

# Traumabewältigung

Die Bedeutung kognitiver Faktoren und deren Veränderung in der stationären Verhaltenstherapie bei Frauen mit chronischer Posttraumatischer Belastungsstörung.

Vorgelegt von Annegret Boos

Dissertation zur Erlangung  
der naturwissenschaftlichen Doktorwürde  
des Fachbereichs I – Psychologie  
der Universität Trier

Betreuer und Gutachter:  
Prof. Dr. med. Dipl. Psych. H. Rüdgel  
Prof. Dr. rer. nat. D. Hellhammer

Disputation: 06.02.02  
Druckgenehmigung: 01.04.04

**Dissertationsort: Trier**

## Danksagung

An erster Stelle möchte ich Herrn Prof. Rüdgel für die Möglichkeit danken, die Daten für die vorliegende Untersuchung in der Fachklinik für Psychosomatik St. Franziska Stift, Bad Kreuznach erheben zu können. Zudem wurde mir von Prof. Rüdgel ermöglicht, an den kognitiven Verhaltenstherapie traumatisierter Patientinnen mitzuwirken. Dafür sei Herrn Rüdgel auch gedankt. Ein ganz besonders herzlicher Dank gilt Oberärztin Dr. Iris Scheifling-Hirschbil und den Mitarbeiter der Klinik, insbesondere Heike Wild, Ralph Jürgensen, Dr. Johannes Glemann und Thomas Wilde für die Unterstützung bei der Datenerhebung auf der Station 4 des Franziska Stiftes. Die gemeinsame therapeutische Arbeit im Team habe ich immer als sehr herzlich und bereichernd erlebt. Ohne die Unterstützung von Seiten der Pflege durch Dagmar Bauer und Heinz Schüttler wäre diese Arbeit ebenfalls nicht denkbar gewesen. Ralph Jürgensen sei außerdem für die methodische Beratung und Barbara Jürgensen für ihre wertvollen Gedanken zur Therapie traumatisierter Menschen gedankt.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei den vielen Patientinnen, die ihre Erfahrungen mit uns teilten. Ohne ihren Mut und ihrem Wunsch nach Veränderung hätten wir nicht so viel über die Folgen von Traumatisierungen und deren Therapie erfahren und lernen können. Diese Arbeit ist die Fortführung meines Interesses für die PTB, das ich ganz besonders Frau Prof. Anke Ehlers verdanke. Ohne die vorrausgehende gute Zusammenarbeit und die Möglichkeit von ihr zu lernen, wäre die Fragestellung dieser Arbeit nie entstanden. Bedacht sei auch Ulrich Lantermann mit einem lieben Dank für die freundliche Überlassung eines PCs. Elke Pankatz und Heiko Nagels ideelle und instrumentelle Hilfe ist mir lebendig in Erinnerung und hat mir immer sehr gut getan.

Dresden, im März 2004

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1 THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND .....</b>	<b>6</b>
1.1 Einführung in die Thematik .....	6
1.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung .....	7
1.2.1 Klassifikation .....	7
1.2.2 Prävalenz von sexueller Traumatisierung .....	9
1.2.3 Psychische Folgen sexueller Gewalt .....	10
1.3 Modelle zur Entstehung der Posttraumatischen Belastungsstörung .....	13
1.3.1 Lerntheorie .....	13
1.3.2 Modell der gestörten Informationsverarbeitung.....	14
1.3.3 Psychobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung .....	15
1.3.4 Modelle kognitiver Schemata .....	18
1.3.5 Multifaktorielle Bedingtheit der Posttraumatischen Belastungsstörung .....	23
1.4 Das kognitive Modell der Aufrechterhaltung der chronischen PTB der Arbeitsgruppen um Ehlers, Clark und Foa .....	27
1.5 Therapie der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung.....	29
1.5.1 Effektivität von Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung .....	29
1.5.2 Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch	36
1.6 Hypothesen zur empirischen Evaluation eines Behandlungsprogramms „Traumabewältigung“ und der Bedeutung kognitiver Faktoren an der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung .....	41
<b>2 METHODE DER UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>46</b>
2.1 Zielsetzung und Planung der Untersuchung.....	46
2.1.1 Vorgehensweise bei der Datenerhebung.....	49
2.2 Untersuchungsdurchführung.....	50
2.3 Messinstrumente und Skalenanalysen .....	54
2.3.1 Posttraumatische Belastungsstörung .....	54
2.3.2 Andere Symptombereiche.....	55
2.3.3 Erhebung von traumarelevanten Kognitionen und Emotionen.....	56
2.3.4 Trauma-Anamnese .....	70
2.3.5 Auswertungsverfahren .....	73
2.4 Beschreibung der Stichprobe.....	74
2.4.1 Behandlung der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung im Rahmen der stationären psychosomatischen Behandlung und Rehabilitation .....	77

<b>3</b>	<b>ERGEBNISSE.....</b>	<b>82</b>
3.1	Traumaschwere: Deskriptive Daten zu den traumatischen Erfahrungen der Traumagruppe und der psychischen Folgeproblematik .....	82
3.1.1	Traumatischen Erfahrungen der Traumagruppe.....	82
3.1.2	Psychische Folgen der traumatischen Erfahrungen .....	84
3.1.3	Psychische Belastung der Traumagruppe im Vergleich .....	85
3.2	Empirische Evaluation der Gruppe Traumabewältigung.....	86
3.2.1	Veränderung der PTB durch die spezifische Intervention.....	86
3.2.2	Stabilität der erzielten Veränderung der PTB im Katamnesezeitraum.....	88
3.2.3	Veränderung der spezifischen Kognitionen durch die spezifische Intervention.....	91
3.2.4	Der Zusammenhang zwischen der PTB und dysfunktionalen Kognitionen .....	94
3.3	Die Bedeutung dysfunktionaler Kognitionen und behavioraler Strategien für die chronische PTB	97
3.3.1	Traumaschwere .....	97
3.3.2	Deskriptive Daten zur PTB, Depressivität und Ängstlichkeit.....	99
3.3.3	Deskriptive Daten der Post-Hoc Gruppen.....	100
3.3.4	Posttraumatic-Cognitions-Inventory (PTCI) .....	100
3.3.5	Gedanken und Gefühle während Gewalttaten .....	103
3.3.6	Implikationen aus den Gedanken und Gefühlen während Gewalttaten .....	106
3.3.7	Kognitive und behaviorale Strategien .....	109
3.3.8	Interkorrelationen der verwendeten Skalen .....	112
<b>4</b>	<b>DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....</b>	<b>115</b>
4.1	Traumaschwere und psychische Folgeproblematik.....	115
4.2	Empirische Evaluation der Gruppe Traumabewältigung.....	115
4.2.1	Liegen die hier berichteten Effektstärken im Rahmen der Effekt anderer Untersuchungen ?	116
4.2.2	Inwieweit realisiert die kognitive Verarbeitungstherapie spezifische Wirkfaktoren der Therapie der PTB ?.....	118
4.2.3	Welche Bedeutung haben dysfunktionale Kognitionen an der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung ? .....	120
4.3	Generalisierbarkeit der Ergebnisse zur Untersuchungsfrage .....	124
4.4	Therapeutische Implikationen der Ergebnisse.....	125
<b>5</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>126</b>
<b>6</b>	<b>ANHANG: .....</b>	<b>140</b>

## 1 Theoretischer und empirischer Hintergrund

### 1.1 Einführung in die Thematik

Traumatische Erfahrungen lösen bei einer Vielzahl der Betroffenen eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) aus. Diese Störung zeichnet sich durch sich aufdrängende wiederkehrende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, chronische psychophysiologische Übererregung sowie emotionale Taubheit aus. Zudem besteht ein hohes Risiko der Chronifizierung dieser Störung. Dies bedeutet für die Betroffenen eine - oft sehr leidhaft empfundene - lang andauernde Einschränkung ihrer seelischen Gesundheit mit weitreichenden negativen Konsequenzen für die eigene soziale und berufliche Entwicklung. Angehörige psychotherapeutischer und medizinischer Berufe stehen angesichts dieser Patientinnen oftmals vor großen Herausforderungen, wenn nicht sogar unüberwindbaren Schwierigkeiten bezüglich einer erfolgreichen Behandlung. Bisher mangelt es insbesondere im stationären psychotherapeutischen und psychosomatischen Setting an effektiven therapeutischen Verfahren, die die Behandlungserfordernisse dieser schwierigen Population erfüllen könnten. Daher sind die Entwicklung und Evaluation effektiver Behandlungsmethoden zur Erweiterung des Behandlungswissens dringend nötig. Bisher haben sich insbesondere kognitive und behaviorale Verfahren als vielversprechend bei der Behandlung der PTB bewiesen. Die Überprüfung ihrer Anwendbarkeit im stationären Setting für mehrfach traumatisierte Personen, wie z.B. in der Kindheit sexuell missbrauchte Patientinnen, steht jedoch noch aus. Für eine effektive Behandlung psychischer Störungen ist es wichtig, diejenigen Faktoren zu identifizieren, die die Störung aufrechterhalten können. Darum ist es notwendig, solche Faktoren zu erfassen und bestehende therapeutische Verfahren dahingehend zu verändern, dass diese Faktoren behandelbar werden. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, zunächst das Ausmaß der PTB und genereller psychischer Belastungen nach sexueller Traumatisierung in einer unselektierten klinischen Population zu erfassen. Weiterhin wird ein manualisiertes Verfahren zur Behandlung der PTB beschrieben und evaluiert. Von Interesse ist hierbei, die Veränderung der PTB durch eine spezifische kognitiv-behaviorale Intervention zu dokumentieren. Zum dritten werden kognitive Faktoren und ihre Bedeutung für die schwere chronische PTB in einem Kontrollgruppendesign untersucht. Es soll hierbei überprüft werden, ob sich die Klassifikation von Personen mit oder ohne schwere PTB durch kognitive Variablen verbessern lässt, die bisher von den gängigen Behandlungsverfahren noch nicht aufgegriffen werden.

## 1.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung

### 1.2.1 Klassifikation

Bereits im 19. Jahrhundert wurden die Folgen traumatischer Erfahrungen wiederholt beschrieben: Begriffe wie „Traumatische Neurose“; „Unfallneurose“ oder „Rentenneurose“ prägten dabei die Diskussion. Insbesondere die öffentliche Diskussion traumatischer Erlebnisse, die ganze Kollektive betrafen (z.B. Erster und Zweiter Weltkrieg, Massenvernichtung und Holocaust, Vietnamkrieg, sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Kinder), regte dann im 20. Jahrhundert Forschungstätigkeiten an. Dies führte zu der Beschreibung spezifischer Syndrome für Subgruppen traumatisierter Menschen wie z.B. das KZ-Syndrom (Bastiaans, 1978), das Überlebendensyndrom bei Holocaustüberlebenden (Niederland, 1980), die combat stress reaction (Solomon & Mikulincer, 1990) das battered women syndrome (Walker, 1988) oder das rape survivor syndrome (Burgess & Holmstrom, 1974). Seit 1980 werden die psychischen Kardinalsymptome nach traumatischen Erfahrungen erstmals in einer Störung, *der Posttraumatischen Belastungsstörung*, für alle Gruppe traumatisierter Menschen zusammengefasst und im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen klassifiziert (Americian Psychiatric Association (APA), 1980). Somit wurde eine psychische Störung eingeführt, die auf äußere Ursachen zurückzuführen ist. In der zur Zeit gültigen Fassung des DSM-IV (APA, 1994) werden folgende Ereignisse als Ereigniskriterium (A1-Kriterium) genannt, die zu der Ausbildung einer Posttraumatische Belastungsstörung führen können: Folter, Gefangenschaft als Kriegsgefangener oder KZ-Häftling, gewalttätige Überfälle und Vergewaltigung. Daneben können Naturkatastrophen oder schwere Unfälle eine PTB auslösen. Bei Kindern sind auch ihrem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen ohne angedrohte oder tatsächliche Gewalt oder Verletzung als traumatische Erfahrungen zu werten. Diese Ereigniskriterien werden durch ein subjektives Unterkriterium (A2) ergänzt, welches die subjektiven Reaktionen der Betroffenen auf den Stressor beschreibt. Zudem wird verlangt, dass die Störung klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus verursacht. Um die Diagnose erfüllen zu können, müssen die Symptome mindestens vier Wochen andauern. Ein verzögerter Beginn wird diagnostiziert, wenn die Symptome erstmals 6 Monate oder später nach dem Trauma auftreten.

Tabelle 1.1 Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV

Posttraumatische Belastungsstörung (309.81)
<p>A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltete.</li> <li>2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.</li> </ol>
<p>B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. Beachte: Bei jüngeren Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden,</li> <li>2. wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten,</li> <li>3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten). Beachte: Bei jüngeren Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten,</li> <li>4. intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern,</li> <li>5. körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.</li> </ol>
<p>C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,</li> <li>2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,</li> <li>3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,</li> <li>4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,</li> <li>5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,</li> <li>6. eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),</li> <li>7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).</li> </ol>
<p>D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,</li> <li>2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,</li> <li>3. Konzentrationsschwierigkeiten,</li> <li>4. übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),</li> <li>5. übertriebene Schreckreaktion.</li> </ol>
<p>E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als einen Monat an.</p>
<p>F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p>

Als neue diagnostische Kategorie führt das DSM-IV die *akute Belastungsstörung* (ASD) ein. Diese Störung bezieht sich auf Reaktionen, die unmittelbar nach dem Trauma auftreten aber nicht länger als vier Wochen andauern. Im einzelnen müssen die Betroffenen mindestens drei dissoziative Symptome und ein intrusives Symptom zeigen. Daneben sind deutli-



che Vermeidungssymptome, starke Symptome von Angst und erhöhter Erregung, sowie eine deutliche Einschränkung in sozialen, beruflichen oder sonstigen Lebensbereichen gefordert. Es besteht hinsichtlich der geforderten Kriterien ein großer Überlappungsbereich zwischen der PTB und der ASD. Der Hauptunterschied zwischen der akuten Belastungsstörung und der (chronischen) PTB besteht in der Dauer der Symptomatik. Die ASD bezieht sich auf Reaktionen, die unmittelbar nach dem Trauma auftreten und mindestens 2 Tage andauern, aber nicht länger als 4 Wochen persistieren. Zudem werden dissoziative Reaktionen betont. Wenn die Symptomatik länger als vier Wochen anhält, besteht die Empfehlung, die Diagnose einer PTB zu vergeben.

Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nimmt erst in der derzeit gültigen Fassung, ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991), die PTB als psychische Störung auf. Da das ICD-10 erst mit Beginn des Jahres 2000 als verbindliches Klassifizierungssystem die vorherige Version, das ICD-9, ersetzt, ist damit für die klinische Psychologie, Psychosomatik und Psychiatrie, sowie die psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie nunmehr eine Möglichkeit gegeben, die Diagnose der PTB zu vergeben. Die Definition der PTB nach ICD-10 ähnelt der nach DSM-IV, ist jedoch weniger präzise in der Operationalisierung als die DSM-Klassifikation. Anders als im DSM wird die PTB nicht den Angststörungen, sondern den Belastungsstörungen zugeordnet. Die geforderten Kriterien werden zudem weniger genau beschrieben als im DSM. Für Forschungszwecke hat sich die Definition nach dem DSM durchgesetzt und bildet daher auch in der vorliegenden Untersuchung die Operationalisierung der PTB.

### 1.2.2 Prävalenz von sexueller Traumatisierung

Sexualisierte Gewalt ist ein schwerwiegendes soziales Problem, da die Prävalenz sowohl für Kinder als auch erwachsene Frauen hoch ist und die negativen emotionalen, sozialen und psychischen Folgen oft beträchtlich sind. In Abhängigkeit der Definition des Begriffes der sexuellen Gewalt machen zwischen 6,2 bzw. 18,1 % der Frauen in Deutschland vor dem 18. Lebensjahr sexuelle Gewalterfahrungen (Wetzels, 1997). 6% der jugendlichen Mädchen berichten von versuchten, 3% von vollzogenen Vergewaltigungen (Lange, 1998). Die 5-Jahres-Inzidenz von Vergewaltigung einer repräsentativen Stichprobe erwachsener Frauen beträgt für Deutschland 7,9% (Van Dijk, Mayhew & Killias, 1996). Dementsprechend sind in psychiatrischen Settings bei bis zu 72% der weiblichen Patientinnen Erfahrungen von sexuellem Missbrauch zu erwarten (Bryer, Nelson, Miller & Krol, 1987). Die Prävalenzen sexueller Übergriffe sind für Jungen und Männer über alle Untersuchungen und definitorischen Festlegungen hinweg deutlich geringer (Wetzels, 1997, Kuyken, 1995, Bange & Deegener, 1996).

### 1.2.3 *Psychische Folgen sexueller Gewalt*

#### *Traumatisierung im Erwachsenenalter*

Sexuelle Übergriffe können als psychisches Trauma erlebt werden und tragen in sich das Risiko, dass die Betroffenen eine Posttraumatische Belastungsstörung ausbilden. Sexuelle Gewalt gehört zu den sogenannten „man-made disasters“, also zu den durch andere Menschen absichtsvoll verübten Übergriffen. Solche Erlebnisse ziehen in der Regel langwierigere und andauernde psychische Folgen nach sich als zufällig verursachte Traumata, wie Unfälle oder Naturkatastrophen (Maercker, 1997). Verschiedentlich wird in diesem Kontext auch eine Unterscheidung zwischen Typ-I und Typ-II Traumata getroffen. Typ-I Traumata umschreiben kurz andauernde, meist einmalige traumatische Erfahrungen, die plötzlich eintreten und akute Lebensgefahr auslösen, während der Typ-II durch Unvorhersehbarkeit des weiteren Verlaufes, lange Dauer oder Wiederholungen gekennzeichnet ist (Maercker, 1997). Sexuelle Gewalt wird in der Regel unter die Typ-II Traumata subsumiert. Das Risiko einmal im Leben an der PTB als Folge eines psychischen Traumas zu erkranken beträgt für die USA 8% (Kessler, Sonnega, Bromet & Nelson, 1995). Für deutsche junge Erwachsene und Adoleszenten werden Lebenszeitprävalenzen von 2,2 % (Frauen) bzw. 0,4% (Männer) und 12-Monats-Prävalenzen von 1,3 % (Frauen) und 0,1 % (Männer) berichtet (Perkonigg, Kessler, Storz & Wittchen, 2000). Zudem ist die bedingt Wahrscheinlichkeit, das Trauma auch mit Angst, Hilflosigkeit und Verstörung zu erleben (A2 Kriterium des DSM-IV) für Frauen gegenüber Männern erhöht. Was zur Konsequenz hat, dass Frauen auch mit höherer Wahrscheinlichkeit eine PTB ausbilden. Die gilt für alle Arten von Traumatisierungen, während die höchsten bedingten Wahrscheinlichkeit für Vergewaltigung und sexuellen Missbrauch berichtet werden (Perkonigg et al. 2000) und mit der besonders traumatisierenden und invasiven Wirkung sexualisierter Gewalt begründet wird (Ehlers, 1999). Für die Entwicklung sowohl posttraumatischer Symptome unmittelbar nach dem Trauma als auch einer chronischen PTB zeigen Frauen nach Vergewaltigung (und sexuellem Missbrauch, Perkonigg et al., 2000) also ein höheres Risiko als Opfer nicht sexueller Delikte, wie Raubüberfälle und einfacher oder schwere körperliche Übergriffe (Riggs, Rothbaum & Foa, 1995). Im Einzelnen bilden 47% von im Erwachsenenalter vergewaltigter amerikanischer Frauen eine chronische PTB aus (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock & Walsh, 1992). Für Deutschland werden bedingte Wahrscheinlichkeiten von 44,4 % (Vergewaltigung) bzw. 31,3 % für sexuellen Missbrauch berichtet (Perkonigg et al., 2000). Ebenso wie bei anderen Traumatisierungen, z.B. sonstige Gewalttaten (Riggs et al., 1995), und Katastrophen (McFarlane, 1988) zeigen prospektive Studien an vergewaltigten Frauen (Rothbaum et al., 1992, Foa & Riggs, 1993), dass die PTB zunächst drei bis vier Monate nach dem Trauma und spätestens sechs bis acht Monate danach chronifiziert. In diesem Stadium kann diesen Studien zu Folge nicht mehr erwartet werden, dass die PTB spontan remittiert (Foa et al., 1998).

### *Traumatisierung in der Kindheit*

Im DSM-IV werden „*unangemessene sexuelle Erfahrungen*“ für Kinder als traumatische Ereignisfaktoren benannt und qualifizieren sich damit als potenziellen Stressoren, die zur Ausbildung einer PTB führen können. Entsprechend den Ergebnisse kontrollierter und nicht-kontrollierter Studien an Kinder oder erwachsenen Opfern sexuellen Missbrauchs kann davon ausgegangen werden, dass sexueller Missbrauch ein ätiologischer Faktor bei der Entstehung der PTB ist (Kuyken, 1995). Sexueller Missbrauch in der Kindheit wird in der Regel als Typ-II-Trauma verstanden (Terr, 1991). Die empirischen Untersuchungen zu den Folgen sexuellen Missbrauchs bei Kindern belegen, dass die initialen und langfristigen Folgen eher variabel als einheitlich sind. Die Heterogenität der Folgeproblematik wird damit begründet, dass die Reaktionen eines Kindes auf sexuelle Gewalt als eine komplexe Interaktion zwischen verschiedenen Faktoren *vor* dem Missbrauch (z.B. Alter des Kindes, familiäres Umfeld), Merkmalen *des* Missbrauches (z.B. Dauer und Häufigkeit, Beziehung zum Täter) und Faktoren *nach* dem Missbrauch (z.B. Art und Weise der Enthüllung gegenüber Erwachsenen, Reaktionen von anderen Personen, juristische Konsequenzen) zu verstehen seien, die zu unterschiedlichen Folgebildern führten (O'Donohue & Elliott, 1992a, Wolfe & Birt, 1997). Die *Spätfolgen sexuellen Missbrauchs* in der Kindheit betreffen also nicht nur die PTB, sondern eine Reihe andere psychischer und sozialer Störungen oder Probleme (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). Missbrauchte Kinder zeigen dennoch durchgehend zwei Symptome stärker als nicht missbrauchte, gesunde Kinder und klinische Kontrollkinder: Die PTB und sexualisiertes Verhalten. Über alle Studien hinweg scheinen 32% der Kinder eine PTB zu entwickeln (Kendall-Tackett et al., 1993). In einer deutschen Studie an Jugendlichen und jungen Erwachsenen entwickeln 50% nach Vergewaltigung und 30,6% nach sexuellem Missbrauch irgendwann in ihrem Leben eine PTB (Perkonig & Wittchen, 1999). Die PTB wird wahrscheinlich potenziert durch das parallele Vorliegen anderer Formen von Misshandlung (Rodriguez, Ryan, Van de Kemp & Foy, 1997) und der Zeugenschaft elterlicher Partnergewalt (Wetzels, 1997) oder den oft beschriebenen Antezedenzen sexualisierter Gewalt (z.B. familiäre Dysfunktionen) (Kendall-Tackett et al., 1993, Mullen, Martin, Anderson, Romans & Herbison, 1994). Das Vorliegen eines sexuellen Missbrauchs aus dem Gesamt schädigender Einflüsse dürfte je nach Symptom 15 bis 45% der Varianz der allgemeinen Psychopathologie aufklären (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). Es liegen keine prospektiven Untersuchungen vor, die erlauben würden, den *Verlauf der PTB* und anderen Problemen in Folge von sexuellem Missbrauch zu beschreiben. Entsprechend der Ergebnisse einer prospektiven Studie an Kindern nach einer Heckenschützenattacke als nicht sexuellen Stressor lässt sich vermuten, dass der Verlauf der PTB bei Kindern dem bei Erwachsenen ähnelt (Nader, Pynoos, Fairbank, Frederick, 1990, Pynoos, Frederick & Nader, 1987). Dabei entwickeln Kinder, die sich direkt am Tatort aufhielten, am häufigsten und stärksten eine PTB im Vergleich mit Kindern, die sich an der Pe-

riperie des Geschehens aufhielten. Die am stärksten in das Trauma involvierten Kinder, die im ersten Monat danach die Kriterien einer PTB erfüllten, entwickelten fast alle eine chronische PTB, die noch in der Nachuntersuchung nach 14 Monaten bestand. Entsprechend des starken Risikos zur Chronizität leiden noch eine große Zahl von Opfern sexuellen Missbrauchs in der Kindheit im späteren Erwachsenenalter an der PTB. Häufigkeiten schwanken dabei zwischen 72% (Rownan & Foy, 1993) und 81% (Wenninger, 1994) einer zum Untersuchungszeitpunkt vorliegenden PTB und einer Lebenszeitprävalenz von 41% (Greenwald & Leitenberg, 1990).

Die psychischen Folgen bei Kindern werden also in der Regel im Rahmen der PTB entsprechend der empirisch und klinisch gebildeten Eindrücke eingeordnet (Wolfe & Gentile, 1992). Herman (1992b) argumentiert jedoch, dass die psychischen Folgen früherer Traumatisierung (z.B. sexueller Missbrauch) wie auch späterer lang andauernder Traumatisierungen (z.B. Folter, Geiselnhaft) aufgrund der Komplexität der psychischen und interpersonellen Folgeprobleme eher als eine *komplexe Posttraumatische Belastungsstörung* zu verstehen sei. Anhand klinischer Erfahrung und aus empirischen Studien mit Opfern von sexuellem Missbrauch in der Kindheit (Roth et al. 1997, Zlotnick et al. 1996) wird deutlich, dass die Betroffenen unter einer Vielzahl von Symptomen leiden, die das Konzept der PTB überschreiten. Im Erwachsenenalter leiden diese Personen auch unter selbstverletzenden Verhaltensweisen, dissoziativen Störungen, Essstörungen, Suizidalität, ausgeprägter Passivität, verminderten Bewältigungskompetenzen und reduzierten sozialen Fertigkeiten (Kreidler & Fluharty, 1994). Elhai, Frueh, Gold, Gold & Hammer (2000) zeigten, dass in der Kindheit missbrauchte Personen stärkere Auffälligkeiten in verschiedenen Bereichen (Angst, Ärger, Feindseligkeiten, Befürchtungen, Gesundheitssorgen, Denk- und Konzentrationsschwierigkeiten, Niedergeschlagenheit, soziales Unbehagen) zeigen als im Erwachsenenalter traumatisierte Soldaten. Zudem ist die Prävalenz von Traumatisierungen und darunter v.a. von sexuellem Missbrauch bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr hoch. 56% der Patientinnen mit dieser Persönlichkeitsstörung leiden auch unter einer PTB (Zanarini et al., 1998), wobei das Risiko der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit dem frühen Beginn des Missbrauchs assoziiert zu sein scheint (Hefferman & Cloitre, 2000). Das heißt also, dass Menschen als Folge von einer langandauernden Traumatisierung und der Erfahrung von Gewalt in einem zwischenmenschlichen Rahmen, wie es bei sexuellem Missbrauch von Kindern oder bei Folteropfern der Fall ist, tiefgreifende Persönlichkeitsveränderungen, Beziehungs- und Identitätsschwierigkeiten entwickeln. Diese weitere Konstellation von Problemen wird als Disorder of Extreme Stress (Not Otherwise Specified, DESNOS, Herman, 1992a) bezeichnet. DESNOS wird derzeit noch nicht als diagnostische Entität klassifiziert, findet im DSM-IV jedoch bereits seinen Platz als „associated feature“ der PTB und wird im DSM-V als Diagnose Aufnahme finden werden. DESNOS umfasst die folgenden sieben Störungsbereiche: Störungen der Affektregulation, Bewusstseinsveränderungen, gestörte Selbstwahrnehmung, gestörte Wahrnehmung des Täters, Beziehungsprobleme und Veränderung des Wertsystems. Ford &

Kidd, (1998) konnten belegen, dass 42% einer Stichprobe in der Kindheit früh traumatisierter Untersuchungsteilnehmer die Kriterien für DESNOS erfüllen. Weitere 12% der Untersuchungsteilnehmer wurden zwar früh traumatisiert, leiden jedoch nicht an DESNOS. DESNOS entwickelt sich auch nach späterer Traumatisierung, dies war bei 15% der später traumatisierten Untersuchungsteilnehmer der Fall.

*Primäre und sekundäre psychiatrische Störungen in Folge einer Traumatisierung:*

Neben der Ausbildung der PTB als primäre Störung besteht nach einer erlebten Traumatisierung darüber hinaus ein hohes Risiko, eine sekundäre *komorbide Störung* auszubilden. In dem Falle, dass über die Lebensspanne weitere psychiatrische Störungen auftreten, sind diese mit dem Trauma assoziiert (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000). 50 bis 100% aller traumatisierten Menschen entwickeln andere psychische Störungen zusätzlich zu der PTB (Deering, Glover, Ready, Eddleman, Alarcon, 1996), die in pathogenetischem Zusammenhang mit dem Trauma gesehen werden (Sutker, Uddo, Brailey, Vasterling, & Erera, 1993).

*Sekundäre psychiatrische Störungen:*

Die Erfahrungen einer Traumatisierung und v.a. die Entwicklung einer PTB erhöht in bedeutsamen Maße die Entwicklung fast aller anderen psychiatrischen Erkrankungen als sekundäre Störung (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, 1999, Perkonig et al., 2000). Dies gilt insbesondere für: Somatoforme Störungen, Dysthymie, Generalisierte Angststörung und Agoraphobie, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder -sucht, Nikotinabusus (Maercker, 1997, Ehlers, 1999, Perkonig et al., 2000). Dagegen sind spezifische Phobien, Zwangsstörungen, und Essstörungen *nicht* als sekundäre Störung nach der Entwicklung einer PTB zu erwarten, dies gilt ebenso für die Soziale Phobie, deren Entwicklung steht aber im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer Traumatisierung (Perkonig et al., 2000). Dies bedeutet, dass traumatische Ereignisse direkte und indirekte Risikofaktoren für psychische Störungen darstellen (s. 1.3.5) können.

### **1.3 Modelle zur Entstehung der Posttraumatischen Belastungsstörung**

#### *1.3.1 Lerntheorie*

Die Entstehung und Aufrechterhaltung der PTB wurden zunächst mit der Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1960) erklärt. Danach wird zunächst in einem Prozess der Klassi-

schen Konditionierung eine Angstreaktion erlernt, indem ein zunächst neutraler Stimulus (CS) mit einem aversiven unconditionierten Stimulus (UCS) gepaart wird und damit die Möglichkeit hat, eine konditionierte Angstreaktion (CR) auszulösen. Danach wird über einen Prozess der operanten Konditionierung Vermeidungsverhalten aufrecht erhalten. Die traumatisierte Person lernt über die Vermeidung des CS ihre traumabezogenen Ängste zu reduzieren. Die Zwei-Faktoren-Theorie kann die Vermeidungssymptome und angenehme Zusammenhänge zur Dosis-Wirkung-Beziehung erklären, nicht aber die Intrusionen. Damit kann dieses Modell ein zentrales Symptomcluster, das die PTB von anderen Angststörungen klar unterscheidet, nicht erklären. Dieses führte zu der Entwicklung von komplexeren Modellannahmen.

### 1.3.2 *Modell der gestörten Informationsverarbeitung*

Foa & Kozak (1986) erklären die Entstehung der PTB anhand der „Emotional Processing Theory“, die sie aus der Emotionstheorie von Lang (1979) entwickeln. Nach diesem Modell wird Angst als eine kognitive Struktur konzeptualisiert, die ein Programm für Flucht oder Kampf angesichts von Gefahr darstellt. Angst wird als Netzwerk im Gedächtnis gespeichert, das drei Arten von Informationen enthält: Informationen über das Trauma (den gefürchteten Stimulus), die Reaktionen der betroffenen Person sowie die Bedeutung der bedrohlichen Reize und der eigenen Reaktionen. Diese Gefahrennetzwerke sind dadurch gekennzeichnet, dass sie leicht zugänglich sind und intensive Reaktionen auslösen, wenn sie aktiviert sind. Dadurch kommt es zu einer hohen Generalisierung der Angst und Symptomen des Wiedererlebens. Dies bedeutet, dass eine ganze Reihe von Reizen, die nicht mehr unbedingt in engem Zusammenhang stehen mit der ursprünglichen Traumatisierung, die traumarelevanten Netzwerke aktivieren können. Durch diese Aktivierung kommt es zu den charakteristischen PTB-Symptomen: Wiedererleben und erhöhte Erregung wechseln sich ab mit Versuchen, Angst zu vermeiden, was nur unvollständig gelingt. Diese Symptome signalisieren das Fehlen emotionaler Verarbeitung. Eine inadäquate, d.h. unvollständige Aktivierung des Gefahrennetzwerkes, wie zum Beispiel durch ungeplante Exposition mit Erinnerungen an das Trauma, führt neben der ausgeprägten Vermeidung zur Aufrechterhaltung der Symptome. Die fehlende Habituation an die Angst wird zudem durch das erhöhte Arousalniveau erklärt. Die emotionale Bedeutung des Traumas kann nach diesem Modell zu kognitiven Veränderungen führen. Sie verleiht dem Trauma über seine objektiven Merkmale hinaus eine negative subjektive Bedeutung und kann über einen Rückkopplungsprozess die kognitiven Elemente des Traumas verändern. Neben Aussagen über die Gefährlichkeit von Ereignissen oder Personen kann dieses Modell auch die oft beobachteten Veränderungen von Vertrauen und Sicherheit erklären. Im wesentlichen ist es dieser subjektive Bedeutungsaspekt der traumarelevanten Furchtstrukturen von anderen Gedächtnisstrukturen unterscheidet. Zusammenfassend kann dieses Modell die intrusive Symptomatik durch die

unvollständige Aktivierung der Furchtstruktur und die kognitiven Veränderungen über die negative emotionale Bedeutung des Traumas erklären.

Nicht alle traumatisierten Menschen erholen sich in einem spontanen Erholungsprozess, sondern entwickeln eine chronische PTB. Wie ist dies im Rahmen dieses Modells zu erklären? Die Furchtstruktur wird dann nicht in einem normalen Heilungsprozess aufgelöst, wenn das Trauma vorbestehende kognitive Schemata über das Selbst oder die Welt entweder verstärkt oder erschüttert. Eine empirische Arbeit hierzu konnte diese Annahme bestätigen, indem gezeigt werden konnte, dass die Aktivierung der Furchtstruktur und damit ihre Auflösung die Wirksamkeit der Therapie erhöht (Foa, Molnar & Cashman, 1995d). Empirische Belege dieses Modells stützen sich auf Untersuchungen zur Informationsinterferenz durch traumaspezifische Stimuli an unterschiedlichen Traumapopulationen. An Soldaten und vergewaltigten Frauen konnte anhand des Stroop-Paradigma gezeigt werden, dass traumatisierte Menschen eine höhere Latenzzeit auf traumaspezifische Worte zeigen, als nicht-traumatisierte Kontrollgruppen. Diese Unterschiede bestehen nicht bei neutralen, positiven oder allgemein bedrohlichen (Foa, Riggs, Rothbaum & Murdock, 1991, Cassiday, McNally & Zeitlin et al., 1992, McNally, Kaspi, Rieman & Zeitlin, 1990). Vergleichbare Befunde erbringen Studien zum Priming-Effekt (Zeitlin & McNally, 1991).

### 1.3.3 *Psychobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung*

Empirische Untersuchungen deuten darauf hin, dass biologische Dysregulationen eine bedeutende Rolle bei der Pathologie der PTB haben. Es wird davon ausgegangen, dass den typischen PTB-Symptomen strukturelle und funktionelle Abnormalitäten des Gehirns zugrunde liegen (Nutt, 2000), die sich von der Psychobiologie der nicht traumatischen Angst deutlich unterscheidet (Yehuda, 2000). Die Psychobiologie der PTB versucht demnach folgende auffälligen psychophysiologischen Unterschiede von traumatisierten Patientinnen im Vergleich mit Kontrollpersonen zu erklären: Patientinnen mit PTB zeichnen sich durch eine persistierende sympathische Aktivierung, höhere Catecholamine-Niveaus, eine erhöhte Schreckreaktion und eine erhöhte parasympathische Aktivierung aus. D.h., deren Reaktionen gleichen denen der Initialreaktionen während der Traumatisierung und kurz danach, was bedeutet, dass erklärt werden muss, warum der Körper der Betroffenen nicht in der Lage ist, in den prätraumatischen Zustand zurück zu kehren. Ein Unterschied zu nicht-traumatischem Stress besteht in sowohl in der akuten wie auch chronischen Phase in erniedrigten Cortisonniveaus. Diese Auffälligkeiten führten zu Annahmen über eine besondere Rolle der Hypothalamus-Nebennierenrinden-Achse (HNA), des Corticotropin-Relasing Faktor (CRF) und des Cortisol bei der PTB.

### *Endokrine Veränderungen*

Neurophysiologische Veränderungen wurden für die Hypothalamus-Nebennierenrinden-Achse (HNA) wiederholt beschrieben und an verschiedenen Populationen traumatisierte Patientinnen überprüft (Yehuda, 2000, Emilien et al. 2000, Nutt, 2000). Dabei wird von einer erhöhten Sensitivität der HNA-Achse ausgegangen, die durch erniedrigte basale Cortisol-Niveaus und eine erhöhte negative Feedback Regulation gekennzeichnet ist. Empirische Belege werden durch den Dexamethason-Test erbracht, bei dem PTB Patienten in Vergleich zu Kontrollen eine erhöhte Suppression von Cortisol zeigen. Zudem verfügen Patientinnen mit PTB über eine größere Anzahl von Glucocorticoid Rezeptoren, die die Sensitivität der HNA erklären könnte (Yehuda, 2000). Die Gleichzeitigkeit erhöhter sympathischer Aktivierung und den niedrigen Cortisol-Niveaus spricht möglicherweise für eine Dissoziation der HNA und dem Sympathikus, der Gestalt, dass Cortisol die Stressreaktion in Abwesenheit Gefahr nicht mehr beenden kann, wie es bei nicht-traumatischem Stress zu erwarten wäre. Traumsrelevante Reize müssten nach diesem Modell wiederum zu einer Stressreaktion in Sinne einer weiteren Sekretion von CRF führen, was wiederum zu der Erhöhung des Catecholamine Niveaus führen könnte.

Die erhöhten Catecholamine und Neuropeptide Werte werden für die Überkonsolidierung der traumatischen Erinnerungen verantwortlich gemacht, deren Wirkung durch die niedrigen Cortisol-Werte verstärkt würden. D.h. diese psychobiologischen Veränderungen könnten die intrusiven Symptome und die erhöhte Reagibilität auf traumarelevante Reize erklären (Pitman, Orr, Foa, 1987). Die Rolle des Serotonin an der PTB ist noch nicht restlos geklärt, es besteht Unklarheit über den Pathomechanismus dieses bei manchen Patientinnen zu gering vorhandenen Neurotransmitters. Allerdings werden Serotonin Re-Uptake-Hemmer bei der Therapie der PTB angewandt (Nutt, 2000, s. 1.5).

Unklar bisher ist noch, ob die niedrigen Cortisol-Niveaus eine Folge der Traumatisierung sind oder bereits prätraumatisch vorlagen. Heim & Nemeroff (1999) postulieren, dass eine genetische Prädisposition in Verbindung mit frühen schwerwiegenden Erfahrungen in kritischen Entwicklungsphasen eine erhöhte Vulnerabilität für spätere Erfahrungen von Stress darstellen, was wiederum in Angst- oder affektive Störungen münden könnte. Sie schreiben dem Corticotropin-Relasing Faktor (CRF) eine besondere Bedeutung bei der Moderation behavioraler Stressreaktionen und deren kognitiver Bewertung zu. Die postulierte Vulnerabilität könnte in einer relativ hohen CRF Sekretion resultieren bei erneuten Stresserfahrungen.

Es existieren empirische Belege, dass Risikopopulationen für eine Entwicklung einer PTB auch ohne eigene Traumatisierung diese niedrigeren Werte aufweisen. Zudem scheint eine vorangegangene Traumatisierung das Risiko eines niedrigen Cortisolniveaus zu beinhalten. (Yehuda, Schmeidler, Wainberg, 1998, Yehuda, Schmeidler, Giller, 1998). Insgesamt geht man nach dem heutigen Wissensstand davon aus, dass PTB eine Störung mit möglichen progredienten biologischen Veränderungen zu sein scheint, über deren Eintreten über die Lebensspanne noch wenig Klarheit besteht. Die Tatsache, dass die ausgeprägte Schreckreaktion, die manche PTB-Patienten zeigen, erst in der Regel einen Monat nach dem trauma-



tischen Ereignis auftritt, ist ein empirischer Hinweis auf progrediente biologische Veränderungen (Yehuda, 2002)

### *Neurophysiologischen Veränderungen*

Die bei manchen traumatisierten Patienten beobachteten funktionellen und morphologischen Veränderungen im Hypocampus werden ebenfalls durch die endokrinen Veränderungen erklärt. Man geht davon aus, dass die erhöhte Anzahl größere Anzahl von Glucocorticoid-Rezeptoren die Wirkung von Aminoaciden verstärkt, was zu funktionellen Schäden im Gehirn mit negativen Auswirkungen auf Lernen und Gedächtnis führen kann. Diese Schäden könnte zu einem positiven Feedback-Schleife der HNA führen, was eine erhöhten Kontakt des Hippocampus mit den toxischen Aspekten von Cortisol bedeuten kann und dann zu einer morphologischen Veränderung dieser Region im Sinne eines Verlustes an Volumen bedeuten würde (Yehuda, 2000). Zudem ist die Amygdala, eine Region die für konditionierte Angstreaktionen verantwortlich ist, bei PTB Patientinnen ungewöhnlich aktiv, was für eine pathologische Aktivierung sprechen könnte, die – moderiert über die Sekretion von Stresshormonen das Auftreten von Intrusionen und Flashbacks bedeuten könnte. Die Über-Aktivität der Amygdala spricht für eine noadrenerge Hypersensitivität, da Alpha<sup>2</sup>-Agonisten (z.B. Yohimbine) Intrusionen Angst und Panik erzeugen können (Emilien et al., 2000).

### *Konsequenzen für die Therapie der PTB*

Ein gutes Verständnis der Psychophysiologie der PTB kann nutzbar gemacht werden für ein effektivere medikamentöse Behandlung der PTB. Sollte zum Beispiel möglich sein die Häufigkeit der Intrusionen durch Medikamente zu reduzieren, die bestimmte Rezeptoren blockieren, wie zum Beispiel Noadrenalin durch Alpha<sup>2</sup>-Agonisten, dann könnten diese Medikamente eine neue Generation von Behandlungsmöglichkeiten ermöglichen. Sollte sich die Hypothesen einer CRF-Hyperaktivität erhärten, dann könnte eine Blockade der Auswirkungen von CRF mittels CRF-Rezeptor-Antagonisten ebenfalls pharmakologische nutzbar gemacht werden (Heim et al. 1999). Allerdings steht der medikamentösen Behandlung die möglichen Nebenwirkungen und die rasche Toleranzentwicklung bei den Patienten entgegen. Zudem besteht in der Regel bei der Behandlung mit Psychopharmaka bei machen Patienten, dass Problem sie für eine lange, regelmäßige Einnahme zu motivieren. Zudem müsste empirisch gesichert werden, dass mögliche therapeutische Effekte über das Absetzen der Medikation hinaus langfristig bestehen. Zudem ist wenig bekannt, ob Psychotherapie ohne adjuvante Medikation neurobiologische Veränderungen verhindern oder reduzieren kann. Das bereits bestehende Wissen über psychobiologische Zusammenhänge kann in die psychoedukativen Elemente der PTB-Therapie eingefügt werden und dort nutzbar gemacht werden zur Entlastung der Patienten und zur Umattribution selbstwertgefährdender Attributionen (z.B. „Ich bin schwach und schlecht, weil ich immer noch diese Symptome

habe.“, Yehuda, 2000). Insgesamt dürften kombinierte, experimentelle, double-blind, Placebo kontrollierte Studien in der Zukunft die offenen Fragen klären.

### 1.3.4 Modelle kognitiver Schemata

#### *Die Bedeutung kognitiver Faktoren*

Menschen, die ein und dasselbe Trauma erlitten haben, unterscheiden sich sehr in der durch es empfundenen Belastung. Es gibt zahlreiche Belege dafür, dass Menschen, die selbst den extremsten Bedingungen ausgesetzt waren, relativ „ungebrochen“ daraus hervorgehen, andere jedoch schwere psychische Schäden davon tragen, die irreversibel sein können (z.B. Herman, 1992b, Frankl, 1992). Diese Tatsache führte zu der Konzentration auf die subjektive kognitive und emotionale Verarbeitung einer Traumatisierung. Hypothesen über die moderierende Bedeutung kognitiver Faktoren auf emotionale posttraumatische Reaktionen wurden zunächst aus der Sozialpsychologie und der Persönlichkeitspsychologie entwickelt. Diesen Ansätzen ist gemein, dass sie kognitive Schemata postulieren, auf deren Hintergrund Personen ihre Erfahrungen erleben und organisieren. Diese Schemata beinhalten stabile und generalisierte Erwartungen, Überzeugungen und Annahmen über die Zukunft, die eigene Person und die Welt (Beck, 1986, Beck, 1995). Beck (1986) definierte Schemata als stabile kognitive Strukturen, die Lebenserfahrungen strukturieren. Die Aktivierung von Schemata führt zu der Auslösung von damit zusammenhängenden Kognitionen, die wiederum das Verhalten und Erleben steuern. Zudem beeinflussen Schemata die Art und Weise, wie neue Erfahrungen bewertet, interpretiert und integriert werden und helfen damit die erfahrene Welt zu organisieren. Erfahrungen, die kongruent sind mit den Schemata, festigen und bestätigen diese. Diskrepante Informationen hingegen können bestehende Schemata verändern. Es wird angenommen, dass eine kontinuierliche Aktivierung traumarelevanter Schemata zum einen zu emotionalen Störungen bei den Betroffenen führt und bei der Entstehung einer chronischen PTB beteiligt sein kann. Die Entstehung traumabezogener Überzeugungen werden mit den ursprünglich von Piaget (1954) eingeführten Begriffen „Assimilation“ und „Akkomodation“ erklärt. Zusammengefasst bedeutet die Assimilation des Informationsgehaltes eines Traumas seine Einpassung in bereits bestehende Schemata, in dem die traumatische Erfahrung verzerrt oder verändert wird. Dies ermöglicht einen Erhalt bestehender Schemata. Häufig unterbewerten Opfer die Bedeutung eines Traumas um z.B. ihre Beziehungs-Schemata aufrechterhalten zu können („Mein Vater tut so etwas nicht, also kann es gar kein Missbrauch gewesen sein“). In Gegensatz dazu führt der Prozess der Akkomodation dazu, dass bereits bestehende Schemata verändert werden, um diskrepante Informationen verarbeiten zu können. In diesem Sinn kann ein Schema relativer Sicherheit nach einer traumatischen Erfahrung aufgegeben werden zugunsten eines Schemas überdauernder Verletzlichkeit. Kognitive Modelle postulie-

ren, dass Kernüberzeugungen mit traumatischen Erfahrungen inkompatibel sind und in Folge einer Traumatisierung erschüttert würden. Eine wichtige Erweiterung erhielten diese Vorstellungen durch den Beitrag von Foa und Riggs. Sie wiesen daraufhin, dass es nicht genügt von der *Erschütterung positiver Grundannahmen* auszugehen, sondern, dass durch eine Traumatisierung grundsätzlich auch vorbestehende *negative Grundannahmen verstärkt* werden können (Foa & Riggs, 1993). Danach besteht zwischen den *vor dem Trauma bestehenden kognitiven Überzeugungen* und den Überzeugungen nach dem Trauma ein kurvilinearere Zusammenhang: Bereits extrem negative Überzeugungen („Niemand kann ich vertrauen“) werden verstärkt, während bisher stark positive Überzeugungen („Ich bin überzeugt, dass alle Menschen immer nur das Beste mit mir vor haben“) schwer erschüttert werden. Menschen mit eher realistischen Überzeugungen („Meistens bin ich in Sicherheit, doch es kann auch Situationen geben, in denen es nicht so ist“) sollten demnach die geringsten kognitiven Erschütterungen erfahren. Die folgende Tabelle 1.2. gibt einen Überblick über empirisch generierte Inhalts-Bereiche dysfunktionaler Überzeugungen bei traumatisierten Menschen.

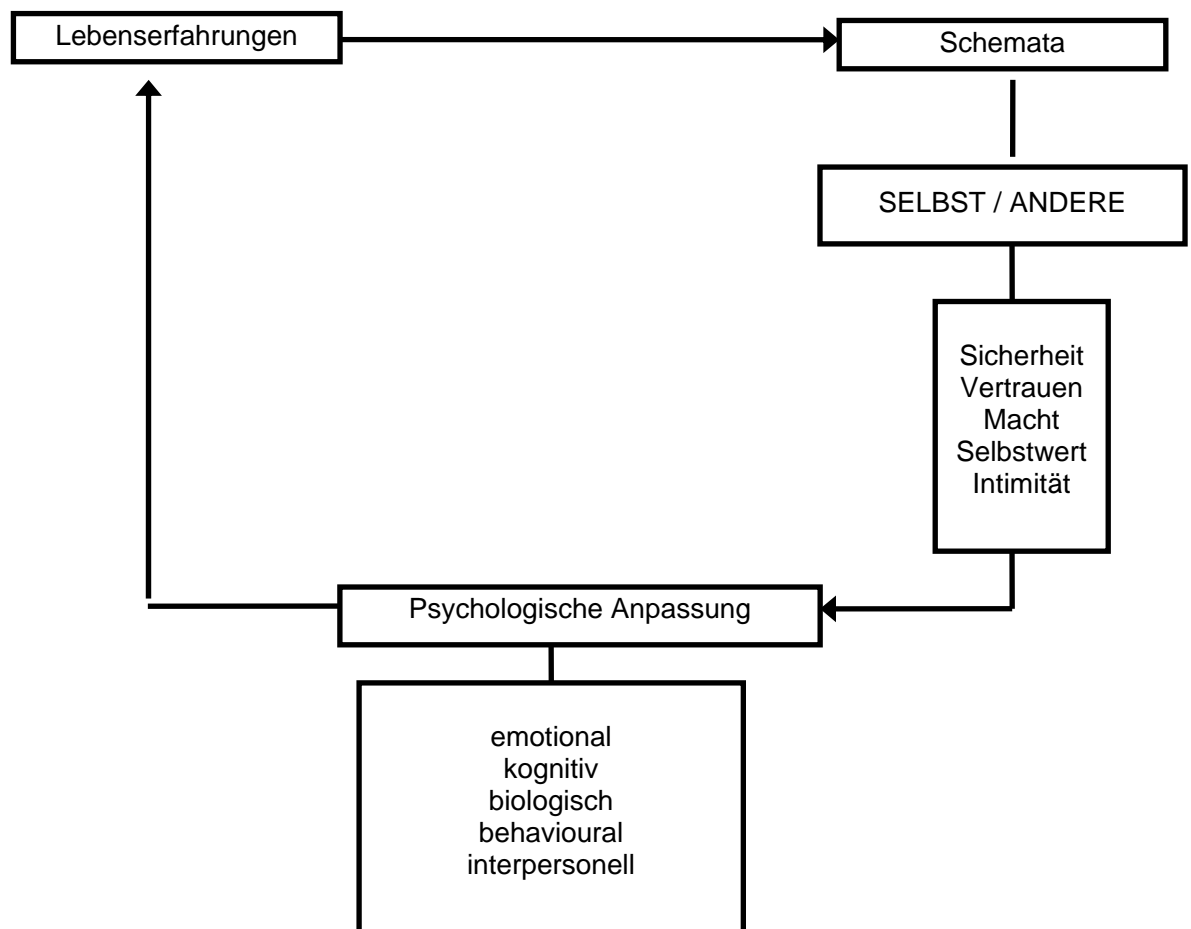
*Tabelle 1.2: Empirisch generierte dysfunktionale Kognitionen bei traumatisierten Personen.*

Epstein (1991), Janoff-Bulmann (1985, 1992)	Erschütterung von drei Grundüberzeugungen: die Überzeugung, die Welt sei gut; die Welt sei sinnhaft und das eigene Selbst bzw. andere Menschen seien vertrauenswürdig.
Jehu (1988)	Empirisch generierte selbstabwertende Kernüberzeugungen: Wertlosigkeit, Schlechtigkeit der eigenen Person, Eindruck der Stigmatisierung, der Minderwertigkeit, des „Nicht-Genügens“ sowie der Unterdrückung eigener Rechte bei in der Kindheit missbrauchten Menschen.
Smucker & Niederee (1995)	Pathogene, missbrauchsbezogene Schemata: Machtlosigkeit, Misstrauen, Verlassenheit, Wertlosigkeit, Selbstvorwürfe, Nicht-Liebenswürdigkeit und dem Eindruck „von Grund auf“ schlecht zu sein.
Mc Cann et al. (1988, 1990)	Traumatisierungen führen zu dysfunktionalen Überzeugungen in den Bereichen Sicherheit, Vertrauen, Macht/Kompetenz, Selbstwert und Intimität.
Dutton et al. (1994)	Veränderte Schemata in den Bereiche Vertrauen/Selbst, Selbstwert/Selbst, Intimität/Selbst und Vertrauen/Selbst, Selbstwert/Andere, Intimität/Selbst bei geschlagene Frauen mit PTB.
Finkelhor & Brown (1986)	„Traumatogene Dynamik“ von durch sexuellen Missbrauch entstandenen verzerrten Überzeugungen über das eigene Selbst und die Welt, die an der späteren Psychopathologie der Opfer beteiligt sei.

McCann et al. (1988, 1990) entwickelten ein elaboriertes konzeptuelles Modell kognitiver Schemata und ihrer Beziehung zu der psychologischen Adaptation von Opfern. Ausgehend von der empirischen und klinisch-viktimologischen Literatur identifizierten sie die in Tabelle 1.2 referierten fünf Lebensbereiche, die insbesondere von Traumatisierungen betroffen und

zudem für das Verständnis der Langzeitfolgen von Traumatisierungen bedeutsam seien. Die Autorinnen präjudizieren, dass sich die beiden zentralen Schemata über das Selbst und andere Menschen in diesen fünf Bereichen abbilden. Das Schema Vertrauen/Selbst bezieht sich zum Beispiel auf die Überzeugung, inwieweit die Person, ihrem eigenen Urteilsvermögen traut und Entscheidungen für sich fällt. Während das Schema Vertrauen/Andere sich mit der Vertrauenswürdigkeit bzw. der Gefährlichkeit anderer Personen befasst. Eine Traumatisierung kann zu Verzerrungen in diesen Aspekten und zu belastenden Gedanken, Gefühlen und Wiedererinnerungen, also zur Entwicklung negativer Schemata führen. Mit den Verzerrungen in den fünf Bereichen sind jeweils andere psychologische Reaktionen verknüpft. So erwarten die Autorinnen zum Beispiel bei einer negativen Veränderung des Bereiches Sicherheit/Selbst eine Zunahme der chronischen und persistierenden Angst, der Intrusionen, des erhöhten Arousal und erhöhte Schreckhaftigkeit. Für negative Veränderungen in dem Bereich Sicherheit/Andere hingegen werden Symptome der Vermeidung, des Rückzuges und phobischer Reaktionen erwartet. Diese Reaktionen beeinflussen selbst spätere Lebenserfahrungen, die wiederum Einfluss auf die bestehenden Schemata haben. Dieses Modell bildete die Grundlage zur Entwicklung therapeutischer Konzepte, die in Abschnitt 1.4.3. skizziert werden.

Abbildung 1: Beziehung zwischen Lebenserfahrungen, kognitiven Schemata und psychologischer Anpassung (nach Mc Cann et. al. 1988).



Resick und Schnicke (1993) modifizierten diesen Ansatz zur allgemeinen psychologischen Adaptation zur Erklärung der Entstehung der PTB. Danach entstehen Symptome der PTB durch die maladaptive Assimilation traumabezogener Information und der Überakkomodation bestehender Schemata. Verleugnet ein Opfer zum Beispiel, dass ihr etwas Schlimmes passiert ist („Das war eigentlich keine Vergewaltigung“), wird das Trauma (sein Informationsgehalt) so verändert (assimiliert), dass es in vorbestehende Schemata eingepasst werden kann (z.B.: „Schlimme Dinge passieren nur schlechten Menschen“). Eine solche wenig erfolgreiche Assimilation erzeugt Intrusionen und Vermeidungsverhalten. Werden in Folge eines Traumas Schemata „überakkomodierte“, heißt dies, dass es zu einer negativen Verzerrung relevanter Schemata kommt („Es gibt keine Sicherheit in der Welt“). Zudem kann es zu einer Übergeneralisierung traumatischer Informationen kommen („Ich kann niemandem mehr trauen“). Diese maladaptive Verarbeitung führt zu Symptomen der Übererregung und negativem Affekt sowie einer Einengung des Handlungsspielraumes und der Lebensziele. Eine erfolgreiche Bewältigung einer traumatischen Erfahrung verlangt ei-

ne Modifikation bestehender Schemata mittels der Prozesse der Assimilation und Akkomodation. Resick und Schnicke (1993) entwickelten vor dem theoretischen Hintergrund der Informationsverarbeitungstheorie einen kognitiv-behavioralen Therapieansatz, die Cognitive Processing Therapy (s. Tab. 1.7).

### *Zusammenhänge zwischen kognitiven Schemata und der PTB*

Dieses kognitive Modell erwartet, dass relevante Kognitionen posttraumatische Reaktionen moderieren. Welche empirischen Belege gibt es dazu ?

Mechanic & Resick (1993) konnten belegen, dass die von Mc Cann et al. (1988, 1990) generierten kognitiven Bereiche zwischen vergewaltigten Frauen ohne bzw. mit der PTB unterscheiden können. Owens & Chard (2001) konnten an einer Stichprobe früh traumatisierter Patientinnen zeigen, dass das Ausmaß der PTB mit einer größeren Anzahl verzerrter Kognitionen in den Bereichen Sicherheit, Vertrauen, Macht und Selbstwert, Intimität und Überzeugungen zu sexuellem Missbrauch einhergeht. Regressionsanalysen zeigten, dass Überzeugungen zu sexuellem Missbrauch, Sicherheit und Macht die Schwere der PTB vorhersagen können ( $r^2=.44$ ). Diese Befunde entsprechen denen von Wenninger (1994), die ebenfalls enge Zusammenhänge ( $r \geq -.55$ ) zwischen diesen Bereichen und der PTB an einer Stichprobe sexuell missbrauchter Frauen fand. Insbesondere die intrusive Symptomatik scheint mit kognitiven Maßen assoziiert zu sein, während das Vermeidungsverhalten weniger konsistente Verbindungen zeigt, was als Belege genommen wird, dass insbesondere die Wiedererinnerungen, eine Funktion der generalisierten Furchtstruktur, zum Beispiel im Sinne eines verzerrten Sicherheit-Schemata seien. Das Vermeidungsverhalten hingegen, ist mit den Schemata Vertrauen-Andere und Intimität-Andere verknüpft (Dutton, Burghardt, Perrin, Chrestman & Halle, 1994). Dutton et al. (1994) konnten den schädigenden Einfluss von häuslicher Gewalt auf Kern-Schemata nachweisen. Die Erwartung weiterer schwerer Gewalt führt zu negativen Schemata in den Bereichen: Selbstwert-Andere, Sicherheit und Vertrauen-Andere, während die Erwartung von wiederkehrender Gewalt zu einem veränderten Vertrauen-Selbst führt. Zudem führen internale Attributionen für bereits erlittene Gewalt, zusammen mit der Erwartung weiter geschädigt zu werden zu einem negativen Vertrauen-Selbst-Schema. Personen, die retrospektiv angeben, dass sie bereits vor der Traumatisierung über negative Überzeugungen verfügten, bilden eher eine stärker PTB aus als Personen, deren Überzeugungen vor dem Trauma positiver waren (Dunmore et al., 1999). Diese empirischen Befunde stützen die Annahmen kognitiver Modelle und sind konsistent mit therapeutischen Ansätzen, die auf die Modifikation dysfunktionaler Kognitionen abzielen.

### 1.3.5 *Multifaktorielle Bedingtheit der Posttraumatischen Belastungsstörung*

Komplexere Modellvorstellung untersuchen die differentiellen Beiträge von prä-, peri und posttraumatische Variablen an der Entstehung und Aufrechterhaltung der PTB, da man von einer multifaktoriellen Bedingtheit der Störung ausgeht. Relevante Variablen, die an der Entstehung der PTB und ihrer Persistenz beteiligt sind, werden im folgenden referiert:

#### *Objektive Merkmale einer Traumatisierung*

Zunächst wird deutlich, dass *objektive Merkmale* (z.B. sexuelle Übergriffe vs. körperliche Übergriffe) eines Traumas und dem Indextrauma vorausgehende Traumatisierungen (Dunmore Clark & Ehlers, 1999) wenig Einfluss auf die chronische PTB haben, also an der Aufrechterhaltung wenig beteiligt sind. Die Schwere der Traumatisierung - *die Traumadosis* - scheint auch bei der Entstehung der PTB wenig Varianz aufzuklären. Das Ausmaß der PTB war beispielsweise für Frauen, die erstmals im Erwachsenenalter vergewaltigt wurden, nicht abhängig von objektiven Maßen des Traumas (z.B. Bedrohung durch eine Waffe, Verletzungen) (Ehlers, 1998). Diesem von der traditionellen PTB-Forschung zunächst als bedeutsam angesehenen Faktor kommt nach neueren Untersuchungen insgesamt eine untergeordnete Rolle zu (Maercker, 1998, Boos et al., 1998, Wenninger, 1994). March (1993) konnte zeigen, dass verschieden Merkmale des Traumas in 19 Studien an unterschiedlichen Populationen *im Erwachsenenalter traumatisierte Menschen* nur etwa 10% der Störungsvarianz aufklären können. Von Bedeutung scheint insgesamt bezüglich der Traumadosis allerdings die Dichotomisierung zwischen interpersoneller Gewalt (Vergewaltigung, Folter, Missbrauch) und zufälligen Erfahrungen zu sein (Naturkatastrophen, Unfälle etc.) (Maercker, 1998). Man geht davon aus, dass interpersonelle Gewalterfahrungen (sog. Man-made-disaster) zu schwerwiegenderen Folgen führen als zufällige Traumata (z.B.: Verkehrsunfälle) (Maercker, 1997).

Für Spätfolgen von *Traumatisierungen, die bereits in der Kindheit stattfanden*, werden ähnliche Belege erbracht (Greenwald et al. 1990; Rowan, 1991). Die Autoren berichten nur geringe Zusammenhänge zwischen Merkmalen der Traumatisierung (z. B.: Beziehung zum Täter, Dauer, erfahren Gewalt etc.) und der PTB. Wenninger (1994) konnte für erwachsene Opfer sexuellen Missbrauchs zeigen, dass sexuell missbrauchte Frauen sich voneinander im Ausmaß der PTB bzw. der Depressivität in Abhängigkeit von den objektiven Merkmalen des sexuellen Missbrauchs *nicht* unterscheiden: Es fanden sie allerdings zwei Ausnahmen: Die Frauen, die von ihren Vätern missbraucht worden waren, waren depressiver und solche, denen die Übergriffe als Zeichen von Zuneigung dargestellt wurden, hatten eine stärkere PTB als die anderen Frauen. Der letztere Befund wird hierbei als ein Beleg interpretiert für die Wirksamkeit kognitiver Bewertung bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der PTB. Die berichteten Befunde weisen jenseits aller methodischen Probleme bei der Bestimmung der „Dosis“ (Briere, 1992) daraufhin, dass das Trauma „sexueller Missbrauch“ ähnlich wie Traumatisierungen im Erwachsenenalter nicht per se die Folgen, also die Aus-

bildung der PTB bewirkt, sondern, dass die individuelle Verarbeitung des Traumas eine Bedeutung bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der PTB hat. Die Untersuchungen zur Traumaschwere nehmen in der Regel nur Traumatisierungen in einer Lebensphase zum Gegenstand ihrer Untersuchung. Es existieren wenig Studien, die den möglichen kumulativen Effekt *wiederholter Traumatisierung* überprüfen. Dies wird nicht überprüft, obwohl Einigkeit darüber besteht, dass in der Kindheit sexuell missbrauchte Frauen einem höheren Risiko ausgesetzt sind als nicht missbrauchte, in ihrem späteren Leben wiederum das Opfer sexueller oder körperlicher Übergriffe zu werden (Gorcey, Santiago & McCall-Perrez, 1986, Russel, 1995, Messman & Long, 1996). Folette konnte zeigen, dass solche Frauen psychopathologisch stärker belastet sind (Folette et al, 1998), die reviktimisiert wurden. Zudem ist die Chronizität der Störung besonders stark ist bei Personen, die vor dem Index-trauma bereits negative kognitive Merkmale aufwiesen (Dunmore et al., 1999). Insgesamt zeigen verschiedene Studien an Vergewaltigungsopfern eine klare Beziehung zwischen verschiedenen Traumatisierungen über die Lebensspanne und stärkerer Psychopathologie nach der jüngst zurückliegenden Vergewaltigung und einer verzögerten oder weniger deutlichen Heilung durch Psychotherapie (Frank & Anderson, 1987, Kramer & Green, 1991, Nishith, Mechanic & Resick, 2000, Roth, Wayland & Woosley, 1990). Die dargestellten Befunde deuten darauf hin, dass die Schwere der Belastung durch einzelne traumatische Erfahrungen nicht von deren objektiven Merkmalen abhängt, dass jedoch wiederholte Traumatisierungen über die Lebensspanne einen stärkeren Krankheitsfaktor darstellen.

#### *Subjektive Merkmale einer Traumatisierung*

Im Gegensatz zu der geringen Varianzaufklärung durch objektive Faktoren wird angenommen, dass die *subjektive Wahrnehmung des Traumas, seine Bedeutung und wahrgenommenen Konsequenzen* zur Entstehung der PTB beitragen. Als Beispiele für die subjektive Verarbeitung des Stressor seien die wahrgenommene Todesgefahr (Ehlers & Steil, 1995), subjektive Unkontrollierbarkeit und Unvorhersehbarkeit des Stressors (Foa, Zinbarg & Rothbaum, 1992) und die subjektiv wahrgenommene Schwere der Folter (Basoglu et al., 1994) als Risikofaktoren genannt.

#### *Prä-traumatische Faktoren*

##### *Psychiatrische Störungen als Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTB*

Zu den Störungen, die bereits *vor* einer Traumatisierung vorliegen und die auch die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung einer PTB erhöhen können, zählen v.a. die somatoformen Störungen, depressive Störungen, spezifische Angststörungen und darunter v.a. die Soziale Phobie (Breslau, Davis, Andreski & Perterson, 1991, Perkonigg et al. 2000) Ein vorbestehendes schweres depressives Syndrom fördert bei Frauen die Entstehung der PTB und umgekehrt geht eine zunächst ausgebildete PTB mit einem erhöhten Risiko eines späteren



depressiven Syndroms einher (Breslau, Davis, Peterson, Schultz, 1997, Resnick, Kilpatrick, Best & Kramer, 1992, Perkonig et al., 2000)

Für die Subpopulation der sexuelle missbrauchten Frauen scheint es v.a. die primäre Soziale Phobie zu sein, die eine Risiko für die Entstehung als auch die Traumatisierung an sich darstellen. Alkoholmissbrauch und –sucht bzw. Drogenmissbrauch und- sucht sind mit der Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung, aber nicht notwendigerweise mit der Entstehung einer PTB assoziiert (Perkonig et al., 2000). Zudem besteht ein Risikofaktor in der Belastung der Herkunftsfamilie durch psychiatrische Erkrankungen (Breslau & Davis, 1997). Diese Ergebnisse deuten daraufhin, dass sowohl ähnliche Mechanismen der Entstehung verschiedener psychischer Störungen zu existieren scheinen als auch zudem soziale Faktoren mit den Störungen assoziiert zu sein scheinen oder sie moderieren. Substanzabhängigkeit könnte vermittelt über das Eingehen gefährlicher Situationen z.B. im Sinne einer Beschäftigungskriminalität die Exposition mit einem traumatischen Stressor wahrscheinlicher machen. Diese moderierenden Risikofaktoren sind allerdings noch nicht empirisch geklärt.

Als bedeutsame *peri-traumatische* Faktoren werden das Ausmaß der während der Traumatisierung stattfindenden dissoziativen Reaktionen (Shalev, Peri, Canetti & Schreiber, 1996) und die initiale emotionale Reaktion (Creamer, Burgess & Pattison, 1992, Maercker, Beauducel & Schützwohl, 2000) angesehen.

#### *Faktoren während der Traumatisierung*

Vom einem Eindruck sich des „Sich Aufgebens“ berichten sowohl Frauen, die von der Expositionstherapie nach einer Vergewaltigung weniger profitierten als andere Patientinnen (Ehlers et al., 1998) und auch ehemalige politische Gefangenen, die ebenfalls an einer chronischen PTB erkrankt sind (Boos, Ehlers, Maercker & Schützwohl, 1998). Weitere empirische Studien zeigen, dass Verwirrtheitszustände, ein Gefühl der Losgelöstheit während der Traumatisierung und die negative Interpretation der Handlungen und Gefühle während der Traumatisierung das Risiko der Entwicklung der PTB erhöhen (Dunmore et al., 1999).

#### *Faktoren, die mit dem Fehlen der PTB nach Traumatisierung assoziiert sind*

Der Eindruck nicht „beugbar“ oder innerlich nicht zerstörbar zu sein („Autonome Geisteshaltung“) ebenso wie eine starke ideologische Überzeugung bei politischen Gefangenen (Basoglu et al. 1996, Boos et al. 1998) scheint das Risiko der Entstehung der PTB zu senken.

#### *Faktoren nach dem Trauma*

Ein aktives gegenüber einem emotionalen Bewältigungsmuster hilft bzw. schadet bei der Überwindung der PTB (z.B. Fairbank, Hansen & Fitterling, 1991, Jevons, 2000). Das Ausmaß wahrgenommener oder erhaltener sozialer Unterstützung als *post-traumatische* Variable steht ebenfalls in negativem Zusammenhang mit der PTB (Flannery, 1990, Regehr,

Hill & Graham, 2000, Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988, Ullmann, 1996, Basoglu & Mineka, 1992). Das Risiko, dass die entstandene PTB eine *chronischen Verlauf* nimmt, ist zudem eine Funktion der Schwere der unmittelbare nach dem Trauma ausgebildeten Symptome der PTB (Rothbaum et al., 1992, Foa & Riggs, 1993, Foa & Rothbaum, 1998). Mit anderen Worten entwickeln Personen, die etwa vier Wochen nach dem Trauma eine starke posttraumatische Symptomatik zeigten, auch eher eine chronische PTB als solche, die zunächst schwach oder mittelstark mit einer posttraumatischen Symptomatik reagierten. Steil (1997) konnte zeigen, dass subjektive Wahrnehmungen des Traumas ebenfalls einer zeitlichen Veränderung unterliegen. Während Opfer eines Verkehrsunfalls mit und ohne PTB sich nicht in der retrospektiven Einschätzung der Bedrohlichkeit des Unfalles direkt nach dem Unfall unterscheiden, schätzen Personen mit PTB zum späteren zweiten Untersuchungszeitpunkt den Unfall als bedrohlicher ein als die Personen ohne Posttraumatische Belastungsstörung.

Einige *prospektive Untersuchungen* erlauben es, differentielle Aussagen über den Verlauf der PTB in Abhängigkeit von bestimmten subjektiven und objektiven Faktoren zu machen. Die Schwere der PTB drei Monate nach einem sexuellen oder körperlichen (Dunmore, 1998) bzw. nach einem Autounfall (Ehlers, Bryant & Mayou, 1998, Jouvons, 2000) sagen folgende Faktoren voraus:

*Tabelle 1.3. Subjektive und objektive Faktoren, die mit einer PTB assoziiert sind.*

<i>Die PTB drei Monate nach dem Trauma ist assoziiert mit:</i>	
<p><b>Kognitive Bewertung:</b> negative Bewertung der emotionalen Taubheit während und Ärger nach dem Übergriff, Eindruck von Verletzlichkeit, Verlust von Vertrauen in andere Menschen, Verlust des Glaubens an eine sichere/gerechte Welt, wahrgenommene Todesgefahr, das befürchtete Ausmaß der Verletzung, peritraumatische Dissoziation, wahrgenommene Bedrohung während des Unfalles, negative Bewertung der Symptome, Grübeln und Versuche, Gedanken an das Trauma zu unterdrücken.</p>	<p><b>Emotionale Reaktionen:</b> Scham, emotionale Taubheit, emotionales Bewältigungsmuster, initialer Ärger, vorbestehende emotionale Probleme.</p> <p><b>Behaviorale Reaktionen:</b> Vermeidungsverhalten und Sicherheitsverhalten.</p> <p><b>Objektive Faktoren:</b> weiterbestehende gesundheitliche und finanzielle Probleme nach drei Monaten, weibliches Geschlecht, Einweisung ins Krankenhaus.</p>

Tabelle 1.3. Subjektive und objektive Faktoren, die mit einer PTB assoziiert sind (Fortsetzung).

<i>Die PTB sechs Monate nach dem Trauma ist assoziiert mit:</i>	
<p><b>Kognitive Bewertung:</b> Subjektiv eingeschätzte Verletzung, Befürchtung zu sterben, Glaube an das Gute in der Welt.</p>	<p><b>Emotionale Reaktionen:</b> Emotionales Bewältigungsmuster, Belastung während des Unfalles.</p> <p><b>Behaviorale Reaktionen:</b> Soziale Vermeidung.</p>
<i>Die PTB 12 Monate nach dem Trauma ist assoziiert mit:</i>	
<p><b>Kognitive Bewertung:</b> Peritraumatische Dissoziation, Wahrgenommene Bedrohung während des Unfalles, negative Bewertung der Symptome, Grübeln und Versuch, Gedanken an das Trauma zu unterdrücken.</p>	<p><b>Emotionale Reaktionen:</b> Emotionales Bewältigungsmuster, vorbestehende emotionale Probleme, Angst während des Unfalles, Art der Beteiligung an Unfall Weiterbestehende gesundheitliche und finanzielle Probleme nach drei Monaten.</p> <p><b>Objektive Faktoren:</b> Weibliches Geschlecht.</p>

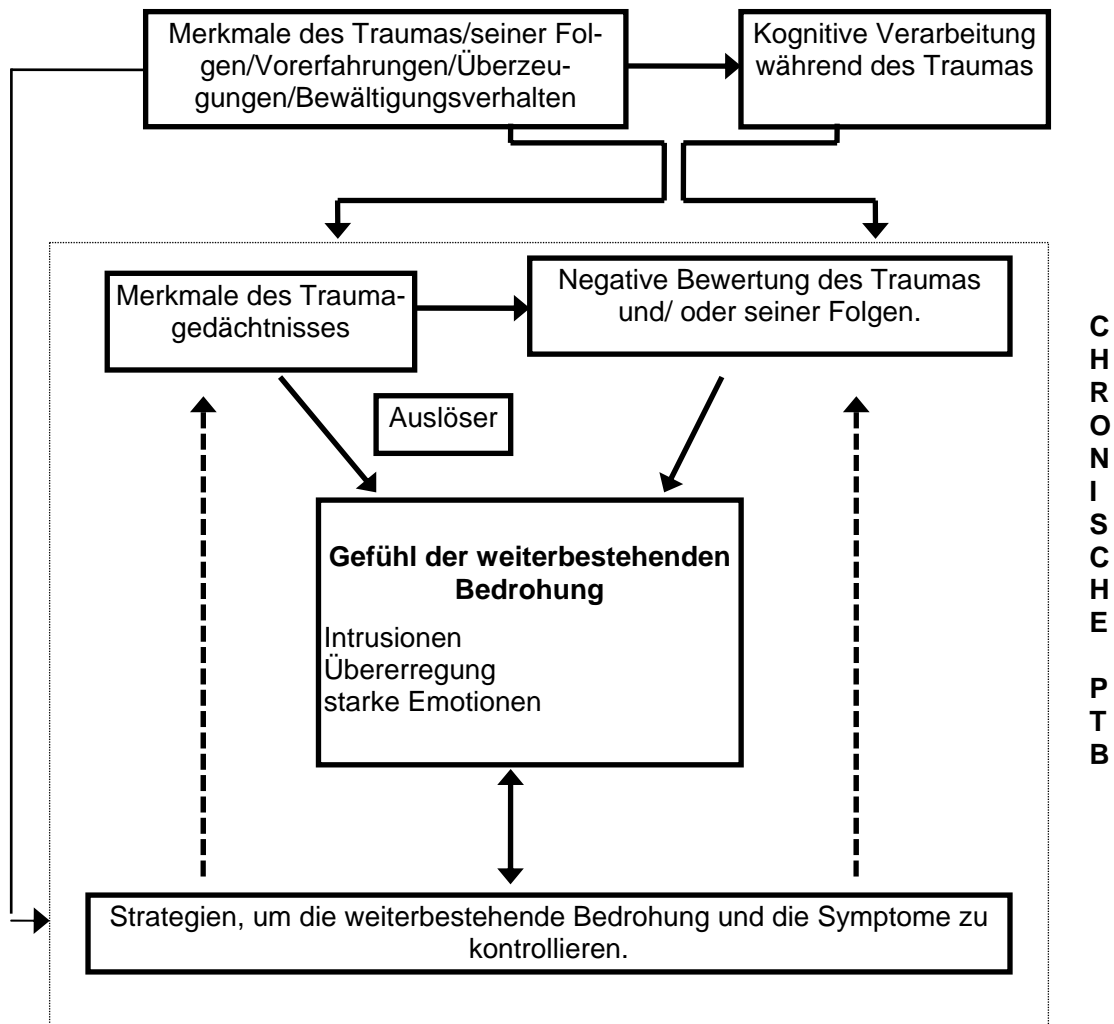
Aus Tabelle 1.3 wird wiederum deutlich, dass der subjektiven Bewertung eines Traumatisierung eine große Bedeutung bei der Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung der Störung zu kommt. Diese empirisch generierten Faktoren, die mit der Aufrechterhaltung der PTB assoziiert sind, führten zu der Formulierung eines kognitiven Modells der Aufrechterhaltung der chronischen PTB aus der Arbeitsgruppe um Ehlers, Clark und Foa:

#### 1.4 Das kognitive Modell der Aufrechterhaltung der chronischen PTB der Arbeitsgruppen um Ehlers, Clark und Foa

Dieses kognitive Modell der Aufrechterhaltung der chronischen PTB beschreibt die Aufrechterhaltung der Störung als einen Aufschauklungsprozess bei dem negative Interpretationen des Traumas und seiner Folgen sowie die Merkmale dessen, was über das Trauma erinnert wird, zu einem subjektiven *Gefühl der weiterbestehenden Bedrohung* und den typischen posttraumatischen Symptomen führen. Um diese subjektive Bedrohung und die Symptome zu kontrollieren, entwickeln Opfer dann Vermeidungsverhalten und Kontrollstrategien, welche die Korrektur maladaptiver Überzeugungen verhindern und damit zu Persistenz der PTB beitragen. Dieses Modell unterscheidet zwischen Faktoren der Entstehung und der Aufrechterhaltung der PTB. Wobei postuliert wird, dass die Faktoren der Entstehung der PTB die der Aufrechterhaltung beeinflussen können. Merkmale, die mit der Entstehung der PTB assoziiert sind, (vorbestehende Erfahrungen und Überzeugungen, Merk-

male des Traumas, dessen kognitive Verarbeitung und das Bewältigungsverhalten der betroffenen Person) beeinflussen also ihrerseits den postulierten Aufschauklungsprozess (Ehlers & Clark, 1999; Ehlers, 1999, Ehlers & Steil, 1995, Ehlers, Clark et al. 1998a, Dunmore, Clark & Ehlers, 1999). Das heißt, dass in Abhängigkeit der verschiedenen Merkmale der Traumatisierung und der vorbestehenden Merkmale der betroffenen Person, das Trauma unterschiedlich erinnert und bewertet wird. Damit erhält das Kernannahme des Modells, nämlich die Annahme, dass Personen mit einer chronischen PTB eine weiterbestehenden Bedrohung wahrnehmen, eine idiosynkratische Ausformung. Dieses Modell erlaubt die komplexe Darstellung verschiedener an der chronischen PTB beteiligten Faktoren, da es prä-, peri und posttraumatische Variablen integriert. Damit ergibt sich die Möglichkeit ein idiosynkratisches Bedingungsgefüge für jede einzelne traumatisierte Person zu erarbeiten. Abbildung 2 bildet diese Modellvorstellungen ab.

Abbildung 2: Modell der Aufrechterhaltung der PTB (Ehlers et al., 1999, Ehlers & Clark, 2000)



Die Pfeile bedeuten:

—————> beeinflusst

- - - - -> verhindert Veränderungen in...

—————> führt zu...

## 1.5 Therapie der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung

### 1.5.1 Effektivität von Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die von Shalev (1996) geäußerte Skepsis, dass Psychotherapie für Personen mit PTB wenig erfolgreich sei, was die Reduktion der PTB angehe und man allenfalls in unspezifischen Symptombereichen Veränderungen feststellen könne, ist nach neueren Untersuchungen nicht haltbar. Es besteht mittlerweile Einigkeit darüber, dass es wirksame therapeutische

Verfahren gibt, die v.a. für Opfer einmaliger Traumatisierung eine gute Prognose versprechen (Foa, Keane & Friedman, 2000, Sherman, 1998, Van Etten & Taylor, 1998). Das Ergebnis der Meta-Studie von Sherman (1998), in die 17 kontrollierte Studien eingingen, belegt, dass die zugrundeliegenden Behandlungsverfahren sowohl die PTB ausheilen bzw. die PTB-Symptome sowie andere psychiatrische Symptome (wie Angst und Depression) reduzieren können. Nach Sherman (1998) beträgt die mittlere Effektstärke über alle abhängigen Maße und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren hinweg  $d=.52$  ( $r=.25$ , Konfidenzintervall=.37-.67). Tabelle 1.3 gibt die mittleren Effektstärken für die Symptomgruppen der PTB, von Depression und Angst zum Ende der Therapie als auch im follow-up wieder.

*Tabelle 1.3: Mittlere Effektstärken (d) nach Sherman (1998).*

Störungsbereiche	d im Anschluss an die Therapie	d im follow-up
Intrusionen	.62 (.43-.80)	.97 (.76-1.2)
Vermeidung	.79 (.58-.1.0)	.76 (.55-.97)
Hyperarousal	.58 (.38-.79)	.79 (.56-1.0)
Angst	.53 (.35-.72)	.88 (.65-1.1)
Depressivität	.55 (.35-.75)	.65 (.42-.88)

Die Metaanalyse von Van Etten et al. (1998) gibt weiteren Aufschluss über die Wirksamkeit von psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung der PTB im Einzelsetting. Insbesondere kognitiv-behaviorale Therapien, das EMDR und zum Teil die Medikation mit Selektiven-Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern haben sich als effektiv erwiesen. Unter den psychotherapeutischen Verfahren erreicht die *Kognitive Verhaltenstherapie* die höchsten Effektstärken.

Tabelle 1.4: Mittlere Effektstärken nach der Metaanalyse von Van Etten et al. (1998).

Therapeutisches Verfahren	Ver-	Mittlere Effektstärke d im prä/post Vergleich. (Anzahl einbezogene Studien)	Mittlere Effektstärke d im prä/follow-up Vergleich. (Anzahl einbezogene Studien)
<i>Psychotherapie:</i>			
<b>Kognitive Verhaltenstherapie</b>		<b>1,27 (15)</b>	<b>1,63 (5)</b>
<b>Kognitive Verhaltenstherapie<sup>1</sup></b>		<b>2,6 – 2,8</b>	-
EMDR		1,24 (11)	1,33 (6)
Psychodynamische Therapien		0,90 (1)	-
Hypnotherapie		0,94 (1)	-
<i>Medikation:</i>			
<b>SSRI<sup>2</sup></b>		<b>1,38 (4)</b>	-
MAO-Hemmer <sup>3</sup>		0,61 (7)	-
Trizyklische Antidepressiva		0,54 (6)	-
Antiepileptika		0,93 (1)	-
Benzodiazepine		0,49 (1)	-

<sup>1</sup> Vorläufige Ergebnisse des kombinierten Behandlungsansatzes der Arbeitsgruppe um Ehlers & Clark (Ehlers, 1999), <sup>2</sup> Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, <sup>3</sup> Monoamino-Oxidase-Hemmer. -: Keine Datenanalyse möglich bzw. missing data.

Aus Tabelle 1.4 wird deutlich, dass die Gruppe der kognitiv-behavioralen Verfahren und das EMDR relativ hohe Effektstärken aufweisen. Darüber hinaus sind die Therapieabbrüche in diesen Verfahren gering, was auf eine gute Akzeptanz der Verfahren seitens der Patienten hinweist. Die Akzeptanz der medikamentösen Behandlung ist dagegen, auch für die relativ nebenwirkungsarmen SSRI, niedriger. Therapieabbrüche liegen bei 36% für die Patienten, die mit SSRI behandelt wurden. Die hohen Effektstärken der SSRI im prä-post Vergleich erlauben leider keine Schlüsse auf Therapieerfolge direkt nach dem Ausschleichen der Medikation und im follow-up, da der zweite Messzeitpunkt vor dem Absetzen der Medikation lag und keine follow-up Daten in den zugrundegelegten Studien berichtet wurden. Jüngere Untersuchungen (z.B. Connor, Sutherland, Tupler, 1999, Marshall, Schneier, Fallon, 1998) untermauern den Effekt von SSRI auf die Symptomatik der PTB, lassen jedoch aufgrund fehlender katamnestischer Daten ebenfalls keine Aussagen über langfristige Therapieeffekte zu. Vorläufige Daten deuten daraufhin, dass eine erfolgreiche Therapie mit Serotonin-Re-uptake-Hemmern eine Einnahme länger als sechs Monate nötig macht. Entscheidend für eine langfristige Verbesserung scheint ein gutes Ansprechen auf die Medikation innerhalb der ersten drei Monate der Einnahme zu sein (Davidson, 2000). Dies bedeutet, dass die Wirksamkeit der pharmakologischen Therapie der PTB gegenüber den sich auch im follow-up beweisenden psychotherapeutischen Verfahren deutlich einzuschränken ist

Darüber hinaus liegen bisher weder Studien an Traumapopulationen mit sexuellen Gewalterfahrungen noch kombinierte Studien vor, die Pharmakotherapie mit psychotherapeutischen Verfahren und deren Kombination vergleichen. Es liegen derzeit noch keine eindeutigen empirischen Befunde vor, die definitive Aussagen darüber erlauben könnten, ob eine zeitgleiche Gabe von *Psychopharmaka* die psychotherapeutische Behandlung der PTB verbessern könnten. Gelegentlich wird explizit davon abgeraten (Ehlers, 1999). Allerdings wird empfohlen, bei einer komorbid vorliegenden mittel oder schweren depressiven Störung eine antidepressive Medikation zu verabreichen (Foa et al., 2000).

### *Kognitiv-behaviorale Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*

Die meisten erfolgreichen kognitiv-behavioralen PTB-Therapien beinhalten das Element der Exposition (Sherman, 1998): *„In one form or another all treatments focus on Horowitz' (1976) conceptualisation suggesting that the goal of psychotherapy is to help the patient to work through the trauma experience through gradual re-exposure of the actual traumatic event and re-interpretation of its meaning“.*

Zu den *Expositionstherapien* gehört das flooding, verlängerte Exposition in sensu und in vivo und imaginierte Exposition. Während das flooding bereits bei anderen Angststörungen Anwendung findet, wurde die verlängerte Expositionstherapie (PE: engl. prolonged exposure therapy) für die Behandlung von erwachsenen Opfern nach Vergewaltigung von Foa und ihrer Arbeitsgruppe entwickelt und wird daher hier dargestellt. Den theoretischen Hintergrund für diese Therapie bildet das unter 1.3.2 dargestellte Modell der gestörten Informationsverarbeitung (Emotional Processing Theorie, Foa & Kozak, 1986). Ziel der Expositionstherapie ist die Reduktion der PTB durch die Löschung der postulierten Furchtstruktur. Um die Löschung zu ermöglichen werden zwei Bedingungen formuliert: Eine vollständige Aktivierung der Furchtstruktur und Integration korrekativer kognitiver Informationen. Das Verfahren besteht aus der wiederholten, lange andauernden Konfrontation mit gefürchteten Stimuli in vivo und in sensu. Die Konfrontation in sensu beinhaltet das wiederholte Wiedererinnern des Traumas und der damit verbundenen Gefühle bis eine deutliche Habituation an das Trauma erlebbar wird. Die Exposition in vivo besteht aus der Konfrontation mit einer Hierarchie vermiedener Situationen oder Orten, die mit dem Trauma assoziiert sind. Die PE verzichtet explizit auf die kognitive Bearbeitung traumarelevanter Überzeugungen und Befürchtungen, da argumentiert wird, dass die Konfrontation mit dem Trauma unter objektiv sicheren (therapeutischen) Bedingungen, die Integration funktionaler Überzeugungen bewirke und damit kognitive Veränderungen ein Effekt der Exposition seien. Tabelle 1.5 fasst kontrollierte Studien zusammen, in der die Wirksamkeit behavioraler Therapieverfahren überprüft wird.



Tabelle 1.5: Therapiestudien zu behavioralen Verfahren.

Studie	Trauma	Behandlungs- verfahren  Katamnesezeitraum in Monaten (K).	Ergebnisse
Foa et al. (1991)	Sexuelle Übergriffe	PE vs. SIT vs. Beratung vs. Warteliste  K=3	SIT, PE: signifikante Reduktion der PTB am Ende der Behandlung, im follow-up ist die PE dem SIT überlegen. Beratung u. Warteliste: signifikante Reduktion der Übererregung.
Foa et al. (1997), Foa et al., (1999)	Sexuelle Übergriffe	PE vs. SIT vs. PE/SIT vs. Warteliste.  K=3,6,12	Keine Unterschiede zwischen SIT, PE und PE/SIT am Ende der Therapie. 6-Monats- Follow-up: 75% der Pat. unter der Bedingung PE, 68% unter SIT bzw. 50% unter PE/SIT verlieren die PTB Diagnose. Keine Verbesserungen in der Wartegruppe.
Richards, et al. (1994)	Heterogene Trauma- population	PE in vivo/ PE in sensu vs. PE in sensu PE in vivo.  K= keine	Nach der Behandlung und im follow-up erfüllt kein Patient mehr die Kriterien der PTB.
Thompson et al. (1995)	Heterogene Trauma- population	PE in vivo und in sen- su	Signifikante Verbesserungen der PTB und anderen Maßen von Psychopathologie.
Boudewyns (1993)	Vietnam Vete- ranen	PE vs. vs. EMDR vs. Gruppentherapie.  K=keine	Alle Verfahren sind gleich wirksam
Resick et al. (1998)	Sexuelle Übergriffe	Angstbewältigungs- vs. Selbstsicherheits- training vs. supportive Therapie vs. Wartelis- te.  K=3 u. 6	Warteliste allen anderen Verfahren unterlegen, die psychotherapeutischen Verfahren sind alle gleich effektiv.
Keane et al. (1989)	Vietnam- Veteranen	Flooding vs. Wartelis- te.  K=6	Flooding. Besserung bei Intrusionen, Taubheit, kein Effekt auf Vermeidungssymptome.
Lubin et al., (1998)	Multipel sexuel- le oder körper- lich traumatisier- te Frauen	Psychoedukative Gruppentherapie.  K=6	Prä-Post-Behandlungseffekt: 38% der 29 behandelten Frauen zeigen klin. signifikante Verbesserungen. Katamnese: Bei 50% der verbliebenen 22 Frauen klin. signifikante Verbesserungen.

Tabelle 1.5: Therapiestudien zu behavioralen Verfahren (Fortsetzung)

Marks et al. (1999)	Heterogene Population	PE vs. CT vs. PE + CT vs. Entspannung, K=6	Signifikante Verbesserungen durch PE und kogn. Umstrukturierung gegenüber Entspannung. Keine Verbesserungen durch Kombination von Verfahren. 53% (PE), 32% (CT), 32% Kombination aus PE/CT, 15% (Entspannung) verlieren die Diagnose.
Bryant et al. (1999)	Heterogene Population	PE vs. PE + Angstbewältigung, supportive Therapie. K=6	86% der PE, 80 % der Kombinations- und 33% der supportiven Therapiebedingung verlieren die Diagnose.
Tarrier et al., (1999)	Heterogene Population.	PE vs. kognitive Therapie (angelehnt an die CPT). K=6	Signifikante Verbesserungen durch beide Verfahren sowohl am Ende der Behandlung als auch im follow-up.

PE=verlängerte Expositionstherapie, SIT=Streßimpfungstraining, EMDR=Eye movement desensitization and reprocessing, CPT=cognitive processing therapy, CT=cognitive therapy.

Zusammengefasst erweist sich die PE als das am besten evaluierte Verfahren, dass seine Wirksamkeit an verschiedenen Populationen traumatisierter Personen bewiesen hat. Es fehlen allerdings noch Untersuchungen, die die PE an Stichproben von Patienten evaluieren, die in der Kindheit traumatisiert wurden. Da aufgrund des erhöhten Reviktimisierungsrisikos bei vergewaltigten Frauen oft frühere Viktimisierungen zu erwarten sind, sind solche Studien wünschenswert. Die Expositionstherapie hat den deutlichen Nachteil, dass sie von den Patientinnen abverlangt, während der Exposition ein hohes Angstniveau und eine kurzzeitige Verschlimmerungen der Symptome zu tolerieren. Da die PE auf die Reduktion von Angstreaktionen abzielt, ist sie möglicherweise weniger wirksam für Patientinnen, deren primären emotionalen Reaktionen andere als Angst, sondern z.B. Ekel oder Scham sind.

Für die Behandlung der PTB wird als *Verfahren der Angstbewältigung* am häufigsten das ursprünglich von Meichenbaum (1974) entwickelte Streß-Impfungs-Training (SIT) eingesetzt. Dieses Training besteht aus Entspannungsverfahren, Gedankenstopp und geleitetem Selbstdialog. Die Wirksamkeit dieses Verfahrens wurde in einer kontrollierten Studien an Opfern sexueller Gewalt (Resick et al. 1988) überprüft. Dort fanden sich moderate, aber signifikante Verbesserungen in Selbstbeschreibungsinstrumenten zur PTB im Vergleich zur Warteliste-Zusatzgruppe (s. Tab. 1.5).

Es existieren nur wenige Studien zur Nützlichkeit der *Systematische Desensibilisierung* (SD) (Bowen & Lambert, 1986, Pensiton, 1986), die meist außerdem methodische Schwächen aufweisen (Frank & Stewart, 1983, 1984; Frank, 1988). Die SD scheint anderen Verfahren nicht überlegen zu sein und wurde zudem als Therapieverfahren zur Behandlung der PTB und anderen Angststörungen zugunsten von Expositionstherapien fast gänzlich aufgegeben. Aus diesem Grund wird dieses Verfahren nicht weiter beschrieben. Als voll-

kommen unbrauchbar haben sich Biofeedback und Entspannungsverfahren bei der Therapie der PTB erwiesen und werden daher auch nicht beschrieben (Foa et al. 2000). Ebenso scheinen Selbstbehauptungstrainings wenig wirksam zu sein (Foa et al. 2000).

Das *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*, verbindet als Expositionsverfahren Desensibilisierung mit kognitiver Neubewertung und wiederholten, regelmäßigen Augenbewegungen (Shapiro & Forrest, 1997, Hofmann, 1999). Bisher erwies sich das EMDR als wirksam wie aus der oben referierten Effektstärke hervorgeht. Derzeit herrscht noch Uneinigkeit über die Notwendigkeit der bilateralen Augenbewegungen. In einer gut kontrollierten Studie wurden Opfer von Vergewaltigung mit EMDR behandelt und mit einer Warteliste-Zusatzgruppe verglichen (Rothbaum, 1997). Die PTB reduzierte sich in der Experimentalgruppe sowohl in den standardisierten Maßen als auch in den Bewertungen blinder Evaluatoren und blieben in einer Nachuntersuchung nach drei Monaten stabil, die PTB in der Zusatzgruppe veränderte sich nicht. Zwei Studien, die den differentiellen Effekt der Augenbewegungen untersuchten, fanden keinen eigenständigen Beitrag dieses für das EMDR zentralen Therapiebausteines (Renfry & Spates, 1994, Pitman et al., 1996). Ein Überblick über kontrollierte Wirksamkeitsstudien mit EMDR als ein therapeutisches Verfahren finden sich bei Hofmann (1999). Die von Vertretern des EMDR erwartete Überlegenheit gegenüber anderen etablierten Verfahren ist noch nicht belegt. Bisherigen Studien mangelt es an dem Vergleich mit erwiesenermaßen wirksamen Verfahren (z.B. der verlängerten Konfrontationstherapie, dem Streß-Impfungs-Training oder der Cognitive Processing Therapy).

#### *Andere psychotherapeutische Verfahren*

Die *psychodynamisch ausgerichtete Psychotherapie* hat bis heute noch kein systematisches Therapiekonzept entwickelt, das das psychodynamische Vorgehen bei der PTB beschreiben würde. Einige wenige Studien legen ihrer Therapie die Traumatheorie von Horowitz (1976) zugrunde. Methodische Mängel wie fehlende Kontrollgruppen (z.B. Cryer & Beutler, 1980) oder fehlende objektive Maße (z.B. Perl, Westin & Peterson, 1985), bzw. Einbezug von Patienten, die das A-Kriterium des DSM nicht erfüllen (Brom, Kleber & Defres, 1989, Marmar & Freeman, 1988), erschweren die Interpretation der berichteten Ergebnisse. Dieser Umstand wird auch durch die Meta-Analyse von Van Etten et al. (1998) gestützt, da dort nur eine einzige psychodynamische orientierte Therapie die Einschlusskriterien erfüllt. Dabei handelt es sich um die Studie von Brom et al. (1989). Nach Brom et al. (1989) ist eine Psychodynamische Therapie, systematischer Desensibilisierung und Hypnotherapie und Expositionstherapie unterlegen. In einer späteren Untersuchung profitierten Opfer sexuellen Missbrauchs in der Kindheit von einer Interpersonellen-Prozess-Therapie (Cloitre, Scarvalone & Difede, 1997). In bundesdeutschen stationären Settings findet die

tiefenpsychologisch orientierte, traumazentrierte Psychotherapie nach Reddemann (2001) weite Verbreitung. Deren empirische Überprüfung steht allerdings noch aus.

Das sogenannte *Mitchell-Debriefing* (Everly, Lating & Mitchell, 2000) zielt als Gruppenverfahren darauf ab im direkten Anschluss an ein traumatisches Ereignis in einer Sitzung den betroffenen Personen die Möglichkeit zu geben, ihre Erfahrungen zu organisieren, zu normalisieren und erste professionelle Unterstützung zu erhalten. Die empirischen Untersuchungen hierzu können *nicht* belegen, dass eine spätere psychopathologische Entwicklung bei den Betroffenen verhindert werden kann (Foa et al., 2000). Im Gegenteil scheint das Debriefing für Personen, die initial schon starke posttraumatische Reaktionen zeigen, eine Verschlimmerung der Symptomatik zu provozieren. Für Personen mit leichter Symptomatik macht es hingegen keinen Unterschied, ob sie an einem Debriefing teilgenommen haben oder nicht (Mayou, Ehlers & Hobbs, 2000). Die Verschlimmerung für Initial schon hoch belastete Personen wird mit einer möglichen Störung des normalen kognitiven Heilungsprozesses erklärt. Im Gegensatz zu den kritischen Befunden bezüglich der PTB sind die Teilnehmer zufrieden mit dieser psychologischen Soforthilfe und profitieren auf andern Störungsmaßen als der PTB (z.B. weniger emotionale Belastung, höhere Zufriedenheit mit dem Alltag, weniger subjektive körperliche Einschränkungen, Mayou et al., 2000).

### 1.5.2 *Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch*

Therapeutische Interventionen, die primär auf der Exposition als Wirkfaktor basieren, sind in der Literatur besonders für chronisch und früh traumatisierte Personen umstritten. Dagegen beginnt die Expositionstherapie (z.B. nach Foa, 1998) sich entsprechend den Empfehlungen der International Society of Traumatic Stress Studies (Foa et al., 2000) - unter Einschränkungen- für im Erwachsenenalter traumatisierte Menschen als das Verfahren der Wahl durchzusetzen. Auf Seiten der Kritiker der Expositionstherapie wird argumentiert, eine zu frühe Konfrontation mit traumatischem Material sei re-traumatisierend und würde eine psychische Dekompensation bewirken (Herman, 1992b) und sei bei Opfern sexuellen Missbrauchs wegen der oft komorbiden Depression (Resick et al., 1992) und der Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten kontraindiziert (Solomon, 1997). Es gibt derzeit noch keine empirischen Belege für die zwingende therapeutische Notwendigkeit einer *vollständigen* Rekonstruktion früher Missbrauchserfahrungen. Verschiedene Autoren mahnen ein behutsameres Vorgehen an (Van der Hart & Nijenhuis, 1995, Meichenbaum, 1994). Einige dieser Autoren schlagen eine sequentielle therapeutische Vorgehen vor dem Hintergrund einer stabilen und sicheren Beziehung zur Therapeutin vor, dass den Bedürfnissen der Patientinnen im Heilungsprozess entgegenkommen soll (Herman, 1992b, Wolfsdorf und Zlotnik 2001). Tabelle 1.6 skizziert therapeutische Ansätze, die speziell für erwachsenen Opfer von sexuellem Missbrauch entwickelt wurden.

Tabelle 1.6 Therapiemodelle für Opfer sexuellen Missbrauchs mit PTB.

<b>„Three fundamental stages of recovery“ (Herman, 1992b)</b>	
Therapieziele und –bausteine	Empirische Belege:
1) Herstellung von Sicherheit: Hier und Jetzt Orientierung, selbstfürsorgliche Verhaltensweisen aufbauen. Offene, nicht zeitlich begrenzte Gruppe.	Keine empirischen Befunde vorhanden.
2) Re-Konstruktion des Traumas „Erinnern und Trauern“, vergangenheitsorientiert. Geschlossene, zeitlich begrenzte Gruppe.	
3) Wiederherstellung der Verbindung zwischen dem Opfer und seiner sozialen Umwelt . Offene, zieloffene interpersonelle Gruppe, nicht zeitlich begrenzt.	
<b>„Affekt-Management-Group“ (Wolfsdorf &amp; Zlotnik, 2001)</b>	
Therapieziele und –bausteine	Empirische Belege:
Re-Konstruktion verzerrter Überzeugungen über aktuelle Schwierigkeiten und traumabezogene Affekte. Stressbewältigung.	Evaluation: Reduktion der PTB, Dissoziation, Depression. Gruppe ist als Zusatzangebot der Einzeltherapie überlegen.
<b>„Imagery rescripting and reprocessing therapy for survivors of sexual abuse“ (Smucker, 1999)</b>	
Therapieziele und –bausteine	Empirische Belege:
Exposition mit traumatischen Erinnerungen, Entwicklung von Bewältigungsbildern und Aufbau von Selbstberuhigungs- und besänftigungskompetenzen.	Keine empirischen Befunde vorhanden.
<b>“Emotion Focused Therapy” (Paivio &amp; Nieuwenhuis, 2001)</b>	
Therapieziele und –bausteine	Empirische Belege:
Modifikation traumatischer Erinnerungen, maladaptive Erfahrungen zugrunde liegen. Förderung adaptiver, bisher gehemmter Emotionen. Therapeutische Beziehung wird als spezifischer korrekativer Therapiefaktor genutzt.	Verbesserungen in versch. Symptomaßen, interpersonellen Problemen, aktuellen missbrauchsbezogenen Probleme, Selbstakzeptanz.
<b>Therapiemodell für Dissoziative Identitätsstörung (Kluft, 1993)</b>	
Therapieziele und –bausteine	Empirische Belege:
Psychoedukation über die Diagnose, Stabilisierung, Kommunikation, Kooperation. Verarbeitung der Traumatisierung Resolution, Integration und Entwicklung von Bewältigungsfertigkeiten.	Keine empirischen Befunde vorhanden.
<b>„Seeking Safety“ (Najavits, Weiss, Shaw &amp; Muenz, 1998) Gruppentherapie für multiple traumatisierte Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.</b>	
Therapieziele und –bausteine	Empirische Belege:
Abstinenz, Abbau selbstverletzender Verhaltensweisen, Aufbau eines stabilen sozialen Stützsystems, Aufbau funktionalen Sicherheitsverhaltens	Evaluation: Verbesserungen bzgl. Depression, kognitiver Verzerrungen, Abhängigkeitserkrankung.

Tabelle 1.6 Therapiemodelle für Opfer sexuellen Missbrauchs mit PTB (Fortsetzung) .

<b>Gruppentherapie für erwachsene Opfer sexuellen Missbrauchs in der Kindheit</b> (Zaidi, 1999)	
Therapieziele und –bausteine	Empirische Belege:
Sequentiell gestuftes Gruppenprogramm mit den Bausteinen: Kohäsion und Vertrauensaufbau, Psychoedukation über sexuellen Missbrauch, Exploration der Familiendynamik, Verarbeitung traumatischer Erinnerungen auf affektiver und kognitiver Ebene, Ärgerausdruck, Diskussion rechtlicher Aspekte und Zukunftspläne.	Keine empirischen Befunde vorhanden.
<b>Traumatherapie nach Reddemann</b> (Reedemann, 2001)	
Therapieziele und –bausteine	Empirische Belege:
<i>Stabilisierungsphase:</i> Bewältigungsmuster anerkennen, Psychoedukation, heilsame Imaginationen und Kognitionen, Erlernen von Affektregulierung u –differenzierung, Sicherheit aufbauen, Ressourcen stärken, liebevollen Umgang mit Körper lernen, kontrollierten Umgang mit traumat. Erfahrungen erlernen. <i>Psychotherapie auf der inneren Bühne:</i> Umgang mit Täterintrojekten, Umgang mit dem inneren Kind. <i>Traumakonfrontation:</i> Exposition mit gezielten Dissoziationstechniken, inneren Trost anregen, Stabilisierung, Beobacherteknik <i>Integration und Neubeginn.</i>	Keine empirischen Belege vorhanden.

Die hier skizzierten Modelle machen noch einmal deutlich, dass die Spätfolgen von frühen Traumatisierungen weit über die PTB hinausgehen und daher Therapieziele in den meisten Programmen neben der PTB auch komorbide Erkrankungen und Probleme beinhalten. Es wird ebenfalls ersichtlich, dass diese Therapieansätze zum größten Teil noch nicht empirisch überprüft sind oder noch keine generalisierbaren Ergebnisse vorliegen. Insgesamt fehlen bis heute zudem systematische Studien über Einzel- und Gruppentherapien mit erwachsenen Opfern von sexuellem Missbrauch, während Gruppen erwachsener Opfer, insbesondere Vietnam-Veteranen und vergewaltigte Frauen gut untersucht sind. Dies reflektiert den heutigen Forschungsstand, wonach für komplexere Probleme traumatisierter Personen noch wenig Behandlungswissen existiert (Foa et al., 2000). Im Unterschied zu den Expositionstherapien verzichten die meisten der in Tabelle 1.6 dargestellten Verfahren auf eine ausführliche Re-Konstruktion der traumatischen Erfahrungen, oftmals steht zunächst die Stabilisierung der Patientinnen und Reduktion der komorbiden Symptomatik im Vordergrund. Zudem besteht bei einigen Verfahren eine Verzahnung von Einzel- und Gruppentherapie (Zaidi, 1999, Najavits et al., 2000). Es gibt in der empirischen Literatur leider noch keine Richtlinien, in wieweit eine Konfrontation in sensu, wie es das Verfahren der Wahl für im Erwachsenenalter ist, auch auf die Gruppe der in der Kindheit traumatisierten Menschen angewendet werden kann und soll bzw. wie ausführlich traumatische Erinnerungen in der Therapie rekonstruiert werden müssen (Linehan, 1993). Ein Verfahren, das diese Kritikpunkte an der Expositionstherapie aufgreift, ist die *Kognitive Verar-*

*beitungstherapie* (Cognitive Processing Therapy, CPT, Resick & Schnicke, 1993). Sie wurde entwickelt, um die Behandlungserfordernisse für erwachsene Opfer von Vergewaltigung zu erfüllen. Die theoretische Grundlagen bildet das Modell von McCann et al. (1988), welches in 1.3.3 beschrieben wurde. Dieses Verfahren zielt auf die Reduktion der PTB und komorbider depressiver Störungen ab, indem die Opfer angeleitet werden, die traumatische Erfahrung zu akzeptieren, das Trauma vollständig zu verarbeiten und existierende kognitive Schemata durch die Aufnahme neuer Informationen zu akkomodieren. Dabei sollen die Opfer angeleitet werden, die schädliche Assimilation traumatischer Informationen aufzugeben und alte Schemata zu akkomodieren ohne zu überakkomodieren. Im Einzelnen werden die Bereiche Intimität, Sicherheit, Macht/Kompetenz, Vertrauen und Selbstwert (McCann et al., 1988) bearbeitet. Zusätzlich bearbeitet werden die Bereiche Selbstvorwürfe, Ungeschehen machen und negative Überzeugungen zu Vergewaltigung, die ebenfalls von einer Traumatisierung betroffen sein können. Letztlich sollen die Betroffenen realistischere Überzeugungen über sich, die Welt und ihre Zukunft erwerben, die nicht völlig durch das Trauma gefärbt sind. Um die Verarbeitung des Traumas zu ermöglichen, verbindet dieses Verfahren Psychoedukation, kognitive Verfahren und Exposition. Die Exposition besteht in der Anfertigung eines schriftlichen Traumaberichtes und des Vorlesens bzw. Bearbeitens dieses Berichtes in der Gruppe oder in der Einzeltherapie. Im Unterschied zu der PE dient die Exposition nicht primär der Löschung der Furchtstruktur, sondern sie soll dysfunktionale Überzeugungen der Bearbeitung zugänglich machen. Die CPT sieht in der Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen, die Möglichkeit der Aktivierung zugrundeliegender kognitiver Schemata. Damit ist es von der Ausrichtung eher als ein kognitives Verfahren zu sehen. Die CPT verarbeitet die traumatischen Erfahrungen auf verbaler Ebene. Damit werden sekundäre kognitive Verarbeitungsmechanismen aktiviert unter denen die Aktivierung verbaler Kognitionen durch Schreiben oder Reden zur linguistischen Verarbeitung von Gefühlen und Gedanken zu einem Erlebnisinhalt verstanden wird (Smucker, 1999). Dies steht im Gegensatz zu der primären kognitiven Verarbeitung also der mentalen Aktivierung von visuellen und auditiven Sinneseindrücken, die beispielsweise der Imagination von Erfahrungen zugrunde liegt. In dieser Akzentuierung unterscheidet sie sich deutlich von der Expositionstherapie nach Foa (1998), die in der Exposition in sensu und vivo den zentralen Wirkmechanismus sieht und auf eine kognitive Bearbeitung traumarelevanter Kognitionen gänzlich verzichtet. Das CPT-Programm besteht aus zwölf Sitzungen, die von zwei Therapeutinnen geleitet werden. Die CPT kann im Einzel- wie im Gruppenformat durchgeführt werden. Kürzlich wurde die CPT für die Opfer sexuellen Missbrauchs modifiziert (CPT-SA; Chard, Weaver & Resick, 1997). Dieses neue Verfahren unterscheidet sich sowohl im Format von der ursprünglichen CPT, als auch in der Anzahl der Sitzungen und in der Hinzufügung inhaltlicher Themen, wie sie für Opfer sexuellen Missbrauchs typischerweise vorkommen. Tabelle 1.7 skizziert die beiden Verfahren:

Tabelle 1.7: Schematische Darstellung der Inhalte und der Ablaufes der CPT und CPT-SA

Cognitive Processing Therapy für Opfer von Vergewaltigung im Erwachsenenalter. (CPT, Resick et al., 1993)	Cognitive Processing Therapy für Opfer sexuellen Missbrauchs. (CPT-SA, Chard et al., 1997)
<i>Format:</i>	
12 Sitzungen über 6 Wochen  Gruppen- oder Einzeltherapie Informationsverarbeitungstheorie	26 Sitzungen über 17 Wochen (17 Gruppen-, 9 Einzelsitzungen) Gruppen- und Einzeltherapie Informationsverarbeitungstheorie, Entwicklungstheorie und Selbsttheorien
<i>Exposition:</i>	
Wiederholtes Schreiben und Lesen von Traumaberichten.	Wiederholtes Schreiben und Lesen der 2-3 schlimmsten Missbrauchserfahrungen.
<i>Kognitive Verfahren:</i>	
Bearbeitung kognitiver diskrepanter Schemata und Konzentration auf die Verbindung von Gefühlen und Gedanken	Bearbeitung kognitiver diskrepanter und kongruenter Schemata und Konzentration auf die Verbindung von Gefühlen und Gedanken.
<i>Kognitive Inhalte</i>	
Sicherheit, Vertrauen, Macht/Kompetenz, Selbstwert und Intimität	Sicherheit, Vertrauen, Macht/Kompetenz, Selbstwert und Intimität. Bearbeitung des Einflusses des Missbrauchs auf die eigene Entwicklung.
<i>Andere Techniken:</i>	
	Elemente aus Selbstsicherheitstrainings, Diskussion sexueller Probleme und sexueller Identität.

### Wirksamkeit der CPT

Resick & Schnicke (1993) evaluierten die Behandlung von 36 Vergewaltigungsopfer im Gruppensetting und neun Betroffene im Einzelsetting mit der CPT. Die PTB Symptome reduzierten sich sehr stark zwischen Beginn und Ende der Therapie, verbesserten sich im follow-up nach drei Monaten und blieben im follow-up nach sechs Monaten stabil. Ebenso positiv veränderte sich die komorbid bei 22 Frauen vorliegende Major Depression. Von den im Einzelsetting behandelten Frauen erfüllte nur noch eine Frau die Kriterien der PTB und der Major Depression am Ende der Therapie und im follow-up. Die Effektstärke beträgt im Anschluss an die Therapie  $d=.85$  (.63-1.07) und im follow-up  $d=.96$  (.74-1.2) (Sherman, 1998). Resick und Kolleginnen berichten in dieser Untersuchung nicht über Veränderungen der kognitiven Bereiche nach McCann et al. (1988), die in der Therapie explizit behandelt werden. Allerdings konnten sie anderenorts belegen (Mechanic & Resick, 1993), dass kognitive Verzerrungen in den Bereichen Sicherheit, Vertrauen und Intimität das Ausmaß der PTB drei Monate nach der Traumatisierung vorhersagen. Zudem zeigen Frauen mit ausge-



prägender PTB zwei Wochen nach der Traumatisierung stärkere Verzerrungen in den meisten dieser Variablen. Zudem verändern sich diese kognitiven Variablen signifikant mit der CPT (Resick et al. 1991). Zur Überprüfung der Wirksamkeit liegt zur Zeit nur eine kontrollierte Studie an 19 Vergewaltigungsopfern und einer Warteliste-Zusatzgruppe vor (Resick & Schnicke, 1992). Die Werte der PTB Skala reduzierten sich in der Experimentalgruppe um 40%, in der Zusatzgruppe jedoch nur um 1,5 %. Aufgrund dieser empirischen Ausgangslage stellt es eine Herausforderung dar, im Rahmen der Evaluation und Qualitätssicherung des eigenen klinischen Arbeitens die Wirksamkeit der in der Psychosomatischen Fachklinik, St. Franziska Stift in Bad Kreuznach durchgeführte Trauma-Therapie zu evaluieren.

### **1.6 Hypothesen zur empirischen Evaluation eines Behandlungsprogramms „Traumabewältigung“ und der Bedeutung kognitiver Faktoren an der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung**

Die empirischen Belege zu der Bewältigung von sexuellem Missbrauch in der Kindheit im speziellen und sexueller Gewalt im allgemeinen sind also noch, v.a. allem was die stationäre Gruppenbehandlung angeht, sehr schmal bzw. nicht existent. Zudem gilt das Interesse bei der Untersuchung von Traumafolgen generell in der Regel im Erwachsenenalter traumatisierten Personen, während die Spätfolgen von bereits viele Jahre zurückliegenden traumatischen Erfahrungen weniger Eingang in die klinisch-psychotherapeutische Forschung gefunden haben.

Die meisten bisher durchgeführten Studien lassen keine Generalisierungen für die Gesamtheit aller traumatisierten Personen zu, da es sich bei den Untersuchungsteilnehmern um selektierte Gruppen traumatisierter Personen handelt. Es existiert noch keine Untersuchung mit den wirksamen Verfahren, die Opfer sexuellen Missbrauchs behandeln. Studien konzentrieren sich entweder auf erwachsene Opfer (z.B. Foa, 1991, Foa et al., 1997) bzw. schließen solche, die in der Kindheit missbraucht wurden, explizit aus (z.B. Resick, 1993, Tarrrier, 1997). Daneben beschränken andere Selektionsmerkmale die Ergebnisse: Foa et al. (1991) schließt zum Beispiel aus ihrer Untersuchung Frauen aus, die noch Kontakt zu dem Täter haben und die von einem Täter, aus dem näheren Umfeld traumatisiert wurden. Resick et al. (1993) schließt explizit Frauen aus, die unter einer konkurrierenden Komorbidität (z.B. Alkoholmissbrauch) leiden. Erst in neuerer Zeit werden heterogenere Traumapopulationen untersucht (Marks et al., 1998). Die Gruppe der in der Kindheit missbrauchten Patientinnen ist aber immer noch eine vernachlässigte Gruppe. Wie unter Kap.1 beschrieben wurde, ist der sexuelle Missbrauch zum einen ein hochprävalenter Stressor und zum zweiten stellt er ein hohes Risiko zur Entwicklung der PTB dar. Dies macht es dringend nötig, vorhandene Behandlungsmethoden an dieser Gruppe anzuwenden, die Ergebnisse zu dokumentieren und mögliche Modifikationen dieser Methoden entsprechend den Behand-

lungserfordernissen dieser Gruppe zu diskutieren. Für den deutschen Sprachraum liegen keine evaluierten Studien über kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme mit Patientinnen mit der PTB vor. Gelegentlich werden jedoch einzelne stationäre Programme beschrieben (Vogelgesang, Eymann & Engel, 1998).

### *1. Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung: Evaluation eines Therapieprogramms.*

Vorrangiges Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es daher, an einer nicht-kontrollierten in einem naturalistischen Setting konsekutiv aufgebauten Stichprobe, explorativ zu untersuchen, inwieweit sich sowohl die kognitiven Aspekte als auch die PTB in einem Prä-Post-Katamnese-Design durch eine kognitiv-behaviorale Behandlung verändern.

## ***Hypothesen zur Evaluation eines Therapieprogramms***

### *Veränderung der PTB*

Im Einzelnen wird erwartet, dass sich durch die spezifische Intervention die Symptomatik der PTB signifikant reduziert und dass die erreichte Symptomreduktion im gewählten Katamnesezeitraum stabil bleibt. Zudem wird erwartet, dass die spezifische Intervention für alle Patientinnen die gleichen Symptomreduktionen erreicht, unabhängig von der Traumatisierungskategorie zu denen sie gehören. Therapieerfolgskriterien und das gewählte therapeutische Verfahren werden im folgenden Kapitel beschrieben.

### *Traumatische Schwere*

Ausgehend von den in Kapitel 1 dargelegten theoretischen Grundlagen werden zunächst ausgewählte objektive Merkmale der erfahrenen Traumatisierung der Untersuchungsstichprobe dargestellt. Insbesondere kognitive Modelle, die Grundlage dieser Arbeit sind, sehen in der *Traumatische Schwere* keinen varianzstarken Faktor, verlangen aber dessen Erfassung zur Erhärtung der Hypothese, dass sowohl die PTB als auch kognitive Veränderungen keine Epiphänomene des Stressors sind. Es wird vermutet, dass subjektive Bewertungen des Traumas objektiven Merkmalen als Bedingungen der Aufrechterhaltung der PTB überlegen sind. Das Ziel ist es also zu überprüfen, ob verschiedene Merkmale der Traumatisierung Unterschiede in dem Ausmaß der PTB und den kognitiven Variablen nach sich ziehen.

*Hypothese:* Leitende Hypothese ist dabei, dass diese Merkmale nur geringfügige Varianzanteile erklären sollten. Entsprechend dem skizzierten Stand der Forschung werden dabei folgende Merkmale als objektive Ereignismerkmale untersucht: das Alter zu Beginn der Traumatisierung, das Vorliegen multipler Traumatisierungen, der Beziehungsgrad zu dem

Täter oder den Tätern, die erinnerte ungefähre Häufigkeit der Übergriffe, die zeitliche Erstreckung der Traumatisierung und die Anzahl der Täter.

*Die Bedeutung der Veränderung kognitiver Faktoren für die Behandlung der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung.*

Im Rahmen kognitiv-behavioraler Modelle werden spezifische Annahmen über die Bedeutung kognitiver Variablen an der PTB getroffen. Diese Modelle sprechen übereinstimmend der kognitiven Verarbeitung traumarelevanter Bereiche eine höhere Prädiktionskraft hinsichtlich kognitiver Veränderungen und der aktuellen Belastung bzw. der spontanen Remission nach traumatischen Erfahrungen zu als objektiven Faktoren. Das Modell der psychologischen Adaptation nach Opfererfahrungen (McCann et al. 1988, Resick et al., 1991, s. Abb. 1) beispielsweise erwartet einen engen Zusammenhang zwischen den skizzierten Aspekten des Selbst-Schema, des Andere-Schema und der PTB. Entsprechend dieser Modellvorstellung erwartet die CPT (Kap. 3) eine Reduktion der PTB durch adaptive Veränderungen der betroffenen kognitiven Aspekte. Bisherige Studien untersuchen diese kognitiven Faktoren an relativ homogenen Stichproben (z.B. sexuell missbrauchte Frauen, Wenninger, 1994). Dort wird ein hoher Zusammenhang dieser Kognitionen mit der PTB berichtet. Im Sinne der Modelle zur Entstehung der PTB wird davon ausgegangen, dass die unterschiedlichsten Formen von Traumatisierungen zu ähnlichen kognitiven Verzerrungen führen werden. Es fehlen derzeit Untersuchungen an heterogeneren klinischen Stichproben.

*Hypothesen:*

Im Zentrum des Interesses steht die Überprüfung der Relevanz dieser von McCann et al. (1990) beschriebenen Faktoren an einer klinischen Population von in der Regel bereits in der Kindheit traumatisierten Patientinnen. Aus klinischer Sicht ist hierbei von Interesse, inwieweit diese kognitiven Faktoren eine prognostische Relevanz für die Behandlung der chronischen PTB an einer heterogenen Stichprobe im stationären Setting haben. Die Wahl dieser kognitiven Bereiche leitet sich aus der Wahl des noch zu besprechenden Verfahrens ab. Bisher ist zudem unbekannt, welche dieser kognitiven Variablen prädikative Bedeutung für die Veränderung bzw. die Persistenz der PTB zukommt. Diese Frage soll im Rahmen logistischer Regressionen geklärt werden. Zunächst wird erwartet, dass die zur Diskussion stehenden dysfunktionalen Kognitionen bei der untersuchten Stichprobe in hohem Maße vorhanden sind und sich durch die spezifische Intervention der Art verändern, dass es zu funktionaleren Selbstbeschreibungen der Patientinnen kommt. Entsprechend der Modellannahme, dass dysfunktionale traumarelevante Kognitionen in inhaltlichem Zusammenhang mit der PTB stehen, wird erwartet, dass dieser Zusammenhang der hier untersuchten Variablen mit der PTB mindestens moderat ist. Dementsprechend wird erwartet, dass das

Ausmaß der Veränderungen der PTB abhängig von der Veränderung der Kognitionen ist, die in mindestens moderatem Zusammenhang mit der PTB stehen. Da zu erwarten ist, dass die Patientinnen sich in ihren Traumatisierungsmerkmalen unterscheiden, wird untersucht, ob sich die erwarteten Veränderungen bzgl. der PTB und den kognitiven Variablen hinsichtlich dem Vorliegen sexuellen Missbrauchs, wiederholter Traumatisierung in verschiedenen Lebensphasen oder erstmaliger Traumatisierung im Erwachsenenalter unterscheiden.

## *2. Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung: Die Bedeutung kognitiver Faktoren für die chronische PTB*

Im Zentrum einer zweiten Fragestellung stehen Hypothesen, die sich aus den Modellvorstellungen zur chronischen PTB aus der Arbeitsgruppe von Ehlers, Clark und Foa (1999, Ehlers & Clark, 2000) ergeben. Es sollen kognitive Faktoren in ihrer Bedeutung für die posttraumatische Belastung der untersuchten Patientinnen gegenüber von normalgesunden Personen ohne Behandlungsanliegen und Personen mit traumatischen Erfahrungen aber ohne PTB untersucht werden. Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

### *Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)*

Foa, Clark, Ehlers, 1995, legen mit dem PTCI (dt. Übersetzung: Ehlers & Boos, 1997) ein Inventar vor, das dysfunktionale Beschreibungen umfasst, die für traumatisierte Patientinnen charakteristisch sein sollen. In dieser Untersuchung wird der Fragebogen erstmals in einer deutschsprachigen Version eingesetzt. Es soll überprüft werden, ob sich die von Foa et al. (1995) faktorenanalytisch extrahierte Skaleneinteilung (dysfunktionale Kognitionen zu dem eigenen Selbst, der Welt, Selbstvorwürfe) replizieren lässt und inwieweit diese Faktoren die Schwere der chronischen PTB vorhersagen können.

### *Sich Aufgeben*

Für die *Schwere der Belastung* nach einem Trauma sind ebenfalls die subjektiven Wahrnehmungen während des Traumas in die Aufmerksamkeit gerückt. Es ergibt sich die Frage, ob es einen Gegenpol zum dem varianzstarken Faktor *Sich Aufgeben* gibt, der eher den Erhalt der psychischen Integrität erfasst? Da die Variable „*Sich Aufgeben*“ als ein Verlust der psychologischen Autonomie definiert ist (Boos et al., 1998), wird als Gegenpol der Begriff der Autonomie Geisteshaltung definiert. Diese Variable soll den Erhalt der Willensfreiheit und psychischen Integrität während eines Traumas operationalisieren. In einer ersten Studie dazu zeigten inhaltsanalytische Auswertungen, dass dieser Faktor mit der Schwere der PTB negativ assoziiert ist (Boos et al., 1998; Ehlers, Maercker & Boos, 2000). Für diese

vorliegende Studie wird dieser Faktor standardisiert erfasst, in dem eine Fragebogenskala hierfür entwickelt wurde. Aus dem dargestellten Modellen kann insgesamt abgeleitet werden, dass diese kognitiven Variablen eng mit der Symptomatik der PTB zusammenhängen sollten. Es ist zu erwarten, dass die Zustimmung zu dem Faktor Sich Aufgeben ein Risikofaktor für die Entwicklung einer chronischen PTB bei interpersonell traumatisierten Personen darstellen sollte, während der Faktor Autonome Geisteshaltung eher dagegen schützen sollte und damit eher von Personen berichtet werden, die einen traumatischen Stressor erlebt haben, ohne aktuell an der PTB zu leiden.

### *Negative Implikationen aus den Gedanken während des Traumas*

Aus der klinischen Praxis und der empirischen Literatur wird deutlich, dass traumatisierte Personen das Trauma nicht als etwas erleben, das abgeschlossen ist und sie nicht mehr beeinflusst, sondern unter dem Eindruck einer bleibenden Schädigung oder Bedrohung stehen. Vorausgehende Studien belegen, dass zum Beispiel der Eindruck der negativen dauerhaften Veränderung mit der chronischen PTB positiv assoziiert ist (Ehlers et al., 1998, Boos et al., 1998). Bisher wurde nicht überprüft, wie traumatisierte Personen, ihre Gedanken, die sie während des Traumas hatten, bewerten. Bisherige Studien wiesen dem Faktor „Sich Aufgeben“ eine bedeutende Rolle bei der Entstehung der PTB (Boos, et al. 1998, Dunmore et al., 1999) und der Zugänglichkeit zur Konfrontationstherapie zu (Ehlers et al., 1998). Bisher wurde argumentiert, dass „Sich Aufgeben“ sei deshalb ein pathogener Faktor, da er der Person ihre eigene Schwäche und Niederlage vermittele und möglicherweise retraumatisierend wirke (Ehlers 1999, Dunmore et al., 1999). Dieser Argumentation zu Folge müssten die betroffenen Personen deutliche negative Bewertung dieser Gedanken vornehmen, die besonders die eigene Person, ihre Wertigkeit und Kompetenz betreffen. Dagegen dürften Personen, die nicht von dem Sich Aufgeben berichten, sondern vielmehr ihre psychische Integrität gewahrt sahen, solche negativen Bewertung in geringerem Ausmaß wahrnehmen. Diese Hypothesen wurden bisher nicht empirisch überprüft. Für diese Untersuchung steht damit der Zusammenhang zwischen diesen Gedanken während des Traumas (Sich Aufgeben) mit heutigen negativen Bewertungen dieser Gedanken und der aktuellen PTB im Zentrum des Interesses. Für den Kontext dieser Arbeit werden solche Implikationen erstmals operationalisiert. Bei der Untersuchung kognitiver Verzerrungen in Folge einer Traumatisierung sind damit folgende Fragen von Interesse: Wie wird die Traumatisierung im aktuellen Leben beurteilt, welche Implikationen für das heutige Leben sehen die Patientinnen aus den während der Traumata erinnerten Gedanken und Gefühlen ?

### *Posttraumatisches Vermeidungsverhalten*

Für die meisten Modelle von Angststörungen wird *Vermeidungsverhalten* als zentral für die Aufrechterhaltung der Störungen gesehen. Das Modell der chronischen PTB (Ehlers & Clark, 2000) postuliert, dass traumatisierte Personen ihre Symptome und die subjektiv empfundene Bedrohung durch Kontrollstrategien einzudämmen versuchen. In der vorliegenden Untersuchung werden *negative Bewertungen der Symptome, gedankliche Versuche, das Trauma aus dem Gedächtnis zu löschen oder nachträglich zu verändern* und *Sicherheitsverhalten*, also behaviorale Strategien, die dazu dienen sollen, sich sicher zu fühlen, erhoben. Das Ausmaß und die Art kognitiver und behavioraler Vermeidung müsste modellgemäß eng mit der negativen Interpretation der Symptome und dem Verlauf der Traumatisierung zusammenhängen. Jede dieser Strategien müsste außerdem mit dem Ausmaß der PTB assoziiert sein. Aus der Analyse dieser Fragestellung ergeben sich dann wiederum wichtige Informationen für die Therapieplanung. Insbesondere lassen sich daraus behaviorale Strategien ableiten, die bisher in den üblichen Therapiekonzepten noch vernachlässigt werden. Bei Bestätigung der Annahmen lägen insgesamt Hinweise vor, die für eine prognostische Einschätzung der Schwere der Traumatisierung und ihrer Folgen von Bedeutung sein könnten. Zudem könnte damit die bisher thematisierten Kognitionen eine sinnvoll Ergänzung erhalten.

## **2 Methode der Untersuchung**

In diesem Kapitel werden die methodischen Aspekte der empirischen Untersuchung dargestellt. Nach der Zielsetzung und Planung wird die Vorgehensweise bei der Datenerhebung beschrieben. Anschließend werden die verwendeten Messinstrumente mit den durchgeführten Skalenanalysen vorgestellt. Dann wird die Stichprobe ausführlich beschrieben. Das kognitiv-behaviorale Behandlungskonzept, das Grundlage der Hauptfragestellungen der Untersuchung ist, wird ausführlich erläutert.

### **2.1 Zielsetzung und Planung der Untersuchung**

Die Kernfragestellung der Arbeit ist es, an einer nicht-kontrollierten Stichprobe explorativ zu untersuchen, inwieweit sich sowohl die PTB als auch relevante kognitive Aspekte durch eine kognitiv-behaviorale Behandlung verändern und in einer katamnestischen Untersuchung nach drei Monaten stabil bleiben. Als *kognitiv-behaviorales Verfahren* wird die Cognitive Processing Therapy (CPT) nach Resick et al. (1993) in einem für die stationäre Psychotherapie modifizierten Format gewählt. Dieses Verfahren wird ausführlich dargestellt. Die Begründung für die Wahl dieses Verfahrens ergibt sich aus zwei Punkten. Die CPT ist das einzige nach wissenschaftlichen Kriterien entwickelte, manualisierte, kognitive *Kurzzeit-Gruppenprogramm für Patientinnen mit PTB*. Als Gruppenprogramm erfüllt es damit die Vo-

raussetzung der Einsetzbarkeit im Setting der stationären psychosomatischen Psychotherapie und Rehabilitation. Zum anderen gibt es keine vorbeschriebenen Behandlungsmanuale für die Behandlung von erwachsenen Patienten, die bereits in der Kindheit traumatisiert wurden. Dies macht den Rückgriff auf die CPT notwendig, die zunächst für im Erwachsenenalter traumatisierte Patientinnen entwickelt wurde. Damit ergibt sich die Unterfragestellung, ob die erwarteten Veränderungen in der PTB als auch in den dysfunktionalen Kognitionen über die heterogene klinische Stichprobe gleichverteilt auftreten. Damit könnten Aussagen getroffen werden, ob sich das Verfahren auf andere Gruppen traumatisierter Patientinnen, insbesondere solcher, die in der Kindheit traumatisiert wurden, anwenden lässt. Als *Kriterien* werden Störungsmaße und kognitive Variablen als spezifische Folgen der Traumatisierung erfasst. Als Maß der Beeinträchtigung durch das Trauma wird die Symptomatik der PTB erhoben, da dies als eine häufige zu vermutende Folge von Traumatisierungen bei der klinischen Stichprobe zu erwarten ist. Daneben werden allgemeinere psychopathologische Störungsmaße zur Beschreibung der Stichprobe erhoben. Die Statuserhebung der PTB ermöglicht die Analyse korrelativer Zusammenhänge zwischen der PTB auf der einen Seite und der therapeutischen Interventionen und kognitiven Variablen auf der anderen Seite. Zudem ergibt sich die Möglichkeit durch Veränderungsmessung Information über den Haupteffekt der Behandlung zu erhalten.

Als *Kriterium für einen Therapieerfolg* wird eine signifikante Reduktion der PTB definiert. Das für die Status- und Veränderungsmessung gewählte Instrument, die PSS-SR, eignet sich nicht nur zur Erstellung der Diagnose der PTB nach DSM-III-R, sondern ermöglicht auch eine Schweregradeinteilung. Nach Foa et al. (1999) empfiehlt sich ein cut-off von 18 und mehr Rohpunkten als Schweregrad-Indikator für eine schwere PTB. Dementsprechend leiden Personen mit einem Summenscore von kleiner 18 unter einer moderaten bzw. leichten PTB. Diese Einteilung wird für die vorliegende Studie aus folgenden Gründen übernommen: Die klinische Erfahrung und eine Untersuchung an traumatisierten Patientinnen der Fachklinik (Feifel, 1999) lassen erwarten, dass es sich bei der zu untersuchenden klinischen Population zu einem sehr großen Teil um bereits in der Kindheit traumatisierte Frauen mit einer schweren chronischen PTB handelt. Es verbietet sich also eine Dichotomisierung in eine Gruppe mit oder ohne PTB und legt eine Einteilung bezüglich der Schwere nahe. Dementsprechend dürfte es schwierig sein, eine Einteilung in Patientinnen mit einer remittierten, akuten oder chronischen PTB zu treffen, wie es in der Regel in anderen Untersuchungen getan wird (z.B. Dunmore et al., 1999, Maercker, 1998, Boos, 1998). Die Zellbesetzung in den beiden ersten Gruppen dürfte gering sein. Daher wird auf eine retrospektive Erfassung der Symptome verzichtet. Es wird nur der aktuelle Status der PTB zum Untersuchungszeitpunkt erhoben. Es ergibt sich damit die Möglichkeit, differentielle Aussagen für den Zusammenhang dysfunktionaler Kognitionen und dem aktuellen Ausmaß der PTB zu treffen, die über die Dichotomisierung „PTB Diagnose erfüllt oder nicht erfüllt“ hinausgeht. Ein Teil der Datenanalyse beschränkt sich auf die Patientinnen, die in der indikativen Gruppe „Traumabewältigung“ behandelt wurden. Diese Patientinnen werden im fol-

genden unter dem Begriff *Traumagruppe* zusammengefasst. Hierbei handelt es sich um die empirische Evaluation der Gruppe Traumabewältigung der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift in Bad Kreuznach. Dieser Teil der Untersuchung lässt sich durch ein varianzanalytisches Messwiederholungsdesign definieren, in dem drei Zeitpunkte der Datenerhebung mittels Fragebogen existieren. Das Fehlen einer Kontrollgruppe ist bei der Diskussion der Ergebnisse später zu beachten. Von Interesse ist ebenfalls anhand der Ergebnisse zu diskutieren, ob das gewählte therapeutische Verfahren die in der Literatur genannten Wirkfaktoren der psychotherapeutischen Traumabewältigung ausreichend realisieren kann.

Bei der Untersuchung sollen zunächst immer die univariaten Daten deskriptiv dargestellt werden. Es sind dabei folgende Daten von Interesse: die Art der traumatischen Erfahrungen der untersuchten Patientinnen, psychopathologische Störungsmaße dieser Patientinnen im Vergleich mit Referenzpopulationen aus der Literatur und das Ausmaß der Zustimmung in den erfragten dysfunktionalen Kognitionen. Soziodemographische Personenmerkmale (Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss und Erwerbsstatus), die die Stichprobe beschreiben, werden ebenfalls erhoben und werden bereits im Methodenteil der Untersuchung dargestellt.

#### *Spezifität kognitiver Variablen für Personen mit chronischer PTB*

Die Untersuchung soll also außerdem ermöglichen, die Bedeutung der Traumatisierung für das Ausmaß *dysfunktionaler Kognitionen* und der PTB zu erheben. Daher werden kognitive Variablen, die im Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung der PTB diskutiert werden, auch an einer Zusatzgruppe erhoben, die nicht unter PTB leiden und nicht Patienten der Fachklinik sind. Die Untersuchung dieser Gruppe hinsichtlich vorliegender Traumatisierung soll klären, ob die diskutierten Kognitionen spezifisch für Menschen mit einer chronischen PTB sind. Es wird also bestimmt, welchen Anteil der Varianz diese Faktoren an der PTB aufklären. Diese Ergebnisse werden zudem bezüglich möglicher Geschlechtseffekte und Depressivitätseffekte kontrolliert. Da sich die Patientinnen in der Dauer des Aufenthaltes in der Klinik bis zum Beginn der Gruppe Traumabewältigung unterscheiden wird ebenfalls der Effekt eines möglichen Vorbehandlung untersucht. Die für die empirische Evaluation der kognitiv-behavioralen Traumabehandlung eingeführte Schweregradeinteilung der PTB wird auch für diese Zusatzgruppe übernommen. Damit wird bei der Zusatzgruppe eine mögliche Konfundierung verschiedener Störungsgruppen (z.B. ohne PTB vs. remittierte PTB) in Kauf genommen. Für die Zusatzgruppe mit traumatischen Erfahrungen bedeutet dies also, dass nicht zu klären ist, in welchem Ausmaß es sich hierbei um von der PTB remittierte Personen handelt bzw. wie viele der Personen nie unter einer starken Symptombelastung litten. Die Untersuchung der Bedeutung dysfunktionaler Kognitionen und behavioraler Strategien an der chronischen PTB wurde als Kontrollgruppendesign angelegt. Patientinnen der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska Stift in Bad Kreuznach stellen die Gruppe der



traumatisierten Personen mit schwerer PTB da (Traumagruppe). Dazu wurde eine alters- und geschlechtsentsprechende Zusatzgruppe ohne Behandlungsanliegen untersucht. Eine Post-Hoc-Unterteilung der Zusatzgruppe nach dem Vorliegen eines Stressors, der das A-Kriterium nach DSM-IV erfüllt, ermöglicht eine Zweiteilung der Zusatzgruppe in eine Gruppe traumatisierter Personen und eine Gruppe belasteter Personen. Auch in diesem Untersuchungsteil werden zunächst bivariate Daten deskriptiv dargestellt. Hier interessieren folgende Daten: ein Vergleich der traumatischen Erfahrungen der Untersuchungsgruppen, ein Vergleich der aktuellen psychischen Belastung und das Ausmaß der Zustimmung zu dysfunktionalen Kognitionen. Im Anschluss sollen Implikationen aus den Ergebnissen für die stationäre Traumatherapie diskutiert werden.

### *2.1.1 Vorgehensweise bei der Datenerhebung*

#### *Rekrutierung der Patientinnen*

Die Gruppe der traumatisierten Personen rekrutiert sich aus Patientinnen, die zwischen 1998 und 1999 in der indikativen Gruppe Traumabewältigung konsekutiv behandelt wurden. Die Teilnahme an der Untersuchung war freiwillig.

#### *Aufklärung der Patientinnen*

Die Patientinnen wurden über Art, Ziel und Umfang der Untersuchung durch die Autorin informiert. Es wurde ihnen verdeutlicht, dass sie zu jedem Zeitpunkt die Teilnahme an der Untersuchung abbrechen können und dass die eingeholten Daten anonymisiert werden. Eine schriftliche Einverständniserklärung dazu wurde von jeder Patientin eingeholt.

#### *Ausschlusskriterien*

Es wurden, gemäß den Empfehlungen der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, nur uneingeschränkt einsichtsfähige Patientinnen und solche, die nicht suizidal waren, in die Untersuchung einbezogen.

#### *Einschlusskriterien*

Alle Patientinnen, die auf den verhaltensmedizinischen Abteilungen der Fachklinik behandelt werden und die von traumatischen Erfahrungen berichten, wurden in die Untersuchung konsekutiv einbezogen.

### *Rekrutierung der Zusatzpersonen*

Die Zusatzpersonen waren freiwillige Untersuchungsteilnehmer ohne Behandlungsanliegen. Die Rekrutierung der Zusatzpersonen erfolgte nach den Zuordnungsaspekten einer vergleichbaren Alters- und Geschlechtsstruktur. Die Rekrutierung erfolgte über einen Aushang in einem Kollegium einer Schule der näheren Umgebung und den Kontakt der Autorin zu Mitgliedern einer Kirchengemeinde, eines privaten Chores und zweier Sportvereine sowie einer Verwaltungshochschule. Von den 60 verteilten Fragebogen wurden 41 (68%) an die Autorin zurückgeschickt. Eine schriftliche Einverständniserklärung dazu wurde von jeder Zusatzperson eingeholt. Zwei Zusatzpersonen wurden aus der Untersuchung wegen unvollständiger Daten ausgeschlossen: die eine hatte die Fragebogen zwar ausgefüllt, hatte aber den Stressor nicht benannt auf dessen Basis sie die Fragebogen ausgefüllt hatte. Die andere Zusatzperson hatte nur die Fragebogen zur Psychopathologie ausgefüllt, aber nicht die Fragebogen zur kognitiven Verarbeitung.

### *Aufklärung der Zusatzpersonen*

Die Zusatzpersonen wurden schriftlich über Art, Ziel und Umfang der Untersuchung informiert. Es wurde ihnen verdeutlicht, dass die eingeholten Daten anonymisiert werden. Es wurde ihnen des weiteren die Telefonnummer der Autorin mitgeteilt, um sich mit ihr in Verbindung zu setzen, falls sie dies wünschten.

### *Ethische Beratung*

Die Untersuchung wurde in den Ethikkommissionen der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und der Caritas Trägergesellschaft auf ethische und rechtliche Bedenken geprüft. Diese Beratungen wurden mit einem positiven Votum abgeschlossen. Das Untersuchungsdesign wurde in der klinikinternen Evaluationsgruppe beraten. Einwände zur Durchführung dieser Untersuchung bestanden klinikintern ebenfalls nicht. Das Direktorium der Klinik akzeptierte die Untersuchung, ebenso die Caritas Trägergesellschaft Trier als Träger der Klinik.

## **2.2 Untersuchungsdurchführung**

Die Untersuchungen wurde von Dipl. Psych. Anne Boos durchgeführt und fand für die Traumagruppe in Räumen der Fachklinik für Psychosomatik St. Franziska Stift in Bad Kreuznach statt . Die Zusatzgruppe füllt die Fragebogen individuell zu Hause aus. Dies galt auch für den katamnestischen Messzeitpunkt bei der Traumagruppe.

### *Untersucherinnen und Therapeutinnen*

Die Gruppe Traumabewältigung wurde von zwei Diplom-Psychologinnen (Heike Wild, H.W.; Anne Boos, A.B.) und einer Ärztin (Dr. med. Dipl. Psych. Iris Scheifling-Hirschbil, I.S.) durchgeführt. A.B. wurde vor Beginn der Untersuchung in der Durchführung der Gruppe Traumabewältigung von I.S. ausführlich durch Teilnahme an einem Gruppenzyklus Traumabewältigung als passive Co-Therapeutin, Teilnahme an einem Gruppenzyklus als aktive Co-Therapeutin und eigenständige Durchführung eines Gruppenzyklus unter Beisein von I.S. als aktive Co-Therapeutin und Supervisorin trainiert. H.W. wurde nach dem gleichen Prozedere von A.B und I.S. trainiert. In regelmäßigen Besprechungen in Anschluss an jede Sitzung der Gruppe Traumabewältigung wurde der weitere Ablauf der Gruppe besprochen und eine dem Manual entsprechende Vorgehensweise festgelegt.

### *Gruppengröße und Leitung der Gruppen*

Die Gruppengröße variierte von fünf Patientinnen zu acht Patientinnen pro Gruppe. Im einzelnen führte A.B. 11 Gruppen, I.S. sechs Gruppen und H.W. sechs Gruppen als Therapeutin oder Co-Therapeutin durch. Eine dieser Gruppen wurde nur von einer Therapeutin geleitet (A.B.). 71 Patientinnen wurden in 13 Gruppen Traumabewältigung behandelt. Zum ersten Messzeitpunkt verweigerte eine Patientin die Teilnahme. Damit nahmen zunächst 70 Patientinnen an der Untersuchung teil. Durch Therapieabbrüche oder Verweigerung der Teilnahme am zweiten Messzeitpunkt reduziert sich die Anzahl der Patientinnen mit vollständigen Datensätzen von N=70 auf N=65. Nur diesen 65 Patientinnen wurden die katamnesticen Fragebogen zugesandt. Von 54 Patientinnen liegen katamnestiche Daten vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 83%. Von den Patientinnen, die die Teilnahme zu einem späteren Zeitpunkt verweigerten, gehen die beantworteten Fragebogen bis zum Abbruch der Teilnahme in die Auswertung ein. Die Einzelsitzungen mit den Patientinnen, in denen das Vorliegen der PTB mit der standardisierten Checkliste nach DSM-IV diagnostisch geklärt wurde, wurden von verschiedenen ärztlichen und psychologischen hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift durchgeführt. 60 Patientinnen wurden auf der Station 4 der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift behandelt. Die restlichen zehn (14%) Patientinnen wurden auf den anderen drei verhaltenstherapeutischen Stationen behandelt und für die Behandlung in der Gruppe Traumabewältigung an die Station 4 verwiesen.

### *Vorbehandlung:*

Die Patientinnen befinden sich unterschiedlich lang in der Fachklinik bevor sich in die Gruppe Traumabewältigung aufgenommen werden. Der früheste Beginn der Traumagrup-

pe liegt in der zweiten Woche des therapeutischen Aufenthaltes, der späteste bei fünf Wochen. Durchschnittlich begann die Traumabehandlung nach 19 Tagen in der Klinik (SD=11 Tage).

### *Messzeitpunkte*

Die einzelnen Messzeitpunkte und die dabei vorgelegten Messinstrumente für die Traumagruppe und die Zusatzgruppe sind in den folgenden beiden Tabellen aufgeführt.

*Tabelle 2.1: Messzeitpunkte und die der Traumagruppe vorgelegten Messinstrumente.*

<b>Traumagruppe</b> <i>Messzeitpunkte und Testverfahren</i>	
<b>t1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufklärung über die Untersuchung und Einholung einer schriftlichen Einverständnis</li> <li>• Personal Beliefs and Reactions Scale (PBRS, Mechanic &amp; Resick, 1993)</li> <li>• Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen während Gewalttaten (Ehlers, Boos, Clark &amp; Dunmore, unveröffentlicht)</li> <li>• Fragebogen zu negativen Bewertungen von Symptomen (Dunmore, Clark &amp; Ehlers, 1999)</li> <li>• Fragebogen zu dysfunktionalen kognitiven und behavioralen Strategien (Dunmore, Clark &amp; Ehlers, 1999)</li> <li>• Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI, Foa, Clark, Ehlers, 1995)</li> <li>• Posttraumatic-Symptom-Scale (PSS-SR, Foa, Riggs, Dancu und Rothbaum, 1993)</li> <li>• Allgemeine Depressionskala (ADS-K, Hautzinger et al., 1993); STAI-Trait: State-Trait-Angstinventars (Spielberger, Gorsuch &amp; Lushene, 1970)</li> </ul>
<b>t2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Beliefs and Reactions Scale (PBRS, Mechanic &amp; Resick, 1993)</li> <li>• Posttraumatic-Symptom-Scale (PSS-SR, Foa, Riggs, Dancu und Rothbaum, 1993)</li> <li>• Allgemeine Depressionskala (ADS-K, Hautzinger et al., 1993);</li> <li>• STAI-Trait: State-Trait-Angstinventars (Spielberger, Gorsuch &amp; Lushene, 1970)</li> </ul>
<b>t3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posttraumatic-Symptom-Scale (PSS-SR, Foa, Riggs, Dancu und Rothbaum, 1993)</li> <li>• Allgemeine Depressionskala (ADS-K, Hautzinger et al., 1993)</li> <li>• STAI-Trait: State-Trait-Angstinventars (Spielberger, Gorsuch &amp; Lushene, 1970)</li> </ul>

Tabelle 2.2: Messzeitpunkte und der Zusatzgruppe vorgelegten Messinstrumente.

<b>Zusatzgruppe</b>
<b>Testverfahren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufklärung über die Untersuchung und Einholung einer schriftlichen Einverständnis</li> <li>• Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen während Gewalttaten (Ehlers, Boos, Clark &amp; Dunmore, unveröffentlicht)</li> <li>• Fragebogen zu negativen Bewertungen von Symptomen (Dunmore, Clark &amp; Ehlers, 1999).</li> <li>• Fragebogen zu dysfunktionalen kognitiven und behavioralen Strategien (Dunmore, Clark &amp; Ehlers, 1999).</li> <li>• Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI, Foa, Clark, Ehlers, 1995),</li> <li>• Posttraumatic-Symptom-Scale (PSS-SR, Foa, Riggs, Dancu und Rothbaum, 1993)</li> <li>• Allgemeine Depressionskala (ADS-K, Hautzinger et al., 1993);</li> <li>• STAI-Trait: State-Trait-Angstinventars (Spielberger, Gorsuch &amp; Lushene, 1970). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptom-Checklist-90 Revised (SCL90-R, Derogatis, 1977) .</li> </ul> </li> </ul>

### *Katamnestische Untersuchung*

Die in der Traumagruppe behandelten Patientinnen erhielten drei Monate nach Beendigung der Gruppe Traumabewältigung die Fragebogen für die katamnestische Untersuchung mit einem Begleitschreiben zugesandt. Den Patientinnen wurden die Fragebogen insgesamt drei Mal zugesandt, wenn sie nicht geantwortet hatten. Eine Patientin konnte nicht erreicht werden, da ihre Anschrift nach Umzug unbekannt war. Eine weitere Patientin meldete sich schriftlich nach dem Erhalt der Fragebogen und sagte die Teilnahme ab. Die Rücklaufquote betrug 83%. Über die restlichen elf Patientinnen, die nicht an der katamnestischen Untersuchung teilnahmen, ist nichts über die Gründe der Verweigerung bekannt. Nachträgliche Analysen zeigen, dass sich diese elf Patientinnen, die nicht an der Katamnese teilnahmen (Non-Responder), weder im Alter, in der Ausprägung der PTB, der Depressivität zum ersten Messzeitpunkt noch in der erreichten Reduktion der Ausprägung der PTB zum zweiten Messzeitpunkt von den Patientinnen unterscheiden, die an der katamnestischen Erhebung teilnahmen (Responder).

Tabelle 2.3: Vergleich der Responder und Non-Responder.

	Non-Responder (N=11)		Responder (N=54)		t	p
	M	SD	M	SD		
Alter	32	8	33	10	-0,48	n.s.

PSS-SR Gesamtwert t1	31	11	32,36	9,13	0,63	n.s.
ADS-K	25,55	7,62	22,67	8,19	1,07	n.s.
Differenz im PSS-SR von t1 zu t2	-3,25	12,80	-6,58	10,91	0,93	n.s.

*PSS-SR: Posttraumatic-Symptom-Scale (Foa, Riggs, Dancu und Rothbaum, 1993)*

*ADS-K: Allgemeine Depressionskala (Hautzinger et al., 1993);*

## 2.3 Messinstrumente und Skalenanalysen

### 2.3.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Zunächst wird die Diagnose der PTB als Arbeitsdiagnose auf der Aufnahmestation der Fachklinik formuliert. Diese wird dann auf der Behandlungsstation anhand einer standardisierten Checkliste sichergestellt, die von den Bezugstherapeutinnen während eines Interviews mit der betreffenden Patientin ausgefüllt wird. Zudem wird die PTB anhand von Selbstbeurteilungsfragebögen durch die Patientinnen selbst erfasst.

#### *Standardisierte Checkliste zur Diagnosestellung der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV*

Die Symptome der PTB nach DSM-IV werden in einer standardisierten Checkliste aufgelistet. Für jedes der Symptomcluster B bis D wird darin angegeben, wie viele der Symptome zur Diagnosestellung erfüllt sein müssen. Diese Checkliste wird dazu verwendet, um bei Verdacht auf das Vorliegen der PTB erste diagnostische Hinweise einzuholen. Zudem wird sie, falls sich der Verdacht bestätigt, dazu genutzt die Patientinnen über das Störungsbild aufzuklären. Die von den Patientinnen im Interview erhaltenen Informationen werden von den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten dahingehend überprüft, ob sie die Kriterien für ein Vollbild der PTB erfüllen. Daraufhin entscheiden sie dichotom über das Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen einer chronischen PTB.

#### *Posttraumatic-Symptom-Scale*

Die Symptomatik der PTB wird mittels der Posttraumatic-Symptom-Scale (PSS-SR) (Foa, Riggs, Dancu und Rothbaum, 1993, dt. Übersetzung von Winter, Wenninger & Ehlers, 1992) erhoben. Dieser Fragebogen wurde ursprünglich zur Erfassung der Diagnose und des Schweregrades der PTB nach Vergewaltigung entwickelt. Er erlaubt die Diagnosestellung der PTB nach DSM-III-R. Foa et al. (1993) berichten für die Originalversion, dass das Instrument eher den Anteil derer, die die Kriterien der PTB erfüllen, unterschätze als überschätze. In der Version als Selbstbeschreibungsinstrument fragt er die Häufigkeit der PTB Symptome der Symptomcluster B, C und D in 17 Items entsprechend der Vorgaben des DSM-III-R ab.

Zusätzlich wird die *Belastung* durch die mit dem PSS-SR erhobenen Symptome erfragt. Dafür wird die von Steil & Ehlers (1992) modifizierte Version des PSS-SR (PSS-L-GES) benutzt. Diese Version ist eine Erweiterung der PSS-SR. Hier werden neben der Häufigkeit der Symptome auch die subjektive Belastung durch posttraumatische Symptomatik erhoben. Die Häufigkeit und die Belastung durch die Symptome werden auf zwei getrennten 4-Punkt-Likertskalen eingeschätzt. Die Häufigkeit der 17 PTB-Symptome werden bezogen auf die letzte Woche von der Patientin auf folgende Weise beurteilt: 0=niemals, 1=einmal die Woche, 2=zwei bis viermal, 3=fünf mal oder öfter. Die Belastung durch die 17 PTB-Symptome werden auf folgenden Weise eingeschätzt: 0=gar nicht, 1=ein bisschen, 2=stark, 3=sehr stark. Somit erlaubt die verwendete Fassung die Erhebung der Schwere der PTB und die Belastung durch die PTB über den Summenwert der jeweils 17 Items. Bezogen auf die Symptomcluster B, C, D des DSM-III-R können außerdem Skalenwerte für die Häufigkeit und die Belastung für die drei Skalen „Wiedererleben“, „Vermeidung“ und „autonome Erregung“ als Mittelwerte erstellt werden.

#### *Reliabilität der verwendeten Fassung*

Die Reliabilität des Fragebogens wurde an den 70 Patientinnen mit chronischer PTB untersucht. Chronbach's Alpha beträgt für die Schwere der PTB .87 und für die Belastung durch die Symptome .88. Damit ist die interne Konsistenz als gut einzuschätzen.

### 2.3.2 *Andere Symptombereiche*

#### *Ängstlichkeit*

Die allgemeine Ängstlichkeit wurde bei allen Untersuchungsteilnehmern mit der Trait-Skala des State-Trait-Angstinventars (STAI-Trait, Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970; dt. Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981) gemessen. Die psychometrischen Eigenschaften dieses Instrumentes sind gut. Da es sich um ein weitverbreitetes Instrument handelt, sei für detailliertere Angaben auf die einschlägigen Veröffentlichungen verwiesen.

#### *Erhebung der allgemeinen Psychopathologie*

Das Ausmaß allgemeiner Psychopathologie wurde mit der Symptom-Checklist-90 Revised (SCL90-R, Derogatis, 1977, dt. Franke, 1995) gemessen. Da es sich um ein weitverbreitetes Instrument handelt, sei für detailliertere Angaben auf die einschlägigen Veröffentlichungen verwiesen.

#### *Depressivität*

Depressive Symptome wurden bei allen Untersuchungsteilnehmern mit der Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K, Hautzinger & Bailer, 1993) gemessen. Diese Kurzform besteht aus 15 Aussagen, die die Befragten auf einer 4-Punkte-Likert-Skala nach ihrer Häufigkeit während der letzten Woche einschätzen. Der Fragebogen erhebt die Häufigkeit depressiver Affektivität, körperlicher Beschwerden, motorischer Hemmungen, motivationaler Defizite und negativer Denkmuster. Es wird ein Summenwert berechnet. Die psychometrischen Eigenschaften sind gut (Hautzinger & Bailer, 1993). Der als kritisch anzusehende mittlere ADS-K-Summenwert der Bevölkerungsstichprobe liegt bei 18 Punkten. Da es sich um ein weitverbreitetes Instrument handelt, sei für detailliertere Angaben auf die einschlägigen Veröffentlichungen verwiesen.

### 2.3.3 Erhebung von traumarelevanten Kognitionen und Emotionen

#### *Personal Beliefs and Reactions Scale (PBRs)*

Globale negative Überzeugungen werden mit der Personal Belief and Reaktion Scale (PBRs) (Mechanic & Resick, 1993; dt. Übersetzung Wenninger, 1998) erhoben. Dieser Selbstbeurteilungsfragebogen besteht aus 55 Items, die mit einer 7-Punkte-Likert-Skala (0=stimme überhaupt nicht zu bis 6=stimme voll zu) negative Überzeugungen in acht Bereichen erheben. Die Items wurden aufgrund der in der Literatur berichteten kognitiven Schemata von sexuell traumatisierten Frauen entwickelt. Dies sind die Bereiche Intimität, Sicherheit, Selbstwert, Macht/Kompetenz und Vertrauen. Zudem werden drei weitere Bereiche, nämlich Selbstbeschuldigung, Ungeschehen machen und negative Überzeugungen zu Vergewaltigung bzw. sexuellem Missbrauch erhoben. Unter Ungeschehen machen wird hierbei der Versuch verstanden, das Trauma zu verleugnen oder dessen Ablauf oder sein Vorhandensein zu verändern. (z.B.: „Ich male mir oft aus, wie ich mich hätte verteidigen können“). Alle Items, die dysfunktionale Überzeugungen zu dem eigenen Selbst messen, werden in der Skala „Selbst“ zusammengefasst, dysfunktionale Überzeugungen zu anderen Menschen werden in der Skala „Andere“ zusammengefasst. Der Fragebogen wurde für die Opfer sexuellen Missbrauchs sinngemäß modifiziert (Wenninger, 1994), indem der Begriff Vergewaltigung durch den Begriff sexueller Missbrauch ersetzt wurde. Etwas mehr als die Hälfte der Items sind positiv gepolt. Höhere Werte entsprechen gesunden Überzeugungen bzw. weniger verzerrten kognitiven Schemata. Resick (1997) hat den Fragebogen gekürzt. In diesem Auswertungssystem werden die Skalen negative Überzeugungen zu Vergewaltigung und Missbrauch, Selbst und Andere nicht mehr verwendet. Für die Auswertung der Subskala Überzeugungen zu Vergewaltigung und Missbrauch wird deshalb in der vorliegenden Untersuchung das ursprüngliche Auswertungssystem, den restlichen Skalen das neue System zugrunde gelegt. Die Skalen Selbst und Andere werden von der Autorin nach dem neuen Auswertungssystem erstellt.



### *Reliabilität*

Basierend auf den Daten von 114 vergewaltigten Frauen berichten Mechanic & Resick (1993) eine Re-Test-Reliabilität von .81 für das ursprüngliche Inventar aus 55 Items. Items, die nicht signifikant mit dem Summenscore korrelierten oder die interne Konsistenz senkten, wurden entfernt. 41 von den 51 ursprünglichen Items wurden beibehalten. Chronbach's Alpha variierte für diese Skalen zwischen .47 für die Skala negative Überzeugungen über Vergewaltigung und .81 für die Skala Selbstwert. In der neuesten amerikanischen Version des Fragebogens, die auch mit Ausnahme der Skala Überzeugungen zu Vergewaltigung, die in dieser Version verwendet Version ist, variiert die interne Konsistenz zwischen .61 für die Skala Ungeschehen machen und .80 für die Skala Vertrauen. In diese Version gehen noch 33 der ursprünglichen 55 Items ein.

### *Reliabilität in der vorliegenden Untersuchung:*

Die interne Konsistenz der Subskalen in der vorliegenden Untersuchung betragen: .80 (Ungeschehen machen), .80 Selbstvorwürfe, .67 (Macht), .64 (Vertrauen), .60 (Sicherheit), .56 (Selbstwert), .54 (Intimität) und .73 (negative Überzeugungen zu Vergewaltigung bzw. sexuellem Missbrauch), .75 (Andere), .79 (Selbst) und .87 (Gesamtskala). Die interne Konsistenz der deutschen Übersetzung ist demnach gut.

### *Konkurrente Validität:*

Die Subskalen des PBRS korrelieren moderat mit den Subskalen des PTCI und des WAS (s. PTCI, 2.3.3.2).

### *Divergente Validität in der vorliegenden Untersuchung*

Mit den Fragebogen, die allgemeine Ängstlichkeit und Depressivität messen, bestanden nur geringe Korrelationen. Damit kann davon ausgegangen werden, dass durch den PBRS weder die Ängstlichkeit noch die Depressivität der untersuchten Stichprobe gemessen wurde.

*Tabelle 2.4: Korrelationen der Sub- und Summenskalen des PBRS mit dem STAI-TRAIT (N=70) und dem ADS-K (N=67).*

Fragebogenskalen	STAI-Trait	ADS-K
Selbstwert	-.22	-.17
Intimität	-.15	-.22
Macht	-.37**	-.25*
Vertrauen	-.34*	-.26*

Ungeschehen m.	.01	.09
Sicherheit	-.32**	-.23
Selbstvorwürfe	-.20	-.05
Selbst	-.45***	-.31*
Andere	-.26**	-.20
Überzeugungen	-.10	.00

\*: $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$ , \*\*\*:  $p < .001$

PBRS: *Personal Beliefs and Reactions Scale* (Mechanic & Resick, 1993),

ADS-K: *Allgemeine Depressionskala* (Hautzinger et al., 1993);

STAI-Trait: *State-Trait-Angstinventars* (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970).

### Konstruktvalidität

Resick et al. (1991, 1992) berichten, dass der PBRS die Schwere der PTB gemessen mit dem PSS-SR und der Impact of Event Scale (IES) vorhersagt. Zudem zeigen sich in einer Studie an Vergewaltigungsopfern signifikante Veränderungen auf den ursprünglichen Skalen mit Ausnahme der Skala Überzeugungen über Vergewaltigung in einer Therapiestudie im Prä-Post-Vergleich (Resick et al. 1991, Resick & Schnicke, 1992). Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo (1999) konnten zeigen, dass der Geltungsbereich dieser Skalen auch auf Menschen mit verschiedenen, auch nicht sexuellen Traumatisierungen, erweitert werden kann. Mit Ausnahme der Skala Selbstvorwürfe korrelierten die Skalen alle wenigstens moderat mit den erhobenen Maßen zur Psychopathologie. Die Subskalen des PBRS klassifizieren dort 84% der traumatisierten Personen richtig. Für die Summenskalen Andere und Selbst ergibt sich noch bei 79% der Befragten eine korrekte Klassifikation. Die Spezifität der Subskalen des PBRS beträgt .67 und die Sensitivität .91. Für die Summenskalen Selbst und Andere wurden .62 bzw. .86 berechnet (Foa et al., 1999). Insgesamt deuten die Ergebnisse daraufhin, dass der PBRS eine ausreichend reliables und valides Instrument für die spezifische und sensitive Messung der kognitiven Inhalte von traumarelevanten Schemata ist. Der PBRS scheint dabei Kognitionen zu erfassen, die in Beziehung stehen zu einer Reihe von Symptomen der Angst und Depression bei traumatisierten Personen.

### Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI)

Das Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI; Foa, Clark, Ehlers, 1995, dt. Übersetzung: Ehlers & Boos, 1997) erhebt als Selbstbeschreibungsinstrument traumabezogene Gedanken und Überzeugungen auf drei Skalen. Sie repräsentieren negative Gedanken und Überzeugungen in den Bereichen Selbst (21 Items), Selbstvorwürfe (5 Items) und Welt (7 Items). Das Ausmaß der Zustimmung zu den traumarelevanten Gedanken und Überzeugungen werden bezogen auf die letzten 4 Wochen von den Betroffenen auf einer 7-Punkte-Likert-Skala in folgender Weise eingeschätzt: 1= Stimme völlig zu, 2= Stimme stark zu, 3= Stimme ein wenig zu, 4= Neutral, 5= Eher anderer Meinung, 6= Stark anderer

Meinung, 7= Völlig anderer Meinung. Hohe Skalenwerte bedeuten demnach eine stärkere Zustimmung zu den negativen Kognitionen.

### *Reliabilität*

Foa et al. (1999) berichten gute psychometrische Eigenschaften des Instruments. Sie untersuchten 170 Personen, die ein traumatisches Erlebnis erlebt hatten und mindestens unter einer moderaten PTB litten, weitere 185 Personen, die ein traumatisches Erlebnis hatten, aber entweder keine PTB oder nur eine schwache PTB hatten und eine Gruppe von 162 nicht traumatisierten Personen, die nur schwache posttraumatische Symptome zeigten, ohne das Vollbild einer PTB zu erfüllen. Chronbach's Alpha für die Skalen war: .97 (Selbst), .88 (Welt), .86 (Selbstvorwürfe) und .97 (Gesamtskala).

### *Konkurrente Validität*

Die Bestimmung der konkurrenten Validität erbrachte moderate Korrelationen zwischen dem PTCI der PBRS (Resick, Schnicke & Markway, 1991) und der World Assumptions Scale (WAS; Janoff-Bulman, 1989; 1992), zwei gängigen Selbstbeurteilungsfragebogen zu kognitiven Verzerrungen in Folge von Traumatisierungen. Die Korrelationen zwischen den Skalen des PTCI und denen der PBRS waren generell höher als die zwischen dem PTCI und der WAS.

### *Konstrukt-Validität*

Hierbei ergab sich eine gute Übereinstimmung mit den drei Subskalen und der Gesamtskala des PTCI mit der Schwere der PTB, der Depression und der generellen Ängstlichkeit. Sowohl die Subskalen und die Gesamtskala korrelierten signifikant mit den erhobenen Maßen der Psychopathologie.

### *Divergente Validität*

Die Bestimmung der divergenten Validität in einem Gruppenvergleich zwischen den oben beschriebenen (s. Reliabilität der PBRS, S. 57) Untersuchungsgruppen ergab höchst signifikante Unterschiede aller Gruppen in allen Skalen. Personen mit mindestens moderater PTB nach Traumatisierung erreichen höhere Werte als die beiden anderen Gruppen auf allen Skalen, wobei die beiden Gruppen ohne PTB sich nicht unterscheiden. Darüber hinaus trennen alle vier Skalen zwischen Personen, die durch einen Unfall traumatisiert wurden von denen, die durch einen sexuellen oder nicht sexuellen Übergriff traumatisiert wurden. Dieses Unterscheide blieben nach einer Kovarianzanalyse mit den Variablen Alter, Geschlecht und Rasse als Kovariate in der Regel bestehen. Basierend auf den Daten der beiden traumatisierten Gruppen (PTB vs. keine PTB) ergab sich eine Sensitivität von

.78 und eine Spezifität von .93. Insgesamt konnten 86% der Personen mit PTB aus der Gesamtheit der traumatisierten Personen korrekt klassifiziert werden. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass mit dem PTCI ein reliables und valides Instrument zur Erfassung von Kognitionen bei Personen mit chronischer PTB vorliegt.

#### *Divergente Validität in der vorliegenden Untersuchung*

Mit den Fragebogen, die allgemeine Ängstlichkeit und Depressivität messen, bestanden moderate bis hohe Assoziationen. Damit kann davon ausgegangen werden, dass der PTCI auch Anteile der Ängstlichkeit und Depressivität in der untersuchten Stichprobe misst.

*Tabelle 2. 5: Korrelationen der Sub- und Summenskalen des PTCI mit dem STAI-TRAIT (N=109) und dem ADS-K (N=107).*

Fragebogenskalen	STAI-Trait	ADS-K
Selbstvorwürfe	-.57***	-.64***
Welt	-.66***	-.73***
Selbst	-.75***	-.82***

*\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001, PTCI: Post-Traumatic Cognitions Inventory (Foa, Clark, Ehlers, 1995), ADS-K: Allgemeine Depressionskala (Hautzinger et al., 1993); STAI-Trait: State-Trait-Angstinventars (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970).*

#### *Reliabilität in der vorliegenden Untersuchung*

Die Reliabilität der deutschen Fassung für die drei Subskalen und die Gesamtskala wurden an den insgesamt 109 Personen der Studie untersucht. Chronbach's Alpha betrug .97 (Selbst), .82 (Selbstvorwürfe), .89 (Welt) und .98 (Gesamtskala). Damit ist die interne Konsistenz sehr gut. Die berichteten psychometrischen Eigenschaften lassen folgern, dass damit ein spezifisches Instrument für die Kognitionen vorliegt, die der chronischen PTB zugrunde liegen. Daher scheint der PTCI sich ebenfalls dazu zu eignen, dysfunktionale Kognitionen bei Traumaopfern zu identifizieren.

#### *Faktorenanalyse*

Die 33 Items des PTCI wurden mit Hilfe einer Hauptkomponentenanalyse mit Obliminrotation faktorisiert, um zu überprüfen, ob sich die vorliegenden Faktoren replizieren lassen. Es fand sich eine einfaktorielle Lösung. Alle Items die mindestens zu .50 auf dem Faktor laden und weniger als zu .30 auf einem anderen wurden in weitere Berechnungen einbezogen. Nach diesem Kriterium wurden 26 Items diesem ersten Faktor „PTCI Faktoriösung“ zugeordnet. Dieser Faktor klärt 57% der Varianz auf. Aus den Mittelwerten der I-

tems, die diesem Faktor zugeordnet wurden, wird der Wert für diese Skala gebildet. Die interne Konsistenz dieser Skala beträgt .97. Aus Gründen der Inhaltsvalidität wird in spätere Analysen sowohl dieser Faktor einbezogen, als auch die ursprünglich von Foa et al. (1999) vorgeschlagenen Skalen.

*Tabelle 2.6: Faktorenladung der deutschen Version des PTCI.*

1. Ich habe das Gefühl, dass ich mich nicht mehr kenne.	.88
2. Ich fühle mich isoliert und von anderen entfremdet.	.85
3. Ich habe mich dauerhaft zum Schlechten verändert.	.85
4. Wie ich auf das Trauma reagiert habe zeigt, dass ich mit Schwierigkeiten nicht fertig werde.	.84
5. Ich werde nie mehr normale Gefühle empfinden können.	.83
6. Ich muss ganz besonders vorsichtig sein, weil man nicht wissen kann, was als nächstes passiert.	.83
7. Ich kann mich nicht darauf verlassen, dass ich das Richtige tue.	.83
8. Ich fühle mich wie ein Ding und nicht wie ein menschliches Wesen.	.82
9. Ich fühle mich innerlich tot.	.81
10. Ich kann mich nicht auf mich verlassen.	.81
11. Ich habe keine Zukunft.	.81
12. Anderen Menschen kann man nicht vertrauen.	.80
13. Ich habe etwas an mir, was zu dem Trauma führte.	.80
14. Es kann mir nichts Gutes mehr passieren.	.79
15. Mein Leben wurde durch das Trauma zerstört.	.79
16. Ich bin unzulänglich.	.78
17. Ich bin schwach.	.76
18. Mit mir stimmt etwas nicht.	.75
19. Ich kann mich nicht auf andere verlassen.	.75
20. Wie ich auf das Trauma reagiert habe, zeigt, dass ich verrückt werde.	.72
21. Andere Menschen sind nicht die, die sie scheinbar sind.	.72
22. Wie sehr ich mich auch anstrenge, ich kann nicht verhindern, dass mir etwas Schlimmes zustößt.	.72
23. Ich werde nicht einmal mit der kleinsten Widrigkeit fertig.	.70
24. Ich muss immer auf der Hut sein.	.67
25. Die Welt ist gefährlich.	.62
26. Es ist mir passiert aufgrund der Art und Weise, wie ich mich verhalten habe.	.60

*PTCI: Post-Traumatic Cognitions Inventory (Foa, Clark, Ehlers, 1995),*

### *Fragebogen zu Gedanken und Gefühle während Gewalttaten*

Der Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen während Gewalttaten (Ehlers, Boos, Clark & Dunmore, 1997) erfasst die Gedanken und Gefühle während einer interpersonellen Traumatisierung und die Bedeutung, die dies Gedanken und Gefühle zum Zeitpunkt der Befragung für die Betroffenen haben. Auf der Basis theoretischer Überlegungen und klinischer Beobachtungen wurden 54 Items generiert. Die Items repräsentieren die folgenden Konzepte:

- Sich Aufgeben
- Autonome Geisteshaltung und
- Implikationen aus den während des Traumas erlebten Gedanken und Gefühlen.

Die Skalen wurden zwei Experten zu PTB und kognitiv-behavioraler Therapie vorgelegt, was zu dem Ausschluss eines Items führte und zu Umformulierungen anderer Items. Die Befragten schätzen die Items auf einer 4-Punkte-Likert Skala ein, die von 0 (gar nicht) bis 4 (immer) reicht. Demnach bedeuten höhere Punktwerte eine höhere Zustimmung zu den negativen Kognitionen.

#### *Sich Aufgeben:*

Das Konzept „Sich Aufgeben“ misst in 11 Items das Ausmaß, indem die Befragten, den Verlust ihrer psychologischen Autonomie wahrnahmen. Die dazu formulierten Items erheben, ob die Befragten erlebten,

- sie seien dem Willen des Täters vollkommen ausgeliefert gewesen („Ich fühlte mich vollkommen ausgeliefert“),
- sie seien innerlich vollkommen gebrochen worden und hätten das Gefühl, ein Mensch mit einem eigenen Willen zu sein, vollkommen verloren („Ich fühlte mich völlig zunichte gemacht“)
- sie hätten innerlich vollkommen aufgegeben und jeden psychologischen Widerstandes verloren („Es wurde mir gleichgültig, was mit mir passierte“).

#### *Autonome Geisteshaltung:*

Das Konzept Autonome Geisteshaltung stellt ein dem Sich Aufgeben entgegengesetztes Konzept da. Es misst in 14 Items das Ausmaß, in dem die Befragten erlebten, psychisch durch die Traumatisierung nicht vollkommen zerstörbar zu sein, sondern Teile der eigenen Psyche bzw. Person als unantastbar erlebten und noch die Freiheit des Willens zu besitzen.

Die dazu formulierten Items erheben, in welchem Ausmaße die Befragten

- sich dem Täter moralisch überlegen fühlten,

- die Gewissheit einer später eintretenden ausgleichenden Gerechtigkeit hatten („Irgendwie wusste ich, der Täter wird dafür bestraft, was er mit antut“) und
- Teile ihrer Person als nicht zerstörbar erlebten („Es gab einen Teil von mir, den der Täter nicht überwältigen/verderben/beschmutzen konnte“).

#### *Implikationen aus den Gedanken und Gefühlen während der Gewalttat*

Die Skala zu den Implikationen der Gedanken und Gefühle während Gewalttaten (Boos & Ehlers, 1997) erfasst das Ausmaß zu dem die Patientinnen meinen, dass die während des Trauma erlebten Gefühle und Gedanken noch schädigende Implikationen für die eigene Person und das weitere Leben haben, obwohl das Trauma in der Vergangenheit liegt („Sie [die Gedanken und Gefühle] zeigen, dass ich mit dem Leben nicht fertig werde“ oder Sie [die Gedanken und Gefühle] bedeuten, dass ich keine Achtung verdiene“.)

Aufgrund inhaltlicher Überlegungen wurde festgelegt, dass dieser Fragebogen nur denjenigen Patientinnen vorgelegt wurde, die zu Beginn der Traumatisierung älter als 13 Jahre alt waren. Im Falle multipler Traumatisierung wurden die Befragten angeleitet, diesen Fragebogen im Hinblick auf das sie am stärksten belastendste Trauma zu beantworten. Aufgrund vorhergehender theoretischer Überlegungen (Boos et al., 1998, Ehlers et al., 1998) wurde als Bedingung zur Darbietung des Fragebogens festgelegt, dass die *Autonome Geisteshaltung* während der gesamten traumatischen Situation vorgelegen haben muss. Dies bedeutet, dass die Patientinnen den Fragebogen dahingehend einschätzen, inwieweit sie zu den entsprechenden Items während des gesamten Traumas zustimmten. Für das Erleben des *Sich Aufgebens* wurde festgelegt, dass die Patientinnen einschätzen sollten, inwieweit während eines Zeitpunktes diese kognitive Verarbeitung vorlag. D.h. dass das einmalige Auftreten dieses Konzeptes für seine Einschätzung des Ausmaßes genügt. Für die Skala Implikationen aus den Gedanken und Gefühlen während des Traumas werden die Befragten angeleitet, einzuschätzen, welche Bedeutung die Gedanken und Gefühle während des Traumas heute für sie haben.

#### *Reliabilität in der vorliegenden Studie*

Die Reliabilität wurde für diese drei Skalen gemäß der Vorgaben nur an der Teilstichprobe (Beginn der Traumatisierung nach dem 13. Lebensjahr) berechnet. Chronbach´s Alpha für die Skalen war: .96 (Sich Aufgeben, N=42), .87 (Autonome Geisteshaltung, N=30), .96 (Implikationen aus den Gedanken, N=32) . Damit ist die interne Konsistenz als sehr gut zu beurteilen.

#### *Divergente Validität in der vorliegenden Untersuchung*

Mit den Fragebogen, die allgemeine Ängstlichkeit und Depressivität messen, bestanden nur geringe signifikant Assoziationen zu der Autonomen Geisteshaltung. Zu dem Faktor Sich Aufgeben bestehen moderate und zu den aktuellen Implikationen etwas höhere Assoziationen. Dies bedeutet, dass zumindest die Skala Implikationen aus den Gedanken und Gefühlen auch Anteile von Ängstlichkeit und Depressivität misst.

*Tabelle 2.7: Korrelationen der Skalen des Fragebogens zu Gedanken und Gefühlen während des Traumas mit dem STAI-Trait und der ADS-K für die Personen mit traumatischen Erfahrungen.*

Fragebogenskalen	STAI-Trait	ADS-K
Sich Aufgeben <sup>1</sup>	.62***	.54***
Auton. Geisteshaltung	-.32	-.34
Implikationen <sup>4</sup>	.73***	.70***

\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$ , \*\*\*:  $p < .001$ , <sup>1</sup> $N=42$ , <sup>2</sup> $N=30$ , <sup>4</sup> $N=32$ ,

ADS-K: Allgemeine Depressionskala (Hautzinger et al., 1993),

STAI-Trait: State-Trait-Angstinventars (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970).

### Faktorenanalyse

Die drei Skalen wurden jeweils mit einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation faktorisiert. Für Sich Aufgeben ergab sich wie erwartet eine einfaktorielle Lösung. Der Faktor klärt 70,8% der Varianz auf. Die Faktorenladung der Items sind der Tabelle 2.8 zu entnehmen. Chronbach's Alpha beträgt .96. Damit ist die interne Konsistenz als sehr gut zu beurteilen.



Tabelle 2.8: Faktorenladung der Items der Skala Sich Aufgeben .

1. Ich verlor jegliche Willenskraft.	.81
2. Es wurde mir gleichgültig, was mit mir passierte.	.68
3. Ich fühlte mich völlig unterworfen.	.84
4. Ich war kein Mensch mehr.	.86
5. Ich gab innerlich auf.	.85
6. Ich fühlte mich als Person zunichte gemacht.	.90
7. Ich wollte sterben.	.80
8. Ich verlor jeden inneren Widerstand.	.88
9. Ich fühlte mich wie ein unbelebter Gegenstand.	.87
10. Ich fühle mich völlig dem Willen des Täters ausgeliefert.	.83
11. Ich fühlte mich völlig erniedrigt und verlor jedes Gefühl innerer Würde.	.89

Für die Autonome Geisteshaltung wurden vier Faktoren extrahiert. Die Faktoren klären zusammen 69,1% der Varianz auf. Der Varianzanteil der einzelnen Variablen und die Faktorenladungen der Items und ihre Zuordnung zu den einzelnen Skalen ist Tabelle 2.9 zu entnehmen. Chronbach´s Alpha beträgt: .86 (Willensfreiheit), .71 (ausgleichende Gerechtigkeit), .80 (innere Stärke), .66 (moralische Überlegenheit). Damit ist die interne Konsistenz als sehr gut zu beurteilen.

Tabelle 2.9: Faktorenladung der Items des Skala Autonome Geisteshaltung und der erklärte Varianzanteil.

	1.	2.	3.	4.
Während der ganzen Zeit.....				
1.			.55	
2.				.60
3.				.67
4.			.79	
5.	.65			
6.			.72	
7.				.54
8.				.66
9.		.83		
10.			.60	
11.		.83		
12.	.87			
13.	.83			
14.		.79		
<b>Erklärte Varianz</b>	<b>38,9</b>	<b>13,2</b>	<b>8,8</b>	<b>8,1</b>

in %:				
-------	--	--	--	--

Benennung der Subskalen: 1. Willensfreiheit, 2. Ausgleichende. Gerechtigkeit, 3. innere Stärke, 4. moral. Überlegenheit.

### Divergente Validität der generierten Skalen

Mit den Fragebogen, die allgemeine Ängstlichkeit und Depressivität messen, bestanden nur geringe signifikant Assoziationen zu der Subskala Willensfreiheit. Die restlichen Subskalen stehen in keinem nennenswerten Zusammenhang mit den Skalen zu Depressivität und Ängstlichkeit.

Tabelle 2.10: Korrelationen der Autonomen Geisteshaltung während des Traumas mit dem STAI-Trait und der ADS-K für die Personen mit traumatischen Erfahrungen.

Fragebogenskalen	STAI-Trait	ADS-K
Willensfreiheit	-.46**	-.45**
moral. Überlegenheit <sup>3</sup>	-.21	-.16
innere Stärke	-.31	-.25
Gerechtigkeit	.19	.22

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001, <sup>3</sup>N=35.

ADS-K: Allgemeine Depressionskala (Hautzinger et al., 1993);

STAI-Trait: State-Trait-Angstinventars (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970).

Für die Implikationen aus den Gedanken und Gefühlen während des Traumas wurden fünf Faktoren extrahiert, die zusammen 71,1% der Varianz aufklären. Die Faktorenladungen der Items sowie deren Zuordnung zu den einzelnen Skalen sind Tabelle 2.11 zu entnehmen. Dort wurde zudem der Varianzanteil der einzelnen Variablen eingetragen. Chronbach's Alpha beträgt: .72 (Selbstabwertung), .94 (Beschädigung), .81 (Empathie), .40 (Machtlosigkeit), .38 (Vulnerabilität). Damit ist die interne Konsistenz für die ersten drei Faktoren gut, für die beiden letzten Faktoren jedoch unbefriedigend. Die unbefriedigende interne Konsistenz ist möglicherweise auf die geringe Testlänge der Subskala zurückzuführen. Diese beiden Faktoren werden in die weiteren Analysen nicht einbezogen.

Tabelle 2.11: Faktorenladung der Items der Skala Implikationen aus den Gedanken und Gefühlen.

	Selbstabwertung	Beschädigung	Empathie	Machtlosigkeit	Vulnerabilität
Heute bedeuten meine ...					
1.					.76
2.	.56				
3.	.76				
4.	.82				
5.				.47	
6.		.75			

7.	.74				
8.	.58				
9.				.78	
10.	.82				
11.		.68			
12.	.88				
13.				.69	
14.	.59				
15.		.53			
16.			.78		
17.					
18.		.53			
19.		.61			
20.		.68			
21.	.86				
22.		.66			
23.		.66			
24.	.78				
25.		.76			
26.	.83				
27.		.68			
28.		.57			
29.	.85				.39
30.					
31.	.63				
32.	.84				
33.			.86		
<b>Erklärte Varianz in %</b>	<b>50,3</b>	<b>7,8</b>	<b>5</b>	<b>4,1</b>	<b>3,0</b>

<sup>1</sup> Items wurden umgepolt.

### Validität

Mit den Fragebogen, die allgemeine Ängstlichkeit und Depressivität messen, bestanden hohe positive Assoziationen für die Subskalen Bedrohung und Selbstabwertung, während die Skala Empathie nur geringe positive Assoziationen aufweist. Damit kann davon ausgegangen werden, dass der Fragebogen - in Teilen - auch Anteile der Ängstlichkeit und Depressivität in der untersuchten Stichprobe misst.

*Tabelle 2.12: Korrelationen der Skalen Implikationen mit dem STAI und der ADS-K (N=32).*

Fragebogenskalen	STAI-Trait	ADS-K
Bedrohung	.75***	.69***
Selbstabwertung	.73***	.72***
Empathie	.25*	.24*

\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$ , \*\*\*:  $p < .001$

ADS-K: Allgemeine Depressionskala (Hautzinger et al., 1993);

STAI-Trait: State-Trait-Angstinventars (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970).

### Negative Bewertung der Symptome nach einer Traumatisierung

Ein 7-Item-Fragebogen erfasst die Bewertung posttraumatischer Symptome durch die Betroffenen. Der Fragebogen umfasst Items über die Bewertung von Intrusionen („Wenn ich meine Gedanken und Gefühle zu dem Übergriff nicht kontrollieren kann, werde ich verrückt“), emotionaler Taubheit („Falls man sich sehr taub fühlt nach dem Übergriff, bedeutet dies, dass man nie wieder mit der Welt in Berührung ist“) und Wut in Folge des Traumas („Wut wirft einen aus der Bahn“). Die Patientinnen schätzen auf eine 5-Punkte-Likert-Skala ein, inwieweit sich für den Zeitraum der letzten vier Wochen diesen Items zustimmen können. Die Ratingskala reicht von „traf nicht zu“ über „traf ein wenig zu“ zu „traf vollkommen zu“. Dieser Fragebogen wurde der Studie von Dunmore, Clark & Ehlers (1999) entnommen und von der Autorin übersetzt.

#### *Reliabilität in der vorliegenden Studie*

In der vorliegenden Studie wurden Chronbach's Alpha an der Gesamtstichprobe berechnet. Es beträgt .85 für die Gesamtskala.

#### *Faktorenanalyse*

Die sieben Items wurden mit Hilfe eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation faktorisiert, um zu überprüfen, ob sich die bestehende Faktorenstruktur bestätigen lässt. Es fand sich eine einfaktorielle Lösung. Der Faktor klärt 63% der Varianz auf. Aus den Mittelwerten der Items, die diesem Faktor zugeordnet wurden, wird der Wert für diese Skala gebildet. Item 6 wurde wegen zu geringer Ladung aus weiteren Berechnungen herausgenommen. Die interne Konsistenz beträgt dann .89. Die Ladungen der Items auf dem Faktor sind in Tabelle 2.13 dargestellt. Damit ist die interne Konsistenz als gut zu beurteilen.

*Tabelle 2.13: Faktorenladung der Items der Skala negative Bewertung posttraumatischer Symptome.*

1. Irgend etwas Schreckliches wird passieren, wenn ich nicht versuche meine Gedanken zu dem Übergriff zu kontrollieren	.79
2. Wenn ich meine Gedanken oder Gefühle zu dem Übergriff nicht kontrollieren kann, werde ich verrückt	.84
3. Wut führt dazu sich selbst oder andere zu schädigen	.75
4. Falls man sich sehr taub fühlt nach dem Übergriff, bedeutet dies, dass man nie wieder mit der Welt in Berührung ist	.74
5. Wut wirft einen aus der Bahn	.80
6. Es ist in Ordnung, Gedanken zu dem Übergriff zu zulassen, wenn sie auftreten.(umgepolt) <sup>1</sup>	.24
7. Falls ich meine Gedanken zu dem Übergriff nicht kontrollieren kann, bedeutet das, dass ich schwach bin	.86

<sup>1</sup>Item wird wegen der geringen Ladung in spätere Analysen nicht aufgenommen.

### *Dysfunktionale kognitive und behaviorale Strategien*

#### *Sicherheitsverhalten und Ungeschehen machen*

Dieser Fragebogen erfasst in 14 Items das Ausmaß, in dem die Befragten in den letzten vier Wochen dysfunktionale kognitive und behaviorale Strategien zeigten. Als Sicherheitsverhalten werden aktive Versuche verstanden, die unternommen werden, um sich sicher zu fühlen („Ich Sorge dafür, dass ich nicht alleine bin“) Zudem wird erfasst, ob die Befragten versuchten, Erinnerungen ungeschehen zu machen („Ich überlege mir Möglichkeiten, wie der Übergriff hätte verhindert werden können“) oder zu löschen („Ich versuche die Erinnerung an den Übergriff aus meinem Gedächtnis zu streichen“). Die Patientinnen schätzen auf eine 5-Punkte-Likert-Skala ein, inwieweit sich für den Zeitraum der letzten vier Wochen diesen Items zustimmen können. Die Ratingskala reicht von „traf nicht zu“ über „traf ein wenig zu“ zu „traf vollkommen zu“. Diese beiden Subskalen wurden aus der Studie von Dunmore et al. (1999) entnommen und von der Autorin ins Deutsche übersetzt.

#### *Reliabilität*

Dunmore et al. (1999) untersuchten 92 Personen, die mindestens drei Monate zuvor Opfer eines sexuellen oder körperlichen Übergriffes wurden. Chronbach´s Alpha beträgt in dieser Studie .79 (Sicherheitsverhalten) und .77 (Ungeschehen machen).

#### *Reliabilität in der vorliegenden Studie*

In der vorliegenden Studie wurden Chronbach´s Alpha an der Gesamtstichprobe berechnet. Es beträgt .88 (Sicherheitsverhalten) und .87 (Ungeschehen machen).

Die 14 Items wurden mit Hilfe eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation faktorisiert, um zu überprüfen, ob sich die vorliegenden Skalen replizieren lassen. Es fand sich

eine einfaktorielle Lösung. Der Faktor klärt 52% der Varianz auf. Aus den Mittelwerten der Items, die diesem Faktor zugeordnet wurden, wird der Wert für diese Skala gebildet. Die interne Konsistenz dieser Skala beträgt .93. Damit ist die interne Konsistenz als gut zu beurteilen. Die Ladungen der Items auf dem Faktor sind in Tabelle 2.14 dokumentiert.

*Tabelle 2.14: Faktorenladung der Items der kognitiven und behavioralen Strategien.*

<i>Ungeschehen machen</i>	
1. Ich versuche, die Erinnerung an den Übergriff aus meinem Gedächtnis zu streichen.	.64
2. Ich stelle mir Möglichkeiten vor, wie ich mich hätte verteidigen können	.75
3. Ich überlege mir Möglichkeiten, wie der Übergriff hätte verhindert werden können	.77
4. Ich grübele darüber nach, warum es mir passiert ist	.79
5. Ich denke ständig über Dinge nach, die ich hätte anders machen können	.85
<i>Sicherheitsverhalten</i>	
1. Ich Sorge immer dafür, dass ich nicht alleine bin	.55
2. Ich habe immer eine Waffe bei mir	.48
3. Ich überprüfe, ob Türen oder Fenster geschlossen sind	.79
4. Ich nehme absichtlich an Gewicht zu oder ab	.57
5. Ich schaue mich nach Fluchtwegen um	.82
6. Ich schlafe bei brennendem Licht oder laufendem Radio ein	.73
7. Ich sitze, stehe oder schlafe mit dem Rücken zu Wand	.65
8. Ich schaue mich um	.82
9. Ich bin sehr besorgt um andere Menschen (z.B. die Kinder)	.74
10.	

### 2.3.4 Trauma-Anamnese

#### *Screening zum traumatischen Stressor in der Traumagruppe*

Die Patientinnen, die an der Untersuchung der Fachklinik teilnahmen, wurden zu den traumatischen Erfahrungen detailliert befragt. Die Rekonstruktion der objektiven Aspekte der traumatischen Erfahrungen erfolgt anhand eines strukturierten Leitfadens für die Dokumentation traumatischer Erfahrungen. Bei der Art des Missbrauchs wurde nur Missbrauch mit Körperkontakt berücksichtigt. Dieser Fragebogen wurde nur bei der Traumagruppe verwendet und von den behandelnden Bezugstherapeuten mit den Patientinnen erarbeitet. Die Merkmale der traumatischen Erfahrungen werden dichotom mit „Ja“ oder „Nein“ kodiert. Aus diesem Leitfaden wurden folgende Merkmale der Traumatisierung berechnet:

### *1. Das Alter zu Beginn der ersten Traumatisierung:*

Hierbei wird die in der Entwicklungspsychologie gängige Einteilung (Oerter & Montada, 1995) übernommen.

- Kindheit (vor dem 13. Lebensjahr),
- erste Phase der Adoleszenz (13. bis 17. Lebensjahr),
- zweite Phase der Adoleszenz (18. bis 22. Lebensjahr),
- junges Erwachsenenalter und älter (ab dem 22. Lebensjahr).

In diesem Screening wird nur das Alter kodiert, bei dem die erste Traumatisierung (im Falle mehrere Übergriffe bzw. Täter) begann.

### *2. Multiple Traumatisierung:*

Berichten Patientinnen von mehrfachen Traumatisierungen, die durch verschiedene Täter in verschiedenen Lebensphasen verübt wurden, wird dies als das Vorhandensein von multipler Traumatisierung aufgefasst. Dieses Merkmal wird dichotom mit „Ja“ bzw. „Nein“ kodiert. Es werden keine weiteren Daten zu der Art des Stressors, seiner Dauer etc. erhoben. Beispiel: Eine Frau, die in der Kindheit missbraucht wurde und danach noch einmal im Erwachsenenalter von einem anderen Täter vergewaltigt wurde, wird als multipel traumatisiert bzw. reviktimisiert bezeichnet. In diese Kategorie fallen z.B. nicht solche Patientinnen, deren sexueller Missbrauch sich über die Kindheit hinaus in die Adoleszenz erstreckt. Solche Patientinnen erfüllen dieses Kriterium auch dann nicht, wenn sie sich eines längeren Zeitraumes erinnern, in dem der Missbrauch „ruhte“ und später dann vom gleichen Täter fortgesetzt wurde. D.h. dass sie dieses Merkmal der Traumatisierung nicht über die zeitliche Erstreckung definiert, sondern über eine erneute Traumatisierung durch andere Täter in einer anderen Lebensphase.

### *3. Beziehung zu dem/den Tätern:*

Kodiert wird die Art der Beziehung zu dem ersten Täter. Hierbei werden folgende Kategorien gebildet:

- Vater, Stiefvater, Großvater,
- bekannte Person (die Patientin kannte diese Person wenigstens vom Sehen),
- Fremder.

### *4. Häufigkeit der Traumatisierung*

Angesichts der Tatsache, dass die Mehrheit der Patientinnen in der Kindheit traumatisiert wurden, wird auf eine präzise Einteilung der Häufigkeit im Sinne eines Addieren von Delikten verzichtet. Erinnern die Patientinnen mehrere Übergriffe wird dies als Gegenpol zur einmaligen Traumatisierung dichotom „einmal“ vs. „wiederholt“ kodiert.

### *5. Zeitliche Erstreckung des Traumas :*

Daneben wird kodiert, ob der Missbrauch sich über einen Zeitraum von bis zu einem Jahr oder über mehr als ein Jahr, bzw. über Jahre hinweg erstreckte.

### *6. Anzahl der Täter:*

Für die erste erinnerliche Phase der Traumatisierung wird zusätzlich erhoben, ob daran mehrere Täter daran beteiligt waren. Diese Merkmal wird dichotom mit „Ein Täter“ bzw. „Mehrere Täter“ kodiert.

### *Screening zum traumatischen Stressor in der Zusatzgruppe*

Die Zusatzpersonen wurden schriftlich danach befragt, ob „belastende Lebensereignisse“ oder traumatische Erlebnisse im engeren Sinne vorlagen. Mittels einer Frage aus der Posttraumatic Diagnostic Scale (Steil und Ehlers, in Vorbereitung) wird überprüft, ob ein oder mehrere traumatische Erlebnisse vorlagen, die dem A-Kriterium der PTB entsprachen. Hierbei wurde auch das Alter bei Eintritt dieses Ereignisses und die Beziehung zum Täter abgefragt. Zusätzlich wurden sie gebeten, das traumatische Erlebnis/belastende Lebensereignisse auf das sie hin die Fragebogen beantworten, in einem Freitext zu skizzieren. Bezüglich des traumatischen bzw. des belastenden Lebensereignisses wurde die Zusatzpersonen gebeten und ihr Alter bei Eintritt dieses Ereignisses zu nennen. Die endgültige Entscheidung, ob die Personen von einem Ereignis berichteten, das dem Stressor-Kriterium nach DSM-IV entspricht, wurde von der Autorin getroffen. Die Zusatzpersonen wurden aufgefordert, die Fragebogen in Hinblick auf das belastende Ereignis bzw. die traumatische Erfahrung zu beantworten. Falls sie mehrere Ereignisse beschrieben hatten, wurden sie instruiert, zu vermerken, welches das belastendste Ereignis war.

### *Ergebnis des Screening zu traumatischen Erfahrungen in der Kontrollgruppe:*

19 (49%) Zusatzpersonen hatten ein traumatisches Erlebnis benannt, das das Ereigniskriterium (A1-Kriterium) des DSM-IV (APA, 1994) erfüllt. Diese Zusatzpersonen, die wurden der Gruppe der „Zusatzpersonen mit traumatischer Erfahrung“ zugerechnet. Die Zusatzpersonen mit traumatischen Erfahrungen benannten als ihr schlimmstes Erlebnis 36% (N=7) Vergewaltigungen oder sexuellen Missbrauch, 26% (N=5) körperliche Übergriffe, 16% (N=3) Verkehrsunfälle und 16% (N=3) andere Stressoren.

20 (51%) berichteten kein Erlebnis zu haben, das dem A1-Kriterium des DSM-IV entspricht. Diese Zusatzpersonen beantworteten die Fragebogen in Bezug auf ihr belastendstes Lebensereignis. Die Zusatzpersonen, die über eine belastendes, aber nicht traumatisches Erlebnis berichteten, wurden der Gruppe der „belasteten Zusatzpersonen“ zugeordnet. Von



den belasteten Zusatzpersonen berichteten 40% (N=8) von dem Verlust einer ihnen nahestehenden Person durch Unfälle, Gewalttaten oder plötzlichen Tod, 10% (N=2) von Trennungen/Scheidungen, 25% (N=5) von schwere Erkrankungen nahestehender Personen oder der eigenen Person, 25% (N=5) von Unfälle und andere belastenden Ereignisse.

### 2.3.5 Auswertungsverfahren

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden Korrelationen, Varianzanalysen, t-Tests und Regressionsanalysen berechnet. Bei Korrelationen handelt sich je nach Datenverteilung um solche nach Spearman bzw. Pearson. Um eine  $\alpha$  Inflation in den Fragebogenmaßen zu kontrollieren, wurde jeweils eine Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde ein zweiseitiges Alpha-Niveau von 5% festgelegt. Zur Analyse der Bedeutung der verschiedenen kognitiven Faktoren für das Ausmaß der posttraumatischen Symptomatik, wurden Gruppenunterschiede auf Signifikanz hin überprüft. Je nach Datenverteilung wurden als parametrische Tests univariate Varianzanalysen bzw. t-Tests, als non-parametrische Tests Mann-Whitney-U-Test berechnet oder  $\chi^2$ -Test zum Vergleich von Häufigkeiten berechnet. Bei Vergleichen von mehr als zwei Gruppen schließen sich an signifikante Haupteffekte als Post-Hoc-Verfahren Tukey-Tests an. Zur Überprüfung der Hypothesen der Veränderung bestimmter kognitiver Variablen bzw. der posttraumatischen Symptomatik wurden Messwiederholungsanalysen durchgeführt. Die Gruppenunterschiede wurden mit Hilfe des Hotellings-T<sup>2</sup>-Test als multivariaten Test berechnet. Daran schlossen sich aufgrund der Datenverteilung t-Tests als parametrische Verfahren an. Zur Überprüfung bestimmter Hypothesen war die Berechnung von Kovarianzen angebracht, um den Einfluss bestimmter Variablen, wie dem Geschlecht oder der Depressivität zu kontrollieren. Bei bestimmten Fragestellungen wurden entsprechend der theoretischen Fragestellungen Kontraste vordefiniert. Die Gruppenunterschiede der dabei neu entstehenden Gruppen wurden dann mit t-Tests überprüft. Schrittweise Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um zu überprüfen, welche kognitiven Fragebogenskalen zur Aufklärung der PTB beitragen. Logistische Regressionen nach Wald wurden berechnet, um zu überprüfen, welche kognitiven Faktoren oder behaviorale Strategien die Gruppenzugehörigkeit der Untersuchungsteilnehmer korrekt klassifizieren. Zur Einschätzung der Größe von erreichten Veränderungen in bestimmten kognitiven Variablen bzw. der posttraumatischen Symptomatik, wurden Effektstärken als Veränderungsmaß berechnet. Die Effektstärke (Cohens d) wird als Differenz zwischen den Werten vor und nach der Behandlung, geteilt durch die mittlere Standardabweichung der Werte vor und nach der Behandlung berechnet. Eine Effektstärke von 1 bedeutet, dass sich die Werte, um eine Standardabweichung verändert haben. Die Voraussetzungen für die einzelne Verfahren wurden überprüft und werden im Text erwähnt. Die Voraussetzung der univariaten Normalverteilung der Variablen in den Gruppen, die der t-test verlangt, wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Die Homogenität der Varianzen, die als Voraussetzung für Varianzanalysen verlangt wird, wurden mit dem Levene-

Test überprüft. Da Varianzanalysen und Kovarianzanalysen gegen die Verletzung der Normalverteilung relativ robust ist (Bortz, 1993) wurden dieses Verfahren in der Regel auch eingesetzt, wenn die Voraussetzungen nicht erfüllt waren. Ist diese Voraussetzung nicht gegeben und sind bestimmte Gruppen eineinhalb Mal so groß wie andere Gruppen besteht die Gefahr einer zu liberalen Schätzung, wenn die Varianz in der kleineren Gruppe größer ist als in der größeren Gruppe. Dieses war in den gegebenen Daten nicht der Fall, so dass die Varianzanalyse als Verfahren beibehalten werden konnte.

## 2.4 Beschreibung der Stichprobe

### *Stichprobenmerkmale*

Das Alter der traumatisierten Patientinnen reicht von 14 bis 53 Jahren mit einem Mittelwert von 33 Jahren (SD= 9,54). Bis auf zwei Ausnahmen waren alle Untersuchungsteilnehmer weiblich. Der höchste Schulabschluss, der Erwerbsstatus und der Familienstand sind der Tabelle 2.15 zu entnehmen. In dieser Tabelle sind ebenfalls die entsprechenden Häufigkeiten der Zusatzpersonen eingetragen. Das Alter der Zusatzpersonen reicht von 20 bis 51 Jahre, mit einem Mittelwert von 32 Jahren (SD= 6,7). Die Traumagruppe und die Zusatzpersonen unterschieden sich nicht, wie beabsichtigt, bezüglich der Altersstruktur ( $t=0,98$ ,  $p=n.s.$ ). Unterschiede bestanden jedoch in der Geschlechterverteilung und dem höchsten Schulabschluss, sowie dem Familienstand. Der Geschlechtseffekt wird daher in den folgenden Analysen berücksichtigt, indem er an entsprechenden Stellen kontrolliert wird.

*Tabelle 2.15: Soziodemographische Merkmale der beiden Gruppen.*

	Traumagruppe (N=70)		Zusatzgruppe (N=39)	
	N	%	N	%
<i>Geschlecht</i>				
weiblich	68	97	31	79,5
Männlich	2	3	8	20,5
<i>Bildungsabschluß<sup>1</sup></i>				
kein Schulabschluss	1	1,9	0	0
Hauptschule	20	37	2	5
Mittlere Reife	22	41	7	18
Abitur	10	19	30	77
noch in der Schule	1	1,9	0	0
<i>Erwerbsstatus</i>				
Beschäftigt	47	67	34	87
Erwerbslos	8	11	0	
Arbeitslos	11	16	5	13
Berentet	0	0	0	
Aktuell arbeitsunfähig	4	5	0	

<i>Familienstand</i>				
Ledig	30	43	29	74
Verheiratet	24	34	9	23
Verwitwet	1	1	0	0
geschieden/ getrennt lebend	15	21	1	2,6

<sup>1</sup> N=54 für die Traumagruppe

#### *Repräsentivität der Patientinnen der Gruppe Traumabewältigung*

23 Patientinnen mit PTB wurden im Untersuchungszeitraum nicht in der Gruppe Traumabewältigung behandelt. Die Entscheidung, die Patientinnen dort nicht zu behandeln, fiel nach dem klinischen Bild der Dringlichkeit anderer Therapieziele oder sonstiger Gründe, die der Teilnahme an dieser Gruppe entgegenstanden. Diese Therapieziele und sonstige Gründe sind in der folgenden Tabelle 2.16 aufgeführt.

*Tabelle 2.16: Häufigkeit der zur PTB-Behandlung konkurrierenden Therapieziele (N=23).*

	N	%
<i>Andere Therapieziele.</i>	16	70
Schwerwiegende soziale Probleme	5	22
Berufliche Rehabilitation	3	13
Andere primäre Störung	3	13
Gewichtsreduktion	1	4
Stabilisierung	4	17
<i>Sonstige Gründe:</i>	7	30
Wunsch nach finanzieller Kompensation	2	9
Sprachliche Probleme	1	4
Therapieabbruch	4	17

Nach der Checkliste zur Überprüfung der Diagnose PTB, litten alle diese Patientinnen zum Erhebungszeitpunkt unter einer chronischen PTB. Von acht dieser Patientinnen liegt zum dem die Baselinemessung der PTB mit dem PSS-SR vor. Danach hatten 7 dieser Patientinnen eine schwere PTB (Summenscore über 18, M=28,38, s=10,09). Diese Patientinnen unterscheiden sich nicht von denen, die in der Gruppe Traumabewältigung behandelten wurden, im Ausmaß der PTB nach der SCL-90 R, dem Ausmaß der Depressivität und der Trait-Angst. Die entsprechenden Ergebnisse sind eingefügt.

Tabelle 2.17: Vergleich von Störungsmaßen, Alter und Traumamerkmale zwischen der Traumagruppe und anderen traumatisierten Patientinnen.

	Traumagruppe		sonstige <sup>5</sup>		F	P
	M	SD	M	SD		
CR-PTB <sup>1</sup>	0,82 <sup>1</sup>	1,19	1 <sup>1</sup>	1,2	0,07	n.s.
GSI	2,18 <sup>1</sup>	0,63	2,30 <sup>3</sup>	0,60	0,00	n.s.
STAI	55,78 <sup>1</sup>	9,47	55,95 <sup>4</sup>	9,90	0,028	n.s.
ADS-K	22,72 <sup>2</sup>	7,23	22,70 <sup>3</sup>	9,02	2,10	n.s.

<sup>1</sup> N=67, <sup>2</sup> N=69, <sup>3</sup> N=22, <sup>4</sup> N=21, <sup>5</sup> Patientinnen, die nicht in der Traumagruppe behandelt wurden. <sup>1</sup> PTB-Subskala für Opfer von Verbrechen errechnet aus der SCL90-R (Saunders, Arata, & Klipatrick, 1990).

Tabelle 2.18 ist zu entnehmen, dass diese beiden Gruppen in etwa gleich alt waren und ähnlich lange in der Fachklinik behandelt wurden.

Tabelle 2.18: Aufenthaltsdauer in der Klinik und Alter der Traumagruppe und Patientinnen, die nicht in der Traumagruppe behandelt wurden.

	Traumagruppe		sonstige <sup>1</sup>		t	P
	M	SD	M	SD		
Dauer	63,71	16,12	44,36	17,63	0,28	n.s.
Alter	33,34	9,54	32,20	11,69	,002	n.s.

<sup>1</sup>: Patientinnen, die nicht in der Traumagruppe behandelt wurden.

Insgesamt deuten die beschriebenen Ergebnisse daraufhin, dass die in der Gruppe Traumabewältigung behandelten Patientinnen repräsentativ für alle Patientinnen mit PTB sind, die in der Fachklinik behandelt werden.

#### *Post-hoc Zuweisung der Patientinnen für den Gruppenvergleich*

Entsprechend der Schweregradeinteilung, die der PSS-SR ermöglicht, ergeben sich folgende Gruppenzuweisungen.

#### *Personen mit schwerer posttraumatischer Symptombelastung:*

65 Patientinnen der Gesamtstichprobe erzielten eine Summenscore größer oder gleich 18 auf dem PSS-SR.

#### *Personen mit geringer Symptombelastung nach traumatischen Erfahrungen:*

Die 19 Personen der Zusatzgruppe mit traumatischen Erfahrungen haben alle insgesamt eine geringe Symptombelastung (PSS-SR <18). Dieses Kriterium erfüllen auch sechs Patientinnen der Traumagruppe; diese werden ebenfalls dieser dritten Gruppe zugeteilt.

*Personen ohne traumatische Erfahrung:*

Für diese Gruppe wird, da die Definition der PTB aufgrund des nicht erfüllten Stressorkriteriums nach DSM-IV nicht erfüllt sein kann, der PSS-SR als Instrument für die Erfassung der erlebten Belastung und nicht zur diagnostischen Klärung der PTB vorgelegt. 20 Personen der Zusatzpersonen erfüllen diese Kriterien.

*2.4.1 Behandlung der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung im Rahmen der stationären psychosomatischen Behandlung und Rehabilitation<sup>1</sup>*

Um Patientinnen mit einer chronischen PTB angemessen behandeln zu können, wurde bereits 1995 die Gruppe Traumabewältigung als eine gleichrangig zu allen anderen indikativen Gruppe bestehende Gruppe in der Fachklinik etabliert. Aufgrund der ermutigenden Therapieergebnisse der Forschungsgruppe um Resick wurde die CPT als Verfahren gewählt und für das stationäre Setting in der Fachklinik für Psychosomatik modifiziert (Scheifling-Hirschbil, 1995, Boos, Scheifling-Hirschbil & Rüd- del, 1999).

*Zielsetzung des Therapieprogramms*

Die *Ziele der Gruppe Traumabewältigung* lehnen sich an die der CPT an und lauten:

- die Akzeptanz der Traumatisierung und deren Integration in die eigene Biografie.
- die Veränderung maldaptiver verhaltensleitender Kognitionen, die Verarbeitung schmerzlicher Gefühle und
- auf der Symptomebene eine Reduktion der PTB Symptomatik.

Neben der eigentlichen Gruppentherapie wird im Vorfeld routinemäßig eine ausführliche

- Trauma-Anamnese,
- PTB-Diagnostik und
- therapeutische Vorbereitung auf die Gruppe Traumabewältigung durchgeführt.

Die folgende Tabelle stellt den Ablauf des Gruppenprogramms vor:

---

<sup>1</sup> Die Behandlung der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung im Rahmen der stationären psychosomatischen Behandlung und Rehabilitation wurde von Boos, Scheifling-Hirschbil & Rüd- del (1999) veröffentlicht.

Tabelle 2.19: Schematische Darstellung des Ablaufes der Gruppe Traumabewältigung

<i>Vorbereitung auf die Gruppe Traumabewältigung</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trauma-Anamnese</li> <li>• PTB Diagnostik</li> <li>• Etablierung sicherer Rahmenbedingungen</li> </ul>	
<i>Ablauf der Gruppe Traumabewältigung:</i>	
<i>Sitzung:</i>	<i>Inhalt der Sitzungen</i>
1	<p>Psychoedukation über die PTB und Aufbau der Gruppentherapie.</p> <p><b>Hausaufgabe (HA):</b> Wie hat das Trauma mein Leben verändert, bzw. wie wäre mein Leben verlaufen, wenn das alles nicht passiert wäre ?</p> <p><b>Ziel:</b> Auseinandersetzung mit den emotionalen und kognitiven Spätfolgen, den Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung und der Beziehungsgestaltung.</p>
2-4	<p>Arbeit an idiosynkratischen dysfunktionalen Gedanken, Regeln und Mustern, die in der HA deutlich wurden. (A-B-C Blätter)</p> <p><b>Ziel:</b> neue Überzeugungen formulieren, die eher der jetzigen Lebenssituation entsprechen und nicht der des Traumas.</p>
5-8	<p><b>HA:</b> Exposition: Aufschreiben mindestens eines traumatischen Erlebnisses. Schwerpunkt auf Erinnerung, die die meisten Intrusionen und Flashbacks hervorruft. Ziel: Veränderung des Traumagedächtnisses.</p>
9	<p><b>HA:</b> Täglich lesen und vollständiges Erinnern des Traumas unter besondere Berücksichtigung der Emotionen und sensorischen Details.</p> <p><b>Ziel:</b> Veränderung des Traumagedächtnisses.</p>
10	<p>Besprechung der HA und den Möglichkeiten weiterzukommen.</p>

### *Trauma-Anamnese*

Da ohne benennbaren Stressor (A-Kriterium nach DSM-IV, APA, 1994) die Diagnose einer PTB nicht vergeben werden kann, besteht eine Vorbedingung zur Teilnahme an der Gruppe Traumabewältigung in einer wenigstens partiell mit der Bezugstherapeutin erarbeiteten Trauma-Anamnese. Dies impliziert, dass Patientinnen, die mit dem subjektiven Verdacht „da müsse früher doch etwas gewesen sein“, nicht hinsichtlich Traumabewältigung behandelt werden. Bei sehr instabilen Patientinnen werden zunächst nur „Überschriften“ zum Stressor erfragt. Vor allem bei Patientinnen, die erstmalig bereit sind, offen zu legen, dass sie traumatische Erfahrungen gemacht haben, ist es sehr hilfreich, wenn die Therapeutinnen solche „Überschriften“ selbst nennen. (Bsp.: „Wenn sie sagen, dass sie schlimme Erfahrungen in der Kindheit gemacht haben, welche Überschrift passt dazu, damit ich besser verstehen kann, wovon sie reden: sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung oder Vergewaltigung?“). Eine ausführlichere Trauma-Anamnese wird dann in Laufe der Therapie erarbeitet. Die Rekonstruktion der traumatischen Erfahrungen erfolgt anhand eines

strukturierten Leitfadens für die Dokumentation traumatischer Erfahrungen, der wichtige Merkmale des Traumas (Alter zu Beginn, Beziehung zum Täter, Dauer der Traumatisierung und Art des Stressors) erhebt (vgl.: 2.3.4). Unserer Erfahrung nach müssen genaue Details der Traumatisierung am Anfang der Therapie noch nicht bekannt sein. Zudem stellt es für mehrfach Traumatisierte oftmals eine starke Überforderung da, über die traumatischen Erfahrungen im Detail zu sprechen. Wichtiger für die klinische Arbeit ist es, mit diesen Patientinnen zu erarbeiten, welche Erfahrung sie in der Gruppe bearbeiten möchten und ihnen dabei zu helfen, dies zu bewältigen.

### *PTB-Diagnostik*

Zur Abklärung des Vorliegens einer PTB führen die Therapeutinnen ein standardisiertes Interview durch, das die Kriterien der PTB nach DSM-IV erhebt (vgl. 2.3.1). Erst danach erhalten die Patientinnen erstmals Fragebogen zur PTB (PSS-SR).

### *Etablierung sicherer Rahmenbedingungen*

Traumatisierungen können zu tiefgreifenden Erschütterungen von Vertrauen, Sicherheit und dem Bedürfnis nach Kontrolle über das eigene Leben führen. Daher werden im Vorfeld die Themen Sicherheit und Schutz besprochen. Hierbei ist es oft wichtig, mit der Patientin zu erarbeiten, dass die Klinik ein sicherer Ort ist („Hier in die Klinik kommt niemand rein, der hier nichts zu suchen hat“). Zudem werden zu Beginn Sicherheitsrituale toleriert (z.B.: In der Nacht das Licht am Bett brennen lassen). Um dem Bedürfnis nach Kontrolle entgegen zu kommen, legt das Behandlungsteam großen Wert auf Transparenz des therapeutischen Arbeitens, insbesondere was die Inhalte der Gruppe Traumabewältigung angeht. So empfinden es viele Patientinnen als sehr entlastend zu erfahren, dass in der Gruppe keine Details, sowohl der eigenen Traumatisierung noch der anderer Patientinnen, besprochen werden. Dazu gehört auch, dass explizit untersagt wird, über diese Erfahrungen außerhalb von therapeutischen Veranstaltungen zu sprechen. Sehr wohl wird den Patientinnen zu Beginn erklärt, dass sie über ihre traumatischen Erfahrungen reden und schreiben werden. Patientinnen, die noch in schädigenden Beziehungen leben, in denen sie aktuell traumatisiert werden, werden dementsprechend nicht in der Gruppe Traumabewältigung behandelt. Bei diesen Patientinnen steht eine Sozialtherapie und Stabilisierung im Vordergrund.

### *Beziehungsaufbau*

Da es für viele traumatisierte Menschen sehr schwierig ist, sich auf andere Personen einzulassen und dies den Rahmen der eigentlichen Traumaarbeit in der Gruppe sprengen wür-

de, ist der Beziehungsaufbau mit den Patientinnen aus der Gruppe in die Einzeltherapie mit der Bezugstherapeutin oder dem Bezugstherapeuten verlagert. Vor dem Hintergrund, dass eine stabile Beziehung zu den Therapeutinnen Grundlage einer Traumarbeit ist, wird darüber hinaus sichergestellt, dass die Patientinnen die Gruppentherapeutinnen wenigstens aus Aufnahmevisiten oder anderen Maßnahmen kennen. Bei Patientinnen anderer Stationen führt eine der beiden Gruppentherapeutinnen wenigstens ein Vorgespräch.

### *Die Gruppe Traumabewältigung*

*Die therapeutische Intervention basiert auf den drei Bausteinen Psychoedukation, Exposition und kognitiver Umstrukturierung. Die Gruppe wird von zwei Therapeutinnen geleitet und findet eingebettet in den üblichen Wochenplan der Patientinnen über fünf Wochen zweimal die Woche statt. Generell gilt, dass die Patientinnen keine ihrer schriftlichen Hausaufgaben in der Gruppe vorlesen. Zudem wird deutlich gemacht, dass es unerwünscht ist, sich außerhalb der Gruppe über traumatische Erfahrungen auszutauschen. Dies geschieht aus der Sorge, sekundäre Traumatisierung zu provozieren. Die Psychoedukation besteht aus der Darstellung der Symptome der PTB durch die Therapeutinnen und der Vermittlung eines theoretischen Modells der PTB. Hierbei wird den Patientinnen die Netzwerktheorie von Foa & Kozak (1986) sowie die ursprünglich von Piaget entwickelten Begriffe der Akkomodation und Assimilation (Piaget, 1954) verständlich dargestellt. Darauf folgt eine Ermunterung der Patientinnen, von dem Erleben der Symptomatik bei sich selbst zu berichten. Die Therapeutinnen erläutern den Patientinnen anhand ihrer von sich berichteten Symptomatik dann noch mal die Zusammenhänge zwischen den deutlich gewordenen aufrechterhaltenden Bedingungen und dem Fortbestehen der Störung. Insgesamt wird den Patientinnen deutlich gemacht, dass der Abbau von Vermeidungsverhalten zentral für die Behandlung ist. Um erstmals zu den idiosynkratischen dysfunktionalen Kognitionen zu gelangen, setzen sich die Patientinnen vor der nächsten Sitzung schriftlich damit auseinander, wie die Traumatisierung ihr Leben verändert hat und was dies heute für sie bedeutet. Bei in der Kindheit traumatisierten Patientinnen ergibt sich die Schwierigkeit, dass diese sich oftmals aufgrund des frühen Beginns der Traumatisierung keines klaren Bruches in ihrem Leben erinnern können. Daher werden diese aufgefordert, sich mit der Frage zu beschäftigen, wie ein Leben ohne Trauma verlaufen wäre. Auch bei dieser Fragestellung geht es darum, kognitive Blockaden zu identifizieren. Die Hausaufgaben werden mit den Patientinnen nacheinander in der Gruppe besprochen. Es wird dann mittels Methoden der kognitiven Therapie (z.B. sokratischer Dialog) versucht, darin deutlich gewordene dysfunktionale Regeln, Muster und verzerrte Denkweisen dahingehend zu verändern, dass sie eine funktionalere Passung zu den Lebensbezügen der Patientinnen heute, nach dem Trauma, darstellen. Dabei werden A-B-C Blätter (nach Resick et al., 1992) eingesetzt. Die A-B-C Blätter werden genutzt, um der Patientin Verbindungen zwischen ihren dysfunktionalen Gedanken und Gefühlen sowie*



ihrem Verhalten zu verdeutlichen. Arbeitsblätter zu dysfunktionalen Überzeugungen, sowie Denkfehlern (nach Beck & Emery, 1985) werden dann über den gesamten Verlauf der Gruppe Traumabewältigung bearbeitet, um die dysfunktionale Gedanken zu modifizieren. Sobald eine Patientin ihre Hausaufgabe bearbeitet hat, wird mit ihr die Exposition vorbereitet. Diese besteht in der schriftlichen Auseinandersetzung mit mindestens einem traumatischen Erlebnis. Bei der Entscheidung mit welchem Erlebnis die Patientin sich konfrontieren soll, wird die Patientin dabei unterstützt, relevante und belastende Erlebnisse auszuwählen. Dabei wird der Patientin wiederholt deutlich gemacht, dass von ihr gezeigtes Vermeidungsverhalten ihre Symptomatik aufrechterhalten wird und ihr wird erklärt wie bedeutsam dessen Überwindung für die Reduktion der PTB ist. In der Regel werden die Patientinnen dazu angeleitet, für die Exposition entweder das für die Patientinnen belastendste Erlebnis zu wählen oder eines, das im Falle von chronischer Traumatisierung typisch war für die Traumatisierungen. Hierzu werden die Patientinnen instruiert, in der Gegenwartsform dieses Erlebnis möglichst detailliert niederzuschreiben und sich dabei auf ihre Gefühle und Gedanken zu konzentrieren. Um Vermeidungsverhalten zu reduzieren, wird mit den Patientinnen genau Ort und Zeit der Niederschrift des traumatischen Erlebnisses besprochen (z.B. nicht nach Dienstschluss zu schreiben). Bei der Vereinbarung dieser Absprachen kommt das stationäre Setting den Therapeutinnen entgegen, da es z.B. entlastende Gespräche mit der Bezugstherapeutin oder dem Pflegepersonal nach dem Schreiben ermöglicht. Bei der Besprechung der Hausaufgabe überprüfen die Therapeutinnen, ob es bereits zu einer Habituation gekommen ist und arbeiten weiter an dysfunktionalen Kognitionen. Um Habituation zu erreichen oder aber sie zu verstärken, liest die Patientin sich den Expositionsbericht wiederholt pro Tag durch, auch hierbei wird sie instruiert, Vermeidungsverhalten sein zu lassen. Falls jedoch deutlich wird, dass die Patientin schwierige Momente des Traumas vermieden hat, d.h. sie hat z.B. vermieden über ihre eigenen Gefühle und Gedanken zu schreiben, wird sie nochmals aufgefordert, den Bericht zu schreiben. Daneben wird im weiteren Verlauf der Gruppe weiter an dysfunktionalen Überzeugungen gearbeitet, wobei die Themen Sicherheit, Macht, Intimität, Selbstwert und Vertrauen im Vordergrund stehen. Für die letzte Sitzung der Gruppe Traumabewältigung erarbeiten die Patientinnen wiederum eine schriftliche Auseinandersetzung mit der veränderten Sicht des Traumas. Dabei wird angezielt, dass die Patientinnen sich mit ihren Veränderungen auseinandersetzen und beschreiben welche Schwierigkeiten noch bestehen. Dieser Bericht wird in der letzten Sitzung diskutiert und es werden Möglichkeiten besprochen, wie der Heilungsprozess fortgesetzt werden kann. Die Gruppe endet damit, dass die Patientinnen aufgefordert werden, sich gegenseitig Wünsche und „psychische Geschenke“ in ihren imaginären Koffer zu packen.

*Begleitende Therapien*

Nach einer Woche auf der Aufnahmestation zur diagnostischen Klärung differentieller Indikationsstellungen und Festlegung der Rehabilitationsziele werden die Patientinnen auf eine verhaltenstherapeutische Station verlegt, wo sie während ihres gesamten restlichen stationären Aufenthaltes bleiben. Dort nehmen sie im allgemeinen an folgenden Maßnahmen teil: Verhaltenstherapie im Einzel- und im Gruppensetting (Problemlösegruppe, zweimal Mal die Woche für 90 Minuten), ärztlichen Visiten, Gestaltungstherapie, Körpertherapie (Feldenkrais), Aktivitäten der therapeutischen Gemeinschaft, Sport und Entspannungstherapie. Bei Bedarf erhalten sie zudem Ernährungsberatung und Sozialtherapie. Der Einfluss dieser begleitenden Therapien auf die PTB-Symptomatik wird in dieser Untersuchung im einzelnen nicht untersucht, dürfte aber mit an der angezielten Symptomreduktion beteiligt sein.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Traumaschwere: Deskriptive Daten zu den traumatischen Erfahrungen der Traumagruppe und der psychischen Folgeproblematik

##### 3.1.1 Traumatischen Erfahrungen der Traumagruppe

Die Mehrheit der Patientinnen der Traumagruppe wurde in der Kindheit bzw. in der ersten Phase der Adoleszenz wiederholt *sexuell missbraucht* ( $\chi^2 = 15,8$ ;  $p < .001$ ). Knapp ein Drittel dieser Frauen wurden zudem später *reviktimisiert*. Etwa ein Fünftel der Gesamtstichprobe wurde im Erwachsenenalter - mit einer Ausnahme - sexuell traumatisiert. Der Stressor bestand zu einem großen Prozentsatz aus Vergewaltigungen, in jedem Fall jedoch definitivonsgemäß aus Missbrauch mit Körperkontakt. Das Trauma bestand bei allen reviktimisierten Patientinnen aus *Vergewaltigungen*.

Tabelle 3.1: Art der traumatischen Erfahrungen der Traumagruppe:

	N	%
Sexueller Missbrauch in der Kindheit und Jugend	55	78,6
Traumatisierung nach dem 18. Lebensjahr		
Vergewaltigung nach dem 18. Lebensjahr	14	25,5
Wiederholter Überfall am Arbeitsplatz	1	1,4
Multiple Traumatisierung in mehreren Lebensphasen	16	28 <sup>1</sup>

<sup>1</sup>bezogen auf die Gruppe, der in der Kindheit traumatisierten Patientinnen.

Die Patientinnen, die *reviktimisiert* wurden, sind zum Zeitpunkt der Untersuchung signifikant älter als die beiden anderen Gruppen (sexueller Missbrauch, Trauma im Erwachsenenalter) ( $F(2,70)=7,81$ ,  $p=.001$ ). Die erstmals *im Erwachsenenalter traumatisierten Patientinnen* un-

terscheiden sich von den beiden anderen Gruppen (sexueller Missbrauch, multiple Traumatisierung) in dem Sinne, dass seit deren Traumatisierung signifikant weniger Zeit vergangen ist ( $F(2,70)=26,65, p<.001$ ).

*Tabelle 3.2: Aktuelles Alter und Zeit, die seit der Traumatisierung vergangen sind.*

Aktuelles Alter	M	SD
Sexueller Missbrauch	32	9
Traumatisierung im Erwachsenenalter	29	8
Multiple Traumatisierung	41	7
Zeit, die seit dem Beginn der Traumatisierung vergangen ist (in Jahren).	M	SD
Sexueller Missbrauch	22	10
Traumatisierung im Erwachsenenalter	6	6
Multiple Traumatisierung	33	8

### *Sexueller Missbrauch*

Im Falle sexuellen Missbrauchs stammen die Täter zumeist aus der eigenen Familie oder dem Bekanntenkreis ( $\chi^2 =13,29, p=<.001$ ). Knapp dreiviertel dieser Patientinnen wurde von einem einzelnen Täter missbraucht ( $\chi^2=9,62, p<.02$ ). Für knapp die Hälfte der Patientinnen begann der sexuelle Missbrauch vor dem 13. Lebensjahr ( $\chi^2 =26,75, p<.001$ ). Der sexuelle Missbrauch dauerte in der Regel über mehrere Jahre an ( $\chi^2 =14,44 p=<.001$ ) und fand nur in wenigen Ausnahmen einmalig statt.

*Tabelle 3.3: Beziehung zum Täter, Alter zu Beginn des Missbrauches u. Dauer des Missbrauches.*

	N	%
<b>Beziehung zum Täter</b>		
Vater, Stiefvater, Großvater	11	20,4
Bruder, Cousin	9	16,7
Bekannte Person	30	53,7
Fremder	5	9,3
<b>Anzahl der Täter</b>		
Ein Täter	39	71
Mehrere Täter	16	29
<b>Alter zu Beginn des Traumas</b>		
bis zum 12. Lebensjahr	46	83,6
Nach dem 13. Lebensjahr	8	14,5
<b>Dauer des Missbrauches</b>		
Mehrere Jahre	30	54,5
bis zu einem Jahr	18	32,7
Einmal	7	12,7

### *Traumatisierung im Erwachsenenalter*

Die erstmals im Erwachsenenalter traumatisierten Patientinnen wurden zu meist von einem ihnen bekannten Mann ( $\chi^2 = 11,20$ ,  $p < .01$ ) in der Regel wiederholt traumatisiert ( $\chi^2 = 2,57$ ,  $p = n.s.$ ). Dabei gibt es keine Häufung von traumatischen Erfahrungen im jungen Erwachsenenalter gegenüber dem mittleren oder höheren Erwachsenenalter ( $\chi^2 = 0,6$ ,  $p = n.s.$ ).

*Tabelle 3.4: Merkmale der Traumatisierung bei den erstmals im Erwachsenenalter traumatisierten Patientinnen.*

	N	%
<b>Beziehung zum Täter</b>		
Fremder Täter	3	20
Bekannter Täter	12	80
<b>Alter bei Beginn der Traumatisierung</b>		
18-22 Jahre	9	60
Älter als 22 Jahre	6	40
<b>Anzahl der Täter</b>		
Ein Täter	13	87
Mehrere Täter	2	13
<b>Häufigkeit der Traumatisierung</b>		
Einmalig	4	28,58
Wiederholt	10	71,42

### *3.1.2 Psychische Folgen der traumatischen Erfahrungen*

Vergleicht man die psychische Folgeproblematik über die Lebensphase hinweg, in der die Traumatisierung begann bzw. dahingehen, ob sie sich in einem späteren Lebensabschnitt wiederholte, zeigt sich im Post-hoc-Vergleich, dass das Ausmaß der PTB gemessen mit dem PSS-SR für die im Erwachsenenalter traumatisierten Patientinnen signifikant höher ist als für die in der Kindheit missbrauchten Patientinnen ( $F(2,67) = 3,72$ ,  $p = .001$ ), bezogen auf die Depressivität ergeben sich jedoch keine Unterschiede ( $F(2,67) = 1,91$ ,  $p = n.s.$ ). Alle Patientinnen leiden unter einer klinisch bedeutsamen schweren PTB (Summenscore PSS-SR > 18).

### *Sexueller Missbrauch*

Vergleicht man das Ausmaß der PTB und der Depressivität für die einzelnen Merkmale der Gruppe der in der Kindheit sexuell missbrauchten Patientinnen, zeigt sich, dass keines der Merkmale Unterschiede in der Folgeproblematik nach sich zieht:

*PTB:* Beziehung zum Täter ( $F(3,51) = 1,19$ ,  $p = n.s.$ ), Anzahl der Täter ( $t(df=53) = -0,29$ ,  $n.s.$ ), Alter zu Beginn des Missbrauchs ( $t(df=52) = 0,20$ ,  $p = n.s.$ ), Dauer des Missbrauchs ( $F(2,52) = 0,28$ ,  $p = n.s.$ )

*Depressivität*: Beziehung zum Täter ( $F(3,51)=0,84$ ,  $p=n.s.$ ), Anzahl der Täter ( $t(df=53)=-0,29$ ,  $n.s.$ ), Alter zu Beginn des Missbrauchs ( $t(df=53)=1,68$ ,  $p=n.s.$ ), Dauer des Missbrauchs ( $F(2,51)=0,83$ ,  $p=n.s.$ ).

### *Traumatisierung im Erwachsenenalter*

Vergleicht man das Ausmaß der PTB und der Depressivität für die einzelnen Merkmale der Gruppe der erstmals im Erwachsenenalter traumatisierten Patientinnen, zeigt sich, dass keines der Merkmale Unterschiede in der Folgeproblematik nach sich zieht:

*PTB*: Beziehung zum Täter ( $t(df=13)=-0,83$ ,  $p=n.s.$ ), Anzahl der Täter ( $t(df=13)=-,30$ ,  $n.s.$ ), Alter zu Beginn der Traumatisierung ( $t(df=13)=0,11$ ,  $p=n.s.$ ), Häufigkeit der Traumatisierung ( $F(1,13)=1,93$ ,  $p=n.s.$ ).

*Depressivität*: Beziehung zum Täter ( $t(df=13)=0,24$ ,  $p=n.s.$ ), Anzahl der Täter ( $t(df=13)=0,00$ ,  $n.s.$ ), Alter zu Beginn der Traumatisierung ( $t(df=13)=-1,08$ ,  $p=n.s.$ ), Häufigkeit der Traumatisierung ( $F(1,13)=0,39$ ,  $p=n.s.$ )

### 3.1.3 *Psychische Belastung der Traumagruppe im Vergleich*

Im folgenden wird die Ausprägung der PTB und der allgemeinen Psychopathologie der Traumagruppe dokumentiert. Zudem sind die Ausprägungen in den jeweiligen Messinstrumente von verschiedenen klinischen Normierungs-Stichproben wiedergegeben.

*Tabelle 3.5 Vergleich der Ausprägung der PTB in der Traumagruppe und Referenzpopulationen.*

	Traumagruppe (N=70)		Vergleichsgruppe	
	M	SD	M	SD
Fragebogenskalen				
<i>PTB-Häufigkeit</i>				
PSS-SR (Gesamtwert)	32,21 <sup>1</sup>	9,89	25,83 <sup>2</sup>	11,06
<i>PTB-Belastung</i>				
Belastung (Gesamtwert)	32,64	9,84	24,38 <sup>3</sup>	18,65

Test: PSS-SR, <sup>1</sup>N=69, <sup>2</sup>Frauen mit Missbrauchserfahrungen (Wenninger, 1998),

<sup>3</sup>Opfer von Verkehrsunfällen (Steil, 1997).

*Tabelle 3.6 Vergleich der allgemeinen Psychopathologie der Traumagruppe mit Normierungsstichproben:*

	Traumagruppe (N=67)		Vergleichsgruppe <sup>1</sup>	
	M	SD	M	SD
Somatisierung	1,26	0,87	1,13	0,81
Zwanghaftigkeit	1,50	0,94	1,39	0,80
Unsicherheit im Sozialkontakt	1,67	0,93	1,35	0,82
Depressivität	1,67	0,91	1,69	0,86

Ängstlichkeit	1,52	0,86	1,45	0,90
Aggressivität/ Feindlichkeit	1,35	0,92	1,08	0,83
Phobische Angst	1,12	0,86	1,02	1,02
Paranoides Denken	1,36	0,82	1,06	0,80
Psychotizismus	1,00	0,77	0,86	0,68
GSI <sup>2</sup>	2,18	0,63	1,27	0,66

Test: SCL-90R, <sup>1</sup> weibliche Psychotherapiepatientinnen (Davies-Osterkamp et al., 1993),

<sup>2</sup> GSI: Global Symptom Index aus dem SCL-90R.

Tabelle 3.7 Vergleich der Ängstlichkeit und Depressivität in der Traumagruppe mit Normierungsstichproben:

	Traumagruppe (N=70)		Vergleichsgruppe <sup>1</sup>	
	M	SD	M	SD
Ängstlichkeit	55,78	9,47	51,11 <sup>1</sup>	12,16
Depressivität	22,70	18,26	24,89 <sup>2</sup>	8,37

Tests: STAI-Trait, ADS-K, <sup>1</sup> Frauen mit Missbrauchserfahrungen (Weninger et al., 1998),  
<sup>2</sup> Psychiatrische Patientinnen (Hautzinger et al., 1993),

Aus den dargestellten Ergebnissen wird deutlich, dass die Traumagruppe gegenüber den Vergleichsgruppen mit Ausnahme der Depressivität deutlich stärker belastet ist.

### 3.2 Empirische Evaluation der Gruppe Traumabewältigung

#### 3.2.1 Veränderung der PTB durch die spezifische Intervention

Die Hauptfragestellung der Untersuchung widmet sich der Frage, ob eine Reduzierung der PTB beobachtet werden kann. Erwartungsgemäß verändert sich die Häufigkeit der Symptome der PTB und die durch sie ausgelöste Belastung: Für alle Patientinnen, die an der Traumagruppe teilnahmen, zeigt sich eine signifikante mittlere Symptomreduktion zwischen dem Beginn (t1) und Ende der Gruppe Traumabewältigung (t2). Eine Ausnahme besteht für die Häufigkeit ( $p=.11$ ) und die Belastung der Intrusionen ( $p=.017$ ). Allerdings fällt die Alpha-Fehler-Korrektur nach Bonferroni der Tendenz eher konservativ aus (Bortz, 1993). Daher kann die fehlende Signifikanz im Ausmaß der Belastung durch die Intrusionen in seiner Bedeutsamkeit eingeschränkt werden. Ebenso verfehlt die Häufigkeit der Symptome der Übererregtheit die korrigierte Signifikanzgrenze. Damit kann die erste Untersuchungsfrage nach der Veränderung der PTB zwischen Beginn und Ende der Gruppe Traumabewältigung bis auf die genannten Einschränkungen positiv beantwortet werden.

Tabelle 3.8: Veränderungen der PTB über die Zeit (t1 vs. t2).

	Intrusionen				Belastung			
	Häufigkeit		t	p	Belastung		t	p
	M	SD			M	SD		
T1	7,6	2,86			8,58	3,19		
T2	6,91	3,44	1,63	.11	7,46	3,72	2,44	.017
	Vermeidung				Belastung			
	Häufigkeit		t	p	Belastung		t	p
	M	SD			M	SD		
T1	12,20	4,87			12,06	4,50		
T2	9,52	5,35	3,71	.000	9,17	5,06	4,73	.000
	Übererregtheit				Belastung			
	Häufigkeit		t	p	Belastung		t	p
	M	SD			M	SD		
t1	12,21	3,55			11,89	3,89		
t2	10,79	5,19	2,02	.048	9,89	5,57	3,13	.003
	Gesamt				Belastung			
	Häufigkeit		t	p	Belastung		T	p
	M	SD			M	SD		
t1	31,78	9,93			32,36	9,81		
t2	26,12	11,78	4,03	.000	26,45	12,65	4,10	.000

N= 65, df=64, bei Übererregtheit: N=63 (Häufigkeit), df=62, N=64 (Belastung), df=63. Bonferroni-Korrektur bei 4 Skalen: .013.

#### Berechnung der Effektstärken

Die Effektstärken wurden als Veränderungsmaß für alle Subskalen und die Gesamtskala des PSS-SR berechnet. Am deutlichsten fällt die Effektstärke für die beiden Vermeidungsskalen und die beiden Gesamtskalen aus. Es wurden jeweils mittlere Effekte erzielt. Sie betragen:

d=0.21 (Häufigkeit der Intrusionen),

**d=0.52 (Häufigkeit der Vermeidung),**

d=0.32 (Häufigkeit der Übererregtheit),

**d=0.52 (Gesamtskala/Häufigkeit der Symptome).**

d=0.32 (Belastung durch Intrusionen),

**d=0.60 (Belastung durch Vermeidung),**

d=0.42 (Belastung durch Übererregtheit),

**d=0.52 (Gesamtskala/ Belastung der Symptome).**

#### Summenscore auf dem PSS-SR kleiner 18

Als Erfolgskriterium war das Unterschreiten eines Summenscores von 18 Rohpunkten definiert worden: Erwartungsgemäß erhöht sich die Anzahl der Patientinnen signifikant, die nur noch eine moderate PTB, also einen Summenscore kleiner 18 haben. Zum Ende der Gruppe Traumabewältigung haben etwa ein Drittel der Patientinnen eine moderate PTB, damit hat sich der Anteil der moderaten PTB verdreifacht. Diese Effekte sind signifikant. Die be-

richteten Ergebnisse bedeuten, dass die zentrale Untersuchungsfrage positiv beantwortet werden kann, ob eine bedeutsame Reduktion der PTB über den Zeitraum der Gruppe Traumabewältigung erreicht wird.

*Tabelle 3.9: Schwere der PTB vor und nach der Gruppe Traumabewältigung.*

	t1 N (%)	t2 N(%)	Chi <sup>2</sup> df=1	p
PSS-SR >=18	60 (92)	50 (76,9)		
PSS-SR <=17	5 (7,7)	15 (23,1)	4,16	.04

### 3.2.2 Stabilität der erzielten Veränderung der PTB im Katamnesezeitraum

Die Patientinnen, von denen katamnestiche Daten vorliegen unterscheiden, sich zu Beginn der Behandlung in der nicht im Ausmaß der PTB zu t1 in Abhängigkeit davon, wie lange sie bereits in der Klinik vorbehandelt wurden, bevor die jeweilige Gruppe Traumabewältigung begann ( $F(4,54) = 1,43$ ,  $p = n.s.$ ). Multivariate Tests zeigen einen signifikanten Behandlungseffekt der Gruppe Traumabewältigung (Hotellings's T2: ( $F(4, 54) = 15,14$ ,  $p = .000$ ), einen auf dem 10% Niveau signifikanten Effekt der Vorbehandlung ( $F(4,54) = 2,12$ ,  $p = .093$ ) sowie einen auf dem 10% Niveau signifikanten Effekt der Depressivität zu Beginn der Behandlung ( $F(4,54) = 3,17$ ,  $p = .083$ ). Univariate Tests zeigen, dass die Reduktion der Symptome zu einem 3-Monats-Katamnesezeitpunkt insgesamt anhält. Alle Effekte sind im Vergleich von t1 zu t3 signifikant, daneben besteht ein deutlicher Trend zu weiteren Verbesserungen der Effekte zwischen t2 und t3, diese Effekte verfehlen das korrigierte Alphaniveau. Erstmals werden für diese Teilstichprobe auch zwischen t1 und t2 für die Häufigkeit und Belastung der Intrusionen auf bedeutsame Effekte erzielt, welche oberhalb des konservativeren korrigierten Alphaniveaus von  $p = .013$  liegen. Mittelwerte und Standardabweichung sind in Tabelle 3.10 abgebildet.



Tabelle 3.10: Veränderungen der PTB über die Zeit (t1, t2, t3)

<b>Intrusionen</b>									
<i>Häufigkeit</i>					<i>Belastung</i>				
	M	SD	t	p	M	SD	t	p	
t1	7,48	2,74	2,45	.018	8,36	3,11	2,25	.029	t1>t2
t2	6,48	3,20	1,29	n.s.	7,25	3,60	1,17	n.s.	t2>t3
t3	5,94	3,24	3,54	.001	6,81	3,60	2,90	.006	t1>t3
<b>Vermeidung</b>									
<i>Häufigkeit</i>					<i>Belastung</i>				
	M	SD	t	p	M	SD	t	p	
t1	12,22	4,99	3,40	.001	12,10	4,59	4,54	.000	t1>t2
t2	9,41	5,40	1,14	n.s.	9,19	4,72	0,37	n.s.	t2>t3
t3	8,72	4,50	4,53	.000	8,96	4,80	4,26	.000	t1>t3
<b>Übererregtheit</b>									
<i>Häufigkeit</i>					<i>Belastung</i>				
	M	SD	t	p	M	SD	t	p	
t1	12,65	3,20	4,10	.000	12,31	3,87	4,81	.000	t1>t2
t2	10,44	4,15	1,94	.057	9,38	4,47	1,93	.059	t2>t3
t3	9,17	4,22	4,56	.000	8,42	3,96	6,56	.000	t1>t3
<b>Gesamt</b>									
<i>Häufigkeit</i>					<i>Belastung</i>				
	M	SD	T	p	M	SD	t	p	
t1	32,39	9,04	4,26	.000	32,87	9,44	4,99	.000	t1>t2
t2	26,04	11,81	1,95	.056	26,25	11,21	1,64	n.s.	t2>t3
t3	23,67	10,17	5,80	.000	23,94	11,07	5,69	.000	t1>t3

N= 54, df=53, Bonferroni-Korrektur bei 4 Skalen: .013.

#### Berechnung der Effektstärke

Die Effektstärken wurden als Veränderungsmaß von t1 zu t3 für alle Skalen des PSS-SR berechnet. Insgesamt ergibt sich, dass für die Skala Übererregtheit (Häufigkeit und Belastung) und die beiden Gesamtskalen sehr gute Effekte erreicht wurden. Die Effektstärken der restlichen Skalen liegen im mittleren Bereich, der allerdings für die Belastung durch die Intrusionen knapp unterschritten wird.

Sie betragen:

**d=0.52 (Häufigkeit der Intrusionen),**

**d=0.54 (Häufigkeit der Vermeidung),**

**d=0.94 (Häufigkeit der Übererregtheit),**

**d=0.91 (Gesamtskala/Häufigkeit der Symptome).**

d=0.46 (Belastung durch Intrusionen),

**d=0.67 (Belastung durch Vermeidung),**  
**d=0.99 (Belastung durch Übererregtheit),**  
**d=0.87 (Gesamtskala/ Belastung der Symptome).**

#### Summenscore im PSS-SR kleiner als 18

Als Erfolgskriterium war das Unterschreiten eines Summenscores von 18 Rohpunkten definiert worden: Zum Katamnesezeitpunkt (t3) haben etwa ein Drittel der Patientinnen eine moderate PTB, damit hat sich der Anteil der moderaten PTB vervierfacht. Diese Effekte sind signifikant. Die Untersuchungsfrage nach der Stabilität erreichter Symptomreduktionen im Katamnesezeitraum kann also auch positiv beantwortet werden.

*Tabelle 3.11: Anzahl der Patientinnen mit einem Summenscore von größer oder kleiner 18 zu t1, t2 und t3.*

	PSS-SR $\geq 18$	PSS-SR $\leq 17$
	N (%)	N(%)
t1	50 (92,6)	4 (7,4)
t2	42 (77,8)	12 (22,2)
t3	35 (64,8)	19 (35,2)

Die beiden folgenden Abbildungen verdeutlichen die Veränderung in den Symptomclustern der PTB für die Häufigkeit und die durch die Symptome empfundene Belastung.

*Abbildung 3: Veränderung der Häufigkeit der PTB Symptomcluster*

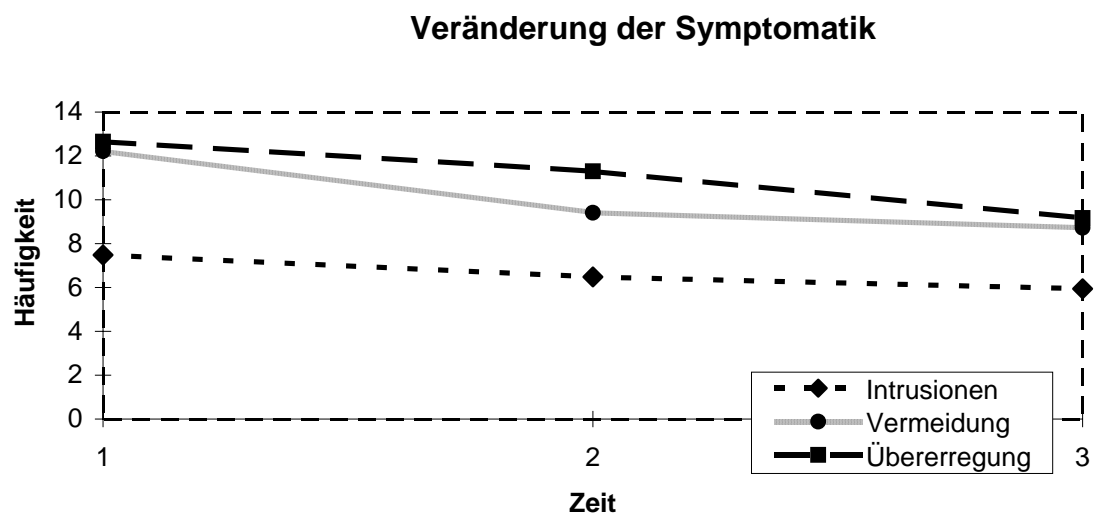




Abbildung 4: Veränderung der Belastung durch die PTB Symptomcluster

Es zeigt sich, dass die *mittlere Symptomreduktion der PTB* sich über die drei Traumatisierungskategorien (sexueller Missbrauch, Vergewaltigung im Erwachsenenalter, Reviktimisierung) im Prä-Post-Vergleich nicht unterscheidet. Allerdings tritt im Katamnesezeitpunkt eine signifikant stärkere Verbesserung der PTB bei den im Erwachsenenalter traumatisierten Patientinnen ein. Diese Veränderung verdoppelt sich im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen. Demnach sprechen alle Patientinnen auf die therapeutische Intervention an. Damit kann die Hauptfragestellung der Untersuchung, ob nämlich das gewählte therapeutische Verfahren auf andere Opfergruppen ausgeweitet werden kann, positiv beantwortet werden. Wobei Typ-I traumatisierte Patientinnen (Trauma im Erwachsenenalter) stärker profitieren.

Tabelle 3.12 Mittlere Symptomreduktion von t1 zu t2 und t3 für die Patientinnen, von denen katamnestische Daten vorliegen.

	Sexueller Missbrauch (N=30)	Trauma im Erwachsenenalter (N= 13)	Reviktimisierung (N=11)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Symptomreduktion (t1 vs. t2)	-5,43 (12,08)	-7,07 (10,36)	-6,29 (10,48)
Symptomreduktion (t1 vs. t3)	-7,1 (11,40)	-14,00 (11,24)	-6,82 (8,22)

#### Veränderung der spezifischen Kognitionen durch die spezifische Intervention

Zunächst sollte überprüft werden, ob sich die Patientinnen im Ausmaß ihrer dysfunktionalen Kognitionen in Abhängigkeit von der Angehörigkeit zu einer der Traumatisierungskategorien unterscheiden. Die Patientinnen unterscheiden sich erwartungsgemäß *nicht* im Ausmaß der dysfunktionalen Kognitionen des PBRIS in Abhängigkeit von der Lebensphase in der die Traumatisierung begann bzw. ob Erfahrungen von Reviktimisierung vorliegen.

Tabelle 3.13: Vergleich der dysfunktionalen Kognitionen.

	Sex. Missbrauch	Trauma im Erwachsenenalter	Reviktimisierung	F	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Selbstwert	2,32 (1,18)	1,96 (1,26)	2,58 (1,12)	1,07	n.s.
Intimität	3,04 (1,27)	3,31 (1,34)	2,87 (0,84)	0,53	n.s.
Macht	2,41 (1,21)	2,27 (1,16)	2,67 (0,86)	0,45	n.s.

Vertrauen	2,69 (0,95)	2,46 (0,91)	2,50 (1,06)	0,43	n.s.
Ungeschehen	2,44 (2,15)	1,86 (1,30)	2,17 (1,92)	0,47	n.s.
Sicherheit	2,50 (1,25)	2,81 (0,95)	2,84 (0,98)	0,94	n.s.
Selbstvorwürfe	3,65 (1,71)	3,41 (1,36)	3,80 (1,54)	0,21	n.s.
Selbst	2,63 (0,92)	2,29 (0,92)	2,70 (0,97)	0,89	n.s.
Andere	2,57 (0,91)	2,63 (1,01)	2,55 (0,81)	0,39	n.s.
Überzeugungen	3,83 (1,34)	3,95 (0,99)	3,52 (1,28)	0,47	n.s.

Bonferroni-Korrektur bei 9 Skalen:  $p=.006$ ,  $df=62$

### *Veränderungen der dysfunktionalen Kognitionen*

Neben einer Reduktion der PTB wird eine Veränderung der erhobenen Kognitionen in eine funktionalere Richtung als bedeutsam für eine erfolgreiche Therapie angesehen. Insgesamt verändern sich alle Skalen und Summenskalen des PBRs in die erwartete Richtung: Die Mittelwertssteigerungen deuten auf eine weniger maldadaptive Selbst- und Fremdbeschreibung in den erfragten Bereichen hin. Es wird deutlich, dass es bei Berücksichtigung der Korrektur des Alpha-Niveaus zu einer deutlichen Steigerung des Selbstwertes, einer funktionaleren Einschätzung der eigenen Kontrollmöglichkeiten über das eigene Leben und des Traumas (Skala Macht), der Überzeugungen über die eigene Vertrauenswürdigkeit und der anderer Menschen (Skala Vertrauen) und einer funktionaleren Überzeugung über die persönliche Sicherheit kommt (Skala Sicherheit). Das Ausmaß der Veränderungen in den dysfunktionalen Kognitionen des PBRs sind in für die Einzelskalen in Tabelle 3.14 und für die Summenskalen Selbst und Andere in Tabelle 3.15 dargestellt.

*Tabelle 3.14: Veränderung der dysfunktionalen Kognitionen (PBRs).*

Fragebogen-skalen		M	SD	t	p
Selbstwert	Prä	2,35	1,18	-4,58	.000
	Post	3,11	1,41		
Intimität	Prä	3,07	1,21	-2,16	.035
	Post	3,44	1,48		
Macht	Prä	2,44	1,13	-3,48	.001
	Post	2,89	0,93		
Vertrauen	Prä	2,63	0,93	-4,15	.000
	Post	3,23	1,13		
Ungeschehen m. Machen	Prä	2,25	1,94	-3,03	.003
	Post	2,96	2,04		
Sicherheit	Prä	2,52	1,14	-3,36	.001
	Post	3,13	1,38		
Selbstvorwürfe	Prä	3,63	1,59	-2,17	.033
	Post	4,03	1,53		

Überzeugungen	Prä	3,79	1,25	1,32	n.s
	Post	3,63	1,39		

range=0-6, geringere Werte bedeuten eine höhere Zustimmung zu den dysfunktionalen Kognitionen. Bonferroni Korrektur bei neun Skalen: .0056 Test: PBRS, Posttraumatic Beliefs and Reactions Scale, Normalverteilung war in allen Skalen gegeben.

Für alle Items, die negative Überzeugungen über das eigene Selbst messen (Skala Selbst), zeigt sich nach Bonferroni-Korrektur, dass die Patientinnen sich positiver beschreiben. Dies gilt auch für die Wahrnehmung anderer Menschen (Skala Andere).

Tabelle 3.15: Veränderung der dysfunktionalen Kognitionen (PBRS-Summenskalen).

Summenskalen		M	SD	t	p
Selbst	Prä	2,57	0,92	-4,84	.000
	Post	3,24	1,11		
Andere	Prä	2,62	0,91	-3,72	.000
	Post	3,12	1,15		

range=0-6, geringere Werte bedeuten eine höhere Zustimmung zu den dysfunktionalen Kognitionen. Bonferroni Korrektur bei zwei Skalen: .025, Normalverteilung war in allen Skalen gegeben. PBRS: Posttraumatic Beliefs and Reactions Scale

#### Berechnung der Effektstärke

Die Effektstärken wurden als Veränderungsmaß für die Subskalen des PBRS berechnet, für die sich nach Bonferroni-Korrektur signifikante Mittelwertsunterschiede ergaben: Sie betragen:  $d=0.58$  (Selbstwert),  $d=0.44$  (Macht),  $d=0.58$  (Vertrauen),  $d=0.36$  (Ungeschehen machen) und  $d=0.48$  (Sicherheit). Für die Skalen Selbstwert und Vertrauen liegen sie im mittleren Bereich, der von den anderen Skalen knapp unterschritten wird. Die Effektstärken wurden als Veränderungsmaß ebenfalls für die beiden Summenskalen des PBRS berechnet: Sie betragen:  **$d=0.66$  (Selbst)** sowie  **$d=0.49$  (Andere)** und liegen damit im mittleren Bereich.

Danach wurde überprüft, ob die Veränderungen in den kognitiven Faktoren über die drei Traumatisierungskategorien ähnlich ausfallen. Es zeigt, sich dass nach Bonferroni-Korrektur die *reviktimisierten Patientinnen* über bedeutsame geringere Veränderungen in der Skala *Selbst* berichten. In allen übrigen Skalen treten keine Unterschiede zwischen den Gruppen auf.

Tabelle 3.16: Vergleich der mittleren Veränderung in den kognitiven Variablen (PBRS).

Fragebogen-skalen	Sexueller Missbrauch (N=37)	Trauma im Erwachsenenalter (N=14)	Reviktimisierung (N=14)	t	p
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Selbstwert	0,78 (1,56)	1,04 (0,87)	0,43 (1)	1,15	n.s

Intimität	0,53 (1,59)	0,43 (0,93)	-0,13 (1,09)	1,42	n.s.
Macht	0,61 (1,14)	0,48 (0,83)	-0,26 (0,81)	1,81	.075
Vertrauen	0,67 (1,35)	0,75 (0,94)	0,26 (0,76)	1,23	n.s.
Ungeschehen machen	0,65 (2,02)	0,72 (1,89)	0,82 (1,50)	-0,23	n.s.
Sicherheit	0,74 (1,60)	0,67 (1,33)	-,08 (0,93)	2,10	.040
Selbst-Vorwürfe	0,57 (1,56)	0,56 (1,28)	-0,23 (1,30)	1,77	.082
Andere	0,56 (1,29)	0,66 (0,64)	0,20 (0,80)	1,21	n.s.
<b>Selbst</b>	<b>0,84 (1,29)</b>	<b>0,86 (0,76)</b>	<b>0,04 (0,69)</b>	<b>3,44</b>	<b>.002*</b>

\*Homogenität der Varianzen war nicht gegeben. Bonferroni-Korrektur bei 9 Skalen:  $p=.0056$ ,  $df=62$ , PBRs: Posttraumatic Beliefs and Reactions Scale

### 3.2.4 Der Zusammenhang zwischen der PTB und dysfunktionalen Kognitionen

Kognitive Modelle weisen kognitiven Merkmalen eine große Bedeutung bei der Aufrechterhaltung der PTB zu. In der Regel werden für traumaspezifische Kognitionen enge korrelative Zusammenhänge zwischen der posttraumatischen Symptomatik und den Kognitionen erwartet. Entgegen diesen Erwartungen korrelieren die Skalen des PBRs nur gering mit der Häufigkeit der PTB-Symptome zum ersten Messzeitpunkt. Nur die Skalen Sicherheit und Selbst korrelieren wenigstens moderat ( $>.40$ ) mit der PTB-Häufigkeit.

Tabelle 3.17: Korrelationen der PTB mit den Skalen des PBRs.

Kognitive Variable	r
Selbstwert	<b>-.24#</b>
Intimität	-.07
Macht	-.19
Vertrauen	<b>-.36**</b>
Ungeschehen m.	<b>-.36**</b>

Tabelle 3.17: Korrelationen der PTB mit den Skalen des PBRs (Fortsetzung).

Sicherheit	<b>-.40***</b>
Selbstvorwürfe	-.11
Selbst	<b>-.49***</b>
Andere	-.05
Überzeugungen	.02

#: $p<.10$ , \*: $p<.05$ , \*\*: $p<.01$ , \*\*\*: $p<.001$ . Negative Korrelationen bedeuten einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß

der PTB und der Stärke der dysfunktionalen Kognitionen.  
 PBRS: Posttraumatic Beliefs and Reactions Scale

Die korrelativen Zusammenhänge werden teilweise enger, wenn die Korrelationen für die drei Gruppen von traumatischen Erfahrungen getrennt berechnet werden. Es zeigt sich, dass die Zusammenhänge für die im Erwachsenenalter traumatisierten Patientinnen in keiner Skala des PBRS signifikant sind. Dagegen zeigen sich moderate Zusammenhänge zwischen der PTB und den Skalen Selbst bzw. Sicherheit für die in der Kindheit missbrauchten Patientinnen und zwischen der PTB und Selbstwert und Sicherheit für die reviktimisierten Patientinnen. Diese letztere Gruppe zeigt zudem hohe Zusammenhänge für die Variablen Vertrauen und Selbst.

Tabelle 3.18: Korrelation der Skalen des PBRS mit der PSS-SR in den Subgruppen

Fragebogen- skalen	Missbrauch	Trauma im Er- wachsenen- alter	Reviktimisier- ung
Selbstwert	-.16	-.09	<b>-.60*</b>
Intimität	.06	.11	-.11
Macht	-.25	.21	-.30
Vertrauen	<b>-.29#</b>	.00	<b>-.71**</b>
Ungeschehen m.	<b>-.47**</b>	.13	-.32
Sicherheit	<b>-.39*</b>	-.05	<b>-.54*</b>
Selbstvorwürfe	<b>-.27#</b>	.20	-.06
Selbst	<b>-.50**</b>	-.03	<b>-.78***</b>
Andere	-.07	.17	-.27
Überzeugungen	-.16	.22	.28

#:  $p < .10$ , : $p < .05$ , \*\*: $p < .01$ , \*\*\*: $p < .001$ . Negative Korrelationen bedeuten einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der PTB und der Stärke der dysfunktionalen Kognitionen. PBRS: Posttraumatic Beliefs and Reactions Scale

Kognitiven Theorien entsprechend werden kognitive Variablen als Wirkfaktoren bei der Bewältigung der PTB angesehen. Dementsprechend wurden entsprechend der Polung des PBRS negative Korrelation zwischen den Veränderungen in der PTB und den Veränderungen in den kognitiven Veränderungen erwartet. Diese sollen die erwarteten Veränderungen abbilden. Diese Hypothese konnte teilweise bestätigt werden. Tabelle 3.19 zeigt, dass wiederum für die in der Kindheit missbrauchten Patientinnen die engsten negativen Zusammenhänge bestehen. Den Hypothesen widerspricht das Ergebnis, dass für die erstmals im Erwachsenenalter traumatisierten Patientinnen keinerlei Assoziationen zwischen der PTB und den kognitiven Variablen besteht. Damit wird das Ergebnis aus Tabelle 3.18 bestätigt, wonach für diese Subgruppe keine Zusammenhänge zwischen den untersuchten Faktoren des PBSR und der PTB bestehen.

Tabelle 3.19: Korrelation der Differenzen in den Skalen des PBRS und der PTB zu t2 und t3

	sexueller Missbrauch		Trauma im Erwachsenenalter	
	t1/t3	T1/t2	t1/t3	t1/t2
Selbstwert	-.22	<b>-.43**</b>	.10	.20
Intimität	-.26	<b>-.45**</b>	-.11	-.10
Macht	<b>-.51**</b>	<b>-.42**</b>	.33	-.25
Vertrauen	<b>-.43**</b>	<b>-.46**</b>	.00	-.12
Ungeschehen m.	-.05	-.06	.41	.05
Sicherheit	<b>-.57***</b>	<b>-.52**</b>	-.04	.18
Selbstvorwürfe	-.19	-.15	.14	.10
Selbst	<b>-.48**</b>	<b>-.51***</b>	.12	-.04
Andere	<b>-.35#</b>	<b>-.50**</b>	-.08	-.13

	Reviktimisierung		alle Patientinnen	
	t1/t3	T1/t2	t1/t3	t1/t2
Selbstwert	-.18	-.38	-.15	-.21#
Intimität	-.05	-.17	-.19	<b>-.28*</b>
Macht	-.08	<b>-.46#</b>	<b>-.30*</b>	<b>-.33**</b>
Vertrauen	-.23	-.41	<b>-.29*</b>	<b>-.32**</b>
Ungeschehen m.	.16	.19	-.02	-.016
Sicherheit	-.31	-.45	<b>-.41**</b>	<b>-.30*</b>
Selbstvorwürfe	.30	.38	-.08	.01
Selbst	-.39	<b>-.73**</b>	<b>-.35**</b>	<b>-.35**</b>
Andere	-.25	-.20	<b>-.27*</b>	<b>-.32**</b>

#:p<.10,\*:p<.05,\*\*:p<.01,\*\*\*:p<.001

PBRS: Posttraumatic Beliefs and Reactions Scale

#### Ergebnis der multiplen Regressionen

Das Ergebnis der schrittweisen Regression, in die die Subskalen des PBRS (mit Ausnahme der Skala Überzeugungen) und die PTB zu t1 eingingen, ist, dass für die Gruppe der in der Kindheit missbrauchten Patientinnen die Veränderung in der Skala Sicherheit und PTB zu t1 zu 63% die Veränderungen der PTB zum Katamnesezeitpunkt erklärt ( $R=.79$ ,  $(F(2,27)=22,95, p<.001, R^2=.63, \text{adjustiertes } R^2=.60)$ ). Alle weiteren Skalen erbrachten keinen Zuwachs im Prozentsatz der aufgeklärten Varianz. Tabelle 3.20 zeigt die Einzelkorrelationen der Skala mit dem Ausmaß der Häufigkeit der PTB-Symptome. Dort ist auch der unstandardisierte (B) und der standardisierte Regressionskoeffizient ( $\beta$ ) der signifikanten Prädiktorvariablen dokumentiert.

Tabelle 3.20: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse

	R	B	$\beta$
<b>Sicherheit</b>	<b>-.64***</b>	<b>-4,32</b>	<b>-.56</b>
PSS-SR (t1)	<b>-.57***</b>	-.61	-.48
Vorwürfe	-.29#		
Selbstwert	-.19		
Intimität	-.36*		



Macht	-.49**		
Selbst	-.57***		
Vertrauen	-.54***		
Ungeschehen m.	-.043		

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001

Das Ergebnis der schrittweisen Regression, in die die Subskalen des PBRS und die PTB zu t1 (mit Ausnahme der Skala Überzeugungen) eingingen, ist, dass für *alle Patientinnen*, die an der Gruppe Traumabewältigung teilnahmen, die Veränderung in der Variable Sicherheit und die PTB zu t1 zu 42% die Veränderung der PTB zum Ende der Gruppe Traumabewältigung (t2) erklärt ( $R=.65$ ,  $(F(2,50)=18,27$ ,  $p<.001$ ,  $R^2=.42$ ,  $\text{adjustiertes } R^2=.40$ ). Alle weiteren Skalen erbrachten keine Zuwachs im Prozentsatz der aufgeklärten Varianz. Tabelle 3.21 zeigt die Einzelkorrelationen der Skalen mit dem Differenzwert der Häufigkeit der PTB-Symptome. Dort ist auch der unstandardisierte (B) und der standardisierte Regressionskoeffizient ( $\beta$ ) der signifikanten Prädiktorvariablen dokumentiert.

Tabelle 3.21: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse

		B	$\beta$
<b>Sicherheit</b>	<b>-.44***</b>	<b>-3,32</b>	<b>-.41</b>
PTB (t1)	-.50**	-.58	-.48
Vorwürfe	-.15		
Selbstwert	-.13		
Intimität	-.25***		
Macht	-.27***		
Andere	-.32#		
Selbst	-.46***		
Vertrauen	-.36**		
Ungeschehen m.	-.012		

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001

Das Ergebnis der schrittweisen Regression, in die die Subskalen des PBRS (mit Ausnahme der Skala Überzeugungen) eingingen, ist, dass für die Gruppe der *retraumatisierten Patientinnen* keine der Variablen in die Gleichung eingeht. D.h. dass keine dieser Variablen die Veränderungen in der PTB zu Katamnesezeitpunkt erklären kann.

### 3.3 Die Bedeutung dysfunktionaler Kognitionen und behavioraler Strategien für die chronische PTB

#### 3.3.1 Traumaschwere

Im folgenden Teil der Untersuchung werden kognitive Variablen und behaviorale Strategien in ihrer Bedeutung für die chronische PTB untersucht. Zunächst sollten auch wieder die

Hypothese überprüft werden, ob das Ausmaß der erfahrenen Traumatisierungen in der Traumagruppe und der Zusatzgruppe ähnlich sind. Die Traumagruppe und die Zusatzgruppe mit traumatischen Erfahrungen unterscheiden sich nicht in den erhobenen Maßen der Traumaschwere, aktuelles Alter zum Erhebungszeitpunkt und der Zeit, die seit dem Trauma vergangen ist, sowie Alter bei Beginn der Traumatisierung.

*Tabelle 3.22: Traumamerkmale und Altersverteilung in den Gruppen.*

	M	SD	F	p
Zeit, die seit dem Beginn des Traumas vergangen ist (in Jahren)				
Traumagruppe	20,31	8,72	1,68	n.s.
Kontrollgruppe	16,53	13,21		
Aktuelles Alter				
Traumagruppe	32	10	0,76	n.s.
Kontrollgruppe	34	5		
Alter zu Beginn des Traumas				
Traumagruppe	13	8	0,94	n.s.
Kontrollgruppe	15	9		

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001

In den Merkmalen Beziehung zum Täter und Lebensphase zu Beginn der Traumatisierung zeigen sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Der einzige Unterschied zwischen den Gruppen besteht darin, dass an der Kontrolluntersuchung signifikant mehr Männer beteiligt sind. Dies gilt für den Vergleich zwischen den beiden Gruppen von Personen mit traumatischen Erfahrungen und für den Vergleich zwischen allen drei Gruppen (bei 3 Gruppen:  $\chi^2=7,63$ ,  $p=.02$ ). Dieser Geschlechtseffekt wird in den folgenden Untersuchungen berücksichtigt.

Tabelle 3.23: Traumamerkmale und Geschlechtsverteilung in den Gruppen.

	Traumagruppe	Kontrollgruppe	chi <sup>2</sup>	P
Geschlecht				
Weiblich	63	19	7,63	.006
Männlich	2	5		
Beziehung zum Täter			0,19	n.s.
bekannt	58	18		
unbekannt	7	3		
Lebensphase zur Zeit des Traumas				
Kindheit/Jugend	48	18	0,01	n.s.
Erwachsenenalter	17	6		

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001

### 3.3.2 Deskriptive Daten zur PTB, Depressivität und Ängstlichkeit

#### Posttraumatische Belastungsstörung

84 % der untersuchten Personen mit traumatischen Erfahrungen erfüllen die DSM-IV-Diagnose PTB. Im einzelnen heißt dies, dass 94% (N=66) der Traumagruppe und 47,4% (N=9) der Zusatzpersonen mit traumatischen Erfahrungen die Diagnose PTB erfüllen. Tabelle 3.24 zeigt, wie viele Personen der Traumagruppe bzw. der Zusatzpersonen die Kriterien der einzelnen Symptomcluster B, C und D erfüllen. Zudem ist dort die empfundene Belastung durch die Symptome ersichtlich.

Tabelle 3.24: Erfüllen der PTB-Kriterien nach DSM-IV und die empfundene Belastung durch die Symptome.

	Traumagruppe	Kontrollpersonen	Traumagruppe	Kontrollpersonen
	Kriterium erfüllt (%)		Belastung (SD)	
Kriterium B: Wiedererleben (1 Symptom)	70 (100%)	16 (84,2%)	8,69 (3,13)	2,47 (2,63)
Kriterium C: Vermeidung (3 Symptome)	67 (95,7%)	10 (52,6%)	12,17 (4,48)	1,37 (2,22)
Kriterium D: Erhöhtes Erregungsniveau (2 Symptome)	67 (95,7%)	13 (68,4%)	11,96 (3,88)	1,89 (2,47)

### 3.3.3 Deskriptive Daten der Post-Hoc Gruppen

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Traumagruppe nach Bonferroni-Korrektur sehr signifikant von den anderen beiden Gruppen gemäß der Post-hoc Trennung im Ausmaß der berichteten PTB-Symptome unterscheidet. Zudem bestehen signifikant Unterschiede in allen anderen Störungsmaßen zwischen der Traumagruppe und den beiden anderen Gruppen. Diese beiden letzteren Gruppen unterscheiden sich in allen Maßen nicht voneinander. Diese Ergebnisse bleiben für alle Skalen erhalten, wenn der Geschlechtseffekt herauspartialisiert wird.

Tabelle 3.25: Gruppenvergleich der klinischen Störungsmaße.

	Traumagruppe (N=65)		Kontrollgruppe mit Trauma (N=24)		Gruppe ohne Trauma (N=20)		F	p=.000
	M	SD	M	SD	M	SD		
Fragebogen- skalen								
<i>PTB-Häufigkeit</i>								
PSS-SR (Ge- samtwert)	34	7,82	6,46	4,85	5	5,53	220,28	1>2,3
Intrusionen	8,09	2,58	2,08	1,56	2,5	2,06	83,94	1>2,3
Vermeidung <sup>1</sup>	13,09	4,24	1,75	1,89	1,45	2,14	138,97	1>2,3
Übererregung <sup>1</sup>	12,78	2,83	2,74	2,83	1,20	1,91	209,71	1>2,3
<i>PTB-Belastung</i>								
Belastung (Ge- samtwert)	33,86	8,44	8,04	9,30	5,50	6,44	138,57	1>2,3
Intrusionen <sup>1</sup>	8,92	2,70	3,13	3,75	2,70	2,39	55,74	1>2,3
Vermeidung <sup>1</sup>	12,69	4,11	2,21	3,01	1,65	2,48	114,14	1>2,3
Übererregung	12,25	3,65	2,83	3,59	1,35	2,28	133,46	1>2,3
Depressivität <sup>1,5</sup>	23,05 <sub>2</sub>	9,13	12,06	7,74	6,50	3,93	38,37	1>2,3
Trait-Angst <sup>1,6</sup>	55,54 <sub>3</sub>	10,29	38,58	13,74	32,20	8,79	44,78	1>2,3

Bonferroni Korrektur für die Subskalen des PSS-SR  $0.05/3=0.017$

<sup>1</sup> Homogenität der Varianzen in den Gruppen war nicht gegeben.

<sup>2</sup> N=62 <sup>3</sup> N=63 <sup>4</sup> df=2,109 außer: <sup>5</sup> df=2,103, <sup>6</sup> df=2,104

### 3.3.4 Posttraumatic-Cognitions-Inventory (PTCI)

Nachdem sich gezeigt hatte, dass sich die Faktorenstruktur dieses Inventars an einer deutschen Stichprobe replizieren lässt, wird nun überprüft, welche Zusammenhänge zwischen den extrahierten Skalen und der PTB bestehen. Wie erwartet ergeben sich negative Korrelationen zwischen den Subskalen des PTCI und deren Gesamtwert mit dem Ausmaß der Werte auf den Subskalen und dem Gesamtwert des PSS-SR. Die berichteten Korrelationen sind alle hoch signifikant und deuten auf einen starken Zusammenhang hin. Dies bedeutet,

dass die Zustimmung zu den dysfunktionalen Inhalten der Skalen des PTCI mit einem stärkeren Ausmaß der posttraumatischen Symptombelastung zusammenhängt.

*Tabelle 3.26: Korrelationen der Skalen des PTCI mit den Skalen des PSS-SR (N=109).*

PTCI	PSS-SR (Gesamtwert)	Intrusionen	Vermeidung	Übererregung
Selbst	-.84***	-.77***	-.82***	-.82***
Selbstvorwürfe	-.65***	-.58***	-.64***	-.64***
Welt	-.79***	-.68***	-.77***	-.77***
PTCI-Faktorlösung	-.85***	-.72***	-.83***	-.83***
PTCI-Summenscore	-.85***	-.76***	-.83***	-.83***

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001

Um eine mögliche Inflation der Korrelationen, die durch die Kontrollpersonen ohne traumatische Erfahrungen zustande kommen könnte, zu kontrollieren, werden die Korrelationen nochmals an allen Patientinnen der Gruppe Traumabewältigung und den Kontrollpersonen mit traumatischen Erfahrungen berechnet. D.h. die Zusatzpersonen ohne traumatischen Erfahrungen werden aus der Berechnung herausgenommen.

*Tabelle 3.27: Korrelationen der Skalen des PTCI mit den Skalen des PSS-SR für die Personen mit traumatischen Erfahrungen (N=89).*

PTCI	PSS-SR (Gesamtwert)	Intrusionen	Vermeidung	Übererregung
Selbst	-.70***	-.67***	-.70***	-.61***
Selbstvorwürfe	-.51***	-.48***	-.49***	-.45***
Welt	-.66***	-.60***	-.65***	-.59***
PTCI-Faktorlösung	-.78***	-.71***	-.76***	-.74***
PTCI-Summenscore	-.72***	-.68***	-.70***	-.64***

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001

Die drei Gruppen der Untersuchungsteilnehmer unterscheiden sich für alle Skalen und den Gesamtwert des PTCI signifikant voneinander. Dabei hat die Traumagruppe auf allen Skalen die niedrigsten Werte, was der stärksten Ausprägung in den dysfunktionalen Überzeugungen entspricht. Die Traumagruppe unterscheidet sich signifikant von den beiden anderen Gruppen. Die Skala Selbst ist der stärkste Faktor der Faktorenanalyse. Der Gruppenvergleich zeigt, dass diese Skala deutlich trennt zwischen Patientinnen mit einer schweren PTB und den beiden Vergleichsgruppen und damit charakteristisch für die kognitiven Inhalte der Traumagruppe ist. Außer für die Subskala Selbst gilt, dass die Gruppe der Untersuchungsteilnehmer mit traumatischen Erfahrungen sich außerdem von der Gruppe ohne traumatische Erfahrungen im Sinne einer stärkeren Zustimmung zu den dysfunktionalen Kognitionen unterscheidet. Die Gruppe der Untersuchungsteilnehmer mit traumatischen Erfahrungen nimmt eine Mittelstellung zwischen den anderen beiden Gruppen an, wobei sich

die Mittelwerte sehr an die Ausprägung in der Gruppe ohne traumatische Erfahrungen annähert. Tabelle 3.28 gestattet einen Überblick über die Mittelwerte, Standardabweichungen der einzelnen Skalen und die F-Statistik.

*Tabelle 3.28: Vergleich der Skalen des PTCI zwischen den Gruppen.*

	Gruppe mit schwerer PTB (N=65)		Gruppe mit leichter Symptombelastung (N=24)		Gruppe ohne Trauma (N=20)		F	p=.000
	M	SD	M	SD	M	SD		
PTCI <sup>2</sup>								
Selbst	3,33	0,6	5,86	1,27	6,42	0,75	102,08	1<2,3
Selbst-vorwürfe	3,46	1,42	4,84	1,41	6,24	1,06	34,80	1<2,3 2<3
Welt <sup>1</sup>	2,94	0,91	4,80	1,31	5,85	0,87	76,74	1<2,3 2<3
Selbst (Faktorlösung)	3,84	0,90	6,0	1,17	6,78	0,16	98,40	1<2,3 2<3
PTCI-Summen-score <sup>1</sup>	108	31	180	37	207	24	101,28	1<2,3 2<3

<sup>1</sup> Homogenität der Varianzen war nicht gegeben.

<sup>2</sup> Normalverteilung in den Gruppen war in allen Skalen gegeben.

#### *Geschlechtseffekt und Effekt komorbider Depressivität*

Da sich die Gruppen in der Geschlechtsverteilung unterschieden, wurde die Berechnung wiederholt, indem der Geschlechtseffekt herauspartialisiert wurde. Zudem wurde überprüft, ob die unabhängigen Variablen über das Ausmaß der Depressivität hinaus die Varianz der abhängigen Variable erklären, d.h. die Depressivität wurde ebenfalls als Kovariate herauspartialisiert. Die oben dargestellten Ergebnisse blieben in der Kovarianzanalyse erhalten: Selbstvorwürfe  $F(2,106)=6,64$ ,  $p<.001$ , Selbst  $F(2,106)=12,81$ ,  $p<.001$ , Welt  $F(2,106)=10,35$ ,  $p<.001$ , PTCI Gesamt  $(F(2,106)=14,48$ ,  $p<.001$ , PTCI-Faktorlösung  $F(2,106)=14,55$ ,  $p<.001$ . D.h. dass die Schwere der PTB über die Geschlechtsverteilung und den Depressivitätsanteil hinaus einen signifikanten Varianzanteil an der abhängigen Variable erklärt.

#### *Regressionsanalyse*

Das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse, in die die ursprünglichen Subskalen des PTCI eingingen, ist, dass die Subskala negative Kognitionen über sich selbst (Selbst) 72% der Varianz der Häufigkeit der PTB-Symptome erklärt. ( $R=.85$ ,  $F(1, 107)=141,87$ ,  $p<.001$ ,  $R^2=.73$ , adjustiertes  $R^2=.73$ ). Alle weiteren Skalen erbrachten keinen signifikanten

Zuwachs im Prozentsatz der aufgeklärten Varianz. Tabelle 3.29 zeigt die Einzelkorrelationen der Skala mit dem Ausmaß der Häufigkeit der PTB-Symptome. Dort ist auch der unstandardisierte (B) und der standardisierte Regressionskoeffizient ( $\beta$ ) der signifikanten Prädiktorvariable zu ersehen. Die Interkorrelationen der Skalen sind Tabelle 3.30 zu entnehmen. Es ergaben sich hoch signifikante Interkorrelationen zwischen den Subskalen.

Tabelle 3.29: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse

		B	$\beta$
Selbst	-.85	-7,70	-.85
Welt	-.79		
Selbstvorwürfe	-.87		

\*: $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$ , \*\*\*:  $p < .001$

Tabelle 3.30: Interkorrelation des Subskalen des PTCI

	Selbst	Welt
Selbst		
Welt	.87***	
Selbstvorwürfe	.77***	.72***

\*: $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$ , \*\*\*:  $p < .001$

### Ergebnisse der logistischen Regression

Eine schrittweise logistische Regression wurde für die Subskalen des PTCI durchgeführt, um die Gruppenzugehörigkeit der Untersuchungsteilnehmer mit traumatischen Erfahrungen zu klassifizieren. Ergebnis der schrittweisen logistischen Regression ist, dass die Skala negative Kognitionen zu dem Selbst insgesamt zu 96,92% die Gruppenzugehörigkeit der beiden Gruppen mit traumatischen Erfahrungen vorhersagen kann. Die Gruppe der Untersuchungsteilnehmer mit schwerer PTB kann zu 96,92% richtig klassifiziert werden, die andere Gruppe der Untersuchungsteilnehmer kann zu 75% richtig klassifiziert werden (Wald=22,84, df=1,  $p < .001$ ,  $R = -.45$ ). Die beiden Skalen Welt und Selbstvorwürfe gehen nicht in Gleichung ein. D.h. sie tragen zur Klassifikation der Gruppen nichts bei.

### 3.3.5 Gedanken und Gefühle während Gewalttaten

In dieser Untersuchung wird erstmals der Faktor „Autonome Geisteshaltung“ operationalisiert. Es wird davon ausgegangen, dass dieser Faktor, einen Gegenpol für den Eindruck „während der Traumatisierung sich aufgegeben zu haben“ ist. „Sich Aufgeben“ wird in engem Zusammenhang mit der chronischen PTB vermutet. Wie unter 2.3.3 beschrieben, geht in die folgenden Auswertungen nur eine Subgruppe der Untersuchungsteilnehmer ein: Es werden die Untersuchungsteilnehmer berücksichtigt, die bei Beginn der Traumatisierung bzw. des belastenden Erlebnisses älter als 13 Jahre waren. Aufgrund geringer Fallzahlen in

der Gruppe der Untersuchungsteilnehmer ohne Trauma wird der Vergleich zwischen den Gruppen als Gruppenvergleich zwischen den beiden Gruppen von Untersuchungsteilnehmer mit traumatischen Erfahrungen berechnet. Die in die folgenden Analyse eingehenden Gruppen von Untersuchungsteilnehmer unterscheiden sich -im Unterschied zu der Gesamtstichprobe- nicht in der Geschlechtsverteilung ( $F(2,44)=3,45$ ,  $p>0.05$  alle Untersuchungsteilnehmer mit auswertbaren Datensätzen;  $F(1,35)=3,67$ ,  $p>.05$  für die beiden Traumagruppen). Daher wird diese Variable nicht mehr in einer Kovarianzanalyse herauspartialisiert. Wie erwartet korreliert Sich Aufgeben positiv hoch signifikant mit allen Maßen der PTB. Die Autonome Geisteshaltung und deren Subskalen korreliert nur bedingt negativ mit dem Ausmaß der Symptombelastung.

*Tabelle 3.31: Korrelation der Gedanken und Gefühle während Gewalttaten und der PTB in den Traumagruppen.*

	PSS-SR (Gesamtwert)	Intrusionen	Vermeidung	Über- erregung
Sich Aufgeben	.74***	.68***	.73***	.70***
Aut. Geisteshaltung	-.49**	-.35	-.53**	-.49**
innere Stärke	-.44**	-.32	-.48**	-.45**
Willensfreiheit	-.47**	-.42*	-.43*	-.50**
Moralische Überlegenheit	-.44**	-.37**	-.49**	-.40*
Ausgleichende Gerechtigkeit	.23	.31	.17	.22

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

### *Traumagruppenvergleich*

Sehr signifikant trennt nur die Skala Sich Aufgeben zwischen den beiden Gruppen mit traumatischen Erfahrungen nach Bonferroni-Korrektur. Als Trend zu werten ist der Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Willensfreiheit, der moralischen Überlegenheit und der Schwere der Symptombelastung. Dieser Trend erhält angesichts der konservativen Alpha-Korrektur mehr Gewicht. Die Untersuchungsteilnehmer mit chronischer PTB geben signifikant häufiger an, sie hätten sich während des Traumas aufgegeben, während die wahrgenommene Willensfreiheit und die moralische Überlegenheit eher von den Untersuchungsteilnehmer mit nur leichter PTB geäußert wird. Tabelle 3.32 gestattet einen Überblick über die Mittelwerte, Standardabweichungen der einzelnen Skalen und die t-Statistik.

*Tabelle 3.32: Vergleich der Gedanken und Gefühle während des Traumas zwischen den beiden Gruppen traumatisierter Untersuchungsteilnehmer.*

	Gruppe mit schwerer PTB (N=25)	Gruppe mit leichter Symptombelastung (N=10)	



Fragebogenskalen	M	SD	M	SD	t	p
Sich Aufgeben <sup>3</sup>	2,89	0,93	0,95	,95	-5,93	.000
Autonome Geisteshaltung (Gesamtskala)	1,14	0,85	2,00	0,56	2,36	.025
innere Stärke	1,06	1,23	1,95	1,1	2,0	.054
Willensfreiheit	1,14	1,29	2,33	1,25	2,48	.018
Moralische Überlegenheit	0,92	0,88	1,75	1,04	2,38	.023
Ausgleichende Gerechtigkeit <sup>1</sup>	1,61	1,3	0,97	0,68	-1,90	.068

Bonferroni-Korrektur für die Subskalen  $0.05/4=0.0125$

<sup>1</sup> Homogenität der Varianzen war nicht gegeben.

<sup>2</sup> Normalverteilung in den Gruppen war in allen Skalen gegeben.

<sup>3</sup> N=12

### Effekt komorbider Depressivität

Dieses Ergebnis bleibt auch für Sich Aufgeben ( $F(2,35)=10,85$ ,  $p=.002$ ) Gerechtigkeit ( $F(2,32)=4,49$ ,  $p<.05$ ) und innere Stärke ( $F(2,32)=4,37$   $p=.05$ ) bestehen, wenn das Ausmaß der Depressivität als Kovariate kontrolliert wird. Für die Willensstärke ( $F(2,32)=3,63$ ,  $.067$ ) und die moralische Überlegenheit ( $F(2,35)=2,4$ ,  $p=.08.$ ) bleibt die Gruppendifferenz im Trend bestehen. Für die Gesamtskala Autonome Geisteshaltung ( $F(2,24)=1,64$ , n.s.) löst sich die Gruppendifferenz in der Kovarianzanalyse auf.

Die untersuchten Faktoren beschreiben dysfunktionale Kognitionen nach durch andere Menschen verursachte Traumata und sind für zufällige Stressoren nicht geeignet. Daher ist eine weitere Analyse nötig, um festzustellen, ob die erwartete Variabilität nicht auf die Qualität des Stressors - interpersonell vs. nicht interpersonell (z.B. Autounfall) zurückgeht. In einer zusätzlichen Analyse werden die interessierenden Gruppenunterschiede getrennt für die Untersuchungsteilnehmer berechnet, die Opfer eines interpersonellen Stressors wurden. Damit wird ein neues Merkmal von Traumatisierung untersucht, dass für die Traumagruppe nicht relevant war, da alle Patientinnen Opfer zwischenmenschlicher Übergriffe waren und erst in der Zusatzgruppe von anderen, nicht durch Menschen zugefügten Erfahrungen berichtet worden war. Wird der Gruppenvergleich bei den Untersuchungsteilnehmern eingeschränkt auf die, deren Trauma interpersoneller Natur war, bleiben die erwarteten Ergebnisse zumeist erhalten. Die Untersuchungsteilnehmer mit schwerer PTB berichteten überzufällig häufiger von dem Erleben des Sich Aufgeben ( $z=-4,16$ ,  $p=.001$ ), die Autonome Geisteshaltung verfehlt jedoch als Gesamtskala knapp die Signifikanzgrenze ( $t=1,92$ ,  $p=.066$ ). In keiner der Subgruppen gibt es überzufällige Unterschiede in den Subskalen der Autonomen Geisteshaltung (Willensfreiheit:  $t=1,81$ ,  $p=.080$ , innere Stärke:  $t=1,27$ ,  $p=n.s.$ , Gerechtigkeit:  $t=-1,26$ ,  $p=n.s.$ , moralische Überlegenheit:  $z=-1,60$ ,  $p=.11$ ).

### Regressionsanalyse

Das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse in der die Skala Sich Aufgeben und die Subskalen der Autonomen Geisteshaltung eingingen ist, dass Sich Aufgeben 56% der Varianz der Häufigkeit der PTB-Symptome erklärt. ( $R=.76$ ,  $F(1, 35)=47,74$   $p<.001$ ,  $R^2=.58$ , adjustiertes  $R^2=.56$ ). Alle weiteren Skalen erbrachten keinen signifikant Zuwachs in Prozentsatz der aufgeklärten Varianz. Tabelle 3.33 zeigt die Einzelkorrelationen der Skala mit dem Ausmaß der Häufigkeit der PTB-Symptome. Dort ist auch der unstandardisierte (B) und der standardisierte Regressionskoeffizient ( $\beta$ ) der signifikanten Prädiktorvariable zu ersehen. Die Interkorrelationen der Skalen sind Tabelle 3.34 zu entnehmen.

Tabelle 3.33: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse

		B	$\beta$
Sich Aufgeben	.76***	9,18	.76
innere Stärke	-.33		
Willensfreiheit	-.43		
Gerechtigkeit	.27		

\*: $p<.05$ , \*\*: $p<.01$ , \*\*\*: $p<.001$

Tabelle 3.34: Die Interkorrelationen der Skalen Sich Aufgeben und der Subskalen der Autonomen Geisteshaltung.

	Sich Aufgeben	Innere Stärke	Willensfreiheit
Sich Aufgeben			
innere Stärke	-.21		
Willensfreiheit	-.44**	.59***	
Gerechtigkeit	.31*	.27	.14

\*: $p<.05$ , \*\*: $p<.01$ , \*\*\*: $p<.001$

### 3.3.6 Implikationen aus den Gedanken und Gefühlen während Gewalttaten

Die Ergebnisse zu den Gedanken und Gefühlen während der Gewalttat belegen, dass Menschen mit einer schweren PTB in der Traumatisierung eine sie als Person schwer schädigende Tat sehen. Von Interesse ist nun, ob diese Einschätzungen während der Tat aktuelle noch negative Auswirkungen haben. Wie erwartet korrelieren die generierten Subskalen und die Gesamtskala signifikant mit den Clustern der PTB. Ein Ausnahme bildet die Skala Empathie. Zwischen ihr und den Clustern der PTB bestehen nur schwache, nicht signifikante Assoziationen.

Tabelle 3.35: Korrelation der Implikationen mit den Maßen der PTB in den Traumagruppen

	PSS-SR (Gesamtwert)	Intrusionen	Vermeidung	Übererregung
Implikationen (Gesamtskala)	.83***	.82***	.78***	.80***
Selbstabwertung	.88***	.81***	.84***	.85***
Beschädigung	.72***	.75***	.66***	.69***
Empathie	.24	.19	.23	.28

\*: $p<.05$ , \*\*: $p<.01$ , \*\*\*: $p<.001$

Die beiden Trauma-Gruppen unterscheiden sich sehr signifikant voneinander in den Skalen Selbstabwertung, Beschädigung und in der Gesamtskala. Eine Ausnahme besteht für die Skala Empathie. Dort unterscheiden die beiden Gruppen sich nicht. Die Ergebnisse bedeuten, dass die Untersuchungsteilnehmer mit schwerer chronischer PTB die Gedanken und Gefühle aus dem Trauma stark selbstabwertend und mit einem Gefühl der dauerhaften Beschädigung bewerten. Tabelle 3.36 gestattet einen Überblick über die Mittelwerte, Standardabweichungen der einzelnen Skalen und die t-Statistik.

*Tabelle 3.36: Vergleich der Implikationen aus dem Trauma zwischen den beiden Gruppen traumatisierter Untersuchungsteilnehmer.*

	Gruppe mit schwerer PTB (N=24)		Gruppe mit Trauma und leichter Symptombelastung (N=12)		t	p
	M	SD	M	SD		
Fragebogen skalen <sup>2</sup>						
Implikationen (Gesamtskala) <sup>1</sup>	2,29	0,80	0,38	0,20	-11,07	.000
Selbstabwertung <sup>1</sup>	2,59	0,77	0,22 <sup>3</sup>	0,27	-9,88	.000
Beschädigung <sup>1</sup>	1,88	1,10	0,11	0,13	-9,88	.000
Empathie	3,21	0,87	2,58	1,10	-1,86	.072

*Bonferroni Korrektur für die Subskalen  $0.05/3=0.017$ , <sup>1</sup> Homogenität der Varianzen war nicht gegeben. <sup>2</sup> Normalverteilung in den Gruppen war in allen Skalen gegeben, <sup>3</sup> N=11*

#### *Effekt komorbider Depressivität*

*Die Gruppenunterschiede bleiben für die Implikationen als Gesamtskala ( $F(1,34)=9,34, p=.005$ ) die Skala Selbstabwertung ( $F(1,33)=15,73, p<.001$ ) und Empathie (im Trend) ( $F(1,34)=3,49, p=.072$ ) bestehen, wenn das Ausmaß der Depressivität als Kovariate kontrolliert wird. Allerdings verschwindet der Unterschied in der Skala Beschädigung ( $F(1,34)=2,88, n.s.$ ). Wird der Gruppenvergleich auf die Untersuchungsteilnehmer beschränkt, die ein interpersonelles Trauma erlebten, so bleiben die Ergebnisse bestehen (Implikationen:  $t=-5,25, p=.000$ , Selbstabwertung:  $z=-4,16, p<.001$ , weiterbestehende Bedrohung:  $t=-4,42, p<.001$ ). Zusätzliche Post-Hoc Tests nach einfacher Varianzanalysen, in die auch die Gruppe der Untersuchungsteilnehmer ohne Trauma einbezogen wurden, zeigen, dass ein zusätzlicher signifikanter Gruppenunterschied zwischen den Untersuchungsteilnehmer ohne Trauma und der Gruppe mit schwerer PTB für die Skala Empathie ( $F(2,43)=25,48, p<.001$ ) empfundene Beschädigung ( $F(2,43)=3,78, p=.03$ ) und Selbstabwertung ( $F(2,43)=84,24, p<.001$ ) besteht. Allerdings ist hierbei wiederum die geringe Fallzahl der Untersuchungsteilnehmer ohne Trauma zu beachten. Sie betrug jeweils acht Personen.*

### Regressionsanalyse

Das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse in der die Skalen der Implikationen aus den Gedanken während des Traumas eingingen ist, dass die Skala *Selbstabwertung* 82% der Varianz der Häufigkeit der PTB-Symptome erklärt. ( $R=.91$ ,  $F(1, 43)=187,74$ ,  $p<.001$ ,  $R^2=.82$ , adjustiertes  $R^2=.82$ ). Alle weiteren Skalen erbrachten keinen signifikanten Zuwachs im Prozentsatz der aufgeklärten Varianz. Tabelle 3.37 zeigt die Einzelkorrelationen der Skala mit dem Ausmaß der Häufigkeit der PTB-Symptome. Dort ist auch der unstandardisierte (B) und der standardisierte Regressionskoeffizient ( $\beta$ ) der signifikanten Prädiktorvariable zu ersehen. Die Interkorrelationen der Skalen sind Tabelle 3.38 zu entnehmen.

Tabelle 3.37: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse

		B	$\beta$
Selbstabwertung	.90***	11,30	.91
Bedrohung	.76**		
Emphatie	.30		

\*: $p<.05$ , \*\*: $p<.01$ , \*\*\*: $p<.001$

Tabelle 3.38. Interkorrelationen der Subskalen der Implikationen

	Selbstabwertung	Bedrohung	Emphatie
Selbst-abwertung			
Bedrohung	.88***		
Emphatie	.29	.22	

\*: $p<.05$ , \*\*: $p<.01$ , \*\*\*: $p<.001$

### Ergebnisse der logistischen Regression

Drei schrittweise logistische Regressionen wurden für die Subskalen der Gedanken und Gefühle während der Gewalttat durchgeführt, um die Gruppenzugehörigkeit der Untersuchungsteilnehmer mit traumatischen Erfahrungen zu klassifizieren.

Zunächst wurde der in den univariaten Vergleichen varianzstärkste Faktor *Sich Aufgeben* hinsichtlich der richtigen Klassifikationen überprüft. Das Ergebnis der schrittweisen logistischen Regression ist, dass die Skala *Sich Aufgeben* insgesamt zu 76% die Gruppenzugehörigkeit der beiden Gruppen mit traumatischen Erfahrungen vorhersagen kann. Die Gruppe der Untersuchungsteilnehmer mit schwerer PTB kann zu 88% richtig klassifiziert werden, die andere Gruppe der Untersuchungsteilnehmer kann zu 65% richtig klassifiziert werden ( $Wald=10,31$ ,  $df=1$ ,  $p=.001$ ,  $R=.38$ ). Danach wurden für die drei ursprünglich gebildeten Skalen *Sich Aufgeben*, *Autonome Geisteshaltung* und *Implikationen aus den Gedanken und Gefühlen während der Gewalttat* eine logistische Regression durchgeführt. Das Ergebnis der schrittweisen logistischen Regression ist, dass die Skala *Implikationen* insgesamt zu 77% die Gruppenzugehörigkeit der beiden Gruppen mit traumatischen Erfahrun-

gen vorhersagen kann. Die Gruppe der Untersuchungsteilnehmer mit schwerer PTB kann zu 88% richtig klassifiziert werden, die andere Gruppe der Untersuchungsteilnehmer kann zu 55% richtig klassifiziert werden (Wald=7,32, df=1, p=.007, R=.35). Die anderen beiden Faktoren (Autonome Geisteshaltung, Sich Aufgeben) gehen nicht in die Gleichung ein, d.h. sie tragen nichts zu der Klassifikation der Untersuchungsteilnehmer bei. In der dritten logistischen Regression sollte überprüft werden, welche der Subskalen der Implikationen - *Selbstabwertung oder weiterbestehende Bedrohung* - an der richtigen Klassifikation beteiligt ist. Das Ergebnis ist, dass die Skala Selbstabwertung zu 83% die Gruppenzugehörigkeit richtig klassifiziert, während die Skala weiterbestehende Bedrohung nichts dazu beiträgt (Wald=12,15, df=1, p<.001, R=.43).

### 3.3.7 Kognitive und behaviorale Strategien

In der folgenden Auswertung ist von Interesse, inwieweit die untersuchten Personen kognitive und behaviorale Strategien zeigen, um ihre traumarelevanten Befürchtungen kontrollieren bzw. mit den erfahrenen Symptomen umzugehen. Es wird davon ausgegangen, dass diese Strategien mit der Schwere der PTB assoziiert sind. In die Auswertung dieses Fragebogens gehen wieder alle Untersuchungsteilnehmer unabhängig von ihrem Alter zu Beginn der Traumatisierung bzw. des belastenden Erlebnisses ein. Wie erwartet ergaben sich bedeutsame positive hohe Korrelationen zwischen den einzelnen Subskalen und den Symptomclustern der PTB. Diese Zusammenhänge weisen inhaltlich auf einen bedeutsamen positiven Zusammenhang zwischen den untersuchten Strategien und der schweren PTB hin.

Tabelle 3.39: Korrelation der kognitiven und behavioralen Strategien mit den Maßen der PTB (N=109).

	PSS-SR (Gesamtwert)	Intrusionen	Vermeidung	Über- erregung
Strategien	.83***	.77***	.76***	.82***
Ungeschehen machen	.76***	.72***	.69***	.74***
Bewertung der Symptome	.79***	.77***	.77***	.71***
Sicherheitsverhalten	.80***	.73***	.76***	.74***

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001

Um eine mögliche Inflation der Korrelationen, die durch die Kontrollpersonen ohne traumatische Erfahrungen zustande kommen könnte, zu kontrollieren, werden die Korrelationen nochmals an allen Patientinnen der Gruppe Traumabewältigung und den Kontrollpersonen mit traumatischen Erfahrungen berechnet.

Tabelle 3.40: Korrelation der kognitiven und behavioralen Strategien mit den Maßen der PTB für die Personen mit traumatischen Erfahrungen (N=86).

	PSS-SR (Gesamtwert)	Intrusionen	Vermeidung	Über- erregung
--	------------------------	-------------	------------	-------------------

Strategien	.63***	.63***	.63***	.63***
Ungeschehen m.	.59***	.60***	.56***	.52***
Bewertung der Symptome	.71***	.72***	.67***	.56***
Sicherheitsverhalten	.66***	.63***	.60***	.63***

\*: $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$ , \*\*\*:  $p < .001$

Einfache Varianzanalysen zeigen, dass die Skalen gut zwischen den Gruppen unterscheiden:  $F(2, 105)=59$ ,  $p < .001$  (Bewertung der Symptome),  $F(2, 104)=54,9$ ,  $p < .001$  (Ungeschehen machen),  $F(2, 105)=58$ ,  $p < .001$  (Sicherheitsverhalten),  $F(2, 104)=61$ ,  $p < .001$  (kognitive u. behaviorale Strategien).

#### *Effekt komorbider Depressivität*

Diese Ergebnisse bleiben auch erhalten, wenn die Depressivität als Kovariate kontrolliert wird: Ungeschehen machen  $F(2,101)=24,47$ ,  $p < .001$ , Sicherheitsverhalten  $F(2,102)=26,12$ ,  $p < .001$ , Bewertung der Symptome ( $F(2,101)=22,39$ ,  $p < .001$ , Strategien  $F(2,101)=32,23$ ,  $p < .001$ . Weitere Analysen zeigen, dass die Traumagruppe sich signifikant von den beiden anderen Gruppen unterscheidet. Diese Gruppe zeigt in allen Skalen die höchsten Ausprägungen, im Sinne einer hohen Zustimmung zu den dysfunktionalen kognitiven und behavioralen Strategien. Die beiden restlichen Gruppen unterscheiden sich nicht im Ausmaß des gezeigten Sicherheitsverhaltens und der Bewertung der Symptome. Sie unterscheiden sich allerdings ebenso in den Skalen Strategien und Ungeschehen machen, wobei die Untersuchungsteilnehmer mit traumatischen Erfahrungen häufiger von diesen Strategien berichten als die Untersuchungsteilnehmer ohne Trauma. In Tabelle 3.41 ist der mittlere Rang und die z-Werte eingetragen.

*Tabelle 3.41: Vergleich der kognitiven und behavioralen Strategien zwischen den Gruppen.*

Fragebogenskalen <sup>1</sup>	Schwere PTB (N=65)	leichte Symptombelastung (N=24)	ohne Trauma (N=20)	Z	p
	Rang	Rang	Rang		
Bewertung der Symptome	51,12		13,03	-6,02	.000
	52,55	22,10 15,50	18,74	-1,07 -5,93	n.s. .000
Ungeschehen machen	50,53		11,19 14,11	-6,15 -3,15	.000 <.002
	51,36	25,05 19,17		-5,15	.000
Sicherheitsverhalten	51,62		11,29 18,14	-6,35 -1,24	.000 n.s.
	52	22,64 17,19		-5,56	.000
Strategien		24,31	14,97	-2,58	.01

	50,77		10,33	-6,30	.000
	52,28	16,31		-5,7	.000

Bonferroni-Korrektur für die Subskalen  $0.05/3=0.0171$  Varianzhomogenität und Normalverteilung in den Gruppen war nicht gegeben.

### Regressionsanalyse

Das Ergebnis der schrittweisen Regressionsanalyse in die die Skalen der kognitiven und behavioralen Strategien eingingen, ist dass die ursprünglichen Skalen *Ungeschehen machen*, *Bewertung der Symptome* und *Sicherheitsverhalten* zusammen 73% der Varianz in der Häufigkeit der PTB Symptome erklären ( $R=.86$ ,  $R^2=.86$ , adjustiertes  $R^2=.73$ ,  $F(3,104)=93.37$ ,  $p<.001$ ). Tabelle 3.42 zeigt die Einzelkorrelationen der Skala mit dem Ausmaß der Häufigkeit der PTB-Symptome. Dort ist auch der unstandardisierte (B) und der standardisierte Regressionskoeffizient ( $\beta$ ) der signifikanten Prädiktorvariable zu ersehen. Die Interkorrelationen der Skalen sind Tabelle 3.43 zu entnehmen.

Tabelle 3.42: Ergebnis der multiplen Regressionsanalyse

		B	$\beta$
Ungeschehen machen	.76***	1,88	.16
Bewertung der Symptome	.79***	4,88	.37
Sicherheitsverhalten	.81***	5,73	.40

\*: $p<.05$ , \*\*:  $p<.01$ , \*\*\*:  $p<.001$

Tabelle 3.43: Interkorrelationen der Subskalen der kognitiven und behavioralen Strategien.

	Ungeschehen machen	Bewertung der Symptome	Sicherheitsverhalten
Bewertung der Symptome	.74***		
Sicherheitsverhalten	.80***	.75***	

\*: $p<.05$ , \*\*:  $p<.01$ , \*\*\*:  $p<.001$

### Ergebnis der logistischen Regression

Eine schrittweise logistische Regression wurde für die kognitiven und behavioralen Strategien durchgeführt, um die Gruppenzugehörigkeit der Untersuchungsteilnehmer mit traumatischen Erfahrungen zu klassifizieren. Ergebnis der schrittweisen logistischen Regression ist, dass die Skala *negative Bewertung der Symptome* zu 88,37% die Gruppenzugehörigkeit der beiden Gruppen mit traumatischen Erfahrungen vorhersagen kann. Die Gruppe der Untersuchungsteilnehmer mit schwerer PTB kann zu 92,31% richtig klassifiziert werden, die zweite Gruppe der Untersuchungsteilnehmer noch zu 76,19% (Wald=19,18,  $df=1$ ,  $p<.001$ ,  $R=.42$ ). Durch Hinzunahme der Skala *Sicherheitsverhalten* bleibt die Klassifikation der Gruppenzugehörigkeit gleich (Wald=7,93,  $df=1$ ,  $p=.0049$ ,  $R=.25$ ) und verändert sich unwesentlich für die beiden Gruppen (schwere PTB: 93,85%, leichte PTB=71,43%). Die Skala

Ungeschehen machen geht nicht in die Gleichung ein und trägt damit nicht zu der Klassifikation bei.

### 3.3.8 Interkorrelationen der verwendeten Skalen

Aus den vorhergehenden Abschnitten wird deutlich, dass es bedeutsame Zusammenhänge zwischen den untersuchten kognitiven Variablen und der PTB gibt. Damit kann das Störungswissen um die kognitiven Verzerrungen bei Patientinnen mit PTB erweitert werden. Weiterhin ist von Interesse inwieweit diese Faktoren miteinander korrelative Zusammenhänge bilden. Erst geringere korrelative Zusammenhänge zwischen den kognitiven Variablen bzw. moderate oder hohe Korrelationen zwischen den kognitiven Variablen und den behavioralen Strategien geben Auskunft darüber, ob das gewonnenen Wissen über bestehendes im Sinne einer divergenten Validität hinausgeht.

#### Interkorrelation der Skalen des PTCI und der kognitiven und behavioralen Strategien:

Tabelle 3.44: Interkorrelationen der Skalen des PTCI und der kognitiven und behavioralen Strategien (N=86).

Behaviorale und kognitive Strategien	Welt	Selbst	Selbstvorwürfe
Strategien	-.63***	-.67***	-.54***
Ungeschehen machen <sup>1</sup>	-.56***	-.63***	-.50***
Bewertung der Symptome	-.61***	-.76***	-.53***
Sicherheitsverhalten	-.60***	-.64***	-.51***

<sup>1</sup>N=86, \*.p<.05, \*\*.p<.01, \*\*\*.p<.001, PTCI: Posttraumatic Cognitions Inventory

#### Interkorrelation der Skalen des PTCI und den Skalen des PBRs:

Tabelle 3.45 Interkorrelationen der Skalen des PTCI und den Skalen des PBRs an der Traumgruppe (N=70).

PBRs	Welt	Selbst	Selbstvorwürfe
Selbst	.42***	.71***	.51***
Andere	.48***	.48***	.38***
Macht	.48***	.53***	.36**
Sicherheit	.38***	.39***	.21***
Selbstvorwürfe <sup>2</sup>	.22	.46***	.65***
Ungeschehen m <sup>2</sup> .	.24*	.28*	.25*
Intimität	.29*	.34**	.27*
Vertrauen	.47***	.63***	.50***
Überzeugungen <sup>2</sup>	-.08	.19	.18

<sup>2</sup>N=69, <sup>3</sup>N=63, \*.p<.05, \*\*.p<.01, \*\*\*.p<.001

PBRs: Posttraumatic Beliefs and Reactions Scale, PTCI: Posttraumatic Cognitions Inventory

#### Interkorrelation der Skalen des PTCI und den Gedanken und Gefühlen während des Traumas:



Tabelle 3.46 Interkorrelationen der Skalen des PTCI und den Gedanken und Gefühlen während der Gewalttat an den beiden Gruppen mit traumatischen Erfahrungen.

Gedanken und Gefühle während der Gewalttat	Welt	Selbst	Selbstvorwürfe
Sich Aufgeben <sup>4</sup>	-.79***	-.86***	-.73***
Aut. Geisteshaltung <sup>5</sup>	.43*	.26	.18
Implikationen <sup>6</sup>	-.76***	-.86***	-.75***
Gerechtigkeit <sup>7</sup>	-.18	-.31	-.15
Willensstärke <sup>7</sup>	.56***	.51***	.25
Innere Stärke <sup>9</sup>	.29	.27	.14
Moral. Überlegenheit <sup>7</sup>	.27	.31	.32
Selbstabwertung <sup>8</sup>	-.83***	-.93***	-.73***
Beschädigung <sup>4</sup>	-.80***	-.89***	-.76***

<sup>4</sup>N=44, <sup>5</sup>N=32, <sup>6</sup>N=34, <sup>7</sup>N=37, <sup>8</sup>N=43, \*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001

PTCI: Posttraumatic Cognitions Inventory

Interkorrelation der Skalen des PBRS und den Gedanken und Gefühlen während des Traumas:

Tabelle 3.47: Interkorrelationen der Skalen des PBRS und den Gedanken und Gefühlen während der Gewalttat an der Traumagruppe (N=24).

Gedanken während der Gewalttat	Selbst	Andere	Vertrauen	Intimität
Sich Aufgeben	-.42*	-.38	-.60**	.05
Aut. Geisteshaltung	.04	.04	-.09	.00
Implikationen	-.55**	-.19	-.45*	-.03
Gerechtigkeit	-.18	-.07	-.26	-.08
Willensstärke	-.07	-.05	-.08	.02
Innere Stärke	-.13	-.10	-.18	-.05
Moral. Überlegenheit	-.16	.30	.34	-.06
Selbstabwertung	-.55**	-.42*	-.52**	-.35
Beschädigung	-.50*	-.09	-.36	.07

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001, PBRS: Posttraumatic Beliefs and Reactions Scale.

Tabelle 3.48: (Fortsetzung)

	Ungesch. machen	Vorwürfe	Sicherheit	Macht
Sich Aufgeben <sup>4</sup>	-.01	-.22	-.31	-.61**
Aut. Geisteshaltung <sup>5</sup>	-.36	-.16	.08	.18
Implikationen <sup>6</sup>	.02	-.30	-.23	-.41*
Gerechtigkeit	-.41	-.17	-.18	-.02
Willensstärke <sup>7</sup>	-.27	-.32	.15	.14
innere Stärke <sup>9</sup>	-.27	-.10	.19	.16
Moral. Überlegenheit <sup>7</sup>	-.04	.42*	.04	.36
Selbstabwertung <sup>8</sup>	.02	-.25	-.29	-.43*
Beschädigung <sup>4</sup>	.02	-.42*	-.22	-.36

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001, PBRS: Posttraumatic Beliefs and Reactions Scale.

Interkorrelation der Skalen des PBRS und der kognitiven und behavioralen Strategien:

Tabelle 3.49: Interkorrelationen der Skalen des PBRS und den kognitiven und behavioralen Strategien an der Traumagruppe.

Kognitive u. behaviorale Strategien.	Selbst	Andere	Vertrauen	Intimität
Strategien <sup>1</sup>	-.47***	-.29*	-.43***	-.06
Ungeschehen machen <sup>1</sup>	-.34**	-.10	-.30*	.08
Bewertung der Symptome	-.64***	-.34**	-.53***	-.23
Sicherheitsverhalten	-.51***	-.35**	-.45***	-.14

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001, PBRS: Posttraumatic Beliefs and Reactions Scale.

Tabelle 3.49 (Fortsetzung)

	Ungesch. machen	Vorwürfe	Sicherheit	Macht
Strategien <sup>1</sup>	-.40***	-.35**	-.38***	-.38***
Ungeschehen machen <sup>1</sup>	-.49***	-.41***	-.19	-.22
Bewertung der Symptome	-.34**	-.30*	-.42***	-.39***
Sicherheitsverhalten	-.29*	-.32**	-.44***	-.41***

\*:p<.05, \*\*:p<.01, \*\*\*:p<.001, PBRS: Posttraumatic Beliefs and Reactions Scale.

## **4 Diskussion der Ergebnisse**

### **4.1 Traumaschwere und psychische Folgeproblematik**

Die für diese Untersuchung untersuchten Patientinnen sind mit einer Ausnahme Opfer sexueller Gewalterfahrungen. Während knapp ein Viertel der Patientinnen erstmals im Erwachsenenalter traumatisiert wurden, besteht das Trauma für die Mehrheit in sexuellem Missbrauch in der Kindheit, der für einen Teil durch spätere erneute Opfererfahrungen kompliziert wird. Der sexuelle Missbrauch fand meist intrafamiliär statt und wurde bis auf wenige Ausnahmen immer von Tätern verübt, die das Kind kannte. Dies steht im Einklang mit früheren Befunden, dass die meisten Mädchen intrafamiliär missbraucht werden (Finkelhor, 1998). Der Beginn des sexuellen Missbrauchs lag bei den meisten Patientinnen vor dem 12. Lebensjahr. Zudem konnte gezeigt werden, dass knapp 30% der Opfer sexuellen Missbrauchs in der Kindheit später wiederholt Opfer weiterer Vergewaltigungen wurden. Damit konnte der in der Literatur beschriebene enge Zusammenhang zwischen sexueller Traumatisierung und späteren Gewalterfahrungen auch in dieser Untersuchung bestätigt werden (Wetzels, 1997). Die Ergebnisse zu der psychischen Folgeproblematik konnten belegen, dass die verschiedenen erhobenen Merkmale der ersten Phase der Traumatisierung keine Störungsvarianz der chronischen PTB oder der aktuellen Depressivität erklären. Darüber hinaus konnten die Hinweise in der Literatur, dass die psychischen Folgen von Reviktimisierung kumulativ sind, nicht bestätigt werden (Folette, 1996). Damit können bestehende Befunde an anderen Traumapopulationen und Opfern sexuellen Missbrauch unterstützt werden, die der Traumaschwere nur eine untergeordnete Bedeutung an der Chronizität der Störung beimessen (March, 1993, Wenninger, 1994, Boos, 1998, Ehlers, 1998, Steil, 1997, Maercker, 1998). Die berichteten Ergebnisse stimmen insgesamt mit den Befunden der Literatur überein, was auch als Zeichen der Validität der Untersuchung gewertet werden kann. Die erlittenen Gewalterfahrungen brachten für die befragten Opfer schwerwiegende psychische Folgen mit sich. Sowohl die PTB, als auch unspezifische Störungsmaße sind in der Stichprobe stark ausgeprägt. Die psychopathologische Belastung ist insgesamt mit Ausnahme der Depressivität gegenüber den gewählten Vergleichsgruppen erhöht. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der Literatur und unterstützen die Aussagen, wonach traumatische Erfahrungen eine erhebliche Gesundheitsgefährdung für die meisten Betroffenen darstellen.

### **4.2 Empirische Evaluation der Gruppe Traumabewältigung**

Das Hauptinteresse der Untersuchung galt der Frage, ob und wieweit sich die PTB reduzieren lässt. Das gewählte Erfolgskriterium für die Evaluation der Gruppe Traumabewältigung wurde für eine Reihe von Patientinnen erreicht. Für die Gesamtgruppe verdreifachte sich

der Anteil derer, die eine moderate PTB zum Ende der Intervention berichteten. Diese Ergebnisse spiegeln sich in mittelgradigen Effektstärken wieder. Diese Ergebnisse bleiben für den Katamnesezeitraum stabil bzw. verbessern sich, was sich in deutlich verbesserten Effektstärken ausdrückt. Diese liegen dann zwischen .52 und .99. Damit konnte das zentrale Ziel der spezifischen Intervention Traumabewältigung erfolgreich erreicht werden. Die Dauer der Vorbehandlung und das Ausmaß der Depressivität zu Beginn der Gruppe Traumabewältigung haben nur im Trend einen Einfluss auf die Reduktion der PTB. Die erreichten Verbesserung sind für verschiedene sexuelle Stressoren und Entwicklungsphasen in der die Traumatisierung begann in etwa gleich. Eine Ausnahme besteht in der Verdopplung der Symptomreduktion der PTB für die im Erwachsenenalter traumatisierten Patientinnen. Die behandelten Patientinnen litten alle unter einer chronischen PTB, die schon lange anhält. Die Reduktion der Symptome ist daher schwer als ein natürlicher Prozess der Reduktion der Symptomatik, wie es in den ersten Monate nach einer Traumatisierung zu erwarten ist, zu interpretieren, sondern als Effekt der Therapie zu werten.

#### 4.2.1 *Liegen die hier berichteten Effektstärken im Rahmen der Effekt anderer Untersuchungen ?*

*In wieweit entsprechen die hier berichteten Effektstärken denen von Sherman ? Es zeigt sich, dass für die Messung direkt in Anschluss an die Therapie die Effektstärken der vorliegenden Untersuchung die von Sherman berichteten in allen Subskalen der PTB nicht erreichen. Insbesondere die Effektstärke der Intrusionen ( $d=.21$ ) ist fast mindestens zweimal geringer als die bei Sherman (mittlere Effektstärke  $d=.62$ , unterer Konfidenzbereich  $d=.43$ ). Die Subskalen Vermeidung ( $d=.52$ ) und Übererregtheit ( $d=.32$ ) verfehlen knapp den berichteten unteren Konfidenzbereich von  $d=.58$  bzw.  $d=.38$  am Ende der Therapie. Im Katamnesezeitraum verfehlt die für die Intrusionen ( $d=.52$ ) berichtete Effektstärke wiederum den unteren Konfidenzbereich von  $d=.76$ , die Vermeidungsskala liegt mit  $d=.54$  im unteren Konfidenzbereich, während die Skala Übererregtheit mit  $d=.91$  deutlich über dem Mittelwert ( $d=.79$ ) und am oberen Bereich des Konfidenzbereiches von Sherman liegt. Damit schneidet die vorliegende Untersuchung in den Subskalen des PSS-SR schlechter ab als die in der Literatur berichteten Studien. Sherman (1998) argumentiert, dass aufgrund der Homogenität der Effektstärken der Studien, die in seine Metaanalyse eingingen, auf eine Populationseffektstärke geschlossen werden könne. Die Effektstärken der vorliegenden Untersuchung liegen, mit Ausnahme der Intrusionen am Ende der Therapie, im berichteten Populationskonfidenzintervall von  $d=.37 - d=.67$ , in denen neben der Maße zur Erhebung der PTB auch andere Maße (Angst, Depression, kognitive Veränderungen) eingehen. Die Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, dass die durchgeführte Intervention durchaus effektiv für die Therapie der PTB ist. Schwieriger zu interpretieren sind die Effektstärken, die Sherman zu der CPT berichtet, da er je eine Effektstärke für den Messzeitpunkt im Anschluss an die Therapie und den Katamnesezeitraum über alle abhängigen Maße hin-*

weg berichtet. Die für die CPT berichteten Konfidenzintervalle von .74 bis 1.2 für das Ende der Therapie bzw. .63 bis 1.07 für die Katamnese übersteigen die Effektstärken der vorliegenden Untersuchung für die PTB als auch die kognitiven Variablen. Damit schneidet die hier vorgestellte Untersuchung deutlich schlechter ab. Woran könnte dies liegen? Zunächst einmal schränken folgende formalen Aspekte die direkte Vergleichbarkeit der beiden Untersuchungen ein: Erstens standen für die Gruppe Traumabewältigung nur zehn und nicht 12 Sitzungen zur Verfügung und zu anderen besteht ein Unterschied darin, dass diese Untersuchung in stationären und nicht im ambulanten Setting stattfand. In stationären Settings wie dem vorliegenden nehmen Patientinnen an einer Reihe anderer spezifischer und unspezifischer Behandlungen teil. Deren Therapieeffekte wurden nicht kontrolliert. Es ist zudem nicht bekannt, ob andere, nicht verhaltenstherapeutische Interventionen vielleicht zu der Reduktion der PTB beigetragen haben, keinen Effekt haben oder vielleicht sogar zu Verschlechterung der Patientinnen beigetragen haben könnten. Zudem existieren zu beiden Untersuchungen keine Protokolle aus den Sitzungen, die belegen könnten, wie genau das manualisierte Vorgehen eingehalten wurde. So dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse insgesamt erschwert ist. Die hier berichtete Studie, die erste Evaluation der CPT dar, die nicht von der Gruppe um Resick vorgestellt wurde. Die ursprünglichen Studien haben wesentliche strengere Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien für die Teilnahme, während die vorliegende Studie konsekutiv alle Patientinnen mit PTB aufnahm. Woran könnte es außerdem liegen, dass die beobachteten Veränderungen die möglichen Populationseffekte nicht oder nur knapp erreichen? Obwohl es noch keine Studien gibt, die untersucht, ob die Anzahl erlittener Traumata die Ansprechbarkeit durch Therapie beeinflusst, geht man davon aus, dass einmalig traumatisierte Menschen bessere Therapieerfolge erzielen sollten (Foa et al., 2000) als Patientinnen, die chronisch im Sinne der Typ-II Traumata geschädigt wurden. Bekannt ist zudem, dass komplex gestörtere Patientinnen von Psychotherapie weniger als andere Patientinnen profitieren. Die ersteren Patientinnen haben eine um 87% verminderte Wahrscheinlichkeit der Reduktion der PTB durch Psychotherapie (gemessen mit der Impact of Event Scale (IES)). Dies gilt ebenso für Maße zur Lebensqualität, Angst und Selbstkontrolle (Ford & Kidd, 1998). Im gleichen Maße erwartet Herman (1992) keine deutlichen Reduktion der PTB, sondern Veränderungen in allgemeiner Angst, gesteigertem Wohlbefinden und Depressivität. In der vorliegenden Untersuchung wurden Patientinnen untersucht, die was die Art des Traumas (Typ II) und die erhöhten Störungsmaße im Vergleich zu Referenzstichproben zu den komplexer gestörten Patientinnen gehören. Diese Annahme wird auch von dem Ergebnis unterstützt, dass die Typ-I Traumatisierten, sprich im Erwachsenenalter traumatisierten Patientinnen, in der Katamnese eine zwei mal höhere Verbesserung als die früh und chronisch traumatisierten Patientinnen berichten. Demnach müssten die erreichten Veränderungen an der Art der Population zu relativieren sein, da die Effektstärken von Sherman an anderen Populationen, nämlich Typ-I Traumatisierten erreicht wurden. Folgende Studien sollten die Art der Traumatisierung, die Schwere der PTB,

konkurrierende Behandlungsmodule und komorbide Störungen kontrollieren, um weiter zu klären, welche Faktoren, den möglichen Therapieerfolg schmälern könnten.

#### 4.2.2 *Inwieweit realisiert die kognitive Verarbeitungstherapie spezifische Wirkfaktoren der Therapie der PTB ?*

Bei der Diskussion der Ergebnisse gilt es zu erörtern, inwieweit die Wirkfaktoren, die für eine Veränderung der Symptome der PTB verantwortlich gemacht werden, in dem gewählten Therapieverfahren realisiert werden konnten. Wirksame Therapieverfahren beinhalten fast einheitlich Elemente der Exposition. Eine hohe emotionale Beteiligung bei der angeleiteten Erinnerung des Traumas während der Exposition wird als notwendige Bedingung für die erfolgreiche Verarbeitung eines Traumas angesehen (Foa et al., 1986). Empirische Belege zeigen, dass sowohl ein hoher Furchtausdruck (Foa et al., 1995) während der Konfrontationstherapie als auch eine hohe Aktivierung der Furchtstruktur (Foa et al., 1989, Kozak, et al. 1988) zu besseren Therapieergebnissen führt. Zudem besteht für Patientinnen, die während der Sitzung eine hohe emotionale Beteiligung zeigen und auch gut habituieren zwischen der Therapiesitzungen eine acht Mal höhere Wahrscheinlichkeit die definierten Erfolgskriterien am Ende der Therapie zu erreichen als für Patientinnen, die sich zwar emotional beteiligen, aber nicht habituieren oder umgekehrt, oder aber sich während der Therapie weder emotional beteiligen, noch habituieren (Foa et al., 1999).

Kann eine schriftliche Exposition eine hohe Aktivierung der Furchtstruktur gewährleisten ? Zum einen sind über die formalen Instruktionen die Erfordernisse, der Aktivierung von Gefühlen und Gedanken, die die Patientinnen während des Traumas hatten und der wiederholten Bearbeitung einzelner Erinnerungen erfüllt. Schwierig ist allerdings in diesem Verfahren eine durch therapeutische Begleitung unterstützte und damit intensivere Bearbeitung der traumatischen Erfahrung zu realisieren, da die Patientinnen ihre Erfahrungen alleine aufschreiben, was in der Expositionstherapie in sensu nicht gegeben ist. Somit ist nicht unbedingt gewährleistet, dass eine verlängerte Aktivierung der Furchtstruktur bestehen bleibt. Dies mag zu auch zu den oben berichteten weniger starken Reduktionen der PTB beigetragen haben. Eine Folgeuntersuchung (Korthase, 2001) untersuchte die Traumaberichte der in der vorliegenden Untersuchung einbezogenen Stichprobe. Folgende Ergebnisse sind in Hinblick auf die Diskussion des Wirkfaktors „Exposition“ berichtenswert und werden im folgenden diskutiert: Zunächst wurde festgestellt, dass bei der Hälfte der Patientinnen die Exposition mit den traumatischen Erinnerungen nicht über die Erstellung einer Trauma-Anamnese hinausging. Aufgrund klinischer Erfordernisse wurden diese Patientinnen nicht aufgefordert, einen solchen Bericht zu schreiben. Die Analysen zeigten, dass diese Patientinnen gleichverteilt auf die drei Traumatisierungskategorien waren und dass sie in der Tendenz eine schwächere Reduktion der PTB zeigten, als die Patientinnen, die einen Traumabericht erarbeiteten. Dieses Ergebnis blieb im Katamnesezeitraum stabil. Keinen Einfluss hatte das Vorliegen oder das Fehlen des Traumaberichtes auf die dysfunk-

tionalen Kognitionen des PBRS für die Gesamtgruppe der Patientinnen. Dieses Ergebnis kann nicht auf eine zu geringe Teststärke zurückgeführt werden, da sie für diese Analyse hinreichend groß war. Dies legt nahe, dass das Fehlen eines Traumaberichtes in dieser Untersuchung möglicherweise negativen Einfluss auf die erwarteten Veränderungen hatten, da der Wirkfaktor Exposition nicht hinreichend realisiert wurde. Definitivere Aussagen lassen sich aber aufgrund dieser Ergebnisse nicht machen.

#### *Wie war die Qualität der Traumaberichte ?*

Die Untersuchungen zu den der Exposition zugrundeliegenden Wirkfaktoren, umschreibt die geforderte Aktivierung der Angststruktur mit „emotionalem Engagement“. Korthase (2001) operationalisierte diesen Wirkfaktor „emotionales Engagement“ in Traumaberichten über eine Analyse der Detailliertheit der Berichte. Dort zeigte sich dass die Detailliertheit des Traumaberichtes per se keine Auswirkungen auf die Reduktion der PTB wie auch der dysfunktionalen Kognitionen „Selbst“ und „Andere“ hatte.

#### *Was kann aus diesen Ergebnisse gefolgert werden ?:*

Es gibt in der empirischen Literatur noch keine Richtlinien, in wieweit eine Konfrontation in sensu, wie es das Verfahren der Wahl für im Erwachsenenalter ist, auch auf die Gruppe der in der Kindheit traumatisierten Menschen angewendet werden kann oder soll. Die vorliegenden Erfahrung mit der Gruppe Traumabewältigung reflektiert eine gewisse Zögerlichkeit gegenüber einer rigorosen Anwendung des Expositionsverfahrens, was zu einem gewissermaßen „latenten“ klinischen Behandlungswissen zu gehören scheint. Die Qualität der durchgeführten Expositionen in dieser Untersuchung scheint den empirisch belegten Wirkfaktoren nicht nahe zu kommen, was möglicherweise den Therapieeffekt reduziert hat. Allerdings ist im Sinne der theoretischen Herleitung der CPT eine verlängerte Exposition kein Inhalt der Therapie, sondern dort wird das Schreiben über ein Trauma als Mechanismus gesehen, die dysfunktionalen Kognitionen zu aktivieren und somit der Bearbeitung zugänglich zu machen. Somit ist der Wirkfaktor „emotionales Engagement“ nicht im Verfahren angelegt. Folgende Untersuchungen sollten überprüfen, ob eine Verlagerung der Exposition in begleitenden einzeltherapeutischen Sitzungen eine Verbesserung der Ergebnisse erbringen kann. Wirkfaktor kognitive Umstrukturierung: Bezogen auf die moderat ausfallenden Effektstärken bzgl. der kognitiven Variablen liegen aus der Literatur keine Vergleichsdaten vor. Daher kann nur schwer diskutiert werden, was eine Verbesserung der Effekte erbringen könnte. Kritisch anzumerken ist, dass keine Therapie-Protokolle existieren, mit deren Hilfe Aussagen die über die bearbeiteten Kognitionen gemacht werden könnte, bzw. bestimmt werden könnte welche Kognitionen im einzelnen bearbeitet wurden.

#### 4.2.3 Welche Bedeutung haben dysfunktionale Kognitionen an der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung ?

Die Reliabilität einiger Subskalen des PBRS war nicht zufriedenstellend. Dies gilt für die Subskalen Macht, Vertrauen, Sicherheit, Selbstwert und Intimität. Die teilweise geringe Itemanzahl in den Subskalen sowie die relativ kleine Stichprobengröße kann dazu beigetragen haben. Da sich der PBRS jedoch bereits in einer ersten deutschen Untersuchung (Wenninger, 1994, Wenninger et al. 1998) als ein reliables Instrument erwiesen hat, wird man davon ausgehen können, dass es insgesamt relativ zuverlässig kognitive Verzerrungen misst. Die in anderen Untersuchungen berichteten Daten stehen insgesamt mit den hier berichteten in Übereinstimmung. Deutlich wird auch, dass das Ausmaß dieser negativen Ergebnisse nicht abhängt von der Zugehörigkeit zu einer der Traumatisierungsgruppen, was ein Hinweis für die Validität der beschriebenen Bereiche ist. Die in dieser Untersuchung befragten Opfer zeigen zunächst deutlich negative Kognitionen, in den von McCann et al. (1990) beschriebenen Bereichen. Diese Ergebnisse legen also nahe, dass sowohl Opfer sexuellen Missbrauchs als auch reviktimisierte Patientinnen dysfunktionale Überzeugungen entwickeln wie sie zunächst für erwachsene Opfer von Vergewaltigung oder geschlagene Frauen belegt wurden (Resick et al., 1991, Dutton et al., 1994). Somit werden damit Modelle zu kognitiven Veränderungen in der Folge von Traumatisierungen gestützt (Janoff-Bullman, 1992, Foa et al., 1998, McCann et al. 1988, Ehlers, 1999). Die Ergebnisse zu den Veränderungen dieser Kognitionen stimmen mit den Erwartungen überein. Für die kognitiven Bereiche „Selbstwert, Macht, Vertrauen, Sicherheit und die kognitive Strategie „Ungeschehen machen“ sowie die Summenskalen „Selbst und Andere“ ergaben sich signifikante Veränderungen in die erwartete Richtung. Bezogen auf die Einzelitems sind die Patientinnen jetzt eher mit sich zufrieden, achten sich mehr und werten sich aufgrund des Traumas nicht mehr so stark ab. Zudem fühlen sie sich im Trend sicherer. Inhaltlich heißt dies, dass sie traumatische Übergeneralisierungen nur noch eingeschränkt äußern (Bsp. „Die Welt ist gefährlich“) und über einen Zugewinn an Freiheit und Sicherheit berichten. Sie haben mehr Vertrauen in sich selbst (z.B. das eigene Urteilsvermögen) und die Vertrauenswürdigkeit anderer Menschen („Ich habe das Gefühl, dass ich mich auf andere Menschen verlassen kann“). Die maladaptiven Überzeugungen bezüglich Selbstvorwürfen und Intimität werden nicht signifikant, dieses Ergebnis muss allerdings wiederum aufgrund der konservativen Bonferroni-Korrektur in seiner Bedeutsamkeit eingeschränkt werden. Die Skala Überzeugungen zu Vergewaltigung bzw. sexuellem Missbrauch wird jedoch deutlich nicht signifikant. Insgesamt weisen diese Skala die geringsten Mittelwertsunterschiede auf.

Die postulierten negativen Zusammenhänge mit der PTB sind geringer als erwartet. Es bestehen für die Traumagruppe insgesamt nur geringe Assoziationen zwischen den dysfunktionalen Kognitionen des PBRS und dem Maß zur Erhebung der PTB (PSS-SR). Für in der Kindheit missbrauchten Patientinnen ist der erwartete korrelative Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Kognitionen und der Schwere der PTB für die Skalen Vertrauen,



Ungeschehen machen, Sicherheit, Selbstvorwürfe und Selbst gegeben. Für die reviktimisierten Patientinnen ist der Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Kognitionen und der Schwere der PTB für die Skalen Selbstwert, Vertrauen, Sicherheit und Selbst hoch, während für die erstmals im Erwachsenenalter traumatisierten Patientinnen keine Zusammenhänge zwischen den Kognitionen und der PTB bestehen. Diese Ergebnisse legen nahe, dass die modellgemäß vermuteten Zusammenhänge dieser kognitiven Aspekte und der PTB eher schwach sind. Dies steht nicht im Einklang mit den vorausgehenden Untersuchungen (Dutton et al., 1994, Resick et al., 1991, Foa et al., 1999, Owens & Chard, 2001, Wenninger, 1994). Engere korrelative Zusammenhänge waren in vorausgehenden Untersuchungen gefunden worden (Foa et al., 1999, Wenninger, 1998, Resick et al., 1993). Die multifaktorielle Beteiligung dieser Faktoren an der PTB zeigt sich jedoch in den vielfältigen mindestens moderaten Korrelationen der Differenzwerte der PTB und den kognitiven Bereichen. Daher kann man aus den geringen Zusammenhänge mit der PTB nicht folgern, dass sie nicht relevant seien für die Behandlung traumatisierter Patientinnen. Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass kognitive Veränderungen sozusagen neben der PTB existieren und nicht unbedingt nur bedingend für die PTB sein müssen, sondern eigenständige sich über ihre Verhaltenswirksamkeit sich gesundheitsschädigend auswirken. Es erweist sich besonders der kognitive Bereich „Sicherheit“ mit Varianzanteilen von 42% für alle Patientinnen bzw. von 63% für die in der Kindheit traumatisierten Patientinnen als starker Prädiktor für die Veränderungen der PTB. Der Wiedergewinn eines relativen Gefühls der Sicherheit scheint also für die hier untersuchten Patientinnen besonders bedeutsam für die im gewählten Verfahren erreichbaren Veränderungen der PTB zu sein. Entsprechend der mittelstarken Korrelation mit der behavioralen Strategie „Sicherheitsverhalten“ ( $r=.44$ ) lässt sich folgern, dass die Patientinnen sich nicht nur bedroht fühlen, sondern auch ungünstige Verhaltensweise zeigen, die Sicherheit wiederherstellen sollen. Das subjektive Erleben eines reduzierten Gefühls der Sicherheit wurde wiederholt von traumatisierten Menschen berichtet (Foa et al., 1991) und nimmt in den Modellen der kognitiven Veränderungen eine prominente Rolle ein (vgl. Kap. 1). Dieser Befund unterstützt auch die Hypothese der Arbeitsgruppe um Ehlers et al. (1999), die im Kern der PTB ein Gefühl der weiterbestehenden Bedrohung vermuten. Das Ergebnis unterstreicht die Bedeutung dieses Konzeptes und macht deutlich, dass eine Erhöhung des subjektiven Gefühls der Sicherheit notwendig zu sein scheint für die Reduzierung der PTB. Diese differentiellen korrelativen Zusammenhänge zwischen der PTB und den dysfunktionalen Kognitionen unterstreicht zum einen die Wirksamkeit des angewandten Verfahrens für in der Kindheit traumatisierte Patientinnen. Somit werden in der vorliegenden Untersuchung erstmals Ergebnisse vorgestellt, wonach die Cognitive Processing Therapy ein geeignetes Verfahren für die Gruppe der in der Kindheit sexuell missbrauchten Patientinnen ist. Auf der anderen Seite zeigt sich, dass für einen anderen Teil der untersuchten Patientinnen mit dem gewählten Verfahren keine für deren PTB Belastung spezifischen Moderatorvariablen behandelt wurden. Dies kann bedeuten, dass eine mögliche Symptomverbesserung aufgrund des Verfahrens nicht vollkommen

ausgeschöpft werden konnte. Dies hat die Implikation, dass eine Modifikation des Verfahrens kognitive Variablen, wie sie aus prospektiven Untersuchungen (Ehlers et al., 1998) bekannt sind stärker berücksichtigen sollte.

In der vorliegenden Untersuchung wurden auch kognitive Merkmale erfasst, von denen ausgegangen wird, dass sie auf die Aufrechterhaltung der PTB Einfluss haben. Diese Erwartungen haben sich insgesamt bestätigt. Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass auch im Vergleich von Personen mit schwerer PTB und solcher mit nur geringer Symptombelastung die erhobenen Maße zur Traumatische keine Varianzaufklärung ermöglichen. Dies unterstützt, die in der Evaluation der Gruppe Traumabewältigung dargestellten Befunde, wonach sich die Patientinnen der Traumagruppe nicht in Abhängigkeit von der Traumadosis im Ausmaß der PTB unterscheiden. Erwartungsgemäß unterscheidet sich die klinische Stichprobe auch deutlich in erhobenen Störungsmaßen von der Zusatzgruppe. Die Faktorenstruktur des PTCI konnte repliziert werden, was für die Validität der zugrundeliegenden kognitiven Konzepte spricht. Es zeigt sich zunächst auf bivariater Ebene, dass die erhobenen dysfunktionalen Kognitionen zu den Bereichen „Selbst“, „Welt“ und „Selbstvorwürfe“ in starkem Ausmaß in der erwarteten Richtung zusammenhängen. Dies bedeutet, dass die Untersuchungsteilnehmer mit schwerer PTB sich stark negativ beschreiben (Selbst), andere Menschen als bedrohlich wahrnehmen und selbst eine diffuse Bedrohung wahrnehmen (Welt) und bei sich selbst die Verantwortung für die Traumatisierung suchen (Selbstvorwürfe). Aktuelle negative Beschreibungen des eigenen Selbst qualifizieren dann auch als starker Prädiktor der chronischen PTB im Gruppenvergleich in der schrittweisen multiplen Regressionsanalyse. So lassen sich insgesamt 72% der Varianz der PTB erklären. Korrelationsanalytisch ergibt sich, dass negative Beschreibungen des eigenen Selbst hoch korreliert sind mit dem Ausmaß der Belastung nach einer Traumatisierung. Insgesamt zeigt sich, dass mit dem PTCI ein Instrument vorliegt, mit dem zu einem die Varianz der PTB erklärt, wie auch Gruppen von Probanden hinsichtlich der Tatsache, ob sie traumatisiert sind oder nicht korrekt klassifiziert werden können. Bezogen auf das Modell der chronischen PTB von Ehlers et al. (1999) bedeutet diese, dass die negativen Interpretationen des Traumas und seiner Folgen v.a. zu einer Wahrnehmung des eigenen Selbst als bedrohlich oder schlecht führt. Dies bedeutet weiter, dass die wahrgenommene weiterbestehende Bedrohung eher innerhalb der Person selbst liegt und nicht in externalen Faktoren wie der Welt allgemein oder anderen Menschen.

#### *Gedanken und Gefühle während der Gewalttat:*

Auch hier zeigen sich zunächst mittel bis hohe Zusammenhänge zu der posttraumatischen Symptomatik in der erwarteten Richtung. Allerdings trägt der Faktor Autonome Geisteshaltung gegenüber dem Faktor Sich Aufgeben nicht zu Erklärung der PTB bei. Bezüglich des Sich Aufgebens liegt damit eine Bestätigung vorausgehender Studien vor, wonach Sich Aufgeben ein varianzstarker Faktor bei der Erklärung einer schweren PTB ist (Ehlers et al., 1998, Dunmore et al. in Druck, Boos et al., 1998). Die Ergebnisse zur Autonomen Geistes-

haltung stehen in Widerspruch zu den Studien Boos et al. (1998) und Ehlers et al. (2000) wonach politische Gefangene mit einer Lebenszeitdiagnose der PTB und solche, die nie eine PTB hatten im Vergleich mit ehemaligen Gefangenen mit einer chronischen PTB, von mehr Momenten während der Inhaftierung sprachen, in denen sich als unbeugsam und ungebrochen erlebten. Weiter Studien sind dafür nötig, um diesen Gegenpol zu validieren und an anderen Stichproben zu überprüfen. Die erwarteten bivariaten Zusammenhänge zeigen sich auch in den Implikationen aus den Gedanken und Gefühlen während der Gewalttat. Entsprechend der Hypothese zeigen Personen mit einer starken posttraumatischen Belastung deutliche negativere Implikationen aus den Gedanken und Gefühlen während des Traumas. Als Ergebnis einer Regressionsanalyse scheint es insbesondere die Subskala Selbstabwertung zu sein, die eng mit der PTB zusammenhängt. Gegenüber den Gedanken während der Gewalttat klären nur diese aktuellen Implikationen einen hohen Varianzanteil an der chronischen PTB auf. Die Tatsache, dass die Gedanken während der Gewalttat zwar deutlich negativ sind bei den Personen mit chronischer PTB, aber gegenüber den Implikationen an Bedeutung verlieren, unterstützt die vermuteten Zusammenhänge des Modells. Dort wird der kognitiven Verarbeitung während des Traumas eine beeinflussende Rolle zugeschrieben. Die negativen Implikationen sollten jedoch direkt zu der chronischen PTB beitragen. Mit diesen Ergebnissen wurde die postulierten negativen Interpretationen des Traumas und seiner Folgen erneut unterstützt. Damit kann auch die bereits belegte pathogene Rolle des Sich Aufgeben deutlicher interpretiert werden. Es scheint seine schädigenden Einflüsse indirekt über die Förderung negativer Selbstbeschreibungen zu entfalten. Entsprechend der Erwartungen bestehen bivariat mittelstarke Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß kognitiver und behavioraler Strategien und der schweren PTB. Allein für die Variable „Ungeschehen machen“ gibt es zusätzlich eine signifikant Unterschiede zwischen den beiden Gruppen mit geringer Symptombelastung nach Traumatisierung oder belastendem Erlebnis. Dies deutet wiederum einen anderen Umgang mit traumatischen Erinnerungen als mit belastenden aber nicht traumatischen Ereignissen an unabhängig von der Symptombelastung. Traumatische Erinnerungen scheinen mehr Versuche mit sich zu bringen, diese Erinnerungen aus dem Gedächtnis zu streichen als belastende Erinnerungen. Dies ist auch ein indirekter Hinweis darauf, dass die Häufigkeit von Symptomen und hier insbesondere die Intrusionen nicht allein an den kognitiven Strategien beteiligt ist, sondern auch die Art der Belastung, wiederum auf eine kognitive Vermittlung hinweist. Als Ergebnis einer Regressionsanalyse erweisen sich die negative Bewertung der Symptome als am varianzstärksten. Dies bestätigt sich auch in der logistischen Regression, bei der die Klassifikation der Personen mit einer schweren PTB bei 92% liegt. D.h. dass Personen mit einer schweren chronischen PTB dazu neigen, ungünstige Verhaltensweisen und Interpretationen ihrer Störung zu zeigen.

Für alle in diesem Abschnitt berichteten Ergebnisse gilt, dass diese Zusammenhänge auch nach Kontrolle der möglichen Kovariaten Depressivität und Geschlecht bestehen bleiben. Über den Prozesscharakter des Zusammenhanges sämtlicher hier diskutierten kognitiven

Faktoren und behavioralen Strategien kann angesichts des querschnittlichen Design keine Aussagen getroffen werden. Überlegungen zu möglichen therapeutischen Implikationen werden weiter unten getroffen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind folgenden methodische Einschränkungen zu beachten: Die Studie ist methodisch eingeschränkt durch das Fehlen einer Kontroll- oder Vergleichsgruppe; daher ist nicht bestimmbar, ob mit einem anderen Verfahren oder dem Vorenthalten der Gruppe Traumabewältigung andere oder bessere Ergebnisse hätten erzielt werden können. Aus ethischen und rechtlichen Gründen wurde keiner geeigneten Patientin die Gruppenbehandlung vorenthalten. Die Veränderungen in den kognitiven Variablen und die Reduktionen der PTB-Symptomatik könnten auch auf andere als auch die spezifischen Behandlungseffekte zurückzuführen sein: Die Patientinnen nehmen neben der Behandlung in der Gruppe Traumabewältigung an einer Reihe anderer Behandlungskomponenten teil. Insbesondere die Teilnahme an der Problemlösegruppe, die Einzelgespräche mit der Bezugstherapeutin und die Unterstützung, die sich die Patientinnen in der Regel untereinander bieten, dürften an der Reduktion der Symptomatik beteiligt sein. Daher dürften die berichteten Daten eher als das Ergebnis eines komplexen Therapiepaketes zu verstehen sein, als allein durch die Gruppe Traumabewältigung herbeigeführt. Dieses Argument gilt für das Gesamt der Behandlung während des Aufenthaltes in der Klinik als auch für die beiden Behandlungskomponenten kognitive Umstrukturierung und schriftliche Exposition. Da diese Untersuchung nicht kontrolliert wurde, kann nicht entschieden werden, welche Veränderungen auf die spezifische Intervention der Gruppe Traumabewältigung zurückgehen bzw. auf eher unspezifische Interventionen. Die tatsächlich wirksamen Behandlungsbausteine können in kombinierten Verfahren wie der CPT nicht getrennt werden. Die vorliegende Studie verzichtet auf den Einsatz blinder Evaluatoren, die z.B. mit standardisierten Interviews die Veränderung in den abhängigen Variablen untersuchen würden. Somit ist die Studie abhängig von den Selbstbeschreibungen der Patientinnen.

### **4.3 Generalisierbarkeit der Ergebnisse zur Untersuchungsfrage**

Da Opfer intrafamiliärer Gewalt in klinischen Stichproben gegenüber der Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert zu sein scheinen (Brockhaus & Kolshorn, 1993), ist nicht davon auszugehen, dass die berichteten Ergebnisse auf die Gesamtpopulation traumatisierter Menschen generalisierbar ist. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die erwachsene klinische Population Opfer traumatischer Erfahrungen wird insgesamt jedoch positiv bewertet und wie folgt begründet: Zwar wurde keine repräsentative Stichprobe erhoben, jedoch stehen die Ergebnisse zu den Kontrollvariablen (Traumamerkmale, Vergleich zu anderen traumatisierten Patientinnen) in keinem Zusammenhang mit den zentralen Prädiktoren (kognitive Variablen) und Kriterien (PTB), was für eine Unabhängigkeit der Art der Traumatisierung bezüglich der Folgeproblematik spricht und auf eine Generalisierbarkeit der Er-

gebnisse hindeutet. Folgendes spricht außerdem dafür, dass die Untersuchungsstichprobe zumindest für klinische Populationen repräsentativ ist: Die Stichprobe unterscheidet sich nicht von anderen traumatisierten Patientinnen der Klinik, wie der Vergleich mit Patientinnen, nicht an der Traumagruppe teilnahmen zeigt. Es liegen zudem keine Hinweise vor, dass das spezielle klinische Setting der Fachklinik für Psychosomatik einen Selektionsfaktor darstellen könnte. Dies bedeutet, dass zumindest für klinische Stichproben von einer Generalisierbarkeit gesprochen werden kann.

#### **4.4 Therapeutische Implikationen der Ergebnisse**

Die im folgenden formulierten Verbesserungsvorschläge leiten sich aus den empirischen Befunden der Untersuchung ab und orientieren sich an den drei Standardbausteinen der PTB-Behandlung „Psychoedukation“, „Exposition“, „Kognitive Umstrukturierung“.

Die Psychoedukation der CPT beschränkt sich darauf, die einzelnen Symptomcluster der PTB mit den Patientinnen zu erarbeiten und ihnen damit eine Bild der Störung zu geben. Entsprechend des Ergebnisses, dass die Patientinnen zu einem dazu neigen, ihre Symptome negativ zu bewerten und aufkommenden Gefühle und Gedanken zu unterdrücken, wäre denkbar dies in die Psychoedukation einzubeziehen, indem sie angehalten werden, die Symptome als Krankheitszeichen und nicht als persönliches Versagen zu werten. Dies könnte dazu führen, dass negative Bewertungen aufgegeben werden, und die Betroffenen lernen, traumarelevante Gedanken und Gefühle zu zulassen um damit, den paradoxen Effekt solche Strategien zu umgehen.

Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Therapiebausteines „Traumabericht“ wurden bereits beschrieben. Um diesen Wirkfaktor besser nutzen zu können, dürfte es ratsam sein, die Exposition in die Einzeltherapie zu verlegen, um die Patientinnen dabei unterstützen zu können. Entsprechend der nicht vorhandenen empirischen Befunde inwieweit eine Rekonstruktion der Erinnerungen bei früh traumatisierten Personen notwendig für die Überwindung der Traumatisierung ist, könnte zunächst eine behutsame Anleitung „darüber zu reden“ sinnvoll sein, mit dem Ziel dies Erfahrungen in die aktuelle Lebenswelt integrieren zu können. Die Untersuchung deutet an, dass eine stärkere kognitive Bearbeitung des Gefühls der Bedrohung in Richtung auf ein relatives Gefühl der Sicherheit ratsam zu sein scheint. Da sich dieses auch in ausgeprägtem Sicherheitsverhalten zeigt, könnte folgendes Vorgehen denkbar sein: Eine kognitive Erarbeitung des idiosynkratischen Überzeugungsgebäudes zur eigenen Sicherheit und dessen behavioralen Konsequenzen mit anschließender kognitiver Umstrukturierung mit den üblichen kognitiven Verfahren. Um das dysfunktionale Sicherheitsverhalten direkt anzugehen, sind verhaltenstestenden Experimente in objektiv sicheren Situationen denkbar. Ein solches Vorgehen wurde von Ehlers (1999) beschrieben. Daneben scheinen kognitive Interventionen ratsam, um das negative Überzeugungsgefüge zu der eigene Person („Selbst“) zu korrigieren. Ziel der Intervention könnte eine positivere

Selbstwahrnehmung sein, bei der die Patientinnen lernen, das Trauma als etwas zu sehen, dass nicht notwendigerweise zu selbstabwertenden Interpretationen führen muss.

## 5 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bange, D. & Deegener, G. (1996). *Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Basoglu, M. & Mineka, S. (1992). The role of uncontrollable and unpredictable stress in post-traumatic stress responses in torture survivors. In M. Basoglu (Hrsg.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 182-225.

Basoglu, M., Paker, M., Özmen, E., Tasdemir, Ö., Sahin, D., Ceyhanli, A., Incesu, C. & Sarimurat, N. (1996). Appraisal of self, social environment, and state authority as a possible mediator of post-traumatic stress disorder in tortured political activists. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 232-236.

Basoglu, M., Paker, M., Tasdemir, Ö., Özmen, E. & Sahin, D. (1994). Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. *Journal of the American Medical Association*, 272, 357-363.

Bastiaans, J. (1978). Das Phasensystem des KZ-Syndroms. *Psychologie Heute*, 1, 71-77.

Bauer, M. & Priebe, S. (1997). *Psychopharmakotherapie*. In A. Maercker (Hg.). (1997). *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen* (Hg.). Berlin, Heidelberg: Springer, 179-192.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Psychologie Verlags Union, Urban & Schwarzenberg.

Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. New York, London: Guilford.

Boos, A., Ehlers, A., Maercker, A. Schützwohl, M. (1998). Trauma, Kognitionen und chronische PTB. Eine Untersuchung an ehemaligen politischen Gefangenen der DDR. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 244-253.

Boos, A., Scheiffing-Hirschbil, Rüdell, H. (1999). Therapie-Evaluation einer stationären Gruppe „Traumabewältigung“ innerhalb der psychosomatischen Behandlung und Rehabilitation von Patientinnen mit chronischer PTB. *Verhaltenstherapie*, 9, 200-210.

Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

- Boudewyns, P.A., Stwertka, S. A. Hyer , L. Albrecht, J.W. & Speer, E. V. (1993). Eye movement desensitization therapy for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study. *Behavior Therapist*, 16, 29-33.
- Bowen, G. R. & Lambert, J. A. (1986). Systematic desensitization therapy with post-traumatic stress disorder cases. In C.R. Figely (Hg.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner Mazel, 280-291.
- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L. & Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of post-traumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54, 81-87.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 196-203.
- Brom, D., Kleber, R.J., Defres, P.B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Bronisch, Th. (1997). Posttraumatische Belastungsstörung. *Klinische Erscheinungsbilder, Epidemiologie, Therapiestudien. Psychotherapie*, 2, 9-14.
- Bryant, R.A., Sackville, T., Dang, S.T., Moulds, M. & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1780-1786.
- Bryer, J.B., Nelson, B.A., Miller, J.B. & Krol, P.A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1426-1430.
- Burgess, A.W. & Holmstrom, L.L. (1974). The rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Cassiday, K. L., McNally, R. J., Zeitlin, S. B. (1992). Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder. *Cognitive Therapy & Research*, 16, 283-295.
- Chard K.M., Weaver T.L., Resick, P.A. (1997). Adapting Cognitive Processing Therapy for child abuse survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 31-52.
- Cloitre, M., Scarvalone, P., Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress* 10, 437-452.
- Connor, K., Sutherland, S., Tupler, L. (1999). Fluoxetine in posttraumatic stress disorder: randomised, double blind study. *British Journal of Psychiatry*, 175, 17-22.
- Creamer, M., Burgess, P. & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 453-459.
- Cryer, L. & Beutler, L. (1980). Group therapy: An alternative treatment approach for rape victims. *Journal of Sex and Marital therapy*, 6, 40-46.

- Davies-Osterkamp, S., Kriebel, R. (1993). Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 295-307.
- Davidson, J. R. T. (2000). Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder: treatment options, long-term follow up and predictors of outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 52-59.
- Deering, C.G., Glover, S.G., Ready, D. Eddleman, H.C. Alarcon, R.D. (1996). Unique patterns of comorbidity in post-traumatic stress disorder from different trauma sources. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 336-346.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90. Administration, Scoring & Procedures. Manual for the Revised Version and other instruments of the psychopathology Rating scale Symptom-checklist-90-Revised. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Dijk, J.J.M. van, Mayhew, P., Killias, M. (1990). *Experiences of Crime Across the World: Key Findings from the 1989 International Crime Survey*. Deventer: Kluwer Law and Taxation.
- Dilling, V.H., Mombour, W., Schmidt, M.E & Schulte-Markwort, E. (1994). ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber.
- Dunmore, E., Clark, D.M. & Ehlers, A. (1997). Cognitive factors in persistent vs. recovered post-traumatic stress disorder: A pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 25, 147-159.
- Dunmore, E., Clark, D.M. & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 809-829.
- Dutton, M.E., Burghardt, K.J., Perrin, S.G., Chrestman, K.R., Halle, P.M. (1994). Battered woman's cognitive schemata. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 237-255.
- Ehlers, A. & Boos, A. (1997). Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Erfahrungen. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000) A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A. & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in Posttraumatic Stress Disorder: A cognitive approach. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-250.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Dunmore E.B., Jaycox, L., Meadows, E., & Foa, E.B. (1999). Predicting the response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 457-471.
- Ehlers, A., Maercker, A. & Boos, A. (2000). Posttraumatic Stress Disorder Following Political Imprisonment: The Role of Mental Defeat and Alienation and Perceived Permanent Change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 1, 45-55.



- Ehlers, A., Mayou, R., Bryant, B. (1998) Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Elhai, J.D., Frueh, C., Gold, P.B., Gold, S.N. & Hammer, M.B. (2000). Clinical presentations of post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 708-712.
- Emilien, G., Penasse, C., Charles, G., Martin, D. (2000) Post-traumatic stress disorder: Hypotheses from clinical neuropsychology and psychopharmacology research. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4, 3-18.
- Epstein, S. (1991). Impulse control and self-destructive behavior. In L.P. Lipsitt & L.L. Mitnick (Hg.), *Self regulatory behavior and risk taking: Causes and consequences*. Norwood, NJ: Ablex, 273-284.
- Everly, G. S., Lating, J. M. Mitchell, J. T. (2000). Innovations in group crisis intervention: Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and Critical Incident Stress Management (CISM). In Robert, A.R. *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research* (2nd ed.). New York: Oxford University Press, 77-97.
- Fairbank, J.A., Hansen, D.J. & Fitterling, J.M. (1991). Patterns of appraisal and coping across different stressor conditions among former prisoner of war with and without post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 247-281.
- Feifel, J. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung und DESNOS: Eine Untersuchung zur Frage nach der Ergänzung des Konzeptes der PTB. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Universität Trier, Fachbereich Psychologie.
- Finkelhor, D. (1998). Zur internationalen Epidemiologie von sexuellem Missbrauch and Kindern. In G. Amann & R. Wipplinger (Hg.), *Sexueller Missbrauch, Überblick zur Forschung, Beratung und Therapie*. Tübingen: DGVT-Verlag, 72-85.
- Finkelhor, D., Brown, A. (1986). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development* 1986. Brunner/Mazel Inc. 632-648.
- Flannery, R. B. (1990). Social Support and Psychological consequences: A Methodological Review. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 593-611.
- Foa, E.B. & Riggs, D.S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M.B. Riba, & A. Tasman (Hg.), *Annual review of psychiatry*. 12, 273-303.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape. Cognitive behavior therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of post-traumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A. & Street, G.P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for re-

ducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.

Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. & Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic-Cognitions-Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.

Foa, E.B., Feske, U., Murdock, T.B., Kozak, M.J. (1991). Processing of threat-related information in rape-victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 156-162.

Foa, E.B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for Treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 539-588.

Foa, E.B., Kozak, M.J. (1986) Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

Foa, E.B., Molnar, C. & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for post-traumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675-690.

Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V. & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 159-173.

Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.A. & Murdock, T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, S. 715-723.

Foa, E.B., Steketee, G. & Olasov-Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualisations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-175.

Foa, E.B., Zinbarg, R., Rothbaum, B.O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.

Foa, E.B.: (1999). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 385-392.

Follette, V.M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., Nauge, A. E. (1998). Cumulative trauma: the impact of childhood sexual abuse, adult sexual assault and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 25-35.

Ford, J.D., Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorder of extreme stress as predictor of treatment outcome with post-traumatic stress. 11, 743-762.

Frank, A. & Anderson, P. (1987). Psychiatric disorder in rape victims. Past history and current symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 77-82.

Frank, E. & Stewart, B.D. (1983). Treatment of rape victims: An approach to stress-induced symptomatology. In P.J. Clayton & J.E. Barrett (Hg.). *Treatment of depression*. New York: Raven Press.

Frank, E. & Stewart, B.D. (1984). Depressive symptoms in rape victims. *Journal of Affective Disorders*, 1, 269-277.

- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B. D., Dancu, C. (1988) Immediate and delayed treatment of rape victims. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 296-309.
- Franke, G. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Checklist von Derogatis, deutsche Version. Weinheim: Beltz-Test.
- Frankl, V. (1992) *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. 4<sup>th</sup> edition. Boston, MA, US : Beacon Press, Inc
- Gorcey, M., Santiago, J.M., McCall-Perrez, F. (1986). Psychological consequences for women sexually abused in childhood. *Social Psychiatry*, 21, 129-139.
- Greenwald, E. & Leitenberg, H. (1990). Posttraumatic stress disorder in a non-clinical and non-student sample of adult women sexually abused as children. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 217-228.
- Hautzinger, M., Bailer, M. (1993). ADS, Allgemeine Depressionsskala. Weinheim: Beltz Test.
- Hefferman, K. & Cloitre, M. (2000). A comparison of Posttraumatic Stress Disorder with and without Borderline Personality Disorder among women with a history of childhood sexual abuse, 188, 589-595.
- Heim, C., Nemeroff, C. B. (1999). The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biological-Psychiatry*, 46, 1509-1522.
- Herman, J.L. (1992a). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J.L. (1992b). *Trauma and Recovery. From domestic abuse to political terror*. London: Harper Collins.
- Hofmann, A. (1999). *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart. Enke.
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimisation: rebuilding shattered assumptions. In C.R. Figley.(Hrsg.) *Trauma and its wake*. New York: Brunner Mazel, 15-35.
- Janoff-Bulman, R. (1992) *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY, US : The Free Press.
- Jehu, D. (1988). *Beyond sexual abuse: Therapy with women who were childhood victims*. Chichester: Wiley.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M. & Zimering, R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260..

- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L.M.& Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity sample. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kluft, R.P. (1993). Basic Principles in Conducting the Psychotherapy of Multiple Personality Disorder. In Kluft, R.P. & Fine, C. G. (Hg.). *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Press, Inc. 19-50.
- Kozak, M., Foa, E., Steketee, G. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing. *Behavior-Therapy*, 19, 157-169.
- Kramer, T. L. & Green, B. I. (1991). Post-traumatic Stress as an early response to sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 160-173.
- Kreidler, M. C. & Fluharty, L. B. (1994). The „new family model“: The evolution of group treatment for adult survivors of childhood sexual abuse. *The Journal for Specialists in Group Work*, 19, 175-181.
- Kushner, M.G., Riggs, D.S., Foa, E.B. & Miller, S.M. (1992). Perceived controllability and the development of Posttraumatic Stress disorder (PTSD) in crime victims. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 105-110.
- Kuyken, W. (1995). The psychological sequelae of childhood sexual abuse: A review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 108-121.
- Lang, P. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lange, C. (1998). Sexuelle Gewalt gegen Mädchen. Ergebnisse einer Studie zur Jugendsexualität. *Beiträge zur Sexualforschung*, Bd. 75. Stuttgart: Enke.
- Laux, L., Glanzmann, P. Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz.
- Linehan, M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press, New York.
- Lubin, H, Loris, M., Burt, J. Johnson, D. (1998). Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. *American Journal of Psychiatry*. 155, 1172-1177:
- Maercker, A. (1997). *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (1998). *Posttraumatische Belastungsstörungen. Psychologie der Extrembelastungen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Maercker, A., Beauducel, A., Schützwohl, M (2000). Trauma Severity and Initial Reactions as Precipitating Factors for Posttraumatic Stress Symptoms and Chronic Dissociation in Former Political Prisoners, *Journal of Traumatic Stress*, 14, 651-660.
- March, J.S. (1993). What constitutes a stressor ? The „criterion A“ issue. In J.R.T. Davidson and E.B. Foa. *DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatry Press. 37-56.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Trasher, S. (1998). Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Marmar, C.R & Freeman, M. (1988). Brief dynamic psychotherapy of post-traumatic stress disorder: Management of narcissistic regression. *Journal of traumatic stress*, 1, 323-337.
- Marshall, R., Schneier, F., Fallon, B. (1998). An open trial of paroxetine in patients with non-combat-related chronic post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18, 10-18.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.
- Mayou, R., Bryant, B., Ehlers, A. (2001). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *American Journal of Psychiatry Special Issue*. 158, 1231-1238.
- McCann, I.L., Sakheim, D.K. Abrahamson, D.J. (1988). Trauma and victimisation: A model of psychological adaptation. *Counselling Psychologist*, 16, 531-594.
- McCann, L.L., Pearlman, L.A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McFarlane, A.C. (1988). The longitudinal course of post-traumatic morbidity: The range of outcomes and their predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 30-39.
- McNally, R.J., Kaspi, S.P., Rieman, B.C. & Zeitlin, S.B. (1990). Selective processing for threat cues in post-traumatic stress disorder. *Journal of abnormal Psychology*, 99, 398-402.
- Mechanic, M.B., Resick, P.A. (1993). *The Personal Beliefs and Reaction Scale: Assessing rape-related cognitive schemata*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Meichenbaum, D. (1974). Self-instructional behavior methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Hg.). *Helping people change*. Elmsford, N.Y: Pergamon Press.
- Messman, A & Long, P.J. (1996). Sexual abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 397-420.
- Mowrer, O.A. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.

- Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E. & Herbison, G.P. (1994). The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 165, 35-47.
- Nader, K. Pynoss, R., Fairbank, L. Frederick, C. (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1526-1530.
- Najavits, L.M., Weiss, R.D., Shaw, S.R., Muenz, L.R. (1998). Seeking Safety: outcome of a new cognitive-behavioral-psychotherapy for women with post-traumatic stress and substance abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 437- 459.
- Niederland, W.G. (1980). Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom. Seelenmord. Frankfurt/ Main: Suhrkamp.
- Nishith, P., Mechanic, M. & Resick, P. A. (2000). The contribution of prior trauma to current PTSD-Symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 20-25.
- Nutt, J. (2000): The Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 24-29.
- O'Donohue, W. T. & Elliott, A. N. (1992). A model for the clinical assessment of sexually abused child. *Behavioral Assessment*, 13, 325-339.
- Oerter, R. & Montada, L (Hg.). (1995). *Entwicklungspsychologie*. München: Psychologie Verlags Union, Urban-Schwarzenberg.
- Owens, G. P., Chard, K. M. (2001). Cognitive distortions among women reporting childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 178-191.
- Paivio, S. P., Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A Preliminary Study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 115-135.
- Pensiton, E.G. (1986). EMG-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans post-traumatic stress disorder. *Clinical Biofeedback and Health*, 9, 35-41.
- Perkonig, A. Kessler, R., Storz, S., Wittchen, H.U. (2000) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-49.
- Perl, M., Westin, A.B. & Peterson, L.G. (1985). The female rape survivors: Time limited therapy with female/male co-therapists. *Journal of Psychosomatics-Obstetrics-Gynecology*, 4, 197-205.
- Piaget, J. (1954) *The construction of the reality in the child*. New York, Basic Books.
- Pitman R.K., Orr, S.P., Fogue, D.F. Altman, B. de Jong, J.B. & Herz, L.R. (1996). Emotional processing during eye-movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419-429.

- Pitman, R., Orr, S. Forgue, D. (1987). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry*, 44, 970-975.
- Pynoos, R.S., Frederick, C., Nader, K. (1987). Life threat and post-traumatic stress disorder in school-aged children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Reedemann L. (2001) *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Leben lernen* 141. Pfeiffer Klett Cotta.
- Regehr, C., Hill, J., Graham, D.G. (2000). Individual predictors of trauma responses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 333-339.
- Renfry, G., Spates, C.R. (1994). Eye movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 231-239.
- Resick, P., Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 60, 748-756.
- Resick, P.A., Jordan, C.G., Girelli, S.A., Hutter, C.K. & Marhoefer-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19, 385-401.
- Resick, P.A., Schnicke, M (1993). *Cognitive Processing Therapy for Rape Victims: A Treatment Manual*. Newbury Park: Sage.
- Resick, P.A., Schnicke, M. & Markway, S. (1991). *The Personal Beliefs and Reaction Scale: Assessing rape-related cognitive schemata*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Resnick, H. S., Klipatrick, D., Best, A. & Kramer, H. (1992). Vulnerability factors in the development of post-traumatic stress disorder, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 424-430.
- Richards, D. A., Lovell, K. & Marks, I. M. (1994). Posttraumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 669-680.
- Riggs, D.S., Rothbaum, B.O. & Foa, E.B (1995). A prospective examination of symptoms of post-traumatic stress disorder in victims of non-sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 201-214.
- Rodriguez, N., Ryan, S.W., Kemp, H.V., Foy, D.W. (1997). Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: a comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 53-69.
- Roth, S., Dye, E. & Lebowitz, L. (1988). Group therapy for sexual-assault victims. *Psychotherapy*, 25, 82-93.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van-der-Kolk, B., Mandel, F. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 10, 539-555.

- Roth, S., Wayland, K., Woosley, M. (1990). Victimization history and victim-assailant relationship as factors in recovery from sexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 169-180.
- Rothbaum, B., Ninan, P. Thomas, L. (1996) Setraline in the treatment in the treatment of rape victims with posttraumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress*, 9, 865-871.
- Rothbaum, B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Rowan, A.B. & Foy, D.W. (1993). Post-traumatic stress disorder in child sexual abuse survivors: A literature review. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 3-20.
- Russel, D. E. H. (1995). The prevalence, trauma and socio-cultural causes of incestuous abuse of females. A human right issue. In Kleber, R. J; Figley, C. R. *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics*, 171-186.
- Saunders, B.E., Arata, C.M. & Klipatrick, D.G. (1990). Development of a crime-related post-traumatic stress disorder scale for women within the Symptom Checklist-90-Revised, *Journal of Traumatic Stress*, 3, 439-448.
- Scheiffling-Hirschbil, I. (1995). *Kognitive Verarbeitungstherapie für Patientinnen mit chronischer PTB in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Therapiemanual. Unveröffentlichtes Manuskript, St. Franziska Sittf Bad Kreuznach.*
- Shalev, A.Y., Peri, T., Canetti, L. & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 143, 590-595.
- Shapiro, E., Forrest, M.S. (1997). *EMDR. The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma.* Ney York, N.Y., Basic books. Inc.
- Sherman, J. L. (1998). Effects of Psychotherapeutic Treatments for PTSD: Meta-Analysis of controlled Clinical trial. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413-435.
- Smucker, M. R. & Dancu, C. V. (1999). *Cognitive-Behavioral Treatment for Adult Survivors of Childhood Trauma.* Nortvale: Jason Aronson.
- Smucker, M. R. & Nierdereee, J. (1995). Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 63-93.
- Solomon, S. D. (1997). Psychosocial treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy in Practice*, 3, 27-41.
- Solomon, Z. & Mikulincer, M. (1990). Life events and combat-related post-traumatic stress disorder: The intervening role of locus of control and social support. *Military Psychology*, 2, 241-256.



- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support and combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 279-285.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation questionnaire)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Steil R.I. (1997). *Posttraumatische Intrusionen nach Verkehrsunfällen*. Frankfurt: Peter Lang.
- Sutker, P.B., Uddo, M., Brailey, K., Vasterling, J.J. & Errera, P. (1994). Psychopathology in war-zone deployed and nondeployed Operation Desert Storm troops assigned graves registration duties. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 383-390.
- Tarrier, A, Sommerfield, C., Faraghan, B., Reynolds, M, Graham, E. Barrowclough, C. (1999). A randomised trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13-18.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. & Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13-18.
- Terr, L.C. (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thompson, Charlton, Kerry, Lee & Turner (1995). An open trial of exposure therapy based on deconditioning for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 407-416.
- Ullmann, S.E. (1996). Correlates and consequences of adult sexual disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 554-571.
- Van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (1995). Amnesie für traumatische Erfahrungen. *Hypnose und Kognitionen*, 12, 84-101.
- Van der Kolk, B.A., Dreyfuss, D.; Michales, M., Shera, D. Berkowitz, R., Fidler, R.E. & Saxe, G.N. (1994). Fluoxetine in post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 517-522.
- Van Etten, M.L., Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatment for post-traumatic stress disorder: A Meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Vogelgesang, M., Eymann, C, Engel, E. (1998). Modelle einer Kognitive-behavioral orientierten Kurzzeittherapiegruppe für stationäre Patientinnen mit sexuellen Mißbrauchserfahrungen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 19, 475-489.
- Walker, L. E. (1988). The battered women syndrome. In: Hotaling, G.T., Finkelhor, D. *Family abuse and its consequences*. Newbury Park: Sage Publications.

- Wenninger K, Ehlers A. (1998). Dysfunctional Cognitions and Adult Psychological Functioning in Child Sexual Abuse Survivors. *Journal of Traumatic Stress*;11, 281-300.
- Wenninger, K. (1994). Langzeitfolgen sexuellen Kindesmißbrauchs: dysfunktionale Kognitionen, psychophysiologische Reagibilität und ihr Zusammenhang mit der Symptomatik. Göttingen: Cuvillier.
- Wetzels, P. (1997). Gewalterfahrungen in der Kindheit: Sexueller Missbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Winter, H., Wenninger, K. & Ehlers, A. (1992). Deutsche Übersetzung der PTSD-Symptom-Scale Self-Report. Göttingen: Georg-August-Universität, Fachbereich Psychologie.
- Wolfe, V. V. & Birt, J. (1997) Child sexual abuse. In E.J. Mash & L.G. Mash, L.G. Terdal (Eds.). *Assessment of childhood disorder*. New York: Plenum, 569-623.
- Wolfe, V., Gentile, C. (1992). Psychological assessment of sexually abused children. In: O'Donohue, William; Geer, James H. (Ed). (1992). *The sexual abuse of children, Vol. 2: Clinical issues*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, USA. 143-187.
- Wolfsdorf, B. A. & Zlotnick, C. (2001). Affect Management in Group Treatment for women with post-traumatic stress and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 169-181.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Yehuda, R. (2000). Biology of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 14-21.
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108-114.
- Yehuda, R. Schmeidler, J. , Giller, E. (1998). Relationship between PTSD characteristics of Holocaust survivors and their adult offspring. *American Journal of Psychiatry* 1551, 841-843.
- Yehuda, R., Schmeidler, J. , Wainberg, M. (1998). Increased vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 1551, 163-1172.
- Zaidi, L. Y. (1999). Group Treatment for Adult Survivors of Childhood Abuse. In Young, B. H. & Blake, D. D. *Group Treatments for Posttraumatic Stress*. London: Brunner & Mazel.
- Zanari, M.C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, M. A., Trikha, A., Levin, A. Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zeitlin, S.B, McNally, R.J. (1991). Implicit and explicit memory bias for threat in post-traumatic stress disorder: *Behaviour Research and Therapy*, 29, 451-457.

Zlotnick, C., Zakriski, A., Shea, M.T., Costello, E. (1996) The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal-of-Traumatic-Stress*, 9, 195-205.

**Anhang:****Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen während Gewalttaten (Ehlers, Boos, Dunmore & Clark, unveröffentlicht).****Gedanken und Gefühle während Gewalttaten**

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, die Gefühle und Gedanken beschreiben, die Menschen während Gewalttaten erleben. Bitte geben Sie durch Ankreuzen der entsprechenden Zahl an, inwiefern diese Aussagen jeweils auf Ihre Erfahrungen WÄHREND DER GEWALTTAT zutreffen. Es gibt hierbei keine richtigen und keine falschen Antworten. Bitte versuchen Sie, sich daran zu erinnern, was Sie ZUM ZEITPUNKT DER GEWALTTAT dachten und fühlten, und nicht, was Sie im nachhinein dachten.

Bitte geben Sie im ersten Abschnitt des Fragebogens an, inwiefern diese Aussagen auf Sie WÄHREND DER GESAMTEN DAUER DER GEWALTTAT zutrafen.

**WÄHREND DER GANZEN ZEIT...**

<b>traf der Gedanke oder das Gefühl auf mich zu:</b>					
	<b>Gar nicht</b>	<b>Kaum</b>	<b>Mittelmäßig</b>	<b>Stark</b>	<b>Sehr stark</b>
1. Ich fühlte eine innere Stärke mit der ich diese schreckliche Erfahrung durchstehen würde.	0	1	2	3	4
2. Irgendwie wusste ich, der Täter wird dafür bestraft, was er mir antut.	0	1	2	3	4
3. Ich fühlte mich dem Täter moralisch überlegen.	0	1	2	3	4
4. Ich dachte, selbst wenn der Täter mich körperlich überwältigen kann, so kann er doch meine Seele nicht besitzen.	0	1	2	3	4
5. Ich behielt das Gefühl ein Mensch mit einem freien Willen zu sein.	0	1	2	3	4
6. Ich dachte, selbst wenn der Täter mich mit seinen Handlungen erniedrigen kann, so behalte ich doch meine Menschenwürde.	0	1	2	3	4
7. Ich ließ nicht zu, dass der Täter mich dazu brachte, schlecht über mich selbst zu denken.	0	1	2	3	4
8. Es gab einen Teil von mir, den der Täter nicht überwältigen/ verderben / beschmutzen konnte.	0	1	2	3	4
9. Ich dachte, der Täter ist ein minderwertiger oder kranker Mensch.	0	1	2	3	4

10. Ich dachte, selbst wenn der Täter meinem Körper Schaden zufügen kann, so kann er doch nicht meine Seele brechen.	0	1	2	3	4
11. Ich dachte, eines Tages werde ich Gewalt über den Täter haben, und dann kann ich ihn leiden lassen.	0	1	2	3	4
12. Ich wusste, er kann mich als Mensch nicht zerstören.	0	1	2	3	4
13. Ich wusste, er kann meinen Willen nicht brechen	0	1	2	3	4
14. Ich wusste, eines Tages würde er das verantworten müssen.	0	1	2	3	4

Bitte geben Sie im nächsten Fragebogenteil an, inwieweit die Aussagen auf Sie **ZU IRGENDINEM ZEITPUNKT** während der Gewalttat zutrafen, auch wenn diese Gedanken und Gefühle nicht sehr lange anhielten.

#### ZU EINEM ZEITPUNKT....

traf der Gedanke oder das Gefühl auf mich zu:					
	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Stark	Sehr stark
1. Ich verlor jegliche Willenskraft.	0	1	2	3	4
2. Es wurde mir gleichgültig, was mit mir passierte.	0	1	2	3	4
3. Ich fühlte mich völlig unterworfen.	0	1	2	3	4
4. Ich war kein Mensch mehr.	0	1	2	3	4
5. Ich gab innerlich auf.	0	1	2	3	4
6. Ich fühlte mich als Person zunichte gemacht.	0	1	2	3	4
7. Ich wollte sterben.	0	1	2	3	4
8. Ich verlor jeden inneren Widerstand.	0	1	2	3	4
9. Ich fühlte mich wie ein unbelebter Gegenstand.	0	1	2	3	4
10. Ich fühle mich völlig dem Willen des Täters ausgeliefert.	0	1	2	3	4
11. Ich fühlte mich völlig erniedrigt und verlor jedes Gefühl innerer Würde	0	1	2	3	4

**Bitte schätzen Sie nun ein, was die Gedanken und Gefühle während des Übergriffes für Sie heute bedeuten:**

<b>Heute bedeuten meine Gedanken und Gefühle während des Übergriffes für mich. Diese Aussage trifft auf mich zu</b>					
	<b>Gar nicht</b>	<b>Kaum</b>	<b>Mittelmäßig</b>	<b>Stark</b>	<b>Sehr stark</b>
1. Sie sind etwas was ich hinter mir lasse.	0	1	2	3	4
2. Sie zeigen, dass ich mit dem Leben nicht fertig werde.	0	1	2	3	4
3. Sie bedeuten, dass der Täter immer Macht über mich haben wird.	0	1	2	3	4
4. Sie zeigen, dass ich kein guter Mensch bin.	0	1	2	3	4
5. Sie bereiteten mich auf andere negative Erfahrungen im Leben vor.	0	1	2	3	4
6. Sie führen dazu, dass ich mich von anderen isoliert und entfernt fühle.	0	1	2	3	4
7. Sie bedeuten, dass ich keine Achtung verdiene.	0	1	2	3	4
8. Sie bedeuten, dass ich nie heilen werde.	0	1	2	3	4
9. Sie stellen eine normale Reaktion in einer extremen Situation da.	0	1	2	3	4
10. Sie bedeuten, dass ich unfähig bin.	0	1	2	3	4
11. Sie bedeuten, dass ein Teil von mir starb und nie wieder lebendig wird.	0	1	2	3	4
12. Sie meinen, dass ich verdiene, was mir zustieß.	0	1	2	3	4
13. Sie bedeuten nicht, dass ich in anderen Bereichen meines Lebens machtlos bin.	0	1	2	3	4
14. Sie führen dazu, dass ich mich meiner selbst schäme.	0	1	2	3	4
15. Sie bedeuten, dass mit mir irgend etwas nicht stimmt.	0	1	2	3	4
16. Sie bewirken, dass ich Menschen verstehe, die auch gelitten haben.	0	1	2	3	4
17. Sie gehören zu dem Übergriff, weil der Täter wollte, dass ich mich schlecht fühle.	0	1	2	3	4

18.Sie bedeuten, dass ich nicht darauf vertrauen kann, das Richtige zu tun.	0	1	2	3	4
19.Sie bedeuten, dass ich nie wieder enge liebevolle Beziehungen eingehen kann.	0	1	2	3	4
20.Sie führen immer noch dazu, dass ich mich innerlich tot fühle.	0	1	2	3	4
21.Sie bedeuten, dass der Übergriff zum Teil meine Schuld war.	0	1	2	3	4
22.Sie bedeuten, dass niemand je richtig verstehen wird, was ich durchgemacht habe.	0	1	2	3	4
23.Sie bedeuten, dass mein Leben zerstört wurde.	0	1	2	3	4
24.Sie zeigen, dass ich mir nicht trauen kann.	0	1	2	3	4
25.Sie traten unter extremen Umständen auf und haben negative Folgen für mein Leben im allgemeinen.	0	1	2	3	4
26.Sie zeigen, dass ich wertlos bin.	0	1	2	3	4
27.Sie bewirken, dass ich mich wie ein Objekt fühle, nicht wie ein Mensch.	0	1	2	3	4
28.Sie bedeuten, dass ich mich dauerhaft negativ verändert habe durch den Übergriff	0	1	2	3	4
29.Sie bedeuten, dass ich nichts Gutes verdiene.	0	1	2	3	4
30.Sie zeigen, dass ich unter Stress zusammenbreche.	0	1	2	3	4
31.Sie bedeuten, dass ich nie wieder normale Gefühle haben kann.	0	1	2	3	4
32.Sie bestätigten meine schlimmsten Befürchtungen über mich selbst.	0	1	2	3	4
33.Sie machen mich mehr mitfühlend gegenüber anderen Menschen.	0	1	2	3	4

**Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) (Foa, Clark, Ehlers, 1995, dt. Übersetzung: Ehlers & Boos, 1999)**

**Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Erlebnissen**

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Gedanken, die Menschen nach traumatischen Erlebnissen wie Gewalttaten oder schweren Unfällen haben können. Wir interessieren uns dafür, welche Gedanken SIE im letzten Monat in bezug auf ihr traumatisches Erlebnis hatten.

Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie im letzten Monat dieser Aussage zugestimmt haben oder anderer Meinung waren.

Bitte geben Sie ihre Antwort an, indem Sie die Zahl aus der unten angegebenen Skala aussuchen, die am besten beschreibt, wie sehr Sie der Aussage zustimmen. Schreiben Sie dann diese Zahl links neben die jeweilige Aussage. Menschen unterscheiden sich stark in ihren Reaktionen auf traumatische Erlebnisse; es gibt keine richtigen oder falschen Antworten in diesem Fragebogen.

1	2	3	4	5	6	7
Stimme völlig zu	Stimme stark zu	Stimme ein wenig zu	Neutral	Eher anderer Meinung	Stark anderer Meinung	Völlig anderer Meinung
	1. Wie ich auf das Trauma reagiert habe, zeigt, dass ich verrückt werde.					
	2. Jemand anderes hätte verhindern können, dass das passiert.					
	3. Ich fühle mich wie ein Ding und nicht wie ein menschliches Wesen.					
	4. Ich muß immer auf der Hut sein.					
	5. Es kann mir nichts Gutes mehr passieren.					
	6. Ich werde meinen Ärger nicht kontrollieren können und werde etwas Schreckliches tun.					
	7. Das Trauma passierte, weil ich die Person bin, die ich bin.					
	8. Die Welt ist gefährlich.					
	9. Ich habe das Gefühl, dass ich mich nicht mehr kenne.					
	10. Wenn ich an das Trauma denke, wird es mich überwältigen.					
	11. Anderen Menschen kann man nicht vertrauen.					
	12. Mein Leben wurde durch das Trauma zerstört.					
	13. Jemand anders wäre nicht in diese Situation geraten.					
	14. Ich werde nicht einmal mit der kleinsten Widrigkeit fertig.					
	15. Ich fühle mich innerlich tot.					



	16. Andere Menschen sind nicht die, die sie scheinbar sind.
	17. Ich kann mich nicht auf mich verlassen.
	18. Mit mir stimmt etwas nicht.
	19. Ich werde nie mehr normale Gefühle empfinden können.
	20. Ich muß ganz besonders vorsichtig sein, weil man nicht wissen kann, was als nächstes passiert.
	21. Wie ich auf das Trauma reagiert habe, zeigt, dass ich mit Schwierigkeiten nicht fertig werde.
	22. Ich bin unzulänglich.
	23. Man kann nie wissen, wer einem Schaden zufügen will.
	24. Ich fühle mich isoliert und von anderen entfremdet.
	25. Ich habe keine Zukunft.
	26. Ich habe etwas an mir, was zu dem Trauma führte.
	27. Ich habe mich dauerhaft zum Schlechten verändert.
	28. Ich kann mich nicht auf andere verlassen.
	29. Ich kann mich nicht darauf verlassen, dass ich das Richtige tue.
	30. Ich bin schwach.
	31. Es ist mir passiert aufgrund der Art und Weise, wie ich mich verhalten habe.
	32. Ich war vorher glücklich, aber jetzt bin ich immer unglücklich.
	33. Wie sehr ich mich auch anstrenge, ich kann nicht verhindern, dass mir etwas Schlimmes zustößt.

**Fragebogen zu kognitiven und behavioralen Strategien:**  
(Dunmore et al., 1997, unveröffentlicht, dt. Übersetzung Boos (1997), unveröffentlicht)

**Fragebogen zu Gedanken und Verhalten nach traumatischen Erlebnissen**

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Gedanken, die Menschen nach traumatischen Erlebnissen haben können. Wir interessieren uns dafür, welche Gedanken SIE im letzten Monat in bezug auf ihr traumatisches Erlebnis hatten.

Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie im letzten Monat dieser Aussage zugestimmt haben oder anderer Meinung waren.

Bitte geben Sie ihre Antwort an, indem Sie die Zahl aus der unten angegebenen Skala aussuchen, die am besten beschreibt, wie sehr Sie der Aussage zustimmen. Schreiben Sie dann diese Zahl links neben die jeweilige Aussage. Menschen unterscheiden sich stark in ihren Reaktionen auf traumatische Erlebnisse; es gibt keine richtigen oder falschen Antworten in diesem Fragebogen.

1	2	3	4	5
traf nicht zu	traf kaum zu	traf ein wenig zu	traf stark zu	traf vollkommen zu
	1. Irgend etwas Schreckliches wird passieren, wenn ich nicht versuche, meine Gedanken zu dem Übergriff zu kontrollieren.			
	2. Ich stelle mir Möglichkeiten vor, wie ich mich hätte verteidigen können.			
	3. Ich nehme absichtlich an Gewicht zu oder ab.			
	4. Ich schaue mich um.			
	5. Wenn ich meine Gedanken und Gefühle zu dem Übergriff nicht kontrollieren kann, werde ich verrückt.			
	6. Ich grüble darüber nach, warum es mir passiert ist.			
	7. Ich schaue mich nach Fluchtwegen um.			
	8. Ich habe immer eine Waffe bei mir.			
	9. Wut führt dazu, sich selbst oder andere zu schädigen.			
	10. Ich schlafe bei brennendem Licht oder laufendem Radio ein.			
	11. Falls man sich sehr taub nach dem Übergriff fühlt, bedeutet dies, das man nie wieder mit der Welt in Berührung ist.			
	12. Ich überlege mir Möglichkeiten, wie der Übergriff hätte verhindert werden können.			
	13. Ich versuche, die Erinnerung an den Übergriff aus dem Gedächtnis zu strei-			

	chen.
	14. Wut wirft einen aus der Bahn.
	15. Ich überprüfe, ob Türen oder Fenster geschlossen sind.
	16. Ich Sorge immer dafür, dass ich nicht alleine bin.
	17. Ich bin sehr besorgt, um andere Menschen (z.B. die Kinder).
	18. Es ist in Ordnung, Gedanken zu dem Übergriff zu zulassen, wenn sie auftreten.
	19. Ich denke ständig über Dinge nach, die ich hätte anders machen können.
	20. Falls ich meine Gedanken zu dem Übergriff nicht kontrollieren kann, bedeutet das, dass ich schwach bin.
	21. Ich sitze, stehe oder schlafe mit dem Rücken zu Wand.

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation eigenständig verfasst habe und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Im August 2001,

Annegret Boos  
Dipl. Psych.