizinwissenschaften (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet **Medizinische
Psychologie**

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Oliver Jan Ungerer

geboren am 23.09.1968 in München

Betreuer: PD Dr. med. T. A. Konzag

Gutachter: 1. PD Dr. med. T. A. Konzag
 2. Prof. Dr. med. W. Slesina
 3. Prof. Dr. med. J. Frommer

Eröffnung des Promotionsverfahrens: 03.11.2009

Datum der Verteidigung: 20.09.2010

Referat:

Psychotraumatische Erlebnisse steigern das Erkrankungsrisiko für die meisten psychischen und viele somatische Erkrankungen erheblich (Kilpatrick et al. 2003, Felitti et al. 1998). Die psychotraumatologische Forschung postuliert einen Kausalzusammenhang zwischen diesen Erkrankungen und den traumatischen Erlebnissen und bezeichnet diese als Traumafolgestörungen (Maercker u. Rosner 2006). Obwohl sich diese Krankheitsbilder symptomatisch stark unterscheiden können, wird von einer relativ einheitlichen Pathogenese ausgegangen. Diese häufig polysymptomatischen Störungsbilder (Kessler et al. 1995) können auch ohne die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten (Mcquaid et al. 2001). Allerdings fehlen häufig eindeutige differentialdiagnostische Merkmale, welche eine Traumafolgestörung mit ausreichender Sensitivität und Spezifität identifizieren. Ein objektiver Nachweis des Bezuges der präsentierten Symptomatik zum Trauma gestaltet sich in vielen Fällen schwierig.

In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob der Einsatz einer Traumacheckliste die Diagnostik der Traumafolgestörungen verbessern kann. Traumachecklisten führen verschiedene traumatische Stressoren auf, wobei die Probanden beurteilen, ob sie mindestens ein Erlebnis erinnern, auf welches diese Stressorbeschreibung zutrifft (Norris u. Hamblen 2004). Vor dem Hintergrund des empirisch belegten Dose-Response Effektes zwischen der Anzahl unterschiedlicher traumatischer Stressorexpositionen und dem Ausmaß der Traumasymptomatik wurde eine quantitative Auswertung der Checkliste als Voraussagewert der aktuellen Belastung durch Traumatisierung interpretiert und die Validität dieses Vorgehens analysiert. 130 Patienten wurden mit der Life Stressor Checklist-R, der Impact of Event Scale-R (PTBS Symptome) und der Symptom Check Liste SCL-90-R befragt. Eine Expertenbeurteilung schätzte die Relevanz traumatischer Erfahrungen für die Störungsgenese ein. Der Dose-Effekt replizierte sich deutlich mit $r = 0,714$. Ein Cut-Off von ≥ 6 ergab eine 75%tige Übereinstimmung mit dem Expertenurteil. Außerdem differenzierte der Summenwert der Traumacheckliste innerhalb von Hochrisikogruppen und zeigte eine Übereinstimmung mit der Schwere der Traumatisierungsform. Im Ergebnis stellt die quantitative Auswertung der Traumacheckliste ein effektives Screening für Patienten/innen mit Traumafolgestörungen dar.

Bibliographie: Ungerer, Oliver: Quantitative Erfassung der lebensgeschichtlichen Traumaexpositionen zur Diagnostik von Traumafolgestörungen. Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 75 Seiten, 2009

Inhaltsverzeichnis

1	Theoretische Grundlagen	1
1.1	Differentialdiagnostische Probleme bei Traumafolgestörungen.....	1
1.2	Besonderheiten des Traumagedächtnisses und Konsequenzen für die Erhebung der Traumaanamnese.....	7
1.3	Psychometrische Aspekte der Beurteilung von Angaben zu traumatischen Ereignissen	10
1.4	Traumachecklisten zur Messung der Traumaexposition.....	17
1.5	Der Dose Response Effekt zwischen PTBS-Symptomen und Anzahl der Antworten in Traumachecklisten	21
1.6	Die „Traumabelastung“ als quantitative Dimension.....	24
2	Ziele der Untersuchung und Hypothesen.....	25
3	Material und Methodik.....	27
3.1	Beschreibung der Stichprobe	27
3.2	Eingesetzte Verfahren	29
3.2.1	Die Life Stressor Checklist revised.....	29
3.2.2	Impact of Event Scala revised.....	30
3.2.3	Symptom-Check Liste SCL-90 revised.....	31
3.2.4	Therapeuteinschätzung zur Relevanz traumatischer Erlebnisse.....	31
3.3	Untersuchungsverlauf und Untersuchungsdesign	32
3.4	Statistische Verfahren	32
4	Ergebnisse	33
4.1	Korrelation der Traumabelastung mit klinischen Variablen.....	35
4.2	Die Beurteilung der Relevanz der Traumatisierung durch den behandelnden Therapeuten.....	39
4.3	Erklärte Varianz der zentralen Symptome der PTBS durch die Angaben zur Traumatisierung	41
4.4	Clusteranalyse anhand der Items der LSC-R	43
4.5	Skalenkennwerte der Traumabelastung	46
4.6	Übereinstimmung der relativen Häufigkeiten von Traumotypen im Vergleich mit anderen Untersuchungen und Verfahren.....	47
5	Diskussion.....	48
6	Schlussfolgerungen.....	52
7	Literaturverzeichnis.....	54

8	Anhang.....	65
8.1	Anhang 1: Kennwerte der Items des LSC-R: Häufigkeiten, Item-Total, Cronbach´s α ohne Item, Altersangaben, Geschlechterdifferenzen	65
8.2	Anhang 2 : Clusteranalyse mit 3 Clustern und 5 Clustern.....	66
8.3	Anhang 3: Life Stressor Checklist revised.....	67
	Thesen.....	72
	Lebenslauf.....	74
	Selbständigkeitserklärung	75
	Erklärung über frühere Promotionsversuche	75

Verzeichnis der Abkürzungen

A2 Kriterium	Diagnosekriterium A2 der PTBS Diagnose nach DSM IV
APA	American Psychiatric Association
ASD	Acute Stress Disease
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
Esst.	Essstörung
GSI	Global Severity Index des SCL 90 R
IES-R	Impact of Event Scala revised
LSC-R	Life Stressor Checklist revised
N	Stichprobengröße
OR	Odd Ratio
p	Wahrscheinlichkeit der Übereinstimmung der Parameter in der Population bei inferenzstatistischen Verfahren
PKS	Persönlichkeitsstörungen
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disease
r	Korrelationskoeffizient
R ²	Determinationskoeffizient
Rtt	Re-Test Reliabilität
SCL 90 R	Symptom Check Liste 90 revised
TB	Traumabelastung
THC	Trauma History Checklist
TLEQ	Traumatic Life Event Questionnaire

1 Theoretische Grundlagen

1.1 Differentialdiagnostische Probleme bei Traumafolgestörungen

Unter einer Traumafolgestörung wird eine psychische Erkrankung verstanden, welche sich in Reaktion auf extrem belastende Lebensereignisse entwickelte. Als potentiell traumatische Stressoren werden üblicherweise Geschehnisse verstanden, welche dem Kriterium A1 der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach DSM IV (APA 1994) genügen. Diese außergewöhnlichen Situationen sind durch essentielle Bedrohungen des physischen oder psychischen Wohlergehens gekennzeichnet, wobei sowohl die direkte Betroffenheit als auch die Beteiligung als Zeuge zu berücksichtigen sind. In den diagnostischen Manualen werden die akute Belastungsreaktion und die Posttraumatische Belastungsstörung als primäre Nosologien zur Beschreibung der psychopathologischen Folgen eines solchen Ereignisses angeboten. Im Mittelpunkt der Störungskonzepte steht das unwillkürliche Wiedererleben von Erinnerungsfragmenten, welches von einer starken Veränderung der Gefühle und des physiologischen Erregungszustandes sowie des Bewusstseins und der Selbstwahrnehmung begleitet wird. Aufgrund des belastenden Charakters des Wiedererlebens folgt eine Vermeidung der Erinnerungen an das Trauma sowie möglicher Auslösesituationen (Ehlers u. Clark 2000).

Darüber hinaus sind auch viele andere psychopathologische Syndrome bei Menschen nach extremen Stresssituationen gehäuft anzutreffen. Außerdem wird die PTBS meistens von komorbiden psychischen Erkrankungen begleitet. Epidemiologische Studien zeigen bei bis zu 88% der Patienten mit PTBS eine komorbide Störung (Kessler et al. 1995). Monomorbide Posttraumatische Belastungsstörungen sind selten und meist nur nach einmaliger Traumatisierung im Erwachsenenalter zu beobachten, bei multiplen, lang andauernden oder lebensgeschichtlich früh erfahrenen Traumatisierungen stellen sich komplexere pathologische Bilder dar (Maercker u. Rosner 2006). Kilpatrick et al. (2003) führten Telefoninterviews mit 4023 Jugendlichen im Alter von 12 - 17 Jahren durch. Die Exposition mit interpersoneller Gewalt – also physischen und sexuellen Übergriffen, sowie dem Beobachten von Gewalthandlungen – zeigte einen Zusammenhang mit multimorbiden Symptomen.

Die Bedeutung traumatischer Erfahrungen für das Erkrankungsrisiko psychischer Störungen ist dabei durch eine Vielzahl von Untersuchungen belegt, in welchen die Auswirkung der Traumatisierung durch die Kontrolle weiterer Variablen herausgearbeitet werden konnte. Im quasi prospektiven Design zeigten longitudinale Feldstudien bei Opfern großer Unglücksfälle

oder Katastrophen auch nach vielen Jahren noch eine deutliche Erhöhung der psychopathologischen Beschwerden, welche auf die traumatischen Erlebnisse zurückgeführt werden konnten (z. B. Hull et al. 2002 – Piper Alpha Ölplattform, Bolton et al. 2000 – Jupiter Schiffsunglück, Dirkzwager et al. 2006 – Eschede Fabrik Explosion, Amir u. Lev-Wiesel 2003 – Kinder, die den Holocaust überlebten). Nelson et al. (2002) analysierten die Daten von 1991 Zwillingen des Australian Twin Registers. Missbrauchte Zwillinge hatten deutlich erhöhte Erkrankungsrisiken für Depression (OR = 1,56), Zwangshandlungen (OR = 3), Alkoholismus (OR = 1,56) und besonders für Suizid (OR = 2,73) im Vergleich zu ihren nicht missbrauchten Geschwistern.

Trotz dieses deutlichen Zusammenhangs kann Traumaexposition nicht mit Traumatisierung im Sinne einer psychopathologischen Schädigung gleichgesetzt werden. Obwohl traumatische Erlebnisse das Erkrankungsrisiko steigern, leidet bei Weitem nicht jeder Patient, der einer potentiell traumatisierenden Situation ausgesetzt war, an einer Traumafolgestörung.

Auch nach Exposition mit gravierenden traumatischen Stressoren – s.g. „high magnitude stressors“ wie z. B. sexueller Gewalt in der Kindheit – entsteht bei bis zu 40% der Betroffenen im weiteren Leben keine psychische Störung (van der Kolk 2002). Vietnam-Veteranen weisen eine Lebenszeitprävalenz der PTBS von nur 31% auf, bei weiteren 11% wurde eine andere posttraumatische Störung festgestellt (Cook 2005). D. h. auch bei diesen Soldaten, die in der Regel alle in potentiell traumatische Situationen eingebunden waren, liegt bei über 50% keine psychopathologische Reaktion vor. Gleichzeitig sind s.g. milde Stressoren bei vielen PTBS-Patienten das auslösende traumatische Ereignis. Zum Beispiel erkrankten 16% medizinisch behandelte Unfallopfer an einer PTBS (Flatten et al. 2002) und von jedem dritten PTBS-Patienten wird ein unerwarteter Todesfall einer nahestehenden Person als auslösendes Ereignis der Symptomatik angegeben (Breslau et al. 1998). Aufgrund der deutlich höheren Auftretenswahrscheinlichkeit dieser milden Stressoren in der Allgemeinbevölkerung wäre für sie eine große Bedeutung hinsichtlich der Epidemiologie der Traumafolgestörungen zu erwarten. Aber auch die Koexistenz von psychischer Erkrankung und traumatischen Erfahrungen ist noch kein hinreichender Nachweis, dass eine Traumafolgestörung vorliegt.

Bei psychiatrischen Patienten sind Berichte über schwere traumatische Erfahrungen, insbesondere sexuelle Traumatisierung, allgemein erheblich häufiger als bei psychisch gesunden Probanden (van der Kolk 2002, Thompson et al. 2003, Comer u. Sachs-Ericsson 2006, Briere u. Elliott 2003, MacMillan et al. 2001). Die Mehrzahl psychiatrischer und psychotherapeutischer Patienten berichtet von mindestens einer Exposition mit einem

potentiell traumatisierenden Stressor im bisherigen Leben, je nach Stichprobe und Untersuchungsmethodik zwischen ca. 60% (Callenius 2004, Spitzer et al. 2000) bis über 90% der Patienten (Lipschitz et al. 1999, Brawman-Mintzer et al. 2005), wenn die traumatischen Erfahrungen mit standardisierten Checklisten erfasst wurden. Sicherlich wäre es jedoch falsch, bei all diesen Patienten eine Traumafolgestörungen anzunehmen.

Insofern ist es bei der Diagnostik einer Traumafolgestörung grundsätzlich notwendig, nicht nur das Vorhandensein, sondern auch die Relevanz der traumatischen Erlebnisse für die Entwicklung der Psychopathologie nachzuweisen. Dies gestaltet sich insbesondere dann schwierig, wenn nicht die PTBS und Intrusionen, sondern andere psychopathologische Syndrome das Beschwerdebild dominieren.

Um die Abhängigkeit einer psychischen Störung abseits der PTBS von einem Trauma nachzuweisen, wurden verschiedene Vorgehensweisen diskutiert und angewandt.

Einige Autoren empfehlen den Zeitpunkt der Erstmanifestation der psychischen Erkrankung als Entscheidungskriterium (Boos 2005, Perkonigg et al. 2005). Jedoch erschweren vorhergehende traumatische Erfahrungen ohne psychopathologische Reaktion und traumaunabhängige Vulnerabilitätsfaktoren der psychischen Störungen, z. B. persönlichkeitsstrukturelle Merkmale oder genetische Faktoren, eine eindeutige Beurteilung, ob die Entstehung der Erkrankung nicht nur in zeitlicher, sondern auch in kausaler Folge des traumatischen Ereignisses zu sehen ist.

Ein anderes Vorgehen basiert auf der Erfassung der „subsyndromalen“ oder „partiellen“ PTBS. Hierbei werden einzelne PTBS-Symptomen als signifikante Marker der Traumafolgestörung interpretiert, ohne dass die diagnostischen Kriterien der PTBS vollständig erfüllt sind. Die Ausprägung der partiellen PTBS korreliert hoch mit dem allgemeinen psychischen Gesundheitsstatus und findet sich häufig bei komplexen, multimorbiden Störungsbildern (Mylle u. Maes 2004). Es ist umstritten, ob eine subsyndromale PTBS ein notwendiges oder gar ein hinreichendes Kriterium für den Nachweis einer traumabedingten Psychopathologie darstellt. Untersuchungen an Personen nach einmaligen traumatischen Ereignissen unterstützen diese Annahme (Schafer et al. 2006, Bolton et al. 2000, O'Donnell et al. 2004). Jedoch wurde in anderen Kulturkreisen (Armenian et al. 2002) und nach schweren und lange andauernden Kindheitstraumata (Ackerman et al. 1998) im Nachgang von traumatischen Ereignissen ein Anstieg von psychopathologischen Reaktionen festgestellt, ohne dass die PTBS-Symptome Intrusionen, Hyperarousal und Vermeidungsverhalten anzutreffen waren. Außerdem finden sich die einzelnen Symptome der PTBS im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen, auch wenn keine Exposition mit einem

traumatischen Stressor vorliegt – wie z. B. bei Angsterkrankungen. Daher wird die Spezifität der subsyndromalen oder partiellen PTBS für den Nachweis einer Traumafolgestörung angezweifelt (Brodkin et al. 2007, Young u. Breslau 2007).

Die Schwierigkeiten der Beurteilung des Zusammenhangs zwischen Traumaexposition und Pathogenese in der klinischen Praxis verdeutlicht eine Untersuchung von Mcquaid et al. (2001) an 386 Primary Care Patienten. Trotz Berichten von einer Traumaexposition wurden in vielen Fällen gar keine psychischen Erkrankungen festgestellt. Bei den Personen, die von Traumatisierungen berichteten, dominierte die Diagnose Major Depression (27,8%). Eine vollständige oder partielle PTBS trat hingegen nur bei 20,0% der traumatisierten Personen auf und nur annähernd die Hälfte der traumaexponierten Depressiven (41,1%) berichteten, eine vollständige PTBS oder Teile der PTBS-Symptomatik jemals erlebt zu haben.

Hinzu kommt, dass Patienten ihre PTBS-Symptome selten spontan schildern, da insbesondere Intrusionen und dissoziative Wahrnehmungsveränderung stark Scham und Angst besetzt sind. Sie werden daher verleugnet bzw. es werden die komorbiden psychopathologischen Beschwerden bei der Konsultation in den Vordergrund gestellt. Dies führt nach Lecrubier (2004) zu einer geringen Beachtung der Traumafolgesymptomatik in der allgemeinen Gesundheitsfürsorge, welche im Gegensatz zu den hohen Inzidenzen der PTBS in epidemiologischen Studien stehe. Der Autor nimmt ein „Underreporting“ von häuslichen Gewalterlebnissen und anderen Traumata an, weshalb die psychischen Probleme dann nicht als Reaktion auf diese Gewalterlebnisse betrachtet würden. Auch Psychotherapiepatienten geben bei Weitem nicht alle relevanten traumatischen Erfahrungen an (Read u. Frasen 1998). Vor dem Hintergrund der dargestellten differentialdiagnostischen Schwierigkeiten wird in der klinischen Praxis und in der Forschung den s.g. „high-magnitude Stressoren“, also Ereignissen, bei deren Folge die Auftretenswahrscheinlichkeit der PTBS oder einer anderen psychischen Störung besonders hoch ist (sexuelle Gewalt, frühkindliche Traumatisierung), sehr viel mehr Aufmerksamkeit geschenkt als s.g. milden Stressoren.

Fehler, welche durch eine übermäßige Orientierung auf diese Ereignisklassen entstehen können, verdeutlicht die Studie von Banyard et al. (2001). Die Autoren berechneten den Prädiktorwert verschiedener Klassen von Traumata für den aktuellen psychischen Status u. a. bei Frauen, welche in den 1970er Jahren als Kinder und Jugendliche erstmals aufgrund sexueller Traumatisierung stationär behandelt wurden. Jene mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit zeigten signifikant mehr psychische Symptome, jedoch erreichte diese Variable im Regressionsmodell unter Einbeziehung anderer Traumaexpositionen keine Signifikanz. Für die Vorhersage der aktuellen Psychopathologie

war die Existenz späterer und erneuter Traumatisierungen – also das Ausmaß multipler traumatischer Erfahrungen – die entscheidende Prädiktorvariable.

Dabei ist mehrfache Traumatisierung nicht der Einzelfall sondern eher die Regel. Über die Hälfte der Personen, welche in epidemiologischen Befragungen von traumatischen Erlebnissen berichten, geben mehr als eine Stressorexposition an, durchschnittlich vier bis fünf (Bresslau et al. 1998, Frans et al. 2004). Das Erkrankungsrisiko erhöht sich bei mehrfacher Traumaexposition erheblich (Perkonigg et al. 2000, Eytan et al. 2004, Schumm et al. 2006, Noll et al. 2003, Frans et al. 2004, Lipschitz et al. 1999). Die Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen steigt von 20%, wenn 1-3 traumatische Stressoren erlebt wurden, auf 80% - 100% bei mehr als 4 Ereignissen (Green et al. 2000). Eytan et al. (2004) untersuchten Kosovoflüchtlinge nach ihrer Rückkehr in ihr Heimatland und stellten einen fast exponentiellen Anstieg des Erkrankungsrisikos in Abhängigkeit der Anzahl der berichteten traumatischen Erlebnisse dar: Bei 1-2 Angaben ergab sich eine Odd-Ratio für eine psychische Störung von 1,5, bei 3-4 erhöhte sich der Wert auf 7,3, bei 5-6 Ereignissen auf 16,2, bei 7-9 Ereignisarten wurde die Odd-Ratio mit 47,7 und bei mehr als 9 mit 79,5 berechnet.

Dieser kumulative Effekt ist äußerst stabil und wurde an verschiedenen Populationen für unterschiedlichste traumatische Stressoren repliziert. 4 Stressorexpositionen wurden mehrfach als kritischer Wert für die Entstehung einer Traumafolgestörung benannt (Green et al. 2000). Jedoch werden gerade bei komplexen Traumatisierungen oftmals diffuse, wenig klare Erinnerungen an die traumatischen Geschehnisse sowie erhöhte Dissoziations- und Amnesietendenzen beschrieben (Boos 2005). Diese Erinnerungen sind oft nicht verbalisierbar, sondern äußern sich als visu-sensorische Bilder oder in somatoformen Beschwerden und als Körperintrusionen (Lindy et al. 1992, van der Hart et al. 2005). Dabei bestehe häufig eine enge Verbindung zwischen den Erinnerungen an die verschiedenen traumatischen Erfahrungen bzw. sie vermischen sich miteinander (Rothschild 2002). Daher ist es oft schwierig, die genauen Grenzen eines einzelnen Ereignisses und seine spezifische Bedeutung für das aktuelle psychische Befinden zu explorieren und zu beurteilen.

Gleichzeitig zeigt sich bei bereits traumatisierten Personen ein deutlich erhöhtes Risiko für eine erneute Stressorexposition. Noll et al. (2003) berichten von signifikant mehr sexuellen Gewalterfahrungen als Erwachsene, wenn die Betroffenen in der Kindheit bereits Opfer sexueller Gewalt oder physischer Misshandlung waren. Diese Reviktimisierungstendenz wurde in vielen weiteren empirischen Untersuchungen beschrieben (Cloitre 1998; Widom 1999, Nishith et al. 2000, Banyard et al. 2001). Das erhöhte Risiko, erneut mit traumatisierender Gewalt konfrontiert zu werden, lässt sich dabei nicht durch das konstante

soziale Milieu erklären. Vielmehr wird angenommen, dass die Personen soziale Interaktions- und Verhaltensmuster in Folge der Traumatisierung entwickeln, welche erneute Gefährdungen mit herbeiführen. Wöller (2006) sieht dieses Risikoverhalten durch folgende Motive hervorgerufen: Wiederholung zur Meisterung im Sinne einer Bewältigung des Hilflosigkeitserlebens, verminderte Wahrnehmung von Warnhinweisen, Aufsuchen von Gewalthandlungen und Leiden als selbstschädigende Affektregulation sowie Eingehen missbräuchlicher Beziehungen aus einer Idealisierung der Täter als Personen, von welchen Schutz, Nähe und Geborgenheit erwartet wird.

Außerdem reagieren Menschen, die bereits aufgrund eines Ereignisses posttraumatische Symptome entwickelten, auf ein größeres Spektrum von Situationen mit massiver Hilflosigkeit und Angst und erleben diese dann als Traumata. Diese Retraumatisierung wird mit der Aktivierung der Erinnerungen an vorhergehende traumatische Erlebnisse in Verbindung gebracht, wodurch sich die Wahrnehmung der Wahl- und Bewältigungsmöglichkeiten in der Situation einschränkt und gleichzeitig die verminderte Stressregulation in Folge der Vortraumatisierung das Überwältigungserleben verstärkt und somit eine traumatische Verarbeitung des Erlebten wahrscheinlicher wird (Schumm et al. 2006).

Berichte über wiederholte Viktimisierung und häufige Retraumatisierung sind also nicht nur aufgrund der Anzahl der Stressorexpositionen Indiz für komplexe Traumatisierung, sondern weisen auch auf ein desintegriertes Traumanetzwerk und traumaspezifische Persönlichkeitsveränderungen hin. Das Erkrankungsrisiko der PTBS steigt z. B. stark an, wenn über sexuelle Traumatisierung sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter berichtet wird. Bei amerikanischen Innenstadtfrauen – einer Hochrisikopopulation – ergibt sich in diesen Fällen eine Erhöhung der Odd Ratio für die PTBS von 1,36 auf 15,80 (Schumm et al. 2006). Perkonig et al. (2005) zeigten anhand einer Langzeitstudie, dass Reviktimisierung der robusteste Prädiktor für die Chronifizierung der PTBS-Symptomatik war.

Aufgrund der komplexen und interdependenten Auswirkungen multipler Traumatisierungen ist eine Erfassung der Traumageschichte über die gesamte Lebensspanne zu fordern, um die Bedeutung traumatischer Erlebnisse für das Individuum und ihre aktuelle Auswirkungen auf den psychischen Apparat einschätzen zu können. Briere und Spinazzola (2005) empfehlen eine multidimensionale Diagnostik der Traumafolgestörungen. Neben verschiedenen symptomatischen Ebenen betonen sie die Notwendigkeit, eine interindividuell vergleichbare Erfassung der lebensgeschichtlichen Traumaexposition durchzuführen.

Die vorliegende Studie untersucht die Möglichkeit diesen Faktor mittels einer quantitativen Bewertung der retrospektiven Angaben zu traumatischen Erfahrungen operationalisieren und bei der Diagnostik von Traumafolgestörungen einsetzen zu können.

1.2 Besonderheiten des Traumagedächtnisses und Konsequenzen für die Erhebung der Traumaanamnese

Spezifische Merkmale der Informationsspeicherung und des Gedächtnisabrufes traumatischer Situationen werden eng mit der Psychopathologie der Traumafolgestörungen in Verbindung gebracht. Sollen anamnestic Angaben zur Exposition mit traumatischen Stressoren bei der Diagnostik eingesetzt werden, müssen diese Besonderheiten berücksichtigt werden.

Die Erinnerungen an potentiell traumatische Stressoren unterscheiden sich bei Menschen mit und ohne Posttraumatischer Belastungsstörung deutlich. Bei ersteren ist eine signifikant niedrigere Anzahl explizit abrufbarer, traumaspezifischer Gedächtnisspuren festzustellen. Gleichzeitig wurden bei PTBS Patienten aber auch verstärkt wirkende implizite Erinnerungen an die traumatischen Geschehnisse in Untersuchungen mit Priming-Reizen und dem Stroop-Paradigma nachgewiesen. Diese Trennung bzw. Dissoziation der expliziten und impliziten Erinnerung an das Trauma wird als zentrales Merkmale der Ätiogenese traumabedingter psychischer Erkrankungen angesehen und mit neurophysiologischen Veränderungen der Amygdala und hippocampaler Strukturen in Verbindung gebracht (Wessa u. Flor 2002). Durch die peritraumatischen Wahrnehmungsveränderungen scheinen Dissoziation und Fragmentierung die Informationsverarbeitung in extremen Stresssituationen zu bestimmen.

Eine psychopathologisch wirkende traumatische Erfahrung ist als nicht abgeschlossene Handlungssequenz anzusehen (Fischer u. Riedesser 2003), daher induziere ihr Abruf ein Wiedererleben des Traumas. Dabei werden die peritraumatischen Veränderungen der Reizverarbeitung reaktiviert und ein prozedural-impliziter Erinnerungsprozess ausgelöst. Die diesen Prozess begleitenden intensiven Emotionen stören die Elaboration und Integration der Informationen dieser Erinnerungen massiv. Gleichzeitig wird die Verbalisierung der Gedächtnisinhalte behindert, wie elektrophysiologische Untersuchungen bestätigen, welche eine Abnahme der Brocca-Aktivierung bei traumatischen Erinnerungen nachweisen (van der Kolk et al. 2000). Peritraumatische Wahrnehmungsveränderungen, die Speicherung in Fragmenten und die Störungen bei der verbalen Symbolisierung der Gedächtnisinhalte führen zu Ungenauigkeiten beim Abruf und Veränderungen der traumatischen Erinnerungen.

Gleichzeitig wird Erinnerungen an intensive emotionale Ereignisse eine besondere Konstanz und Genauigkeit zugeschrieben. Die normale, zeitbedingte Löschung werde bei diesen

Erinnerungen durch eine geringe kortikale Hemmung während ihrer Speicherung im Langzeitgedächtnis blockiert (LeDoux 2000), weshalb insbesondere die emotionalen Anteile ein Leben lang fortbeständen. So besitzen blitzlichtartige Erinnerungsbilder an öffentliche, emotional belastende Ereignisse, wie z. B. der Ermordung von JF Kennedy, eine besondere Akkuratheit, die auch für traumatisch bedingte Intrusionen und Flash Backs vorausgesetzt wurde. Brewin et al. (1996) leiteten aus diesen divergenten Befunden zum Traumagedächtnis die „Theorie der dualen Repräsentation des Gedächtnisses“ ab. Der Hyperaktivierung von situationsabhängigen Erinnerungsfragmenten stehe ein Defizit der Aktivierung von verbal messbaren Erinnerungen bei PTBS-Patienten gegenüber. Bei traumatischen Reizen zeigen Traumatisierte eine stärkere rechte Gehirn- und Amygdalaaktivität, welche zur Inhibition der deklarativen Gedächtnisspuren und Verstärkung impliziter Erinnerungsreaktionen führe. Hieraus entstehe die „für die Posttraumatische Belastungsstörung charakteristische Mixtur aus Amnesien und Hypermnesien“ (Roth u. Münte 2003, S. 28).

Die Erinnerungen an traumatische Ereignisse sind in einem vom allgemeinen biographischen Gedächtnis abgesonderten Speicher abgelegt. Dabei wird, wie in der modernen Gedächtnistheorie (vgl. Collins u. Loftus 1975) üblich, auch beim Traumagedächtnis von einer Netzwerkorganisation ausgegangen. Spezifische Auslösereize, welche in den verschiedenen Situationen konditioniert werden – s.g. Trauma-Trigger – führen zur Aktivierung dieses Speichers, in welchem sich die neuronale Aktivität entsprechend der Enge der Assoziationen ausbreitet (LeDoux 1998). Neurophysiologische Untersuchungen, welche ein spezifisches Areal der Amygdala für die Konditionierung traumatischer Erfahrungen belegen (Huber 2005), ebenso wie die Befunde zu dissoziierten Gedächtnisstrukturen traumatischer Erinnerungen (van der Hart et al. 2004) stellen die Verbindungen innerhalb des Traumanetzwerkes als äußerst eng und zu anderen Gedächtnisinhalten als eher gering dar.

Im Gegensatz zu anderen bedeutsamen autobiographischen Erinnerungen ist ein gezielter narrativer Abruf aus dem Traumagedächtnis deutlich erschwert (van der Kolk et al. 2000), da die Erlebnisse bzgl. der räumlichen und zeitlichen Beziehung zu anderen bereits vorhandenen Informationen und späteren Erfahrungen nur unzureichend eingeordnet und verarbeitet werden. Die impliziten traumatischen Informationen werden oft ohne explizite semantische Verknüpfung also Kontexterinnerungen während der Traumatisierung abgespeichert (Fiedler 2001). So entsteht ein Tunneleffekt, welcher eine übermäßig gute Erinnerung der belastenden Erlebnisse selbst, aber eine ausgesprochen schlechte Reproduktion der Kontextinformationen kennzeichnet (Christianson 1992).

Außerdem wurde bei traumatisierten Personen eine allgemeine Veränderung des autobiographischen Gedächtnisses nachgewiesen, welche die akkurate Wiedergabe einzelner traumatischer Erfahrungen weiter behindere. Conway und Pleydell-Pearce (2000) beschreiben die Organisation des autobiographischen Gedächtnisses in drei hierarchischen Ebenen. Die oberste Ebene stellt Informationen zu den Lebensabschnitten bzw. Lebensperioden zur Verfügung, in welchen das Ereignis stattgefunden hat. In der zweiten Ebene sind allgemeine bzw. generalisierte Merkmale sich wiederholender Ereignisse zu finden, welche zur Entwicklung der kognitiv-affektiven Schemata beitragen. Die dritte Ebene enthält die spezifischen Eigenarten und einzigartigen Merkmale der Situation bzw. des Ereignisprozesses. Autobiographische Erinnerungen fügen sich normalerweise durch narrative Kombination der Informationen aus allen drei Ebenen zusammen. Bei traumatischen Erinnerungen ist diese Integration durch die implizite und fragmentierte Informationsverarbeitung jedoch weitgehend gestört (Fielder 2001).

Gerade wenn mehrmals ähnliche traumatische Ereignisse erlebt wurden, werde der emotionale Kern der Informationen, welcher der dritten Ebenen zuzuordnen ist, gut erinnert, weshalb Aussagen darüber, ob überhaupt jemals ein traumatisches Ereignis erlebt wurde, recht zuverlässig seien. Jedoch können traumatische Erlebnisse nicht in die allgemeinen, relativ stabilen kognitiv-affektiven Schemata integriert werden, so dass beim Rekonstruktionsprozess während des Abrufs der Geschehnisse eine veränderte Betrachtung der Vergangenheit entstehen kann. Das Narrativ einzelner Situationen ist dann aufgrund der „Quellenamnesie“, also der fälschlichen Zusammensetzung der drei biographischen Speicherebenen, fehlerhaft, und es komme zu Vermengungen von Informationen aus unterschiedlichen traumatischen Erlebnissen. Im Sinne der Completion Tendency (Horowitz 1975) bei aufgrund der peritraumatischen Stressbelastung inkomplett abgespeicherten Informationen bestehe außerdem die Gefahr für unbewusste Ergänzungen. Für diese zusätzlichen Angaben bzw. Teilberichte liege dann kein erlebnisfundierter Hintergrund vor. Deshalb sind bei Berichten über einzelne traumatische autobiographische Erinnerungen häufig Verfälschungen, Konfabulationen und ein unvollständiger Abruf zu beobachten (Giezen et al. 2005).

Auch Untersuchungen mit dem Overgenerality Paradigma weisen Besonderheiten autobiographischer Erinnerungen Traumatisierter aus. Bei diesem Untersuchungsansatz werden Personen aufgefordert biographische Ereignisse zu berichten, welche ihnen zu positiven oder negativen Wörtern einfallen. Die Spezifität der Erinnerungen wird durch das Verhältnis von Detailangaben zu Zeit, Ort oder speziellen Handlungsabläufen sowie

generellen bzw. kategorialen Angaben bestimmt. Harvey et al. (1998) wiesen weniger spezifische und übergeneralisierende Erinnerungen bei Unfallopfern mit akuter Stressreaktion (ASD) im Vergleich mit jenen ohne ASD nach. Dabei ermöglicht das Merkmal Übergeneralisierung eine bessere Voraussage einer Chronifizierung der Posttraumatischen Störung nach 6 Monaten als dies klinische Variablen wie die Ausprägung der akuten Stresssymptomatik vermögen. Die übergeneralisierenden autobiographischen Erinnerungen sind bei PTBS Patienten häufig. Moore und Zoellner (2007) resümieren aufgrund einer Metaanalyse von Studien zu Übergeneralisierungseffekten biographischer Erinnerungen, dass hierfür die posttraumatischen Symptome und nicht, wie zunächst angenommen, das stattgehabte traumatische Erlebnis selbst verantwortlich seien. Traumatisierte Menschen scheinen autobiographische Erinnerungen generell eher in übergeordneten Situationskategorien wiederzugeben.

Die dargestellten Besonderheiten des traumatischen Gedächtnisses lassen somit verschiedene Komplikationen bei der Erhebung und Beurteilung der Traumageschichte erwarten: Fehlende Integration und kontextuelle Einbindung, Blockierung eines verbal und deklarativen Abrufes, Ungenauigkeiten und Veränderungen der Berichte, übergeneralisierende Darstellung und Vermengung von Angaben aus unterschiedlichen Erlebnisquellen. All dies stellt in Frage, ob sich Informationen zu traumatischen Erlebnissen durch eine Anamnese mittels deklarativer und rationell orientierter Abfrage von Fakten gewinnen lassen. Zumindest muss bei der diagnostischen Beurteilung der Angaben berücksichtigt werden, dass die Antworten Teil einer implizit bestimmten und komplexen Reaktion sind, aus der Rückschlüsse auf das Vorhandensein, die Größe und die aktuelle Wirksamkeit des Netzwerkes traumatischer Erinnerungen gezogen werden. Die Konsequenzen, welche sich hieraus für die psychometrischen Charakteristika der retrospektiven Angaben zu traumatischen Ereignissen ergeben, sollen im Folgenden diskutiert werden.

1.3 Psychometrische Aspekte der Beurteilung von Angaben zu traumatischen Ereignissen

Die Validität der Angaben aus retrospektiven Berichten über traumatische Erlebnisse wird sehr kontrovers beurteilt. Die Aussagepsychologie, welche sich mit der Glaubhaftigkeit von Zeugenaussagen beschäftigt, sowie Untersuchungen aus dem Bereich der sozialmedizinischen Entschädigungsverfahren heben die Inakkuratheit und Suggestibilität der Angaben zu diskreten traumatischen Erfahrungen hervor. Besonders bei Erinnerungen an

Ereignisse, welche nach einer längeren Zeit vollständiger oder partieller Amnesie wieder auftreten – dem s.g. „delayed onset“ - wurde der Wahrheitsgehalt der Aussagen angezweifelt, gerade wenn die traumatischen Erfahrungen im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen erstmals offengelegt wurden. Vor diesem Hintergrund wirft die False-Memory Bewegung Psychotherapeuten bzgl. der Aufdeckung sexueller Übergriffe durch frühere Betreuungspersonen teilweise Suggestion ihrer Patienten und falsche Beschuldigung der dieser vor. Auch von führenden Gedächtnisforschern werden befristete traumatische Amnesien weitgehend ausgeschlossen (Laney u. Loftus 2005), da bei derart einschneidenden und emotional intensiven Erlebnissen eine besondere Festigkeit von Lernerfahrungen zu erwarten sei. Darüber hinaus wurde auch im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtungen von Kriegsveteranen die Qualität der Berichte über Kriegstraumatisierungen in Frage gestellt und folglich die Validität der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung vor dem Hintergrund alternativer psychopathologischer Erkrankungen angezweifelt. In einigen Fällen wurde z. B. eine Fehlattribution der psychischen Belastung, die eigentlich im Rahmen der unbefriedigenden Reintegration in die Zivilgesellschaft entstanden sei, auf die Kriegserlebnisse angenommen (McNally 2007).

Prospektive Untersuchungen, die Angaben zu lang zurückliegenden traumatischen Erlebnissen anhand von Gerichtsdokumenten evaluierten, konnten jedoch falsch positive Aussagen im klinischen Kontext gerade bei sexueller Traumatisierung weitgehend ausschließen (Widom 1999, Widom et al. 2005, Fergusson et al. 2000). Gleichzeitig berichtete ein bedeutsamer Anteil der Untersuchten, sich für einen gewissen Zeitraum nicht an die Geschehnisse erinnern zu haben (Williams 1994). So würde nach Wöller (2006) ca. jede dritte massive Kindheitstraumatisierung zumindest in Teilen für eine Zeit einer Amnesie unterliegen. Spitzer (Spitzer et al. 2007), einer der Gründungsväter der Psychotraumatologie, stellt jedoch die beschriebenen Erinnerungslücken in Zusammenhang mit Vermeidungsverhalten bzw. bewusster Verleugnung. Außerdem wurde der Einfluss sozialnormativer Faktoren darauf, dass traumatische Erlebnisse von missbrauchten Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht erwähnt werden, empirisch nachgewiesen (Klaric et al. 2007).

Die Probleme in Verbindung mit der Aufdeckung traumatischer Erinnerungen ergeben sich gerade bei komplex traumatisierten Patienten, da die traumabedingte Psychopathologie hier des Öfteren auf lange zurückliegende Ereignisse, deren Bericht lange Zeit unterdrückt wurde, zurückgeführt wird. Die Wiedererinnerungen oder Erstberichte werden nicht selten von Symptomen wie z. B. verstärkte Dissoziativität und Intrusionen begleitet, welche klinisch mit

Traumatisierung assoziierte sind (Ungerer et al. 2006). Jedoch kann deren Auftreten nicht per se die Erlebnisfundiertheit der Angaben belegen (Laney u. Loftus 2005, Coyne u. Thompson 2007). Der Wahrheitsgehalt bzw. die Akkuratheit der Angaben zu einzelnen traumatischen Erlebnissen ist äußerst schwer zu überprüfen, weshalb sowohl die klinische Psychotherapie als auch die experimentelle Forschung mit der Tatsache umgehen müssen, dass für das Traumakriterium als Grundlage der Diagnostik einer Traumafolgestörungen ein „gold standard“ zur Validierung nicht zur Verfügung steht (Widom et al. 2005).

Das Fehlen dieses Validierungsstandards erschwert die Entwicklung geeigneter Messverfahren zur Erhebung der Traumaanamnese erheblich. Daher wurde die Konsistenz der retrospektiven biographischen Aussagen, also ihre Übereinstimmung zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten, zum zentralen Qualitätsmerkmal der Messung erhoben und oft fälschlicherweise mit der Akkuratheit der Angaben gleichgesetzt.

Allgemein wird den Angaben zu einzelnen traumatischen Ereignissen dabei eine geringe zeitliche Konstanz attestiert. Giezen et al. (2005) führten eine Metaanalyse der bis 2004 über Medline zugänglichen Arbeiten zu diesem Thema durch und fanden spezifische systematische Fehler, auf welche sie diese Inkonsistenz weitgehend zurückführten. Demnach sind die Schwere des Traumas, der Grad der Involviertheit, die Zeit zwischen dem Ereignis und dem Erstbericht sowie das aktuelle Ausmaß psychologischer und psychiatrischer Symptome für den Grad der Konsistenz Ausschlag gebend.

Southwick et al. (1997) berichteten erstmals von einem Zusammenhang zwischen der Ausprägung der aktuellen posttraumatischen Symptomatik und dem Anstieg der angegebenen Anzahl der Traumaexpositionen zum zweiten Erhebungszeitpunkt bei Kriegsveteranen. Sie erklärten die vermehrten Angaben damit, dass die permanenten Intrusionen zu einer Evaluierung der Erinnerungen führen und gerade bei starker Symptomausprägung ergänzende Konfabulationen auftreten. Andere Autoren (Roemer et al. 1998, King et al. 2000, Mollica et al. 2007) replizierten diesen Effekt. Jedoch handelte es sich bei den Stichproben immer um Veteranen, bei welchen sekundäre Verstärker für Konfabulationen aufgrund von Entschädigungsansprüchen bzw. zur Selbstrechtfertigung der psychischen Erkrankung nicht ausgeschlossen werden können. Bei Wessely et al. (2003) zeichnete sich der Zusammenhang zwischen psychischer Symptomatik und Anstieg der benannten traumatischen Erlebnisse nur bei britischen Soldaten nach Einsätzen im Persischen Golf und nicht bei Bosnien-Veteranen ab. Die Autoren machten das besondere Medieninteresse für spezifische Erlebnisse im Golfkrieg – wie z. B. der Einsatz von chemischen Kampfstoffen – für die veränderten Angaben verantwortlich.

Eine über die Metaanalyse von Giezen et al. (2005) durch neuere Arbeiten ergänzte Aufstellung der Untersuchungen zur Retest- Reliabilität der Traumaexploration findet sich in Tabelle 1. Die Aussagekonstanz (Spalte 5) hängt von der Größe des Retest-Intervalls (Spalte 4) ab. Bei Messwiederholungen unter 6 Monaten werden noch gute Intraitem- bzw. Intraskalenkorrelationen von $r = 0.8 - 0.9$ berichtet (Kransley et al. 2003, Goodman et al. 1998, Bernstein et al. 1994). Liegen die Messzeitpunkte deutlich länger auseinander, verschlechtert sich die durchschnittliche Retest-Reliabilität der Items (Rtt) erheblich (Roemer et al. 1998, Fergusson et al. 2000, Quimette et al. 2005, Wessley et al. 2003) und sinkt auf ca. 0,5.

Die ersten drei Artikel der Tabelle 1 beschreiben Untersuchungen, welche die Konstanz qualitativer Merkmale bzw. inhaltlicher Details in Interviews zu spezifischen traumatischen Erinnerungen analysieren. In diesen qualitativen Aussageanalysen konnte empirisch bestätigt werden, dass die Erinnerung an zentrale Details traumatischer Geschehnisse deutlich stabiler ist als die an periphere Informationen (Herlihy et al. 2002).

In den weiteren Abschnitten der Tabelle 1 werden zunächst Untersuchungen an Populationen mit Kriegserlebnissen dargestellt, im Folgenden sind Erhebungen zur Aussagekonstanz in der Normalbevölkerung bzw. in klinischen Populationen aufgeführt.

Die niedrigsten Konsistenzen stellen sich in Normalbevölkerungsstichproben dar, bei welchen auch die Basisrate der jeweiligen Ereignisse relativ gering ist (Hepp et al. 2006, Aalsma et al. 2002, Fergusson et al. 2000).

In den Untersuchungen dieser Abschnitte kamen Traumachecklisten zum Einsatz, welche den Probanden unterschiedliche traumatische Stressoren anbieten. Für jedes Item wird die Konstanz der dichotomen Antwort einzeln überprüft. Als Prüfgrößen finden sich der Anteil der Probanden ohne jegliche Veränderung, welcher meist nur zwischen 10-20% liegt, sowie das Korrelationsmaß Kappa. Aufgrund der Verteilungscharakteristika dichotomer Daten, kommt es sowohl bei sehr niedrigen als auch bei sehr hohen Zustimmungsraten, zu einer Unterschätzung des Zusammenhangs durch diese Messgröße, womit allein die Prävalenz eines Ereignisses in einer Population zu einem determinierenden Faktor der Konsistenz wird. Abgesehen von der stochastischen Problematik des Kappas geht dieses Vorgehen von einem statischen Gedächtniskonzept aus, indem es eine konstante Ereignisassoziation auf die jeweilige Frage der Traumacheckliste voraussetzt. Deren Items bieten jedoch rationale und kategoriale Situationsbeschreibungen an, welche die Erinnerung an sehr unterschiedliche Geschehnisse wachrufen können bzw. das gleiche Erlebnis kann zu verschiedenen Zeitpunkten auch durch unterschiedliche Fragen hervorgerufen werden. Daher können

veränderte Antworten auch Ergebnis von Verschiebungen oder Ergänzungen bei der Zuordnung der Geschehnisse zu den Ereigniskategorien sein.

Außerdem ist testtheoretisch bei Messung eines Konstruktes durch ein einziges Item – hier ein bestimmtes traumatisches Erlebnis – immer ein hoher Messfehler zu erwarten, weshalb im Allgemeinen Skalen mit mehreren Items eine höhere Reliabilität aufweisen. Gerade bei den vermischten Erinnerungen an Geschehnisse mit multipler Gewalteinwirkung, welche komplexe Traumatisierungen kennzeichnen, lassen sich die geringen Intra-Itemkorrelationen also nicht allein auf ein inkonsistentes Gedächtnis zurückführen. Neben den bei Giezen et al. (2005) benannten Faktoren werden die Veränderungen im Antwortverhalten daher auch durch Labeling- und Selbstdefinitionsfragen, Stigmatisierungsangst sowie Gedächtniseffekte und psychogene Amnesien begründet (Krinley et al. 2003).

Die Vermischung von Erinnerungen an mehrere Ereignisse sowie Reminiszenzeffekte, die einen Suchprozess nach weiteren Informationen und Details einleiten (Herlihy et al. 2002), bzw. die übergeneralisierten Ereignisschemata bei misshandelten Personen (Kremers et al. 2007) können ebenfalls dafür verantwortlich sein, dass traumatische Erlebnisse dann anderen Situationskategorien und somit anderen Items zugeordnet werden.

Die Untersuchungen im letzten Abschnitt der Tabelle 1 setzen Verfahren mit quantifizierenden Skalen ein. Die Summe der Skala steht für die Intensität bzw. das Ausmaß der erlebten Stressorexposition. Der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) und die Combat Exposure Scale (CES) verwenden eine quantitative Expositionsmessung. Von den Testkonstrukteuren wird die additive Auswertung der Items durch die Spezifität und enge Umgrenztheit der in den Fragebögen erhobenen Stressortypen gerechtfertigt und die Items als Stressormerkmale und nicht als erlebte Situationen definiert. Jedoch ähneln die Fragen des CTQs verhaltensbezogenen Situationsbeschreibungen und unterscheiden sich somit nur geringfügig von anderen Traumachecklisten. Für diese Skalensummen wurde auch bei längeren Messintervallen eine mittlere bis gute Retestkorrelation nachgewiesen. Der CTQ erfasst die Konstrukte emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexuelle Gewalt, sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung in der Kindheit mit jeweils 5 Items. Bernstein et al. (1994) berichten von einer mittleren $R_{tt} = 0,88$ und Paivio (2001) bestätigt die Konsistenz des CTQ. Sie erweitert die Analyse auf Itemebene und zeigt viele Veränderungen in einzelnen Fragen, die Summe der positiven Antworten bleibt jedoch konstant.

Tabelle 1: Übersicht der Artikel zur Konsistenz traumatischer Berichte

Autor	Jahr	Stichprobe	Verfahren	Retest-Intervall	Konsistenzmaße
Porter u. Peace	2007	Community Sample; N = 49 mit traumatischen Erlebnis vor kurzem	Freies Interview kürzliches traumat. Ereignis	3,9 Jahre	7,16% aller Details zu traumatischen Erinnerungen verändert, bei positiven Erinnerungen noch mehr Veränderungen
Alexander et al.	2005	Sex. Missbrauch durch gerichtl. Dokument. Bestätigt	Explorative Interviews zum schlimmsten Ereignis	12 bis 21 Jahre	Hohe Inkonsistenzen der Aussagedetails, PTBS erhöhte die Akkuratheit der Berichte.
Herlihy et al.	2002	27 Kosovo-albanische und 16 Bosnische Flüchtlinge	Semistrukturiertes Interview mit qualitativer Analyse	3 -32 Wochen	Übereinstimmung der Infos zw. 0,61 und 0,81, mittlere Diskrepanzrate 0,32, zentrale traumat. Erinnerungen stabiler als periphere Erinnerungen
Mollica et al.	2007	376 Flüchtlinge Bosinen	HTQ ^a	3 Jahre	Bei 98% mind. eine Veränderung, bei 81% mind. 3 Veränderungen. Mittlerer Summenscore fast konstant (von 6,65 auf 6,10)
Wessely et al.	2003	2370 Soldaten mit Einsätzen in Bosnien oder am Golf	23 bzw. 28 Arten militärischer Ereignisse	3-4 Jahre	Kappa der Items zw. 0,05 und 0,79; Median der Kappas >0,6. Summe aller Nennungen rel. konstant: Bosnien: 7.1 – 7,3; Golf: 10.7- 11,5
Krinsley et al.	2003	86 männliche Vietnam Veteranen	ELS-Q ^b (alle Lebensbereiche)	2 – 7 Tage	Bei 11% bleiben die Angaben vollständig konsistent Übereinstimmung bei den einzelnen Items 64 – 94 % Mittleres Kappa = 0,83
Southwick et al.	1997	62 Soldaten – Veteranen	THQ ^c	Ca. 2 Jahre	Bei 88% findet sich mindestens eine Veränderung
Hepp et al.	2006	342 Züricher, knapp 50% mind. ein traumat. Erlebnis	Offene Fragen zu traumat. Stressoren	6 Jahre	63,9% der Angaben sind inkonsistent., 1/3 Nein – Ja – Veränderungen; 40% Ja – Nein
Aalsma et al.	2002	217 Patienten der med. Allgemeinversorgung	Fragebogen zum sex. Missbrauch in der Kindheit	7 Monate	20% bei beiden Zeitpunkten, 22% inkonsistente Angaben zu sex. MB in der Kindheit. Je mehr Items, desto konsistenter das Antwortverhalten
Fergusson et al.	2000	1265 aus Kohorten Studie	Liste von 15 sexuellen Gewalttätigkeiten	3 Jahre	Kappa sex. Missbrauch: 0,45; Kappa für physische Bestrafung: 0,47.
Goodman et al.	1998	140 Studenten	SLESQ ^d	2 Wochen	Kappa der einzelnen Items zw. 0,3 und 1,0 Median = 0,73, Summe der berichteten Traumata Rtt = 0,89

Fortsetzung Tabelle 1: Übersicht der Artikel zur Konsistenz traumatischer Berichte

Autor	Jahr	Stichprobe	Verfahren	Retest-Intervall	Konsistenzmaße
Kremers et al.	2007	50 Patienten mit Borderline Störung	Trauma-Interview nach Arntz et al.	27 Monate	Mind. 1 Veränderung bei 98% Summe der berichteten Trauma (Rtt=,89), Sex. Trauma –Score Rtt = , 87; Physical Trauma-Score Rtt = 0.82, Emotional Trauma-Score Rtt = 0,79
Widom et al.	2005	896 Personen mit gerichtl. dokum. Traumata	Kategorisierte Dokumentation bei t1, bei t2 LTVH ^e	5 – 11 Jahre	Konsistenz der Kategorien zw. 51% und 95%.
McHugo et al.	2005	Subsample von 186 Personen großer klinischer Untersuchung	LSC-R ^f	7 Tage	Alle Kappa für einzelne Items größer 0,4; Prozent der Übereinstimmung selten unter 90%.
Quimette et al.	2005	133 stationäre Suchtpatientinnen	LSC-R	6 Monate	Durchschn. Kappa = 0,47, wenn A2 Krit. berücksichtigt wurde, verbesserte sich das Kappa immer
Bernstein et al.	1994	40 Suchtkranke	CTQ ^g	2 – 6 Monate	Rel tt: = 0,88 Kappa (intraclass correlation)
Pavio	2001	33 Patienten vor und nach Traumatherapie	CTQ	6 Monate	Viele Yes – No und No-Yes Changes einzelner Items, die Skalen insgesamt haben aber eine gute zeitliche Konstanz
Roemer et al.	1998	460 amerikanische Kriegs – Veteranen	CES ^h – und adaptierte Items mit Frequenz – Einschätzung	1-3 Jahre	Retest-Reliabilität der Summenscore: Rtt = 0,66, sign. Anstieg von 1,88 auf 2,23 Nennungen pro Skala (d = 0,49).

^a Havard Trauma Questionnaire, Mollica et al. 1992; ^b Evaluation of Lifetime Stressors, Krinsley et al. 2003; ^cTrauma History Questionnaire, Green et al. 2000; ^d Stressful Life Events Screening Questionnaire, Goodman et al. 1998; ^e Lifetime Trauma and Victimization History, Widom et al. 2005; ^f Life Stressor Checklist, Wolfe et al. 1996; ^g Childhood Trauma Questionnaire, Bernstein et al. 1994; ^h Combat Exposure Scale, Keane et al. 1989

Eine Auswertung der Summe aller positiven Antworten bei anderen Traumachecklisten findet sich nur selten und dann ohne weiteren Kommentar. Mollica et al. (2007) und Wessely et al. (2003) beispielsweise berichten auch über nur geringfügige Veränderungen der Summe der positiv beantworteten Items der Traumachecklisten auch bei längeren Messintervallen. Für die Retestkorrelation der Summe aller positiv beantworteten Traumatitems errechneten Kremers et al. (2007) und Goodman et al. (1998) jeweils eine $r_{tt} = 0,89$. In diesen Arbeiten wurden Traumachecklisten eingesetzt, welche für unterschiedlichste Stressortypen die Traumaexposition über die gesamte Lebensspanne erheben. Eine solche quantitative Auswertung dieser Traumachecklisten führt also zumindest hinsichtlich der Retestreliabilität zu einer Verbesserung der Testgüte. Umso verwunderlicher ist es, dass diesem Messwert bislang so wenig Beachtung geschenkt wurde.

1.4 Traumachecklisten zur Messung der Traumaexposition

Trotz der hohen Prävalenz und psychopathologischen Relevanz traumatischer Erlebnisse in psychiatrischen und psychotherapeutischen Populationen ist gerade im deutschsprachigen Raum der systematische Einsatz von Verfahren zur Erfassung der Traumaexposition selten (Gaul und Biesold 2007). So finden sich in den deutschsprachigen Sammelwerken zur Diagnostik und Behandlung komplexer Traumatisierung keine Verfahren zur Erfassung der Traumageschichte (vgl. z.B. Sachsse 2004, Wöller 2006, Huber 2005). Vielmehr warnen erfahrenen Praktiker vor vorschnellen und zu detaillierten Fragen zur Traumageschichte aufgrund einer möglichen emotionalen Überflutung durch die belastenden Erinnerungen und einer iatrogenen Retraumatisierung (Wöller 2006). Fehlen Fähigkeiten mit den Erinnerungsfragmenten und den affektiven Erregungszuständen umzugehen, können erhebliche negative Auswirkungen durch eine inadäquate Fokussierung traumatischer Erfahrungen entstehen. Diese beschreibt eine betroffene Patientin: In Folge einer klinischen Traumaanamneseerhebung sei eine über Jahre anhaltende Verschlechterung ihres psychischen Befindens eingetreten, welche wiederholt zu psychiatrischen Kriseninterventionen führte (Völkner u. Seidler 2007). Auf diesen und ähnlichen Erfahrungen beruht die Empfehlung, zunächst einen spontanen Bericht traumatischer Erlebnisse abzuwarten und diesen dann vorsichtig und begrenzend zu begleiten. Gegebenenfalls muss zunächst ein Informationsdefizit in Kauf genommen werden (Wöller 2006).

Trotz der gebotenen Zurückhaltung und Vorsicht ist jedoch eine frühzeitige Diagnostik der Traumafolgestörung wichtig, auch um eventuelle Fehlbehandlungen zu vermeiden. Dabei bietet ein standardisiertes Instrument für den Betroffenen die Möglichkeit, über Rationalisierung eine ausreichende emotionale Distanzierung von den traumatischen Erinnerungen herzustellen. McHugo und Kollegen (2005) setzten die Life-Stressor Checklist in der Women Co-occurring Disorders and Violence Study ein und befragten die 2729 untersuchten suchtkranken Frauen bzgl. der durch das Untersuchungsinstrument erlebten Belastung. Nur in wenigen Fällen kam es zu Belastungsreaktionen wie Nervosität, Anspannung oder Weinen. In lediglich drei Fällen sei eine Kontaktaufnahme mit dem Untersuchungsbüro aufgrund der Befragungsbelastung notwendig geworden, zwei weitere Frauen hätten sich klinische Hilfe zur Bewältigung einer leichten Stressreaktion gesucht. Die kategorialen Fragen hätten verhindert, dass Geschehnisse als Ganzes oder sehr detailliert berichtet werden mussten.

Der Einsatz eines Fragebogens zur Erhebung der Traumaanamnese ermöglicht außerdem eine deutlich höhere Erkennensrate, da viele Patienten ihre traumatischen Erfahrungen nicht

angeben, wenn sie nicht explizit und direkt danach gefragt werden (Goodwin et al. 1988, Briere et al. 1989, Dill et al. 1991, Wurr u. Patridge 1996, Read u. Fraser 1998). So verglichen Reigstad und Mitarbeiter (2006) die in der Statistik aller jugendpsychiatrischen Fälle in Norwegen aufgeführten Angaben zur Inzidenz innerfamiliären (1,6%) und außerfamiliären sexuellen Missbrauchs (1,9%) sowie physischer Misshandlung (0,4%) mit den Prävalenzen einer Stichprobe aus dieser Populationen, welche gezielten befragt wurde. Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen wurden dann von 60,2% der Befragten angegeben und 25,5% berichteten von mehr als einer Form interpersoneller Traumatisierung. Goodman et al. (1998) betonen, dass erst die spezifische Abfrage eines weiten Spektrums an potentiell traumatisierender Stressoren das Portfolio der Traumatisierung abbildet, weshalb bei der Traumaanamnese unbedingt die gesamte Lebensspanne und auch weniger gravierende Stressoren zu berücksichtigen sind. Nur so können kumulative Traumatisierungen und erhöhte Risiken einer pathologischen Reaktion aufgezeigt werden. Idealerweise sollte die Itemformulierung eine ausreichende Spezifität aufweisen und gleichzeitig durch den formalen und kategorialen Charakter genügend emotionale Distanzierung in der Untersuchungssituation schaffen. Briere und Spinazzola (2005) empfehlen daher eine verhaltensbezogene Beschreibungen der Ereigniskategorien, auch um Dissonanzen mit der Selbstdefinition zu vermeiden. So könne das Wort Missbrauch oder Vergewaltigung oft nicht akzeptiert werden, obwohl unfreiwillige sexuelle Handlungen auf Druck eines anderen vorliegen. Die Verbesserung der Aufdeckungsrate bei verhaltensorientierten Fragen wurde von Fricker et al. (2003) experimentell bestätigt. Tabelle 2 fasst die Vor- und Nachteile der Verwendung von standardisierten Checklisten zur Erhebung der Traumaexposition zusammen.

Tabelle 2: Vor- und Nachteile von Checklisten zur Traumaexposition

Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Geringer ökonomischer Aufwand • Eine übermäßige emotionale Intensität wird vermieden • Multiple potentielle traumatische Stressoren werden erfasst • Das gesamte Portfolio der lebensgeschichtlichen Traumaexposition wird abgebildet • Selbständige Bearbeitung ermöglicht Angaben, die in anderen Kontexten zurückgehalten werden • Die Aufdeckungsrate verbessert sich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Bedeutungszuschreibung der Fragen ist nicht evaluierbar • Zusätzliche Detailangaben können nicht exploriert werden • Qualitative Merkmale der Berichte werden nicht erfasst • Non-verbale Reaktionen können nicht beobachtet werden • Stressormerkmale, welche die pathogene Wirkung des Ereignis determinieren, werden nicht erfasst • Labeling-Effekte durch die kategoriale Zuordnung können zu Inkonsistenzen in den Angaben und Zuordnungsproblemen führen

Die Fragebögen zur Traumaexposition lassen sich in ereignisspezifische Erhebungsinstrumente und Verfahren, welche das gesamte Spektrum potentiell traumatischer Stressoren anbieten, unterscheiden. Ereignisspezifische Instrumente wurden für Stressoren in kriegerischen Auseinandersetzungen (z.B. Havard Trauma Questionaire) und für kindliche Missbrauchs- und Misshandlungserlebnisse (z.B. Childhood Trauma Questionaire) entwickelt.

Gerade im klinischen Kontext sollte eine umfassende Erhebung lebenslanger traumatischer Erfahrungen mittels entsprechender Verfahren erfolgen. Tabelle 3 stellt 6 life-span Instrumente dar, die sowohl vom National Center for PTBS¹ als auch von Norris und Hamblen (2004) empfohlen werden und ein für die Zivilbevölkerung in Industrienationen relevantes Spektrum traumatischer Stressoren abfragen. Nach Maercker und Bromberger (2005) waren bislang zwei dieser Listen in deutscher Übersetzung verfügbar, der Trauma History Questionaire und der Traumatic Life Events Questionaire. Die Life-Stessor-Checklist Revised wurde vom Autor übersetzt.

Die Anzahl der Items der Traumachecklisten variiert zwischen 10 und 24. Die Listen bieten unterschiedliche potentiell traumatisierende Situationen in verhaltensorientierter Beschreibung an. Die Probanden beantworten, ob sie eine solche Situation schon mindestens einmal erlebt haben.

Gelegentlich werden zusätzliche qualitative Merkmale der Exposition, wie das Alter bei Erstexposition, die „Häufigkeit“ der Erlebnisse oder die Beziehung zum Täter, erfasst, jedoch in keinem Fall systematisch ausgewertet. Es zeichnet sich daher ein nur bruchstückhaftes Bild des individuellen Situationserlebens ab. Bei Häufigkeitsangaben entstehen besondere Objektivierungs- bzw. Skalierungsschwierigkeiten, wie sich dies z. B. bei über Jahre anhaltenden Gewalterlebnissen im Rahmen einer missbräuchlichen Beziehung nachvollziehen lässt. Es ist nahezu unmöglich, hierbei ein einzelnes Ereignis abzugrenzen.

¹ www.ncPTSD.va.gov/ncmain/nclocs/assmnts/nc_chart_trauma_exp.html (13.09.2007)

Tabelle 3: Übersicht der Life-span Traumachecklisten, Anzahl der Items je Stressorkategorie

Liste		Autor	Itemzahl (A2)	KAT	Krieg	Unfall	G. Erw	PMK	SMK	Sex. G. Erw	Tod	KH	Zeuge	son.
LSC-R	Life Stressor Checklist – Revised	Wolfe et al. 1996	21* A2	1	0	2	4	2	2	3	3	1	2	1
SLESQ	Stressful Life Events Screening Questionnaire	Goodman et al. 1998	13	0	0	1	3	1	0	2	1	1	1	2
TLEQ	Traumatic Life Events Questionnaire	Kubany et al. 2000	23, A2	1	1	2	5	1	3	2	4	1	2	1
THQ	Trauma History Questionnaire	Green 1996	24, A2	2	1	3	5	0	0	5	3	1	2	2
TEQ	Traumatic Event Questionnaire	Vrana et al. 1994	13	3	1	0	2	1	0	1	1	0	1	3
TSS	Traumatic Stress Schedule	Norris 1990	10	3	1	1	2	0	0	1	1	0	0	1

Legende: KAT = Naturkatastrophen und Unglücksfälle, Krieg = Kampfeinsätze, zivile Opfer, Unfall = Verkehrs- und Arbeitsunfälle, G. Erw. = nicht sexuelle Gewalterlebnisse als Erwachsener, PMK = physische Misshandlung in der Kindheit, SMK = Sexueller Missbrauch in der Kindheit, Sex. G. Erw. = sexuelle Gewalterlebnisse als Erwachsener, Tod = Verlust einer nahe stehenden Person durch Tod oder lebensbedrohliche Krankheit/ Verletzung dieser, KH = eigene schwere Erkrankung, Zeuge = Zeuge von Gewalthandlungen und Beobachten von tödlichen Unfällen, son = offene Frage nach weiteren als traumatisch erlebten Geschehnissen.

A2 = Fragen nach Hilflosigkeit und/oder extremen Schrecken während Traumaexposition.

* der LSC-R bietet darüber hinaus noch 9 weitere Fragen zu Ereignissen, welche nicht das A1 Kriterium erfüllen, so dass die Gesamtitemzahl 30 ist.

Die Traumachecklisten zeigen eine weite Übereinstimmung darin, welche Stressortypen sie berücksichtigen. Überfälle, Raubhandlungen und häusliche Gewalt, s.g. Community Violence, finden sich ebenso wie Items zur sexuellen Gewalt und zu Verlusterlebnissen durch Todesfälle enger Vertrauter in allen vorgestellten Listen. Meistens wird außerdem mindestens ein Item angeboten, welches Katastrophen bzw. Unglücksfälle, Unfälle, Kriegserlebnisse und eigene lebensbedrohliche Erkrankungen sowie kindliche Misshandlung bzw. Missbrauch abfragt. Jedoch differieren die Itemformulierungen und damit die konkreten Beschreibungen der Handlungssequenzen erheblich. Außerdem unterscheidet sich die Verteilung der Anzahl der Items pro Kategorie deutlich. Beim Traumatic Stress Schedule (Norris 1990) beziehen sich beispielsweise nur 30% der Fragen auf interpersonelle Gewalterlebnisse, in den meisten anderen Listen wird diesem Bereich mit über 50% der Fragen mehr Aufmerksamkeit geschenkt.

Wie Norris und Hamblen (2004) betonen, prägt die Auswahl der Ereignisse jedoch das Fragebogenergebnis und damit die Darstellung der Traumageschichte. Sie kritisieren die übliche Vorgehensweise bei der Testkonstruktion. Die Konstruktvalidität dieser

Traumachecklisten sei streng genommen nur eine Augenscheinvalidität und die Auswahl der Ereignisse „erscheine“ lediglich vernünftig (S. 65). Deshalb fordern sie ein statistisches Vorgehen bei der Itemsauswahl. Ein mögliches Gütekriterium sehen sie in der kongruenten Validität, also in der Übereinstimmung der relativen Häufigkeiten einzelner Ereignisse in verschiedenen Verfahren. Hierzu fehlen zumeist jedoch Angaben bzw. ist deren Vergleichbarkeit stark begrenzt, da die Wahl der Referenzstichproben die Prävalenzen massiv beeinflusst. Briere und Spinazzola (2005) empfehlen daher, dass diese Verfahren an demographisch repräsentativen Stichproben der Normalbevölkerung standardisiert werden sollten (S. 403).

Drei Listen (LSC-R, TLEQ und THQ) erheben außerdem das Kriterium A2 nach DSM IV, ob während der Exposition massive Hilflosigkeit, Schrecken oder Bedrohung erlebt wurde, und gehen damit auf das subjektive Erleben des Stressors ein. Dies kommt sowohl der aktuellen Definition traumatischer Erlebnisse als auch den Annahmen zur spezifischen Verarbeitung dieser Ereignisse nach. Außerdem zeigten die Untersuchungen von Krinsley et al. (2003) und Hepp et al. (2006), dass die Aussagen über Stressoren, welche auch mit extremer Hilflosigkeit oder Todesangst erlebt wurden, eine bessere zeitliche Konsistenz aufwiesen. Somit lässt die Einbeziehung des A2-Kriteriums eine Verbesserung der Testgüte der Instrumente erwarten.

1.5 Der Dose Response Effekt zwischen PTBS-Symptomen und Anzahl der Antworten in Traumachecklisten

Der Zusammenhang zwischen multipler Traumaexposition und erhöhter Wahrscheinlichkeit, an einer traumabedingten psychischen Störung zu erkranken, wurde bereits ausführlich dargestellt. In den letzten Jahren wurde diese Beziehung in mehreren Untersuchungen systematisch erfasst, indem die Summe der positiv beantworteten Items einer Traumacheckliste mit der Ausprägung der PTBS-Symptome verglichen wurde. Dabei zeigte sich zumeist ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen, welcher als Dose-Response Effekt bezeichnet wird. Tabelle 4 stellt Untersuchungen dar, in welchen Traumachecklisten additiv ausgewertet und mit PTBS-Symptomen in Beziehung gesetzt werden.

Tabelle 4: Untersuchungen zum Dose-Response Effekt

Autor	Jahr	Traumaliste	Anzahl der Items	Stichprobe	A2	Dose Response Effekt*
Green et al.	2000	SLESQ	10 Fragen	2507 weibliche Studenten	Nein	Ja/ PTBS
Neuner et al.	2004	Eigene Liste von . Kriegs- und nicht Kriegsereignisse	31 Fragen	3371 Ungandische und Sudanesische Flüchtlinge	Nein	Ja / PTBS
Eytan et al.	2004	Havard Trauma Questionaire	15 Fragen	996 Kosovo Albaner, die wieder zurückkehrten	Nein	Ja / PTBS
Frans et al.	2004	Eigene Fragen	7 Ereignis-kategorien	Zufallsstichprobe Schweden (N=1824)	Ja	Ja / PTBS und subj. Erleben
Marshall et al.	2005	HTQ-Cam und Survey of exposure to community violence	17 HTQ u. 11 SECV – Items	586 Kambodganische Flüchtlinge die mind. 10 Jahre in USA lebten	Nein	Ja / PTBS u. Depr.
Cook	2005	12 allgemeine Fragen und Combat Exposure Questionaire	35 Fragen	35 Senioren, die Teilnehmer unterschiedlicher Kriege waren	Nein	Kein Zusammenhang mit PTBS
Jones et al.	2006	Exposure to Com. Violence (Richters Saltzman 90) (SECV)	Keine Angaben	312 deutsche Entwicklungshelfer	Nein	Kein Zusammenhang mit PTBS
Farhood et al.	2006	Havard Trauma Questionaire	25 Fragen	250 zivile Bevölkerung im Libanon	Nein	Ja / PTBS
Schumm et al.	2006	CTQ + Erwachsenen Vergewaltigung	5 Skalen	777 Frauen , Pat. gyn. Klinik im Innenstadtbereich	Nein	Ja/PTBS
Nicholls et al.	2006	Trauma Questionaire	Keine Angabe	1558 Besucher einer Webseite für Angststörungen	Ja	Ja / PTBS
Grieger et al.	2006	Spezifische Erlebnisse als Summe	0 – 11 range, keine Angabe	613 Soldaten in Afghanistan verletzt, nach einem, 4 u. 7 Monaten	Nein	Ja für t1, kein Zusammenhang für t2 u.t3
Shalev et al.	2006	THQ (Goodman)	24 Items	277 Israelis aus von Attentaten betroffenen Gegenden (167) und nicht betroffenen Gegenden (87)	JA	Nur in der Gruppe mit ausgeprägter Traumaexpos. OR 1,29; vs. 1.09
Klaric et al.	2007	HTQ- Bosnia	46 Items	180 Mostar Frauen, 180 aus friedlicher Gegend	Nein	nur in Mostar-Gruppe für PTBS u. SCL 90
Vinck et al.	2007	11 kriegsbedingte Gewalthandlungen (allg. berichtete Ereignisse)	11 Ereignis-arten	2585 Kriegsvertriebene in Norduganda 74% PTBS, 44,5% Depression	Nein	4fache Abstufung: Zusammenhang für PTBS und Depression/
Suliman et al.	2009	11 traumat. Ereignisarten, CTQ	11 Ereignis-arten, CTQ	1150 südafrikanische Schüler	Nein	Ja: PTBS – TCL r=0,34; PTBS – CTQ r=0,37

* „Ja“ bedeutet, dass in der Untersuchung ein Zusammenhang im Sinne des Dose-Response Effektes bestätigt wurde.

Die Mehrheit der Untersuchungen bestätigt die relationale Beziehung zwischen der Anzahl der positiv beantworteten Items und der Ausprägung der PTBS-Symptomatik. Der Summenscore korreliert auch mit weiteren psychopathologischen Merkmalen, jedoch sind diese Zusammenhänge deutlich schwächer (Marshall et al. 2005, Klaric et al. 2007, Vinck et al. 2007). Somit erhält der Dose-Response Effekt eine hohe Spezifität und zeigt, dass das hier gemessene Kriterium im Zusammenhang mit einer spezifischen psychopathologischen Schädigung steht.

In Stichproben mit geringer Prävalenz traumatischer Erlebnisse, bei welchen der mittlere Summenscore unter 4 Angaben liegt, war der Dose-Response Effekt nicht nachzuweisen (Cook 2005, Jones et al. 2006, Shalev et al. 2006, Klaric et al. 2007). Hier scheinen andere, interindividuelle Unterschiede die Ausprägung der posttraumatischen Symptome stärker zu bestimmen.

In den angeführten Arbeiten kamen Traumachecklisten zum Einsatz, deren Items die mindestens einmalige Exposition mit einem bestimmten Stressortypen erheben. Somit wurde nicht nach der Häufigkeit der Expositionen differenziert. Trotzdem wurde die Summe der positiven Antworten mit dem Ausmaß der Traumatisierung gleichgesetzt, teilweise sogar als Anzahl der Traumaexpositionen interpretiert. Da der Summenscore einzig die Variationsbreite der erlebten Stressortypen wiedergeben kann, muss diese Interpretation auf eine theoretische Basis gestellt werden. Auch ist aufgrund des nominal-qualitativen Niveaus der Daten, welches die Fragen der Traumachecklisten generieren, die Bildung eines Summenscores eigentlich nicht zulässig. Hinzu kommt, dass der Dose-Effekt sich relativ unabhängig von der Formulierung der Items und der spezifischen Auswahl der Stressoren darstellt. Dennoch weisen die Untersuchungen zum Dose-Response Effekt der Summe aller Traumatypen bzw. der positiven Antworten einer Traumacheckliste eine relevante klinische Bedeutung zu und der spezifische Zusammenhang mit klinischen Markern der Traumatisierung lässt eine gute Konstruktvalidität dieser Messgröße für die subjektive Belastung durch traumatische Erfahrungen vermuten. Um eine quantitative Auswertung von Traumachecklisten zu rechtfertigen, sollte ein psychologisches Konstrukt definiert werden, das sich durch die Anzahl der Expositionen mit unterschiedlichen Stressortypen abbilden lässt.

1.6 Die „Traumabelastung“ als quantitative Dimension

Die Psychotraumatologie geht davon aus, dass die posttraumatische Psychopathologie die individuelle Schädigung des posttraumatischen Verarbeitungsprozesses wiedergibt. Es wird davon ausgegangen, dass die Stärke der neuronalen Repräsentation der traumatischen Erinnerung bzw. ihrer Vernetzung mit vegetativen Funktionsmustern im Wesentlichen das Ausmaß der posttraumatischen Störung erklärt (Flatten 2003, S. 49).

Vor dem Hintergrund des Dose-Response Effektes bietet sich die Möglichkeit, durch den Summenscore der Traumachecklisten das Ausmaß der traumaspezifischen Psychopathologie zu differenzieren. Dabei werden die Angaben dieser Ereignislisten zunächst als Ausdruck einer kumulativen Stressorexposition verstanden. Jedoch kann diese Variable aus den dargestellten methodischen Gründen nicht einfach als Häufigkeit der Traumatisierungen interpretiert werden.

Es stellt sich somit die Frage, welches psychologische Merkmal durch den Summenscore der Traumacheckliste gemessen wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Angaben in den Traumachecklisten um retrospektive Berichte handelt. Die Antworten werden durch die Charakteristika der traumatischen Situationen selbst, durch Spezifika der Gedächtnisrepräsentanz und des -abrufes sowie durch die psychologisch-subjektive Verarbeitung der Ereignisse geprägt. Ein hoher Summenscore kann somit sowohl Ausdruck einer großen Anzahl verschiedener traumatischer Erlebnisse sein, aber auch besonders komplexe traumatische Erfahrungen oder ein verstärktes subjektives Opfererleben widerspiegeln. Meist ist ein Zusammenspiel all dieser Faktoren zu vermuten. Gleichzeitig bestimmen eben diese Faktoren auch das Erkrankungsrisiko für Traumafolgestörungen. Betroffene mit einer Traumafolgestörung berichten häufiger über erneute Traumatisierungen und sind wie dargestellt auch tatsächlich häufiger neuen traumatischen Situationen ausgesetzt. Hinzu kommt, dass wiederholte Traumaexposition ein bedeutsamer Faktor für die Chronifizierung der posttraumatischen Erkrankungen ist (Perkonigg et al 2005). Gleichzeitig wird aufgrund der posttraumatisch verminderten Stresstoleranz sowie ungünstiger Copingstrategien von den Betroffenen eine größere Anzahl von Reizen als Traumatisierung erlebt, wenn sie an einer PTBS leiden (Schumm et al. 2006).

Neben diesem Zusammenwirken von Erleben und Bewerten von Hoch-Stress-Situationen mit der posttraumatischen Symptomatik bzw. vorhergehenden Traumatisierungen können auch spezifische Phänomene des traumatischen Gedächtnisses das Antwortverhalten beeinflussen. Dabei ist die Bearbeitung der Traumacheckliste als assoziativer Erinnerungsprozess zu verstehen. Die engen semantischen Verflechtungen im Traumagedächtnis (van der Hart et al.

2004) und die Tendenz zu übergeneralisierenden Berichten autobiographischer Ereignisse bei Traumatisierten (Moore und Zoellner 2007) steigern bei einer gezielten Befragung die Wahrscheinlichkeit, dass die im Item beschriebene Situation das Traumagedächtnis aktiviert. Somit könnten Betroffene mit ausgeprägter Traumapathologie eine größere Anzahl der Items mit den traumatischen Erfahrungen assoziieren, weshalb dann der Summenscore der Traumacheckliste die psychopathologische Belastung durch Traumatisierung abbilden kann. In der Summe ergibt sich, dass je komplexer, aktiver und ausgeprägter das Traumagedächtnis ist desto mehr Items der Traumacheckliste werden positiv beantwortet.

Dieses durch die Addition der Antworten einer Traumacheckliste erfasste Merkmal soll im Weiteren als **Traumabelastung** (TB) bezeichnet werden. Es wird davon ausgegangen, dass der Variable Traumabelastung ein unidimensionales quantifizierbares psychologisches Konstrukt zugrunde liegt, welches die aktuelle psychopathologische Belastung durch nicht integrierte traumatische Erinnerungen quantifizieren kann.

2 Ziele der Untersuchung und Hypothesen

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist das Dilemma der Differentialdiagnostik traumatisierter Patienten, die Abhängigkeit aktueller psychischer Beschwerden von Traumatisierungen nachzuweisen. Hierfür wurde bereits die Notwendigkeit einer systematischen und interindividuell vergleichbaren Beurteilung der lebenslangen Expositionserfahrungen mit potentiell traumatisierenden Stressoren deutlich.

Die Diagnostik der Traumafolgestörungen ist besonders bei Personen mit ausgeprägten psychischen Beschwerden indiziert wie z. B. bei stationären Patienten einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Klinik. Die Untersuchungsstichprobe wurde daher aus dieser Population ausgewählt.

In der vorliegenden Untersuchung wird die Traumabelastung als dynamisches Konstrukt definiert, welches die Relevanz traumatischer Erfahrungen für den aktuellen psychischen Status anzeigt. Dieses Konstrukt soll durch die Summe der positiven Antworten einer Traumacheckliste operationalisiert und gemessen werden und somit das Ausmaß der traumaspezifischen psychopathologischen Veränderungen abbilden.

Als Traumacheckliste, welche die lebenslangen Expositionserfahrungen berücksichtigt und das die Messgüte verbessernde A2 Kriterium erfasst, wurde die Life-Stressor Checkliste revised von Wolfe et al. (1996) ausgewählt und eine deutsche Version erstellt.

Ziel der Arbeit ist die empirische Überprüfung der quantitativen Mess- und Auswertungsmethode durch Analyse von Validitäts- und Reliabilitätsmerkmalen dieser Liste.

Hypothese 1:

Im Sinne der Konstruktvalidität ist ein *spezifischer Zusammenhang* des Summenscores der Traumacheckliste mit den zentralen Symptomen der PTBS zu erwarten, welcher sich hinsichtlich seiner Stärke vom Zusammenhang mit anderen psychopathologischen Syndromen unterscheidet.

H 1: Zwischen dem Summenscore der Traumacheckliste und dem IES – Gesamtwert besteht ein bedeutsamer Zusammenhang.

H 1a: Die Korrelation des Summenscores mit anderen psychopathologischen Beschwerden, erhoben durch SCL 90- R, hat dem gegenüber einen geringeren Betrag.

H 1b: Dies gilt auch für die Korrelationen mit einzelnen Skalen des SCL 90- R.

H 1c: Die Traumabelastung unterscheidet systematisch zwischen Diagnosegruppen. Eine besonders hohe Belastung wird für Patienten, welche unter einer PTBS und anderen traumaassoziierten Erkrankungen wie dissoziative Störungen oder Persönlichkeitsstörungen leiden, erwartet.

Hypothese 2:

Die Voraussage der PTBS-Symptome durch die Traumabelastung soll sich gegenüber einer Entscheidung, welche nur spezifische „schwere“ traumatische Stressoren berücksichtigt, verbessern. Hierzu soll der *Voraussagewert* verschiedener Stressortypen für die PTBS-Symptomatik regressionsanalytisch betrachtet werden sowie Cluster aus den Angaben zur Traumaexposition berechnet und diese Gruppen hinsichtlich der Traumaangaben und anderer pathologischer Merkmale miteinander verglichen werden.

H 2: Die Traumabelastung bietet einen höheren Anteil an Varianzaufklärung für die zentralen Symptome der PTBS als Angaben zu einzelnen, spezifischen Traumatisierungen.

H 2a: Die Traumabelastung erklärt einen deutlich größeren Teil der Varianz des IES-R Gesamtwertes als eine dichotome Traumakennzeichnung, wie z.B. sexuell vs. nicht sexuell traumatisierte Personen oder Traumaexposition im Kindesalter.

H 2b: Auch innerhalb dieser Hochrisikogruppen können Angaben zu weiteren traumatischen Erfahrungen hinsichtlich klinischer Kriterien differenzieren.

H 2c: Die Traumabelastung erklärt die Varianz der posttraumatischen Symptome besser als einzelne Bereiche traumatischer Stressoren.

H 2d: Die Gruppen von Personen, welche aus einer Clusteranalyse der Antworten zu den Traumatisierungsarten gewonnen werden, unterscheiden sich hinsichtlich der Traumabelastung systematisch.

H 2e: Items, welche Stressoren mit hoher psychopathologischer Potenz beschreiben, finden sich in Fällen mit einem insgesamt hohen Summenscore.

Hypothese 3:

Darüber hinaus soll durch weitere *Skalenkennwerte* der Messgüte der Traumabelastung beurteilt werden, wie die interne Konsistenz und als Maß der kongruenten Validität die Übereinstimmung der relativen Itemhäufigkeiten mit anderen Untersuchungen.

H 3: Die Skala Traumabelastung verfügt über zufriedenstellende Kennwerte.

H 3a: Es besteht eine ausreichende interne Konsistenz für die Skala (Cronbach's $\alpha \geq 0,70$).

H 3b: Die relativen Häufigkeiten der Exposition mit den potentiell traumatischen Stressoren stellen die Itemschwierigkeit dar. In der Skala Traumabelastung sind Items unterschiedlicher Schwierigkeit integriert.

H 3c: Die relativen Häufigkeiten der Traumotypen entsprechen den Angaben, die durch ähnliche Verfahren an anderen klinischen Stichproben gewonnen wurden.

3 Material und Methodik

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Untersuchung wurde an 130 Patienten der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik Halle durchgeführt, die vom Januar 2006 bis März 2007 zur Behandlung aufgenommen wurden. 10 weitere Fälle konnten nicht in die Stichprobe aufgenommen werden, da wegen vorzeitigem Behandlungsabbruchs oder aus organisatorischen Gründen die Fragebögen von den Betroffenen nicht ausgefüllt wurden. Eine Weigerung der Teilnahme an der Untersuchung lag in keinem Fall vor. Aufgrund der geringen Anzahl sowie der Gründe des Drop-Outs kann von einer Vollerhebung der im Untersuchungszeitraum behandelten Patienten ausgegangen werden.

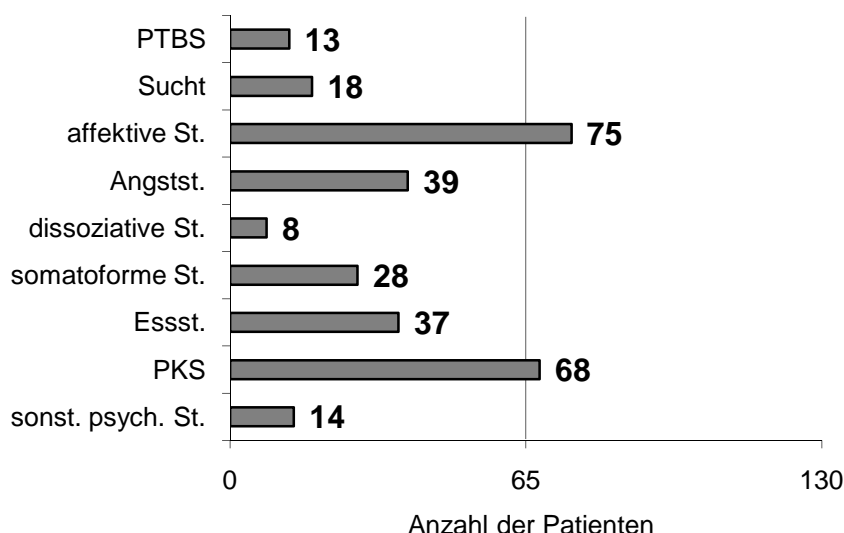
Die Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik Halle hielt in diesem Zeitraum 12 vollstationäre und 8 tagesstationäre Betten vor. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 42 Tage. Es handelt sich um eine Einrichtung der Akutversorgung für psychosomatische Patienten, in welcher das gesamte Spektrum der fachspezifischen Erkrankungen behandelt wird. Die Indikation zur Aufnahme wurde im ambulanten Vorgespräch überprüft. Die Untersuchungsstichprobe setzte sich aus 36 Männern (27,7%) und

94 Frauen (72,3%) zusammen, im Mittel waren die Patienten bei Aufnahme 32,7 Jahre alt. Ein Drittel der Patienten gab als höchsten Schulabschluss Abitur oder Fachhochschulreife an (34,6%), Realschulabschluss oder mittlere Reife 44,6% und Haupt- oder Sonderschule 15,3%, ohne Schulabschluss waren 4,6%. Ein Fünftel der Stichprobe befand sich in einer beruflichen Ausbildung (19,2%), die anderen gaben als berufliche Qualifikation Studium (20%), Meister- oder Fachschule (6,9%) und Lehre (41,5%) an, 5,4% hatten keinen beruflichen Abschluss. 56,2% der Patienten waren zu Behandlungsbeginn ohne Arbeit bzw. erwerbslos und 44,7% gingen einer beruflichen Tätigkeit nach.

Von den 130 untersuchten Patienten wurden 85 (65,4%) auf der Vollstation der Klinik und 45 (34,6%) tagesklinisch behandelt. Diese Verteilung leitet sich aus der unterschiedlichen Bettenzahl der Behandlungsangebote ab.

Die Vergabe der Diagnosen erfolgte auf der Basis eines semistrukturierten Interviews nach ICD-10 Kriterien und der Zweitsicht durch den zuständigen Oberarzt. Mit 57,7% wurde am häufigsten eine affektive Störung festgestellt, die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung fand sich bei 10% der untersuchten Patienten/innen. Außerdem wurde bei 68 Patienten (52,3%) auch eine Persönlichkeitsstörung festgestellt. Die Anzahl der psychischen Störungen lag im Durchschnitt bei 2,26 und reichte von 1 bis maximal 4 Diagnosen. Die Häufigkeitsverteilung der Diagnosen findet sich in Abbildung 1.

Abbildung 1: Verteilung der Behandlungsdiagnosen (absolute Häufigkeiten)



3.2 Eingesetzte Verfahren

3.2.1 Die Life Stressor Checklist revised

Die Life-Stressor Checklist wurde von Wolfe und Kimberlin entwickelt und in Stamm (1996) vorgestellt. Die in der vorliegenden Untersuchung verwendete Version wurde dem Autor im englischen Original durch das National Centre of PTSD im Juli 2005 zur Verfügung gestellt.

Der Autor erstellte eine deutsche Übersetzung des Fragebogens, welche durch Rückübersetzung überprüft und korrigiert wurde, unter der Vorgabe die Qualität und Intension der Originalformulierungen beizubehalten.

Die Life-Stressor Checklist revised enthält 30 Fragen. 19 Items beschreiben Stressoren, welche dem Trauma-Kriterium nach DSM-IV genügen und 9 Items behandeln andere belastende Lebensereignisse, wie Inhaftierung, Verarmung oder Scheidung. Zusätzlich wird im Item 29 aufgefordert, noch weitere nicht berücksichtigte Stressorexpositionen zu benennen und das Item 30 bietet ebenfalls als offene Frage die Möglichkeit an, weitere Ereignisse zu benennen, durch deren Berichte traumatische Stressreaktionen ausgelöst wurden².

Zusätzlich werden bei den 21 Items, welche potentiell traumatisierende Stressoren erfassen, das Alter bei Erstexposition (in Jahren), die Dauer der Stressorexposition, soweit dies inhaltlich sinnvoll ist, die erlebte Todesangst und das Auftreten von Gefühlen massiver Hilflosigkeit oder Schrecken erhoben. Außerdem werden die Probanden aufgefordert, auf einer Likert-Skala von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „extrem“ einzuschätzen, wie sehr sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt hat.

Die 19 Trauma-Items wurden sechs Gruppen zugeordnet: Unglücksfälle und Unfälle (Katastrophe, Zeuge eines Unfalls und eigener schwerer Unfall, 3 Items), schwere Krankheit (1 Item), Vernachlässigung (emotionale und physische Vernachlässigung, 2 Items), Trauer und Verlust (Abort oder Fehlgeburt, plötzlicher Todesfall, anderer Tod einer nahe stehenden Person, 3 Items), interpersonelle Gewalterfahrungen (Zeuge von familiärer Gewalt als Kind, Zeuge oder Opfer eines Raubes oder Körperverletzung, physische Misshandlung als Kind oder Erwachsener, 5 Items) sowie sexuelle Gewalt (sexuelle Belästigung, erzwungene sexuelle Berührung als Kind oder Erwachsener, erzwungener Geschlechtsverkehr als Kind oder Erwachsener, 5 Items). 3 dieser 19 Fragen sowie eine weitere offene Frage (Item 30) berücksichtigen somit die Exposition als Zeuge. Physische Misshandlung, erzwungene sexuelle Berührungen und Geschlechtsverkehr werden jeweils getrennt für Kindheit (vor dem 16. Lebensjahr) und Erwachsenenalter (nach dem 16. Lebensjahr) erhoben. Hier ist die Gefahr

² Eine vollständige Version des eingesetzten Fragebogens findet sich im Anhang.

doppelter Angaben zur selben traumatischen Erfahrung besonders offensichtlich. Jedoch wird allgemein von einem qualitativen Unterschied der psychischen Schädigung durch interpersonelle Gewalt in den verschiedenen Lebensabschnitten ausgegangen, weshalb sich diese Differenzierung rechtfertigt. Die Items der englischen Vorlage wurden vollständig übernommen, da diese Version mehrfach erfolgreich klinisch erprobt worden war. Aufgrund der empirischen Belege für das gute Verständnis der Formulierungen, die hohe Akzeptanz des Verfahrens und die geringen Belastungen durch die Messung (McHugo et al. 2005) wurden bei Erstellung der deutschen Version keine Veränderungen vorgenommen. Somit trifft die Kritik von Norris und Hamblen (2004) bzgl. der fehlenden experimentellen Itemselektion bei Traumachecklisten auch für die Konstruktion dieses Verfahren zu.

Die Retestreliaibilität als zentraler psychometrischer Kennwerte der Traumachecklisten wurden in zwei Studien für die LSC-R untersucht. McHugo et al. (2005) berichten bei Messwiederholung nach 7 Tagen von einer zumeist 90%igen Übereinstimmung der Antworten und einem zumeist moderatem bis hohem Kappa der Items. Für die Summe aller Items (potentiell traumatische Stressoren und andere Ereignisse) stellen sie eine Retestreliaibilität von 0,86 dar. Bei Quimette et al. (2005) wurde ein Retestintervall von 6 Monaten gewählt. Es ergaben sich moderate Intra-Itemkorrelationen mit einem mittleren Kappa von 0,47. Die Testgüte des LSC-R entspricht damit anderen Life-Time-Traumachecklisten (Maercker u. Bromberger 2005).

3.2.2 Impact of Event Scale revised

Die Impact of Event Scale (IES) wurde 1979 von der Arbeitsgruppe um *HOROWITZ* als Selbstevaluationsverfahren der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt. In deutscher Übersetzung wurde die revidierte Form von Maercker und Schützwohl (1998) statistisch überprüft und in Boos (2005) veröffentlicht. Die Angaben zur Reliaibilität, Validität und diagnostischen Sensitivität fielen insgesamt zufrieden stellend aus. Außerdem können entsprechend der DSM IV Kriterien die Subskalen Intrusion, Vermeidung und Übererregung gebildet werden.

Zur Bearbeitung des Fragebogens werden die Probanden aufgefordert, ein Ereignis auszuwählen und die Häufigkeit der ereignisbezogenen Symptome während der letzten 7 Tage auf viergestuften Likert-Skalen mit den Wertungen 0 = überhaupt nicht, 1 = selten, 3 = manchmal und 5 = oft einzuschätzen. Der IES-R wurde in vielen Untersuchungen zur Erfassung der PTBS-Symptome eingesetzt.

Die Instruktion der vorliegenden Untersuchung forderte dazu auf, das am meisten belastende Ereignis des LSC-R auszuwählen und der Beantwortung der Fragen zugrunde zu legen. Als Bezugsereignis konnte sowohl einer der 21 potentiell traumatisierenden Stressoren als auch eines der 9 anderen Life-Events gewählt werden.

3.2.3 Symptom-Check Liste SCL-90 revised

Die Symptom-Check-List von DEROGATIS ist eines der am häufigsten verwendeten Verfahren zur Ermittlung der Struktur psychischer Symptome und der psychischen Belastung. Sie liegt in einer validierten deutschen Übersetzung in revidierter Form vor (Franke 1995). In 90 Items werden unterschiedliche psychische und somatische Beschwerden dargestellt, welche auf einer fünfstufigen Likert-Skala hinsichtlich der in den letzten 7 Tagen erlebten Belastung eingeschätzt werden. 83 Items werden in 9 Skalen zusammengefasst: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Aggressivität und Feindseeligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Als Skalen übergreifende Parameter bildet der GSI die grundsätzliche psychische Belastung ab. Zur psychometrischen Qualität dieses Inventars liegt eine große Anzahl von Studien vor, welche eine hohe Güte für die Skalenkennwerte interne Konsistenz, Testwiederholungsreliabilität und Reliabilität der Skalendifferenz belegen. Außerdem ist das Verfahren Bestandteil der Testbatterie zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie.

3.2.4 Therapeuteneinschätzung zur Relevanz traumatischer Erlebnisse

Die behandelnden Therapeuten³ bearbeiteten zum Abschluss des Klinikaufenthaltes der Patienten einen Fragebogen, in welchem aufgrund der klinischen Erfahrungen und Anamnesedaten das Vorliegen traumatischer Erfahrungen und deren Relevanz für die Psychopathogenese aus Sicht des Behandlers einzuschätzen waren.

Nur im Falle des Autors war der Untersuchungsgegenstand bekannt, die Life-Stressor-Checklist war den behandelnden Therapeuten einsehbar, ohne dass Informationen zur Auswertung der Skala gegeben wurden.

Es waren folgende Fragen zu beantworten: „Sind beim Patienten / der Patientin traumatische Einzelerfahrungen bekannt?“ (Variable Traumatisierung), „Gibt es Hinweise, dass der Patient / die Patientin durch traumatische Einzelereignisse stark in seiner Entwicklung geprägt wurde?“ (Variable Prägung) und „Ist eine oder mehrere der o.g. Erkrankungen auf eine

³ 2 Fachärzte für Psychosomatische Medizin, 2 Kollegen in Facharztausbildung, ein psychologischer Psychotherapeut und eine Psychologin in Ausbildung

Traumatisierung zurückzuführen?“ (Variable Traumafolgestörung). Zusätzlich sollten die traumatischen Erlebnisse beschrieben werden, der Grad der Auswirkung auf einer Likert – Skala von 1 = gar nicht bis 5 = extrem eingeschätzt und die Traumafolgestörung benannt werden. Durch diese Variablen wurde versucht, ein externes Validitätskriterium für das Ausmaß und die Relevanz traumatischer Erfahrungen zu erfassen.

3.3 Untersuchungsverlauf und Untersuchungsdesign

Die Untersuchung wurde als Feldstudie durchgeführt, die Stichprobenauswahl ergab sich aus den Anmeldungen nach Prüfung der Behandlungsindikation durch die Klinikambulanz und Aufnahme in der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik Halle. Da außer des Zeitrahmens keine weiteren Teilnahmekriterien angewendet wurden und für den Untersuchungszeitraum keine spezifischen Veränderungen der Patientenzuweisung zu beobachten waren, ist von einer Zufallsstichprobe aus der Population der Patienten dieser Klinik auszugehen. Ob die Stichprobe für die Gesamtpopulation psychosomatischer Patienten als repräsentatives Klientel anzusehen ist, kann aufgrund fehlender Bezugsdaten nicht beurteilt werden. Bei den Patienten wurde innerhalb der ersten sieben Behandlungstage eine intensive tiefenpsychologische Diagnostik durchgeführt, parallel wurden sie aufgefordert, einen Lebensbericht zu verfassen. Am siebten Behandlungstag wurde ihnen der Fragebogen zu traumatischen Erfahrungen ausgehändigt, die Life-Stressor-Checklist mit IES-R. So sollte gewährleistet werden, dass die Patienten vor Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen eine ausreichende Integration in das Behandlungssetting erfahren hatten. Der SCL 90-R als Maß der allgemeinen psychischen Belastung wurde bereits am Aufnahmetag von den Patienten bearbeitet.

Bei 24 Personen konnte aus organisatorischen Gründen der IES-R nicht erhoben und ausgewertet werden. In den soziodemographischen und klinischen Variablen ergaben sich im Vergleich zur restlichen Stichprobe keine statistisch signifikanten Unterschiede. Insofern konnte bei der Analyse der Items der Life-Stressor Checkliste auf 130, bei der Überprüfung der Zusammenhänge mit den posttraumatischen Symptomen auf 106 Versuchspersonen zurückgegriffen werden.

3.4 Statistische Verfahren

Die Datenerfassung erfolgte über eine Eingabemaske, welche in Windows Access erstellt wurde. Zur statistischen Auswertung der Daten wurde das Programm SPSS Version 10.0 eingesetzt. Zusammenhangshypothesen wurden mittels Pearson Produkt Moment Korrelationen und multipler Regressionsanalysen überprüft.

Eine inferenzstatistische Beurteilung der Korrelation verschiedener Variablen wurde nach Bortz (1985, S. 266) mittels folgender Formel durchgeführt.

Formel 1:

$$z = [n^{1/2} * (r_{jk} - r_{jh})] / [(1 - r_{jk}^2)^2 + (1 - r_{jh}^2)^2 - 2 r_{hk}^3 - (2 r_{hk} - r_{jk} * r_{jh}) (1 - r_{jk}^2 - r_{jh}^2 - r_{hk}^2)]^{1/2}$$

Bei Regressionsanalysen wurden die Prädiktorvariablen schrittweise hinzugefügt, wodurch sich der zusätzlich erklärte Varianzanteil durch die Differenz der Determinationskoeffizienten r^2 ausdrückt, wie Formel 2 darstellt.

$$\text{Formel 2 : Diff} = / r^2_{x,y} - r^2_{x,y,z} /$$

Die Clusteranalyse ermöglicht es, eine Stichprobe anhand einer Auswahl determinierender Variablen in Gruppen einzuteilen. Das hier eingesetzte Verfahren Quick Cluster (SPSS) teilt die Fälle durch Minimierung der Abstände von n-dimensionalen Clusterzentren einer zuvor vorgegebene Anzahl von Gruppen zu. Im Vergleich der Graphen verschiedener Clustermuster kann dann eine inhaltlich gut interpretierbare Gruppenstruktur ausgewählt werden, wobei die Definition dieser Gruppen anhand der Variablen mit markanten Differenzen im Itemmittelwert der Cluster erfolgt.

Zur Überprüfung von Mittelwertsunterschieden wurden t-Tests und einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) eingesetzt.

4 Ergebnisse

Die Abbildung 2 zeigt die Verteilungen der Summe der positiven Antworten der 21 Items zu potentiell traumatischen Stressoren. In der linken Abbildung wurde das DSM IV Kriterium erlebte Hilflosigkeit, Schrecken oder Todesangst zusätzlich berücksichtigt. Eine positive Antwort wurde nur dann gewertet, wenn eine der Ergänzungsfragen c und d⁴ bejaht, also das Kriterium A2 bestätigt wurde. Die Berücksichtigung des peritraumatischen Stressorerlebens ermöglicht neben der Kongruenz mit den diagnostischen Kriterien eine bessere zeitliche Konsistenz der Angaben. Die Itemdefinition, traumatisches Erlebnis mit mindestens einem Kriterium A2, wurde deshalb den weiteren Auswertungen zugrunde gelegt und ihre Summe als Maß der Traumabelastung definiert.

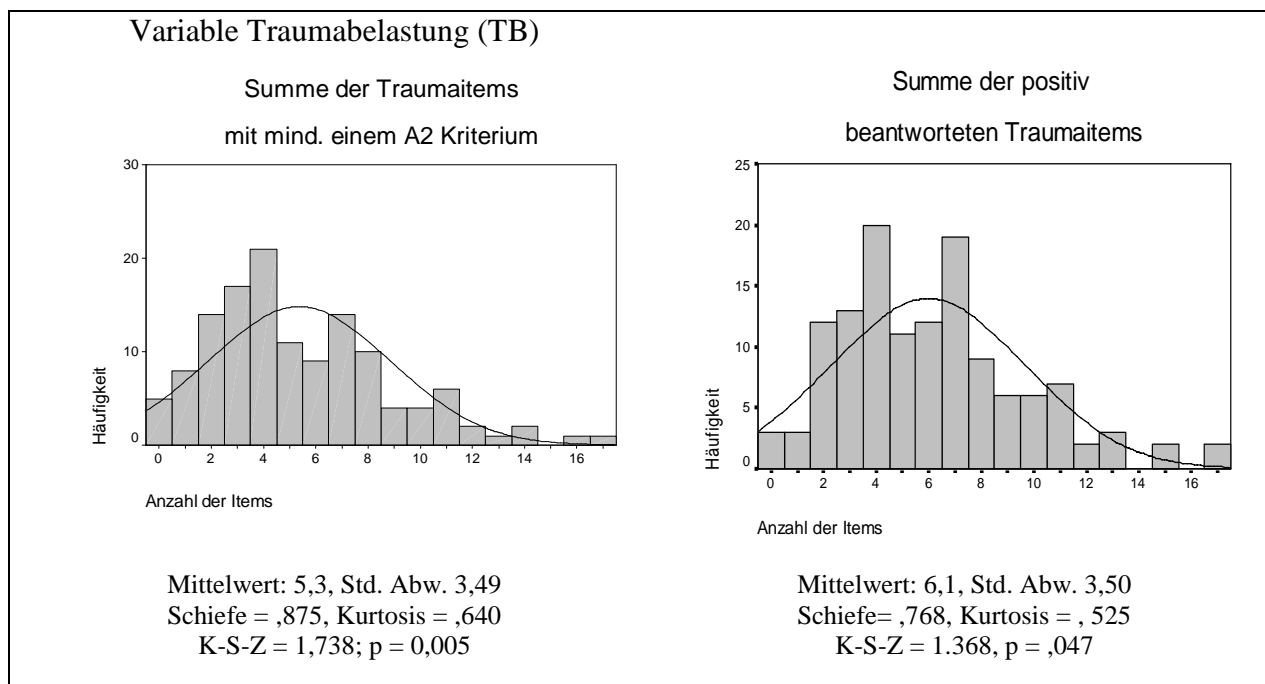
Die Verteilung der Variablen ist leicht linkschief, die Werte weichen daher im Kolmogorov Smirnov Anpassungstests signifikant von der Normalverteilung ab. Inhaltlich und klinisch ist diese Verteilungsform jedoch gut nachvollziehbar, da Traumata als außergewöhnliche und daher auch eher seltene Ereignisse definiert sind. Parametrische Tests können dennoch

⁴ Vgl. LSC-R im Anhang 3

eingesetzt werden, da diese Voraussetzungsverletzung bei den Verfahren aufgrund der Stichprobengröße gut toleriert wird.

Das rechte Diagramm der Abbildung 2 gibt die Verteilung der Summe der Expositionsnennungen unabhängig vom Kriterium A2 wieder. Dieser Summenwert weist mit $r = 0,968$ eine hohe Übereinstimmung mit der Variablen Traumabelastung (TB) auf⁵. Eine Exposition mit einem traumatischen Stressor wurde in 87,7% auch von Hilflosigkeit, Schrecken oder Todesangst begleitet. Bei den einzelnen Stressoren schwankte die Übereinstimmung der relativen Antworthäufigkeit mit und ohne Berücksichtigung des Kriteriums A2 zwischen 67% (Item andere Todesfälle) und 100% (zwei Items zur sexuellen Gewalt).

Abbildung 2: Verteilungen der Summe aller positiv beantworteten Traumaitems des LSC-R mit und ohne Berücksichtigung des Kriterium A2



Es bestand kein Zusammenhang zwischen der Traumabelastung und soziodemographischen Variablen (Geschlecht: Männer Mittel = 4,69, Frauen Mittel = 5,63, $t = 1,368$, $p = ,174$; Erwerbstätigkeit: „vorhanden“ Mittel = 5,02; „nicht vorhanden“ Mittel = 5,49, $t = 0,753$, $p = ,453$; Alter: $r_{TB\text{-}Alter} = ,098$, $p = ,266$, Schulbildung⁶ $F = 0,785$, $p = ,537$). Auch bei anderen abhängigen Variablen dieser Untersuchung, dem IES-R Gesamtwert und dem GSI-Wert des

⁵ Im Anhang 1 werden die relativen Häufigkeiten und weitere Itemkennwerte für jeden Stressor einzeln aufgeführt.

⁶ Bei der Variablen Schulbildung wurden Sonderschüler (N=2) mit Hauptschülern zusammengefasst.

SCL-90 R, ergaben sich bzgl. der Faktoren Geschlecht, Alter und Schulbildung keine signifikanten Unterschiede. Lediglich der Faktor Erwerbstätigkeit führt zu einem signifikanten Mittelwertsunterschied im IES-R jedoch nur auf dem Signifikanzniveau von 5% ($t = 2,225$, $p = ,028$). Die soziodemographischen Faktoren wurden daher bei den weiteren Analysen vernachlässigt.

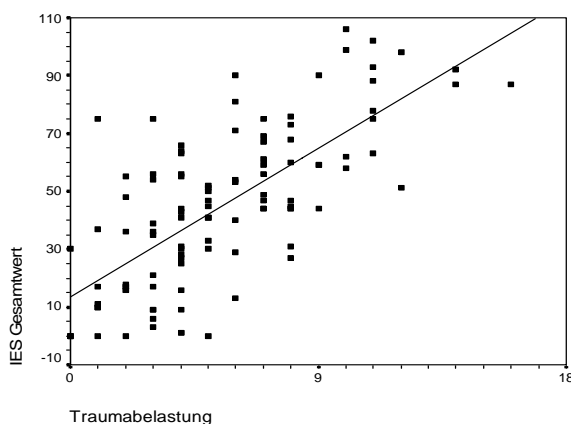
4.1 Korrelation der Traumabelastung mit klinischen Variablen

Die Hypothese 1 postuliert einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen der Traumabelastung und den zentralen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung.

Die posttraumatischen Belastungssymptome wurden mittels des IES-R erhoben, im Mittel wurde ein Skalenwert von 45 bei einer Standardabweichung von 27,4 erreicht; die Variable ist in der Stichprobe normalverteilt. Der Fragebogen wurde auch dann bearbeitet, wenn keine explizite Traumatisierung vorlag. Trotz dieser vom Original modifizierten Instruktion⁷ erkennt der IES-R Gesamtwert die PTBS Fälle (Diagnose PTBS: $IES-R_{Mittel} = 77,6$) und ist u.a. erwartungsgemäß auch bei dissoziativer Störung erhöht ($IES-R_{Mittel} = 55,6$). Es kann also davon ausgegangen werden, dass dem IES-R auch bei dem hier eingesetzten, leicht modifizierten Vorgehen seine Fähigkeit, die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung valide zu messen, erhalten blieb.

Die Korrelation des IES-Gesamtwertes mit der Traumabelastung ist mit $r = 0,714$ bedeutsam, die Fälle verteilen sich entlang der linearen Regressionsfunktion, wie die bivariate Verteilung zeigt. Somit kann der Variablen eine gute Sensitivität für die posttraumatischen Symptome zugeschrieben werden.

Abbildung 3: Bivariate Darstellung der Variablen IES-R und Traumabelastung



⁷ Die übliche Vorgehensweise ist es, den IES-R nur nach Identifikation eines konkreten traumatischen Erlebnisses einzusetzen.

Die Korrelationen der Traumabelastung mit den Subskalen des IES-R bewegen sich auf einem geringfügig niedrigeren Niveau (Intrusionen $r = 0,616$, Vermeidung $r = 0,620$, Übererregung $r = 0,667$), signifikante Unterschiede der Korrelationen der drei Syndrombereiche der PTBS mit der Traumabelastung können ausgeschlossen werden.

Mit dem GSI des SCL-90 R wurde die allgemeine psychische Belastung erhoben. Sein Zusammenhang mit der Traumabelastung fällt deutlich geringer als beim IES-R aus, dennoch ist auch diese Korrelation von 0 signifikant verschieden ($r = 0,303$, $p = ,000$). Inferenzstatistisch sind die beiden Korrelationen der Traumabelastung mit dem IES-Gesamtwert und mit dem GSI Wert des SCL-90 R jedoch klar zu unterscheiden ($z = 11,63$, $p = ,000^8$).

Die Zusammenhänge einzelner Subskalen des SCL-90 R mit der Traumabelastung sind gering ausgeprägt und liegen zwischen $r = 0,08$ (phobische Angst) und $r = 0,28$ (Somatisierung).

Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese 1b, welche einen spezifischen Zusammenhang zwischen Traumabelastung und den zentralen Symptomen der PTBS voraussagt. Dieser übertrifft die Korrelationen mit anderen klinischen Syndromen deutlich, was als Hinweis für die Spezifität der Skala hinsichtlich einer traumabedingten Psychopathologie interpretiert werden kann.

Der Dose-Response Effekt zwischen der Anzahl der traumatischen Stressortypen und der Ausprägung der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung wurde damit auch in dieser klinisch-psychosomatischen Stichprobe repliziert. Gleichzeitig besteht ein – wenn auch geringerer – Zusammenhang zwischen Traumabelastung und allgemeiner psychischer Belastung.

Angaben zu 3 - 4 Traumotypen werden z. B. von Green et al. (2000) als kritischer Wert dafür angeführt, dass eine Traumafolgestörung besteht. Wird eine Summe > 4 der Traumabelastung als kritischer Wert gewählt, ergeben sich zwei annähernd gleich große Gruppen mit 49 und 57 Probanden. Diese Gruppen viele bzw. wenige Angaben zur Traumaexposition wurden nun mit einem von Creamer et al. (2003) vorgeschlagenen Cut-Off des IES-R zur Identifikation von Fällen mit posttraumatischer Belastungsstörung verglichen. Dabei zeigt sich in der stärker belasteten Gruppe ($TB \geq 5$) eine Trefferquote von 87,7% für die nach dem Creamer Kriterium als Fälle identifizierten Patienten, in der geringer belasteten Gruppe ($TB \leq 4$) werden 61,2%

⁸ Grundlage dieser Berechnung war die Interkorrelationsmatrix der Variablen bei den 106 Personen, welche auch den IES bearbeiteten. In dieser Teilstichprobe stellte sich der Zusammenhang zwischen Traumabelastung und GSI – Wert geringfügig schwächer als in der Gesamtstichprobe dar: $r = 0,271$.

auch nicht als PTBS Patienten klassifiziert. Bei geringer Traumabelastung kommt es demnach etwas eher zu Fehlzuordnungen.

Die Korrelationen der Variablen IES-R und Traumabelastung innerhalb der durch die Trennung der Stichprobe beim Wert 4/5 erzeugten Gruppen unterscheiden sich deutlich (Korrelation_{TB- IES-R}: $r_{TB \leq 4} = 0,340$; $r_{TB \geq 5} = 0,618$). Die Variable Traumabelastung besitzt demnach im niedrigen Bereich eine geringere Differenzierungsfähigkeit hinsichtlich der posttraumatischen Symptome. Entsprechend wurde der Dose-Response-Effekt auch in gering betroffenen Populationen nicht nachgewiesen. Menschen, welche eine geringe Anzahl von Expositionen mit unterschiedlichen Stressoren berichten, können unbelastet sein, aber auch eine hohe Symptombelastung durch eine Monotraumatisierung aufweisen. Wird die Traumabelastung als Merkmal der Relevanz traumatischer Erfahrungen für die aktuelle Symptomatik eingesetzt, muss diese Einschränkung der Differenzierungsfähigkeit berücksichtigt werden. Andererseits ermöglicht ein Cut-Off von 4/5 offensichtlich eine gute Identifikation komplex traumatisierter Patienten.

Abbildung 4: Bivariate Verteilung mit Cut-Off Werten für TB (4/5) und IES-R (33/34)

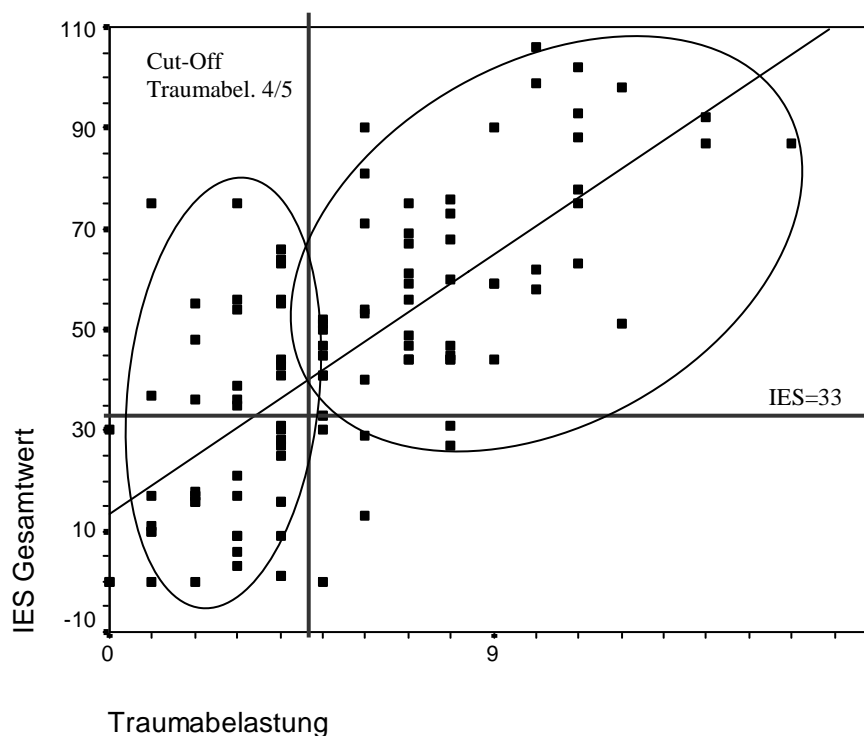


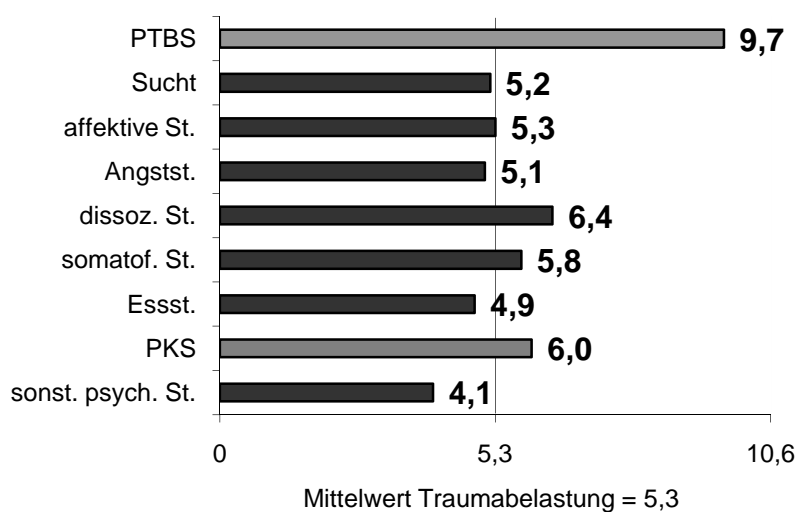
Abbildung 4 veranschaulicht den Cut-Off Wert in der bivariaten Verteilung Traumabelastung und IES-R. Die Ovale deuten die unterschiedlichen Zusammenhänge in den Subgruppen an.

Außerdem unterscheiden sich die Gruppen hohe und niedrige Traumabelastung auch hinsichtlich der allgemeinen psychischen Symptomatik signifikant (GSI des SCL-90 R: $t = 3,474$; $p = ,001$), bzgl. der Anzahl komorbider Diagnosen besteht ein Mittelwertsunterschied, dieser ist jedoch nicht signifikant ($t = 1,157$; $p = ,250$).

Als weiteres Spezifitätskriterium der Traumabelastung wurde ihr Zusammenhang mit den klinischen Diagnosen überprüft. Die Abbildung 5 stellt die mittlere Traumabelastung bei den Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen dar. Diese weicht bei PTBS Patienten hoch signifikant (1%-Niveau) bei PKS-Patienten signifikant (5%-Niveau) von Patienten ab, bei welchen diese Diagnose nicht gestellt wurde. Außerdem liegt der Mittelwert der Traumabelastung bei den Diagnosen dissoziative Störungen (Differenz = 1,1) und somatoforme Störungen (Differenz = 0,5) über dem Stichprobenmittelwert. Somit ist gerade bei psychischen Störungen, welchen in der Literatur ein enger Zusammenhang mit komplexer Traumatisierung zugeschrieben wird, eine hohe Traumabelastung festzustellen (z. B. Wöller 2006, Huber 2005, van der Kolk 2002).

Die Hypothesen zum spezifischen Zusammenhang zwischen der Traumabelastung mit klinischen Variablen (Hypothese 1) ließen sich in der Untersuchungsstichprobe damit bestätigen. Die Nennung von mehr als 4 Traumatisierungstypen kann auch anhand der vorliegenden Daten als kritischer Wert angesehen werden, welcher auf psychopathologische Folgen multipler bzw. komplexer Traumatisierung hinweist.

Abbildung 5: Mittlere Traumabelastung nach Diagnose



Graue Balken = signifikanter Unterschied der Traumabelastung durch Faktor Diagnose

4.2 Die Beurteilung der Relevanz der Traumatisierung durch den behandelnden Therapeuten

Die schwierige Verifizierbarkeit retrospektiver Angaben zur Traumaexposition wurde bereits diskutiert. Dennoch unternahm die vorliegende Untersuchung den Versuch, durch die von den Therapeuten abgegebene Einschätzung bzgl. traumatischer Erlebnisse und deren aktuellen Relevanz ein externes Vergleichskriterium für das Konstrukt Traumabelastung zu berücksichtigen. Diese Beurteilung ihrer Patienten erfolgte nicht anhand der Traumacheckliste, sondern aufgrund der Informationen, welche im Behandlungsverlauf gewonnen wurden, und erfolgte am Behandlungsende.

Bei 50,8% (N = 66) wurde mindestens eine Exposition mit einem potentiell traumatisierenden Stressor von den Therapeuten benannt. Diese Prävalenz ist damit ähnlich der Untersuchung von Callenius (2004), in welcher bei 59% der Erstinterviews einer psychosomatischen Ambulanz mindestens ein traumatisches Erlebnis identifiziert wurde.

In der vorliegenden Stichprobe wurde bei 50 Patienten (38% der Gesamtstichprobe) eine Prägung der Persönlichkeitsentwicklung durch die traumatischen Erlebnisse postuliert und bei 41 Patienten (31,5% der Gesamtstichprobe) wurde die Traumatisierung als Ursache der aktuellen psychischen Störung angesehen.

Bei Patienten mit der Diagnose PTBS wurden Traumata natürlich in allen Fällen als Krankheitsursache angesehen, bei affektiver Störung in 12%, bei Angststörungen in 26% und bei Persönlichkeitsstörung in 19% der Fälle.

Die sich aus dem Therapeutenurteil ergebenden Variablen Traumaexposition, Prägung und Ursache stellen eine sukzessive Bedeutungszunahme der traumatischen Erlebnisse in der Einschätzung dar. Insofern können sie als Einheiten einer ordinalen Dimension verstanden werden. Entsprechend zeigt sich ein Anstieg der mittleren Traumabelastung im Selfrating der LSC-R, wenn die Exposition auch als prägend und noch mehr wenn sie als Krankheitsursache angesehen wurde. Bei Fällen, welche nur das Kriterium Traumaexposition erfüllten, ergab sich eine durchschnittliche Traumabelastung von 6,8, wurde auch eine Prägung der Persönlichkeit festgestellt, erhöhte sich der Wert auf 7,3 und Patienten, bei welchen die Traumatisierung auch als Ursache der aktuellen Erkrankung angesehen wurde, gaben im Mittel eine Traumabelastung von 8,6 an.

Im Weiteren wurde die Trefferquote errechnet, welche durch den Cut-Off der Traumabelastung bei ≥ 5 hinsichtlich der Kriterien Prägung und Ursache erreicht werden konnte. So wurden 67% der Fälle bzgl. der Variablen Prägung richtig zugeordnet, bei 11% erfolgte eine falsch negative und bei 22% eine falsch positive Zuweisung. Bei der

Einschätzung Traumafolgestörung ergab sich eine Trefferquote von 69%, bei 6% falsch negativer und 25% falsch positiver Zuordnung. Nachdem der Cut-Off der Traumabelastung auf ≥ 6 erhöht wurde, verbesserten sich die Trefferquoten auf 73% (Prägung) und 75% (Ursache).

Der vorgeschlagene Cut-Off der Traumabelastung 4/5 wurde außerdem für einige Störungen noch detailliert analysiert.

Bei den 13 PTBS-Patienten befinden sich 11 in der Gruppe mit hoher Traumabelastung. Bei den 2 Fällen mit niedriger Traumabelastung wurde die PTBS-Diagnose aufgrund einer aktuellen Monotraumatisierung im Erwachsenenalter gestellt; es waren keine komplexen Vortraumatisierungen bekannt.

Die 8 Patienten mit dissoziativen Störungen ordnete der Cut-Off der Traumabelastung in zwei gleichgroße Gruppen. Bei den 4 Patienten mit einer Traumabelastung ≥ 5 benannten die Therapeuten folgende Traumaexpositionen: sexuelle Gewalt in der Kindheit in 2 Fällen, sexuelle Gewalt in der Ehe und körperliche Gewalt in der Ehe. Bei den übrigen 4 Patienten wurde in 2 Fällen keine Traumaexposition angegeben, in einem Fall wurde Stalking und bei einem weiteren Patienten emotionale Vernachlässigung durch Krankheit der Eltern als traumatische Stressoren benannt. Dissoziative Erkrankungen sind nach Michal et al. (2005) nur bei einer Subgruppe als Traumafolgestörung zu verstehen. Die Variable Traumabelastung scheint eine Identifikation dieser Subgruppe zu ermöglichen.

Bei der Diagnose Persönlichkeitsstörung konnten durch den Cut-Off der Traumabelastung ≥ 5 20 der 25 Patienten identifiziert werden, bei welchen die Traumatisierung als Ursache der Erkrankung auch von den Therapeuten angenommen wurde. Bei Angstpatienten wurden 9 der 12 Fälle erkannt, bei welchen die Angststörung als Traumafolgestörung interpretiert wurde.

Die Berücksichtigung des Therapeutenurteils birgt einige methodische Einschränkungen, da kein Re-Rating durchgeführt wurde und den Therapeuten auch keine strukturierten Kriterien als Grundlage ihrer Einschätzung vorgegeben waren. Entsprechend lassen sich aus dieser Auswertung nur Hinweise auf die Spezifität der Traumabelastung bei der Identifikation komplex traumatisierter Patienten ableiten. Neben der Übereinstimmung zwischen der Zuordnung durch einen Cut-Off 5/6 der Traumabelastung und der Experteneinschätzung als Traumafolgestörung (Variable Ursache) in 75% der Fälle, weisen auch die Fallbetrachtungen der Patienten mit dissoziativen Störungen und Persönlichkeitsstörungen darauf hin, dass die

Variable Traumabelastung die Subgruppe der komplex traumatisierten Patienten bei psychischen Störungen außerhalb der PTBS erkennen hilft.

4.3 Erklärte Varianz der zentralen Symptome der PTBS durch die Angaben zur Traumatisierung

Im Weiteren wird der differentialdiagnostische Gewinn analysiert, welcher durch die quantitative Auswertung der Angaben zur Traumaexposition gegenüber qualitativer Beurteilung erzielt werden kann (Hypothese 2).

Hierzu wurden zunächst die Fälle mit mindestens einer Angabe über sexuelle Gewalt mit der Reststichprobe verglichen. Sexuelle Gewalt wird in vielen Untersuchungen zu den psychopathologischen Folgen der Traumatisierung als klassifizierender, unabhängiger Prädiktor eingesetzt. Die 36 Patienten (27,7%), welche dieses Kriterium erfüllten, zeigten sowohl eine erheblich erhöhte Traumabelastung (9,0 vs. 4,0 Angaben, $t = 8,23$; $p = ,000$) als auch höhere Gesamtwerte im IES-R (Mittelwerte 62,6 vs. 37,4; $t = 4,78$; $p = ,000$). Gleichzeitig war auch bei getrennter Betrachtung jeweils innerhalb der Gruppen eine bedeutsame Korrelation zwischen IES-R und Traumabelastung festzustellen. In der Gruppe mit sexueller Gewalt betrug diese $r = 0,657$. Wurde der Skalenwert ohne die Items zur sexuellen Gewalt gebildet, stellte sich der Zusammenhang mit $r = 0,549$ immer noch bedeutsam dar. In der Gruppe ohne sexuelle Gewalt ergab sich eine Korrelation zwischen Traumabelastung und IES-R von $r = 0,628$. Somit behält auch innerhalb der Gruppe sexuell traumatisierter die Summe der lebensgeschichtlichen Traumatisierungen einen hohen Differenzierungswert hinsichtlich der posttraumatischen Symptomatik, der eindeutig auf das Ausmaß der Exposition mit anderen Stressoren zurückgeführt werden kann. Interpersonelle Gewalterlebnisse in der Kindheit werden häufig ebenfalls als klassifizierender Faktor in der Traumaforschung eingesetzt. Hier wurden die Probanden nach dem Kriterium eingeteilt, ob sie mindestens ein Item aus den Bereichen interpersonelle Gewalt bzw. sexuelle Gewalt mit einem Erstexpositionsalter ≤ 16 Jahren angegeben hatten. 61,5% ($N = 80$) berichteten über entsprechende traumatische Erfahrungen vor dem 16ten Lebensjahr. Die Gruppen mit und ohne interpersonelle Gewalt als Kind unterschieden sich hinsichtlich der Traumabelastung (Mittelwerte 6,9 vs 3,0; $t = 8,15$, $p = ,000$) und dem IES-R Gesamtwert (Mittelwerte 52,3 vs. 33,5; $t = 3,6$; $p = ,000$) signifikant. Auch hier ergaben sich innerhalb der Gruppen weiterhin bedeutsame Zusammenhänge zwischen der Traumabelastung und dem IES-R Gesamtwert. In der Gruppe mit kindlicher interpersoneller Gewalt stellten sich Korrelationen von $r = 0,723$

mit und $r = 0,645$ ohne die Items zur kindlichen interpersonellen Gewalt dar. In der Gruppe ohne kindliche interpersonelle Gewalterlebnisse betrug der Zusammenhang $r = 0,567$.

Die Exposition mit high-magnitude Stressoren wie kindlicher interpersoneller Traumatisierung oder sexueller Gewalt sagt somit – wie schon häufig gezeigt – im Durchschnitt ausgeprägtere posttraumatische Symptome voraus, dennoch bleibt ein bedeutsamer Teil der Betroffenen im späteren Leben von psychopathologischen Schwierigkeiten unbelastet (van der Kolk 2002). Diese Untergruppe kennzeichnet offensichtlich, dass sie über eine geringere Anzahl weiterer Stressorexpositionen berichtet. Wenn die Komplexität der psychopathologischen Schädigung allein durch den Faktor Exposition mit high-magnitude Stressoren definiert wird, werden diese Personen fälschlicher Weise zugeordnet. Erst die quantitative Auswertung der Traumabelastung verspricht eine verbesserte Identifikation der Fälle, bei welchen der Traumaexposition auch eine massive psychopathologische Schädigung folgt.

Im Weiteren wurde eine Regressionsanalyse zur Vorhersage des IES-Gesamtwertes durch verschiedene Bereiche der Traumatisierung durchgeführt. Zur Verdeutlichung des Gewinns der erklärten Varianz bei den posttraumatischen Symptomen wurden die Bereiche in Reihenfolge ihrer psychopathologischen Potenz schrittweise der Regressionsrechnung hinzugefügt. Die Regressionsanalyse der Tabelle 5 zeigt, dass die fünf Items zur sexuellen Gewalt nur $\frac{1}{4}$ der IES-R Varianz erklären können, die Eingabe aller Bereiche ermöglicht jedoch einen erklärten Varianzanteil von knapp 50%.

Tabelle 5: Schrittweise Regressionsanalyse IES durch Traumabereiche

	Variable	R	Korrigiertes R ²	Gewinn des erkl. Varianzanteils	Beta
Schritt 1	Sexuelle Gewalt	,507	,250	25,0%	0,227
Schritt 2	Interpersonelle Gewalt	,591	,337	8,7%	0,161
Schritt 3	Vernachlässigung	,663	,423	8,6%	0,329
Schritt 4	Trauer u. Verlust	,679	,440	1,7%	0,117
Schritt 5	Schwere Krankheit	,705	,473	3,3%	0,182
Schritt 6	Unglücksfälle und Unfälle	,724	,496	2,3%	0,175

Die Relevanz der low-magnitude Stressoren wird bei der 2ten Eingabereihenfolge noch deutlicher. Unglücksfälle, schwere Krankheit sowie Trauer und Verlust (insgesamt 7 Items) tragen zur Varianzaufklärung der posttraumatischen Symptome ebenfalls annähernd 25% bei (vgl. Tabelle 6, korrigiertes R² Schritt 3).

Tabelle 6: Schrittweise Regressionsanalyse: IES durch Traumabereiche reziproke Reihenfolge

	Variable	R	Korrigiertes R ²	Gewinn des erkl. Varianzanteils	Beta
Schritt 1	Unglücksfälle und Unfälle	,325	,097	9,7%	0,175
Schritt 2	Schwere Krankheit	,444	,197	10,0%	0,182
Schritt 3	Trauer u. Verlust	,500	,228	3,1%	0,117
Schritt 4	Vernachlässigung	,668	,425	19,7%	0,329
Schritt 5	Interpersonelle Gewalt	,679	,460	3,5%	0,161
Schritt 6	Sexuelle Gewalt	,724	,496	3,6%	0,227

Die LSC-R beinhaltet neben den 21 Fragen zu potentiell traumatischen Stressoren auch noch 9 weitere belastende Lebensereignisse. Diese Items wurden zur Variable Ereignisse summiert. Dieser Summerwert wies einen bedeutsamen Zusammenhang sowohl mit der Traumabelastung ($r = 0,694$) als auch mit dem Gesamtwert des IES-R ($r = 0,342$) auf. Die partielle Korrelation der Summe der Ereignisse mit dem IES-R kontrolliert durch die Traumabelastung ging jedoch gegen 0 ($r_{\text{IES-R, Summe Ereignisse/ TB}} = 0,0007$, $p = ,995$), d. h. der Zusammenhang zwischen Ereignissen und posttraumatischer Symptomatik kann vollständig durch die Traumabelastung erklärt werden, was die Spezifität der Korrelation zwischen traumatischen Ereignissen und posttraumatischen Symptomen unterstreicht.

Die dargestellten Analysen bestätigen damit die Hypothesen H2a, H2b und H2c.

4.4 Clusteranalyse anhand der Items der LSC-R

Die Clusteranalyse anhand der Items der LSC-R ermöglicht eine Einteilung der Stichprobe in Gruppen mit ähnlichem Antwortverhalten. Somit können verschiedene Muster der Angaben zur Traumaexposition dargestellt werden. Zur Auswahl einer probaten Clustereinteilung wurden verschiedene Modelle mit drei, vier und fünf Clustern berechnet. Dabei sollten relevante und vergleichbare Gruppengrößen durch die Clustereinteilung entstehen. Zur inhaltlichen Definition der Cluster wurden die Unterschiede der relativen Häufigkeiten der Traumaexpositionen interpretiert. Ein Cluster wird somit durch die Items gekennzeichnet, durch welche es sich von den anderen Gruppen absetzt. Die Items der offenen Fragen (Item 29 und 30) wurden aus der Clusteranalyse ausgeschlossen, da sie keine spezifische Definition des Stressors vorgeben.

Zwei Gruppen finden sich in sehr ähnlicher Weise in allen drei Modellen. Es handelt sich dabei um die hier als Cluster 1 bezeichnete Gruppe mit 13 bis 16 Personen, welche sexuelle Gewalterlebnisse angeben und insgesamt eine hohe Traumabelastung aufweisen. Das andere Cluster (Cluster 4) setzt sich aus den Fällen zusammen, die insgesamt wenige Traumatisierungen benennen, so dass in allen Bereichen geringe relative Häufigkeiten

entstehen (N zwischen 44 und 69). Die anderen Personen berichten eine mittlere Traumaexpositionshäufigkeit, ohne dass von sexueller Gewalt berichtet wird.

Die Vier-Cluster-Lösung kann diese mittlere Gruppe inhaltlich gut differenzieren. Personen des Clusters 3 beschreiben häufige emotionale Vernachlässigung, plötzliche Todesfälle und waren Zeugen innerfamiliärer Gewalt. Im Cluster 2 hingegen werden zusätzlich die Items zu eigenen Unfällen, schwerer Krankheit sowie Raub und Körperverletzung bzw. physischer Misshandlung häufig positiv beantwortet. Die Differenzierung dieser Personen in 3 Cluster, wie sie die 5er Lösung bereithält, lässt inhaltlich keine verbesserte Interpretation zu.

Daher wurde die Vier-Cluster-Lösung ausgewählt¹⁰. Aufgrund der kennzeichnenden Variablen können die Cluster als sexuelle Traumatisierung, andere physische Gewalterlebnisse, emotionale Traumatisierung und geringe Traumatisierung bezeichnet werden.

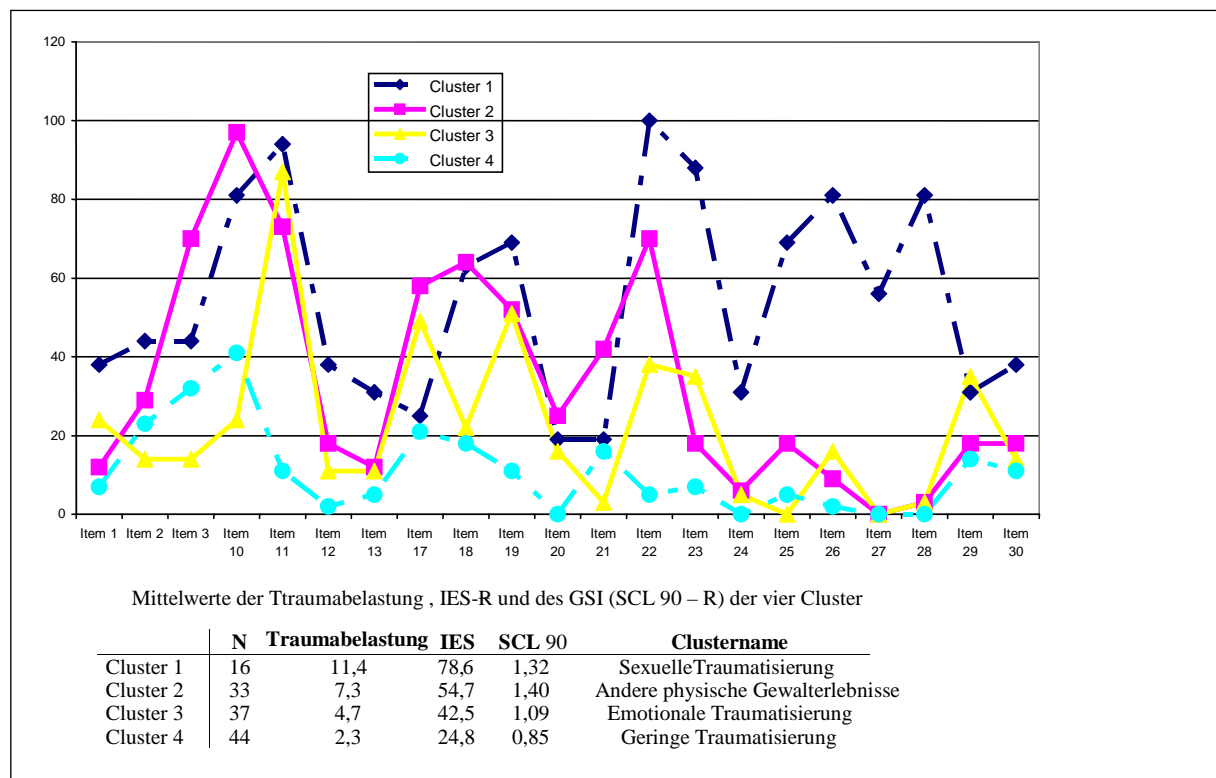
Die Abbildung 6 stellt die Antwortmuster der vier Cluster dar. Schon graphisch werden die Unterschiede der relativen Häufigkeiten der Items zwischen den Clustern deutlich. Dies bestätigt die Varianzanalyse der Traumabelastung durch den Faktor Cluster ($F = 107,725$, $p = ,000$). Der sukzessive Anstieg der Variablen Traumabelastung zwischen den Clustern bildet sich auch im Post-Hoc-Test der linearen Effekte nach Scheffé ab, welcher signifikante Unterschiede zwischen allen Gruppen nachweist. Insofern berichten hoch traumabelastete Personen zumeist auch über sexuelle Traumatisierung. Physische Gewalterlebnisse und emotionale Traumata, aber keine sexuellen Gewalterfahrungen, werden von den Personen mit der zweithöchsten Traumabelastung angegeben und ausschließlich emotionale Traumata werden von der nächst niedriger belasteten Gruppe angeführt.

Die das Cluster kennzeichnende Traumatisierungsart steht damit im Zusammenhang mit dem Gesamtskalenwert der Traumabelastung. Gleichzeitig bilden die Gruppen auch eine Rangfolge im Sinne der psychopathologischen Potenz der erfahrenen Traumatisierungen.

Entsprechend der Annahme, dass Stressoren mit hoher psychopathologischer Potenz eher ausgeprägte und komplexe Traumanetzwerke erzeugen, werden diese Personen durch das Ausmaß der Traumabelastung identifiziert. Dies unterstreicht die Konstruktvalidität der Variablen Traumabelastung.

¹⁰ Im Anhang 2 finden sich die Darstellungen der 3er und 5er Lösungen

Abbildung 6: Clusteranalyse der Items der LSC-R: mittlere relative Häufigkeit der Cluster



Betrachtet man die Mittelwerte der vier Cluster bzgl. der verschiedenen Stressorbereiche verdeutlicht dies die quantitativen und qualitativen Unterschiede zwischen den Gruppen (vgl. Tabelle 7). Im Vergleich zum Mittelwert der Gesamtstichprobe ergeben sich hohe Prävalenzen beim Cluster 2 „emotionale Traumatisierung“ im Bereich Vernachlässigung, im Cluster 3 „andere physische Gewalt“ kommen die Bereiche interpersonelle Gewalt, Krankheit und Unglücksfälle sowie Trauer und Verlust hinzu und Personen des Clusters 4 „sexuelle Traumatisierung“ machen neben allen anderen Bereichen auch bei sexuellen Gewalterlebnissen hohe Prävalenzangaben.

Tabelle 7: Mittelwerte der Prävalenz für die Trauma-Bereiche in den verschiedenen Clustern:

	Sex. Gew.	Interp. Gewalt	Vernachlässigung	Trauer / Verlust	Krankheit	Unglück / Unfälle
Cluster 1: Sexuelle Traumat.	3,18	2,94	1,31	1,19	0,81	1,25
Cluster 2: and. phys. Gewalt	<i>0,36</i>	2,06	0,91	1,33	0,97	1,30
Cluster 3: emot. Traumat.	<i>0,24</i>	1,43	0,97	0,81	<i>0,24</i>	<i>0,51</i>
Cluster 4: geringe Traumat.	<i>0,14</i>	<i>0,39</i>	<i>0,14</i>	<i>0,42</i>	<i>0,41</i>	<i>0,61</i>
Gesamtstichprobe	0,58	1,42	0,72	0,86	0,55	0,84

Die fett markierten Werte weisen auf eine hohe mittlere Auftretenshäufigkeit der Traumatisierung in diesem Bereich bei den Personen des Clusters hin, kursiv gedruckte Werte zeigen einen Wert an, der deutlich unter dem Mittelwert der Gesamtstichprobe liegt.

Auch beim Gesamtwert des IES-R und dem GSI des SCL-90-R zeigen sich signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Clustern (IES-R: $F = 24,193$; $p = ,000$; GSI: $F = 6,358$; $p = ,000$). Statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Belastung (SCL-90-R) finden sich jedoch ausschließlich zwischen dem Cluster „andere physische Gewalterlebnisse“ und der Gruppe „geringe Traumatisierung“ ($p = ,001$).

Die Analyse der linearen Effekte der Gruppenunterschiede im IES-R ergibt keine Signifikanz zwischen den Clustern „emotionale Traumatisierung“ und „andere physische Gewalt“, obwohl sich die Gruppen hinsichtlich der Traumabelastung noch deutlich unterscheiden. Hingegen weichen die Cluster „sexuelle Traumatisierung“ und „niedrige Traumatisierung“ im Mittelwert der Traumabelastung signifikant von den allen anderen Gruppen ab.

4.5 Skalenkennwerte der Traumabelastung

Wird die Traumacheckliste als Skala zur Erhebung des Konstruktes Traumabelastung verstanden, ist eine ausreichende interne Konsistenz zu fordern. Die interne Konsistenz bildet ab, ob die Items der Skala verschiedene interkorrelierende Aspekte eines Konstruktes erfassen. Gemeinhin wird das Maß Cronbach α zur Beschreibung der internen Konsistenz einer Skala eingesetzt. Die Berechnung des Cronbach α bei Weglassen des Items kontrolliert, ob gewisse Fragen der internen Konsistenz entgegenstehen.

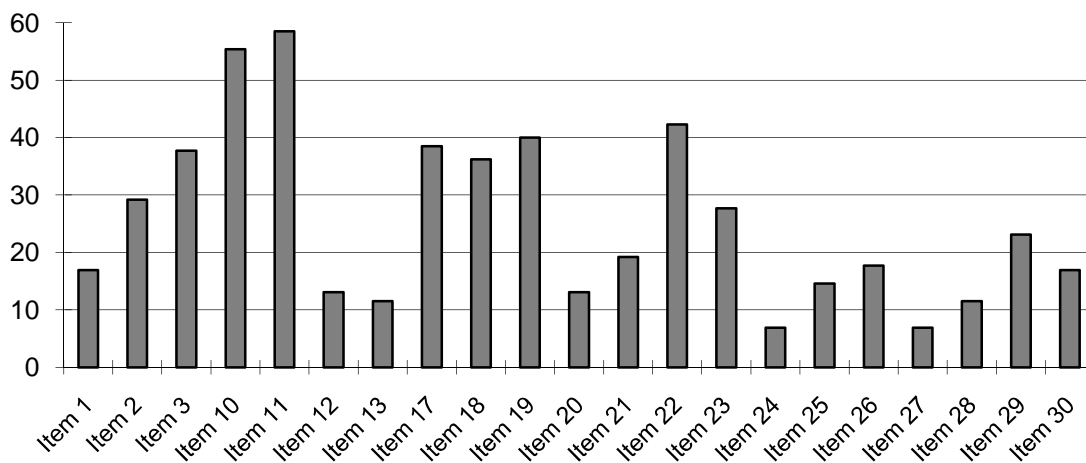
Für die 21 Items der Skala Traumabelastung ergibt sich ein Cronbach $\alpha = ,7441$. Eine Verbesserung der internen Konsistenz kann durch Weglassen der Items Fehlgeburt/Abort und der offenen Fragen (Item 29 und 30) erzielt werden. Insgesamt ließe sich so das Cronbach α der Skala geringfügig auf $\alpha = ,7502$ steigern. Andererseits ermöglichen die offenen Fragen bzw. die geschlechtsspezifische Frage nach Fehlgeburten oder Aborten eine umfassendere Darstellung der persönlichen Erlebnisse.

Die Korrelation des Items mit dem Gesamtskalenwert (Item-total-correlation) wird auch als Trennschärfe interpretiert. Items mit niedriger Trennschärfe werden relativ unabhängig vom Gesamtskalenwert beantwortet. Die Item-Total Korrelationen bewegen sich in einer Spanne von 0,10 bis 0,51¹¹, wobei geringe Trennschärfen bei Fragen nach Katastrophen (0,16), unerwarteten Todesfällen (0,10) sowie dem Item Opfer von Raub oder Körperverletzung (0,15) und bei den beiden offenen Fragen (0,11 und 0,14) festzustellen waren. Die höchsten Trennschärfen traten bei den Items zu sexueller Gewalt (0,48 - 0,51) und physischer Misshandlung (0,47 u. 0,51) auf.

¹¹ Im Anhang 1 finden sich eine Tabelle mit den Item-Total Korrelationen aller Items.

Ein weiteres Merkmal der Güte einer Skala ist eine ausgeglichene Streuung der Itemschwierigkeiten, die sich hier in den relativen Häufigkeiten der Angaben zur Traumaexposition darstellt. In der untersuchten Stichprobe bewegten sich diese relativen Häufigkeiten im Bereich von 6,9% (Vergewaltigung als Kind) und 58,5% (emotionale Vernachlässigung)¹². Leichte Items, also Fragen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit von vielen Probanden positiv beantwortet zu werden, fehlen damit in der Skala Traumabelastung. Begreift man Traumatisierung jedoch als Begegnung mit einem außergewöhnlichen Stressor, auf den der Mensch deshalb unzureichend vorbereitet ist, so verwundert dieses Ergebnis nicht.

Abbildung 7: Relative Häufigkeiten der Items der LSC-R



4.6 Übereinstimmung der relativen Häufigkeiten von Traumatisierungstypen im Vergleich mit anderen Untersuchungen und Verfahren

Norris und Hamblen (2004) empfehlen zur Abschätzung der kongruenten Validität einer Traumacheckliste die Überprüfung der Übereinstimmung mit den relativen Häufigkeiten in anderen Inventaren und Untersuchungen. Aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunkte und Frageformulierungen sowie der Inkonsistenz der Antworten bei den Traumachecklisten gestaltet sich dieser Vergleich jedoch schwierig. Außerdem ist die Repräsentativität der Prävalenzen bei Stichproben aus klinischen Feldstudien wie in der vorliegenden Untersuchung nicht gewährleistet. Um zuverlässige Aussagen über die Items machen zu können, wäre eine Standardisierung des Verfahrens an einer repräsentativen Stichprobe der Normalbevölkerung zusätzlich notwendig. Dies liegt jedoch außerhalb des Rahmens dieser Untersuchung.

¹² Die relativen Häufigkeiten aller Items sind in der Tabelle im Anhang 1 in der Spalte Prozent aller Fälle, Rubrik Exposition mit Todesangst oder Hilflosigkeit dargestellt.

Dennoch soll in Tabelle 8 ein Vergleich der gewonnenen Daten mit anderen Erhebungen dargestellt werden. Hierzu wurden die Studie von McHugo et al. (2005), in welcher eine englische Version der LSC-R eingesetzt wurde, sowie Prävalenzangaben aus anderen klinischen Untersuchungen und einige Häufigkeitsverteilungen aus epidemiologischen Studien mit den hier gewonnenen Daten in Beziehung gesetzt.

In der vorliegenden Untersuchung gaben 96,5 % der Patienten mindestens eine Exposition an. Dies entspricht der Prävalenz, welche in anderen Untersuchungen an klinischen Stichproben erhoben wurde. Dabei scheint die LSC-R wie in der englischen Originalversion häufiger Angaben zur emotionalen und physischen Vernachlässigung zu erzeugen.

Insgesamt liegen die beschriebenen Prävalenzen im oberen Bereich der bekannten Schwankungsbreite und sind mit der englisch-sprachigen Version sehr gut vergleichbar. Unterschiede zur Untersuchung von McHugo et al. (2005) zeigen sich lediglich im Bereich sexuelle Traumatisierung, welche aber durch das suchtbedingte spezifische soziale Milieu der dort untersuchten Frauen erklärt werden können.

Tabelle 8: Übersicht über die Prävalenz traumatischer Stressoren in verschiedenen Untersuchungen

Kategorien traumatischer Stressoren	Eigene Untersuchung Item + A2 Kriterium			Untersuchungen in der Normalbevölkerung			Untersuchungen in klinischen Populationen		
	N Bereich	% Bereich	% Einzel- items	Frans 2004	Breslau 1998	Kessler 1995	Callenius 2004	Brawman- Mintzer 2005	McHugo 2005 LSC-R
Katastrophen und Unfälle	80	61,5	17-38	50-68	60	11-19	k.A.	30-64	30-53
Vnachlässigung	78	61,0	13-59	k.A.	k.A.	2-3	9	k.A.	32-84
Trauer und Verlust	79	60,8	13-59	31	60		- 9	17 Homozid	55-86
Interpersonelle Gewalt	88	67,7	13-42	10-59	2-25 (38)	7-19	- 24	9-19	48-85
Sexuelle Gewalt	36	27,7	8-15	1-10	5-6	1-12	4-13	17-25	67-73
Mind. ein traumat. Stressor	125	96,2		80,8	87	61	59	94,8	95

Die Häufigkeitsangaben der Tabelle sind in Prozentwerten dargestellt.

5 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes diskutiert. Mit 96,5% der Patienten/innen, die von mindestens einem potentiell traumatisierenden Ereignis berichten, entspricht die hier festgestellte Prävalenz anderen standardisierten Befragungen psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Patienten, bei denen

ebenfalls bei über 90% eine Traumaexposition in einer Traumacheckliste angegeben wurde. Dies kann als Hinweis auf die Repräsentativität der ausgewählten Stichprobe hinsichtlich der Traumabelastung verstanden werden und gleichzeitig nach Norris und Hamblen (2004) als Kriterium der kongruenten Validität des eingesetzten Verfahrens gelten.

Zunächst wurde der Zusammenhang zwischen dem Summenscore der Traumacheckliste und dem IES-Wert als Maß der posttraumatischen Symptomatik untersucht. Dabei zeigte sich ein deutlicher Dose-Response Effekt mit einer Korrelation von $r = 0,714$. Dieser Zusammenhang stellt sich auch im Vergleich mit anderen Untersuchungen als besonders ausgeprägt dar. Bei Neuner et al. (2004) findet sich in der Untersuchung von 3331 Flüchtlingen der unteren Nilregion eine Korrelation von $r = 0,49$, bei südafrikanischen Schülern wird der Zusammenhang mit $r = 0,34$ angegeben (Suliman et al. 2009). In anderen Studien werden abweichende Darstellungsformen des Zusammenhangs gewählt. Anhand der PTBS-Skalen wird eine Diagnosegruppe PTBS gebildet und das Erkrankungsrisiko der PTBS bezogen auf die Anzahl der Stressortypen mit mindestens einmaliger Exposition berechnet. Shalev et al. (2006) geben eine Odd Ratio der PTBS bei mehr als 4 Nennungen in der Traumacheckliste von 1,29 an, bei Eytan et al. (2004) ist das Erkrankungsrisiko bei 4 positiven Antworten mit $OR = 16,2$ deutlich höher. Gleichzeitig replizierte die Studie die Spezifität des Dose-Response Effektes für Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung. Andere psychopathologische Syndrome, die hier mit dem SCL 90-R erhoben wurden, weisen einen deutlich geringeren Zusammenhang mit der Traumabelastung auf ($r_{TB-SCL90} = 0,303$) und Angaben zu nicht-traumatischen Ereignissen bieten keine zusätzliche Erklärung der Traumapathologie. Damit konnte die Hypothese 1 vollständig bestätigt werden.

Die dargestellten Referenzuntersuchungen zum Dose-Response Effekt wurden in Krisen- und Kriegsgebieten erhoben. Die vorliegende Untersuchung bietet m.E. erstmals eine detaillierte Analyse dieses Effektes bei einer Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten. Es kann daher noch nicht beurteilt werden, ob stichprobenspezifische Merkmale die Stärke des Zusammenhangs begünstigten oder generell in klinischen Stichproben eine derart ausgeprägte Korrelation zwischen der Anzahl der Stressortypen und den traumaspezifischen Symptomen besteht.

Die weiteren Hypothesen dienten der Analyse der Antworten der Probanden, ob mit der quantitativen Auswertung der Traumacheckliste ein zur Diagnosestellung einer Traumafolgestörung hilfreiches Merkmal gemessen wird. Dabei wurden, wie in Kapitel 1 ausführlich diskutiert, folgende Probleme der Diagnostik von Traumafolgestörungen deutlich:

- eine allgemein hohe Prävalenz von traumatischen Erfahrungen in psychiatrischen Populationen unabhängig vom Krankheitsbild,
- Schwierigkeiten beim Nachweis der Relevanz einer bestimmten Situation für die Entwicklung einer psychischen Störung,
- schamhafte Vermeidung von Berichten über Traumata und assoziierte Symptome wie Intrusionen und Dissoziationen,
- Schwierigkeiten anhand von bestimmten Stressormerkmalen das individuelle Erkrankungsrisiko konkret zu bestimmen,
- Überbewertung von Hoch-Risiko Faktoren bzw. Vernachlässigung moderater traumatischer Stressoren,
- Verflechtung von Erinnerungen an verschiedene traumatische Erfahrungen, Hyper- und Hypomnesien sowie Konfabulationen, welche den Abruf der traumatischen Erinnerungen verändern.

Regressionsanalytisch konnte die differenziertere Voraussagemöglichkeit der traumaspezifischen Psychopathologie bei Einsatz des Summenscores der Traumacheckliste im Vergleich zur Berücksichtigung einzelner Ereignisse nachgewiesen werden. So zeigte sich wie bei Banyard et al. (2001), dass der Bericht über einen Hoch-Risiko Stressor zwar das Erkrankungsrisiko deutlich erhöht, die aktuelle Psychopathologie sich jedoch differenzierter durch die Berücksichtigung kumulativer Stressorexpositionen voraussagen ließ. Für die diagnostische Praxis ist die verbesserte Differenzierungsfähigkeit innerhalb von Hoch-Risiko Gruppen, wie Personen mit sexuellen Gewalterfahrungen oder frühen Traumatisierungen, durch ein Screening mit quantitativer Auswertung einer Traumacheckliste besonders bedeutsam.

Der Zusammenhang zwischen der Schwere der traumatischen Erlebnisse und der Anzahl der Stressortypen, also der Traumabelastung, stellt sich auch in der Clusteranalyse dar. Wie bei Vinck et al. (2007), die Expositionsangaben bei 2389 Flüchtlingen in Norduganda auswerteten, ergaben sich auch in der vorliegenden Untersuchung vier Cluster. Die so erzeugten Gruppen lassen sich in beiden Untersuchungen durch die Schwere des kategorisierenden Stressors und parallel durch die Anzahl der Expositionstypen differenzieren. Ein hoher Wert der Traumabelastung zeigt sich bei Expositionserfahrungen mit Stressoren, welche ein besonders hohes Erkrankungsrisiko bergen, und weist gleichzeitig auf häufige traumatische Erlebnisse hin. Der Messwert scheint graduell die Komplexität der Traumatisierung sowohl hinsichtlich ihrer Quantität als auch hinsichtlich ihrer Qualität

abzubilden. Somit können auch die in der Hypothese 2 gemachten Annahmen als bestätigt angesehen werden.

Dabei soll an dieser Stelle noch die Bedeutung der Items zur emotionalen Vernachlässigung diskutiert werden. Regressionsanalytisch wurde ihnen ein großes Gewicht bei der Varianzaufklärung zugeordnet, was die Ergebnisse von Sullivan et al. (2006) in diesem Punkt repliziert. Sullivan et al. forderten daher, der emotionalen Vernachlässigung als eigenständiger Traumatisierungsform mehr Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Andererseits zeigt die clusteranalytische Auswertung der vorliegenden Untersuchung, dass andere Stressortypen Personen mit hoher Traumabelastung differenzierter beschreiben können. Dies führt m. E. zu einer anderen Bewertung der emotionalen Vernachlässigung. Diese Erlebnisse, deren traumatischer Wert im Sinne des DSM IV A-Kriteriums der PTBS sich oft nicht hinreichend einordnen lässt, können als prädisponierender Faktor verstanden werden, welcher eine eher maligne Verarbeitung anderer traumatischer Ereignisse aufgrund schlechter intra- und interpersoneller Bewältigungsmöglichkeiten bedingt. Hieraus leitet sich dann der enge Zusammenhang von emotionaler Vernachlässigung und Stärke der posttraumatischen Symptomatik ab.

Die Analyse weiterer Skalenkennwerte der Traumacheckliste konnte insgesamt zufriedenstellende Ergebnisse liefern. So ergab sich eine befriedigende interne Konsistenz der Skala mit einem Cronbachs's $\alpha = ,7441$. Hinsichtlich der Übereinstimmung der relativen Häufigkeiten der Exposition mit anderen empirischen Untersuchungen ist es schwierig eine eindeutige Aussage zu machen. Obwohl in der vorliegenden Untersuchung bei vielen Stressorkategorien ähnliche Prävalenzen wie in Untersuchungen an klinischen Populationen (Widom 2005) und in der amerikanischen Originalversion (McHugo et al. 2005) erhoben wurden, wird der Einfluss der spezifischen Stichprobenauswahl ebenfalls deutlich. Um diese Übereinstimmung im Sinne eines Validitätskriteriums zu bewerten, müssten Stichproben mit ähnlichem sozio-kulturellen und psychopathologischen Hintergrund verglichen werden, was innerhalb der vorliegenden Arbeit nicht gewährleistet werden konnte.

Die Kritik muss auch auf die Itemauswahl erweitert werden. So bleibt unklar, welchen Einfluss die sehr unterschiedliche Anzahl der Items pro Stressorkategorie auf die Untersuchungsergebnisse hatte. In der vom Autor angefertigten Übersetzung des LSC-R wurden zum Beispiel sexuelle Gewalterfahrungen während der Kindheit und im Erwachsenenalter in gesonderten Fragen erhoben. Hier wäre zu erwarten, dass die Untersuchungsergebnisse durch diese Thematik besonders geprägt würden, tatsächlich heben

die statistischen Auswertungen jedoch die Relevanz der weniger repräsentierten Stressorbereiche hervor.

6 Schlussfolgerungen

Die große Bedeutung traumatischer Erlebnisse – insbesondere komplexer Traumatisierung – für die Entwicklung psychischer Erkrankungen ist inzwischen weitgehend unumstritten. Insofern sind valide und reliable Messgrößen notwendig, welche die Belastung durch traumatische Ereignisse abbilden können.

In wissenschaftlichen Untersuchungen und in der klinischer Praxis wird dieser Faktor jedoch häufig entweder über die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Traumatisierungsart – Großschadensereignisse wie Naturkatastrophen und Kriege bzw. ein besonders schweres traumatisches Erlebnis, z. B. sexuelle Gewalt – oder durch eine Anamnese traumatischer Erfahrungen in der Kindheit definiert. Bei der ersten Vorgehensweise werden die Gruppenunterschiede der psychischen Beschwerden auf die unabhängige Variable „Exposition mit diesem spezifischen Stressor“ zurückgeführt und somit ein monokausaler Zusammenhang zwischen den Erlebnissen und der Psychopathologie fälschlicherweise suggeriert (Fischer u. Riedesser 2003). Bei Untersuchungen, welche Kindheitstraumata in den Vordergrund stellen, besteht, wie Sachsse (2004) kritisiert, ebenfalls die Gefahr der monokausalen Vereinfachung und Verfälschung durch Vernachlässigung späterer traumatischer Erlebnisse.

Im klinischen Kontext wird zur Messung der Traumatisierung aktuell der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) häufig eingesetzt. Für dieses Inventar liegt inzwischen auch eine evaluierte deutsche Übersetzung vor (Wulff 2006). Der CTQ geht als Maß der Belastung durch Traumatisierung in die klinische Evaluation psychotraumatologischer Behandlungsmethoden ein (z. B. Müller 2007) oder findet als Prädiktorvariable in Studien zur Genese psychischer Störungen wie Suizidalität (Sarchiapone et al. 2009) oder Persönlichkeitsstörungen (Tyrka et al. 2009) Anwendung. Das Verfahren unterscheidet sich in wichtigen Aspekten von anderen Traumachecklisten. Neben der ausschließlichen Fokussierung auf Kindheit bzw. Jugendzeit – und damit der vollständigen Vernachlässigung späterer Lebensereignisse – erfassen die 5 Dimensionen des CTQ (emotionaler Missbrauch, physische Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale und physische Vernachlässigung) eine sehr begrenzte Auswahl traumatischer Stressoren. S.g. milde Stressoren wie Verlust durch Tod, Unfälle oder Naturkatastrophen werden nicht berücksichtigt. Im CTQ werden

quantitative Maßzahlen berechnet, die Items werden als qualitative Merkmale der jeweiligen Traumakategorie interpretiert.

Im Gegensatz dazu basiert das hier vorgestellte Verfahren der quantitativen Auswertung einer lebensgeschichtlichen Traumacheckliste auf einer möglichst umfassenden Liste verschiedener Stressortypen. Ein Vergleich beider Vorgehensweisen findet sich bislang nur in einer Untersuchung von 14 bis 18-jährigen Schülern aus Cape Town (Suliman et al. 2009). Dabei stellte sich eine relative geringe Korrelation zwischen der eingesetzten Traumacheckliste und dem CTQ mit $r = 0,28$ dar. Obwohl aufgrund der Altersspanne der Stichprobe die Aussagekraft stark eingeschränkt ist, werfen die Ergebnisse Zweifel auf, ob die beiden Vorgehen das gleiche psychologische Konstrukt erheben. Hier wären weitere Studien im klinischen Kontext wünschenswert.

Gleichzeitig weisen aktuelle Studien darauf hin, dass ein quantitatives Maß der lebensgeschichtlichen Belastung durch traumatische Ereignisse von großer gesundheitspolitischer Bedeutung sein kann. Der National Comorbidity Survey gilt als größte und wichtigste epidemiologische Studie zur Posttraumatischen Belastungsstörung. Zwischen 2001 und 2003 wurde eine zweite Erhebung an annähernd 10 000 Probanden durchgeführt, von denen über 5000 für weitere differenzierte Untersuchungen ausgewählt wurden. Sledjeski et al. (2008) werteten die Daten bzgl. des Zusammenhangs von posttraumatischer Belastungsstörung und chronischen somatischen Erkrankungen aus. Die Behandlung dieser Patienten erzeugt aufgrund der Komplexität der Symptomatik besonders hohe Kosten. Als zentrale Moderatorvariable konnte der Summenscore der eingesetzten Traumacheckliste den Zusammenhang am besten erklären. Die sich in dieser Untersuchung andeutenden differentialdiagnostischen Möglichkeiten unterstreichen die Bedeutung der Variablen Traumabelastung.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ist ein systematischer Einsatz einer Traumacheckliste sowohl im Rahmen der klinischen Diagnostik von Traumafolgestörungen als auch bei Untersuchungen zu psychotraumatologischen Fragestellungen zu empfehlen. Zur Verbesserung des Verfahrens wären eine statistische Analyse der Eigenschaften einzelner Items sowie eine empirische Überprüfung der Itemauswahl sinnvoll, um ein für die Anforderungen von psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Patienten angepasstes und evaluiertes Verfahren zu entwickeln. Dafür bietet die Life-Stressor Checkliste in der vorliegenden deutschen Fassung eine gute Ausgangsbasis.

7 Literaturverzeichnis

1. Aalsma MC, Zimet GD, Fortenberry JD, Blythe M, Orr DP: Reports of childhood sexual abuse by adolescents and young adults: stability over time. *J Sex Res* 39 (2002) 259-263
2. Ackerman PT, Newton JE, McPherson WB, Jones JG, Dykman RA: Prevalence of posttraumatic stress disorder and other psychiatric diagnosis in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse Negl* 22 (1998) 759-774
3. Alexander KW, Quas JA, Goodman GS, Ghetti S, Edelstein RS, Redlich WD, Cordon IM, Jones DP: Traumatic impact predicts long-term memory for documented child sexual abuse. *Psychol Sci* 16 (2005) 33-40
4. Amir M, Lev-Wiesel R: Time does not heal all wounds: quality of life and psychological distress of people who survived the holocaust as children 55 years later. *J Trauma Stress* 16 (2003) 295-299
5. APA: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. Edn.. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994
6. Armenian HK, Morikawa M, Melkonian AK, Hovanesian A, Akiskal K, Akiskal HS: Risk factors for depression in the survivors of the 1988 earthquake in Armenia. *J Urban Health* 79 (2002) 373-382
7. Banyard VL, Williams LM, Siegel JA: The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *J Trauma Stress* 14 (2001) 697-715
8. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J: Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 151 (1994) 1132-1136
9. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D: A multidimensional meta-analysis of psychotherapy of PTSD. *Am J Psychiatry* 162 (2005) 214-227
10. Brawman-Mintzer O, Monnier J, Wolitzky KB, Falsetti SA: Patients with generalized anxiety disorder and a history of trauma: somatic symptom endorsement. *J Psychiatr Pract* 11(2005) 212-215
11. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P: Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry* 55 (1998) 626-632
12. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S: A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychol Rev* 103 (1996) 670-686

13. Briere J, Zaidi LY: Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *Am J Psychiatry* 146 (1989) 1602-1606
14. Briere J, Elliot DM: Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl* 27 (2003) 1205-1222
15. Briere J, Spinazzola J: Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *J Trauma Stress* 18 (2005) 401-412
16. Brodtkin A, Pope HG, Detke MJ, Hudson JI : Is PTSD caused by traumatic stress? *J Anxiety Disord* 21 (2007) 176-182
17. Bolton D, O’Ryan D, Udwin O, Boyle S, Yule W: The long term psychological effects of a disaster experience in adolescence II: General psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 41 (2000) 513-23
18. Boos A: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Hogrefe, Göttingen, 2005
19. Bortz J: Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler. 2te Aufl.. Springer, Berlin, 1985
20. Callenius W: Zur Prävalenz von Psychotraumata und posttraumatischen Störungen bei Psychotherapiepatienten. Promotion an der Universität Münster, 2005
21. Christianson SA: Do flashbulb memories differ from other types of emotional memories? In: Winograd E, Neisser U (Eds): *Affect and accuracy in recall: studies of “flushbulb” memories*. Vol 4. Cambridge University Press, New York, 1992, S. 191-211
22. Cloitre M: Sexual revictimization: risk factors and prevention. In: Follette VM, Ruzek JL, Abueg ER (Eds): *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. Guilford Press, New York, 1998, S. 278-304
23. Collins A, Loftus E : A spreading activation theory of semantic processing. *Psychol Rev* 82 (1975) 407-428
24. Cook JM: Assessment of trauma exposure and post-traumatic stress in long term care veterans: preliminary data on psychometrics and post-traumatic stress disorder prevalence. *Mil Med* 170 (2005) 862-866
25. Conway MA, Pleydell-Pearce CW : The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychol Rev* 107 (2000) 261-288
26. Coney JC, Thompson R : Posttraumatic stress symptoms usefull or negative heuristics. *J Anxiety Disord* 21(2007) 223-229

27. Creamer M, Bell R, Failla S: Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behav Res and Ther* 41 (2003) 1489-1496
28. Cromer KR, Sachs-Ericsson N: The association between childhood abuse, PTSD, and the occurrence of adult health problems: moderation via current life stress. *J Trauma Stress* 19 (2006) 967-971
29. Dill DL, Chu JA, Grob M, Eisen SV: The reliability of abuse history reports: a comparison of two inquiry formats. *Compr Psychiatry* 32 (1991) 166-169
30. Dirkzwager AJ, Grievink L, Velden van der PG, Yzermans CJ: Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. *Br J Psychiatry* 189 (2006) 144-149
31. Ehlers A, Clark DM: A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 38 (2000) 319-345
32. Eytan A, Gex-Fabry M, Toscani L, Deroo L, Loutan L, Bovier PA: Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *J Ner Ment Dis* 192 (2004) 664-671
33. Farhood L, Dimassi H, Lehtinen T: Exposure to war-related traumatic events, prevalence of PTSD, and general psychiatric morbidity in a civilian population from southern Lebanon. *J Transcult Nurs* 17 (2006) 333-340
34. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 14 (1998) 245-258
35. Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ: The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychol Med* 30 (2000) 529-544
36. Fiedler P: *Dissoziative Störungen und Konversion*. 2. Aufl. PVU, Weinheim, 2001
37. Fischer G, Riedesser P: *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Ernst Reinhard, München, 2003
38. Flatten G, Erli HJ, Hardörfer V, Jünger S, Paar O, Petzold ER: Psychotraumatologie in der Unfallmedizin – zum Stand der psychischen Versorgung von Unfallopfern in Deutschland. *Unfallchirurg* 105 (2002) 231-236
39. Flatten G: Abriss über den aktuellen Stand bei den Traumafolgestörungen ASD und PTSD. In: Seidler GH, Laszig P, Micka R, Nolting BV (Hrsg.): *Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie*. Psychosozial-Verlag, Giessen, 2003, S. 35-54

40. Franke G: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Göttingen, Beltz, 1995
41. Frans Ö, Rimmö PA, Aberg L, Fredrikson M: Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 111 (2004) 291-299
42. Fricker AE, Smith DW, Davis JL, Hanson RF: Effects of context and question type on endorsement of childhood sexual abuse. *J Trauma Stress* 16 (2003) 265-268
43. Gaul J, Biesold KH: Diagnostische Vorphase. In: Frommberger U, Keller R (Hrsg): *Empfehlungen von Qualitätsstandards für die stationäre Traumatherapie: Indikation, Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation, Akutpsychosomatik und Psychiatrie*. Pabst, Lengerich, 2007, S. 39 – 44
44. Giezen van AE, Arensman E, Spinhoven P, Wolters G: Consistency of memory for emotionally arousing events: a review of prospective and experimental studies. *Clin Psychol Rev* 25 (2005) 935-953
45. Green BL, Goodman LA, Krupnick JL, Corcoran CB, Petty RM, Stockton P, Stern NM . Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *J Trauma Stress* 13 (2000) 271-286
46. Grieger TA, Cozza SJ, Ursano RJ, Hoge C, Martinez PE, Engel CC, Wain HJ: Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am J Psychiatry* 163 (2006) 1777-1783
47. Goodman LA, Corcoran C, Turner K, Yuan N, Green BL: Assessing traumatic event exposure: general issues and preliminary findings for the stressful life events screening questionnaire. *J Trauma Stress* 11 (1998) 521-542
48. Goodwin J, Attias R, McCarty T, Chandler S, Romanik R: Reporting by adult psychiatric patients of childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 145 (1988) 1183
49. Hart van der O, Nijenhuis E, Steele K, Brown D : Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Aust N Z J Psychiatry* 38 (2004) 906-914
50. Hart van der O, Nijenhuis ER, Steele K : Dissociation: an insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 18 (2005) 413-423
51. Harvey AG, Bryant RA, Dang ST: Autobiographical memory in acute stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 66 (1998) 500-506
52. Hepp U, Gamma A, Milos G, Eich D, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J, Schnyder U: Inconsistency in reporting potentially traumatic events. *Br J Psychiatry* 188 (2006) 278-283

53. Herlihy J, Scragg P, Turner S: Discrepancies in autobiographical memories – implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study. *BMJ* 324 (2002) 324-327
54. Horowitz MJ: Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress: a summary. *Arch Gen Psychiatry* 32 (1975) 1457–1463
55. Huber M: Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. 2te Aufl. Jungfermann, Paderborn, 2005
56. Hull A, Alexander DA, Klein S: Survivors of the Piper Alpha oil platform disaster: long-term follow-up study. *Br J Psychiatry* 181 (2002) 433-438
57. Jones B, Müller J, Maercker A: Trauma and posttraumatic reactions in German development aid workers: prevalences and relationship to social acknowledgement. *Int J Soc Psychiatry* 52 (2006) 91-100
58. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson BN: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52 (1995) 1048-1060
59. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno RE, Saunders BE, Resnick HS, Best CL: Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol* 71 (2003) 692-700
60. King D, King LA, Erickson DJ, Huang MT, Sharkansky EJ, Wolfe J: Posttraumatic stress disorder and retrospectively reported stress exposure: a longitudinal prediction model. *J Abnorm Psychol* 109 (2000) 624-633
61. Klaric M, Klaric B, Stevanovic A, Grkovic J, Jonovska S: Psychological consequences of war trauma and postwar social stressors in women in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J* 48 (2007) 167-176
62. Kolk van der BA, McFarlane AC, Weisaeth L: Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Jungfermann, Paderborn, 2000
63. Kolk van der BA: The assessment and treatment of complex PTSD. In: Yehuda R (Ed.): *Treating Trauma Survivors with PTSD*. American Psychiatric Press, Washington DC, 2002, S. 127-157
64. Kremers IP, Giezen van AE, Does van der AJ, Dyck van R, Spinhoven P: Memory of childhood trauma before and after long-term psychological treatment of borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 38 (2007) 1-10

65. Krinsley KE, Gallagher JG, Weathers FW, Kutter CJ, Kaloupek DG : Consistency of retrospective reporting about exposure to traumatic events. *J Trauma Stress* 16 (2003) 399-409
66. Kubany ES, Haynes SN, Leisen MB, Owens JA, Kaplan AS, Watson SB, Burns K: Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychol Assess* 12 (2000) 210-224
67. Laney C, Loftus EF: Traumatic memories are not necessarily accurate memories. *Can J Psychiatry* 50 (2005) 823-828
68. Lecrubier Y: Posttraumatic Stress disorder in primary care: a hidden diagnosis. *J Clin Psychiatry* 65 Suppl 1 (2004) 49 -54
69. LeDoux J: *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen.* Carl Hanser, München, 1998
70. LeDoux J: Emotion circuits in the brain. *Annu Rev Neurosci* 23 (2000) 155-184
71. Lindman C, Engdahl B, Frazier P: A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war. *Am J Psychiatry* 158 (2001) 1474-1479
72. Lindy JD, Green BL, Grace M: Somatic reenactment in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychother Psychosom* 57 (1992) 180-186
73. Lipschitz DS, Bernstein DP, Winegar RK, Southwick SM: Hospitalized adolescents' reports of sexual and physical abuse: a comparison of two self-report measures. *J Trauma Stress* 12 (1999) 641-654
74. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, Duku EK, Walsh CA, Wong MY, Beardslee WR: Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 158 (2001) 1878-1883
75. Maercker A, Schützwohl M: Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica* 44 (1998) 130-141
76. Maercker A, Bromberger F: Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychologische Berichte* 32 Heft 2 (2005)
77. Maercker A, Rosner R: *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen.* Thieme, Stuttgart, 2006
78. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun CA : Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the united states. *JAMA* 294 (2005) 571-579

79. McHugo GJ, Caspi Y, Kammerer N, Mazelis R, Jackson EW, Russell L, Clark C, Liebschutz J, Kimerling R: The assessment of trauma history in women with co-occurring substance abuse and mental disorders and a history of interpersonal violence. *J Behav Health Ser Res* 32 (2005) 113-127
80. McNally RJ : Can we solve the mysteries of the National Vietnam Readjustment Study? *J Anxiety Disord* 21 (2007) 164-175
81. Mcquaid JR, Pedrelli P, McCahill ME, Stein MB: Reported trauma, post-traumatic stress disorder and major depression among primary care patients. *Psychol Med* 31(2001) 1249-1257
82. Michal M, Sann U, Grabhorn R, Overbeck G, Röder CH: Zur Prävalenz von Depersonalisation und Derealisation in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut* 50 (2005) 328-339
83. Mollica RF, Caridad KR, Massagli MP: Longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and changes in traumatic memories over time in Bosnian refugees. *J Nerv Mental Dis* 195 (2007) 572-579
84. Moore SA, Zoellner LA: Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: an evaluative review. *Psychol Bull* 133 (2007) 419-437
85. Müller C, Teschner M, Assaloni H, Kraemer B, Schnyder U, Rufer M: Eine ambulante Stabilisierungsgruppe zur Verbesserung der Emotionsregulation bei komplexen posttraumatischen Störungen. *Psychother Psych Med* 57 (2007) 364-372
86. Mylle J, Maes M: Partial posttraumatic stress disorder revisited. *J Affective Dis* 78 (2004) 37-48
87. Nelson EC, Heath AC, Madden PA, Cooper ML, Dinwiddie SH, Buchholz KK, Glowinski A, McLaughlin T, Dunne MP, Statham DJ, Martin NG: Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 59 (2002) 139-145
88. Neuner F, Schauer M, Karunakara U, Klaschik C, Robert C, Elbert T: Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry* 4 (2004) 34
89. Nicholls PJ, Abraham K, Connor KM, Ross J, Davidson JR: Trauma and posttraumatic stress in users of the Anxiety Disorders Association of America web site. *Compr Psychiatry* 47 (2006) 30-34
90. Nishith P, Mechanic MB, Resick PA: Prior interpersonal trauma: the contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *J Abnorm Psychol* 109 (2000) 20-25

91. Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA, Trickett PK, Putnam FW: Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse. *J Interpers Violence* 18 (2003) 1452-1471
92. Norris FH: Screening for traumatic stress: a scale for use in general population. *J Appl Soc Psychol* 20 (1990) 408-418
93. Norris FH, Hamblen JL: Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In: Wilson JP, Keane TM (Eds): *Assessing psychological trauma and PTSD*. 2. Aufl. Guilford Publications, New York, 2004, S. 63-76
94. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P: Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *Am J Psychiatry* 161 (2004) 1390-1396
95. Paivio SC: Stability of retrospective self-reports of child abuse and neglect before and after therapy for child abuse issues. *Child Abuse Negl* 25 (2001) 1053-1068
96. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU: Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 101(2000) 46-59
97. Perkonig A, Pfister H, Stein MB, Höfler M, Lieb R, Maercker A, Wittchen HU: Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Am J Psychiatry* 162 (2005) 1320-1327
98. Porter S, Peace KA: The scars of memory. A prospective, longitudinal investigation of the consistency of traumatic and positive emotional memories in adulthood. *Psychol Sci* 18 (2007) 435-441
99. Quimette P, Read J, Brown PJ: Consistency of retrospective reports of DSM-IV criterion A traumatic stressors among substance use disorder patients. *J Trauma Stress* 18 (2005) 43-51
100. Read J, Fraser A: Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask? *Psychiatr Serv* 49 (1998) 355-359
101. Reigstad B, Jorgensen K, Wichstrom L: Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: prevalences and correlates. *Nord J Psychiatry* 60 (2006) 58-66
102. Roemer L, Litz BT, Orsillo SM, Ehrlich PJ, Friedman MJ: Increases in retrospective accounts of war-zone exposure over time: the role of PTSD symptom severity. *J Trauma Stress* 11 (1998) 597-605

103. Roth G, Münte TF: Neurobiologische Grundlagen psychischer Traumatisierung. In: Seidler GH, Laszig P, Micka R, Nolting BV (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2003, S. 9-34
104. Rothschild B. Der Körper erinnert sich. Synthesis Verlag, Essen, 2002
105. Sachsse U: Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Schattauer, Stuttgart, 2004
106. Sarchiapone M, Jaussent I, Roy A, Carli V, Guillaume S, Jollant F, Malafosse A, Courtet P: Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior – via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *Eur Psychiatry* 24 (2009) 57 – 62.
107. Schafer I, Berkman C, Riedesser P, Schulte-Markwort M: Posttraumatic syndromes in children and adolescents after road traffic accidents – a prospective cohort study. *Psychopathology* 39 (2006)159-164
108. Schumm JA, Briggs-Phillips M, Hobfoll SE: Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *J Trauma Stress* 19 (2006) 825-836
109. Shalev AY, Tuval R, Frenkiel-Fishman S, Hadar H, Eth S: Psychological responses to continuous terror: a study of two communities in Israel. *Am J Psychiatry* 163 (2006) 667-673
110. Sledjeski EM, Speisman B, Dierker LC: Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey – Replication (NCS-R). *J Behav Med* 31 (2008) 341 – 349.
111. Spitzer C, Abraham G, Reschke K, Michels F, Siebel U, Freyberger HJ Posttraumatic stress disorder following high and low magnitude stressors in psychotherapeutic inpatients. *Clin Psychol Psychother* 7 (2000) 379-384
112. Spitzer RL, First MB, Wakefield JC: Saving PTSD from itself in DSM-V. *J Anxiety Dis* 21 (2007) 233-241
113. Southwick SM, Morgan CA, Nicolaou AL, Charney DS: Consistency of memory for combat-related traumatic events in veterans of Operation Desert Storm. *Am J Psychiatry* 154 (1997) 173-177
114. Suliman S, Mkabile, SG, Fincham DS, Ahmed R, Stein DJ, Seedat S: Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescent. *Compr Psychiatry* 50 (2009) 121-127

115. Sullivan TP, Fehon DC, Andres-Hyman RC, Lipschitz DS, Grilo CM: Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients. *J Trauma Stress* 19 (2006) 229-239
116. Thompson KM, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Redlin J, Demuth G, Smyth J, Haseltine B: Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood. *J Trauma Stress* 16 (2003) 35-38
117. Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter LL: Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Res* 165 (2009) 281-287.
118. Ungerer O, Fikentscher E, Konzag TA: Syndromwechsel von generalisierter Angststörung zu dissoziativer Störung bei posttraumatischer Persönlichkeit. *Psychotherapeut* 51 (2006) 43-46
119. Vrana SR, Lauterbach D: Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *J Trauma Stress* 7 (1994) 289-302
120. Vinck P, Phan PN, Stover E, Weinstein HM: Exposure to war crimes and implications for peace building in northern Uganda. *JAMA* 298 (2007) 543-554
121. Völkner B, Seidler GH: Mein Körper erinnert sich - ein persönlicher Therapiebericht. *Trauma & Gewalt* 1 (2007) 176-184
122. Wessa M, Flor H: Posttraumatische Belastungsstörung und Traumagedächtnis. *Z Psychosom Med Psychother* 48 (2002) 28-37
123. Wessely S, Unwin C, Hotopf M, Hull L, Ismail K, Nicolaou V, David A: Stability of recall of military hazards over time. *Br J Psychiatry* 182 (2003) 314-322
124. Widom CS: Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 156 (1999) 1223-1229
125. Widom CS, Dutton MA, Czaja SJ, DuMont KA: Development and validation of a new instrument to assess lifetime trauma and victimization history. *J Trauma Stress* 18 (2005) 519-531
126. Williams LM: Recall of childhood trauma: a prospective study. *J Consult Clin Psychol* 62 (1994) 1167-1176
127. Wöller W: Trauma und Persönlichkeitsstörung. *Psychodynamisch-integrative Therapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006

128. Wolfe JW, Kimerling R, Brown PJ, Chrestman KR, Levin K: Psychometric review of the Life Stressor Checklist Revised. In: Stamm BH (Ed): Measurement of stress, trauma, and adaption. Sidran Press, Lutherville, 1996
129. Wulff H: Childhood Trauma Questionnaire. Entwicklung einer deutschsprachigen Version und Überprüfung bei psychiatrisch - psychotherapeutisch behandelten Patienten. Promotion an der Universität zu Lübeck, 2006
130. Wurr CJ, Partridge IM: The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. Child Abuse Negl 20 (1996) 867-872
131. Young A, Breslau N: Troublesome memories: reflections on the future. J Anxiety Dis 21(2007) 230-232

8 Anhang

8.1 Anhang 1: Kennwerte der Items des LSC-R: Häufigkeiten, Item-Total, Cronbach's α ohne Item, Altersangaben, Geschlechterdifferenzen

	Itemnummer und Thema	Bereich	Exposition mit Stressor		Exposition mit Todesangst oder Hilflosigkeit			Skalenkennwerte Traumabelastung		Mittl. Alter Erstexp.	Range Alter Erstexp.	Geschlechter Dif. p / t-Test	Mc Hugo
			N	% aller Fälle	N	% aller Fälle	% expon. Fälle	Item - Total	Rel. α ohne Item				
1	Katastrophe	Unglück	23	17,7	22	16,9	96	,16	,7442	22,17	6-49	,176	29,5
2	Zeuge Unfall	Unglück	39	30,0	38	29,2	97	,20	,7429	22,38	6-47	,074	
3	Eigener Unfall	Unglück	58	44,6	49	37,7	84	,22	,7420	17,58	1-54	,329	53,1
10	Schwere Krankheit	Krankheit	76	58,5	72	55,4	95	,26	,7390	25,00	4-54	,013 m>w	60,7
11	Emotionale Vernachlässigung	Vernachl.	83	63,8	76	58,5	92	,43	,7235	11,41	0-41	,045 w>m	84,0
12	Physische Vernachlässigung	Vernachl.	18	13,8	17	13,1	94	,31	,7347	4,89	0-14	,004 w>m	32,4
13	Abort, Fehlgeburt	T u. V.	21	16,2	15	11,5	71	,21	,7406	22,71	13-34	,000 w>m	55,6
17	unerwarteter Todesfall	T u. V	62	47,7	50	38,5	81	,10	,7527	21,52	0-53	,245	85,8
18	Anderer Todesfall	T u. V	70	53,8	47	36,2	67	,37	,7287	23,72	2-54	,695	
19	Zeuge familiärer Gewalt als Kind	Interpers. G.	55	42,3	52	40,0	95	,30	,7348	8,00	0-20 ¹³	,069	
20	Zeuge Raub oder Körperverletzung	Interpers. G.	22	16,9	17	13,1	77	,31	,7347	18,75	7-42	,869	51,1
21	Opfer Raub oder Körperverletzung	Interpers. G.	33	25,4	25	19,2	76	,15	,7455	20,15	8-47	,001 m>w	47,6
22	Physische Misshandlung als Kind	Interpers. G.	57	43,8	55	42,3	96	,51	,7154	7,87	0-30 ¹⁴	,196	84,9
23	Physische Misshandlung als Erw.	Interpers. G.	38	29,2	36	27,7	95	,47	,7204	18,14	3-31 ¹⁵	,002 w>m	
24	Sexuelle Belästigung	Sex. Gewalt	13	10,0	9	6,9	69	,39	,7322	18,85	12-37	,707	41,9
25	Sexuelle Berührungen als Kind	Sex. Gewalt	19	14,6	19	14,6	100	,51	,7210	11,53	6-15	,026 w>m	67,1
26	Sexuelle Berührungen als Erw.	Sex. Gewalt	26	20,0	23	17,7	88	,48	,7220	19,46	7-34 ¹⁶	,000 w>m	
27	Vergewaltigung als Kind	Sex. Gewalt	10	7,7	9	6,9	90	,48	,7278	13,63	11-15	,002 w>m	72,6
28	Vergewaltigung als Erw.	Sex. Gewalt	15	11,5	15	11,5	100	,49	,7240	20,15	12-34 ¹⁷	,000 w>m	
29	Weitere Ereignisse		33	25,4	30	23,1	91	,11	,7493	18,09	0-38	,543	
30	Zeuge durch Bericht		25	19,2	22	16,9	88	,14	,7458	17,35	0-53	,061	
	Mittelwerte:		37,9	29,15		25,57	87,71	0,31					
				7,7-63,8		6,9-58,5	67-100	,10-,51	C α = ,7441				
						Var. ,03							

¹³ Eigentliche Spannweite 0-15 ein Fall gibt 20 als Erstexpositionsalter an.

¹⁴ In einem Fall wurde 30 als Erstexpositionsalter angegeben, sonst zw. 0-16

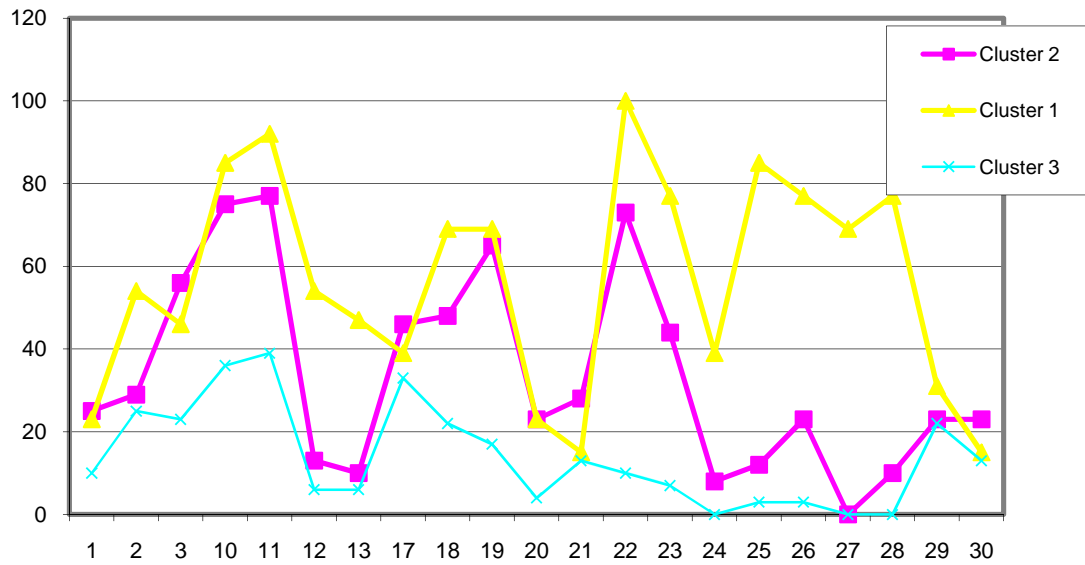
¹⁵ 6 Fälle (16,2% der pos. Antworten) geben ein Erstmanifestationsalter von <16 Jahren an.

¹⁶ 3 Fälle (12,5% der pos. Antworten) geben ein Erstmanifestationsalter von <16 Jahren an

¹⁷ 2 Fälle (15,4% der pos. Antworten) geben ein Erstmanifestationsalter von <16 Jahren an

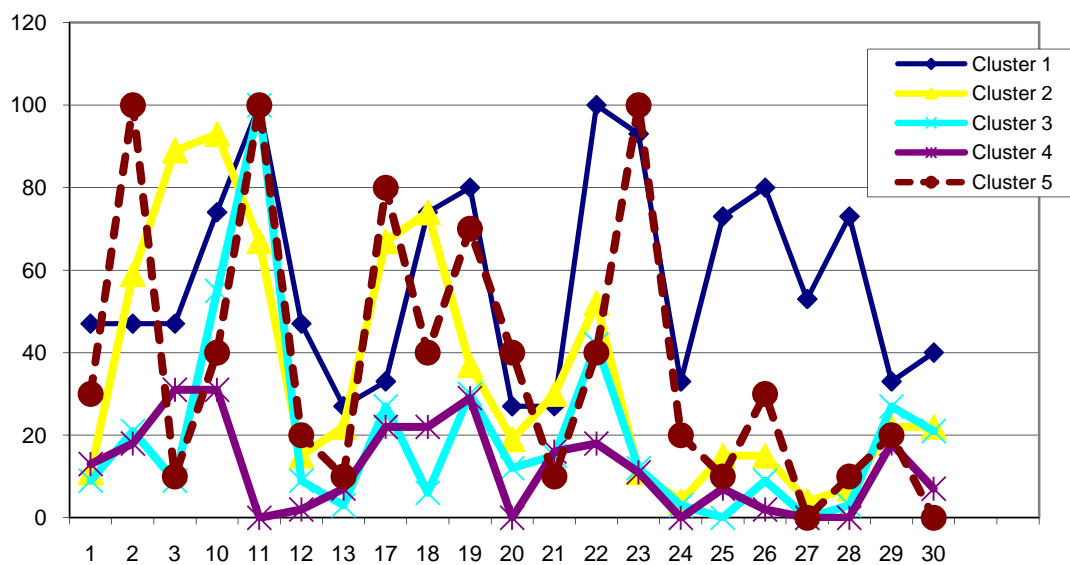
8.2 Anhang 2: Clusteranalyse mit 3 Clustern und 5 Clustern

Abbildung 8: Clusteranalyse mit 3 Clustern



	N	Trauma	IES	GSI SCL 90
Cluster 1	13	11,8	83,5	1,24
Cluster 2	48	7,1	52,2	1,4
Cluster 3	69	2,9	31,3	0,91

Abbildung 9: Clusteranalyse mit 5 Clustern



	N	Trauma	IES	GSI SCL 90
Cluster 1	15	12,1	83,3	1,35
Cluster 2	27	7,3	53,6	1,30
Cluster 3	33	4,2	44,3	1,17
Cluster 4	45	2,5	25,1	0,86
Cluster 5	10	6,8	46,4	1,25

8.3 Anhang 3 :Life Stressor Checklist revised

LSC – R

Bitte lesen Sie das zuerst: Wir werden Ihnen jetzt einige Fragen zu Ereignissen stellen, die für die meisten Menschen bedrohlich, bestürzend oder belastend sind. Bitte denken Sie an Ihr gesamtes bisheriges Leben, während Sie die Fragen beantworten. Einige Fragen können belastende Erlebnisse betreffen, über die Sie normaler Weise nicht reden. Ihre Antworten sind uns wichtig, jedoch müssen Sie auf eine Frage nicht antworten, wenn Sie das nicht wollen. Vielen Dank.

Bitte kontrollieren Sie, ob Sie bei allen Fragen (1-30), die Sie mit **Ja** beantwortet haben, auch zu den Folgefragen a – e Angaben gemacht haben! Vielen Dank.

1. Haben Sie jemals eine große Katastrophe miterlebt (z.B. ein Erdbeben, einen Wirbelsturm, ein großes Feuer oder eine Explosion)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

2. Haben Sie jemals einen schweren Unfall beobachtet (z.B. einen schweren Auto- oder Arbeitsunfall)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

3. Hatten sie einmal einen schweren Unfall oder eine unfallbedingte Verletzung? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

4. War jemals ein Familienmitglied von Ihnen im Gefängnis? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

5. Waren Sie schon einmal in Haft? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

6. Wurden Sie jemals zu Pflegeeltern gegeben? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

7. Haben sich Ihre Eltern getrennt bzw. wurden geschieden, während Sie mit ihnen zusammen gelebt haben? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

8. Haben Sie selbst schon einmal eine Trennung oder Scheidung erlebt? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

9. Hatten Sie jemals erhebliche Geldprobleme (z.B. nicht genügend Geld für Essen oder für ein Dach über dem Kopf)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

10. Hatten Sie jemals eine schwere körperliche oder psychische Krankheit (z.B. Krebs, einen Herzinfarkt, eine schwere Operation, das Gefühl sich umbringen zu wollen, oder eine stationäre Aufnahme wegen psychischer Probleme)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

11. Wurden Sie jemals emotional missbraucht oder vernachlässigt (z.B. häufig beschämt, in Verlegenheit gebracht, ignoriert oder es wurde Ihnen immer wieder gesagt, dass Sie „nicht gut“ seien)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

12. Wurden Sie jemals physisch vernachlässigt (z.B. nicht gefüttert, nicht entsprechend angezogen oder allein gelassen, als Sie noch klein oder krank waren)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

13. Nur für Frauen: Hatten Sie jemals einen Abort oder eine Fehlgeburt (Ihr Baby verloren)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? **1** **2** **3** **4** **5**
gar nicht etwas extrem

14. Wurden Sie jemals gegen Ihren Willen von Ihrem Kind getrennt (z.B. Verlust des Sorge- oder Besuchsrechtes oder Kidnapping)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt?

1	2	3	4	5
gar nicht		etwas		extrem

15. Hatte Ihr Baby oder Ihr Kind eine schwere körperliche oder psychische Behinderung (z.B. geistige Behinderung, Geburtsfehler, nicht hören, sehen oder gehen können)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt?

1	2	3	4	5
gar nicht		etwas		extrem

16. Waren Sie schon einmal für die Sorge um jemanden verantwortlich, der Ihnen nahe stand (nicht Ihr Kind) und der eine schwere körperliche Behinderung hatte (z.B. Krebs, Schlaganfall, AIDS, psychische Problem, nicht hören, sehen oder gehen können)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt?

1	2	3	4	5
gar nicht		etwas		extrem

17. Verstarb jemand, der Ihnen nahe stand, plötzlich oder unerwartet (z.B. durch einen Herzinfarkt, durch Mord oder Selbstmord)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____
c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt?

1	2	3	4	5
gar nicht		etwas		extrem

18. Ist eine Ihnen nahe stehende Person gestorben (ohne die Personen, die plötzlich oder unerwartet verstorben sind)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____
c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt?

1	2	3	4	5
gar nicht		etwas		extrem

19. Als Sie jung waren (vor dem 16ten Lebensjahr): Haben Sie jemals Gewalt zwischen Familienmitgliedern beobachtet (Schläge, Fußtritte, Boxen)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt?

1	2	3	4	5
gar nicht		etwas		extrem

20. Haben Sie jemals einen Raub, einen Überfall oder einen tätliche Angriff beobachtet? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____
c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt?

1	2	3	4	5
gar nicht		etwas		extrem

21. Wurden Sie schon einmal von einer unbekanntem Person beraubt, überfallen oder körperlich angegriffen (nicht sexuell)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? 1 2 3 4 5
gar nicht etwas extrem

22. Vor dem 16ten Lebensjahr: Wurden Sie misshandelt oder körperlich von jemanden angegriffen (nicht sexuell), den Sie kannten (z.B. von einem Elternteil, einem Freund oder dem Ehegatten geschlagen gewürgt, verbrannt oder verprügelt)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? 1 2 3 4 5
gar nicht etwas extrem

23. Nach dem 16ten Lebensjahr: Wurden Sie misshandelt oder körperlich von jemanden angegriffen (nicht sexuell), den Sie kannten (z.B. von einem Elternteil, einem Freund oder dem Ehegatten geschlagen gewürgt, verbrannt oder verprügelt)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? 1 2 3 4 5
gar nicht etwas extrem

24. Gab es jemanden an Ihrem Arbeitsplatz oder in der Schule, der Sie durch Anspielungen auf, Witze über oder Wünsche nach sexuellen Handlungen schikaniert oder wiederholt belästigt hat (z.B. Mitarbeiter, Vorgesetzter, Kunde oder Lehrer)? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? 1 2 3 4 5
gar nicht etwas extrem

25. Vor dem 16ten Lebensjahr: Wurden Sie jemals von jemandem sexuell berührt oder dazu gebracht, jemanden sexuell zu berühren, indem Ihnen mit Gewalt gedroht wurde, falls Sie es nicht machen? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? 1 2 3 4 5
gar nicht etwas extrem

26. Nach dem 16ten Lebensjahr: Wurden Sie jemals von jemanden sexuell berührt oder dazu gebracht, jemanden sexuell zu berühren, indem Ihnen mit Gewalt gedroht wurde, falls Sie es nicht machen? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? 1 2 3 4 5
gar nicht etwas extrem

27. Vor dem 16ten Lebensjahr: Hatten Sie jemals Sex (oralen, analen oder genitalen), obwohl Sie es nicht wollten, weil Ihnen mit Gewalt gedroht wurde, falls Sie es nicht machen? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? 1 2 3 4 5
gar nicht etwas extrem

28. Nach dem 16ten Lebensjahr: Hatten Sie jemals Sex (oralen, analen oder genitalen), obwohl Sie es nicht wollten, weil Ihnen mit Gewalt gedroht wurde, falls Sie es nicht machen? **JA/NEIN**

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? 1 2 3 4 5
gar nicht etwas extrem

29. Gibt es irgendwelche Ereignisse, die wir nicht berücksichtigt haben, die Sie aber erwähnen wollen? **JA/NEIN**

Was war das für ein Ereignis? _____

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? 1 2 3 4 5
gar nicht etwas extrem

30. Passiert eines der erwähnten Ereignisse jemanden, der Ihnen nahe stand, so dass es Sie sehr betroffen machte, obwohl Sie das Ereignis selbst gar nicht gesehen hatten? **JA/NEIN**

Was war das für ein Ereignis? _____

- a, Wie alt waren Sie als es passierte? _____ b, Wie lange dauerte es an? _____
- c, Waren Sie, während es geschah, der Meinung, dass Sie oder jemand anderes zu Tode kommen könnte oder schwer verletzt werden könnte? Ja / Nein
- d, Erlebten Sie während des Ereignisses Gefühle massiver Hilflosigkeit, Angst oder Schrecken? Ja / Nein
- e, Wie sehr hat sich das Ereignis auf ihr Leben im letzten Jahr ausgewirkt? 1 2 3 4 5
gar nicht etwas extrem

Thesen

1. Nach komplexen, lange anhaltenden sowie frühen Traumatisierungen treten häufig multimorbide Störungsbilder auf. Die Symptomatik kann weit über die Kriterien, die in der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung aufgeführt werden, hinaus gehen. Psychotraumatologen bezeichnen solche Krankheitsbilder als Traumafolgestörung. Jedoch fehlen bislang Verfahren, die eine valide und spezifische Diagnostik dieser Patientengruppe ermöglichen.
2. Es wird von einer gemeinsamen Psychopathogenese der Traumafolgestörungen ausgegangen, deren zentrale Merkmale ein vom biographischen Gedächtnis abgespaltenes Erinnerungssystem, das Traumagedächtnis, sowie spezifische Veränderungen neuro-endokriner Regelkreise sind, z. B. eine gesteigerte Aktivität des noradrenergen Stresssystems mit verminderter Cortisolausschüttung und erhöhter Sensitivität der Glucocorticoidrezeptoren, eine Hyperreagibilität der Amygdala bei gleichzeitiger Inhibition orbito-frontaler Strukturen und reduziertem Hippokampusvolumen.
3. Die Prävalenz der Lebenszeitexposition mit einem traumatischen Stressor ist allgemein hoch, bei psychisch erkrankten Personen wird von 60 – 90 % ausgegangen. Gleichzeitig entwickelt bei Weitem nicht jeder Betroffene nach einer Traumatisierung eine psychische Erkrankung. Daher muss zunächst der Zusammenhang zwischen Stressorexposition und Psychopathologie nachgewiesen werden, welches ein zentrales Problem der Diagnostik der Traumafolgestörung darstellt.
4. Konzepte der komplexen Traumafolgestörung, die auf spezifischen Symptommustern basieren, erwiesen sich bislang nicht als ausreichend spezifisch und sensitiv. Daher wird ein multidimensionales Vorgehen zur Differentialdiagnostik vorgeschlagen. Eine interindividuell vergleichende Bewertung der retrospektiven Angaben über die traumatischen Erfahrungen muss dabei ein integraler Bestandteil sein.
5. Traumachecklisten beschreiben verschiedene potentiell traumatische Stressoren und fordern die Probanden auf anzugeben, ob mindestens eine Expositionserfahrung mit einem solchen Stressor besteht. Dabei besteht ein Dose-Response Effekt zwischen der Anzahl der positiven Itemantworten dieser Traumachecklisten und dem Ausmaß der traumaspezifischen Symptomatik.

6. Die Studie überprüft anhand verschiedener psychometrischer Merkmale der Antworten von 130 stationären Patienten einer psychosomatischen Abteilung, ob der Summenscore einer Traumacheckliste – der Life-Stressor Checklist – eine Voraussage der aktuellen psychopathologischen Störung der Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse ermöglicht.
7. Der Dose-Response Effekt stellte sich mit $r = 0,714$ in der Stichprobe deutlich dar. Der Summenscore der Traumacheckliste ist bei Personen mit posttraumatischer Belastungsstörung und anderen Störungsbildern, die üblicherweise mit Traumatisierung in Verbindung gebracht werden, sowie in Gruppen mit s. g. schweren Traumatisierungen erhöht. Außerdem ist ein hoher Traumachecklistenscore meist in Fällen festzustellen, bei welchen die behandelnden Therapeuten von einer großen Relevanz traumatischer Erlebnisse für die Pathogenese ausgingen.
8. In Hochrisikogruppen – wie z. B. Opfer sexueller Gewalt und frühe Traumatisierung – ermöglicht die Berücksichtigung von Angaben zu anderen traumatischen Stressoren eine Differenzierung der traumabedingten Psychopathologie. Dies kann mit dem verstärkten Retraumatisierungs- bzw. Reviktimisierungsrisiko bei pathologischer Traumareaktion zusammenhängen, weshalb Listen, welche die gesamte Lebensspanne berücksichtigen, sich zur Diagnostik besser eignen als Verfahren, die nur einzelne Stressortypen erheben.
9. Der Summenscore der Traumacheckliste entspricht jedoch nicht der Anzahl der Traumatisierungen. Das Antwortverhalten wird z. B. auch durch das Ausmaß der aktuellen psychopathologischen Beschwerden beeinflusst. Bei einem großen und aktivierten traumatischen Gedächtnis besteht für die Items bei Personen mit komplexer Traumapathologie eine höhere bedingte Wahrscheinlichkeit entsprechende Erinnerung auszulösen. Daher ist der Dose-Response Effekt erst in der Kombination von Erlebnishintergrund und traumabedingter Psychopathologie zu verstehen.
10. Insgesamt stellt der Summenscore der eingesetzten Traumacheckliste bei den untersuchten stationären psychosomatischen Patienten ein zeit-ökonomisches und valides Instrument zur Vorhersage der aktuellen Traumapathologie dar. In weiteren Studien sollten noch offene Fragen zur Itemauswahl und zur Übereinstimmung mit weiteren traumaassoziierten Persönlichkeitsmerkmalen (z. B. Dissoziativität) überprüft werden. Im Rahmen der klinischen Differentialdiagnostik interessiert besonders, ob Personen mit einem hohen Traumachecklistenscore von spezifischen Behandlungsformen besonders profitieren können.

Lebenslauf

Name: Oliver Jan Ungerer
Geburtsdatum: 23.09.1968
Geburtsort: München

Schulbildung:

Sept. 1974 Einschulung in die Grundschule an der Rothbuchenstraße, München
Juni 1987 Allgemeine Hochschulreife am Gymnasium Unterhaching

Berufliche Ausbildung:

Nov. 87 – März 88 Studium an der Universität Bamberg Hauptfach Psychologie
April 90 – Juni 95 Studium an der Universität Marburg Hauptfach Psychologie
1.6.1995 Abschluss der Diplomhauptprüfung Psychologie; Note „sehr gut“

Berufliche Tätigkeiten:

April 88 – März 90 Zivildienst und Tätigkeit im Pflegedienst in der Psychosomatischen Klinik Windach.
Febr. 96 – Nov. 96 Neuropsychologische Abteilung Hardtwaldklinik, Neurologische Akutklinik, Bad Zwesten.
Dez. 96 – Aug. 99 Psychologischer Dienst der Stiftung Pfennigparade, München.
Sept. 99 – Dez. 02 Städt. Klinikum St. Georg, Leipzig, Klinik für Forensische Psychiatrie.
April 03 – Sept. 07 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Halle.
Seit Jan. 08 Leitender Psychologe des Behandlungsschwerpunktes Psychotraumatologie, Brandenburg Klinik Bernau, Abt. Psychosomatik.

Psychotherapeutische Zusatzqualifikationen:

- Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie nach § 2 Abs. Erste DV-HeilPrG. *Mai 96*
- Approbation als Psychologischer Psychotherapeut gemäß § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes *März 99*
- Familientherapeut und systemischer Supervisor (Institut für Familientherapie und systemische Supervision Köln) *April 01*
- Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumatheorie DeGPT“ (Thüringer Traumanetzwerk-Zentrum) *Mai 07*
- Nachqualifikation und Arztregistereintrag „Verhaltenstherapie“ *Juni 07*

Berlin, den 04.11.2009

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Berlin, den 04.11.2009

Erklärung über frühere Promotionsversuche:

Hiermit erkläre ich, dass ich bisher keine früheren Promotionsversuche mit dieser oder einer anderen Dissertation unternommen habe. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Berlin, den 04.11.2009

Hinweise auf Publikation der Ergebnisse dieser Arbeit

Ein Manuskript mit Ergebnissen dieser Arbeit wurde bei der Zeitschrift: „Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinische Psychologie“ (PPmP) zur Publikation angenommen.

Autoren und Titel des Manuskriptes:

Ungerer O, Deter HC, Fikentscher E, Konzag TA. Verbesserte Diagnostik von Traumafolgestörungen durch den Einsatz der Life-Stressor Checklist.