

AUS DER ABTEILUNG
FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
PROF. DR. THOMAS LOEW
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**Klinische Korrelate zwischen Behandlungsparametern von potenziell
traumatischen Erfahrungen und Traumafolgestörungen von Patienten in der
stationären psychosomatischen Behandlung**

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Tobias Abernethy

2023

AUS DER ABTEILUNG
FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
PROF. DR. THOMAS LOEW
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**Klinische Korrelate zwischen Behandlungsparametern von potenziell
traumatischen Erfahrungen und Traumafolgestörungen von Patienten in der
stationären psychosomatischen Behandlung**

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Tobias Abernethy

2023

Dekan:

Prof. Dr. Dirk Hellwig

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Thilo Hinterberger

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Frank Klebl

Tag der mündlichen Prüfung:

23.08.2023

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	7
2 Krankheitsbilder.....	8
2.1 Potenziell traumatische Erfahrungen und Traumafolgestörungen.....	8
2.1.1 Situation.....	9
2.1.1.1 Psychosozialer Ansatz.....	10
2.1.1.2 Psychobiologischer Ansatz.....	11
2.1.2 Reaktion.....	12
2.1.3 Prozess.....	13
2.1.3.1 Psychosozialer Ansatz.....	14
2.1.3.2 Psychobiologischer Ansatz.....	15
2.2 Diagnosen.....	17
2.2.1 ICD-10.....	17
2.2.2 DSM-V.....	18
2.2.3 F33.1 Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode.....	18
2.2.3.1 Definition.....	19
2.2.3.2 Differentialdiagnostik.....	21
2.2.4 F32.1 Mittelgradige depressive Episode.....	23
2.2.5 F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung.....	23
2.2.5.1 Definition.....	24
2.2.5.2 Differentialdiagnostik.....	25
2.2.6 F43.8 Sonstige Reaktion auf schwere Belastung.....	26
2.2.7 F41.0 Panikstörung.....	26
2.2.7.1 Definition.....	26
2.2.7.2 Differentialdiagnosen.....	27
3 Fragestellung.....	28
4 Material und Methodik.....	29
4.1 Stichprobe.....	29
4.2 Untersuchungsinstrumente.....	30
4.2.1 Screening zur Diagnostik von Traumafolgestörungen.....	31
4.2.1.1 Kategorisierung in potenziell traumatische Erfahrungen und Traumafolgestörungen.....	33
4.2.2 GAF.....	35
4.2.3 GARF.....	37
4.2.4 ISR.....	39

4.2.5	Strukturniveau.....	41
4.3	Datenanalyse.....	43
4.3.1	Test auf Normalverteilung.....	44
4.3.2	Mann-Whitney-U-Test.....	44
4.3.3	Kruskal-Wallis-Test.....	44
4.3.4	Effektstärke.....	45
4.3.5	Korrelation nach Spearman	45
5	Ergebnisse.....	46
5.1	Test auf Normalverteilung.....	46
5.2	Deskriptive Statistik	47
5.2.1	Häufigkeitsverteilungen	47
5.2.1.1	Antworten des Traumafragebogens.....	47
5.2.1.2	GAF	49
5.2.1.3	GARF.....	51
5.2.1.4	ISR.....	52
5.2.1.5	Geschlecht.....	53
5.2.1.6	Alter	54
5.2.1.7	Schulbildung	55
5.2.1.8	Beruf	56
5.2.1.9	Strukturniveau.....	57
5.2.1.10	Aufenthaltsdauer	58
5.2.1.11	Diagnosen	59
5.3	Vergleichende Statistik	59
5.3.1	Auswertung der Korrelationen	60
5.3.2	Tests bezüglich dem Zusammenhang der Variablen „Geschlechter“ und PTE bzw. der Traumafolgestörungen	61
5.3.3	Tests bzgl. dem Zusammenhang der Variablen „Schulbildung“ und PTE bzw. der Traumafolgestörungen	62
5.3.4	Tests bzgl. dem Zusammenhang der Variablen „Strukturniveau“ und PTE bzw. der Traumafolgestörungen	67
5.3.5	Tests bzgl. dem Zusammenhang der Variablen „Beruf“ und PTE bzw. der Traumafolgestörungen.....	73
5.3.6	Tests bzgl. dem Zusammenhang der Diagnosen und PTE bzw. Traumafolgestörungen.....	77
5.3.7	Tests bzgl. dem Zusammenhang der Variablen „Kliniken“ und PTE bzw. der Traumafolgestörungen	79
6	Diskussion	83
6.1	Repräsentativität der Stichprobe.....	83
6.2	Soziodemographische Analyse	84

6.3	Analyse der vergleichenden Statistik.....	85
7	Resümee	89
8	Literaturverzeichnis	90
9	Danksagung	97

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Situationskreis nach Uexküll und Wesiack	10
Abbildung 2: Neurobiologisches Modell des Flashbacks nach Bering	16
Abbildung 3: Verlauf der rezidivierenden depressiven Störung	19
Abbildung 4: Stufenplan zur Diagnostik depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien	20
Abbildung 5: Übersicht zu traumareaktiven Entwicklungen	25
Abbildung 6: Fragebogen: Screening zur Diagnostik von Traumafolgestörungen	31
Abbildung 7: Algorithmus zur Auswahl der statistischen Tests	43
Abbildung 8: Auswertung des GAF-Scorings	50
Abbildung 9: Auswertung des GARF-Scorings	51
Abbildung 10: Boxplots der ISR-Skalen.....	52
Abbildung 11: Geschlechterverteilung der Stichprobe in Abhängigkeit der einzelnen Kliniken.....	53
Abbildung 12: Grafische Darstellung des Alters mit Einbeziehung des Geschlechts	54
Abbildung 13: Häufigkeitsverteilung der Schulabschlüsse	55
Abbildung 14: Darstellung des Berufes	56
Abbildung 15: Häufigkeitsverteilung des Strukturniveaus.....	57
Abbildung 16: Häufigkeitsverteilung der Aufenthaltsdauer	58
Abbildung 17: Mittelwerte des Geschlechts bezüglich „PTE“ und „Traumafolgestörungen“	61
Abbildung 18: Mittelwerte von PTE bzgl. Schulabschluss	62
Abbildung 19: Mittelwerte von Traumafolgestörungen bzgl. Schulabschluss	65
Abbildung 20: Mittelwerte von PTE bzgl. Strukturniveau	67
Abbildung 21: Mittelwerte von Traumafolgestörungen bzgl. Strukturniveau	70
Abbildung 22: Mittelwerte von PTE bzgl. Beruf	73
Abbildung 23: Mittelwerte von Traumafolgestörungen bzgl. Beruf	75
Abbildung 24: Mittelwerte von PTE bzgl. Kliniken.....	79
Abbildung 25: Mittelwerte von Traumafolgestörungen bzgl. Kliniken.....	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Screeningfragen zur Differenzialdiagnostik Depression.....	22
Tabelle 2: Beispielfragen zur Diagnostik von Angststörungen.....	27
Tabelle 3: Zusammensetzung der Stichprobe	30
Tabelle 4: Punktbewertung im Scoring PTE	33
Tabelle 5: Punktbewertung im Scoring Traumafolgestörungen	34
Tabelle 6: GAF-Skala	35
Tabelle 7: GARF-Skala.....	38
Tabelle 8: Inhalt des ISR-Fragebogens	39
Tabelle 9: Bewertung der ISR-Ergebnisse	40
Tabelle 10: Funktionsniveaus des Strukturniveaus	42
Tabelle 11: Einteilung der Effektstärke	45
Tabelle 12: Ergebnisse der Tests auf Normalverteilung	46
Tabelle 13: Antwortenverteilung des Fragebogens „Screening zur Diagnostik von Traumafolgestörungen“	48
Tabelle 14: Zuordnung der Niveaus des GAF zu entsprechender Grafik	49
Tabelle 15: Zuordnung der Funktionsfähigkeit zu entsprechender Grafik	51
Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der untersuchten Diagnosen.....	59
Tabelle 17: Korrelationen der verschiedenen Parameter mit den Variablen PTE und Traumafolgestörungen	60
Tabelle 18: Mann-Whitney-U-Test: Geschlecht:PTE/ Traumafolgestörungen	61
Tabelle 19: Paarweise Vergleiche von „Schulabschluss“ bezüglich PTE	63
Tabelle 20: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Schulabschluss“ bezüglich PTE	64
Tabelle 21: Paarweise Vergleiche von „Schulabschluss“ bezüglich Traumafolgestörungen	66
Tabelle 22: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Schulabschluss“ bezüglich Traumafolgestörungen	66
Tabelle 23: Paarweise Vergleiche von „Strukturniveau“ bezüglich PTE	68
Tabelle 24: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Strukturniveau“ bezüglich PTE	69
Tabelle 25: Tabelle 25: Paarweise Vergleiche von „Strukturniveau“ bezüglich Traumafolgestörungen	71
Tabelle 26: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Strukturniveau“ bezüglich Traumafolgestörungen	71
Tabelle 27: Paarweise Vergleiche von „Beruf“ bezüglich PTE.....	74
Tabelle 28: Paarweise Vergleiche von „Beruf“ bezüglich Traumafolgestörungen.....	76

Tabelle 29: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Beruf“ bezüglich Traumafolgestörungen	76
Tabelle 30: Mann-Whitney-U-Tests der Diagnosen.....	77
Tabelle 31: Paarweise Vergleiche von „Kliniken“ bezüglich Traumafolgestörungen.	80
Tabelle 32 Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Kliniken“ bezüglich PTE .	80
Tabelle 33: Paarweise Vergleiche von „Kliniken“ bezüglich Traumafolgestörungen.	81
Tabelle 34: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Kliniken“ bezüglich Traumafolgestörungen	82

1 Einleitung

Die Forschung und Praxis der Psychotraumatologie ist eine Fachrichtung, welche noch nicht sehr lange unter diesem Namen betrieben wird. Ihre Geschichte hat ihre Ursprünge allerdings bereits in der Antike. Beispielsweise wird im homerischen Epos „Ilias“ ein Kriegstrauma und dessen Überwindung dargestellt (Shay, 1991). Auch der altgriechische Kriegsheld Achilles entwickelt im Rahmen seiner Legende ein Kriegstrauma (Shay, 1991). Die Geschichte der Forschung zu diesem Thema reicht jedoch nur bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts zurück. Die ersten Forschungen bezüglich der PTBS-Symptomatik erfassten Patienten, die ein Zugunglück oder einen Arbeitsunfall erlebt hatten. Dabei wurde die Ursache auf eine molekulare Veränderung des Rückenmarks zurückgeführt, welche als „Railway Spine“ bezeichnet wurde (Erichsen, 1866). Trauma als rein psychisches Konzept wurde erstmals von Jean Martin Charcot in seiner Arbeit zur traumatischen Hysterie beschrieben (CHARCOT, 1887), das von seinem Schüler Sigmund Freud anschließend weiter ausgearbeitet wurde (Breuer & Freud, 1895). Pierre Janet begründete den Begriff der Dissoziation, wofür er in der Literatur häufig als Pionier der modernen Psychotraumatologie gewürdigt wird (Janet, 1889). Bezogen auf psychische Verletzungen, wurde der Begriff „Trauma“ erstmals 1990 von den Kinderpsychiatern Donovan und McIntyre in ihrer Arbeit „Healing the hurt child: A Developmental-contextual approach“ genutzt (Donovan & McIntyre, 1990). Dabei leitet sich der Begriff von der chirurgischen Traumatologie ab, von der er sich allerdings klar abgrenzen soll. Als Namensgeber der Psychotraumatologie gilt in Deutschland der Psychotherapeut und Psychologe Gottfried Fischer, der mit seinem Team am 19.05.1991 das „Institut für Psychotraumatologie“ gründete (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 17).

Die Forschung im Bereich der Psychotraumatologie hat auch in der Gegenwart nicht an Wichtigkeit verloren. Nach einer Studie von 2008 erleben 28% der Frauen und 21% der Männer in Deutschland mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben (Maercker et al., 2008). Dabei liegt die 12-Monats-Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland bei 3,6% der Frauen und 0,9% der Männer (F. Jacobi et al., 2014). In dieser Arbeit werden wir uns damit beschäftigen, ob das Erleben von potenziell traumatischen Erfahrungen (PTE), und die eventuelle Manifestierung und Chronifizierung der daraus folgenden Symptome, die Traumafolgestörungen,

Auswirkungen auf andere Aspekte der psychischen und psychosomatischen Diagnostik und Therapie haben und ob soziodemographische Merkmale mit ihnen in Verbindung stehen.

2 Krankheitsbilder

Kern dieser Arbeit wird es sein, zu eruieren, ob die potenziell traumatischen Erfahrungen und die Traumafolgestörungen der betroffenen Patienten Auswirkungen auf verschiedene Parameter haben, seien sie soziodemographischer Art oder zum Beispiel das Ergebnis eines Experten-Ratings. Dazu ist es unabdingbar, sich intensiv mit den Begriffen, die uns in dieser Arbeit beschäftigen, auseinander zu setzen, um zu verstehen, welche Bedeutung die einzelnen Termini haben, um letztendlich die Ergebnisse interpretieren zu können. Dabei werden wir zunächst darauf eingehen, wie Trauma entsteht und welche psychologischen und biologischen Mechanismen in Gang gesetzt werden müssen, damit es zur Chronifizierung und somit zu Traumafolgestörungen kommt. Danach werden wir die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-V genauer beleuchten. Schließlich werden wir auf die fünf häufigsten Krankheitsbilder der Stichprobe eingehen und deren Definition, diagnostischen Möglichkeiten und Differentialdiagnosen aufarbeiten, bevor wir uns mit dem genutzten Material und der Methodik beschäftigen.

2.1 Potenziell traumatische Erfahrungen und Traumafolgestörungen

Das Erleben von potenziell traumatischen Erfahrungen, sowie die Folgen daraus, sind extrem komplexe und von vielen Variablen abhängige Vorgänge, die sich nur sehr schwer generalisieren lassen, da jedes Individuum aufgrund seiner Lebensgeschichte, seiner psychischen Stabilität etc. anders auf ein potentiell traumatisches Ereignis reagiert. Dabei spielen subjektive Faktoren, wie die eben genannten, eine ebenso große Rolle wie objektive Faktoren wie Setting, Umgebungseindrücke etc. Um dieses multidimensionale Konstrukt begreifen zu können, orientieren wir uns in dieser Arbeit stark am Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung von Fischer und Riedesser aus dem „Lehrbuch der Psychotraumatologie“. Dieses Verlaufsmodell teilt die

psychische Traumatisierung in die Einheiten „Situation“, „Reaktion“ und „Prozess“ ein. Im Folgenden werden wir uns mit diesen Begriffen auseinandersetzen. Dabei wird auf die Einflüsse und Prozesse im psychosozialen und psychobiologischen Sinne eingegangen. Um eben jene Ausführungen in ihrer Gesamtheit begreifen zu können, müssen ein paar Begriffe definiert werden, die in den folgenden Ausarbeitungen immer wieder Anwendung finden werden.

2.1.1 Situation

Der Situationsbegriff von Fischer und Riedesser beschreibt das, was in dieser Arbeit als potenziell traumatische Erfahrungen bezeichnet wird. Er wird als „elementare Beobachtungseinheit der Psychotraumatologie“ definiert (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 69) und basiert auf der Arbeit von Thomas (Thomas, 1969). Wie schon im vorigen Abschnitt erwähnt, ist es wichtig anzumerken, dass hier subjektive und objektive Faktoren eine Rolle spielen. So beschreibt Thomas das Konzept der situativen Gegebenheit, nach dem sich Situationen für jeden Menschen individuell und subjektiv nach deren Erfassungsschemata darstellen und sich folglich Situationen für jedes Subjekt unterschiedlich gestalten (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 70). Nach Fischer und Riedesser ist die Situation von einem „Thema“ bestimmt, also den Gegebenheiten der Situation. Lindsay und Norman (Lindsay & Norman, 1981) führen hierzu den Begriff des „Scripts“ ein, welcher die sozialen Rahmenbedingungen, nach denen sich das Thema ausrichtet, darstellen soll. Das Script enthält drei Arten von Handlungsabläufen: Kulturell normierte Abläufe, situativ bestimmte Abläufe, die durch die gegenseitige Erwartung der Interaktionspartner entstehen, und personengesteuerte Abläufe, die von den jeweiligen Biografien und Persönlichkeiten der Interaktionspartner abhängig sind. Zur Beschreibung der objektiven Einflüsse führen Fischer und Riedesser den Begriff der „objektiven Situationsfaktoren“ ein. In diese fließen situative Gegebenheiten, Thema und Script der traumatischen Situation ein, allerdings in der Weise, wie sie sich für das Subjekt in der traumatischen Situation darstellen (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 71). Gegenpol bilden die subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten, mit denen das Individuum auf die Situation reagieren kann (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 73). Hierbei spielen Lebensgeschichte, unmittelbare Vorgeschichte, Tagesform etc. eine Rolle.

2.1.1.1 Psychosozialer Ansatz

Um zu verstehen, wie es zur traumatischen Situation kommt, muss zunächst verstanden werden, auf welche Weise Menschen Erlebnisse verarbeiten und in die subjektiven Normen und Lebensvorstellungen eingliedern. Dies lässt sich mit dem Modell des Situationskreises von Uexküll und Wesiack darstellen (Uexküll & Wesiack, 1998):

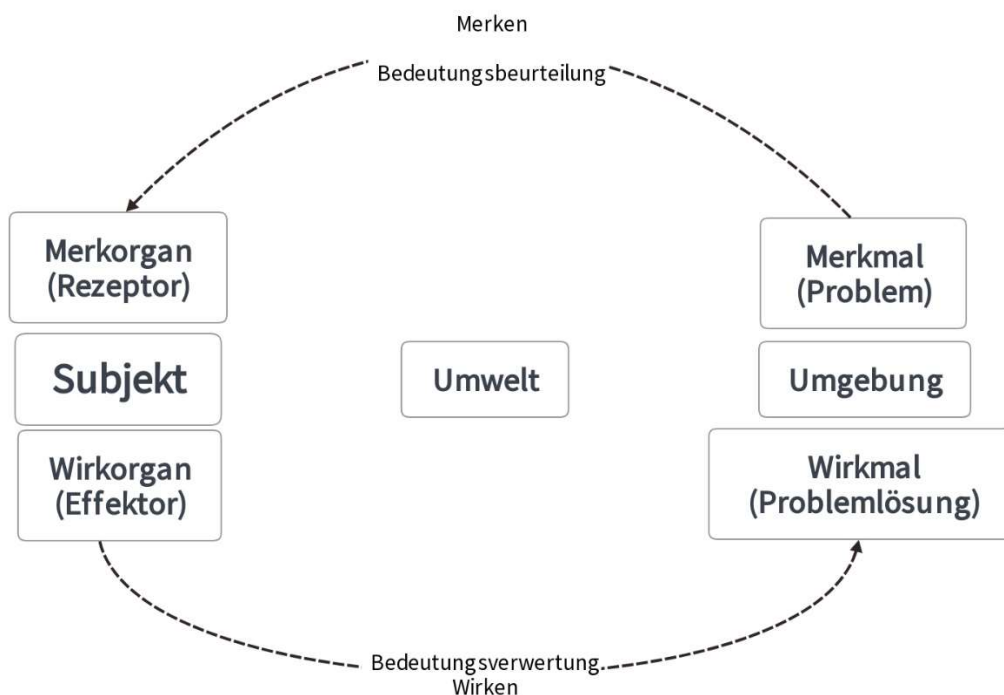


Abbildung 1: Situationskreis nach Uexküll und Wesiack (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 79)

Der Situationskreis ist in einen rezeptorischen und effektorischen Halbkreis gegliedert. Das Individuum nimmt eine Situation am Rezeptor wahr und bewertet diese. Stellt die Situation ein Problem dar, versucht das Subjekt diese durch Eingreifen so zu verändern, dass sich das Problem löst. Die veränderte Situation wird erneut vom Subjekt erfasst und so schließt sich der Kreis. Ist es dem Subjekt nicht möglich, die Umgebung aktiv zu verändern, kann das Problem auch durch Erweiterung bzw. Anpassung der eigenen Normen bzw. Lebensvorstellungen gelöst werden, damit die erlebte Situation wieder eingegliedert werden kann. Man erweitert seinen Horizont (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 71). Ist nun die Diskrepanz zwischen den objektiven Situationsfaktoren und subjektiven Erwartungen zu groß, kann das Erlebte nicht in das

eigene Weltbild integriert werden. Diesen Moment der maximalen Interferenz bezeichnen Fischer und Riedesser als „zentrales traumatisches Situationsthema“ (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 74). Kann der Situation nicht entgangen werden, so entsteht eine potenziell traumatische Erfahrung.

Fischer und Riedesser definieren die traumatische Erfahrung als „[...] vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 84). Die normalerweise fein abgestimmten Regulationsmechanismen des Situationskreises sind teilweise nicht mehr funktionsfähig. Dabei kommt es, durch Überforderung des Subjekts, zur Unterbrechung des effektorischen Halbkreises. Der Betroffene kann sich entweder nicht mehr bewegen oder es kommt zum „panikartigen Bewegungsturm“. Auf rezeptorischer Ebene setzen ebenfalls Funktionen aus. Das Subjekt kann das Erlebte nicht verarbeiten. Die Folgen sind Depersonalisierung – das Subjekt steht neben sich oder beobachtet sich von außen – und Derealisierung – die Geschehnisse kommen ihm wie ein Traum vor.

2.1.1.2 Psychobiologischer Ansatz

Psychobiologisch ist die traumatische Situation ein „Zustand höchster affektiver Erregung“ (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 93). Über die Aktivierung der Steuerungszentren des autonomen Nervensystems im Hypothalamus kommt es zur Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin aus der Nebenniere (Trepel, 2017). Hippocampus und cingulärer Kortex werden gehemmt, was die Einschränkung der Filterfunktion zur Folge hat. Eindrücke können nicht mehr geordnet werden, stattdessen werden Wahrnehmungsbruchstücke desorganisiert dargestellt und gespeichert. Eine Stimulation dieser ungeordneten Sinneseindrücke können den Betroffenen auch jahrelang nach dem traumatischen Ereignis in jenes zurückversetzen (Galley N., 1999).

2.1.2 Reaktion

Das Wort „Trauma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“. Wenn man die traumatische Situation mit dem Moment der Verwundung gleichsetzt, kann man die traumatische Reaktion mit der Immunreaktion vergleichen. Der Körper versucht das Erlebte zu verarbeiten, so wie er beispielsweise versucht eine offene Wunde am Arm zu schließen. Nach M. Horowitz läuft dies in fünf Phasen ab, wobei es in jeder Phase zu einer physiologischen oder einer pathologischen Reaktion kommen kann (Horowitz, 1976). Die Phasen wurden dem Lehrbuch der Psychotraumatologie entnommen (G. Fischer & Riedesser, 2016, 97ff):

Phase 1: Peri-traumatische Expositionsphase: Die normalen Reaktionen in dieser Phase sind Wut, Aufschrei, Angst und Trauer. Kommt es zur pathologischen Reaktion, so wird das Subjekt mit emotionalen Reaktionen bzw. Panik überflutet. Dieser Zustand kann noch lange nach der traumatischen Situation andauern.

Phase 2: Verleugnungsphase: In dieser Phase wehrt sich das Subjekt gegen Erinnerungen an die traumatische Situation. Die pathologische Reaktion zeigt sich hier durch übermäßiges Vermeidungsverhalten. Drogen oder Alkohol werden ggf. missbraucht, um der Konfrontation mit dem Erlebten entgehen zu können.

Phase 3: Eindringen von Gedanken oder Erinnerungsbildern: Der Betroffene kann sich dem Erlebten nicht mehr widersetzen und erinnert sich an das Trauma. Bei der pathologischen Reaktion kommt es hierbei vermehrt zu Intrusionen.

Phase 4: Durcharbeiten: Das Subjekt befasst sich mit dem Erlebten und der persönlichen Reaktion.

Phase 5: Abschluss: Der Betroffene kann sich nun an die traumatische Situation erinnern, ohne zwanghaft daran denken zu müssen.

Kommt es in Phase 4 und 5 zu pathologischen Reaktionen, werden diese als „frozen states“ bezeichnet. Der Betroffene kann das Erlebte nicht adäquat verarbeiten. Dies

kann sich als psychosomatische Reaktion äußern. Der Betroffene glaubt nicht mehr an die Möglichkeit der angemessenen Verarbeitung und Meidungsverhalten entsteht. Dieses kann sich in Form von Phobien, aber auch als Arbeits- und Liebesunfähigkeit in Erscheinung treten.

Wie im Abschnitt zur traumatischen Situation bereits beschrieben, stellt diese eine unterbrochene Handlung dar. Der „Zeigarnik-Effekt“ zeigt, dass unterbrochene Handlungen erneut aufgenommen werden, sobald die Versuchsperson wieder eine Gelegenheit dazu hat (Zeigarnik, 1927). Dies geschieht auch bei der traumatischen Reaktion. Horowitz beschreibt eine Vollendungstendenz, nach der die traumatische Reaktion einen „biphasischen Charakter“ aufzeigt. Betroffene erleben Phase 3, es kommt zur Abwehrreaktion und sie befinden sich wieder in Phase 2. Wenn sich die Abwehr wieder lockert, kommt es erneut zur Intrusion und somit zur Abwehrreaktion. Dies passiert so lange, bis der Betroffene „stark“ genug ist, sich mit dem Erlebten auseinander zu setzen und in Phase 4 ankommt. Dabei spielt es eine Rolle, ob der Betroffene entsprechende Anerkennung vom sozialen Umfeld erhält (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 101). Wird die traumatisierte Person nicht den eigenen Vorstellungen gemäß anerkannt, so kann das Trauma nicht adäquat verarbeitet werden und bleibt bestehen. Es kommt zum traumatischen Prozess.

2.1.3 Prozess

Kann die traumatische Erfahrung nicht hinreichend verarbeitet werden, kommt es zur dritten Phase des Verlaufsmodells der psychischen Traumatisierung, dem traumatischen Prozess. Die Verarbeitungsmechanismen der traumatischen Reaktion werden vorzeitig beendet. Allerdings bleibt ein „undifferenzierter Erinnerungskomplex“ bestehen (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 102). Dies kann dazu führen, dass Intrusionen eine erneute Traumatisierung auslösen. Ist das Subjekt psychisch in der Lage, die traumatische Erfahrung unter Kontrolle zu bringen, so kann es, ähnlich wie in der somatischen Traumatologie, zur Einkapselung der Erinnerungen kommen.

2.1.3.1 Psychosozialer Ansatz

Um diese Einkapselung zu ermöglichen, kommt es zu strukturellen Umbauten in der Psyche des Betroffenen. Das Subjekt entwickelt trotz unzureichender Verarbeitung während der traumatischen Reaktion Theorien, wie die Traumatisierung zustande kommen konnte und zieht daraus Schlüsse, wie eine Wiederholung einer erneuten Traumatisierung zu entgehen ist. Fischer und Riedesser bezeichnen dies als „traumakompensatorisches Schema“ (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 103). Hierbei wird ein Gegenkonzept dafür entworfen, wie der Betroffene sich verhalten hätte müssen, um der traumatischen Erfahrung im Vorhinein entgehen zu können. Dabei kommt es zur Überarbeitung des zentralen traumatischen Situationsthemas. Das Subjekt identifiziert sich mit dem Objekt, um an deren Macht teilhaben zu können und lehnt gleichzeitig die eigene Schwäche ab. Es entsteht eine Spannung zwischen traumatischem Erlebnis und dem traumakompensatorischen Schema. Gleichzeitig kommt es zur Generalisierung des traumatischen Erlebnisses. Das bisherige Welt- und Selbstbild ist zerstört, Hilf- und Hoffnungslosigkeit machen sich breit und die fatalistische Stimmung wird Teil der psychischen Organisation. Das Subjekt gibt sich selbst die Schuld an der Situation und glaubt nicht mehr an „das Gute“ in der Welt. Dies bezeichnen Fischer und Riedesser als „Desillusionierungsschema“ (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 104). Nach Fischer und Riedesser stehen traumatisches Erleben und traumakompensatorisches Schema in einem fragilen Gleichgewicht. Bildlich gesprochen gibt es einen kleinen Überlappungsbereich zwischen den beiden Aspekten, der dem Subjekt einen kleinen Handlungsraum ermöglicht. Er wird von Fischer und Riedesser als „minimales kontrolliertes Darstellungs- oder Handlungsfeld“ bezeichnet (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 105) und ist letztendlich der Ursprung der symptomatischen Manifestierung psychischer Störungen. Dies kann sich in unterschiedlicher Weise zeigen. Zum Beispiel kann bei der Magersucht die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme symbolisch eine Kontrolle über die traumatische Erfahrung darstellen, wodurch das Subjekt einen Teil der Selbstbestimmung zurückerlangt.

2.1.3.2 Psychobiologischer Ansatz

Wie bereits erläutert, stellt die traumatische Situation eine unterbrochene Handlung dar. Dies ist auch auf psychobiologischer Ebene zu beobachten. Der Versuch, auf die Bedrohung adäquat mit Angriff oder Flucht zu reagieren (fight or flight), kann durch die Hilflosigkeit in der traumatischen Reaktion eingefroren werden (freeze). Dabei kommt es zur motorischen Dissoziation (G. Fischer & Riedesser, 2016, 120ff). Agonisten und Antagonisten werden gleichzeitig aktiviert und die geplante Bewegung kann nicht ausgeführt werden. Sie wird unterbrochen. Dies geht mit einem andauernden übermäßigen Muskeltonus einher, was langfristig zu Verspannungen und Spasmen führen kann. Dieses neuromuskuläre Innervationsmuster kann fixiert und bei andauernder Traumatisierung immer wieder ausgelöst werden. Die Fixation geschieht allerdings selten nur auf muskulärer Ebene und spricht mehrere Organsysteme an. So kann es zum Beispiel bei einer solchen Antwortreaktion durch den musculus iliopsoas zu Begleitsymptomen wie Unterbauchbeschwerden, Darmaffektionen und Bandscheibenvorfällen kommen. Auf neuroendokriner Ebene kommt es zu einer Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse (Stressachse). Der Cortisol-Spiegel ist herunterreguliert aber gleichzeitig hypersensitiv. Außerdem kann es zu sogenannten Flashbacks kommen, die das Subjekt in die traumatische Situation zurückversetzen. Anhand des Vier-Ebenen-Modells der Posttraumatischen Belastungsstörung von Bering lässt sich die Neurobiologie des Flashbacks gut erläutern (Bering, 2008):

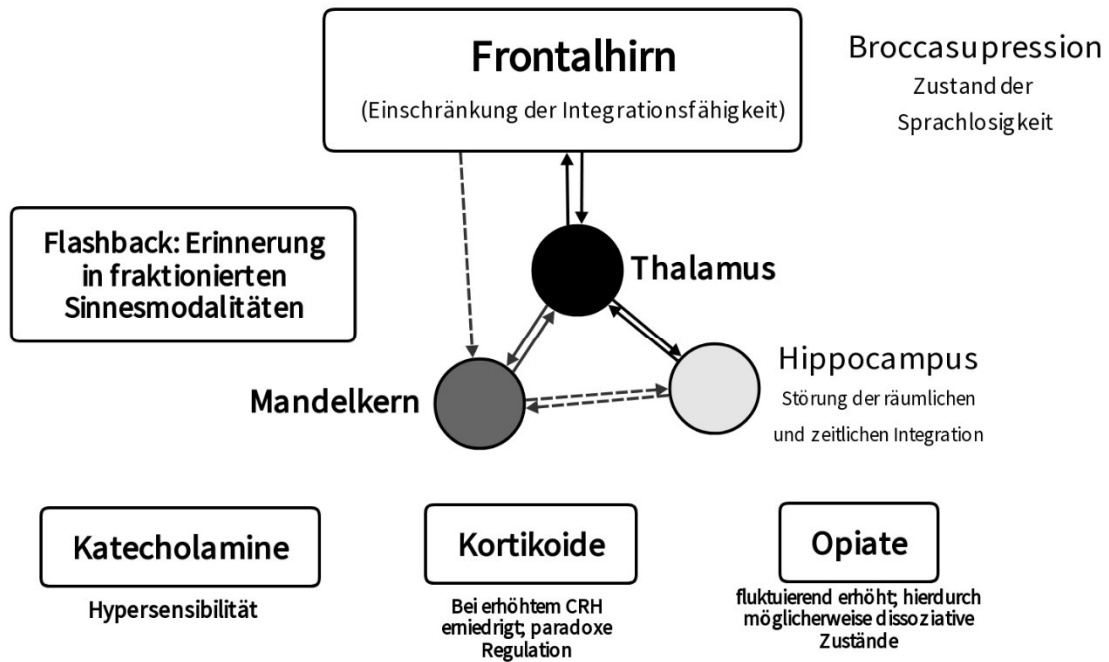


Abbildung 2: Neurobiologisches Modell des Flashbacks nach Bering (G. Fischer & Riedesser, 2016, S. 123)

In der akuten traumatischen Situation kommt es zu einer Flut von Botenstoffen im zentralen und peripheren Nervensystem (Bering, 2008, 106ff). Man nimmt an, dass diese Überflutung zu einer Störung des Hippocampus-Temporallappensystems führt, mit dem das explizite Gedächtnis assoziiert ist. Die Ereignisse können also nicht adäquat im expliziten Gedächtnis gespeichert werden und werden stattdessen im impliziten Gedächtnis des Corpus amygdaloideum (Mandelkernregion) in Form von unzusammenhängenden Sinneseindrücken gespeichert. Sie können olfaktorischer, visueller, akustischer oder kinästhetischer Art sein. Zudem kommt es auf neuroendokriner Ebene zur Stressreaktion. Die Mandelkernregion aktiviert über die Stria terminalis die Kerngebiete im Hirnstamm, die wiederum die Stressachse aktivieren. Es kommt zur „Corticotropin Releasing Factor“ (CRF) -Ausschüttung im Hypothalamus, Adrenocorticotropes Hormon (ACTH) wird von der Hypophyse ausgeschüttet, wodurch wiederum Adrenalin und Noradrenalin aus der Nebenniere freigesetzt werden. Der Sympatikus wird aktiviert. Diese physiologischen Reaktionen sind mit den traumatischen Erinnerungen gekoppelt. Kommt es also zu einem externen oder internen Stimulus, beispielsweise durch einen in implizitem Gedächtnis gespeicherten Geruch oder durch Intrusion, so wird das Subjekt in die traumatische Situation in sensorisch-fragmentärer Form zurückversetzt. Dies wird als

„zustandsspezifisches Gedächtnismuster“ bezeichnet (Bering, 2008, S. 108). Dies kann über Jahrzehnte hinweg konstant bleiben. Dabei ist im Moment des Flashbacks das Broca-Zentrum unterdrückt (Rauch et al., 1996), wodurch es zu einem Zustand der Sprachlosigkeit kommt. Betroffene können die wiedererlebten Geschehnisse aufgrund dessen nur schlecht in Worte fassen (speechless terror). Die Dysregulation der Stressachse sorgt wahrscheinlich für einen relativen Hypokortisolismus (Bering, 2008, S. 110). Es kommt zu einem erhöhten CRF-Spiegel (Heim et al., 1997) und zu einem erniedrigten Kortisolspiegel (Yehuda, 1997). Diese Kombination bezeichnet man als paradoxe Dysregulation. Außerdem kommt es zur Hypersensibilität der Glukokortikoidrezeptoren (Bering, 2008, S. 110).

2.2 Diagnosen

Nachdem nun die Entstehung von Trauma und Traumafolgestörungen erläutert wurde, werden wir nun einige psychische Krankheitsbilder beleuchten. Dabei wurden die fünf häufigsten in der untersuchten Stichprobe gestellten Diagnosen ausgewählt. Es soll jeweils dargestellt werden, was diese Krankheitsbilder definiert, wie die Diagnostik abläuft und welche Differentialdiagnosen in Frage kommen. Zunächst gehen wir aber noch auf zwei relevante Klassifikationssysteme für medizinische Diagnosen ein, dem ICD-10 und dem DSM-V.

2.2.1 ICD-10

ICD steht für „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (englisch: „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“) und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die für Deutschland aktuelle Version ist die ICD-10-GM („German Modification“), die seit 01.01.2020 anzuwenden ist (ICD-10-GM, 2020). Die ICD befindet sich derzeit in der 10. Revision, wobei eine aktualisierte ICD-11 bereits beschlossen wurde und ab dem 01.01.2022 in Kraft treten soll (Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt, 2019). Für diese Arbeit ist das fünfte Kapitel der ICD-10 relevant. Es enthält die sogenannten F-Diagnosen, die Diagnosen für psychische Störungen. Das ICD-10 ist weltweit anerkannt, allerdings wird in den USA

alternativ das DSM-V zur Diagnose von psychischen Erkrankungen genutzt. Dieses ist weitgehend kompatibel mit dem ICD-10.

2.2.2 DSM-V

DSM steht für „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ und wird von der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA) in den USA veröffentlicht. Die aktuelle fünfte Version wurde im Jahr 2013 herausgegeben (*DSM History*, 2020). Wie der Name bereits vermuten lässt, ist das DSM-V, im Gegensatz zur ICD-10, auf psychische Störungen begrenzt. Die ICD-10 ist das international anerkannte Klassifikationssystem, während das DSM-V nur die Klassifikationen für die USA darstellt. Allerdings enthält es zum Teil genauere diagnostische Kriterien als die ICD-10, weswegen es auch international in der Forschung regelmäßig Anwendung findet. „GAF“ und „GARF“ wurden beispielsweise auf Basis des vorigen DSM, dem DSM-IV, entwickelt. Dies wird im Laufe der Arbeit noch genauer erläutert. Da die ICD-10 das international anerkannte Klassifikationssystem ist, werden die folgenden Diagnosen auf Basis der Leitlinien zum ICD-10 erläutert.

2.2.3 F33.1 Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode

Die rezidivierende depressive Störung ist eine Form der unipolaren Depression und wird in der ICD-10 mit dem Kürzel F33 versehen. F33.1 beschreibt eine derzeit mittelgradige Episode der rezidivierenden depressiven Störung und stellt die häufigste Diagnose im untersuchten Kollektiv dar. Die Depression ist eine häufige und nach wie vor unterschätzte Erkrankung. Die Jahresinzidenz liegt bei etwa ein bis zwei Neuerkrankungen pro hundert Personen und die Lebenszeitprävalenz etwa bei 16 - 20 % (Bijl et al., 1998; Ebmeier et al., 2006).

2.2.3.1 Definition

Die rezidivierende depressive Störung zeichnet sich vor allem durch ihren Verlauf aus.

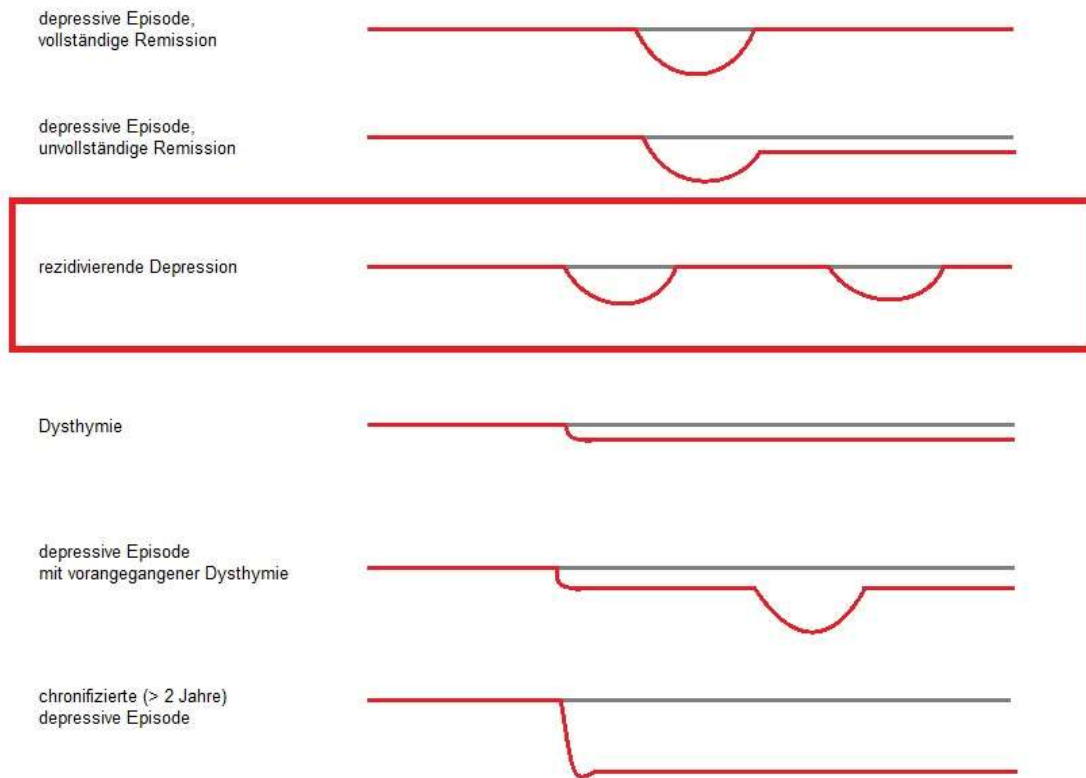


Abbildung 3: Verlauf der rezidivierenden depressiven Störung (Härter et al., 2017)

Der Verlauf muss episodentartig, also nicht chronifiziert sein und in der Vorgeschichte des Betroffenen muss zumindest eine weitere Episode eruierbar sein (Härter et al., 2017, S. 13). Die Symptomatik depressiver Episoden ist im Allgemeinen ähnlich und unterscheidet sich eher durch Schweregrad und Verlauf. Zur Diagnosestellung nach ICD-10 Kriterien wurde in der S3-Leitlinie folgender Plan entwickelt:

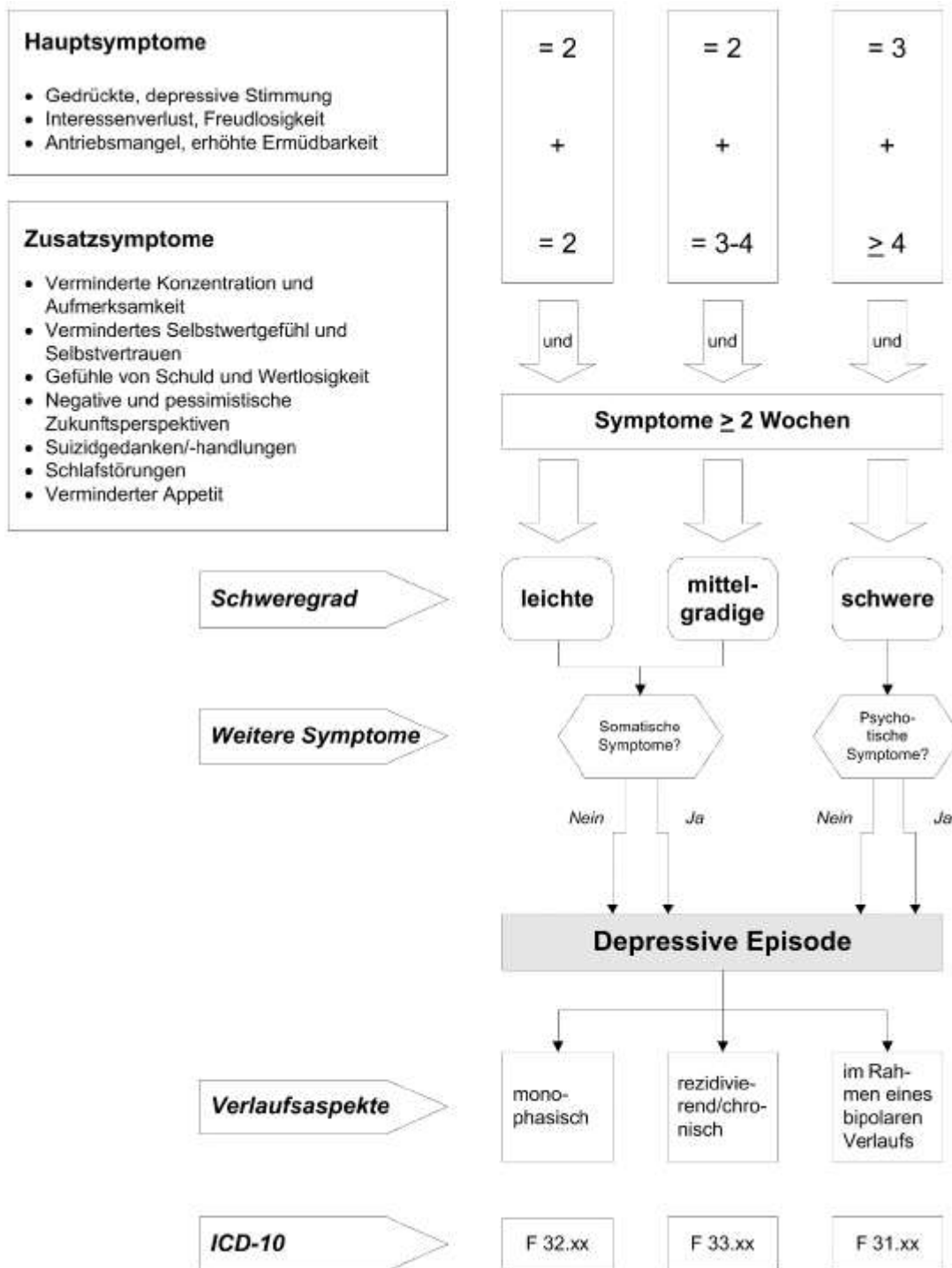


Abbildung 4: Stufenplan zur Diagnostik depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien (Härter et al., 2017, S. 15)

Um eine depressive Störung diagnostizieren zu können müssen mindestens zwei (bei schweren Verläufen drei) der Hauptsymptome für mindestens zwei Wochen auftreten. Die Hauptsymptome sind depressive Stimmung, Interessensverlust/Freudlosigkeit sowie Antriebsmangel bzw. erhöhte Ermüdbarkeit. Anschließend wird der Schweregrad bestimmt. Bei leichten Episoden müssen zwei, bei mittleren Episoden

drei bis vier und bei schweren Episoden mindestens vier Zusatzsymptome auftreten. Zusatzsymptome sind verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken und -handlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit. Bei leichten und mittelgradigen Episoden wird anschließend überprüft, ob ein somatisches Syndrom vorliegt. Hierfür müssen mindestens vier der folgenden Merkmale feststellbar sein: Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten; mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren; frühmorgendliches Erwachen, zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit; Morgentief; der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit; deutlicher Appetitverlust; Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 % des Körpergewichts im vergangenen Monat; deutlicher Libidoverlust. Bei schweren Verläufen wird überprüft, ob eine psychotische Symptomatik vorliegt, die sich durch Wahnideen, Halluzinationen oder einen depressiven Stupor äußern (Härter et al., 2017, S. 14). Schließlich wird ermittelt, ob die depressive Episode monophasisch, rezidivierend oder im Rahmen eines bipolaren Verlaufs auftritt, bevor die finale Diagnose gestellt wird.

2.2.3.2 Differentialdiagnostik

Um eine andere psychische Störung auszuschließen bzw. eine Komorbidität zu ermitteln, ist in der S3-Leitlinie eine Tabelle mit Screeningfragen zusammengestellt worden, die auf verschiedene alternative psychische Störungen hinweisen. Die Fragen beziehen sich auf die letzten vier Wochen. Werden sie bejaht, ist eine weiterführende Diagnostik von Nöten:

Tabelle 1: Screeningfragen zur Differenzialdiagnostik Depression

Psych. Störung	Screeningfrage
Panikstörung	„Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall, bei dem Sie ganz plötzlich von starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?“
Generalisierte Angststörung	„Haben Sie sich schon einmal über mindestens einen Monat oder länger ängstlich, angespannt und voll ängstlicher Besorgnis gefühlt?“
Soziale Phobie	„Hatten Sie jemals unbegründete Ängste, mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen?“
Agoraphobie	„Litten Sie jemals unter unbegründeten Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten?“
Posttraumatische Belastungsstörung	„Haben Sie jemals ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis erlebt, unter dessen Nachwirkungen Sie monatelang litten?“
Spezifische Phobie	„Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie unter einer unbegründeten Angst vor besonderen Situationen, Gegenständen oder Tieren litten?“
Zwangsstörung	„Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten?“
Manische oder Hypomanische Störung	„Waren Sie jemals über mehrere Tage ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?“
Essstörung	„Haben Sie sich jemals über mehrere Monate hinweg große Sorgen darüber gemacht, wie viel Sie essen, zu dick zu sein oder zuzunehmen?“
Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit	„Gab es einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie fünf oder mehr Gläser Alkohol pro Tag getrunken haben?“
Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit	„Haben Sie schon mehrmals Anregungs-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Verschreibung oder in höherer Dosierung eingenommen?“
Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit	„Haben Sie in Ihrem Leben schon mehrmals irgendwelche Drogen wie z. B. Haschisch, Ecstasy, Kokain oder Heroin eingenommen?“

(Härter et al., 2017, 18ff)

Zudem sollte nach Trauer oder bereits behandelten psychischen Störungen gefragt werden. Auch die Suizidalität des Betroffenen sollte überprüft werden, da bei Menschen mit Depressionen das Suizidrisiko ca. 30-mal höher ist als in der allgemeinen Bevölkerung (Harris & Barraclough, 1997).

2.2.4 F32.1 Mittelgradige depressive Episode

Die mittelgradige depressive Episode ist die zweithäufigste Diagnose der Stichprobe. Sie ist ebenfalls eine Form der unipolaren depressiven Störung, allerdings ohne den rezidivierenden Charakter. In Diagnosestellung und Differentialdiagnostik gleicht sie der rezidivierenden depressiven Störung. Hat der Betroffene zwei Haupt- und drei bis vier Nebensymptome, sowie einen monophasischen Verlauf, so kann man die Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode stellen. Auch hier wird das Vorliegen eines somatischen Syndroms überprüft.

2.2.5 F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine spezielle Form der Traumafolgestörungen. Verwandte Störungsbilder sind die akute Belastungsreaktion (F43.0), die Anpassungsstörung (F43.2) und die andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (F62.0). Dabei ist die Häufigkeit der PTBS abhängig von der Art des erlebten Traumas. Die Prävalenz ist etwa 50 % nach Vergewaltigung, 25 % nach anderen Gewaltverbrechen, 50 % bei Opfern von Krieg, Vertreibung und Folter, 10 % nach Verkehrsunfällen und 10 % nach schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignom, etc.). Die Lebenszeitprävalenz liegt je nach Land zwischen 1 und 7 %. In Deutschland ist sie etwa 1,5 - 2 %. (Flatten, 2013)

2.2.5.1 Definition

Die S3-Leitlinie definiert die PTBS folgendermaßen:

„Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folge­reaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse ›wie z. B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (sogenannter sexueller Missbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit –‹ die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.“ (Flatten, 2013)

Diese Definition passt sehr gut zu den bereits beschriebenen Vorgängen zur Entstehung von Traumafolgestörungen.

Die Symptome der PTBS sind (Flatten, 2013):

- „Sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie)
- Übererregungssymptome (Schlafstörung, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten
- Emotionale Taubheit (Rückzug, Interessensverlust, innere Teilnahmslosigkeit)“

Im Kindesalter kann eine teilweise veränderte Symptomausprägung vorliegen, wie aggressive Verhaltensmuster, Verhaltensauffälligkeiten und wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens. Zudem kann die Symptomatik auch erst mit mehrjähriger Verzögerung auftreten.

2.2.5.2 Differentialdiagnostik

Um die Diagnose der PTBS stellen zu können, müssen zunächst andere potenzielle Traumafolgestörungen abgegrenzt werden. Die S3-Leitlinie zeigt hierzu folgende Übersicht zu traumareaktiven Entwicklungen (Flatten, 2013):

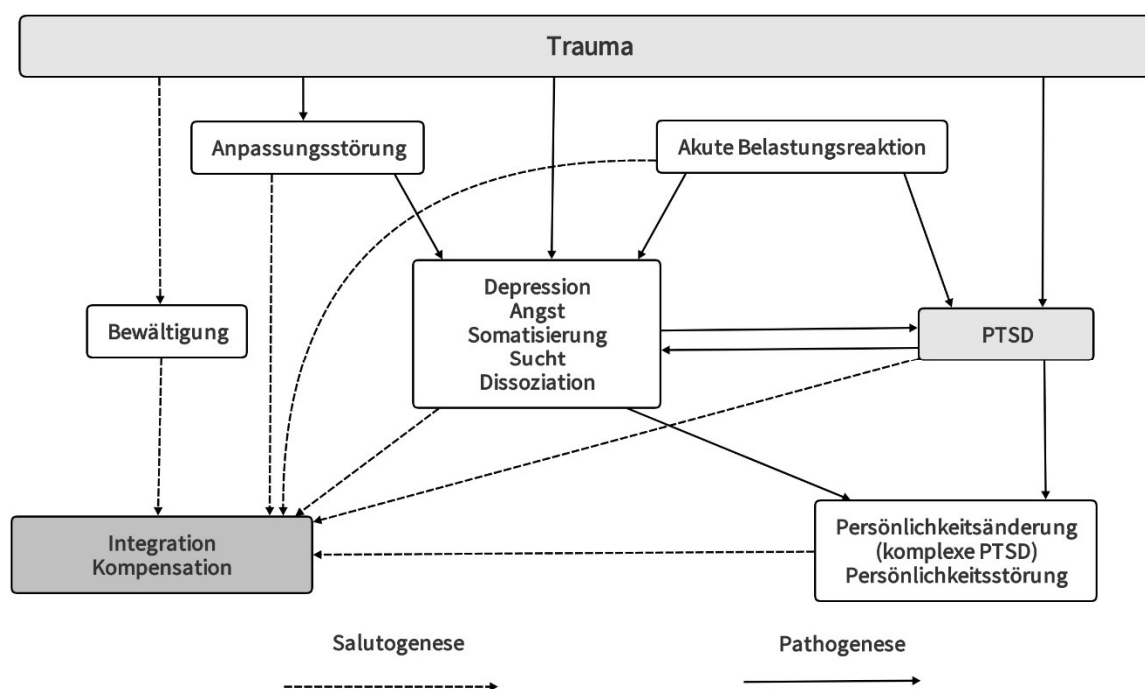


Abbildung 5: Übersicht zu traumareaktiven Entwicklungen (Flatten, 2013)

Somit muss abgeklärt werden, ob eine Anpassungsstörung, eine akute Belastungsreaktion oder andere relevante psychische Vorerkrankungen wie Angststörung, Depression, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen oder Organerkrankungen vorliegen. Die Diagnostik wird anhand der bereits beschriebenen Symptome durchgeführt. Dabei wird berücksichtigt, was der traumatische Auslöser der Beschwerdeentwicklung war. Zuletzt wird ein PTBS-spezifisches Interview geführt, um die Diagnose zu sichern.

2.2.6 F43.8 Sonstige Reaktion auf schwere Belastung

Die Diagnose F43.8 ist eine Subform der Anpassungsstörungen. Passt die gezeigte Reaktion auf eine schwere Belastung nicht in das Symptombild der anderen Anpassungsstörungen, so kann die Diagnose „sonstige Reaktion auf schwere Belastung“ gestellt werden. Sie wird im ICD-10 nicht näher beschrieben.

2.2.7 F41.0 Panikstörung

Die Panikstörung belegt Platz 5 der häufigsten Diagnosen im Kollektiv. Sie zählt zu den Angststörungen. Die 12-Monats-Prävalenz liegt in Deutschland etwa bei 1-3 % (Frank Jacobi et al., 2014), wobei die 30- bis 50-Jährigen die höchste Prävalenz aufweisen (Olaya et al., 2018). Die Lebenszeitprävalenz beträgt ca. 2-3 % (Wittchen & Perkonig, 1993).

2.2.7.1 Definition

Die S3-Leitlinie beschreibt die Panikstörung wie folgt (Bandelow, 2015):

„Plötzlich auftretende Angstanfälle mit den körperlichen Ausdrucksformen der Angst (Herzrasen, unregelmäßiger Herzschlag, Schwitzen, Zittern, Beben, Mundtrockenheit, Atemnot, Erstickungsgefühl, Enge im Hals, Schmerzen, Druck oder Enge in der Brust, Übelkeit oder Bauchbeschwerden, Schwindel-, Unsicherheit-, Ohnmachts- oder Benommenheitsgefühle, Gefühl, dass Dinge unwirklich sind (wie im Traum) oder dass man selbst „nicht richtig da“ ist, Hitzewallungen oder Kälteschauer, Taubheits- oder Kribbelgefühle) sowie Angst, die Kontrolle zu verlieren, „wahnsinnig“ oder ohnmächtig zu werden und Angst, zu sterben.

Diese Panikattacken treten plötzlich auf und nehmen während ca. 10 Minuten an Stärke zu. Die Panikattacken können aus heiterem Himmel auftreten – in der Mehrzahl der Fälle ist jedoch die Panikstörung mit einer Agoraphobie verbunden.“

Patienten mit Angststörungen klagen allerdings häufiger über Schmerzen, Schlafstörungen oder andere somatische Beschwerden als Leitsymptom, weswegen Angststörungen oft nicht erkannt werden (Wittchen et al., 2002).

2.2.7.2 Differentialdiagnosen

Es sollte zunächst geklärt werden, um welche Form der Angststörung es sich handelt. Hierfür gibt es in der S3-Leitlinie jeweils Beispielfragen (Bandelow, 2015):

Tabelle 2: Beispielfragen zur Diagnostik von Angststörungen

Angststörung	Fragen
Panikstörung/ Agoraphobie	Haben Sie plötzliche Anfälle, bei denen Sie in Angst und Schrecken versetzt werden, und bei denen Sie unter Symptomen wie Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Luftnot, Todesangst u.a. leiden? Haben Sie in den folgenden Situationen Angst oder Beklemmungsgefühle: Menschenmengen, enge Räume, öffentliche Verkehrsmittel? Vermeiden Sie solche Situationen aus Angst?
Generalisierte Angststörung	Fühlen Sie sich nervös oder angespannt? Machen Sie sich häufig über Dinge mehr Sorgen als andere Menschen? Haben Sie das Gefühl, ständig besorgt zu sein und dies nicht unter Kontrolle zu haben? Befürchten Sie oft, dass ein Unglück passieren könnte?
Soziale Phobie	Haben Sie Angst in Situationen, in denen Sie befürchten, dass andere Leute negativ über Sie urteilen könnten, Ihr Aussehen kritisieren könnten oder Ihr Verhalten als dumm, peinlich oder ungeschickt ansehen könnten?
Spezifische Phobie	Haben Sie starke Angst vor bestimmten Dingen oder Situationen, wie Insekten, Spinnen, Hunden, Katzen, Naturgewalten (Gewitter, tiefes Wasser), Blut, Verletzungen, Spritzen oder Höhen?

(Bandelow, 2015)

Weitere Differenzialdiagnosen von Angststörungen sind Lungenerkrankungen (Asthma Bronchiale, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen), Herz-Kreislaufferkrankungen (Angina pectoris, Herzinfarkt, Synkopen, Arrhythmien), neurologische Erkrankungen (Migräne, Multiple Sklerose, Tumore etc.), endokrine Störungen und andere Krankheitsbilder wie benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (Bandelow, 2015). Zum Ausschluss organischer Ursachen sind

eine ausführliche Anamnese, eine körperliche Untersuchung sowie Laborparameter und EKG unabdingbar.

3 Fragestellung

Wie zu Beginn dieser Arbeit bereits beschrieben, wird ihr Kern sein, zu eruieren, ob die potenziell traumatischen Erfahrungen und die Traumafolgestörungen der Patienten Auswirkungen auf verschiedene Parameter hat. Um hierfür einen Rahmen zu erschaffen, wurden folgende Fragen in den Mittelpunkt gestellt:

- Gibt es Zusammenhänge zwischen potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen und dem **Geschlecht** der Patienten?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen und dem **Alter** der Patienten?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen und der **Schulbildung** der Patienten?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen und dem **Beruf** der Patienten?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen und den **Diagnosen** der Patienten?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen und dem **Strukturniveau** der Patienten?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen und der **Aufenthaltsdauer** in den Kliniken?
- Gibt es Korrelationen zwischen potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen und den **GAF-Scores** der Patienten?
- Gibt es Korrelationen zwischen potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen und den **GARF-Scores** der Patienten?
- Gibt es Korrelationen zwischen potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen und den **ISR-Scores** der Patienten?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen und den **unterschiedlichen Kliniken**, in denen die Patienten untergebracht sind?

Die Herangehensweise und benötigten Materialien werden in den folgenden Kapiteln erläutert.

4 Material und Methodik

Nachdem die Krankheitsbilder definiert und die Fragestellung dieser Arbeit geklärt wurden, wird nun auf das genutzte Material und die Methodik eingegangen. Im Folgenden wird die Zusammensetzung der Stichprobe beschrieben, die Struktur und Beschaffenheit der einzelnen Fragebögen und Skalen beleuchtet und schließlich die statistische Vorgehensweise und die einzelnen statistischen Tests erläutert.

4.1 Stichprobe

Die Daten, die für diese Arbeit genutzt wurden, stammen von Patienten der Heiligenfeldkliniken mit Hauptsitz in Bad Kissingen. Die Probanden stammen aus den Häusern Parkklinik Heiligenfeld, Fachklinik Heiligenfeld, Rosengartenklinik Heiligenfeld in Bad Kissingen und Heiligenfeldklinik Uffenheim. In den Heiligenfeldkliniken werden bei der Aufnahme routinemäßig verschiedene standardisierte Fragebögen von den Patienten ausgefüllt und Expertenratings durchgeführt. Die für diese Studie relevanten Fragebögen waren der ISR-Fragebogen und der von Herrn Prof. Dr. Hinterberger modifizierte Fragebogen zum Screening zur Diagnostik von Traumafolgestörungen nach Breslau, Peterson et al. Zudem wurde ein GAF-, GARF- und Strukturniveau-Rating durchgeführt. Auswahlkriterien waren Patienten, die in den Jahren 2018 und 2019 in den besagten Kliniken aufgenommen wurden und alle relevanten Fragebögen bzw. Ratings möglichst vollständig ausgefüllt bzw. durchgeführt hatten. Patienten mit fehlenden Daten wurden in die Stichprobe nicht mitaufgenommen. Das entstandene Kollektiv ist 18-83 Jahre alt. Es setzt sich wie folgt zusammen:

Tabelle 3: Zusammensetzung der Stichprobe

Klinik	Weiblich	Männlich	Gesamt
Parkklinik	299	192	491
Fachklinik	521	289	810
Rosengarten	459	133	592
Uffenheim	250	146	396
Gesamt	1529	760	2289

Die Daten zu den Patienten wurden anonymisiert inklusive soziodemographischer Merkmale von den Heiligenfeldkliniken zur Verfügung gestellt.

Der Datensatz mit den oben beschriebenen Merkmalen wurde von Herrn Prof. Dr. Hinterberger zusammengestellt und übergeben. Die Daten wurden anschließend mit den Statistikprogrammen Mathworks MATLAB 2019b und IBM SPSS Statistics 25 bearbeitet und ausgewertet.

4.2 Untersuchungsinstrumente

In dieser Studie soll untersucht werden, ob potenziell traumatische Erfahrungen und Traumafolgestörungen einen Einfluss auf verschiedenste Untersuchungsgrößen haben. Basis dieser Untersuchungen bietet der Fragebogen zum Screening zur Diagnostik von Traumafolgestörungen von Hinterberger et al., der auf der Arbeit von Breslau et al. basiert (Breslau et al., 1999). Neben dem Einfluss von soziodemografischen Merkmalen wurde überprüft, ob zwischen den Ergebnissen dieses Fragebogens und den Ergebnissen der GAF-, GARF-, und ISR-Fragebögen/-ratings sowie des Expertenratings zum Strukturniveau ein Zusammenhang besteht. Die Bedeutung und der Aufbau der einzelnen Fragebögen werden im Folgenden erklärt.

4.2.1 Screening zur Diagnostik von Traumafolgestörungen

Wie bereits beschrieben, bildet dieser Fragebogen den Kern dieser Arbeit. Er ist wie folgt aufgebaut:

Screening zur Diagnostik von Traumafolgestörungen

(modifiziert durch Hinterberger et al. nach Breslau et al., 1999)

Im Folgenden wird nach einer Reihe von schwerwiegenden oder traumatischen Lebensereignissen gefragt, wie z. B. Erfahrungen mit Verbrechen, Katastrophen und körperlichen oder seelischen Übergriffen.

Welche stark furchterregenden Situationen haben Sie erlebt?	selbst erfahren	Zeuge oder indirekt betroffen	wenn ja, öfter?	nein, weder noch
1. Mangel an körperlichen Grundbedürfnissen (Vernachlässigung Nahrung, Wasser oder medizinische Versorgung), Verwahrlosung, , keine)				
2. Körperliche Gewalt (Familiäre Gewalt, Gefangenschaft, Krieg, Kampfsituationen, Folter, erzwungene Isolation, Entführung)				
3. Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch				
4. Psychische Gewalt (emotionale Vernachlässigung, Bedrohung, Erpressung durch Bezugspersonen, Gehirnwäsche, Lebensbedrohung)				
5. Geburts-, frühkindliches oder vorgeburtliches Trauma				
6. Ernsthafte Verletzung, wie z.B. Unfall, schwierige OPs, schwere Krankheit, oder Todesnähe				
7. Ermordung oder Tod von Angehörigen, Freunden oder Unbekannten				
8. Erzwungene Trennung, Scheidung der Eltern, Entführung oder Verschwinden von Familienmitgliedern				
9. Schwere Naturkatastrophen (z.B. Überschwemmungen, Erdbeben), Brand				

Während des schlimmsten Erlebnisses...

1. ...fühlte ich mich hilflos

Ja

Nein

2. ...hatte ich starke Angst oder war voller Entsetzen

Ja

Nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den letzten Monat:	überhaupt nicht	einmal pro Woche oder seltener/ manchmal	2-4-mal pro Woche/ die Hälfte der Zeit	5-mal pro Woche/ fast immer
1. Ich habe versucht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die mich an das Erlebnis erinnern.				
2. Ich habe wiederkehrende, penetrante Erinnerungen an das Ereignis. Ich kann mich nur schwer davon distanzieren.				
3. Ich fühlte mich meinen Mitmenschen deswegen entfremdet und anders oder hatte das Gefühl, dass meine Umgebung nicht real ist.				
4. Ich fühlte mich abgestumpft oder taub (z. B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben).				
5. Ich habe das Gefühl, nicht richtig da zu sein/neben mir zu stehen.				
6. Ich habe Ein- oder Durchschlafstörungen oder Alpträume seit dem Erlebnis (d.h. vorher noch nicht).				
7. Ich war oft nervös oder schreckhaft (z. B. wenn jemand hinter Ihnen Geräusche macht).				
8. Ich bin reizbarer als früher.				

Modifiziert nach: *Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C. & Schultz, L. R. (1999). Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. American Journal of Psychiatry, 156, 908-911.*

Abbildung 6: Fragebogen: Screening zur Diagnostik von Traumafolgestörungen

Ziel dieses Fragebogens ist es, in Erfahrung zu bringen, in welchem Verhältnis der befragte Patient zu traumatischen Erlebnissen und Traumafolgestörungen steht. Dabei ist der Fragebogen in drei Teile zu gliedern.

Der erste Teil bezieht sich darauf, ob, und wenn ja, inwiefern der Patient furchterregende, also potenziell traumatische Situationen erlebt hat. Dazu werden neun Fragen gestellt, die die wichtigsten Situationen mit traumatischem Potential abdecken sollen. Dabei hat der Patient die Möglichkeit, zwischen den Antworten „selbst erfahren“, „Zeuge oder indirekt betroffen“, „wenn ja, öfter?“ und „nein, weder noch“ zu wählen. Die gegebenen Antworten fließen dann in das Scoring „Potenziell traumatischen Erfahrungen (PTE)“ ein, welches im nächsten Unterpunkt genauer erläutert wird.

Der zweite Teil enthält zwei Fragen. Hierbei wird abgefragt, ob man sich während dieser Erlebnisse hilflos gefühlt hat und ob man starke Angst hatte, beziehungsweise voller Entsetzen war.

Der dritte Teil bezieht sich auf die Traumafolgestörungen, also auf die Chronifizierung von Symptomen, beziehungsweise die Unfähigkeit der gesunden Verarbeitung des erlebten Ereignisses. Dieser Teil besteht aus acht Fragen, welche sich auf den letzten Monat beziehen und allesamt auf potenzielle Traumafolgestörungen beim Patienten hinweisen. Dabei hat der Patient die Antwortmöglichkeiten „überhaupt nicht“, „einmal pro Woche oder seltener/ manchmal“, „2-4-mal pro Woche/ die Hälfte der Zeit“ und „5-mal pro Woche/ fast immer“. Diese Antworten fließen in das Scoring „Traumafolgestörungen“ ein. Die Scorings werden im folgenden Unterpunkt erklärt.

4.2.1.1 Kategorisierung in potenziell traumatische Erfahrungen und Traumafolgestörungen

Um die gegebenen Antworten des Fragebogens statistisch bewerten zu können, wurde den einzelnen Fragen ein Bewertungssystem mit Punkten zugewiesen. Dieses ist für die Scores „PTE“ und „Traumafolgestörungen“ unterschiedlich. Das Bewertungssystem zur Kategorie „PTE“ sieht wie folgt aus:

Tabelle 4: Punktebewertung im Scoring PTE

Welche stark furchterregenden Situationen haben Sie erlebt?	selbst erfahren	Zeuge oder indirekt	wenn ja, öfter?	nein, weder noch
Punktebewertung im Scoring „PTE“	2	1	3	0

Bei jeder Frage werden die Antworten mit den Punkten 0-3 versehen, wobei die Antwort „nein, weder noch“ mit null Punkten, die Antwort „Zeuge oder indirekt“ mit einem Punkt, die Antwort „selbst erfahren“ mit zwei Punkten und die Antwort „wenn ja, öfter“ mit drei Punkten bewertet wird. Bei neun Fragen in dieser Kategorie ergibt sich

daraus ein potenzieller Gesamtscore von 0-27. Je höher der Score, desto mehr oder intensivere potenziell traumatische Erfahrungen.

Die Bewertung der Antworten der Kategorie „Traumafolgestörungen“ sieht folgendermaßen aus:

Tabelle 5: Punktebewertung im Scoring Traumafolgestörungen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den letzten Monat:	überhaupt nicht	einmal pro Woche oder seltener/ manchmal	2-4-mal pro Woche/ die Hälfte der Zeit	5-mal pro Woche/ fast immer
Punktebewertung im Scoring „Traumafolgestörungen“	0	1	2	3

Auch hier werden die Antworten mit den Punkten 0-3 versehen, wobei die Antwort „überhaupt nicht“ null Punkte, die Antwort „einmal pro Woche oder seltener/ manchmal“ einen Punkt, die Antwort „2-4-mal pro Woche/ die Hälfte der Zeit“ zwei Punkte und die Antwort „5-mal pro Woche/ fast immer“ drei Punkte gibt. Diese Kategorie besteht aus acht Fragen, somit ist ein Gesamtscore von 0-24 möglich. Auch hier gilt: Je höher der Score, desto mehr Traumafolgestörungen erleidet der Patient.

Alle Vergleiche und Korrelationen dieser Arbeit wurden mit den Ergebnissen dieser beiden Scorings durchgeführt.

4.2.2 GAF

GAF steht für Global Assessment of Functioning Scale. Erstmals beschrieben wurde sie 1989 von der American Psychiatric Association und basiert auf der Achse V des DSM-IV (Saß, 2003). Die GAF ist eine Skala, mit deren Hilfe Psychotherapeuten das psychosoziale Funktionsniveau bewerten können (Sabine Schäfer, 2010). Dabei zeigt sie eine gute Reliabilität und Validität (Hilsenroth et al., 2000), vor allem wenn sie von erfahrenen Psychotherapeuten angewendet wird ($r = 0,81$ (Söderberg et al., 2005)).

Die GAF-Skala wird zweimal angewendet. Dabei soll zunächst das derzeitige Anpassungsniveau und anschließend das Anpassungsniveau im letzten Jahr bewertet werden. Die Bewertung erfolgt unabhängig vom kulturellen Hintergrund, sowie körperlicher Einschränkungen des Patienten (Sabine Schäfer, 2010). Die Skala wird mit 1 bis 100 Punkten bewertet und ist in zehn Niveaus unterteilt. Sie ist wie folgt aufgebaut:

Tabelle 6: GAF-Skala

Punkte	Bewertung
100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
90-81	Keine oder nur minimale Symptome (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z. B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z. B. Konzentrations-schwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
70-61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte

	Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit; hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
50-41	Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z. B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20-11	Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10-1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte

	Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
0	Unzureichende Informationen

(GAF Skala Und Kurzanleitung)

Der Test findet aufgrund seiner einfachen und unkomplizierten Handhabung regelmäßige Anwendung im klinischen Umfeld (Sabine Schäfer, 2010).

4.2.3 GARF

Die GARF oder Global Assessment of Relational Functioning Scale ist der GAF im Aufbau und Funktionsweise sehr ähnlich. Entwickelt wurde sie vom „Committee on the Family of the Group of the Advancement of Psychiatry“ (GAP) auf der Basis der Global Assessment Scale (GAS) (Stash & Cierpka, 2006). Sie ist im Anhang des DSM-IV aufgeführt (Saß & Houben, 2001). Ziel der GARF ist es, die Funktionsfähigkeit von Beziehungen, seien sie familiär oder nicht, zu überprüfen – also einzuschätzen, in welchem Maß die affektiven und/oder lebenspraktischen Bedürfnisse der Beziehungspartner erfüllt werden (Stash & Cierpka, 2006). Dies geschieht in drei Dimensionen (Schäfer):

Problemlösung: Fertigkeit zur Bewältigung von Zielen, Regeln und alltäglichen Arbeiten; Anpassungsfähigkeit bei Stress; Fähigkeit zur Konfliktlösung; Kommunikationsfertigkeiten.

Organisation: Einhaltung von interpersonellen Rollen und Subsystemgrenzen; hierarchisches Funktionieren; Koalitionen und Verteilung von Macht, Kontrolle und Verantwortung.

Emotionales Klima: Tonfall und Spielraum von Gefühlen; Qualität von Fürsorge, Empathie, Engagement und Bindung; Teilen von Werten; gegenseitige affektive Verantwortlichkeit, Respekt und Rücksicht; Qualität sexuellen Funktionierens.

Dabei bezieht sich die Bewertung in der Regel auf den aktuellen Zustand der Beziehung (die letzten zwei Wochen). Die GARF kann aber, bei regelmäßiger Anwendung, zur Verlaufskontrolle der Beziehungsqualität genutzt werden (Sabine Schäfer, 2010), beispielsweise bei klinischer Aufnahme und Entlassung eines Patienten.

Die GARF ist, ähnlich wie die GAF, zur Fremdeinschätzung des zu Untersuchenden von geschultem Personal konzipiert. Dabei zeigt sie eine gute Reliabilität ($r = 0.91$ (Hilsenroth et al., 2000)) und Konstruktvalidität (Ross & Doherty, 2001). Auch die Codierung ähnelt der GAF. Dabei wird die Funktionsfähigkeit der Beziehung in 1-100 % bewertet und in fünf Niveaus gegliedert. Diese sind wie folgt aufgebaut:

Tabelle 7: GARF-Skala

Punkte in %	Bewertung
100-81	Die Beziehungseinheit funktioniert nach Selbstbericht der Beteiligten und aus der Perspektive von Beobachtern zufriedenstellend.
80-61	Das Funktionieren der Beziehungseinheit ist irgendwie unbefriedigend. Über eine Zeitspanne werden viele, aber nicht alle Schwierigkeiten ohne Beschwerden gelöst.
60-41	Die Beziehungseinheit hat gelegentlich Zeiten des befriedigenden und kompetenten Funktionierens miteinander, aber deutlich dysfunktionale, unbefriedigende Beziehungen überwiegen tendenziell.
40-21	Die Beziehung ist offensichtlich und ernstlich dysfunktional; die Art und Weise und der Zeitraum des Zusammenseins sind selten zufriedenstellend.
20-1	Die Beziehungseinheit ist zu dysfunktional geworden, um die Kontinuität von Kontakt und Bindung aufrechtzuerhalten.
0	Unzureichende Informationen

(Saß & Houben, 2001)

Ähnlich der GAF wird die GARF aufgrund ihrer unkomplizierten Handhabung regelmäßig in klinischen Umfeld angewendet (Sabine Schäfer, 2010).

4.2.4 ISR

Das ISR- oder ICD-10-Symptomrating ist, wie der Name schon vermuten lässt, ein Screening-Instrument, das auf dem Kapitel V (F-Diagnosen) des ICD-10 basiert. Es wurde mit dem Ziel entwickelt, zeit- und ressourcenökonomisch psychische Symptomatik erfassen und valide, standardisierte Diagnosen stellen zu können (Tritt et al., 2008). Das ISR wurde in den der Veröffentlichung folgenden Jahren immer wieder mit guten Ergebnissen auf Validität geprüft (Cronbachs $\alpha = 0.92$ für Gesamtskala, so wie 0,78 bis 0,86 für die einzelnen Syndrom-Skalen (H. F. Fischer et al., 2010), Korrelationen zwischen ISR-Skalen und SCL-90-R-Skalen von $r = 0.18$ bis $r = 0.84$ (Tritt, Karin & Heymann, Friedrich & Zaudig, Michael & Loew, Thomas & Söllner, Wolfgang & Fischer, Felix & Buehner, Markus, 2010), Cronbachs $\alpha = 0.82$ für Depressionsskala (Brandt et al., 2015), sowie Korrelationen zwischen ISR-Skalen und SCL-90-R-Skalen von $r = 0,60$ bis $r = 0,85$ (Braun et al., 2017).)

Es handelt sich hierbei um einen Fragebogen, der vom Patienten nach subjektivem Empfinden ausgefüllt werden soll. Er enthält 29 Fragen, die in sieben Skalen gegliedert werden (Tritt et al., 2008):

Tabelle 8: Inhalt des ISR-Fragebogens

Syndrom-Skalen	Fragenanzahl
Depressives Syndrom	4
Angstsyndrom	4
Zwangssyndrom	3
Somatoformes Syndrom	3
Essstörungssyndrom	3
Zusatzskala	12
Gesamtskala	29

(Tritt et al., 2008)

Dabei werden alle enthaltenen Fragen in die Antwortmöglichkeiten 0 („trifft nicht zu“) bis 5 („trifft extrem zu“) unterteilt.

Zur Bewertung werden die Werte aus den Antworten der jeweiligen Skala addiert und anschließend durch die Fragenanzahl der entsprechenden Skala geteilt, damit ein Mittelwert entsteht. Zur Berechnung des Gesamtscores werden wiederum die Mittelwerte der einzelnen Skalen aufaddiert und anschließend durch die Anzahl der Skalen geteilt, wobei die Zusatzskala aufgrund ihres großen Umfangs doppelt gewichtet wird.

Anschließend werden die Ergebnisse interpretiert. Dies geschieht nach folgendem Schema (Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, F., Söllner, W., Klopp, B., Loew, T., 2010a):

Tabelle 9: Bewertung der ISR-Ergebnisse

Skala	Verdacht auf	Geringe Symptombelastung	Mittlere Symptombelastung	Schwerere Symptombelastung
Depressives Syndrom	≥ 0,75	≥ 1,0	≥ 2,0	≥ 3,0
Angstsyndrom	≥ 0,75	≥ 1,0	≥ 2,0	≥ 3,0
Zwangssyndrom	≥ 0,67	≥ 1,0	≥ 2,0	≥ 3,0
Somatoformes Syndrom	≥ 0,33	≥ 0,75	≥ 1,25	≥ 2,67
Essstörungssyndrom	≥ 0,33	≥ 0,67	≥ 1,5	≥ 2,75
Gesamtskala	≥ 0,5	≥ 0,6	≥ 0,9	≥ 1,7

(Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, F., Söllner, W., Klopp, B., Loew, T., 2010a)

Hierbei ist zu beachten, dass die Ergebnisse der Zusatzskala aufgrund ihrer Gegebenheit gesondert bewertet werden. Diese werden auf Item-Ebene betrachtet und einzeln beleuchtet, sobald die Werte der einzelnen Items ≥ 1 sind.

4.2.5 Strukturniveau

Der Begriff „Strukturniveau“ wurde vor allem von Heinz Kohut in seinem Werk „Die Heilung des Selbst“ geprägt (Kohut, 1981) und beschreibt im Allgemeinen die psychische Konstitution des Patienten. Zur Bewertung des Strukturniveaus eines Patienten wurde im Rahmen der Operationalisierung psychodynamischer Diagnostik (ODP-2) ein Verfahren entwickelt, welches sich am Strukturkonzept von Gerd Rudolf orientiert (Rudolf, 2002) und in folgende Kategorien und Unterkategorien eingeteilt ist (Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, 2006):

Kognitive Fähigkeit: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung: Selbstreflexion, Affektdifferenzierung, Identität, Selbst-Objekt-Differenzierung, ganzheitliche Objektwahrnehmung, realistische Objektwahrnehmung

Steuerungsfähigkeit: Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezuges: Impulssteuerung, Affekttoleranz, Selbstwertregulierung, Beziehungen schützen, Interessenausgleich, Antizipation

Emotionale Fähigkeit: Emotionale Kommunikation nach innen und außen: Affekte nutzen, Fantasien erleben, Körperselbst, Kontaktaufnahme, Affektmitteilung, Empathie

Fähigkeit zur Bindung: Innere und äußere Bindungsfähigkeit: Internalisierung, Introjekte nutzen, variable Bindungen, Bindungsfähigkeit, Hilfe annehmen, Bindungen lösen

Dabei soll das „psychische Innen“ und das „soziale Außen“ bewertet werden. Das Strukturniveau wird im Rahmen eines Expertenratings erfasst und anschließend in die vier Funktionsniveaus „Gut integriert“, „Mäßig integriert“, „Kaum integriert“ und „Desintegriert“ eingestuft. Deren Bedeutung ist hier stichpunktartig nach OPD-2

aufgeführt (Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, 2006):

Tabelle 10: Funktionsniveaus des Strukturniveaus

Strukturniveau	Bedeutung
Gute Integration	Gut integrierte psychische Struktur; differenziertes psychisches Erleben; intrapsychische Konflikte können ausgetragen werden; regulierende Funktionen auch bei innerer/äußerer Belastung verfügbar; zentrale Angst: Verlust der Liebe des Objekts
Mäßige Integration	Herabgesetzte Fähigkeiten und Funktionen; intrapsychische Konflikte schwerwiegender als bei guter Integration; zentrale Angst: Verlust des Objekts und Angst vor den eigenen heftigen Impulsen
Geringe Integration	Regulierende Funktionen deutlich reduziert; seelischer Binnenraum wenig entwickelt; impulsives, bedürftiges, kränkbares Selbst; Objekte sind bedrohlich, verfolgend oder sehnsüchtig idealisiert; eher interpersonelle als intrapsychische Konflikte; zentrale Angst: Vernichtung des Selbst durch das böse Objekt oder durch Verlust des guten Objekts
Desintegration	Fehlende Kohärenz des Selbst; überflutende Emotionalität; Restitution durch postpsychische, posttraumatische, perverse etc. Organisationsformen; Selbst- und Objektbilder scheinen konfundiert; empathische Objektwahrnehmung so gut wie unmöglich; Verantwortung für eigenes impulsives Handeln wird nicht erlebt; projektive Verarbeitung im Rahmen vorübergehender psychotischer Dekompensation; überdauernde Einschränkung struktureller Funktionen; zentrale Angst: unheimliches Objekt, welches eher medial als objektal erscheint

(Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, 2006)

Dabei zeigt die Interrater-Reliabilität des Experten-Ratings gute Werte (Benecke et al., 2009). Zudem wurde von Ehrenthal et al. ein Fragebogen entwickelt, welcher von Patienten routinemäßig ausgefüllt werden kann. Dies ermöglicht die Integration der Patientenperspektive. Dabei weist der ODP-Strukturfragebogen (ODP-SF) eine zufriedenstellende bis gute interne Konsistenz auf (Cronbachs α von 0,36 bis 0,91 für die verschiedenen Subskalen (Ehrenthal et al., 2012)).

4.3 Datenanalyse

Bei der Analyse der Daten musste zunächst festgestellt werden, welche statistischen Tests für die Auswertung der Daten in Frage kommen. Dazu wurden die Daten zunächst auf Normalverteilung getestet. Um die entsprechend passenden statistischen Tests zu ermitteln, wurde nach folgendem Schema vorgegangen:

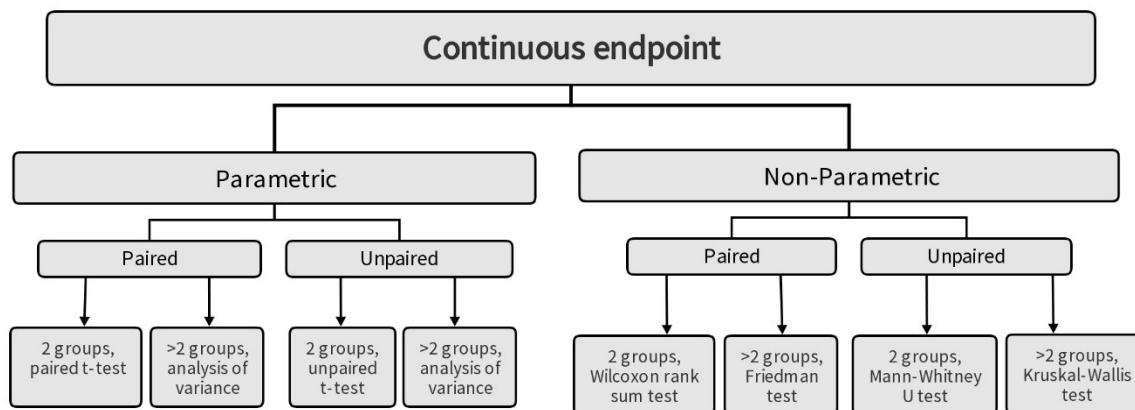


Abbildung 7: Algorithmus zur Auswahl der statistischen Tests (Du Prel et al., 2010, S. 343–348)

Im Anschluss werden die Tests erklärt, die in dieser Arbeit angewendet wurden.

4.3.1 Test auf Normalverteilung

Zur Ermittlung der Normalverteilung wurde der Shapiro-Wilk-Test angewandt, da dieser bei einer Stichprobengröße bis zu $n \leq 5000$ geeignet ist (Rahman & Govindarajulu, 1997). Zusätzlich fand der Kolmogorow-Smirnow-Test Anwendung. Bei diesem wurde die Signifikanzkorrektur nach Lilliefors zur besseren Prüfung auf Normalverteilung angewendet (Lilliefors, 1967, S. 399–402). Die Variablen Aufenthaltsdauer, GAF, GARF, ISR Gesamtscore, ISR Depression, ISR Angst, ISR Zwang, ISR Somatisierung, ISR Essstörung, ISR Zusatzitems, Alter, PTE und Traumafolgestörungen wurden auf Normalverteilung getestet.

4.3.2 Mann-Whitney-U-Test

Der Mann-Whitney-U-Test ist ein nicht-parametrischer Test zum Vergleich einer nicht-normalverteilten, mindestens ordinalskalierten Variablen mit zwei unabhängigen Gruppen (Du Prel et al., 2010, S. 343–348). Dieser Test wurde zum Vergleich der abhängigen Variablen PTE und Traumafolgestörungen mit den unabhängigen Merkmalen Geschlecht, sowie den Diagnosen F33.1, F32.1, F43.1, F43.8 und F41.0 des ICD-10 verwendet. Bei den Diagnosen wurden jeweils die Patienten mit der zu testenden Diagnose mit den Patienten ohne diese Diagnose verglichen.

4.3.3 Kruskal-Wallis-Test

Dieser nicht-parametrische Test wird verwendet, um die abhängige Variable mit mehr als zwei Gruppen zu vergleichen. Dieser Test ist bei nicht-normalverteilten Variablen anwendbar, allerdings muss auch hier die abhängige Variable mindestens ordinalskaliert sein (Du Prel et al., 2010, S. 343–348). Dieser Test fand Anwendung beim Vergleich der abhängigen Variablen PTE und Traumafolgestörungen mit den Gruppen Schulbildung, Strukturniveau, Beruf und Klinik.

4.3.4 Effektstärke

Wie der Name vermuten lässt, sagt die Effektstärke etwas darüber aus wie stark der Effekt ist, der nachzuweisen war. Um diesen zu berechnen wurde die Formel für den Korrelationskoeffizienten von Pearson verwendet: $r = \left| \frac{Z}{\sqrt{n}} \right|$, wobei Z dem standardisierten Z-Wert und n der getesteten Population entspricht (Universität Zürich, 2020). Das Ergebnis wurde dann nach dieser Tabelle bewertet (Cohen, 1992):

Tabelle 11: Einteilung der Effektstärke

r-Wert	Effektstärke
$0,1 \leq r < 0,3$	schwach
$0,3 \leq r < 0,5$	mittel
$0,5 \leq r$	stark

(Cohen, 1992)

4.3.5 Korrelation nach Spearman

Die Korrelation nach Spearman ist die Korrelationsvariante, die bei nicht-normalverteilten Variablen angewendet werden muss. Hierbei wird überprüft, ob die getesteten Variablen in einer monotonen Beziehung zueinanderstehen. Es muss allerdings beachtet werden, dass beide miteinander verglichenen Variablen mindestens ordinalskaliert sind (Du Prel et al., 2010, S. 343–348). Die Korrelation nach Spearman wurde in dieser Arbeit verwendet, um PTE und Traumafolgestörungen mit den Variablen GAF, GARF, den ISR-Skalen, Alter und Aufenthaltsdauer zu vergleichen.

5 Ergebnisse

Im weiteren Fortgang werden die Ergebnisse der angewendeten statistischen Tests dargestellt.

5.1 Test auf Normalverteilung

Wie oben bereits beschrieben, wurden die Daten zunächst auf Normalverteilung geprüft, um das weitere Vorgehen zu eruieren. Das Resultat wird in folgender Tabelle dargestellt:

Tabelle 12: Ergebnisse der Tests auf Normalverteilung

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Aufenthaltsdauer	,147	2257	,000	,732	2257	,000
GAF	,200	2257	,000	,896	2257	,000
GARF	,256	2257	,000	,822	2257	,000
ISR Gesamtscore	,033	2257	,000	,992	2257	,000
ISR Depression	,097	2257	,000	,976	2257	,000
ISR Angst	,071	2257	,000	,970	2257	,000
ISR Zwang	,114	2257	,000	,937	2257	,000
ISR Somatisierung	,189	2257	,000	,834	2257	,000
ISR Essstörung	,238	2257	,000	,752	2257	,000
ISR Zusatztitems	,062	2257	,000	,983	2257	,000
Alter	,106	2257	,000	,958	2257	,000
PTE	,119	2257	,000	,956	2257	,000
Trauma- folgestörungen	,101	2257	,000	,942	2257	,000

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass bei allen getesteten Variablen in beiden verwendeten Testverfahren nachweisbar war, dass die Verteilungen der geprüften Variablen signifikant von einer Normalverteilung abweichen ($p = 0,000$). Die Variablen sind somit nicht normalverteilt.

5.2 Deskriptive Statistik

Anschließend wurde die deskriptive Statistik durchgeführt. Die Stichprobe wurde hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale und der Häufigkeitsverteilung der Antworten der verschiedenen Fragebögen ausgewertet.

5.2.1 Häufigkeitsverteilungen

Im Folgenden werden die Häufigkeitsverteilungen grafisch oder tabellarisch dargestellt und die Ergebnisse anschließend beschrieben.

5.2.1.1 Antworten des Traumafragebogens

Aufgrund der besonderen Relevanz dieses Fragebogens, wurden die einzelnen Fragen separat ausgewertet. Wie bereits beschrieben, wurden die Fragen in die Kategorien „Potenziell traumatische Erfahrungen“ und „Traumafolgestörungen“ eingeteilt. Das Ergebnis wurde tabellarisch dargestellt:

Tabelle 13: Antwortenverteilung des Fragebogens „Screening zur Diagnostik von Traumafolgestörungen“

Nr.	Potenziell traumatische Erfahrungen	Nein	Öfter	Zeuge	Erfahren
1	Mangel an körperlichen Grundbedürfnissen	79,2	3,0	6,6	11,2
2	Körperliche Gewalt	60,6	5,2	9,1	25,2
3	Vergewaltigung, sexueller Missbrauch	72,2	2,6	6,3	18,9
4	Psychische Gewalt	44,6	8,5	5,7	41,2
5	Geburts-, frühkindliches oder vorgeburtliches Trauma	71,6	1,8	2,7	23,9
6	Ernsthafte Verletzung	49,8	3,8	14,1	32,2
7	Ermordung oder Tod von Angehörigen	46,4	5,3	11,3	37,0
8	Erzwungene Trennung, Scheidung	62,4	2,3	4,6	30,6
9	Schwere Naturkatastrophen	91,9	0,4	2,6	5,1
		Ja	Nein		
1	Fühlte mich hilflos	83,7	16,3		
2	Hatte starke Angst	73,1	26,9		
	Traumafolgestörungen	Fast immer	2-4/ Woche	Selten	Nie
1	Ich habe versucht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden	18,1	9,3	16,2	56,4
2	Ich habe wiederkehrende, penetrante Erinnerungen an das Ereignis	12,6	16,4	29,2	41,8
3	Ich fühlte mich entfremdet und meine Umgebung nicht real	6,0	11,6	19,7	62,7
4	Ich fühlte mich abgestumpft oder taub	12,0	17,1	25,3	45,6
5	Ich habe das Gefühl, nicht richtig da zu sein	12,1	22,5	29,7	35,6
6	Ich habe seither Schlafstörungen oder Alpträume	19,6	18,5	16,2	45,7
7	Ich war oft nervös/schreckhaft	15,2	15,2	22,2	47,4
8	Ich bin reizbarer als früher	15,9	23,5	23,9	36,6

n = 2289, Angaben in %

In der Kategorie „Potenziell traumatische Erfahrungen“ ist ein klares Gefälle der Häufigkeiten zu erkennen, bei dem bei allen Fragen die Antwortmöglichkeit „Nein“ am häufigsten und die Antwortmöglichkeit „Öfter“ am seltensten angekreuzt wurde. Die häufigsten selbst erfahrenen traumatischen Erlebnisse sind „Psychische Gewalt“ (41,2 %) und „Ermordung oder Tod von Angehörigen“ (37,0 %). Es konnte außerdem festgestellt werden, dass alle traumatischen Erlebnisse eher selbst erfahren wurden, als dass man Zeuge eines solchen Erlebnisses wurde.

Auch der Kategorie „Traumafolgestörungen“ ist zu entnehmen, dass die Antwortmöglichkeit „Nie“ bei allen Fragen am häufigsten angekreuzt wurde. Die Antworten sind allerdings gleichmäßiger verteilt als im Bereich „Potenziell traumatische Erfahrungen“.

5.2.1.2 GAF

Zur besseren Veranschaulichung wurden die Niveaus des GAF entsprechend der folgenden Tabelle basierend auf Saß kategorisiert (Saß, 2003):

Tabelle 14: Zuordnung der Niveaus des GAF zu entsprechender Grafik

Wertebereich	Beschreibung	Bezeichnung in Grafik
0	Unzureichende Information	GAF0
1-10	Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit	GAF1
11-20	Selbst- und Fremdgefährlichkeit	GAF2
21-30	Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen	GAF3
31-40	Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen	GAF4
41-50	Ernsthafte Beeinträchtigung	GAF5
51-60	Mäßig ausgeprägte Störung	GAF6
61-70	Leichte Beeinträchtigung	GAF7
71-80	Höchstens leichte Beeinträchtigung	GAF8
81-90	Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten	GAF9
91-100	Optimale Funktion in allen Bereichen	GAF10

Die Ergebnisse werden in folgendem Balkendiagramm dargestellt:

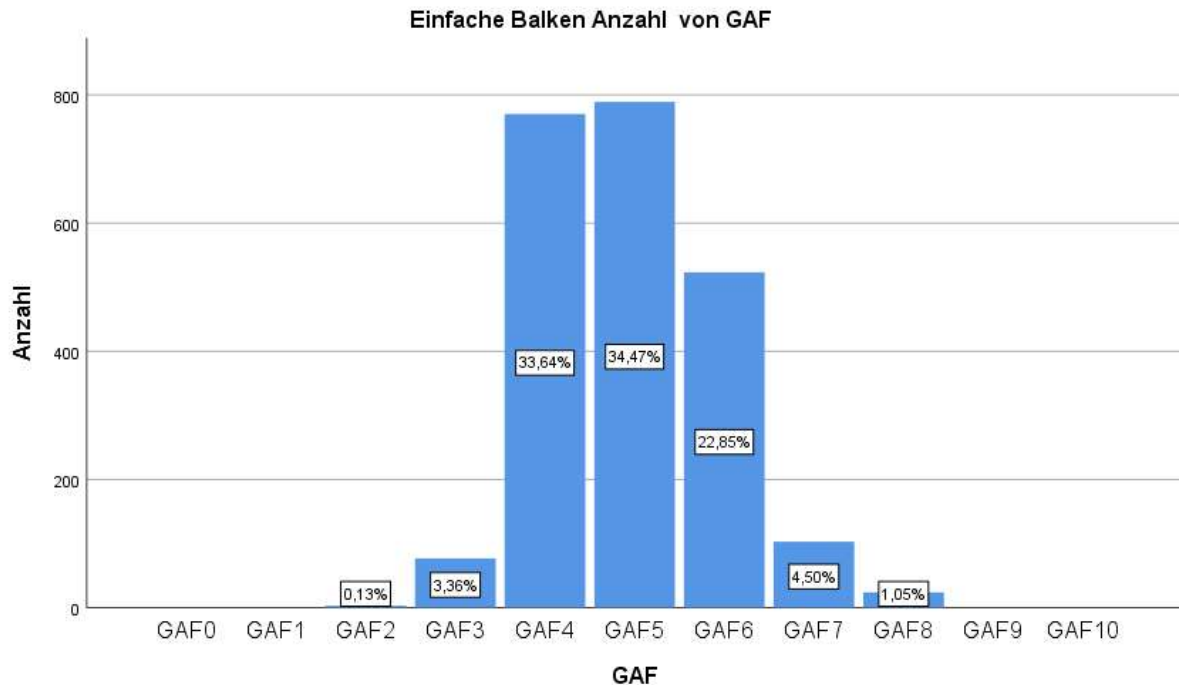


Abbildung 8: Auswertung des GAF-Scorings; Verteilung der Häufigkeiten, n = 2289

Die Grafik zeigt, dass sich die meisten Patienten im Bereich „GAF4“ und „GAF5“ befinden. Tabelle 14 ist somit zu entnehmen, dass nach Saß 34,47 % der Probanden „Ernsthafte Beeinträchtigungen“ und 33,64 % „Starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen“ haben. Außerdem ist zu beobachten, dass die Werte GAF0, GAF1, GAF9 und GAF10 in der Stichprobe nicht vorkamen.

5.2.1.3 GARF

Die Wertebereiche die GARF wurden bereits bei der Beschreibung der Untersuchungsinstrumente erklärt. Der „Funktionsfähigkeit in %“ wurden in der Grafik folgende Bezeichnungen zugeordnet.

Tabelle 15: Zuordnung der Funktionsfähigkeit zu entsprechender Grafik

Funktionsfähigkeit in %	Bezeichnung in Grafik
0	GARF0
1-20	GARF1
21-40	GARF2
41-60	GARF3
61-80	GARF4
81-100	GARF5

Die Ergebnisse zeigt das Balkendiagramm:

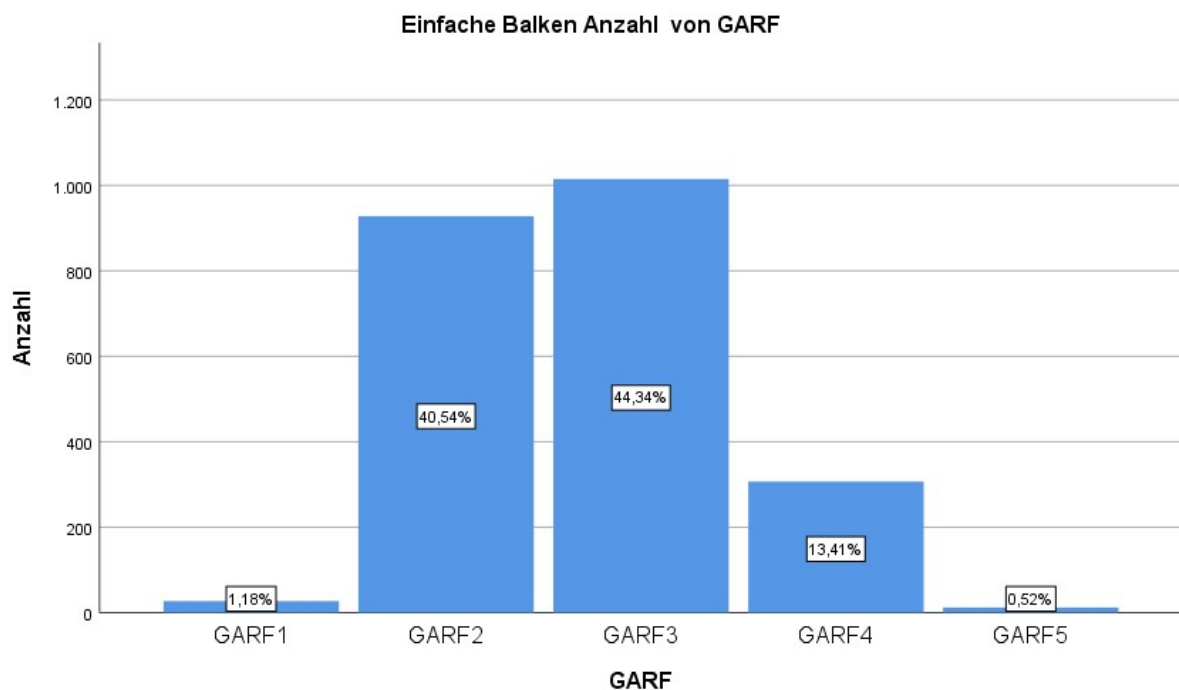


Abbildung 9: Auswertung des GARF-Scorings; Verteilung der Häufigkeiten, n = 2289

Am gezeigten Diagramm ist zu erkennen, dass GARF2 und GARF3 – dementsprechend also die Funktionsbereiche 21-40 % und 41-60 %, mit 40,54 % und 44,34 % am häufigsten vertreten sind. Es konnte also gezeigt werden, dass nach Saß und Houben die Beziehungseinheiten der untersuchten Patienten am häufigsten „offensichtlich und ernstlich dysfunktional“ oder „überwiegend unbefriedigend“ sind (Saß & Houben, 2001). Nur bei 0,52 % der Stichprobe wurde die Beziehungseinheit als „zufriedenstellend“ beschrieben.

5.2.1.4 ISR

Bezüglich des ISRs wurden folgende Unterkategorien untersucht: ISR Gesamtscore, ISR Depression, ISR Angst, ISR Zwang, ISR Somatisierung, ISR Essstörung und ISR Zusatzitems. Zur besseren Übersicht wurden diese zusammen in einer Grafik als Boxplots dargestellt:

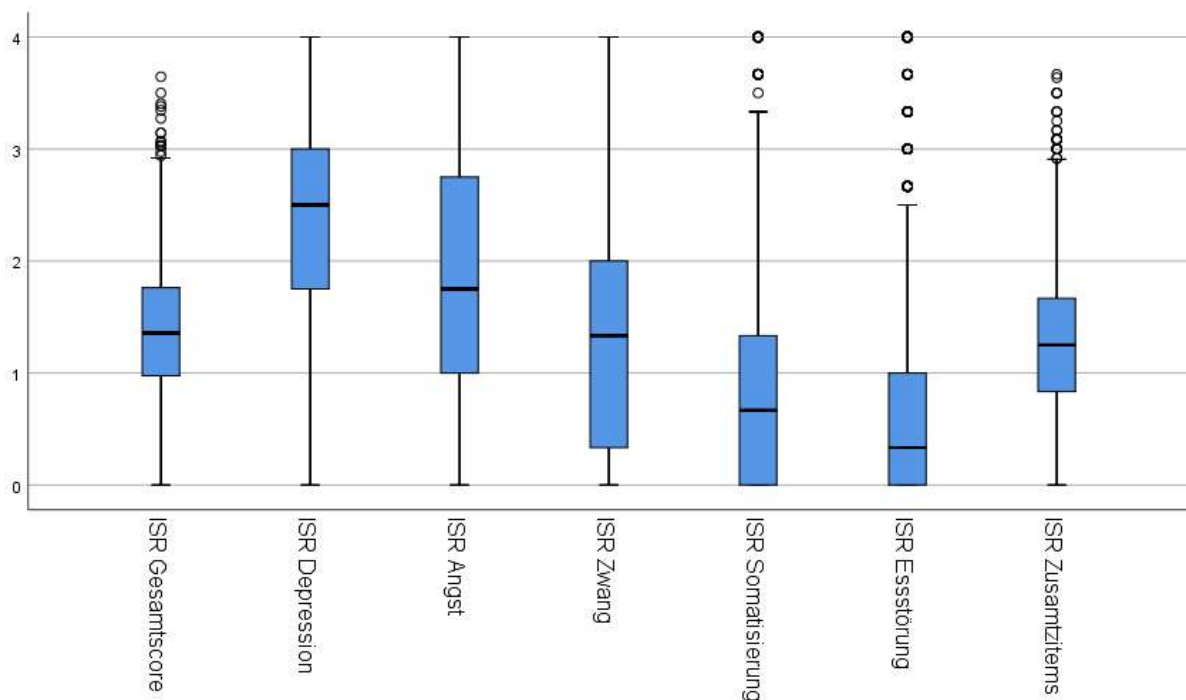


Abbildung 10: Boxplots der ISR-Skalen, n = 2257

Die Auswertung zeigt, dass bei allen Skalen die Ergebnisse breit aufgestellt sind. Dennoch sind Unterschiede zu erkennen. Während die Scores der Skalen ISR Depression und ISR Angst im Durchschnitt eher höher angesiedelt sind, spielen sich die Durchschnitts-Scores der Skalen ISR Somatisierung und ISR Essstörung eher im

niedrigen Bereich ab. Außerdem ist zu erkennen, dass 50 % der Ergebnisse des Gesamtscores im Bereich zwischen 1 und 2 liegen. Nach Tritt et al. liegt beim Gesamtscore im Durchschnitt eine mittlere bis schwere Symptombelastung vor (Tritt et al., 2008).

5.2.1.5 Geschlecht

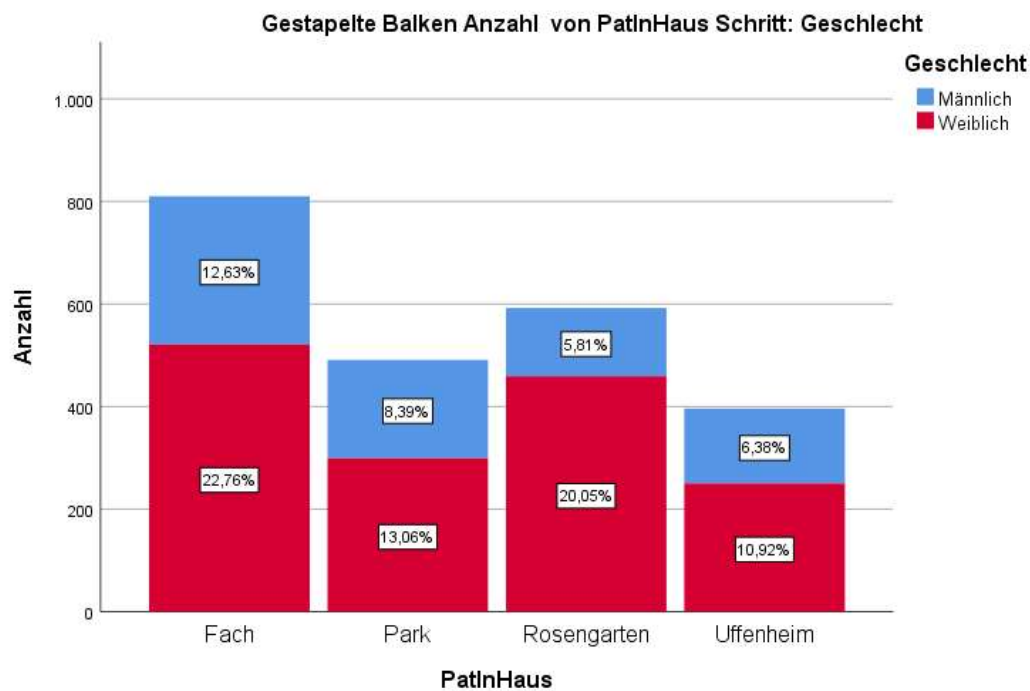


Abbildung 11: Geschlechterverteilung der Stichprobe in Abhängigkeit der einzelnen Kliniken

Das Balkendiagramm zeigt die Verteilung der Geschlechter auf die einzelnen Kliniken. Rechnet man die Prozentzahlen zusammen, so ergibt sich eine Verteilung von 33,2 % männlichen und 66,8 % weiblichen Probanden. Folglich überwiegt das weibliche Geschlecht in der Stichprobe stark.

5.2.1.6 Alter

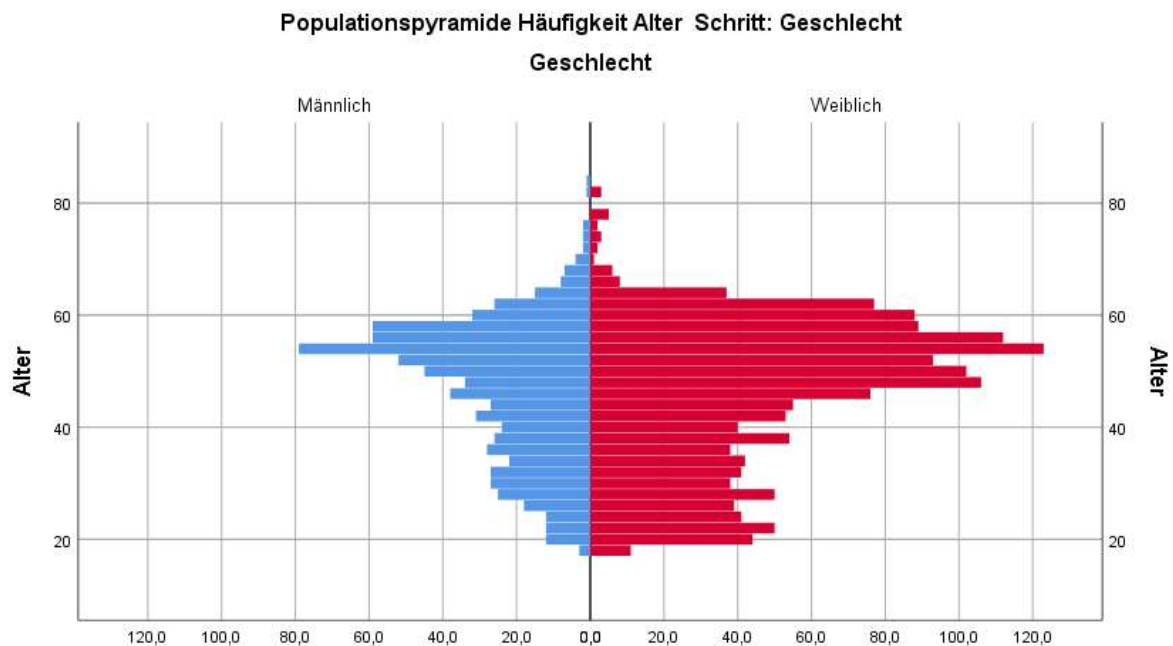


Abbildung 12: Grafische Darstellung des Alters mit Einbeziehung des Geschlechts

Der Großteil der Patienten der Stichprobe hat ein Alter zwischen 40 und 60 Jahren. Zudem ist zu erkennen, dass die 20- bis 40-Jährigen annähernd gleichmäßig verteilt sind. Auch beim Vergleich des Alters zwischen männlichen und weiblichen Patienten ist die Verteilung des Alters annähernd gleich, wobei auch hier die deutliche Überzahl der weiblichen Patienten zu erkennen ist.

5.2.1.7 Schulbildung

Die befragten Patienten sollten außerdem Angaben zu ihrem Schulabschluss machen. Hierbei standen die Kategorien „Noch zur Schule“, „Kein Abschluss“, „Sonderschule“, „Hauptschule ohne Quali“, „Hauptschule mit Quali“, „Realschule“, „Polytechnische Oberschule“, „Abitur/Fachabitur“, „Sonstiger Abschluss“ und „Abschluss unbekannt/unklar“ zur Auswahl. Der Graph veranschaulicht die Verteilung:

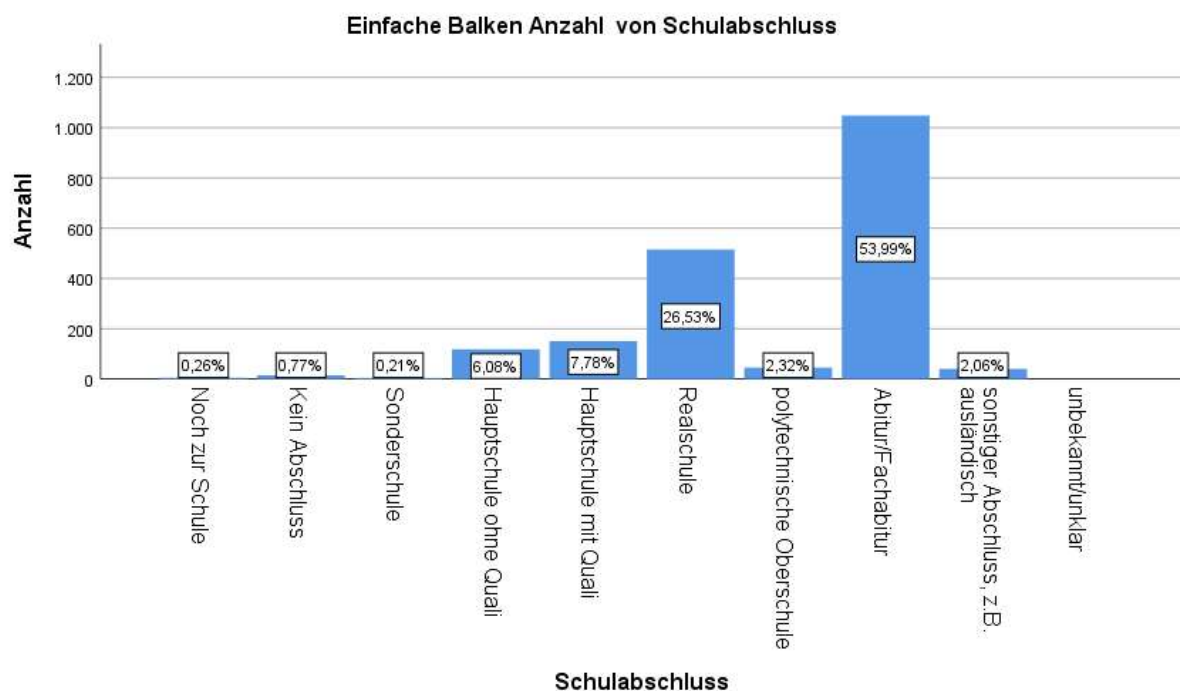


Abbildung 13: Häufigkeitsverteilung der Schulabschlüsse, n = 2289

53,99 % der befragten Patienten haben Abitur oder Fachabitur und 26,53 % einen Realschulabschluss. Es zeigt sich also, dass der Bildungsdurchschnitt der Stichprobe hoch ist.

5.2.1.8 Beruf

Auch Angaben zur beruflichen Ausbildung wurden erfasst. Hierbei wurden alle Berufe, die von weniger als 20 der befragten Teilnehmer ausgeübt wurden, zur Kategorie „Andere“ zusammengefasst. Daraus ergab sich folgende Verteilung:

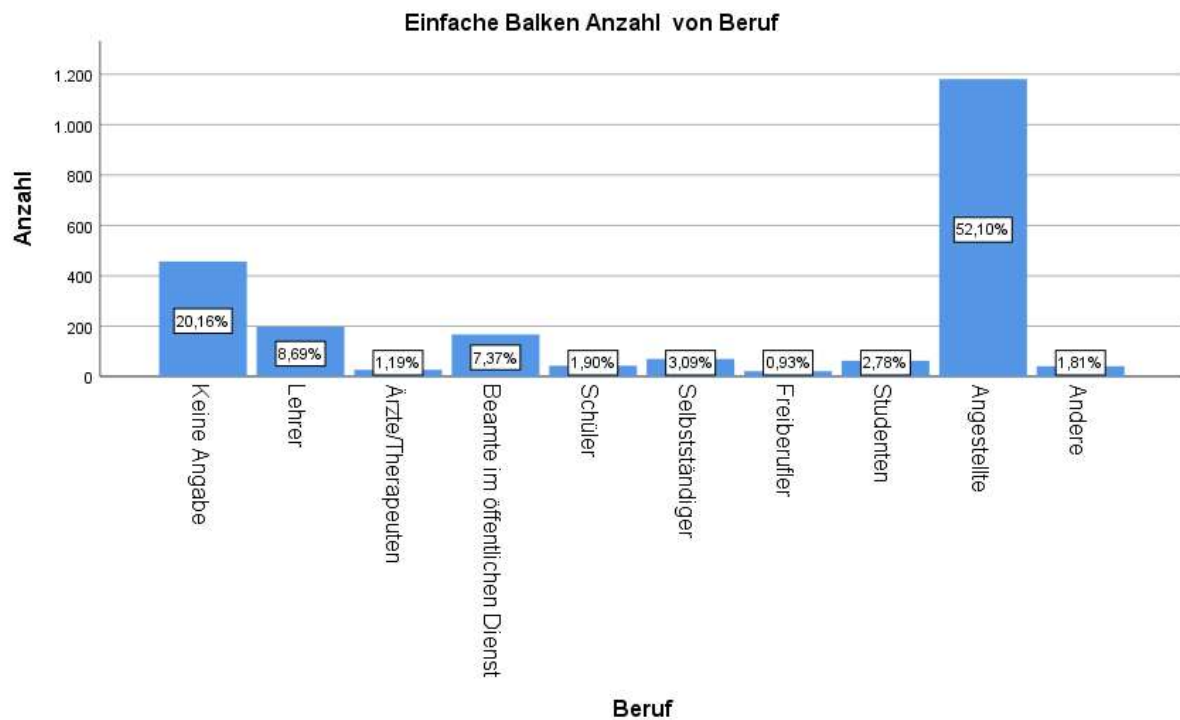


Abbildung 14: Darstellung des Berufes, Häufigkeitsverteilung, n = 2289

Es zeigt sich, dass über 50 % der Teilnehmer in einem Angestelltenverhältnis sind. 20,16 % machten keine Angabe zu ihrer beruflichen Tätigkeit.

5.2.1.9 Strukturniveau

Die Erfassung des Strukturniveaus wird nach OPD-Standard in die Kategorien „gut integriert“, „mäßig integriert“, „gering integriert“ und „desintegriert“ unterteilt (Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, 2006). Zur besseren Differenzierung zeigt die Grafik die Kategorien „gut integriert“, „gut bis mäßig integriert“, „mäßig integriert“, „mäßig bis gering integriert“, „gering integriert“, „gering bis desintegriert“ und „desintegriert“.

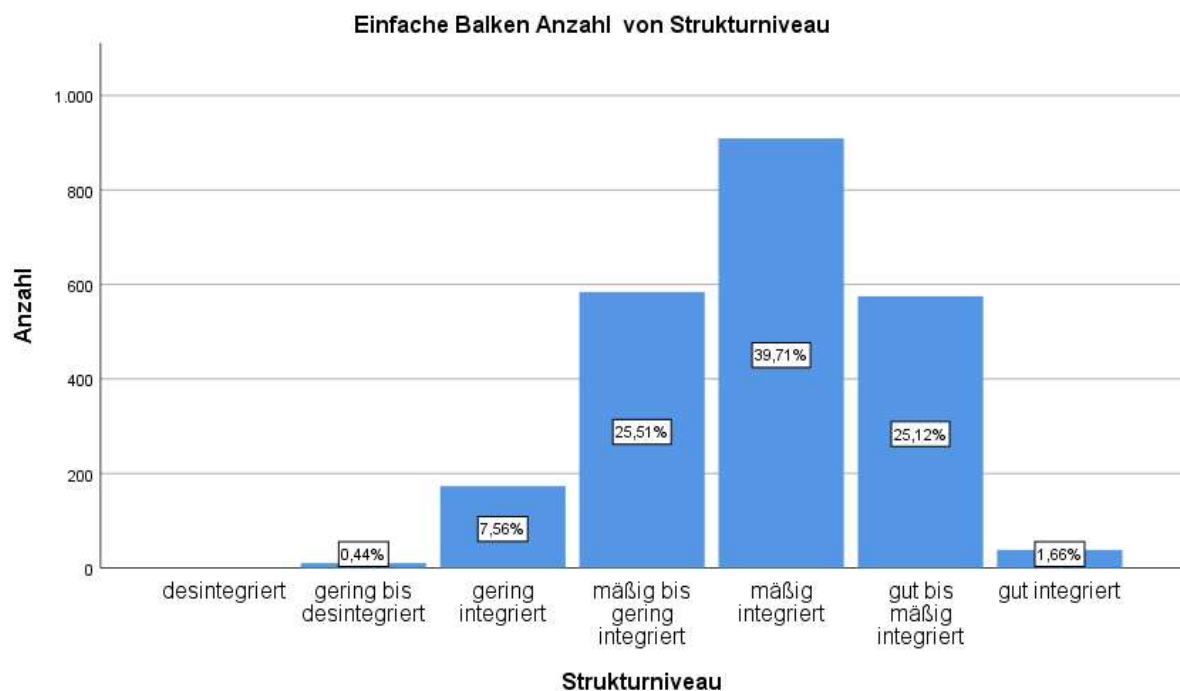


Abbildung 15: Häufigkeitsverteilung des Strukturniveaus, n = 2289

Das Diagramm lässt erkennen, dass von den Probanden 39,71 % mäßig, 25,51 % mäßig bis gering und 25,12 % gut bis mäßig integriert sind. Lediglich 7,56 % sind gering, 1,66 % gut und 0,44 % gering bis desintegriert. Keiner der Patienten war zum Zeitpunkt der Aufnahme desintegriert.

5.2.1.10 Aufenthaltsdauer

Aus Gründen der besseren Übersicht wurde die Aufenthaltsdauer wöchentlich dargestellt.

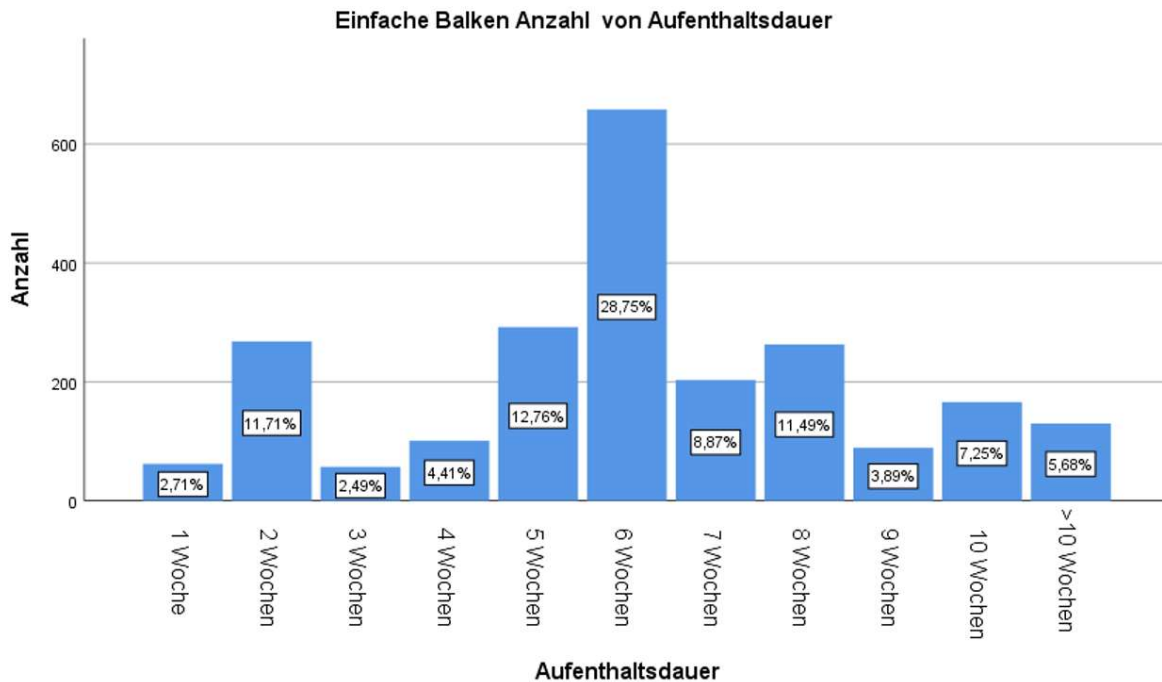


Abbildung 16: Häufigkeitsverteilung der Aufenthaltsdauer

Es konnte gezeigt werden, dass sich 2,71 % 0-1 Woche, 11,71 % 1-2 Wochen, 2,49 % 2-3 Wochen, 4,41 % 3-4 Wochen, 12,76 % 4-5 Wochen, 28,75 % 5-6 Wochen, 8,87 % 6-7 Wochen, 11,49 % 7-8 Wochen, 3,89 % 8-9 Wochen, 7,25 % 9-10 Wochen und 5,68 % über 10 Wochen in den Kliniken aufgehalten haben. Somit lag die Aufenthaltsdauer in 94,32 % bei bis zu 10 Wochen.

5.2.1.11 Diagnosen

Im Rahmen der Diagnosen wurden die fünf häufigsten im Kollektiv vorkommenden Diagnosen näher betrachtet. Die Kohorte wurde in Haupt- und Nebendiagnosen, sowie Nicht-Erkrankte eingeteilt. Die Häufigkeitsverteilung ist tabellarisch dargestellt:

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der untersuchten Diagnosen

Diagnose	Haupt- diagnosen (n)	Neben- diagnosen (n)	Negativ (n)	Positiv Gesamt (%)	Negativ Gesamt (%)
F33.1	1430	143	716	68,7	31,3
F32.1	421	51	1817	20,6	79,4
F43.1	104	289	1896	17,2	82,8
F43.8	40	272	1977	13,6	86,4
F41.0	30	172	2087	8,8	91,2

n = 2289

Die Tabelle lässt erkennen, dass 68,7 % der Patienten mit F33.1, 20,6 % mit F32.1, 17,2 % mit F43.1, 13,6 % mit F43,8 und 8,8 % mit F41.0 diagnostiziert wurden. F33.1 ist folglich mit Abstand die häufigste Diagnose der Kohorte.

5.3 Vergleichende Statistik

In diesem Abschnitt wird die vergleichende Statistik behandelt. Da sich diese Arbeit mit den Effekten auf traumatische Erlebnisse bzw. Traumafolgestörungen beschäftigt, wurden alle Tests mit den Variablen „PTE“ und „Traumafolgestörungen“ durchgeführt. Wie schon bei der deskriptiven Statistik, werden die Ergebnisse grafisch oder tabellarisch dargestellt und anschließend beschrieben. Da der Kruskal-Wallis-Test bei allen Anwendungen einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen zeigte, wurden diese anschließend paarweise verglichen. Die Signifikanzwerte wurden per Benjamini-Hochberg-Prozedur angepasst.

5.3.1 Auswertung der Korrelationen

Die getesteten Korrelationen wurden in folgender Tabelle zusammengefasst:

Tabelle 17: Korrelationen der verschiedenen Parameter mit den Variablen „PTE“ und „Traumafolgestörungen“

Maße bei Aufnahme	PTE r	p	Effektstärke	Traumafolgestörungen r	p	Effektstärke	n
GAF	-0,12**	.000	schwach	-0,24**	.000	schwach	2257
GARF	-0,18**	.000	schwach	-0,22**	.000	schwach	2257
ISR Gesamtscore	0,25**	.000	schwach	0,51**	.000	stark	2257
ISR Depression	0,13**	.000	schwach	0,36**	.000	mittel	2257
ISR Angst	0,19**	.000	schwach	0,40**	.000	mittel	2257
ISR Zwang	0,16**	.000	schwach	0,36**	.000	mittel	2257
ISR Somatisierung	0,08**	.000	schwach	0,17**	.000	schwach	2257
ISR Essstörungen	0,09**	.000	schwach	0,12**	.000	schwach	2257
ISR Zusatzitems	0,29**	.000	schwach	0,52**	.000	stark	2257
Alter	-0,05*	.014	schwach	-0,12**	.000	schwach	2257
Aufenthaltsdauer	0,07**	.001	schwach	0,09**	.000	schwach	2257

Korrelationen nach Spearman

*Korrelation auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig)

**Korrelation auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)

Die Tabelle lässt erkennen, dass in allen Fällen eine signifikante Korrelation mit den Variablen „PTE“ und „Traumafolgestörungen“ nachgewiesen werden konnte. Die Effekte sind hierbei unterschiedlich stark. Es fällt allerdings auf, dass die Korrelationen mit „Traumafolgestörungen“ durchgehend stärker sind als die mit „PTE“. Zudem konnte eine negative Korrelation mit den Variablen „GAF“ und „GARF“ und eine positive Korrelation mit den ISR-Skalen gezeigt werden. Traumabelastete und traumatisierte Patienten haben folglich einen niedrigeren GAF und GARF und eine höhere Symptombelastung in den ISR-Skalen.

5.3.2 Tests bezüglich dem Zusammenhang der Variablen „Geschlechter“ und PTE bzw. der Traumafolgestörungen

Zur Überprüfung, ob das Geschlecht einen Einfluss auf die potenziell traumatischen Erfahrungen und die Traumafolgestörungen hat, wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt:

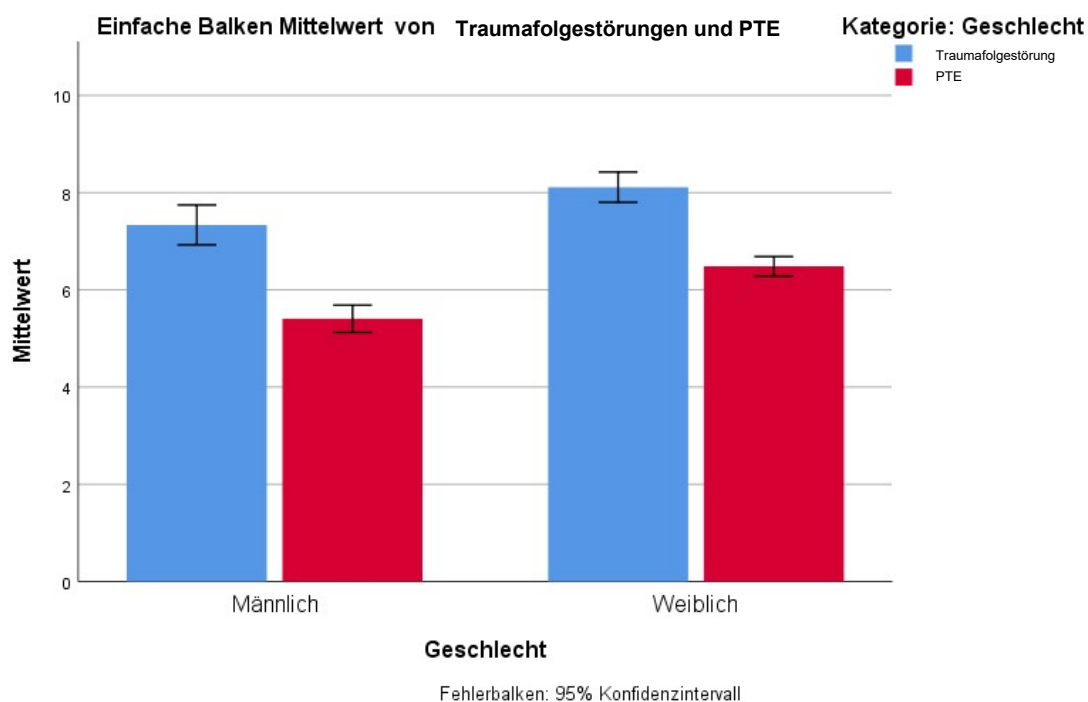


Abbildung 17: Mittelwerte des Geschlechts bezüglich „PTE“ und „Traumafolgestörungen“

Das Diagramm lässt bereits erkennen, dass der Mittelwert in beiden Fällen beim männlichen Geschlecht niedriger ist als beim weiblichen.

Tabelle 18: Mann-Whitney-U-Test: Geschlecht:PTE/ Traumafolgestörungen

Statistik für Mann-Whitney-U-Test		
	PTE	Trauma- folgestörungen
n	2289	2289
Z	-6,146	-2,573
p	,000	,010
r	0,128	0,05
Effektstärke	Schwach	Sehr schwach

Berechnet man aus dieser Statistik die Effektstärke, so kann gezeigt werden, dass das Geschlecht signifikant einen schwachen Effekt auf potenziell traumatische Erfahrungen ($r = 0,128$; $p = 0,000$) und einen sehr schwachen Effekt auf die Traumafolgestörungen ($r = 0,05$; $p = 0,010$) hat.

5.3.3 Tests bzgl. dem Zusammenhang der Variablen „Schulbildung“ und PTE bzw. der Traumafolgestörungen

Zur Überprüfung, ob es in der Verteilung von potenziell traumatischen Erfahrungen bzw. Traumafolgestörungen bei den verschiedenen Schulabschlüssen Unterschiede gibt, wurde ein Kruskal-Wallis-Test durchgeführt. Es konnte gezeigt werden, dass es bei beiden Variablen signifikante Abweichungen gibt ($p < 0,001$). Anschließend wurden die einzelnen Gruppen paarweise verglichen, um zu klären, bei welchen Gruppen signifikante Unterschiede zu erkennen sind. Zunächst wird auf die Ergebnisse hinsichtlich der Variable „PTE“ eingegangen. Zunächst wurden die Mittelwerte grafisch dargestellt:

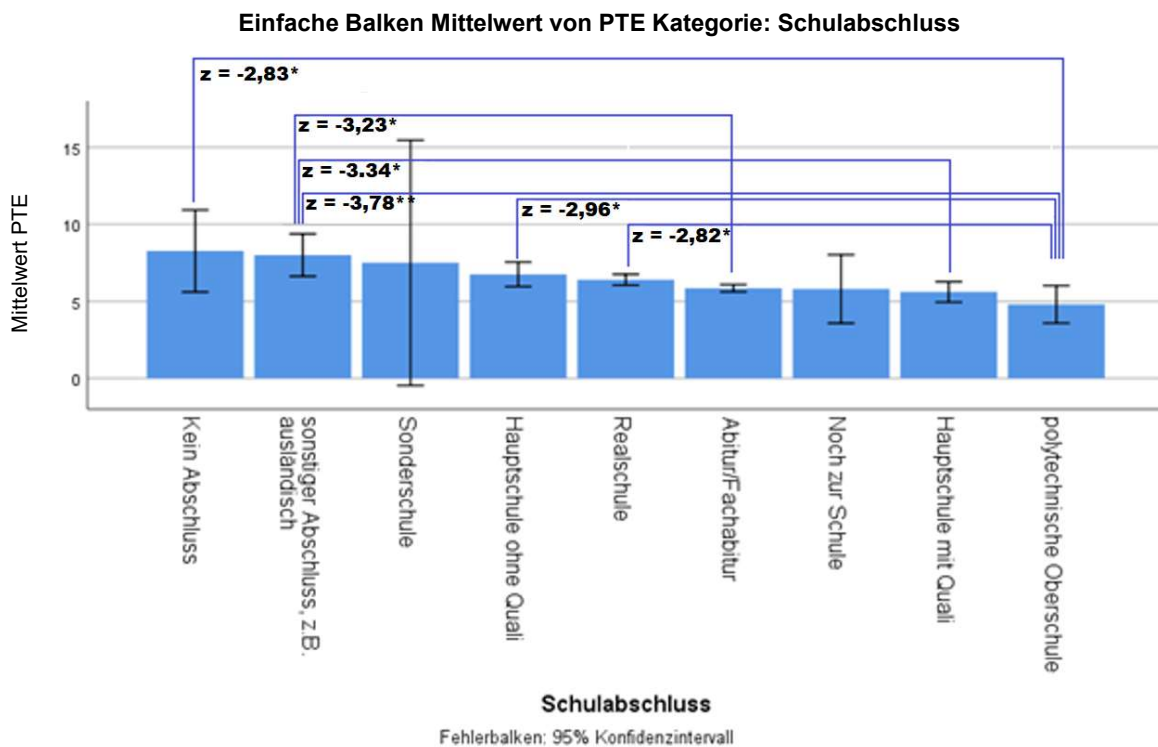


Abbildung 18: Paarweise Vergleiche: Mittelwerte von PTE bzgl. Schulabschluss

Anschließend wurden die Ergebnisse in folgender Matrix tabellarisiert und die signifikanten Unterschiede gelb markiert:

Tabelle 19: Paarweise Vergleiche von Schulabschluss bezüglich PTE

Sample 1- Sample 2	Noch zur Schule	Kein Abschluss	Sonderschule	Hauptschule ohne Quali	Hauptschule mit Quali	Realschule	Polytechnische Oberschule	Abitur/Fachabitur	Sonstiger Abschluss, z.B. ausländisch
Z-Werte (Kombinierte Population $n_1 + n_2$)									
Noch zur Schule (n = 5)		-0,825 (20)	-0,379 (9)	-0,224 (123)	0,412 (156)	-0,051 (520)	0,882 (50)	0,257 (1053)	-0,855 (45)
Kein Abschluss (n = 15)			0,305 (19)	1,182 (133)	2,267 (166)	1,540 (530)	2,825* (60)	2,083 (1063)	0,068 (55)
Sonderschule (n = 4)				0,300 (122)	0,872 (155)	0,462 (519)	1,285 (49)	0,738 (1052)	-0,288 (44)
Hauptschule ohne Quali (n = 118)					2,358 (269)	0,778 (633)	2,957* (163)	2,240 (1166)	-1,658 (158)
Hauptschule mit Quali (n = 151)						-2,272 (666)	1,345* (196)	-0,829 (1199)	-3,335* (191)
Realschule (n = 515)							2,822 (560)	2,566 (1563)	-2,332 (555)
Polytechnische Oberschule (n = 45)								-1,974 (1093)	-3,780* (85)
Abitur/Fachabitur (n = 1048)									-3,234* (1088)
Sonstiger Abschluss, z.B. ausländisch (n = 40)									

Berechnet man nun für Vergleiche, bei denen sich signifikante Unterschiede gezeigt haben, den r-Wert, so erhält man folgendes Ergebnis:

**Tabelle 20: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Schulabschluss“
bezüglich PTE**

Vergleiche	n	Z	p	r	Effektstärke
Polytechnische Oberschule - sonstiger Abschluss, z.B. ausländisch	85	-3,780	0,000	0,41	Mittel
Hauptschule mit Quali - sonstiger Abschluss, z.B. ausländisch	191	-3,335	0,018	0,24	Schwach
Abitur/Fachabitur - sonstiger Abschluss, z.B. ausländisch	1088	-3,234	0,012	0,10	Schwach
Hauptschule ohne Quali - Polytechnische Oberschule	163	-2,957	0,027	0,23	Schwach
Kein Abschluss - Polytechnische Oberschule	60	-2,825	0,036	0,36	Mittel
Realschule - Polytechnische Oberschule	560	-2,822	0,030	0,12	Schwach

Beim Vergleich zwischen polytechnischer Oberschule und sonstigem Schulabschluss ($r = 0,41$; $p < 0,001$), sowie beim Vergleich zwischen polytechnischer Oberschule und kein Abschluss ($r = 0,36$; $p = 0,036$) zeigte sich ein mittelstarker Effekt. Einen schwachen Effekt zeigten die Vergleiche zwischen Hauptschule mit Quali und sonstigem Schulabschluss ($r = 0,24$; $p = 0,018$), zwischen Abitur/Fachabitur und sonstigem Schulabschluss ($r = 0,1$; $p = 0,012$), zwischen polytechnischer Hochschule und Hauptschule ohne Quali ($r = 0,23$; $p = 0,027$) und zwischen polytechnischer Hochschule und Realschule ($r = 0,12$; $p = 0,030$).

Dieser Vorgang wurde auch für die Variable „Traumafolgestörungen“ durchgeführt:

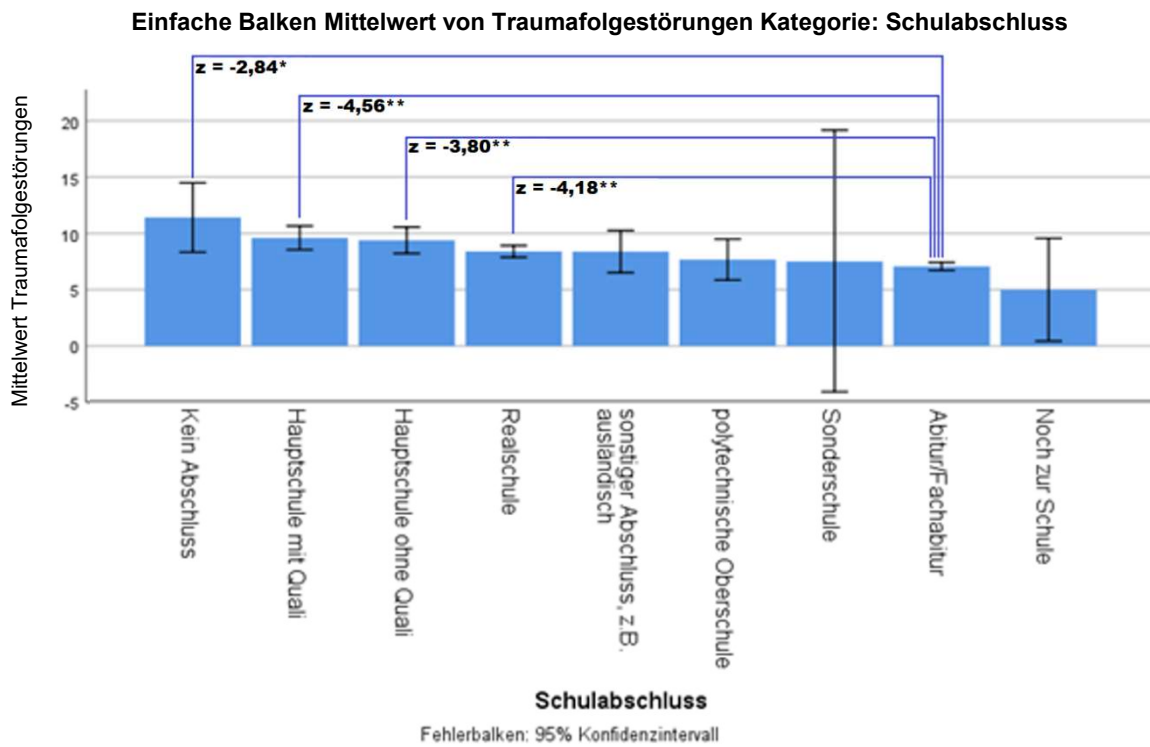


Abbildung 19: Paarweise Vergleiche: Mittelwerte von Traumafolgestörungen bzgl. Schulabschluss

Tabelle 21: Paarweise Vergleiche von Schulabschluss bezüglich Traumafolgestörungen

Sample 1- Sample 2	Noch zur Schule	Kein Abschluss	Sonderschule	Hauptschule ohne Quali	Hauptschule mit Quali	Realschule	Polytechnische Oberschule	Abitur/Fachabitur	Sonstiger Abschluss, z.B. ausländisch
Z-Werte (Kombinierte Population n ₁ + n ₂)									
Noch zur Schule (n = 5)		-1,972 (20)	-0,516 (9)	-1,422 (123)	-1,490 (156)	-1,125 (520)	-0,822 (50)	-0,625 (1053)	-1,090 (45)
Kein Abschluss (n = 15)			1,194 (19)	1,346 (133)	1,259 (166)	1,957 (530)	2,115 (60)	2,837* (1063)	1,655 (55)
Sonderschule (n = 4)				-0,595 (122)	-0,653 (155)	-0,317 (519)	-0,079 (49)	0,132 (1052)	-0,325 (44)
Hauptschule ohne Quali (n = 118)					-0,229 (269)	1,407 (633)	1,493 (163)	3,797* (1166)	0,722 (158)
Hauptschule mit Quali (n = 151)						1,855 (666)	1,706 (196)	4,559* (1199)	0,901 (191)
Realschule (n = 515)							0,759 (560)	4,183* (1563)	-0,070 (555)
Polytechnische Oberschule (n = 45)								0,704 (1093)	-0,596 (85)
Abitur/Fachabitur (n = 1048)									-1,469 (1088)
Sonstiger Abschluss, z.B. ausländisch (n = 40)									

Anschließend wurde bei den signifikanten Unterschieden erneut die Effektstärke berechnet:

Tabelle 22: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Schulabschluss“ bezüglich Traumafolgestörungen

Vergleiche	n	Z	p	r	Effektstärke
Realschule - Abitur/Fachabitur	1563	-4,183	0,000	0,11	Schwach
Hauptschule ohne Quali - Abitur/Fachabitur	1166	-3,797	0,000	0,11	Schwach
Hauptschule mit Quali - Abitur/Fachabitur	1199	-4,559	0,000	0,13	Schwach
Kein Abschluss - Abitur/Fachabitur	1063	-2,837	0,045	0,09	Sehr schwach

Folglich zeigen die Vergleiche zwischen Abitur/Fachabitur und Realschule ($r = 0,11$; $p < 0,001$), zwischen Abitur/Fachabitur und Hauptschule ohne Quali ($r = 0,11$; $p < 0,001$) und zwischen Abitur/Fachabitur und Hauptschule ohne Quali ($r = 0,13$; $p < 0,001$) allesamt signifikant einen Unterschied mit schwachem Effekt auf. Zudem zeigte der Vergleich zwischen Abitur/Fachabitur und kein Abschluss einen sehr schwachen Effekt ($r = 0,09$; $p = 0,045$).

5.3.4 Tests bzgl. dem Zusammenhang der Variablen „Strukturniveau“ und PTE bzw. der Traumafolgestörungen

Beim Vergleich mit dem Strukturniveau wurde auf die gleiche Weise vorgegangen wie beim Schulbildungsvergleich. Auch hier konnte per Kruskal-Wallis-Test nachgewiesen werden, dass sich die Verteilung der Variablen „PTE“ und „Traumafolgestörungen“ signifikant in den einzelnen Kategorien des Strukturniveaus unterscheiden ($p < 0,001$). Entsprechend wurden auch hier Gruppenvergleiche durchgeführt und die Signifikanzen hervorgehoben. Zunächst die grafische Darstellung des Mittelwertes:

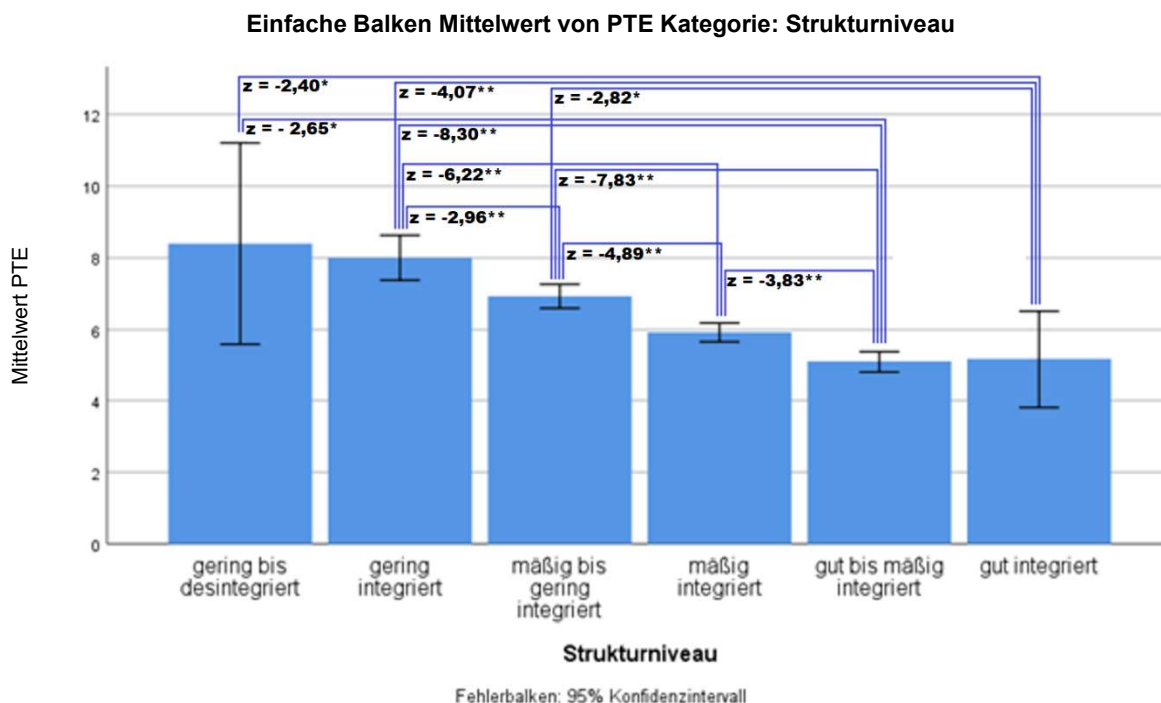


Abbildung 20: Paarweise Vergleiche: Mittelwerte von PTE bzgl. Strukturniveau

Tabelle 23: Paarweise Vergleiche von Strukturniveau bezüglich PTE

Sample 1- Sample 2	Gut integriert	Gut bis mäßig integriert	Mäßig integriert	Mäßig bis gering integriert	Gering integriert	Gering bis desintegriert
Z-Werte (Kombinierte Population n₁ + n₂)						
Gut integriert (n = 38)		0,051 (613)	1,285 (947)	2,821* (622)	4,066* (211)	2,402* (48)
Gut bis mäßig integriert (n = 575)			3,831* (1484)	7,829* (1159)	8,302* (748)	2,650* (585)
Mäßig integriert (n = 909)				4,894* (1493)	6,218* (1082)	2,016 (919)
Mäßig bis gering integriert (n = 584)					2,960* (757)	1,196 (594)
Gering integriert (n = 173)						0,385 (183)
Gering bis desintegriert (n = 10)						

Berechnet man für die signifikanten Unterschiede die Effektstärke erhält man folgendes Ergebnis:

Tabelle 24: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Strukturniveau“ bezüglich PTE

Vergleiche	n	Z	p	r	Effektstärke
Gering integriert - Gut integriert	211	-4,066	0,000	0,28	Schwach
Mäßig integriert - Gut bis mäßig integriert	1484	-3,831	0,000	0,10	Schwach
Mäßig bis gering integriert - Gut bis mäßig integriert	1159	-7,829	0,000	0,23	Schwach
Gering integriert - Gut bis mäßig integriert	748	-8,302	0,000	0,30	Mittel
Mäßig bis gering integriert - Mäßig integriert	1493	-4,894	0,000	0,13	Schwach
Gering integriert - Mäßig integriert	1082	-6,218	0,000	0,19	Schwach
Gering integriert - Mäßig bis gering integriert	757	-2,960	0,006	0,11	Schwach
Mäßig bis gering integriert - Gut integriert	622	-2,821	0,009	0,11	Schwach
Gering bis desintegriert - Gut bis mäßig integriert	585	-2,650	0,013	0,11	Schwach
Gering bis desintegriert - Gut integriert	48	-2,402	0,024	0,35	Mittel

Aus den Tests geht hervor, dass beim Vergleich zwischen den Kategorien „Gut integriert“ und „Gering integriert“ ($r = 0,28$; $p < 0,001$), „Gut bis mäßig integriert“ und „Mäßig integriert“ ($r = 0,10$; $p < 0,001$), „Gut bis mäßig integriert“ und „Mäßig bis gering integriert“ ($r = 0,23$; $p < 0,001$), „Mäßig integriert“ und „Mäßig bis gering integriert“ ($r = 0,13$; $p < 0,001$), „Mäßig integriert“ und „Gering integriert“ ($r = 0,19$; $p < 0,001$), „Mäßig bis gering integriert“ und „Gering integriert“ ($r = 0,11$; $p = 0,006$), „Gut integriert“ und „Mäßig bis gering integriert“ ($r = 0,11$; $p = 0,009$) und „Gut bis mäßig integriert“ und „Gering bis desintegriert“ ($r = 0,11$; $p = 0,013$) ein schwacher Effekt und bei den Kategorien „Gut bis mäßig integriert“ und „Gering integriert“ ($r = 0,30$; $p < 0,001$), sowie „Gut integriert“ und „Gering bis desintegriert“ ($r = 0,35$; $p = 0,024$) ein mittelstarker Effekt nachgewiesen werden konnte.

Die Vergleiche der Kategorien des Strukturniveaus bezüglich der Traumafolgestörungen ergaben Folgendes:

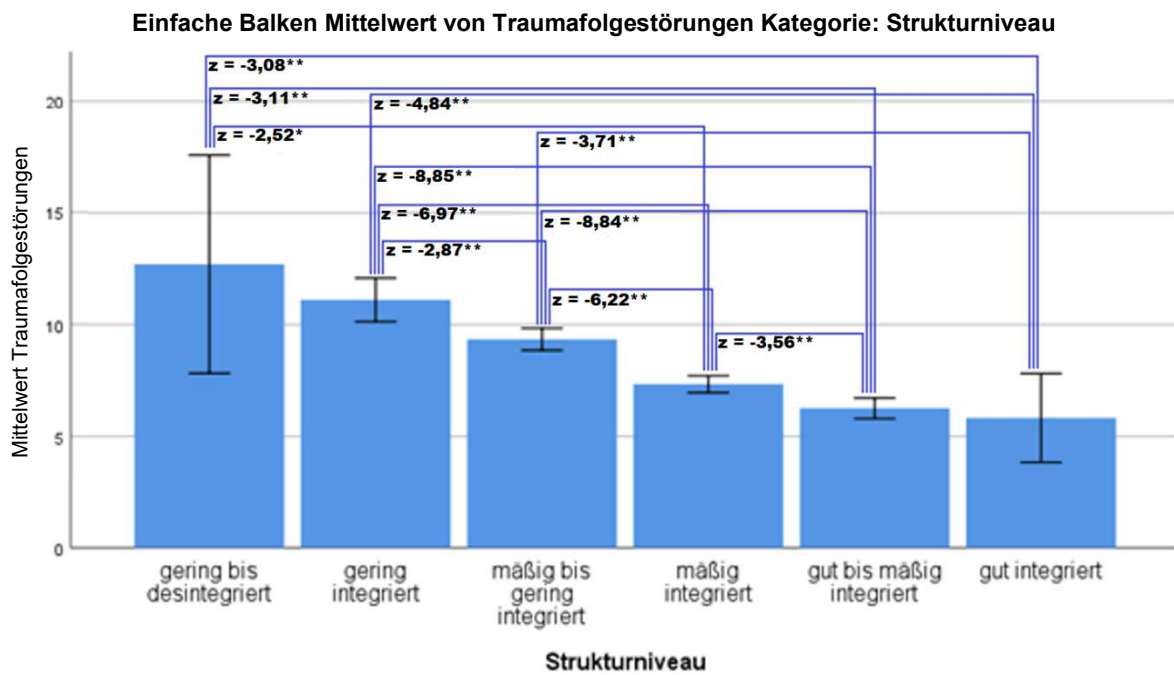


Abbildung 21: Paarweise Vergleiche: Mittelwerte von Traumafolgestörungen bzgl. Strukturniveau

Tabelle 25: Paarweise Vergleiche von Strukturniveau bezüglich Traumafolgestörungen

Sample 1- Sample 2	Gut integriert	Gut bis mäßig integriert	Mäßig integriert	Mäßig bis gering integriert	Gering integriert	Gering bis desintegriert
Z-Werte (Kombinierte Population n ₁ + n ₂)						
Gut integriert (n = 38)		0,609 (613)	1,760 (947)	3,711* (622)	4,853* (211)	3,076* (48)
Gut bis mäßig integriert (n = 575)			3,555* (1484)	8,839* (1159)	8,851* (748)	3,108* (585)
Mäßig integriert (n = 909)				6,220* (1493)	6,969* (1082)	2,522* (919)
Mäßig bis gering integriert (n = 584)					2,868* (757)	1,480 (594)
Gering integriert (n = 173)						0,688 (183)
Gering bis desintegriert (n = 10)						

Und entsprechend die Effektstärken der signifikanten Unterschiede:

Tabelle 26: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Strukturniveau“ bezüglich Traumafolgestörungen

Vergleiche	n	Z	p	r	Effektstärke
Mäßig bis gering integriert - Gut integriert	622	-3,711	0,000	0,15	Schwach
Gering integriert - Gut integriert	211	-4,853	0,000	0,33	Mittel
Mäßig integriert - Gut bis mäßig integriert	1484	-3,555	0,000	0,09	Sehr schwach
Mäßig bis gering integriert - Gut bis mäßig integriert	1159	-8,839	0,000	0,26	Schwach
Gering integriert - Gut bis mäßig integriert	748	-8,851	0,000	0,32	Mittel
Mäßig bis gering integriert - Mäßig integriert	1493	-6,220	0,000	0,16	Schwach
Gering integriert - Mäßig integriert	1082	-6,969	0,000	0,21	Schwach
Gering bis desintegriert - Gut bis mäßig integriert	585	-3,108	0,004	0,13	Schwach
Gering bis desintegriert - Gut integriert	48	-3,076	0,003	0,44	Mittel
Gering integriert - Mäßig bis gering integriert	757	-2,868	0,006	0,10	Schwach
Gering bis desintegriert - Mäßig integriert	919	-2,522	0,016	0,08	Sehr schwach

Signifikante Unterschiede zeigten die Vergleiche „Gut integriert“ und „Mäßig bis gering integriert“ ($r = 0,15$; $p < 0,001$), „Gut bis mäßig integriert“ und „Mäßig bis gering integriert“ ($r = 0,26$; $p < 0,001$), „Gut bis mäßig integriert“ und „Gering bis desintegriert“ ($r = 0,13$; $p = 0,004$), „Mäßig integriert“ und „Mäßig bis gering integriert“ ($r = 0,16$; $p < 0,001$), „Mäßig integriert“ und „Gering integriert“ ($r = 0,21$; $p < 0,001$) und „Mäßig bis gering integriert“ und „Gering integriert“ ($r = 0,10$; $p = 0,006$) mit einem schwachen Effekt, die Vergleiche „Gut integriert“ und „Gering integriert“ ($r = 0,33$; $p < 0,001$), „Gut integriert“ und „Gering bis desintegriert“ ($r = 0,44$; $p = 0,003$) und „Gut bis mäßig integriert“ und „Gering integriert“ ($r = 0,32$; $p < 0,001$) mit einem mittelstarken Effekt und der Vergleich „Gut bis mäßig integriert“ und „Mäßig integriert“ ($r = 0,09$; $p < 0,001$), sowie „Mäßig integriert“ und „Gering bis desintegriert“ ($r = 0,08$; $p = 0,016$) mit einem sehr schwachen Effekt.

5.3.5 Tests bzgl. dem Zusammenhang der Variablen „Beruf“ und PTE bzw. der Traumafolgestörungen

Auch beim Vergleich zwischen „Beruf“ und „PTE“ bzw. „Traumafolgestörungen“ konnte in beiden Fällen per Kruskal-Wallis-Test eine signifikante Abweichung der Verteilung zwischen den Kategorien nachgewiesen werden ($p < 0,001$). Die paarweisen Vergleiche der einzelnen Gruppen wurden durchgeführt. Dabei wurden die Variablen „keine Angabe“ und „Andere“ aufgrund der schlechten Interpretierbarkeit ausgeschlossen. Die Gruppenvergleiche mit der Variable „PTE“ zeigten Folgendes auf:

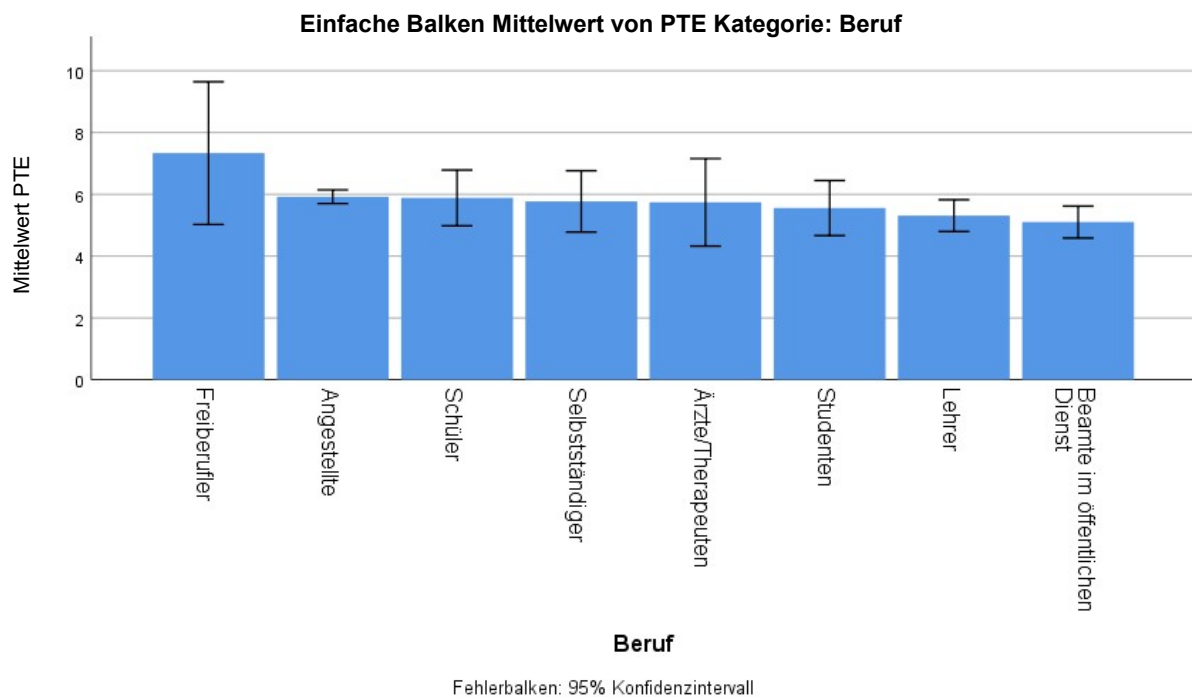


Abbildung 22: Mittelwerte von PTE bzgl. Beruf

Tabelle 27: Paarweise Vergleiche von „Beruf“ bezüglich PTE

Sample 1- Sample 2	Lehrer	Ärzte/ Therapeuten	Beamte im öffentlichen Dienst	Schüler	Selbstständiger	Freiberufler	Studenten	Angestellte
Z-Werte (Kombinierte Population $n_1 + n_2$)								
Lehrer (n = 197)		-0,617 (224)	0,417 (364)	-1,252 (240)	-0,723 (267)	-1,768 (218)	-0,483 (260)	-2,030 (1378)
Ärzte/ Therapeuten (n = 27)			0,822 (194)	-0,342 (70)	0,115 (97)	-0,960 (48)	0,247 (90)	-0,152 (1208)
Beamte im öffentlichen Dienst (n = 167)				-1,489 (210)	-1,015 (237)	-1,943 (188)	-0,769 (230)	-2,421 (1348)
Schüler (n = 43)					0,568 (113)	-0,733 (64)	0,712 (106)	0,351 (1224)
Selbstständiger (n = 70)						-1,227 (91)	0,177 (133)	0,651 (1251)
Freiberufler (n = 21)							1,334 (84)	1,134 (1202)
Studenten (n = 63)								-0,668 (1244)
Angestellte (n = 1181)								

Die Matrix zeigt, dass bei den paarweisen Vergleichen bezüglich PTE keine interpretierbaren Signifikanzen aufgezeigt werden konnten.

Die Gruppenvergleiche von „Beruf“ bezüglich der Traumafolgestörungen zeigten Folgendes:

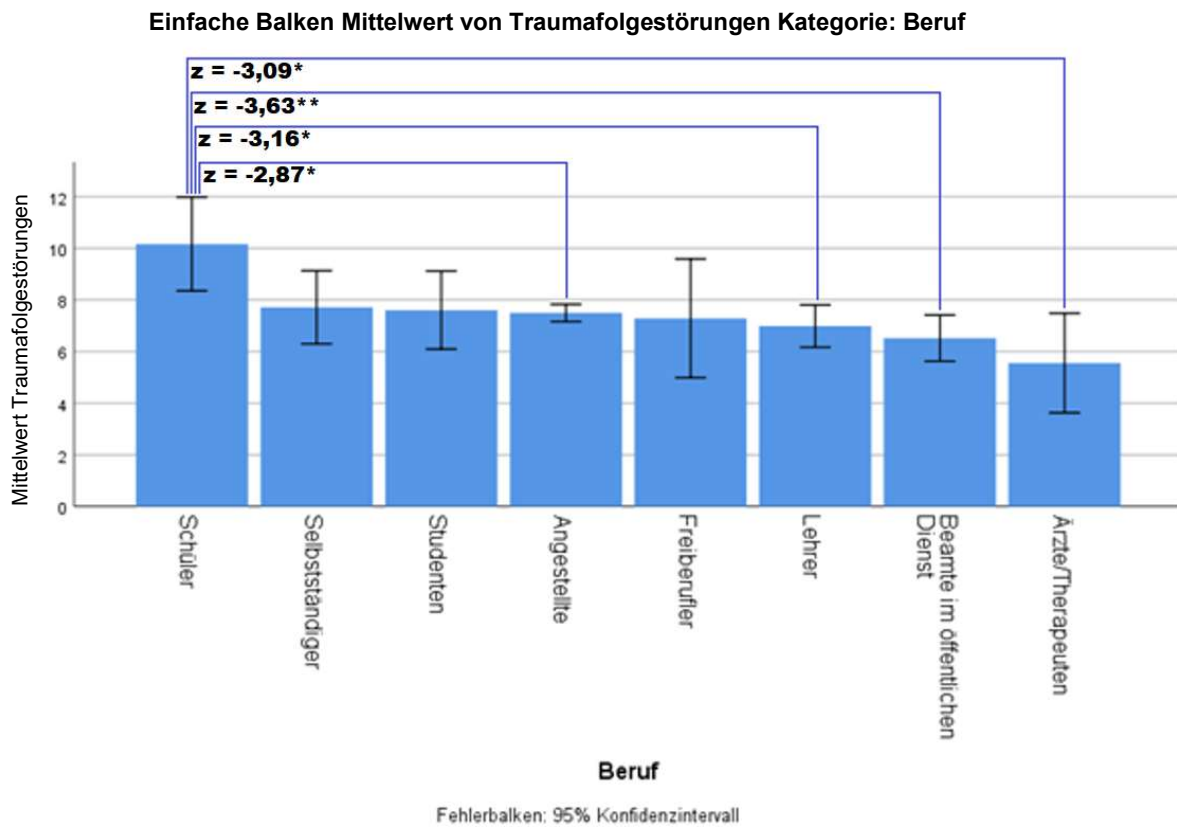


Abbildung 23: Paarweise Vergleiche: Mittelwerte von Traumafolgestörungen bzgl. Beruf

Tabelle 28: Paarweise Vergleiche von „Beruf“ bezüglich Traumafolgestörungen

Sample 1- Sample 2	Lehrer	Ärzte/ Therapeuten	Beamte im öffentlichen Dienst	Schüler	Selbstständiger	Freiberufler	Studenten	Angestellte
Z-Werte (Kombinierte Population $n_1 + n_2$)								
Lehrer (n = 197)		1,105 (224)	0,844 (364)	-3,156* (240)	-0,897 (267)	-0,419 (218)	-0,701 (260)	-1,106 (1378)
Ärzte/ Therapeuten (n = 27)			-0,665 (194)	-3,087* (70)	-1,552 (97)	-1,110 (48)	-1,472 (90)	-1,602 (1208)
Beamte im öffentlichen Dienst (n = 167)				-3,626* (210)	-1,501 (237)	-0,789 (188)	-1,287 (230)	-2,103 (1348)
Schüler (n = 43)					2,097 (113)	1,634 (64)	2,172 (106)	2,874* (1224)
Selbstständiger (n = 70)						0,116 (91)	0,135 (133)	0,324 (1251)
Freiberufler (n = 21)							-0,021 (84)	0,050 (1202)
Studenten (n = 63)								0,127 (1244)
Angestellte (n = 1181)								

Tabelle 29: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Beruf“ bezüglich Traumafolgestörungen

Vergleiche	n	Z	p	r	Effektstärke
Beamte im öffentlichen Dienst – Schüler	210	-3,626	0,000	0,25	Schwach
Lehrer - Schüler	240	-3,156	0,015	0,20	Schwach
Ärzte/Therapeuten - Schüler	70	-3,087	0,013	0,37	Mittel
Schüler - Angestellte	1224	-2,874	0,023	0,08	Sehr schwach

Die Vergleiche „Beamte im öffentlichen Dienst“ und „Schüler“ ($r = 0,25$; $p < 0,001$) und „Lehrer“ und „Schüler“ ($r = 0,20$; $p = 0,015$) zeigten signifikante Unterschiede mit einem schwachen Effekt, der Vergleich „Ärzte/Therapeuten“ und „Schüler“ zeigte einen mittelstarken Effekt ($r = 0,37$; $p = 0,013$) und der Vergleich „Angestellte“ und „Schüler“ einen sehr schwachen Effekt ($r = 0,08$, $p = 0,023$).

5.3.6 Tests bzgl. dem Zusammenhang der Diagnosen und PTE bzw. Traumafolgestörungen

Die fünf in der Stichprobe am häufigsten vorkommenden Diagnosen wurden zum Vergleich herangezogen. Hierbei wurde das Scoring der Variablen „PTE“ und „Traumafolgestörungen“ derjenigen Personen, bei denen die jeweilige Diagnose gestellt wurde, mit denen verglichen, die nicht an der entsprechenden Erkrankung litten. Ziel des Vergleiches war es, aufzuzeigen, ob Patienten, die an einer Diagnose leiden, ein signifikant höheres oder niedrigeres Durchschnitts-Scoring haben als die Vergleichsgruppe. Dies wurde in allen Fällen mit dem Mann-Whitney-U-Test überprüft. Hierbei wurde das komplette Kollektiv herangezogen, n ist folglich immer 2289:

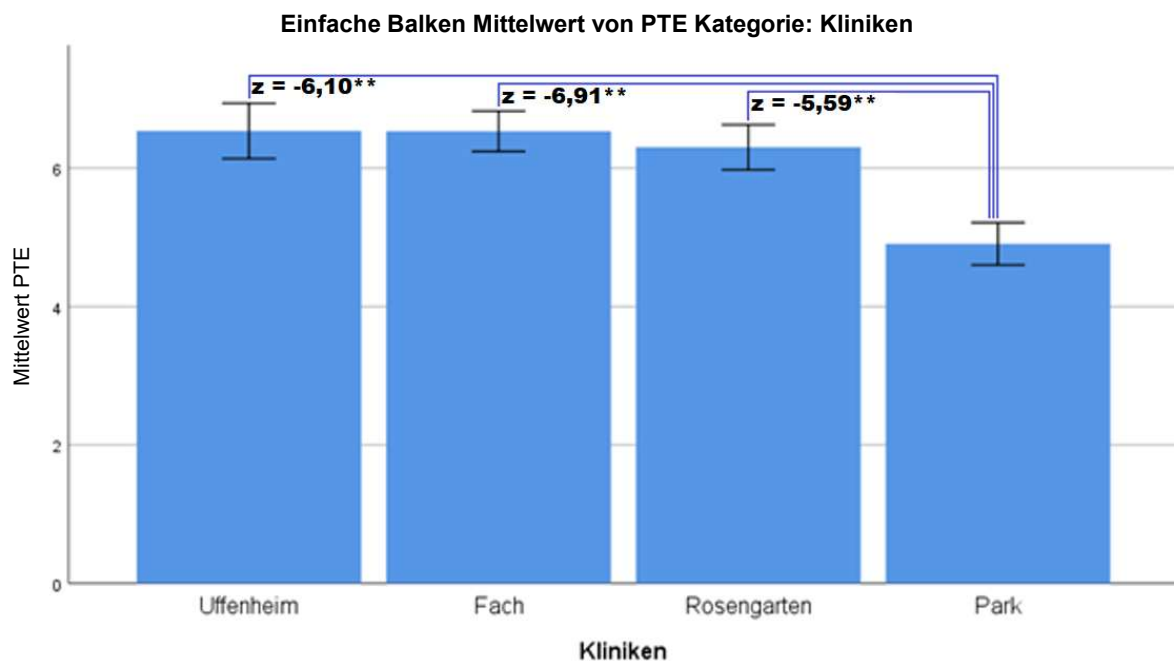
Tabelle 30: Mann-Whitney-U-Tests der Diagnosen

Mann-Whitney-U	n	Z	p	r	Effektstärke
PTE:					
F33.1	2289	-7,476	0,000	0,16	Schwach
F32.1	2289	-9,388	0,000	0,20	Schwach
F43.1	2289	-14,832	0,000	0,31	Mittel
F43.8	2289	-8,685	0,000	0,18	Schwach
F41.0	2289	-0,145	0,885	-	-
Traumafolgestörungen:					
F33.1	2289	-4,817	0,000	0,10	Schwach
F32.1	2289	-2,797	0,005	0,06	Sehr schwach
F43.1	2289	-14,789	0,000	0,31	Mittel
F43.8	2289	-3,711	0,000	0,08	Sehr schwach
F41.0	2289	-0,145	0,265	-	-

Es konnte gezeigt werden, dass die häufigste Diagnose der Stichprobe, die rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (F33.1) signifikant einen schwachen Effekt auf potenziell traumatische Erfahrungen ($r = 0,16$; $p < 0,001$) und auf die Traumafolgestörungen ($r = 0,10$; $p < 0,001$). Die zweithäufigste Diagnose, die mittelgradige depressive Episode (F32.1) zeigt signifikant einen schwachen Effekt auf potenziell traumatische Erfahrungen ($r = 0,20$; $p < 0,001$) und einen kaum vorhandenen Effekt auf die Traumafolgestörungen ($r = 0,06$; $p = 0,005$). An dritter Stelle der häufigsten Diagnosen im Kollektiv steht die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1). Sie zeigt jeweils signifikant einen mittelstarken Effekt auf potenziell traumatische Erfahrungen ($r = 0,31$; $p < 0,001$) und die Traumafolgestörungen ($r = 0,31$; $p < 0,001$). Die Diagnose „Sonstige Reaktion auf schwere Belastung“ (F43.8) belegt den vierten Platz und zeigt einen schwachen Effekt auf die Traumafolgestörungen ($r = 0,18$; $p < 0,001$) und einen sehr schwachen Effekt auf die Traumafolgestörungen ($r = 0,08$; $p < 0,001$). Bei der Panikstörung (F41.0) konnten weder auf potenziell traumatische Erfahrungen ($p = 0,885$), noch auf die Traumafolgestörungen ($p = 0,265$) signifikante Effekte nachgewiesen werden.

5.3.7 Tests bzgl. dem Zusammenhang der Variablen „Kliniken“ und PTE bzw. der Traumafolgestörungen

Um herauszufinden, ob signifikante Unterschiede bei den Scorings zwischen den einzelnen Kliniken bestehen, wurde ein Kruskal-Wallis-Test durchgeführt. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Verteilung in beiden Fällen signifikant unterscheidet ($p = 0,000$). Folglich wurde wieder paarweise verglichen. Zunächst die grafische Darstellung:



Fehlerbalken: 95% Konfidenzintervall

Abbildung 24: Paarweise Vergleiche: Mittelwerte von PTE bzgl. Kliniken

Tabelle 31: Paarweise Vergleiche von Kliniken bezüglich PTE

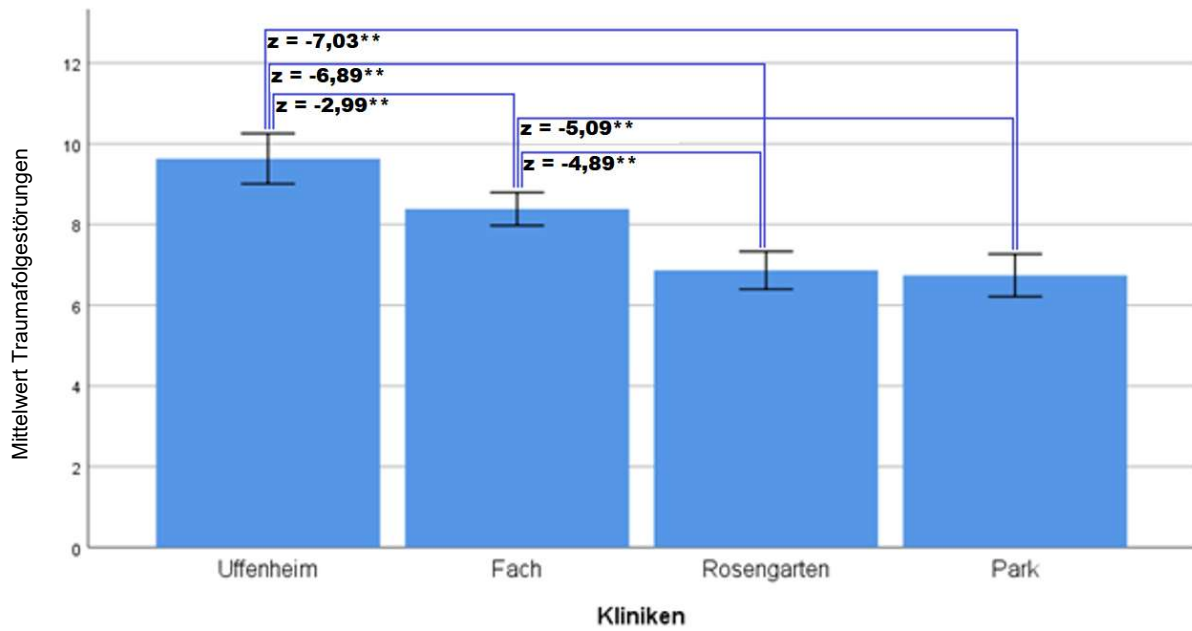
Sample 1- Sample 2	Parkklinik	Fachklinik	Rosengartenklinik	Klinik Uffenheim
	Z-Werte (Kombinierte Population $n_1 + n_2$)			
Parkklinik (n = 491)		6,912* (1301)	-5,589* (1083)	-6,101* (887)
Fachklinik (n = 810)			1,003 (1402)	-1,093 (1206)
Rosengartenklinik (n = 592)				-0,273 (988)
Klinik Uffenheim (n = 396)				

Tabelle 32: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Kliniken“ bezüglich PTE

Vergleiche	n	Z	p	r	Effektstärke
Parkklinik - Rosengartenklinik	1083	-5,589	0,000	0,17	Schwach
Fachklinik - Parkklinik	1301	-6,912	0,000	0,19	Schwach
Parkklinik - Klinik Uffenheim	887	-6,101	0,000	0,20	Schwach

Die Vergleiche „Parkklinik“ und „Rosengartenklinik“ ($r = 0,17$, $p < 0,001$), „Parkklinik“ und „Fachklinik“ ($r = 0,19$; $p < 0,001$) und „Parkklinik“ und „Klinik Uffenheim“ ($r = 0,20$; $p < 0,001$) zeigen beim Scoring „PTE“ einen signifikanten Unterschied mit einem schwachen Effekt.

Einfache Balken Mittelwert von Traumafolgestörungen Kategorie: Kliniken



Fehlerbalken: 95% Konfidenzintervall

Abbildung 25: Paarweise Vergleiche: Mittelwerte von Traumafolgestörungen bzgl. Kliniken

Tabelle 33: Paarweise Vergleiche von Kliniken bezüglich Traumafolgestörungen

Sample 1- Sample 2	Parklinik	Fachklinik	Rosengartenklinik	Klinik Uffenheim
	Z-Werte (Kombinierte Population n₁ + n₂)			
Parklinik (n = 491)		5,089* (1301)	-0,438 (1083)	-7,027* (887)
Fachklinik (n = 810)			4,889* (1402)	-2,993* (1206)
Rosengartenklinik (n = 592)				-6,889* (988)
Klinik Uffenheim (n = 396)				

Tabelle 34: Effektstärkenberechnung der Vergleiche von „Kliniken“ bezüglich Traumafolgestörungen

Vergleiche	n	Z	p	r	Effektstärke
Fachklinik - Parkklinik	1301	-5,089	0,000	0,14	Schwach
Parkklinik - Klinik Uffenheim	887	-7,027	0,000	0,24	Schwach
Fachklinik - Rosengartenklinik	1402	-4,889	0,000	0,13	Schwach
Rosengartenklinik - Klinik Uffenheim	988	-6,889	0,000	0,22	Schwach
Fachklinik - Klinik Uffenheim	1206	-2,993	0,004	0,09	Sehr schwach

Beim Scoring „Traumafolgestörungen“ zeigten die Vergleiche „Parkklinik“ und „Fachklinik“ ($r = 0,14$; $p < 0,001$), „Parkklinik“ und „Klinik Uffenheim“ ($r = 0,24$; $p < 0,001$), „Rosengartenklinik“ und „Fachklinik“ ($r = 0,13$; $p < 0,001$) und „Rosengartenklinik“ und „Klinik Uffenheim“ ($r = 0,22$; $p < 0,001$) einen signifikanten Unterschied mit einem schwachen Effekt. Einen sehr schwachen Effekt zeigte der Vergleich „Fachklinik“ und „Klinik Uffenheim“ ($r = 0,09$; $p = 0,004$).

6 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war herauszufinden, ob signifikante Zusammenhänge zwischen traumatischen Erlebnissen bzw. der Traumafolgestörungen von Patienten und verschiedenen anderen Parametern bestehen. Es sollte festgestellt werden, ob Menschen gewisser Altersgruppen, Geschlechts, Schulbildung oder beruflicher Tätigkeit eher zu Traumafolgestörungen neigen und wie sich potenziell traumatische Erfahrungen und Traumafolgestörungen auf die Ergebnisse anderer diagnostischer Tests und Ratings auswirken. Dabei wurde ein Scoring zu potenziell traumatischen Erfahrungen und der Traumafolgestörungen der Patienten erstellt und mit den jeweiligen Parametern verglichen. Die in dieser Arbeit erlangten Erkenntnisse können genutzt werden, um die Auswirkungen von Trauma besser zu verstehen und um ein Bewusstsein für Risikogruppen zu erschaffen.

6.1 Repräsentativität der Stichprobe

An dieser Studie haben insgesamt 2289 Patienten teilgenommen. Aufgrund der hohen Teilnehmeranzahl kann die Stichprobe als repräsentativ angesehen werden. Der für diese Arbeit genutzte Datensatz bezieht sich auf den Zeitpunkt der Klinikaufnahme der Patienten. Als Anschlussarbeit würde sich anbieten, eine postalische Nachbefragung zum Entlassungszeitpunkt und beispielsweise ein Jahr nach der Klinikentlassung durchzuführen, um zu eruieren, inwiefern die derzeit angewandten Therapieformen die Ergebnisse im Trauma-Scoring verändern und wie sich der Bezug zu den Ergebnissen anderer Fragebögen und Ratings verändert. Auch eine größer angelegte Studie mit einer höheren Probandenzahl wäre interessant, um die Ergebnisse mit dieser Studie zu vergleichen.

6.2 Soziodemographische Analyse

Die Auswertung der untersuchten Stichprobe hat ergeben, dass sich zum Untersuchungszeitpunkt 22,76 % der Probandinnen in der Fachklinik, 20,05 % in der Rosengartenklinik, 13,06 % in der Parkklinik und 10,92 % in der Klinik Uffenheim aufhielten. Bei den männlichen Teilnehmern waren es 12,63 % in der Fachklinik, 8,39 % in der Parkklinik, 6,38 % in der Klinik Uffenheim und 5,81 % in der Rosengartenklinik. Somit überwiegt der Anteil der weiblichen Patienten mit 66,8 % stark. Diese Zahlen passen zur Statistik eines Papers von Jacobi et al., nach dem Frauen häufiger an psychischen Störungen leiden als Männer (F. Jacobi et al., 2014). Ausnahme bilden Störungen durch Substanzmissbrauch, was sich eventuell darauf zurückführen lässt, dass Männer auf Stress eher mit Aggressivität und Suchtverhalten reagieren (DGPPN, 2018). Faktoren wie Geschlechterrolle, genetische Prädisposition und hormonelle Einflüsse können bei Frauen zu einem erhöhten Risiko führen, eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln (Christiansen & Berke, 2020). Zudem nehmen Frauen das Gesundheitssystem häufiger in Anspruch als Männer, wodurch psychische Störungen häufiger diagnostiziert werden können (Mack et al., 2014).

Das Durchschnittsalter der Stichprobe beträgt 45,79 Jahre, wobei 22,46 % der Patienten 18 - 34 Jahre, 30,54 % 35 - 49 Jahre, 44,52 % 50 - 64 Jahre, 2,27 % 65 - 79 Jahre und 0,22 % der Patienten über 80 Jahre alt waren. Zwischen dem Alter der Probanden und dem PTE-Scoring und dem Scoring zu Traumafolgestörungen konnte in beiden Fällen (PTE ($r = -0,05$; $p = 0,014$); Traumafolgestörungen ($r = -0,12$; $p < 0,000$)) signifikant eine negative Korrelation mit einem schwachen Effekt aufgezeigt werden. Diese Ergebnisse passen zur Arbeit von Jacobi et al., nach der tendenziell eher jüngere Patienten psychische Störungen aufweisen. (F. Jacobi et al., 2014). Auch bezüglich des sozioökonomischen Status zeigen die Resultate Ähnlichkeit. Die Ergebnisse von Jacobi et al. weisen darauf hin, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status tendenziell häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Eine entsprechende Tendenz konnte auch in dieser Arbeit aufgezeigt werden. Bezüglich PTE-Scoring konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Berufsgruppen festgestellt werden. Bei der Traumafolgestörungen hatten Schüler einen signifikant höheren Score als Lehrer, Ärzte und Therapeuten, Angestellte und

Beamte im öffentlichen Dienst. Dies passt ebenfalls zu den Ergebnissen von Jacobi et al. (F. Jacobi et al., 2014). Die Ergebnisse lassen sich nur schwer interpretieren, da die beruflichen Angaben in dieser Arbeit nicht sehr genau definiert waren. In einer zukünftigen Arbeit könnte man diese exakter erfragen, um differenziertere Vergleiche der beruflichen Tätigkeit ziehen zu können. Auch auf das Einkommen der Patienten wurde in dieser Studie nicht eingegangen, welches allerdings ein wichtiger Faktor beim sozioökonomischen Status ist. Dies könnte in einer Folgearbeit genauer beleuchtet werden.

6.3 Analyse der vergleichenden Statistik

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vergleichenden Statistik genauer beleuchtet und interpretiert:

GAF/GARF:

In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass potenziell traumatische Erfahrungen und Traumafolgestörungen einen signifikanten Effekt auf die Scorings der GAF und der GARF haben, wobei die Effekte bezüglich PTE (GAF ($r = -0,12$; $p < 0,001$); GARF ($r = -0,18$; $p < 0,001$)) und Traumafolgestörungen (GAF ($r = -0,24$; $p < 0,001$); GARF ($r = -0,22$; $p < 0,001$)) als schwach anzusehen sind. Aus diesen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass Patienten mit einem hohen Scoring in den Bereichen „PTE“ und „Traumafolgestörungen“ tendenziell niedriger im GAF- bzw. GARF-Scoring abschneiden. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit einer Arbeit von Miller et al., bei der 315 Veteranen mit PTSD einem GAF-Rating unterzogen wurden und ein Zusammenhang zwischen GAF-Scoring und PTSD-Schwere gezeigt werden konnte (Miller et al., 2008).

ISR:

Es konnte bei allen ISR-Skalen signifikant eine positive Korrelation mit den Scorings „PTE“ und „Traumafolgestörungen“ aufgezeigt werden, wobei der Effekt beim Scoring zu Traumafolgestörungen tendenziell stärker ausgefallen ist als bei PTE. Diese Ergebnisse unterstützen die Theorie, dass Patienten mit einer manifestierten Traumafolgestörungen eine höhere Symptombelastung haben als jene, die lediglich eine potenziell traumatisierende Situation durchlebt haben. Dieser Effekt fällt (bezüglich Traumafolgestörungen) bei den Skalen ISR Depression ($r = 0,36$; $p < 0,001$), ISR Angst ($r = 0,40$; $p < 0,001$) und ISR Zwang ($r = 0,36$, $p < 0,001$) mittel, sowie im ISR Gesamtscore ($r = 0,51$; $p < 0,001$) und den ISR Zusatzitems ($r = 0,52$; $p < 0,001$) stark aus. Diese Ergebnisse könnten in einer Folgearbeit genauer beleuchtet werden. Lediglich in den Skalen ISR Somatisierung ($r = 0,17$; $p < 0,001$) und ISR Essstörung ($r = 0,12$; $p < 0,001$) fällt der Effekt nur schwach aus.

Aufenthaltsdauer:

Zwischen der Aufenthaltsdauer dem PTE-Scoring bzw. Scoring zu Traumafolgestörungen konnte in beiden Fällen signifikant eine positive Korrelation aufgezeigt werden. Allerdings zeigt diese jeweils nur einen sehr schwachen Effekt (PTE ($r = 0,07$; $p = 0,001$); Traumafolgestörungen ($r = 0,09$; $p < 0,001$)) und ist somit nur bedingt interpretierbar.

Strukturniveau:

Auch bezüglich des Strukturniveaus konnten signifikante Zusammenhänge mit potenziell traumatischen Erfahrungen und Traumafolgestörungen aufgezeigt werden. Die statistischen Tests lassen erkennen, dass mit steigender Punktzahl im PTE-Scoring und im Scoring zu Traumafolgestörungen das Strukturniveau tendenziell sinkt. Das Gefälle ist vor allem im mittleren Bereich des Strukturniveaus auffällig („gut bis mäßig integriert“ bis „gering integriert“). Auf ein vergleichbares Ergebnis kamen auch Docter et al. in ihrer Arbeit über Einflüsse von Kindheitstraumata (Docter et al., 2018). Die pathologischen Verläufe der traumatischen Reaktion passen zu den Verhaltensmustern, die zu den „niedrigeren“ Bereichen des Strukturniveaus (gering

bis desintegriert) beschrieben wurden. Die legt die Theorie nahe, dass traumatisierte Personen tendenziell schlechter integriert sind als jene, die kein Trauma erlebt haben, welche durch die Ergebnisse dieser Studie untermauert wird.

Diagnosen:

Bei den untersuchten Diagnosen konnten ebenfalls signifikante Ergebnisse erzielt werden. Dabei fällt der Effekt in beiden Fällen (PTE ($r = 0,31$; $p < 0,001$); Traumafolgestörungen ($r = 0,31$; $p < 0,001$)) bei der Diagnose F43.1 am stärksten aus. Dies entspricht der Erwartung, da der in dieser Arbeit genutzte Fragebogen entwickelt wurde, um traumatische Erlebnisse und manifestierte Traumafolgestörungen in einem Scoring zu bewerten. Bei PTE konnte bei den Diagnosen F33.1 ($r = 0,16$; $p < 0,001$), F32.1 ($r = 0,20$; $p < 0,001$) und F43.8 ($r = 0,18$; $p < 0,001$) ein schwacher Effekt signifikant nachgewiesen werden. Dies könnte durch die Tatsache erklärt werden, dass Depression eine typische Reaktion auf traumatische Erlebnisse sein kann (Flatten, 2013). Da die Diagnose F43.8 eine spezielle Form der posttraumatischen Belastungsstörung darstellt, ist auch hier der aufgezeigte Effekt nachvollziehbar. Bezüglich der Traumafolgestörungen zeigte sich bei der Diagnose F33.1 ($r = 0,10$; $p < 0,001$) ebenfalls ein schwacher Effekt, was mit voriger Argumentation erklärbar ist. Interessant ist allerdings, dass der Effekt bei F32.1 ($r = 0,06$; $p = 0,005$) und bei F43.8 ($r = 0,08$; $p < 0,001$) nur sehr schwach ausfällt. Eine mögliche Erklärung wäre, dass die Patienten dieser Stichprobe, die an manifestierten Traumafolgestörungen leiden akut zum Zeitpunkt der Untersuchung tendenziell keine depressive Episode erleiden. Der niedrige r-Wert bei der Diagnose F43.8 liegt möglicherweise an der ungenauen Definition im ICD-10. Diese ermöglicht eine gewisse Varianz im Symptombild, was die Chance für einen signifikant nachweisbaren Effekts vermindert.

Bei der Diagnose F41.0 konnte weder bei PTE ($p = 0,885$), noch bei Traumafolgestörungen ($p = 0,265$) ein signifikanter Effekt nachgewiesen werden. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass die Panikstörung hereditären Ursprungs sein kann ((Akiyoshi, 1999); (Foldager et al., 2014)). Allerdings ist oftmals ein traumatisches Erlebnis der Auslöser der ersten Panikattacke (Butcher et al., 2009, S. 244–245), was den Ergebnissen dieser Studie eher widerspricht.

Kliniken:

Bei den statistischen Tests bezüglich der Kliniken konnten gleichfalls signifikante Ergebnisse erzielt werden. Bei PTE fiel auf, dass das Scoring der Parkklinik im Durchschnitt signifikant niedriger ausfiel als bei den anderen Kliniken, wobei der Effekt jeweils nur schwach ausfiel (vgl. Rosengartenklinik ($r = 0,17$; $p < 0,001$); vgl. Fachklinik ($r = 0,19$; $p < 0,001$); vgl. Klinik Uffenheim ($r = 0,20$; $p < 0,001$)). Auch beim Scoring zu Traumafolgestörungen fielen signifikante Unterschiede auf, wobei das Durchschnitts-Scoring der Klinik Uffenheim im Schnitt am höchsten und das der Parkklinik im Schnitt am niedrigsten war. Dies ist interessant, da die Verteilung der Patienten auf die unterschiedlichen Häuser nicht nach Krankheitsbild, sondern nach Versichertenstatus geschieht ((*Fachklinik Heiligenfeld*, 2020); (*Heiligenfeld Klinik Uffenheim*, 2020); (*Parkklinik Heiligenfeld*, 2020); (*Rosengarten Klinik Heiligenfeld*, 2020)). Dieser Sachverhalt und die Hintergründe für diese Ergebnisse könnten in einer Folgearbeit genauer beleuchtet werden.

7 Resümee

Das Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, ob potenziell traumatische Erfahrungen und die Traumafolgestörungen der betroffenen Patienten Auswirkungen auf die Ergebnisse verschiedener psychischer und psychosomatischer Diagnosewerkzeuge und Expertenratings hat und ein Zusammenhang mit verschiedenen soziodemographischen Merkmalen besteht. Hierfür wurde eine Stichprobe von 2289 Patienten im Alter von 18-83 Jahren aus den psychosomatischen Kliniken „Parkklinik Heiligenfeld“, „Fachklinik Heiligenfeld“, „Rosengartenklinik Heiligenfeld“ in Bad Kissingen und „Heiligenfeldklinik Uffenheim“ zusammengestellt. Die Patienten haben bei ihrer Aufnahme routinemäßig verschiedene Fragebögen ausgefüllt und sich Expertenratings unterzogen. Außerdem haben sie den von Prof. Dr. Hinterberger entwickelten Fragebogen zur Erfassung von potenziell traumatischen Erfahrungen und Traumafolgestörungen ausgefüllt. Die Erträge wurden miteinander korreliert und verglichen, wozu die statistischen Tests „Mann-Whitney-U“, „Kruskal-Wallis“ und die Korrelation nach Spearman dienen. In dieser Arbeit konnten in vielen Bereichen signifikante Ergebnisse aufgezeigt werden. Es wurde gezeigt, dass Frauen in dieser Stichprobe signifikant höhere Scorings im Traumaabogen hatten als die Männer. Auch konnte eine negative Korrelation bezüglich des Alters und eine positive Korrelation bezüglich der Aufenthaltsdauer gezeigt werden. Patienten mit einem niedrigeren Bildungsstand hatten signifikant höhere Scores in den Bereichen PTE und Traumafolgestörungen als die, mit höherem Bildungsstand. Es zeigte sich, dass Patienten mit einem hohen Scoring in den Bereichen PTE und Traumafolgestörungen signifikant niedriger im GAF- bzw. GARF-Scoring abschnitten. Bezüglich der ISR-Skalen konnte eine positive Korrelation aufgezeigt werden. Auch beim Strukturniveau zeigte sich, dass Patienten mit höheren PTE-Scorings und höheren Scorings zu Traumafolgestörungen signifikant schlechter integriert waren. Bei den unterschiedlichen Kliniken und Diagnosen konnten ebenfalls signifikante Unterschiede festgestellt werden. Insgesamt sind die Ergebnisse dieser Arbeit sehr interessant und bieten an, tiefer nach den Ursachen dieser Ergebnisse zu forschen. Diese Arbeit soll darauf aufmerksam machen, welche Auswirkungen potenziell traumatische Erfahrungen und Traumafolgestörungen auf andere Aspekte des Lebens und der Medizin haben kann.

8 Literaturverzeichnis

- Akiyoshi, J. (1999). Neuropharmacological and genetic study of panic disorder. *Nihon shinkei seishin yakurigaku zasshi = Japanese journal of psychopharmacology*, 19(3), 93–99.
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (1. Aufl.). (2006). Huber.
- Bandelow, B. (2015). *S3-Leitlinie Angststörungen*. Springer.
- Benecke, C., Koschier, A., Peham, D., Bock, A., Dahlbender, R. W., Biebl, W. & Doering, S. (2009). Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse [First results on the reliability and validity of the OPD-2 axis structure]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(1), 84–96. <https://doi.org/10.13109/zptm.2009.55.1.84>
- Bering, R. (2008). Neurobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In G. Fischer & P. Schay (Hrsg.), *Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie: Konzepte - Praxis - Perspektiven* (1. Aufl., S. 99–112). VS, Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91141-0_4
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33(12), 587–595. <https://doi.org/10.1007/s001270050098>
- Brandt, W. A., Loew, T., Heymann, F. von, Stadtmüller, G., Georgi, A., Tischinger, M., Strom, F., Mutschler, F. & Tritt, K. (2015). Das ICD-10 Symptomrating (ISR): Validierung der Depressionsskala an einer klinischen Stichprobe [The ICD-10 Symptom Rating (ISR): validation of the depression scale in a clinical sample]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 65(6), 234–237. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398542>
- Braun, S. R., Zimmermann, J., Söhner, S. & Neidhardt, S. (2017). Faktorielle Validität und Konstruktvalidität des ICD-10-Symptom-Ratings (ISR) in einer klinisch weitgehend unauffälligen Stichprobe [Validity of the ICD-10 Symptom Rating (ISR) in a Non-Clinical Sample]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 67(11), 477–484. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118654>
- Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C [R. C.] & Schultz, L. R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*, 156(6), 908–911. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.908>
- Breuer, J. & Freud, S. (Hrsg.). (1895). *Fischer: 10446 : Psychologie. Studien über Hysterie* (7., unveränderte Aufl.). Fischer-Taschenbuch-Verl.

- Butcher, J. N., Mineka, S. & Hooley, J. M. (Hrsg.). (2009). *PS - Psychologie: Bd. 7328. Klinische Psychologie* (13., aktualisierte Aufl. [1. dt. Bearb.]. Pearson Studium.
- CHARCOT, J. M. B. E. (1887). *LECONS DU MARDI A LA SALPETRIERE, PROFESSEUR CHARCOT: Policlinique 1887-1888*. HACHETTE LIVRE - BNF.
- Christiansen, D. M. & Berke, E. T. (2020). Gender- and Sex-Based Contributors to Sex Differences in PTSD. *Current psychiatry reports*, 22(4), 19.
<https://doi.org/10.1007/s11920-020-1140-y>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt. (2019). *Weltgesundheitsversammlung beschließt die ICD-11*.
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103394/Weltgesundheitsversammlung-beschliesst-die-ICD-11>
- DGPPN (2018). Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung.
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf
- Docter, A. L., Zeeck, A., Wietersheim, J. von & Weiss, H. (2018). Influence of childhood trauma on depression in the INDDEP study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 32(2), 217–234.
<https://doi.org/10.1080/02668734.2018.1459803> (Psychoanalytic Psychotherapy, 32(2), 217-234).
- Donovan, D. M. & McIntyre, D. (Hrsg.). (1990). *A Norton professional book. Healing the hurt child: A developmental-contextual approach* (1. ed.). Norton.
- DSM History*. (2020, 23. Juni).
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>
- Du Prel, J.-B., Röhrig, B., Hommel, G. & Blettner, M. (2010). Choosing statistical tests: part 12 of a series on evaluation of scientific publications. *Deutsches Ärzteblatt international*, 107(19), 343–348.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0343>
- Ebmeier, K. P., Donaghey, C. & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*, 367(9505), 153–167.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)67964-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)67964-6)

- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., Klinkerfuss, M., Grande, T. & Schauenburg, H. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität [The OPD Structure Questionnaire (OPD-SQ): first results on reliability and validity]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 62(1), 25–32. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1295481>
- Erichsen, J. E. (1866). Injuries of the nervous system: on railway and other injuries of the nervous system. 1866. *Clinical orthopaedics and related research*, 458, 47–51. <https://doi.org/10.1097/BLO.0b013e31803df099>
- Fachklinik Heiligenfeld*. (2020). <https://www.heiligenfeld.de/kliniken/bad-kissingen/fachklinik-heiligenfeld/>
- Fischer, G. & Riedesser, P. (Hrsg.). (2016). *UTB: 8165 : Medizin, Psychologie. Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4., aktualisierte und erweiterte Aufl.). Reinhardt. <http://www.utb-studi-e-book.de/9783838581651>
- Fischer, H. F., Tritt, K., Klapp, B. F. & Fliege, H. (2010). Faktorstruktur und psychometrische Eigenschaften des ICD-10-Symptom-Rating (ISR) an Stichproben psychosomatischer Patienten [Factor structure and psychometric properties of the ICD-10-Symptom-Rating (ISR) in samples of psychosomatic patients]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60(8), 307–315. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1214419>
- Flatten, G. e. a. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörung: [S3]-Leitlinie und Quellentexte ; mit 12 Tabellen* [1. Aufl.]. Schattauer.
- Foldager, L., Köhler, O., Steffensen, R., Thiel, S., Kristensen, A. S., Jensenius, J. C. & Mors, O. (2014). Bipolar and panic disorders may be associated with hereditary defects in the innate immune system. *Journal of affective disorders*, 164, 148–154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.017>
- GAF Skala und Kurzanleitung*. http://www.psychiatrie-in-berlin.de/soziotherapie/gaf_skala.pdf
- Galley N., H. A. (1999). Gedächtnis + Gedächtnisstörungen. In P. Calabrese (Hrsg.), *Gedächtnis und Gedächtnisstörungen: Klinisch-neurologische Aspekte aus Forschung und Praxis*. Pabst.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 170, 205–228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Härter, M., Schorr, S. & Schneider, F. (Hrsg.). (2017). *Interdisziplinäre S3-Praxisleitlinien. Unipolare Depression: S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie* (2. Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-52906-5>

Heiligenfeld Klinik Uffenheim. (2020). <https://www.heiligenfeld.de/kliniken/weitere-standorte/heiligenfeld-klinik-uffenheim/>

Heim, C., Owens, M. J., Plotsky, P. M. & Nemeroff, C. B. (1997). The role of early adverse life events in the etiology of depression and posttraumatic stress disorder. Focus on corticotropin-releasing factor. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 194–207. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48279.x>

Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., Smith, S. R., Price, J. L., Smith, C. L., Heindselman, T. L., Mount, M. K. & Holdwick, D. J. (2000). Reliability and validity of DSM-IV axis V. *The American journal of psychiatry*, 157(11), 1858–1863. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1858>

Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes: PTSD, grief, adjustment, and dissociative disorders*. Jason Aronson.

ICD-10-GM. (2020, 3. April). <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/>

Jacobi, F [F.], Höfler, M [M.], Strehle, J [J.], Mack, S [S.], Gerschler, A [A.], Scholl, L [L.], Busch, M. A [M. A.], Maske, U [U.], Hapke, U [U.], Gaebel, W [W.], Maier, W [W.], Wagner, M [M.], Zielasek, J [J.] & Wittchen, H.-U [H-U] (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung : Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) [Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>

Jacobi, F [Frank], Höfler, M [Michael], Siegert, J., Mack, S [Simon], Gerschler, A [Anja], Scholl, L [Lucie], Busch, M. A [Markus A.], Hapke, U [Ulfert], Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W [Wolfgang], Maier, W [Wolfgang], Wagner, M [Michael], Zielasek, J [Jürgen] & Wittchen, H.-U [Hans-Ulrich] (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International journal of methods in psychiatric research*, 23(3), 304–319. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439>

Janet, P. (Hrsg.). (1889). *Encyclopédie psychologique. L' automatisme psychologique: Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. L'Harmattan.

Kohut, H. (1981). *Die Heilung des Selbst* (1. Aufl.). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 373*. Suhrkamp.

Lilliefors, H. W. (1967). On the Kolmogorov-Smirnov Test for Normality with Mean and Variance Unknown. *Journal of the American Statistical Association*, 62(318), 399–402. <https://doi.org/10.1080/01621459.1967.10482916>

- Lindsay, P. H. & Norman, D. A. (1981). *Einführung in die Psychologie: Informationsaufnahme und -verarbeitung beim Menschen*. Springer.
- Mack, S [Simon], Jacobi, F [Frank], Gerschler, A [Anja], Strehle, J [Jens], Höfler, M [Michael], Busch, M. A [Markus A.], Maske, U. E., Hapke, U [Ulfert], Seiffert, I., Gaebel, W [Wolfgang], Zielasek, J [Jürgen], Maier, W [Wolfgang] & Wittchen, H.-U [Hans-Ulrich] (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International journal of methods in psychiatric research*, 23(3), 289–303. <https://doi.org/10.1002/mpr.1438>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung [Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study]. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577–586. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2467-5>
- Miller, M. W., Wolf, E. J., Martin, E., Kaloupek, D. G. & Keane, T. M. (2008). Structural equation modeling of associations among combat exposure, PTSD symptom factors, and Global Assessment of Functioning. *Journal of rehabilitation research and development*, 45(3), 359–369. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2007.06.0085>
- Olaya, B., Moneta, M. V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L. & Haro, J. M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study. *Journal of affective disorders*, 241, 627–633. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.069>
- Parkklinik Heiligenfeld*. (2020). <https://www.heiligenfeld.de/kliniken/bad-kissingen/parkklinik-heiligenfeld/>
- Rahman, M. M. & Govindarajulu, Z. (1997). A modification of the test of Shapiro and Wilk for normality. *Journal of Applied Statistics*, 24(2), 219–236. <https://doi.org/10.1080/02664769723828>
- Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fisler, R. E., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage, C. R., Fischman, A. J., Jenike, M. A. & Pitman, R. K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of general psychiatry*, 53(5), 380–387. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830050014003>
- Rosengarten Klinik Heiligenfeld*. (2020). <https://www.heiligenfeld.de/kliniken/bad-kissingen/rosengarten-klinik-heiligenfeld/>
- Ross, N. M. & Doherty, W. J. (2001). Validity of the Global Assessment of Relational Functioning (GARF) When Used By Community-Based Therapists. *The American Journal of Family Therapy*, 29(3), 239–253. <https://doi.org/10.1080/019261801750424343>

- Rudolf, G. (Hrsg.). (2002). *Die Struktur der Persönlichkeit: Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*. Schattauer.
- Sabine Schäfer (2010). Immer öfter eine gute Wahl - Lizenzfreie Testverfahren. *Psychotherapie Aktuell*(3), 12–16.
http://www.sabineschaefer.com/fileadmin/user_upload/Lizenzfreie_Testverfahren/PA-03_10_Stand_2010-10-04.pdf
- Saß, H. (Hrsg.). (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Saß, H. & Houben, I. (Hrsg.). (2001). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV: Übers. nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association* (3., unveränd. Aufl.). Hogrefe.
- Schäfer, S. *GARF_2010-10-12*.
http://www.sabineschaefer.com/fileadmin/user_upload/Lizenzfreie_Testverfahren/GARF_2010-10-12.pdf
- Shay, J. (1991). Learning about combat stress from Homer's Iliad. *Journal of Traumatic Stress*, 4(4), 561–579. <https://doi.org/10.1002/JTS.2490040409> (Journal of Traumatic Stress, 4(4), 561-579).
- Söderberg, P., Tungström, S. & Armelius, B. A. (2005). Reliability of global assessment of functioning ratings made by clinical psychiatric staff. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 56(4), 434–438.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.4.434>
- Stash, M. & Cierpka, M. (2006). Beziehungsdagnostik mit der GARF-Skala. *Psychotherapie* 11, 2006(1), 56–63. <https://sbt-in-berlin.de/cip-medien/2006-1-06.-Stasch.pdf>
- Thomas, K. (1969). *Analyse der Arbeit: Möglichkeiten einer interdisziplinären Erforschung industrialisierter Arbeitsvollzüge*. Enke.
- Trepel, M. (2017). *Neuroanatomie: Struktur und Funktion* (7. Auflage). Elsevier.
- Tritt, K., Heymann, F. von, Zaudig, M., Zacharias, I., Söllner, W. & Loew, T. (2008). Entwicklung des Fragebogens "ICD-10-Symptom-Rating" (ISR) [Development of the "ICD-10-Symptom-Rating"(ISR) questionnaire]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54(4), 409–418.
<https://doi.org/10.13109/zptm.2008.54.4.409>
- Tritt, K., von Heymann, F., Zaudig, F., Söllner, W., Klopp, B., Loew, T (2010a). Der Fragebogen ICD-10-Symptom-Rating (ISR). Kurzdarstellung der Normierung. *Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie (IQP)*.

Tritt, Karin & Heymann, Friedrich & Zaudig, Michael & Loew, Thomas & Söllner, Wolfgang & Fischer, Felix & Buehner, Markus (2010). Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR): Zusammenhänge mit der SCL-90-R. *Klinische Diagnostik und Evaluation*(3).

Uexküll, T. von & Wesiack, W. (Hrsg.). (1998). *Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns* (3., völlig überarb. Aufl.). Urban & Schwarzenberg.

Universität Zürich. (2020, 6. Juli). *methodenberatung.uzh.ch*.
https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/zentral/kruskal.html

Wittchen, H.-U [Hans-Ulrich], Kessler, R. C [Ron C.], Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M [Michael] & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *The Journal of clinical psychiatry*, 63 Suppl 8, 24–34.

Wittchen, H.-U [Hans-Ulrich] & Perkonigg, A. (1993). Panikattacken mit frühem und spätem Beginn: Unterschiedliche pathogenetische Mechanismen? *Verhaltenstherapie*, 3(4), 296–303. <https://doi.org/10.1159/000258793>

Yehuda, R. (1997). Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 57–75. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48269.x>

Zeigarnik, B. (1927). *Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen*.
<https://interruptions.net/literature/Zeigarnik-PsychologischeForschung27.pdf>

9 Danksagung

Meinen besonderen Dank möchte ich Herrn Prof. Dr. Hinterberger für die Möglichkeit zur Promotion und die herausragende Betreuung aussprechen. Prof. Dr. Hinterberger stand bei Fragen und Unklarheiten jederzeit zur Verfügung und seine wissenschaftliche Unterstützung war stets prompt und angenehm.

Zudem möchte ich den Heiligenfeldkliniken und ihren Patienten zur Bereitstellung der Daten danken, ohne die diese Dissertation nicht zustande hätte kommen können.

Nicht zuletzt gilt mein Dank meiner Familie und meiner Verlobten für die emotionale Unterstützung.