

Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Leiterin: Dr. med. Stefanie Dechering

Posttraumatische Belastungsstörung und andere
psychische Symptome als Folge von
Kriegstraumatisierungen

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der Medizinischen
Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Vorgelegt von Sabrina Daria Youssef

2019

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöckner

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Tress

Zweitgutachterin: Prof. Dr. phil. Bettina Pollok

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
CAPS	Clinician Administered PTSD Scale
CRF	Corticotropin Releasing Factor
CRH	Corticotropin Releasing Hormone
CTEI	Communal Traumatic Events Inventory
CWE	Checklist for War Related Experiences
DESNOS	Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GSI	Global Severity Index (SCL-90-R)
GHQ-28	General Health Questionnaire-28
HHN-Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
HPRT	Harvard Program in Refugee Trauma
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KZ	Konzentrationslager
m	männlich
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale
PPV	Permanent Protection Visa
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
PTSS-10	Posttraumatic Stress Scale-10
PSDI	Positive Symptom Distress Index (SCL-90-R)
PST	Positive Symptom Total (SCL-90-R)
r	Reliabilität
rtt	Retest-Reliabilität
SCID	Structured Clinical Interview for DSM
SCL-90-R	Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis
SIDES	Structured Interview for Disorders of Extreme Stress
SOMS	Screening für Somatoforme Störungen
STAIR	Skills Training in Affekt and Interpersonal Regulation
TPV	Temporary Protection Visa
UNHCR	United Nations High Commissioner for Human Rights

w

weiblich

WHO

World Health Organization

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	1
Abbildungsverzeichnis.....	3
Einleitung.....	4
1. Theorie.....	5
1.1 Geschichtliches zum Trauma und zu Traumafolgestörungen (PTBS).....	5
1.2 Traumadefinitionen.....	6
1.3 Diagnostik der PTBS.....	9
1.3.1 Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV-TR (309.81).....	11
1.3.2 Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach der ICD-10 (F43.1).....	13
1.3.3 Unterschiede von DSM-IV-TR zu DSM-V.....	15
1.4 Einteilung traumatischer Erfahrungen.....	17
1.4.1 Typ I und Typ II Traumata.....	17
1.4.2 Interpersonelle versus non-interpersonelle Traumata und intentionale versus non-intentionale Traumatisierungen.....	18
1.4.3 Diagnostische Kriterien für DESNOS.....	21
1.5 Epidemiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	25
1.5.1 Lebenszeitprävalenz von traumatischen Ereignissen in der Allgemeinbevölkerung.....	25
1.5.2 PTBS-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung.....	26
1.5.3 Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS nach traumatischen Ereignissen.....	27
1.5.4 Häufigkeit der PTBS nach Art des Traumas.....	30
1.5.5 Verlauf der PTBS.....	31
1.6 PTBS und Geschlecht.....	32
1.7 Komorbide Störungen.....	36
1.7.1 Suchterkrankungen.....	38
1.7.2 Depressive Störungen.....	42
1.7.3 Angststörungen.....	44
1.7.4 Somatoforme Störungen/Somatisierungsstörungen.....	44
1.7.5 Dissoziative Störungen.....	45
1.7.6 Persönlichkeitsstörungen.....	46

1.8 Trauma und PTBS bei Flüchtlingen.....	47
1.8.1 Beispiele für traumatische Erfahrungen bei Flüchtlingen.....	47
1.8.2 Prävalenzen von psychischen Störungen bei Flüchtlingen und Risikofaktoren.....	48
1.8.3 Folter.....	52
1.8.4 Zusammenfassung von Risikofaktoren für psychische Störungen und PTBS bei Flüchtlingen.....	55
2. Ziel der Studie und Fragestellung.....	57
2.1 Fragestellungen und Hypothesen.....	57
3. Methodik.....	60
3.1 Stichprobenbeschreibung und Studiendesign.....	60
3.2 Messinstrumente, diagnostische Instrumente.....	60
3.2.1 HTQ (HPRT).....	60
3.2.2 SCL-90-R (Derogatis, L. R.).....	62
3.2.3 SOMS (Winfried Rief und Wolfgang Hiller).....	64
3.3 Statistische Analyse.....	65
4. Ergebnisse.....	66
4.1 Zahl erlebter Traumata.....	66
4.2 Prävalenz der PTBS.....	69
4.3 Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und den PTBS- Symptomen.....	69
4.4 Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und anderen psychischen Symptomen/Somatisierung.....	71
4.5 Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS-Symptome und anderen psychischen Symptomen/Somatisierung.....	71
4.6 Unterschiede in der psychischen Symptomatik in Abhängigkeit von der Art selbst erlebter Traumata.....	72
4.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede.....	82
4.8 Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und psychischer Symptomatik	85
5. Diskussion.....	87
5.1 Erläuterung der Studie.....	87
5.1.1 Stichprobe.....	87
5.1.2 Methodik/Messinstrumente.....	88
5.2 Diskussion der Ergebnisse und Hypothesen.....	90

5.2.1 Anzahl erlebter Traumata.....	90
5.2.2 PTBS-Prävalenz.....	93
5.2.3 Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und den PTBS-Symptomen.....	95
5.2.4 Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und anderen psychischen Symptomen/Somatisierung.....	98
5.2.5 Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS-Symptome und anderen psychischen Symptomen/Somatisierung.....	100
5.2.6 Unterschiede in der psychischen Symptomatik in Abhängigkeit von der Art erlebter Traumata.....	103
5.2.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede.....	106
5.2.8 Auswirkungen vom Aufenthaltsstatus auf die psychische Symptomatik	109
6. Zusammenfassung.....	115
7. Schlussfolgerung und Ausblick.....	116
Literaturverzeichnis.....	117
Eidesstattliche Versicherung.....	144

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeiten selbst erlebter Traumata.....	67
Tabelle 2: Zahl der Traumata, Schwere der Trauma-Symptome, Psychische Belastung und Somatisierung.....	68
Tabelle 3: Zusammenhänge zwischen Zahl der Traumata, Schwere der Trauma-Symptome, andere psychische Symptome, Psychische Belastung (GSI) und Somatisierung	70
Tabelle 4: Unterschiede in der Schwere der Trauma-Symptome in Abhängigkeit von der Art selbst erlebter Traumata.....	74
Tabelle 5: Unterschiede in der Psychischen Belastung (GSI) in Abhängigkeit von der Art selbst erlebter Traumata.....	75
Tabelle 6: Unterschiede in der Somatisierung in Abhängigkeit von der Art selbst erlebter Traumata.....	76
Tabelle 7: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei Folter in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	77
Tabelle 8: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei Vergewaltigung in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	77
Tabelle 9: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei Kampfsituation in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	77
Tabelle 10: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei ernsthafte Verletzung in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	78
Tabelle 11: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei Gehirnwäsche in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	78
Tabelle 12: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei Verschwunden sein/Entführung in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	78
Tabelle 13: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei Gefangenschaft in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	79
Tabelle 14: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei Mord an Familienmitgliedern oder Freunden in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	79
Tabelle 15: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei Mord an mehreren Unbekannten in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	79
Tabelle 16: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei Todesnähe in Abhängigkeit	

ob das Trauma erlebt wurde.....	80
Tabelle 17: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei erzwungene Trennung von Familienmitgliedern in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	80
Tabelle 18: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei erzwungene Isolation in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	80
Tabelle 19: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei Mangel an Nahrung und Wasser in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	81
Tabelle 20: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	81
Tabelle 21: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei kein Dach über den Kopf in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	81
Tabelle 22: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei unnatürlicher Tod in der Familie oder eines Freundes in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde.....	82
Tabelle 23: Skalenwerte HTQ, SCL-90-R & Beschwerdeindex Somatisierung bei Geschlecht männlich.....	83
Tabelle 24: Skalenwerte HTQ, SCL-90-R & Beschwerdeindex Somatisierung bei Geschlecht weiblich.....	83
Tabelle 25: Unterschiede der Skalenwerte getrennt nach Geschlecht.....	84
Tabelle 26: Aufenthaltsstatus und psychische Symptomatik.....	86

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Häufigkeiten selbst erlebter Traumata.....	68
Abb. 2: Skalenwerte PTBS-Symptome.....	69
Abb. 3: Zusammenhang zwischen Anzahl der Traumata und PTBS- Symptome.....	71
Abb. 4: Unterschiede der Skalenwerte getrennt nach Geschlecht.....	84

Einleitung

Kriege, Bürgerkriege, Verfolgungen, Genozide, Vertreibungen und Folter sowie andere Formen der organisierten Gewalt begegnen den Menschen in vielen Teilen der Erde.

Nach Amnesty International wurden in dem Zeitraum von 2009 bis 2014 in 141 Ländern Folter und Misshandlungen verübt (Amnesty International 2014, S. 5 & 7).

2014 waren über 59,5 Millionen Menschen weltweit auf der Flucht (UNHCR, 2014). Die gegenwärtigen kriegerischen Auseinandersetzungen und die zunehmende Armut in vielen Teilen der Welt führen zu einem enormen Anstieg der Flüchtlingszahlen. 2015 wurden 65,3 Millionen Menschen auf der Flucht gezählt (UNHCR, 2015).

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien, die an der transkulturellen Institutsambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf behandelt worden sind.

Bei den beiden Kriegen, Bosnienkrieg (1992-1995) und der Kosovokrieg (Feb. 1998-Jun.1999) erlebte die Bevölkerung Lebensbedrohungen vielfältiger Art, Bombardierungen, Folter, Haft und Vergewaltigungen sowie den Verlust von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten. In den kriegerischen Auseinandersetzungen im ehemaligen Jugoslawien kam es auch zu einem Genozid (Weine et al., 1995).

Diese Arbeit soll untersuchen, welche Auswirkungen die Ereignisse auf die psychische Gesundheit der Betroffenen hatte. Dabei sind die Anzahl der Traumata, die Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung, der Schweregrad der PTBS-Symptome sowie andere psychische Symptome von Interesse. Zu diesem Zweck wurden vorhandene Daten der Patienten retrospektiv analysiert.

1. Theorie

1.1 Geschichtliches zum Trauma und zu Traumafolgestörungen (PTBS)

Schon die ersten Schriften, angefangen mit den Sumerern vor ca. 5000 Jahren, wie zum Beispiel die Beschreibung der Sinflut im Gilgamesch-Epos, belegen, dass die Menschheit sich schon seit langem mit Reaktionen auf traumatische Ereignisse befasst hat (Maul, 2005; S. 144f). Viele folgende Kulturen berichteten ebenfalls über Katastrophenereignisse und Zerstörungen durch kriegerische Auseinandersetzungen, Eroberer, Sklavenhandel, Folter, Genozide und vielfältige Formen von Gewalt.

Die Kriege des 19. und 20. Jahrhunderts haben zu einer intensiven Beschäftigung mit den Reaktionen auf traumatische Ereignisse geführt. Da Costa (1871) nannte bei Soldaten des amerikanischen Bürgerkriegs den Begriff „*irritable heart*“. Der Begriff „*traumatische Neurose*“ wurde von Oppenheim (1891) entwickelt. Abraham Kardiner (1941) schrieb über die Auswirkungen von Kriegstraumatisierungen des 1. Weltkrieges in seinem Werk „*The Traumatic Neurosis of War*“, womit der Begriff „*Kriegsneurose*“ geprägt wurde (vgl. Flatten et al., 2004; S.15-S.17). Nach dem 2. Weltkrieg konnten bei traumatisierten Soldaten auch nach 20 Jahren Symptome, wie erhöhte Schreckhaftigkeit, Alpträume und Reizbarkeit, festgestellt werden (Archibald et al., 1965). Untersuchungen von Überlebenden des Holocaust brachten Bezeichnungen wie „*survivor syndrom*“ hervor (Niederland, 1968). Bei den Betroffenen wurden chronische Depressivität, Ängste, kognitive Störungen, Gedächtnisstörungen, psychotische, psychoseähnliche Symptome, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsveränderungen mit sozialem Rückzug sowie Schuldgefühlen beobachtet (Niederland, 1968).

Ein weiterer Anlass zur Beschäftigung mit dem Krankheitsbild war der Vietnamkrieg, bei dem Betroffene langanhaltende und schwere psychische Probleme entwickelten. Die Versorgung der Soldaten in Veteranenzentren hat dazu geführt, dass Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter und Pädagogen mit der Zeit ein immer breiteres und vertiefteres Wissen über posttraumatische Reaktionen erlangen konnten (vgl. Fischer & Riedesser, 1989, S.28).

Erst in der DSM-III ist der Begriff „*Posttraumatic Stress Disorder*“ geprägt worden

(American Psychiatric Association, 1980). Die Posttraumatische Belastungsstörung wurde auch in der DSM-III-R, der DSM-IV und der DSM IV-TR beibehalten und wurde unter dem Kapitel Angststörungen aufgeführt (American Psychiatric Association, 1987; American Psychiatric Association, 1994; American Psychiatric Association, 2000). Kleine Änderungen, im Sinne von Umformulierungen sind von DSM-III-R zu DSM-IV vorgenommen worden, aber inhaltlich sind sie weitgehend unverändert geblieben. Die Aufteilung in die drei Symptom-Cluster, Intrusionen, Symptome der emotionalen Betäubung/Vermeidung und Übererregungssymptome sind beibehalten worden (American Psychiatric Association, 1987; Wittchen et al., 1991; American Psychiatric Association, 1994; Saß et al., 1998). In der ICD-10 wurde der Begriff „*Posttraumatische Belastungsstörung*“ 1991 aufgenommen (Dilling et al., 1991). 2013 wurde die DSM-V veröffentlicht, in dem die PTBS in einem neuen Kapitel „*Trauma and Stressor Related Disorders*“ (Trauma- und Belastungsbezogene Störungen) aufgeführt wird und einige Änderungen aufweist, worauf später noch eingegangen wird (American Psychiatric Association, 2013; Falkai et al., 2014).

1.2 Traumadefinitionen

Der Begriff Trauma stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet übersetzt Verletzung und Wunde (vgl. Ahlheim, 1992, Duden, Stichwort Trauma, S. 707). Ein Trauma ist aus medizinischer Sicht eine Verletzung, die „durch äußere Gewalteinwirkung“ entstanden ist und aus psychologischer Sicht ein „seelischer Schock, starke seelische Erschütterung, die unter Umständen einen Komplex bewirken kann“ (zit. n. Ahlheim, 1992, Duden, Stichwort Trauma, S. 707).

Die verschiedenen Definitionen des Begriffs Trauma, die im Folgenden aufgeführt werden, beleuchten verschiedene Aspekte des Traumas und des traumatischen Prozesses und heben jeweils einzelne Aspekte davon deutlicher hervor.

Freud beschreibt einen traumatischen Reiz folgend: „Solche Erregungen von außen, die stark genug sind, den Reizschutz zu durchbrechen, heißen wir traumatische.“ (zit. n. Freud, 1920, S. 29)

Eine Definition des psychischen Traumas nach Rangell (1967) lautet: „Ein

traumatisches Ereignis geschieht durch das Eindringen von Reizen in den psychischen Apparat, wodurch eine Reihe von intrapsychischen Vorgängen dadurch ausgelöst wird (traumatischer Prozess), dass die Kapazität des Ichs überfordert ist. Dieser intrapsychische Prozess führt zu einer Schwächung der Grenzen oder der Abwehrmöglichkeiten des Ichs, so dass ein Zustand der Sicherheit nicht wieder erreicht werden kann. Es entsteht ein Zustand (traumatischer Zustand) des Gefühls der psychischen Hilflosigkeit, ein Gefühl des Fehlens von Kontrolle und eine Verletzbarkeit für weitere Reize. Wenn dieser Zustand anhält, ist er in sich selbst ein pathologischer Zustand.“ (Rangell, 1997 zit. n. Egle et al., 2000, S.137). Bei den aufgeführten Definitionen wird sehr gut der traumatische Prozess und seine zerstörerischen Folgen auf das Ich und seine Abwehrmöglichkeiten beschrieben und hervorgehoben.

Bei der nächsten Definition wird die Diskrepanz zwischen der Intensität des traumatischen Ereignisses und den Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums betont. Ist die Diskrepanz zu groß, wird ein traumatischer Prozess in Gang gesetzt. Die durch die Diskrepanz entstehenden Gefühle der Hilflosigkeit sind dabei für die Entstehung einer PTBS entscheidend. Dabei spielt das objektive Ereignis aber auch individuelle und subjektive Faktoren eine Rolle für den Verlauf des traumatischen Prozesses. Psychische Traumatisierung ist demnach ein „Vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (zit. n. Fischer & Riedesser, 1998, S.79).

Die folgende Definition der Traumatisierung fokussiert ebenso auf einen durch äußere Einwirkung erzeugten (Zusammen)-Bruch des Selbst. Das Selbst hat immer das Bestreben ein Gleichgewicht herzustellen. Durch eine zerstörerische Kraft kann es zu einer Schädigung des Regulations-Apparates kommen, so dass ein Gleichgewicht nicht mehr erreicht werden kann. Eine Störung des Gleichgewichtes geht mit Gefühlen der Hilflosigkeit einher. „Ein Trauma ist der in zerstörerischer Absicht herbeigeführte Zusammenbruch des Gleichgewichts des Selbst, der die Regulationsmechanismen vorübergehend außer Kraft setzt und in der Folge zunächst eine Homöostase auf labilem Niveau erzwingt. Im Extremfall erfolgt ein Bruch im Identitätsgefühl“ (zit. n. Ahrens & Schneider, 2002, S.635).

Bei den unterschiedlichen Definitionen fällt auf, dass einmal der Begriff „Ich“ und einmal der Begriff „Selbst“ verwendet wird. Beide Begriffe stammen aus der psychoanalytischen Theorie. Bei beiden Begriffen wird die Funktion der Regulation/Abwehr hervorgehoben. Letztendlich wird deutlich, dass das Selbst respektive das Ich durch einen traumatischen Reiz überfordert wird und die Aufgabe der Regulation/Abwehr beeinträchtigt wird. Man kann sich vorstellen, dass sich diese Beeinträchtigungen auf allen Ebenen der Persönlichkeit schädigend auswirken können. Alle aufgeführten Traumadefinitionen veranschaulichen, dass sowohl organismus- als auch ereignisbezogene Faktoren auf den traumatischen Prozess Einfluss haben.

Im DSM-IV und DSM-IV-TR muss ein traumatisches Ereignis eine erlebte oder beobachtete Konfrontation mit einem „tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen“ aufweisen (zit. n. Saß et al. 1998, S. 491; zit. n. Saß et al., 2003, S.520). Dies gilt für das Erleben an der eigenen Person oder bei Beobachtung an anderen. Diese Ereignisse haben in der Person, die sie erlebte oder beobachtete „intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ zur Folge (zit. n. Saß et al., 1998, S. 491; zit. n. Saß et al., 2003, S. 520). Die subjektive Reaktion, das subjektive Erleben ist hier von Bedeutung. Diese Trauma-Definition unterscheidet sich von der Definition der ICD-10. Nach der ICD-10 ist ein Ereignis als traumatisch aufzufassen, wenn eine Konfrontation mit einem Ereignis „von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalen Ausmaß“ stattgefunden hat, „das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (zit. n. Dilling & Freyberger, 2014, S.174). Nach Solomon und Canino (1990) können auch weniger schwere Ereignisse PTBS-Symptome auslösen. Sie begründen, dass jedes Ereignis, welches eine PTBS ausgelöst hat, als traumatisch angesehen werden kann. Die Reaktionen des Individuums auf ein traumatisches Ereignis sind entscheidend für das Risiko PTBS-Symptome zu entwickeln. Diejenigen, die stark auf ein Ereignis reagieren, entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit eine PTBS als solche, die das nicht tun (Brewin et al., 1999; Koren et al., 1999).

Im DSM-V wurde das Kriterium A2 entfernt, welches, wie oben bereits erwähnt, die Reaktionen eines Individuums auf ein traumatisches Ereignis beschreibt

(„intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“). Das Stressor-Kriterium wurde in 4 Unterpunkte herausgearbeitet und spezifiziert (American Psychiatric Association, 2013; Falkai et al., 2014). Ein Nachteil des Kriterium A2 bestand zum Beispiel in solchen Fällen, bei denen die PTBS- Symptom Kriterien erfüllt waren, aber nicht das Kriterium A2. Dies wurde häufiger auch bei Soldaten beobachtet, statt Gefühle der Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzten wurden zum Beispiel über Gefühle der Wut berichtet (Adler et al., 2008). Auch bei Opfern krimineller Gewalt wurde stattdessen über Wut und Scham berichtet (Brewin et al., 2000a). Das A2 Kriterium war bei den Soldaten zwar mit einem erhöhten Level von PTBS-Symptomen, aber nicht mit einem erhöhten Risiko für eine PTBS, assoziiert (Adler et al., 2008). Bei den zivilen Opfern krimineller Gewalt war das A2 Kriterien dagegen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer PTBS assoziiert, jedoch nicht in allen Fällen (Brewin et al., 2000a). Es gab auch PTBS Fälle mit Abwesenheit des Kriteriums A2 (Brewin et al., 2000a). Dementsprechend wertet Brewin et al. (2009) die Abschaffung des Kriteriums A2 in der DSM-V letztendlich als eher positiv.

Im Unterschied zu den sonst rein deskriptiven Klassifikationssystem des ICD-10 und der DSM wird bei der PTBS eine klare Ätiologie aufgeführt. Damit stellt die PTBS eine große Ausnahme dar. Eine weitere Besonderheit bei der PTBS ist, dass die Kriterien noch im Wandel sind, wie die Änderungen der PTBS-Kriterien im DSM-V zeigen. Auch die Entwicklungen von Begriffen, wie die komplexe PTBS und DESNOS verdeutlichen, dass Traumafolgestörungen enorm komplex sind und in diesem Bereich noch sehr viel Forschungsbedarf existiert, was diesen Forschungsbereich so interessant macht.

1.3 Diagnostik der PTBS

Basierend auf den Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Diagnostik der PTBS geschieht die Diagnosestellung nach den klinischen Kriterien, die intrusive Symptome, Übererregungssymptome und Vermeidungssymptome/Symptome emotionaler Betäubung beinhalten. Eine subsyndromale PTBS kann von der Anzahl zu erfüllender Kriterien, die für die Diagnose einer PTBS gefordert sind,

abweichen und sollte auch berücksichtigt werden (vgl. Flatten et al., 2013, S. 3-5). Durch ein diagnostisches Gespräch werden die Symptome ermittelt. Aufgrund spezifischer PTBS-Symptome, z.B. traumatische Amnesie oder Vermeidungssymptome, können wichtige Details nicht berichtet bzw. erinnert werden, so dass die Diagnostik sich schwierig gestalten kann. Besonders wichtig sind dabei die biographische Anamnese und die aktuelle Lebenssituation. Die Patienten selber setzen ihre Erlebnisse oft nicht mit den aktuellen Symptomen in Verbindung, insbesondere wenn eine Amnesie für das traumatische Ereignis vorliegt oder das Ereignis bzw. die Ereignisse weit zurück liegen (vgl. Flatten et al., 2013 S. 47-50).

Zur Unterstützung der Diagnostik können PTBS spezifische Interviews (z.B. SCID-PTSD, CAPS) oder Fragebögen (z.B. PDS, PTSS-10) verwendet werden (vgl. Flatten et al., 2013, S. 51-57).

Bei Flüchtlingen sind ethnische Zugehörigkeit, Religionszugehörigkeit und z.B. politische Gesinnung von Interesse, um abschätzen zu können, was sie in ihrem Heimatland erlebt haben könnten. Aktuelle Angaben zu Lebensbedingungen, wie der Aufenthaltsstatus und die soziale Situation, sind ebenfalls von Interesse. Der Behandler sollte in Kenntnis über relevante Einflussfaktoren sein.

Bei der Diagnostik müssen zudem Differentialdiagnosen bedacht werden, besonders die Abgrenzung zur akuten Belastungsreaktion und Anpassungsstörung (vgl. Flatten et al., 2013, S. 5).

Das Erfassen zusätzliche Symptome, wie zum Beispiel Störungen der Affekregulation, Dissoziation, Somatisierung etc, ist von diagnostischer Bedeutung, um herauszufinden, ob zum Beispiel auch eine Störung durch Extrembelastung nicht anderweitig bezeichnet (DESNOS) vorliegen könnte, welche vermehrt bei Folteropfern, Kriegstraumatisierten, Kriegsgefangenen und Missbrauchsoptionen festgestellt werden kann (vgl. Flatten et al., 2013, S. 50). Für die Diagnostik der DESNOS gibt es spezifische Interviews, wie das Structured Interview for Disorders of Extreme Stress, abgekürzt SIDES (Pelcovitz et al., 1997).

Zudem sind komorbide Störungen bei der PTBS häufig anzutreffen und müssen bei der Diagnostik berücksichtigt werden. Häufige komorbide Störungen sind somatoforme Störungen, Angststörungen, Depression, dissoziative Störungen und

Suchterkrankungen. Die Erfassung der komorbiden Störungen ist für den Verlauf der PTBS und die Therapieplanung entscheidend (vgl. Flatten et al., 2013, S. 5).

Die Symptome der PTBS werden im DSM-IV und in der ICD-10 in drei Kategorien/Cluster eingeteilt: Intrusive Symptome, Symptome des Vermeidungsverhaltens bzw. der emotionalen Betäubung und des Hyperarousals.

Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien der PTBS nach DSM-IV und ICD-10 dargestellt. Später wird noch auf die Unterschiede der DSM-IV und der 2013 erschienenen DSM-V eingegangen.

1.3.1 Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV-TR (309.81)

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

- 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 beinhalteten.
- 2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. **Beachte:** Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- 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,
- 2) wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis. **Beachte:** Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten,
- 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,

- 4) intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern,
- 5) körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

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:

- 1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
- 2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerung an das Trauma wachrufen,
- 3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
- 4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
- 5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
- 6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
- 7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden).

Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- 1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
- 2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- 3) Konzentrationsschwierigkeiten,

- 4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- 5) übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat an.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob:

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern.

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

Bestimme, ob:

Mit verzögerten Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

(nach Saß et al., 2003, S.520f)

1.3.2 Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach der ICD-10 (F43.1)

- A. Die Betroffenen waren einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalen Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten

bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.

D. Entweder 1. oder 2.

1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern
2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
 - a. Ein-und Durchschlafstörungen,
 - b. Reizbarkeit und Wutausbrüche,
 - c. Konzentrationsschwierigkeiten,
 - d. Hypervigilanz,
 - e. Erhöhte Schreckhaftigkeit

E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (Aus bestimmten Gründen, z.B. wissenschaftliche Untersuchungen, kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.)

(nach Dilling & Freyberger, 2014, S.174f)

1.3.3 Unterschiede von DSM-IV-TR zu DSM-V

Seit Mai 2013 ist die DSM-V veröffentlicht worden. Die PTBS wird im DSM-V nicht mehr unter dem Kapitel Angststörungen, sondern in einem neuen Kapitel, „*Trauma and Stress-Related Disorders*“ (Trauma- und belastungsbezogene Störungen), aufgeführt (American Psychiatric Association, 2013; Falkai et al., 2014).

Das Stressor-Kriterium A, welches das traumatische Ereignis beschreibt, wurde herausgearbeitet, sexuelle Traumatisierung und eine berufsbedingte wiederholte Konfrontation mit traumatischen Inhalten, z.B. bei Polizisten wurden hinzugefügt. Das Kriterium A2 im DSM-IV und DSM-IV-TR, welches die Reaktionen eines Individuums auf ein traumatisches Ereignis beschreibt, welche „intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ beinhalten, wurden, wie oben schon erwähnt, gestrichen (Saß et al., 2003, S. 520). Grund dafür war, dass sich die Kriterien A2 nicht als prädiktiv für die Entwicklung der PTBS erwiesen haben, wie auch Brewin et al. (2009) in seinem Review beschreibt. Es gab Fälle von posttraumatischer Belastungsstörung mit Abwesenheit des Kriteriums A2. Eine weitere Problematik des Kriteriums A2 war darüber hinaus, dass es für Menschen, besonders auch für PTBS Betroffene schwierig sein kann, vergangene Emotionen zu beschreiben (Candel & Merckelbach, 2004). Die drei ursprünglichen Cluster, Intrusionen, Vermeidungssymptome/Symptome der emotionalen Erstarrung und Symptome des erhöhten Arousal wurden in der DSM-V um ein Cluster erweitert und es wurde eine Umverteilung einzelner Symptome vorgenommen. Das neue Cluster D beinhaltet negative Änderungen in der Kognition/Denken und der Stimmung. Darunter sind neue Symptome aufgeführt: „Anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen, die sich auf die eigene Person, andere Personen oder Welt beziehen“, „Anhaltende verzerrte Kognitionen hinsichtlich der Ursache und Folgen des traumatischen Ereignisses, die dazu führen, dass die Person sich selbst oder anderen die Schuld zuschreibt“ und „Andauernder negativer emotionaler Zustand (z.B. Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld oder Scham)“ (zit. n. Falkai et al., 2014, S. 370). Unter dem Kriterium E im DSM-V, welches die Symptome des erhöhten Arousal beinhaltet, wurden selbst-destruktives und riskantes Verhalten hinzugefügt (Falkai et al., 2014, S. 370). Die diagnostische Kategorie *Disorders of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS) bzw.

komplexe PTBS wurde letztendlich nicht in die DSM-V aufgenommen, worauf später noch eingegangen wird. Es wurde ein dissoziativer Subtyp hinzugefügt. Betroffene leiden zusätzlich unter dissoziativen Symptomen, wie Derealisation und Depersonalisation (vgl. Falkai et al., 2014, S. 371). Die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung müssen länger als einen Monat bestehen und können auch verzögert beginnen. Dabei sind einzelne Symptome einer PTBS initial vorhanden, die Kriterien der PTBS sind aber mindestens 6 Monate nach dem Ereignis erst erfüllt. Eine Unterscheidung in eine akute und eine chronische PTBS, wie im DSM-IV und DSM-IV-TR, wird in der DSM-V nicht vorgenommen (Falkai et al., 2014, S. 371; Saß et al., 1998, S. 491f; Saß et al., 2003, S. 520f).

1.4 Einteilung traumatischer Erfahrungen

Diverse Autoren haben sich mit der Kategorisierung von Traumata beschäftigt. Traumata können nach dem zeitlichen Aspekt unterteilt werden, zum Beispiel in kurzandauernd und heftig versus wiederholt und/oder langandauernd (Terr, 1991). Eine andere Kategorisierung unterscheidet, ob das Trauma durch Menschen verursacht wurde oder ohne menschlichen Einfluss (Green, 1990). Eine weitere Unterteilung ist nach der Motivation möglich. Diese Kategorisierung unterscheidet, ob ein Trauma intentional oder non-intentional ausgeübt wird (Green, 1990; Santiago et al., 2013). Folter ist ein Beispiel für eine komplexe, langandauernde, interpersonelle und intentionale Traumatisierung.

1.4.1 Typ I und Typ II Traumata

Die Einteilung in Typ I und Typ II Traumata wurde ursprünglich von Terr (1991) zur Charakterisierung von Traumatisierung im Kindesalter entwickelt. Die psychischen Folgen beider Arten von Traumata unterscheiden sich.

Typ I Traumata sind kurzandauernde, heftige Traumatisierungen, wie Unfälle, Naturkatastrophen oder kriminelle Gewalttaten. Sie sind durch Plötzlichkeit, akute Lebensgefahr und Überraschung gekennzeichnet.

Typ II Traumata sind wiederholte und/oder langandauernde Traumata, wie Kriegserlebnisse, Fluchterfahrung, KZ-Haft, Geiselhaft, Folter, wiederholte Vergewaltigung, sexueller Missbrauch und Misshandlung. Typische Folgen von Typ-II-Traumatisierungen sind Selbsthypnose, Depersonalisation, Dissoziation, Wut einschließlich Aggression gegen die eigene Person und Leugnen sowie emotionale Taubheit (Empfindungslosigkeit). Sie sind als eine Art Anpassungsprozess auf wiederholte Traumatisierung zu verstehen (Terr, 1991).

1.4.2 Interpersonelle versus non-interpersonelle Traumata und intentionale versus non-intentionale Traumatisierungen

Diese Einteilungen traumatischer Ereignisse wurde von Green (1990) und Green et al. (2000) beschrieben. Non-interpersonelle Traumata sind zum Beispiel Naturkatastrophen und Unfälle. Interpersonelle Traumata haben, wie der Name schon sagt, mit Traumata zu tun, die von anderen Menschen verursacht werden, wie zum Beispiel Folter, Vergewaltigung, sexuelle Belästigung, sexueller Missbrauch, Misshandlung und körperliche Gewalt. Multiple, interpersonelle Traumatisierungen sind letztendlich mit der stärksten Symptomausprägung assoziiert (Green et al., 2000). Auch singuläre, interpersonelle Traumata sind mit einer stärkeren PTBS-Symptomatik und stärkeren Selbstregulationsstörung assoziiert als non-interpersonelle Traumata (Green et al., 2000). Selbst, wenn die interpersonellen Traumata nicht dem Stressor-Kriterium A1 der DSM-IV entsprechen, ist die PTBS-Symptomatik stärker ausgeprägt als bei nicht interpersonellen Traumata (Green et al., 2000).

Intentionale Traumata sind absichtlich zugefügte schädliche Handlungen und implizieren daher, dass sie vom Menschen zugefügt werden (Green, 1990). Daher gelten demnach auch ähnliche Zusammenhänge wie bei interpersonellen Traumata. Interpersonelle Traumata implizieren jedoch nicht zwangsläufig eine Intentionalität, wie zum Beispiel bei Verkehrsunfällen oder anderen Formen von Unfällen. Santiago et al. (2013) untersuchten in ihrem Review longitudinale Studien. Hinsichtlich des Verlauf konnte festgestellt werden, dass die Prävalenz der PTBS nach non-intentionalen Traumata sinkt, der umgekehrte Verlauf zeigt sich nach intentionalen Traumata. Die Prävalenz der chronischen PTBS ist demnach nach intentionalen Traumata höher als nach non-intentionalen Traumata. Bei Untersuchungen von Opfern, die interpersonelle, intentionale, langanhaltende und/oder wiederholte Traumata erlebt hatten, wie Folter, sexuellen Missbrauch, Misshandlung und Konzentrationslager, wurden immer wieder Symptome beschrieben, die nicht in den Kriterien der PTBS der DSM-III-R aufgeführt waren. Diese Literatur wurde in einem Review von Pelcovitz et al. (1989) untersucht und die in der vorhandenen Literatur beschriebenen Symptome wurden gesammelt (vgl. Pelcovitz et al., 1997). Spitzer, Kaplan und Pelcovitz (1989) und Herman & Van der Kolk (1987) erstellten daraufhin eine Liste aus 27 Symptomen, welche

von Herman in sieben Kategorien gegliedert wurden (vgl. Pelcovitz, 1997; vgl. Kunzke & Güls, 2003).

Judith Herman (1992) betont in ihrem Review die Evidenz für eine komplexe PTBS, als Folge von durch Menschen verursachte wiederholte und/oder langandauernde Traumatisierung. Herman (1992) beschreibt, dass wiederholte und/oder langdauernde Traumatisierung häufig mit einem Status des Gefangenseins verbunden ist, unter der Kontrolle des Täters und diesem ausgeliefert. Die psychologischen Auswirkungen dieser erzwungenen Unterordnung sind nach Herman (1992) ähnlich, gleich in welchen Kontext sie geschehen, ob im privaten Umfeld oder durch einen Staat ausgeübt. Beispiele für solche Traumatisierungen sind Folter, Krieg, KZ-Haft, Geiselhaft, innerfamiliäre Traumatisierungen wie Missbrauch und Misshandlungen. Die komplexe PTBS zeigt unter anderem Veränderungen der Beziehungsfähigkeit, des Identitätsgefühls und eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber Reviktimisierungen auf. Van der Kolk et al. (1996) untersuchte in seiner Studie „*Dissoziation, Somatization, and Affect Dysregulation: the Complexity of Adaption of Trauma*“ Trauma-assoziierte Symptome, die nicht bei den PTBS-Kriterien der DSM-IV aufgeführt sind. Die Studie untersuchte also die Beziehung zwischen Extremtraumatisierungen und Symptomen, die traditionell mit der Hysterie in Verbindung stehen, welche sich durch Störungen der Affektregulation, der Stimulusdiskrimination und der kognitiven Integration von Erfahrung auszeichnen. Die Ergebnisse zeigten eine hohe Korrelation zwischen Symptomen einer PTBS und Affektdysregulation, Dissoziation sowie Somatisierung (Van der Kolk et al., 1996). Die Schlussfolgerung daraus ergibt, dass diese Symptome als Spektrum zu verstehen sind, die sich im Sinne eines Adaptationsprozesses bei Extremtraumatisierungen, insbesondere durch frühe, langandauernde und/oder wiederholte sowie interpersonelle Traumata, entwickeln können (Van der Kolk et al., 1996).

In DSM-IV Feld Untersuchungen wurde die komplexe PTBS als DESNOS (Disorders of extreme stress not otherwise specified) untersucht (Pelcovitz et al., 1997; Roth et al., 1997). Die ursprüngliche Kategorie der DESNOS, welche auch die Veränderungen in der Wahrnehmung des Täters beinhaltete, wurde aufgrund einer geringen internen Konsistenz mit einem Cronbachs $\alpha=.53$ nicht in die

endgültigen diagnostischen Kriterien der DESNOS aufgenommen (Pelcovitz et al., 1997). Daher besteht die endgültige Fassung aus sechs Kategorien mit insgesamt 24 Symptomen. Für die DESNOS wurde ein Cronbachs $\alpha=.96$ ermittelt. Damit ist die interne Konsistenz des DESNOS als sehr gut anzusehen (Pelcovitz et al., 1997). Luxenberg et al. (2001) führen in ihrem Curriculum eine gute Beschreibung der Symptome der DESNOS auf, die im folgenden aufgeführt werden. Die Veränderungen in der Regulation von Affekten und Impulsen kann sich durch autodestruktives Verhalten, aggressives Verhalten (fremdaggressives Verhalten), aber auch die Unterdrückung von Aggressionen zeigen. Ebenso findet sich häufig eine Störung der Sexualität und ein exzessives Risikoverhalten, bei der Personen sich in Situationen begeben oder Situationen schaffen, in denen das Risiko einer Reviktimisierung hoch ist. Autodestruktives Verhalten äußert sich z.B. in selbstverletzendem Verhalten und Drogenkonsum. Die Störung der Impulskontrolle und Affektregulation zeigen sich auch in Suizidversuchen und Suiziden, welche wiederum auf die autodestruktive Komponente hindeuten. Amnesien und andere dissoziative Symptome, wie Depersonalisation und Derealisation zeigen die Veränderungen in der Aufmerksamkeit und dem Bewusstsein auf. Schuldgefühle und Scham begleiten die Betroffenen. Die Selbstwahrnehmung ist verändert. Die Betroffenen fühlen sich schuldig für das, was ihnen passiert ist und schämen sich dafür. Sie fühlen sich als dauerhaft beschädigt und nehmen sich als ineffektiv, beziehungsweise als schwach und machtlos wahr. Die Beziehungen sind u.a. durch die Affektregulationsstörung, Impulskontrollstörung sowie durch die Veränderungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung oft erheblich beeinträchtigt. Betroffene haben Schwierigkeiten zu vertrauen. Auf der anderen Seite bestehen Schwierigkeiten äußere Signale, die auf Gefahr hindeuten und körperliche Sensationen, wie zum Beispiel Unwohlsein, Änderung der Atmung und Drang zu fliehen, nicht richtig wahrnehmen zu können. So kann es zu wiederholten Reviktimisierungen kommen. Alternativ kann es auch zu Viktimisierung anderer kommen. Somatisierungen werden bei chronisch Traumatisierten ebenfalls häufig beobachtet. Die Beschwerden finden sich im Bereich des Verdauungstraktes, Herz-Kreislauf-Systems oder es bestehen Konversionsstörungen, sexuelle Symptome oder ein chronisches Schmerzsyndrom. Hoffnungslosigkeit und

Verzweiflung begleiten die Betroffenen. Die Lebenseinstellung ist verändert. Zuvor bestehende Grundüberzeugungen existieren nicht mehr. Das Weltbild und Selbstbild ist erschüttert. Betroffene mögen zum Beispiel nicht mehr daran glauben, dass sie etwas ändern können oder positive Veränderungen bewirken können. Das führt dazu, dass es Schwierigkeiten gibt, im eigenen Interesse zu handeln, Entscheidungen zu treffen oder andere Optionen zu sehen, im Sinne einer erlernten Hilflosigkeit (Luxenberg et al., 2001).

Im Folgenden sind die diagnostischen Kriterien der Störung durch Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet (Disordes of Extreme Stress not Otherwise Specified) dargestellt.

1.4.3 Diagnostische Kriterien für DESNOS

- I. Veränderungen in der Regulation von Affekten und Impulsen (A und ein Kriterium von B-F gefordert):
 - A. Affektregulation
 - B. Umgang mit Ärger
 - C. Autodestruktives Verhalten
 - D. Suizidalität
 - E. Störungen der Sexualität
 - F. Exzessives Risikoverhalten
- II. Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein (A oder B gefordert)
 - A. Amnesien
 - B. Transiente dissoziative Episoden und Depersonalisationserleben
- III. Veränderung der Selbstwahrnehmung (Zwei Kriterien von A-F gefordert):
 - A. Ineffektivität
 - B. Stigmatisierung
 - C. Schuldgefühle
 - D. Scham
 - E. Isolation

F. Bagatellisierung

IV. Veränderungen in Beziehungen zu anderen (Ein Kriterium von A-C gefordert):

- A. Unfähigkeit zu vertrauen
- B. Reviktimisierung
- C. Viktimisierung anderer

V. Somatisierung (Zwei Kriterien von A-E gefordert):

- A. Gastrointestinale Symptome
- B. Chronische Schmerzen
- C. Kardiopulmonale Symptome
- D. Konversionssymptome
- E. Sexuelle Symptome

VI. Veränderung von Lebenseinstellungen (A oder B gefordert):

- A. Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- B. Verlust früherer stützender Grundüberzeugungen

(Kunzke & Güls, 2003, übersetzt: F.G., nach Luxenberg et al., 2001)

In der ICD-10 wird unter F62.0 die Diagnose „Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ aufgeführt. Die Kennzeichen dieser Störung sind eine feindselige und misstrauische Haltung, Leeregefühle, Hoffnungslosigkeit, Rückzug, Entfremdung und chronische Nervosität oder Angespanntsein sowie Gefühle des ständigen Bedrohtseins (vgl. Dilling & Freyberger, 2014, S.149-252). Diese Persönlichkeitsänderungen müssen über zwei Jahre bestehen und können sich nach Traumata, wie Folter, Konzentrationslagererfahrungen, Katastrophen etc. entwickeln.

Für die ICD-11 wird vorgeschlagen eine neue Definition der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung als diagnostische Kategorie aufzunehmen (Maercker et al., 2013). Diese soll die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ersetzen. Die neue Kategorie der komplexen PTBS ist durch die drei Cluster der PTBS sowie zusätzlich durch Störungen in folgenden Bereichen charakterisiert: Affekt, Selbstkonzept und zwischenmenschliche Beziehungen. Die Stressor-Kriterien die aufgeführt werden sind zum Beispiel Genozid, Folter,

Erfahrung als Kindersoldat, sexueller Missbrauch und schwere häusliche Gewalterfahrung (Maercker et al., 2013).

Die Symptome der DESNOS werden im DSM-IV bei der „*Posttraumatic Stress Disorder*“ unter „*Associated Features and Disorders*“ beschrieben (American Psychiatric Association, 1994, S. 425). In Felduntersuchungen wurde der Symptomkomplex der DESNOS untersucht und ein strukturiertes klinisches Interview, SIDES (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress), wurde entwickelt (Van der Kolk et al., 1992; vgl. Jongedijk 1996). Das diagnostische Instrument SIDES wurde in den DSM-IV Felduntersuchungen durch Pelcovitz und Roth eingesetzt und geprüft und bei hoher Konstruktvalidität als ein gutes diagnostisches Instrument für die Erfassung einer DESNOS gewertet (Roth et al., 1997; Pelcovitz et al., 1997; Zlotnick et al., 1996). Es wurde diskutiert, ob die DESNOS bzw. komplexe PTBS für die nächste Überarbeitung der DSM aufgenommen werden soll, was jedoch nicht geschah (Luxenberg et al., 2001).

Einige der Symptome, gelistet bei den diagnostischen Kriterien der DESNOS, wie Veränderungen in der Regulation von Affekten und Impulsen, wie z.B. aggressives oder autodestruktives Verhalten oder Veränderungen in der Selbstwahrnehmung, wie Schuldgefühle sind auch Kriterien der DSM-V geworden. Die Unterscheidung in akut (< 3 Monate) und chronisch (>3 Monate) wurde bei der DSM-V entfernt, die Symptome müssen jedoch länger als einen Monat bestehen (American Psychiatric Association, 2013; Falkai et al., 2014). Zudem wird ein dissoziativer Subtyp beschrieben. Dissoziative Symptome werden ebenso bei dem Kriterium II der diagnostischen Kriterien für DESNOS aufgeführt.

Das Konzept der DESNOS hat den Symptomkomplex, der sich im Rahmen von Adaptationsprozessen als Folge von langandauernden und/oder wiederholten sowie interpersonellen Traumatisierung, wie Foltererfahrung, Krieg, Genozide, KZ-Haft, Geiselnahme und sexuellen Missbrauch sowie körperlichen Misshandlung, entwickeln kann, Rechnung getragen, indem es die Unterschiede zu der „einfachen“ PTBS aufgezeigt hat. Laut Resick et al. (2012) genüge die aktuelle Evidenz noch nicht, um die DESNOS als eigene Diagnose in das DSM aufzunehmen, dafür bedürfe es weiterer Forschung. Zur weiteren Forschung in diesem Gebiet und auch zur Entwicklung von Therapieprogrammen wäre allerdings nach Bryant (2012) eine standardisierte Definition notwendig.

In diversen Studien wurden Symptome beschrieben, die sich als Folge langanhaltender und/oder wiederholter sowie interpersoneller Traumatisierung entwickeln können. Judith Herman beschrieb schon 1992 Symptome, die als Folge einer prolongierten und wiederholten Traumatisierung entstehen können und sich von den Symptomen einer „einfachen“ PTBS unterscheiden. Als Kommentar auf Resick et al. (2012), der angab, dass die aktuelle Evidenz noch nicht ausreicht, um die Diagnose in die DSM-V aufzunehmen schrieb Judith Herman (2012), dass es für die Störung der komplexen PTBS bereits eine Menge Forschungsergebnisse gibt. Hohe Prävalenzen von komplexer PTBS wurden bei Menschen mit früher und langanhaltender sowie wiederholter Traumatisierung und auch bei Soldaten mit Kriegstraumatisierungen, Flüchtlingen und Folterüberlebenden gefunden (Jongedijk et al., 1996; Ford & Smith, 2008; Van der Kolk et al., 2005; Teegen & Vogt, 2002; Teodorescu et al. 2012; Zlotnick et al., 1996). Diese Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutsamkeit einer Distinktion zwischen komplexer PTBS bzw. DESNOS und einer „einfachen“ PTBS. Herman et al. 2012 betont, dass auch die Behandlung der komplexen PTBS mit der üblichen Traumatherapie nicht ausreichend wirksam und eventuell auch schädlich sein könnte. Bei früh und multiple traumatisierten Patienten hat es sich als hilfreich erwiesen auch Symptome der Affektdysregulation sowie Störungen im interpersonellen Bereich zu behandeln. Dies hat Cloitre et al. (2010) in einer Therapie-Studie mit Probanden, die Missbrauch erlebt hatten, untersucht. Die wirksamste und mit den geringsten negativen Effekten assoziierte Therapie war eine phasenbasierte Skills-Expositionstherapie, verglichen mit Therapien, die keine Skills oder Exposition beinhalteten. Das Skills-Training bestand aus Skills zur Besserung der Affektregulation und der interpersonellen Regulation (STAIR). Im Anschluss erfolgte eine standardisierte Expositionstherapie. Sowohl Störungen der Affektregulation, wie Wut und Ängste, als auch interpersonelle Störungen sowie PTBS Symptome konnten gut gebessert werden und zeigten bessere Langzeiteffekte als Therapieverfahren ohne Skills-Training oder Exposition. Eine Symptom-Exazerbation war in der Therapie-Gruppe ohne Skills-Training während der Phase 2, also der Traumaexposition, häufiger als in der Therapie-Gruppe mit Skills-Training (Cloitre et al., 2010).

1.5 Epidemiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Wie häufig geschehen traumatische Ereignisse und wie hoch ist die Prävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung in der Allgemeinbevölkerung? Mit dieser Frage haben sich viele epidemiologische Studien beschäftigt. Aufgelistet sind im Folgenden einige der Forschungsergebnisse.

1.5.1 Lebenszeitprävalenz von traumatischen Ereignissen in der Allgemeinbevölkerung

- Große Erhebung in USA in Detroit: 89.6% waren mindestens einem traumatischen Ereignis exponiert; Mittelwert traumatischer Ereignisse lag bei 4.8; bei Männern war die Anzahl traumatischer Ereignisse höher als bei Frauen 5.3 vs. 4.3 (Breslau et al., 1998)
- Studie in USA in einer großen Stadt in Middle-Atlantic bei jungen Erwachsenen: Mittelwert traumatischer Ereignisse lag bei 4.8, bei Männern 6.1, bei Frauen 3.7 (Breslau & Anthony, 2007)
- Standardisiertes Telefoninterview in einer mittelwestlichen kanadischen Stadt: 74.2% der Frauen und 81.3% der Männer waren mindestens einem traumatischen Ereignis ausgesetzt, multiple Traumata lagen bei 45.8% der Frauen und 55.4% der Männer vor (Stein, et al., 1997)
- Repräsentative nationale Stichprobe in den USA: 61% der Männer und 51% der Frauen erlebten mindestens ein traumatisches Ereignis (Kessler et al., 1995)
- Große repräsentative Stichprobe in München, Deutschland: 26% der Männer und 17.7% der Frauen haben mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt (Perkonigg et al., 2000)

1.5.2 PTBS-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung

- Lebenszeitprävalenz von 7.8%, 10% bei Frauen und 5% bei Männern in den USA bei einer repräsentativen Stichprobe (Kessler et al., 1995)
- Lebenszeitprävalenz 1.3% in Deutschland; 0.4% bei Männern und 2.2% bei Frauen bei einer repräsentativen Stichprobe in München (Perkonig et al., 2000)
- Lebenszeitprävalenz von 12.3% und Punktprävalenz von 4.6% bei einer repräsentativen Stichprobe von Frauen in den USA (Resnick et al., 1993)
- Lebenszeitprävalenz von 10.4% bei Frauen und 6% bei Männern bei einer großen Stichprobe junger Erwachsener in Detroit, USA (Breslau et al., 1991)
- Lebenszeitprävalenz von 8.3% in den USA bei einer repräsentativen Stichprobe in Detroit, USA (Breslau et al., 1998)
- Lebenszeitprävalenz von 5.1% bei einer Stichprobe aus vier südöstlichen Städten in den USA (Norris, 1992)
- Lebenszeitprävalenz von 1 % gesamt; 3.5% bei Personen, die körperlichen Angriffen exponiert waren; 3.5% bei Soldaten aus dem Vietnam-Krieg, die im Krieg nicht verwundet wurden; 20% bei Soldaten aus den Vietnamkrieg, die im Krieg verwundet wurden (Helzer et al., 1987)

Bei der Betrachtung der Zahlen für die Anzahl erlebter Traumata und PTBS-Prävalenzen fallen teils große Unterschiede auf. Unterschiede der Prävalenzen im selben Land kommen z.B. durch regionale Unterschiede zustande. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor ist das Land/der Kontinent, in welcher die Datenerhebung stattfindet. Daten aus den USA können nicht ohne weiteres auf europäische Länder übertragen werden, da verschiedene gesellschaftliche, politische und kulturelle Umgebungsfaktoren anzutreffen sind, wie z.B. unterschiedliche Waffengesetze und Kriminalitätsraten. So ist anhand der Daten von Perkonig et al. (2000) oben ersichtlich, dass die Prävalenz traumatischer Ereignissen in Deutschland sehr viel niedriger liegt als in den USA. Dementsprechend ist auch die PTBS Lebenszeitprävalenz in Deutschland bedeutend niedriger als in den USA. In einigen Studien wird auch eine relativ hohe Prävalenz von

subsyndromalen Verläufen einer PTBS berichtet. Obwohl die Betroffenen nicht die volle Diagnose einer PTBS nach DSM-IV oder ICD erfüllen, leiden sie an PTBS-Symptomen, wie z.B. intrusiven Symptomen, die ihre Lebensqualität beeinträchtigen können. Bei Stein et al. (1997) wurde eine PTBS-Prävalenz von 2.7% bei Frauen und 1.2% bei Männern festgestellt. Die Prävalenz einer partiellen, subsyndromalen PTBS lag bei 3.4% bei Frauen und 0.3% bei Männern.

1.5.3 Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS nach traumatischen Ereignissen

Die Ergebnisse von Studien über Risikofaktoren sind vielfältig. Jede der Studien kann nur einige wenige Risikofaktoren berücksichtigen, während viele außerhalb des Blickfeldes liegen. Risikofaktoren können in objektive, subjektive und individuelle Risikofaktoren unterteilt werden (vgl. Flatten et al., 2004, S. 53 f): Objektive Risikofaktoren sind z.B. die Art, Intensität und Dauer des traumatischen Ereignisses, Intentionalität, interpersonelle oder non-interpersonelle Traumatisierung, Vorhandensein ständiger Triggerung oder wiederholtes Ausgesetztsein bzw. Retraumatisierung. Subjektive Risikofaktoren sind z.B. geringer Grad der eigenen Kontrolle über das Geschehen und Schuldgefühle. Zu den individuellen Risikofaktoren gehören z.B. jugendliches oder hohes Alter, Zugehörigkeit zu einer sozialen Randgruppe, niedriger sozioökonomischer Status, mangelnde soziale Unterstützung, psychische oder körperliche Erkrankungen und familiäre Vorbelastung mit traumatischen Erfahrungen (vgl. Flatten et al., 2004, S. 53 f).

In einer Studie von Brewin et al. (2000b) konnten Traumaintensität, Fehlen von sozialer Unterstützung und zusätzlicher Stress im Leben als stärkste Risikofaktoren ermittelt werden. Sie hatten einen stärkeren Effekt als Prä-Trauma Faktoren. In einer Studie zu individuellen Risikofaktoren und objektiven Risikofaktoren war das Risiko eine PTBS zu entwickeln bei jungem Alter des ersten Traumas, elterlicher Depression, geringer Bildung, Verhaltensstörungen, Panikstörungen, generalisierte Angststörung und Depression sowie nach multipler Traumatisierung erhöht (Koenen et al., 2002). In der Studie von Davidson et al.

(1991) war bei Personen mit einer PTBS ein signifikant häufigeres Auftreten von familiären psychischen Störungen, Missbrauch und elterlichen Scheidungen sowie ein häufigeres Auftreten eines niedrigen ökonomischen Status der Eltern zu verzeichnen. Drogen- und Alkoholmissbrauch sowie Arbeitslosigkeit sind signifikant mit einem erhöhten Risiko für die Exposition mit intentionalen Traumata assoziiert (Poole et al., 1997).

Als starker Prädiktor für eine PTBS wurde in Studien die peritraumatische Dissoziation beschrieben (Briere et al., 2014; Shalev et al., 1996). Wiederum fanden Johansen et al. (2007) in ihrer Studie heraus, dass die wahrgenommene Lebensbedrohung ein Prädiktor für die peritraumatische Dissoziation ist. Sie untersuchten Opfer außerhäuslicher Gewalt. Ein erhöhtes Risiko für PTBS-Symptome war mit einer niedrigen wahrgenommenen Selbstwirksamkeit assoziiert, was zur Verstärkung von Gefühlen der Hilflosigkeit führt. Die Wahrnehmung von starker Bedrohung bei Opfern von außerhäuslicher Gewalt war in einer weiteren Studie von Johansen et al. (2006) mit hohen Werten in allen gemessenen psychologischen Reaktionen assoziiert. Gemessen wurden peritraumatische Dissoziation, PTBS, Angst und Depression (Johansen et al., 2006). In einer Studie von Punamäki et al. (2005) zur peritraumatischen Dissoziation, Geschlecht und Assoziation mit psychischer Gesundheit bestand kein Unterschied im Level der peritraumatischen Dissoziation zwischen den Geschlechtern. Bei beiden Geschlechtern war die peritraumatische Dissoziation mit erhöhtem Risiko für psychische Symptome verbunden. Eine starke Assoziation zwischen peritraumatischer Dissoziation und PTBS wurde auch in einer Studie von Tichenor et al. (1996) bei weiblichen Vietnam Soldatinnen gefunden. Je stärker die Dissoziation während des Traumas, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für die Erfüllung der Kriterien der PTBS (Marmar et al., 1994; Ozer et al., 2003), während Prä-Trauma Faktoren, wie Familiengeschichte und/oder vorherige Traumata, kleine Effekte zeigten (Ozer et al., 2003). Birmes et al. (2003) verzeichneten ähnliche Ergebnisse: Peritraumatische dissoziative Erfahrungen und akuter Stress sind stabile Wirkungsvariablen für die Entwicklung einer PTBS. Es gibt auch Studien, die die peritraumatische Dissoziation als stärksten Einflussfaktor für die Entwicklung einer PTBS anzweifeln aber eine persistierende Dissoziation als einen starken Prädiktor für das Risiko einer PTBS

ansehen (Hagenaars et al., 2007). In einer Studie von Feeny et al. (2000), die Frauen untersuchten, welche Angriffe erlebt hatten, war Wut vier Wochen nach dem Trauma mit einem erhöhten PTBS-Schweregrad verbunden, Dissoziation war dagegen mit erhöhter Funktionseinschränkung, nicht aber mit einer verstärkten PTBS-Symptomatik, assoziiert. Breslau et al. (1998) fanden heraus, dass das durchschnittliche Risiko für eine PTBS nach einem Trauma 9.2% betrug. Das höchste Risiko bestand bei offensiver Gewalterfahrung mit einem Risiko von 20.9%. Unter „offensive Gewalt“ waren Militärerfahrungen, Vergewaltigung, Gefangenschaft, Folter, Kidnapping, Schuss- oder Stichverletzungen, sexuelle Angriffe außer Vergewaltigung und Bedrohung mit einer Waffe sowie schwere körperliche Gewalt, in Form von Schlägen, aufgelistet. Davon waren besonders Folter, Kipnapping, Gefangenschaft und schwere körperliche Gewalt in Form von Schlägen mit dem höchsten Risiko assoziiert. Unter „nicht offensiver Gewalt“ waren Traumata, wie z.B. Auto- oder Fahrradunfall, andere Unfälle, Naturkatastrophen, wie Brände, Erdbeben oder Flut, eigene oder dem eigenen Kind betreffende Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung, das Beobachten einer Gewalttat oder Tötungsdeliktes und das Auffinden einer leblosen Person, aufgelistet (Breslau et al., 1998).

Jehel et al. (2006) konnten aufzeigen, dass die Art des Traumas und die peritraumatische Dissoziation einen starken Effekt besitzt. Körperliche und sexuelle Gewalt führten zu einem größeren Schweregrad an PTBS-Symptomen bei Betroffenen im Vergleich zu Personen ohne diese Art von Trauma. In einer Studie von Creamer et al. (2001) war Vergewaltigung und sexuelle Belästigung mit dem höchsten Risiko für eine PTBS assoziiert. Auf die Prävalenzen der PTBS nach spezifischen Traumaarten wird im Folgenden eingegangen.

1.5.4 Häufigkeit der PTBS nach Art des Traumas

Wie vorhergehend dargestellt, ist das Risiko an einer PTBS zu erkranken, je nach Traumaart, unterschiedlich hoch ausgeprägt. In der nachfolgenden Auflistung werden PTBS-Prävalenzen nach verschiedenen Arten von traumatischen Ereignissen dargestellt:

- nach Kriegs- oder politischer Gefangenschaft bei ca. 50-70% (Neria et al., 2000)
- bei Soldaten nach Kriegseinsätzen bei ca. 20% (Labbate et al., 1998; Dobie et al., 2004); 38.8 % bei männlichen Soldaten (Kessler et al., 1995)
- Kriegstraumatisierung bei Zivilisten ein Jahr nach dem Kosovo-Krieg bei Kosovo-Albanern 25% (Cardozo et al., 2003)
- nach Vergewaltigung bei ca. 50-80% (Breslau et al., 1991 & 1998; Resnick et al., 1993); 45.9 % bei Frauen und 65% bei Männern (Kessler et al., 1995); 44% und nach sexuellen Missbrauch als Kind 31.3% (Perkonigg et al., 2000)
- nach kriminellen Verbrechen 27.8% bei einer Gruppe von jungen Frauen (Kilpatrick et al., 1987)
- bei Bedrohung oder plötzlichen Tod von engen Angehörigen 27.3% (Perkonigg et al., 2000)
- bei Folteropfern 33% (Basoglu et al., 1994); 50% (van Velsen et al., 1996); 87% bei weiblichen Opfern von Folter (Edston & Olsson, 2007)
- ehemalige Kriegsgefangene aus Japan, Deutschland, Nord Korea 53.4% PTBS-Lebenszeit-Prävalenz und 29.4% PTBS-Punkt-Prävalenz (Engdahl et al., 1998);
- nach Unfällen, Naturkatastrophen, Bränden und Beobachten von Tod und Verletzungen < 10% (Kessler et al., 1995)

1.5.5 Verlauf der PTBS

Bei ca. einem Drittel der Bevölkerung ist mit einem chronischen Verlauf zu rechnen (Kessler et al., 1995). In einer Studie von Breslau et al. (1998) remittierten 26% nach 6 Monaten, 40% nach 12 Monaten. Die mediane Zeit für die Remission betrug 24.9 Monate gesamt, bei Frauen lag diese bei 48.1 Monate vs. 12.0 Monate bei Männern. Bei mehr als ein Drittel persistierte die PTBS länger als 60 Monate (Breslau et al., 1998). Bei Kessler et al. (1995) war die mediane Zeit für die Remission 36 Monate für Betroffene, die professionelle Hilfe hatten und 64 Monate für Betroffene, die keine Therapie in Anspruch genommen hatten. Nach Ehlers et al. (1998) ist das Risiko für einem chronischen Verlauf mit der Schwere des traumatischen Ereignisses und mit dem Ausmaß der Bedrohung und Dissoziation während des Traumas assoziiert. Als weitere Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf wurden das weibliche Geschlecht, negative Bewertung der Intrusionen, Grübeln, Depression in der Zeit nach dem Trauma und Depression sowie Angststörung in der Vorgeschichte identifiziert (Ehlers et al., 1998; Freedman et al., 1999; Kleim et al., 2007). In einer Studie von Harvey & Bryant (1998) war die akute Belastungsreaktion der stärkste Prädiktor für einen chronischen Verlauf, dabei wiesen emotionale Erstarrung, Depersonalisation und motorische Unruhe die stärksten Risikofaktoren auf. Bestimmte Traumaarten sind mit einem höheren Risiko für chronische Verläufe assoziiert. So beobachtet man chronische Verläufe häufiger nach intentionalen und interpersonellen Traumatisierungen, wie zum Beispiel bei Vergewaltigungs-, Missbrauchs- und Misshandlungsopfern, Folteropfern, bei Opfern anderer Formen von organisierter Gewalt und Krieg sowie bei Flüchtlingen und Soldaten (Cardozo et al., 2000 & 2003; Douglas, 1996; Green, 1990; Santiago et al., 2013). Bei einer Untersuchung von politisch Gefangenen war die Wahrnehmung einer negativen, anhaltenden Veränderung der Persönlichkeit mit einem chronischen Verlauf verbunden (Ehlers et al., 2000).

In der Studie von Perkonig et al. (2005) zeigten 52% eine Remission und 48% einen chronischen Verlauf. Chronische Verläufe waren signifikant mit einer hohen Rate an Symptomen der Vermeidung/emotionalen Erstarrung und somatoformen Störungen sowie Angststörungen assoziiert. Bei Vergewaltigungsopfern konnte

noch nach 15 Jahren bei 16.5% eine PTBS-Diagnose festgestellt werden (Kilpatrick & Resnick, 1993). Bei einer Studie von Breslau & Davis (1992) war ein chronischer Verlauf bei Jugendlichen mit einer höheren Anzahl von PTBS-Symptomen, dabei insbesondere mit Symptomen der emotionalen Erstarrung und des Hyperarousals sowie mit komorbiden Störungen, assoziiert.

1.6 PTBS und Geschlecht

Wie schon in den vorherigen Kapiteln aufgezeigt, ist die PTBS-Prävalenz bei Frauen meist höher ausgeprägt, obwohl Männer im Durchschnitt mehr Traumata erleben als Frauen. Im Folgenden wird auf diesen Gesichtspunkt näher eingegangen, um zu klären, welche Faktoren mit dem höheren Risiko einer PTBS bei Frauen assoziiert sind.

Kessler et al. (1995) fanden in einer großen nationalen Erhebung heraus, dass Männer signifikant häufiger traumatische Ereignisse erleben als Frauen, die PTBS-Prävalenz war jedoch bei Frauen mehr als doppelt so hoch und betrug 10.4% vs. 5.0% (w vs. m). Frauen erlebten jedoch häufiger Traumata, die für sie als hoch belastend erlebt wurden und mit einem hohen Risiko für eine PTBS assoziiert sind, wie zum Beispiel Vergewaltigung, sexuelle Belästigung und körperliche Angriffe sowie Bedrohung mit einer Waffe. Bei diesen Traumaarten zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei der emotionalen Bewertung als meist belastendes Trauma, wobei Frauen mit einer PTBS diese Traumaarten als stärker belastend erlebten als Männer mit einer PTBS. Für Männer mit einer PTBS waren Kriegserfahrungen und das Beobachten, dass ein anderer verletzt oder getötet wird, die am meisten belastenden Ereignisse, wovon Kriegserfahrungen mit einem höheren Risiko für eine PTBS assoziiert waren. Insgesamt ergab sich aus der häufigeren Exposition mit hoch belastenden traumatischen Ereignissen und einem insgesamt höheren Risiko für die Entwicklung einer PTBS bei Frauen, ein mehr als doppelt so hohes Risiko nach einem Trauma eine PTBS zu entwickeln 20.4% vs. 8.2% (w vs. m) (Kessler et al., 1995). Die Daten deuten darauf hin, dass die Traumaart, die geschlechtsspezifisch unterschiedlich bewertet und erlebt wird, einen Einfluss auf das Risiko einer PTBS hat. Bei einer Studie von Breslau (2001)

war ein höheres Risiko für die Entwicklung einer PTBS nach „offensiver Gewalt“, welche bei Frauen 36% vs. bei Männern 6% betrug, zu verzeichnen. Unter „offensiver Gewalt“ waren, wie auf S. 29 bereits aufgeführt, Militärerfahrungen, Vergewaltigung, Gefangenschaft, Folter, Kidnapping, Schuss- oder Stichverletzungen, sexuelle Angriffe außer Vergewaltigung, Bedrohung mit einer Waffe, schwere körperliche Gewalt in Form von Schlägen gelistet und unter „nicht offensiver Gewalt“ waren Auto- oder Fahrradunfall, andere Unfälle, Naturkatastrophen, wie Brände, Erdbeben oder Flut, eigene oder dem eigenen Kind betreffende Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung, das Beobachten einer Gewalttat oder Tötungsdelikt sowie das Auffinden einer leblosen Person, gelistet (Breslau et al. 2001). Eine weitere Studie zur Untersuchung des Geschlechtsunterschieds von Breslau & Anthony (2007) ergab ebenfalls, dass das Risiko für eine PTBS nach „offensiver Gewalt“ bei Frauen erhöht war, im Vergleich zu „nicht offensiver Gewalt“ 24.3% vs. 6.9%. Das Risiko für eine PTBS nach „nicht offensiver Gewalt“ war aber erhöht, wenn die Betroffenen in jungen Jahren schon mit „offensiver Gewalt“ traumatisiert wurden, 17.8% vs. 3.6%, als wenn sie keiner „offensiven Gewalt“ in jungen Jahren ausgesetzt waren. Dies kann auf eine Sensitivierung durch „offensive Gewalt“ hindeuten. Nicht nur das Risiko und die Prävalenz unterscheiden sich, sondern auch die Schwere der Symptomatik. Dies wird in einer Zusammenfassung von Forschungsergebnissen, die Davis & Breslau (1998) veröffentlicht haben, thematisiert. Frauen haben im Mittel mehr PTBS-Symptome und erleben die Symptome in höherer Frequenz und Intensität. Zum Beispiel ist die Reaktivität zu Reizen, die an das Trauma erinnern oder es symbolisieren, der eingeschränkte Affekt sowie die erhöhte Schreckhaftigkeit stärker ausgeprägt. Diese erhöhte Belastung der Symptomatik war in den Studien fast ausschließlich der Kategorie „offensive Gewalt“ zuzuordnen (Davis & Breslau, 1998). Bei anderen Kategorien traumatischer Ereignisse waren Geschlechtsunterschiede klein. Warum Frauen bei der Kategorie „offensive Gewalt“ ein höheres Risiko für Entwicklung einer PTBS haben und eine verstärkte Symptomatik als Männer aufweisen ist noch nicht vollständig geklärt, aber es werden einige Einflussfaktoren von Davis & Breslau (1998) benannt. Frauen geraten häufiger als Männer unfreiwillig bzw. passiv in derartige Situationen hinein. Damit besteht von Anfang an eine andere Ausgangsposition mit weniger

gefühlter Kontrolle bei Frauen im Vergleich zu Männern. Darüber hinaus hat die im allgemeinen vorhandene körperliche Unterlegenheit der Frauen einen Einfluss (Davis & Breslau, 1998). Dies körperliche Unterlegenheit ruft eher Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht bis zur Erstarrung hervor als körperliche Überlegenheit oder Gleichstellung, bei der dann eher mit Kampf reagiert werden kann. In der Arbeit von Stein et al. (2000b) konnte ebenfalls eine erhöhte Suszeptibilität für eine PTBS nach „offensiver Gewalt“ festgestellt werden. Stein et al. (2000b) teilten die Traumata in drei Kategorien ein: „sexuelle Traumata“, „nicht sexuelle offensive Gewalt“ und „nicht offensive Traumata“. In die Kategorie „nicht sexuelle offensive Gewalt“ gehörten Raub, Überfälle, Bedrohung mit Waffen, gefangen gehalten werden, Kidnapping und körperliche Angriffe sowie Schläge. In die Kategorie „nicht offensive Traumata“ gehörten schwere Autounfälle, das Beobachten eines gewaltsamen Todes eines Freundes oder Familienangehörigen, das Beobachten von schweren Verletzungen oder Tod sowie Feuer oder Naturkatastrophen. So konnte man sexuelle Traumata, die beim weiblichen Geschlecht weit häufiger anzutreffen sind, kontrollieren, da z.B. gerade diese Erfahrungen für den Geschlechtsunterschied verantwortlich sein könnten. Zudem wurde die Anzahl der Traumata kontrolliert. Ein signifikanter Unterschied lag bei „nicht sexuelle offensive Gewalt“, wobei bei „nicht offensive Traumata“ kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich des Risikos bestand. Das Risiko für die Entwicklung einer PTBS nach Traumata der Kategorie „nicht offensive Traumata“ war bei beiden Geschlechtern gering. Es gibt Studien deren Ergebnisse darauf hindeuten, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede in der kognitiven Verarbeitung von Erfahrungen und in der emotionalen Intensität gibt. Eine Studie von Canli et al. (2002) beschäftigt sich mit dieser Frage. Canli et al. (2002) arbeiteten mit funktionellen bildgebenden Verfahren, um die neuronale Aktivität bei einer Gruppe von Männern und Frauen bei neutralen emotionalen und negativen emotionalen Bildern darzustellen. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Geschlecht und emotionaler Erregung. Frauen erlebten signifikant mehr Bilder als hoch emotional erregend als Männer und hatten ein signifikant besseres Gedächtnis für emotionale Bilder. Sie erinnerten und erkannten Bilder, die höchst oder äußerst emotional erregend sind, signifikant öfter als Männer. Es lag kein Unterschied zwischen Männern und Frauen im Erkennen der als wenig intensiv

eingeschätzten Bilder vor. Frauen zeigten also ein besseres Gedächtnis für Bilder, die negativ waren, empfanden mehr Bilder als emotional erregend und zeigten eine insgesamt höhere emotionale Erregung. Die Ergebnisse der Studie von Canli et al. (2002) zeigen, dass eine erhöhte Vulnerabilität für eine PTBS und die stärkere PTBS-Symptomatik mit der erhöhten emotionalen Erregung auf Reize sowie dem besseren emotionalen Gedächtnis zusammenhängen kann. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass auch neurobiologische Faktoren den geschlechtsspezifischen Unterschied bedingen. Ebenso hatte eine Untersuchung von Curtis et al. (2006) an Ratten zeigen können, dass es Unterschiede im Locus Coeruleus-Norepinephrin-System gab, bei der weibliche Ratten eine höhere postsynaptische Sensitivität für Corticotropin Releasing Factor (CRF) aufwiesen und es Unterschiede in der Stress-induzierten Regulation der postsynaptischen Sensitivität auf CRF gab. Dies könnte die unterschiedliche Reaktion auf Stress und die höhere Vulnerabilität für Traumafolgestörungen bei weiblichen Geschlecht erklären. Bei Untersuchungen an Ratten stellte man eine erhöhte Dichte von Dendriten und komplexere Verästelungen im Locus coeruleus sowie eine stärkere Verbreitung in dem peri-Locus coeruleus Bereich bei weiblichen Tieren fest. Ebenfalls wurde eine höhere Synaptophysin-Expression nachgewiesen, besonders in der dorsolateralen Region der peri-Locus coeruleus Region. Dieser Bereich erhält Afferenzen aus dem limbischen System. Weibliche Ratten können demnach mehr afferente Informationen aus dem limbischen System erhalten. Auf den Menschen übertragen, könnten diese Struktur-Unterschiede die erhöhte emotionale Reaktivität, die erhöhte Erregung auf emotionale Stimuli bei Frauen erklären und infolgedessen auch eine erhöhte Vulnerabilität für Traumafolgestörungen. Übertragen auf die Art des Traumas könnte das erhöhte Risiko für die Entwicklung einer PTBS nach Traumaarten, die körperliche Angriffe und Bedrohung beinhalten, mit einer durch die körperliche Unterlegenheit ausgelöste Potenzierung der ohnehin schon biologisch verankerten erhöhten Reaktivität des Stresssystems, erklärt werden.

1.7 Komorbide Störungen

Die PTBS ist häufig mit komorbiden psychischen Störungen assoziiert, welche die Betroffenen sehr belasten können. Das Spektrum von Symptomen nach einem Trauma kann sehr groß sein. Manche Menschen entwickeln weder eine PTBS noch andere Störungen nach einem traumatischen Ereignis. Bei anderen wiederum entwickelt sich eine PTBS, die zusätzlich noch mit komorbiden Störungen assoziiert ist. Auch Symptomüberschneidungen von PTBS-Symptomen mit komorbiden Störungen liegen vor, welche zur diagnostischen Verwirrungen führen können. Daher ist es häufig schwierig eine PTBS zu diagnostizieren, besonders wenn Traumata in der Vorgeschichte nicht bekannt sind, da sie von Patienten zum Beispiel aufgrund von Schamgefühlen nicht berichtet werden oder aufgrund einer Amnesie nicht erinnert werden können. Nicht diagnostizierte PTBS-Fälle sind daher nicht selten. Um den Patienten ein adäquates Therapieangebot anzubieten, ist es wichtig bei Patienten mit einer PTBS auf komorbide Störungen zu achten und auch bei Patienten mit anderen psychiatrischen Störungen, wie zum Beispiel Suchterkrankungen und affektiven Störungen, Symptome einer posttraumatische Belastungsstörung zu erkennen.

Häufige komorbide Störungen einer posttraumatischen Belastungsstörung sind Depression, Angststörungen, Suchterkrankungen, somatoforme Störungen und dissoziative Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Kessler et al. (1995) fanden in ihrer Studie heraus, dass 88% der Männer und 79% der Frauen mit einer PTBS komorbide psychische Störungen aufwiesen. Am Häufigsten anzutreffen waren affektive Störungen, gefolgt von Angststörungen und Suchterkrankungen. In einer Studie von Engdahl et al. (1998) hatten 66% der Kriegsgefangenen mit einer PTBS zusätzlich eine oder mehrere Achse-I-Störungen. Bei Kriegstraumatisierten ohne PTBS wiesen dagegen 34% eine oder mehrere Achse-I-Störungen auf. In einer anderen Studie von Brady (1997) wiesen 80% der Personen mit einer PTBS mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose auf. In einer australischen Studie wiesen 85.2% der Männer und 79.7% der Frauen mit einer PTBS mindestens eine zusätzliche Achse-I-Störung auf (Creamer et al., 2001). Eine Studie mit Veteranen von Orsillo et al. (1996) ergab bei 82% der Soldaten mit PTBS, mindestens eine Achse-I-Störung vs. 54% ohne PTBS. Bei

einer Untersuchung von Patienten in der allgemeinen medizinischen Erstversorgung litten 61% der PTBS-Patienten zusätzlich unter einer depressiven Störung, 39% unter einer generalisierten Angststörung, bei 17 % konnte eine soziale Phobie, bei 6% eine Panikstörung und bei 22% eine Suchterkrankung diagnostiziert werden (Stein et al., 2000a).

Diese Ergebnisse verdeutlichen die hohe Prävalenz von komorbiden psychischen Störungen bei der posttraumatischen Belastungsstörung.

Es stellt sich aber auch die Frage, wie häufig die PTBS bei den jeweiligen komorbiden Störungen primär oder sekundär auftritt. In einer Studie von Kessler et al. (1995) konnte retrospektiv ermittelt werden, dass ein Substanzmissbrauch und Depression in der Mehrzahl der Fälle als sekundäre Diagnose vorlag. Dies stimmt auch mit Ergebnissen einer weiteren Studie von Perkonig et al. (2000) überein. In einer Arbeit von Engdahl et al. (1998) wurden komorbide Störungen in Hinblick auf das zeitliche Auftreten untersucht. Dabei zeigte sich, dass Depressionen vorherrschend sekundär auftraten; das Auftreten von Alkoholmissbrauch/ Abhängigkeit und Agoraphobie waren annähernd gleichzeitig (im selben Jahr); soziale Phobie zu gleichen Teilen primär oder gleichzeitig; Panikstörung zu gleichen Teilen gleichzeitig oder sekundär.

Breslau (2002) beschreibt in ihrem Review, dass Trauma Opfer, die keine PTBS entwickelt haben, kein höheres Risiko haben an psychiatrischen Erkrankungen, wie Depression und Sucherkrankungen, zu erkranken, im Vergleich zu Personen, die keinem Trauma exponiert waren. Dies zeigt, dass die posttraumatische Belastungsstörung mit einem erhöhten Risiko für weitere psychische Erkrankungen einhergeht. Das Risiko mag bei den unterschiedlichen komorbiden Störungen unterschiedlich hoch sein und auch individuelle oder traumaspezifische Faktoren mögen Einfluss haben.

1.7.1 Suchterkrankungen

Schon früh wurden die Auswirkungen von Kriegstraumata in der Gesellschaft sichtbar. Nach dem Vietnamkrieg waren alkohol- und drogenabhängige Soldaten kein seltenes Bild in der amerikanischen Gesellschaft. Jelinek & Williams (1984), welche 2000 Vietnam Veteranen interviewten und behandelten fanden bei 80% Alkohol-assoziierte Probleme.

Zatzick et al. (1997) verzeichneten bei alkoholabhängigen Vietnam Veteranen eine PTBS-Prävalenz von 32.6 % vs. 13.3% PTBS-Prävalenz bei Vietnam Veteranen, bei denen keine Alkoholabhängigkeit vorlag. Bei Drogenabhängigkeit war die Anzahl noch höher, 56.0 % der drogenabhängigen Soldaten wiesen eine PTBS auf vs. 14.6% ohne Drogenabhängigkeit. Ferner waren die Posttraumatische Belastungsstörung und die komorbiden Störungen mit einem erhöhten Risiko für körperliche Erkrankungen und körperliche Funktionsbeeinträchtigungen assoziiert und beeinträchtigten darüber hinaus die soziale Funktionsfähigkeit, das emotionale Wohlergehen und die Lebensqualität (Zatzick et al., 1997). Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch sind die häufigste komorbide Störung, gefolgt von depressiven Störungen, Angststörungen und Verhaltensstörungen sowie Missbrauch oder Abhängigkeit von anderen nicht alkoholischen Substanzen (Jacobsen et al., 2001). Bei der PTBS kann der Gebrauch von Substanzen einen Versuch der Selbstmedikation darstellen, die zum Ziel hat, die quälenden Flashbacks, Alpträume, Schlafstörungen, Ängste und Aggressionen zu mindern und so das subjektive Leiden zu reduzieren (Engdahl et al., 1998). Der Substanzgebrauch stellt wiederum ein erhöhtes Risiko für die Exposition gegenüber traumatischen Ereignissen dar (Cottler et al., 1992).

Verschiedene Faktoren, wie die Erreichbarkeit von Substanzen, kulturelle, zeitliche Faktoren, die Art des Traumas und die Trauma Schwere sowie der Schweregrad der PTBS können Einfluss auf die Prävalenz der Suchterkrankung und Substanzwahl haben. Für die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer PTBS oder Suchterkrankung und deren Verlauf sind frühere Erfahrungen, also die individuelle sowie die familiäre Geschichte, eine biologische, individuelle Vulnerabilität, die Situation nach dem Trauma, die Art und Schwere des Traumas und generelle Kohortenunterschiede entscheidende Einflussfaktoren. Aus diesem Grund können Prävalenzangaben zwar eine Richtung angeben und einen Zusammenhang

darstellen, sie müssen aber im Kontext der verschiedenen möglichen Einflussfaktoren interpretiert werden. In einer longitudinalen Studie von Douglas (1996) bei ehemaligen Vietnam Soldaten konnte festgestellt werden, dass mit Symptombeginn der PTBS ein Gebrauch von Alkohol und Drogen folgte und eine parallele Beziehung zwischen Substanzgebrauch und PTBS-Symptomatik vorhanden war. Alkohol, Marihuana, Heroin und Benzodiazepine lindern durch die dämpfende Wirkung Hyperarousal-Symptome und Intrusionen. Kokain kann zu einer Verschlimmerung der Hyperarousal-Symptome führen. Bei Verschlimmerung der PTBS-Symptome kommt es parallel zu einer Verstärkung des Konsums (Douglas, 1996). Im Verlauf der Selbstmedikation kommt es zu einer Toleranzentwicklung mit Dosissteigerung, bei Absetzen der Substanzen kommt es zu einem erneuten Aufflackern der Symptome, was im Rahmen der Behandlung beachtet werden muss (Lacoursiere et al., 1980). Brown & Wolfe (1994) erklären in ihrem Review, dass verschiedene Substanzen für spezifische Symptomlinderungen benutzt werden. Zum Beispiel werden bei Patienten mit vorrangig emotionaler Betäubung zentral aktivierenden Substanzen, wie Amphetamine verwendet (Brown & Wolfe, 1994). Zentral dämpfende Substanzen, wie Alkohol und Heroin, werden zur Linderung von Hyperarousal- und intrusiven Symptomen eingesetzt (Brown & Wolfe, 1994). Bei Betroffenen, bei denen alle Symptom-Cluster stark ausgeprägt sind, werden zur Linderung mehrere Substanzen verwendet, je nach vorherrschendem Symptom-Cluster (Brown & Wolfe, 1994). McFall et al. (1992) verglichen Soldaten, die in Vietnam eingesetzt waren mit Soldaten, die nicht eingesetzt waren und fanden heraus, dass das Vorliegen einer PTBS, gleich ob ein Vietnam Einsatz vorhanden war oder nicht, mit einer verstärkten Suchtproblematik assoziiert war. Dabei waren intrusive Symptome und Symptome der Vermeidung/emotionalen Betäubung eher mit Drogenabusus assoziiert, Symptome des Hyperarousals eher mit Alkoholabusus verbunden (McFall et al., 1992). Saladin et al. (1995) verglichen in ihrer Studie Probanden, die unter einer Suchterkrankung und PTBS litten mit Probanden, die unter einer PTBS ohne Vorhandensein einer Suchtproblematik litten. Probanden, die zusätzlich unter einer Suchtproblematik litten, zeigten stärkere Hyperarousal-Symptome und Symptome der Vermeidung. Die komorbide Gruppe hatte zudem mehr Traumata erlebt. Alkoholabhängigkeit war signifikant mit Hyperarousal-

Symptomen assoziiert, im Vergleich zu Kokainabhängigkeit (Saladin et al., 1995). Es gibt neurobiologische Erkenntnisse, die eine Suchtentwicklung bei der PTBS erklären und so einen deutlichen Zusammenhang zwischen PTBS und Suchtentwicklung belegen. So ist in dem Review von Jacobsen et al. (2001) dargestellt, dass die Interaktion zwischen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN-Achse) und dem noradrenergen System das Stresssystem bei der PTBS massiv aktivieren. Die Neigung der PTBS-Patienten ZNS dämpfende Substanzen, wie Heroin, Benzodiazepine und Alkohol einzunehmen, erklärt sich durch den Versuch, den Teufelskreislauf des sich gegenseitig verstärkenden Stresssystems zu durchbrechen und dadurch Symptome der Übererregung und Intrusionen zu lindern (Jacobsen et al., 2001). Corticotropin Releasing Hormone (CRH) wurde in angstrelevanten Hirnstrukturen, wie der Amygdala, nachgewiesen (Davis et al., 1997). In einer Studie von Baker et al. (1999) sind signifikant erhöhte CRH Werte im Liquor von Kriegsveteranen mit PTBS festgestellt worden, im Vergleich zu Kriegsveteranen ohne PTBS. Auch in der Arbeit von Bremner et al. (1997) waren CRH Werte im Liquor bei Patienten mit PTBS signifikant höher als bei der Kontrollgruppe.

Intracerebroventrikuläre Injektion von CRH stellt bei Ratten wieder ein Verlangen nach Heroin her, nachdem sie abstinent waren (Shaham et al., 1997). Dies deutet darauf hin, dass auch die Erreichung und Aufrechterhaltung einer Abstinenz für Menschen mit einer PTBS schwieriger ist, da der Entzug (u.a. durch die vermehrte Noradrenalinausschüttung) einen sprunghaften Anstieg der Symptome der Übererregung auslöst, welche eine konditionierte emotionale Antwort und Erinnerung in Verbindung mit dem Trauma hervorruft, was sich in Symptomen des Wiedererlebens zeigt (Friedman, 1993). Diese Symptome werden dann wiederum durch zentral dämpfende Substanzen reduziert. Dieses Phänomen wurde von Risse et al. (1990) bestätigt, die herausgefunden haben, dass durch den Entzug von Alprazolam bei Patienten mit PTBS Intrusionen, wie Alpträume und Flashbacks und Hyperarousal-Symptome, wie Angst, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Wutausbrüche und auch Suizidgedanken ausgelöst wurden. Eine Stress-induzierte Aktivierung des Locus coeruleus konnte mit CRH Antagonisten geblockt werden (Valentino et al., 1991; Zhang et al., 1998; Koob, 1999; Lavicky & Dunn, 1993). Es wurden erhöhte Werte von 3-methoxy-4-

hydroxyphenylglycol (Noradrenalin-Metabolit) bei Entzug von Alkohol und Heroin gefunden und die Schwere der Entzugssymptome korreliert mit dem Level der noradrenergen Aktivität (Hawley et al., 1985; Charney et al., 1984; Swann et al., 1982). Dass Noradrenalin für Symptome des Wiedererlebens verantwortlich ist zeigen auch zwei wichtige Arbeiten von Rainey et al. (1987) und Southwick et al. (1993). Rainey et al. (1987) injizierten Laktat und Southwick et al. (1993) Yohimbin. Beide Substanzen regen das autonome Nervensystem an. Die Injektion dieser Substanzen führte bei Personen mit einer PTBS zu Panikattacken und zu Flashbacks. Bei Kontrollpersonen konnte keine derartige Wirkung beobachtet werden. Dies spricht am ehesten für eine erhöhte Sensitivität des noradrenergen Systems. Ursächlich dafür könnte wiederum CRH sein, welches bei Personen mit einer PTBS, wie schon beschrieben, erhöht ist. CRH zentral appliziert führt zu einer langanhaltenden Steigerung der Reaktion (Sensibilisierung) auf d-Amphetamine (Cador et al., 1993). Gibt man CRH Antagonisten vor Gabe von d-Amphetamin wird dieser Effekt geblockt (Cole et al., 1990). Der gleiche Effekt wurde bei Gabe von CRH Antagonisten bei Kokain beobachtet (Sarnyai et al., 1992). Durch sedierend und anxiolytisch wirkende Substanzen/Drogen lindern Betroffene die quälenden Symptome des Hyperarousal und der Intrusionen, indem sie den sich gegenseitig verstärkenden Kreislauf der HHN-Achse und des noradrenergen Systems unterbrechen. Die neurobiologischen Zusammenhänge bei der PTBS sind selbstverständlich noch sehr viel komplexer als hier dargestellt, da noch weitere Transmitter-Systeme und Strukturen des Gehirns beteiligt sind und miteinander interagieren, wie zum Beispiel das opioid-, das serotonerge- und das dopaminerge System. Die Interaktionen der Transmittersysteme und zerebralen Strukturen sind bei der PTBS so komplex, dass die genauen Mechanismen noch nicht bis ins kleinste Detail geklärt sind. Die gesamten Ergebnisse der Forschung in diesem Bereich können aus Gründen des Umfangs hier leider nicht vollständig dargestellt werden.

Letztendlich stützen die Ergebnisse der Forschung die Selbstmedikationshypothese und verdeutlichen, dass es wichtig ist, bei Patienten mit Suchterkrankungen und Traumatisierungen in der Vorgeschichte weitere diagnostische Schritte einzuleiten und bei Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung neben einer suchtmmedizinischen Behandlung bei

ausreichender Stabilität und Abstinenz, auch traumatherapeutische Interventionen anzubieten. Denn der Erfolg von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen bzw. die Aufrechterhaltung einer Abstinenz hängt mit der Besserung der PTBS-Symptome zusammen (Kofoed et al., 1993).

1.7.2 Depressive Störungen

Die Komorbidität zwischen PTBS und depressiven Störungen wird in vielen Studien berichtet. Major Depression wurde bei 48% der Männer und 49% der Frauen mit einer PTBS festgestellt (Kessler et al., 1995). Komorbide Depression wurde in einer prospektiven Studie von Shalev et al. (1998) einen Monat nach einem traumatischen Ereignis bei 44.5% und vier Monate nach einem traumatischen Ereignis bei 43.2% gefunden. Bleich et al. (1997) ermittelten eine komorbide Depression von 50% bei Soldaten. Bei der Studie von Orsillo et al. (1996) erfüllten 55% der Soldaten mit einer PTBS zusätzlich die Diagnose einer Major Depression, im Vergleich zu 21% bei Soldaten ohne PTBS. Bei einer Lebenszeitkomorbidität betrug die Prävalenz der Major Depression sogar 70%. Im Vergleich dazu betrug die Lebenszeitprävalenz der Major Depression bei Soldaten ohne PTBS 49%. In der Studie von Kessler et al. (1996) fand man eine Lebenszeitkomorbidität mit Depression in 74% der Fälle. Diese Zahlen verdeutlichen die hohe Komorbidität dieser beiden Erkrankungen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die beiden Diagnosen in allen Punkten klar abzugrenzen sind. Es gibt gemeinsame Symptome, wie zum Beispiel Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Interessenverlust und verminderte emotionale Reagibilität. Momartin et al. (2004) bemerkte kritisch, ob es sich bei der depressiven Symptomatik auch um eine posttraumatische affektive Störung handeln könnte, die durch die Kombination von Lebensbedrohung und traumatischen Verlusterfahrungen entstehen könnte. Shalev et al. (1998) und Bleich et al. (1997) argumentierten, dass es sich um zwei unabhängige Störungen nach Trauma handelt, obgleich Symptomüberschneidungen vorhanden sind. Das Auftreten von multiplen psychischen Störungen ist eventuell ein Ausdruck der Schwere und Intensität der Störung, welche sich dann einfach ungünstig auf viele

Ebenen des psychischen Funktionierens äußert (Keane & Wolfe, 1990). Blanchard et al. (1998) untersuchte Autounfallopfer, unter anderem auch mit der Fragestellung, ob es sich bei der Komorbidität wegen der Symptomüberschneidungen um eine Scheinkomorbidität handeln könnte. Das Ergebnis zeigte, dass es zwar eine Korrelation zwischen PTBS und Depression gibt, diese aber als eigenständige Diagnosen zu betrachten sind. Es konnte weiterhin festgestellt werden, dass bei Betroffenen eine Komorbidität mit einer verstärkten Funktionseinschränkung, einer verzögerten Remission der PTBS sowie mit einem erhöhten subjektiven Stress verbunden sind. Auch die neurobiologischen Veränderungen sprechen eher gegen eine Scheinkomorbidität. Bei Patienten mit einer PTBS konnte in vielen Studien eine verstärkte Feedbackhemmung der HHN-Achse festgestellt werden. Dies kann durch eine verstärkte Antwort im Dexamethason Suppressionstest gezeigt werden und spricht für eine erhöhte Sensitivität von Glukocorticoidrezeptoren bei der PTBS (Yehuda et al., 1995). Boscarino (1996) fanden bei Vietnam Soldaten eine inverse Beziehung von Cortisolwerten und dem Grad der Exposition gegenüber Kriegstraumata. Die niedrigsten Werte von Cortisol waren bei Veteranen mit extremer Kriegstraumatisierung zu finden. Yehuda et al. (1996) konnten in einer vergleichenden Untersuchung von Vietnam Veteranen mit PTBS, Probanden mit Major Depression und eine Gruppe nicht psychisch erkrankter Männer einen wesentlich niedrigeren Cortisolspiegel bei den Vietnam Veteranen mit PTBS feststellen. Bei den Probanden, die unter Major Depression litten zeigten sich Störungen in der circadianen Rhythmik mit chaotischen Mustern der Cortisolsekretion, was auf eine Dysregulation der HHN-Achse hinweist (Yehuda et al., 1996). Die Ergebnisse der Studien bezüglich des Cortisol-Levels differieren. Ein Grund dafür könnte der Zeitpunkt der Messung des Cortisolspiegels nach einem Trauma sein. Yehuda et al. (1998) deuten in ihrem Review darauf hin, dass longitudinale Studien über den Prozess neurobiologischer Veränderungen ein valideres Ergebnis liefern könnten. Die Ergebnisse longitudinaler Studien zeigen, dass ein erniedrigter Cortisol-Level ein Prädiktor für eine PTBS ist (Yehuda et al., 1989). Eine Studie, die diesen Zusammenhang unterstützt ist eine 3-Monatige Doppelblindstudie, in der niedrig dosiertes Cortisol einen Monat lang nach einem Trauma verabreicht wurde und dadurch Intrusionen reduziert werden konnten

(Aerni et al., 2004).

1.7.3 Angststörungen

Die Studien belegen auch hier eine hohe Prävalenz von komorbiden Angststörungen bei der PTBS. Breslau et al. (1997) fanden bei einer weiblichen Patientengruppe eine Prävalenz von 55% für Angststörungen. In einer Studie von Orsillo et al. (1996) fand man bei 32% der Vietnam Soldaten eine komorbide soziale Phobie. Bei Vietnam Soldaten ohne PTBS war eine soziale Phobie signifikant seltener vorhanden. Falsetti & Resnick (1997) untersuchten traumatisierte Patienten, die sich wegen Traumafolgestörungen in Behandlung befanden. Dabei litten 69% der Patienten unter Panikattacken. Und im umgekehrten Fall finden sich bei Patienten mit Panikstörung häufig Traumatisierungen in der Vergangenheit. So ermittelten Leskin & Sheikh (2002) bei Patienten mit Panikstörung bei 24.2 % der Frauen und 5% der Männer sexuelle Traumatisierungen in der Vorgeschichte. Bei kambodschanischen Flüchtlingen, die sich in psychiatrischer Behandlung befanden litten 60% an einer Panikstörung (Hinton et al., 2000).

1.7.4 Somatoforme Störungen/Somatisierungsstörungen

Bei einer PTBS besteht ein ca. drei- bis vierfach erhöhtes Risiko für eine Somatisierungsstörung (Andreski et al., 1998). In einer Studie von Escalona et al. (2004) war die PTBS, neben der Depression, der generalisierten Angststörung und der Panikstörung, der einzige signifikante Prädiktor für eine Somatisierung. Besonders die Symptome der emotionalen Erstarrung und der Traumavermeidung waren am stärksten mit einer Somatisierung assoziiert. Es konnte gezeigt werden, dass eine chronische PTBS mit einer hohen Rate an somatoformen Störungen bzw. Somatisierungsstörungen assoziiert ist (Perkonig et al., 2005; Davidson et al., 1991). Herman (1992) erwähnt in ihrer Studie zur komplexen PTBS die Entwicklung einer Somatisierungsstörung bei prolongierter und wiederholter Traumatisierung. Van der Kolk et al. (1996) beschreibt eine hohe Korrelation

zwischen PTBS und Affektdysregulation, Dissoziation und Somatisierung. Vergewaltigung, organisierte Gewalt, wie Folter und Kriegsgefangenschaft sind stark mit Somatisierungsstörungen assoziiert (Deering et al., 1996). Deering et al. (1996) stellen die Hypothese auf, dass traumatische Ereignisse, welche körperliche Gewalt beinhalten eher zu Somatisierung führen, indem sie schon während des traumatischen Ereignisses entstehen und mit den PTBS-Symptomen verlinkt werden. In einer Studie von Nijenhuis et al. (1998) waren ebenfalls intensive, langandauernde und multiple Traumatisierungen mit somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen assoziiert.

1.7.5 Dissoziative Störungen

Die Verbindung von Dissoziation und Trauma ist in vielfältigen Studien thematisiert worden. In der Studie von Nijenhuis et al. (1998) erlebten die Patienten mit einer dissoziativen Störung signifikant mehr traumatische Erlebnisse als die Kontrollgruppe. Als signifikant galten traumatische Erlebnisse, wie Lebensbedrohung, intensive Schmerzen, emotionale Vernachlässigung, körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch oder sexuelle Belästigung. Es wurde unterschieden in „somatoforme Dissoziation“ und „psychische Dissoziation“. Physisches und sexuelles Trauma waren mit somatoformen Dissoziation assoziiert, während sexuelles Trauma zusätzlich mit der psychischen Dissoziation assoziiert war. Beide Dissoziationen interkorrelieren stark miteinander (Nijenhuis et al., 1998). Terr (1991) beschreibt u.a. die dissoziative Störung als Folge von Typ II Traumatisierungen. Auch Van der Kolk et al. (1996) ermittelten, wie zuvor schon beschrieben, eine signifikante Korrelation zwischen PTBS, Dissoziation, Somatisierung und Affektdysregulation, welche besonders ausgeprägt bei traumatisierten Kindern und nach interpersoneller Traumatisierung vorhanden war. Dissoziative Symptome sind auch Bestandteil der DESNOS und in der DSM-V wird ein dissoziativer Subtyp der Posttraumatischen Belastungsstörung angegeben (American Psychiatric Association, 2013; American Psychiatric Association, 1994).

1.7.6 Persönlichkeitsstörungen

Yen et al. (2002) fanden in Untersuchungen heraus, dass bei Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung, verglichen mit anderen Persönlichkeitsstörungen, gefolgt von schizoiden Persönlichkeitsstörungen, die höchste Rate von Traumatisierungen, besonders sexuelle Traumatisierungen, das jüngste Alter bei Ersttraumatisierung und die höchste Rate an Posttraumatischer Belastungsstörung vorliegen. Golier et al. (2003) fanden eine PTBS-Prävalenz von 29% bei paranoider Persönlichkeitsstörung und 25% bei Borderline Persönlichkeitsstörung. Pagura et al. (2010) fanden in einer großen repräsentativen nationalen Studie in den USA eine PTBS-Prävalenz von 30,5% bei Betroffenen mit Borderline Persönlichkeitsstörung. Hier ist besonders die Abgrenzung zur komplexen PTBS von Bedeutung, die nach wiederholter, besonders interpersoneller Traumatisierung auftreten kann und dabei in der Ätiologie und der Symptomatik Parallelen zu der Borderline Persönlichkeitsstörung aufweist. Symptome, wie zum Beispiel die Affektdysregulation, autodestruktives, suizidales Verhalten und impulsives sowie Risikoverhalten, sind auch Bestandteil der komplexen PTBS. Nach Haberfellner (2008) stünden bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung die dysfunktionale Beziehungsgestaltung mehr im Vordergrund, bei der komplexen PTBS die Affektregulationsstörung, wodurch letztendlich eine Unterscheidung möglich wäre. Zur besseren Abgrenzung wäre noch eine genaue biographische Anamnese und Fremdanamnese sinnvoll, denn der zeitliche Aspekt spielt dabei eine Rolle. Borderline-Persönlichkeitsstörungen entstehen bereits im Kindes- und Jugendalter, während eine komplexe PTBS im Kindes-, aber auch im Erwachsenenalter nach Extremtraumatisierung, wie z.B. durch Folter, als Adaptationsprozess entstehen kann.

1.8 Trauma und PTBS bei Flüchtlingen

Die Art der Traumatisierung und die PTBS-Prävalenz von Flüchtlingen und der Allgemeinbevölkerung, die keinen Kriegstraumata gegenüber exponiert sind, unterscheiden sich. Flüchtlinge waren häufig multiplen Kriegstraumata und anderen Menschenrechtsverletzungen gegenüber ausgesetzt.

Im Folgenden werden einige Traumata, die von Flüchtlingen erlebt werden aufgeführt und es werden Prävalenzangaben verschiedener Studien dargestellt.

1.8.1 Beispiele für traumatische Erfahrungen bei Flüchtlingen

- Folter
- Gefangenschaften (Kriegsgefangenschaft, politische Gefangenschaft)
- Konzentrationslager
- Todesängste ausgelöst durch Bedrohungen mit Waffen, Bombardierungen, Granaten, chemische Waffen etc.
- Beobachten von Morden an Familie und Freunde
- Vergewaltigungen und andere sexuelle Übergriffe
- Vertreibungen und Verfolgungen
- Kampfsituationen
- Gehirnwäsche
- Verlust von Hab und Gut und Menschen durch Tod oder räumliche Trennungen

(Mollica et al., 2004, S. 29)

1.8.2 Prävalenzen von psychischen Störungen bei Flüchtlingen und Risikofaktoren

Flüchtlinge sind durch ihre Situation im Heimatland, während und nach der Flucht gegenüber vielfältigen traumatischen Ereignissen exponiert. Daher ist die Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Flüchtlingen höher als in der Allgemeinbevölkerung. In Schweden war in einer gemischten Flüchtlingsgruppe aus 9 Ländern der drei Kontinente Asien, Afrika und Lateinamerika eine PTBS-Prävalenz von 50% zu verzeichnen (Hermansson et al., 2002). Vergleichbare Zahlen findet man auch in Deutschland bei Flüchtlingen. In einer Studie von Gäbel et al. (2006) wurde bei Asylbewerbern in Deutschland eine PTBS-Prävalenz von 60% ermittelt, Nachuntersuchungen ergaben eine Prävalenz von 40%. Krieg, Gefangenschaft und Folter waren die häufigste Ursache einer PTBS. Am häufigsten waren Symptome der Gruppe Intrusionen (82.5%), gefolgt von Symptomen der Übererregung (57.5%) und Vermeidung (47.5%) (Gäbel et al., 2006). Die Ergebnisse zeigen eine deutlich höhere Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Flüchtlingen, verglichen mit Ergebnissen bei der Normalbevölkerung in Deutschland, 40-60% bei Flüchtlingen vs. 1-2% bei der Normalbevölkerung (Gäbel et al., 2006; Perkonigg et al., 2000). In Schweden war bei bosnischen Flüchtlingen eine PTBS-Prävalenz von 18-33% gefunden worden (Thulesius & Hakansson, 1999). Bei der schwedischen Kontrollgruppe lag in der gleichen Studie die PTBS-Prävalenz dagegen bei .3-1% (Thulesius & Hakansson, 1999). Weine et al. (2000) fanden bei bosnischen Flüchtlingen in den USA eine PTBS-Prävalenz von 70% und in einer weiteren Studie fanden Weine et al. (1995) bei bosnischen Flüchtlingen eine PTBS-Prävalenz von 65%, die Prävalenz von depressiven Störungen lag bei 35%. Der Schweregrad der PTBS war mit der Anzahl verschiedener Arten von traumatischen Erfahrungen assoziiert. Bei Flüchtlingen aus dem Kosovo wurden in den USA eine PTBS-Prävalenz von 60.5% gefunden. Der Schwereregrad der PTBS-Symptome war mit einer höheren Anzahl an traumatischen Erfahrungen und dem weiblichen Geschlecht assoziiert (Ai et al., 2002). Die PTBS-Prävalenz in Kosovo, unmittelbar nach Kriegsende des Kosovo-Krieges (1998-1999), lag bei 17.1%, ein Jahr nach dem Krieg lag die PTBS-Prävalenz bei 25% (Cardozo et al., 2000 & 2003). Zwei Jahre nach dem Krieg lag die PTBS-Prävalenz bei 14% (Fernandez et al., 2004). Differenzen

bezüglich der PTBS-Prävalenz sind unter anderem darauf zurückzuführen, ob die Stichprobe aus Flüchtlingen oder Ortsansässigen bestand. Zum Beispiel war in der Studie von Begic & McDonald (2006) ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der PTBS zwischen bosnischen Flüchtlingen und bosnischen Ortsansässigen zu verzeichnen. Es lag jedoch kein signifikanter Unterschied für Angststörungen und Depression vor. Die PTBS-Prävalenz bei bosnischen Flüchtlingen in Kroatien im Jahre 1996 lag bei 26.3% und im Jahre 1999 zeigten die ehemaligen Flüchtlinge, die noch in der Region waren weiterhin psychische Störungen und Beeinträchtigungen (Mollica et al., 1999 & 2001). Eytan et al. (2004) fanden bei Kosova-Albanern 2 Jahre nach dem Krieg eine PTBS-Prävalenz von 23.5%. Das Verlassen des Kosovo war mit einer höheren Prävalenz von PTBS verbunden (Eytan et al., 2004). Diese Ergebnisse deuten auf das Vorhandensein von ungünstigen Einflussfaktoren bei den Flüchtlingen hin, welche die PTBS-Prävalenz und den Schweregrad der Symptome beeinflussen. Eine Meta-Analyse von Porter & Haslam (2001) zeigt, dass erzwungene Flucht im ehemaligen Jugoslawien zu signifikant mehr Beeinträchtigungen geführt hat, verglichen mit denen, die nicht fliehen mussten. Die Flucht als solche sowie die Bedingungen als Flüchtling in einem anderen Land oder dem eigenen Land können als chronische Stressoren betrachtet werden und bergen ein Risiko für weitere Traumatisierung. Porter & Haslam (2001) ermittelten in der Meta-Analyse, dass Post-Migrations-Bedingungen, wie eingeschränkte ökonomische Möglichkeiten, das Wohnen in Asyleinrichtungen, Abschiebung zu den Ort von dem sie geflohen sind, interne Vertreibungen und eine Abschiebung zu einem Zeitpunkt, an dem der Konflikt noch nicht gelöst ist, mit schlechterer psychischer Gesundheit assoziiert war. Faktoren nach der Flucht, besonders Arbeitslosigkeit sowie wenige soziale Kontakte, sind wichtige Modifikatoren für die psychische Gesundheit, welche die Lebensqualität und den Verlauf psychischer Störungen negativ beeinflussen können. Geringe soziale und emotionale Unterstützung sind mit stärkerer Symptomatik einer PTBS und Depression assoziiert, besonders wenn das Level der Traumatisierung hoch ist und Folter erlebt wurde. Folter ist mit langfristigen psychischen Leiden verbunden (Carlsson et al., 2006 a & b; Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998). Besonders für die depressive Komorbidität ist fehlender sozialer Rückhalt ein starker Prädiktor (Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998).

Viele westliche Staaten betreiben eine Politik der Abschreckung, einschließlich Haft, um den unkontrollierten Zufluss von Flüchtlingen zu kontrollieren. In den meisten Ländern haben Flüchtlinge einen eingeschränkten Zugang zu Arbeit, Bildung, Wohnen und medizinischer Versorgung, werden in Asylantenheimen untergebracht, einige von ihnen müssen evtl. für längere Zeit in eine Abschiebehaft und haben eine ständige Angst vor Abschiebung. Ungünstige soziale und ökonomische Bedingungen sowie die ständige Angst vor Abschiebung wirken sich nachteilig auf die psychische Gesundheit aus. Sie können die Genesung einer PTBS oder anderer psychischer Störungen verhindern und stellen somit eine Gefahr für chronische Verläufe dar (Hauff & Vaglum, 1995; Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998). Momartin et al. (2006) untersuchten in Australien zwei Gruppen von Flüchtlingen, die sich in der Form der Aufenthaltserlaubnis unterschieden: *“Permanent Protection Visa“* (PPV) und *“Temporary Protection Visa“* (TPVs). Vergleichbar mit Deutschland ist der befristete Aufenthalt in Australien mit einem eingeschränkten Zugang zu Arbeit, Bildung und der Gefahr der unfreiwilligen Abschiebung verbunden. Flüchtlinge mit einer befristeten Aufenthaltserlaubnis zeigten eindeutig eine schwerere PTBS-Symptomatik und der befristete Aufenthaltsstatus war der stärkste Prädiktor für Depressionen, Angststörungen und besonders für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Silove et al. (2000 & 2007) deuten darauf hin, dass medizinisches Personal die Aufgabe hat, Regierungen über die Risiken einer zu strengen Asyl Politik aufzuklären. Die Erfahrungen, die mit einer Abschreckungspolitik in Australien gemacht wurden, sollten weltweit die Menschen wachsam dafür machen die Rechte von verletzlichen Gruppen, wie Flüchtlingen, zu schützen. Die Asylpolitik sollte nicht so konzipiert sein, dass traumatisierte Menschen fortwährend Stressoren ausgesetzt werden. Die Bedingungen, unter denen die hilfeschuchenden in unseren Ländern leben, sollten menschenwürdig sein (Silove et al., 2007). Die Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass mit asylpolitischen Entscheidungen die psychische Gesundheit der Flüchtlinge stark beeinflusst werden kann.

Temporäre Formen der Aufenthaltserlaubnis stellen für Flüchtlinge einen hohen Stressfaktor dar. Zum einen wegen der permanenten Angst vor Abschiebung und zum anderen aufgrund des eingeschränkten Zugangs zu Arbeit, Bildung, Wohnen und medizinischer Versorgung.

Eine Methode der Abschreckungspolitik war in Australien auch die Haft in Gefangenenlager. Sie hatte katastrophale Auswirkungen auf die dort inhaftierten Flüchtlinge (Silove et al., 2007). Die Gefangenen litten mit hohem Prozentsatz unter Depression, Angststörungen, PTBS, persistierende Suizidgedanken und es wurde über psychische Störungen bei Kindern berichtet (Silove et al., 2007). Es kam wiederholt zu Krawallen, Protesten, Hungerstreiks, Selbstverstümmelungen, andere Formen von Selbstschädigungen, Suizidversuche und Suizide. Besonders bei einem langen Aufenthalt in den „*Detention Centers*“ waren die Störungen progressiv, chronisch und schwer (Silove et al., 2007). Eine weitere australische Studie ergab, dass bei einer Haft von länger als 6 Monaten ca. 54% eine Depression und 49% eine PTBS aufweisen (Steel et al., 2006). Bei einer Haftdauer von weniger als 6 Monaten lag die Prävalenz der PTBS und der Depression jeweils bei 25%. Bei denen, die nie eine Haft erlebt hatten, war eine Depression bei 23% und PTBS bei 11% festgestellt worden (Steel et al., 2006). Miller et al. (2002) untersuchte den Einfluss von Kriegserfahrungen und Stressoren im Exil auf die psychische Gesundheit von bosnischen Flüchtlingen. Gewalterfahrungen im Krieg und soziale Isolation wiesen eine hohe Assoziation mit PTBS-Symptomen auf. Eine depressive Symptomatik war mit Stressoren im Exil und mit Erfahren von Verlust im Krieg verbunden. Ähnliche Ergebnisse waren auch bei weiteren Studien zu verzeichnen, die Stressoren im Exil untersuchten (Momartin et al., 2004; Steel et al., 1999; Turner et al., 2003). Todesbedrohung allein war mit Entwicklung einer PTBS assoziiert, wohingegen traumatische Verlusterlebnisse mit einer komorbiden Depression verbunden war. Sundquist et al. (2005) fanden bei weiblichen bosnischen Flüchtlingen verglichen mit schwedischen Frauen ein signifikant höheres Risiko für komorbide Angststörungen und komorbide depressive Störungen. Die PTBS-Prävalenz in der Flüchtlingsgruppe 3-4 Jahre nach Ankunft in Schweden betrug 28,3% (Sundquist et al., 2005).

1.8.3 Folter

Für die Jahre von 2009 bis 2014 hat Amnesty International aus 141 Ländern durch glaubwürdige Berichte über Folter und Misshandlungen erfahren (Amnesty International, 2014, S. 5 & 7).

Definition der Folter nach Amnesty International (2014, S. 36) beruhend auf den UN-Konventionen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlungen von 1984, aufgeführt im Bundesgesetzestext von 1990 (Bundesgesetzblatt, 1990, S. 247f):

1. Vorsätzliches Handeln
2. Zufügen großer körperlicher oder seelischer Schmerzen
3. Zu einem bestimmtem Zweck
 - Insbes. Erpressung einer Aussage/eines Geständnisses
 - Bestrafung für tatsächliche oder mutmaßlich begangene Tat von der betroffenen Person oder einem Dritten
 - Einschüchterung
 - Diskriminierung
4. Durch Angehörige des öffentlichen Dienstes/Staat ausgeübt oder durch deren Veranlassung oder durch ein ausdrückliches oder stillschweigendes Einverständnis

Es gibt vier Komponenten bei der Folter (ursprünglich die 3 Ds: *debility, dependency, dread, and disorientation*), die den Widerstand eines Menschen brechen: Schwächung, Abhängigkeit, große Angst (Farber et al., 1957) und Desorientierung bzw. Irremachen (Suedfeld & Lisper, 1981; Suedfeld, 1990, S. 3f). Die Ziele der Folter bestehen aus fünf Komponenten (5 Is: *Information, Incrimination, Indocrination, Intimidation, Isolation*): Informationen bezüglich politischer, krimineller oder militärischer Aktionen, Schuldgeständnisse bekommen, Ansichten und Meinungen ändern, ähnlich einer Gehirnwäsche, Furcht erzeugen und Isolation (Suedfeld, 1990, S. 2f).

Es gibt diverse Methoden der Folter. Folter kann in körperliche Folter, psychische Folter und eine Kombination aus beiden klassifiziert werden. Beispiele für physische Folter sind Schläge mit der Hand oder mit verschiedenen

Gegenständen, Elektroschocks, Verbrennungen, Aufhängen an den Handgelenken, Zwingen zum Stehen, nicht zum Badezimmer gehen und den eigenen Körper rein halten zu dürfen (*hygiene deprivation*), Asphyxie, Ausgesetzt sein zu hellem Licht, sexuelle Angriffe und Vergewaltigung (Hooberman et al., 2007; Weinstein et al., 1996). Zu psychologischer Folter gehört jemanden den Tod androhen oder das Erzeugen von Gefühlen der Todesangst mit verschiedenen Methoden, Scheinexekution, Schlafentzug, Befragungen über mehrere Stunden, Androhungen von physischer Folter, sensorische Deprivation, Watering, nackt ausziehen, andere Formen von Demütigung und Erniedrigung, lange Einzelhaft und gezwungen werden Gewalt oder Vergewaltigungen zuzusehen, einschließlich an Familienmitgliedern (Hooberman et al., 2007; Weinstein et al., 1996). Eine klare Trennung in psychologische und physische Foltermethoden ist jedoch nicht möglich, da viele Methoden mit einander verwoben sind.

Bei einer Studie von Hooberman et al. (2007) wurden Foltermethoden klassifiziert. Dabei waren Vergewaltigung, sexuelle Belästigung und alle Angriffe, welche Todesbedrohungen einschlossen, signifikant mit der Entwicklung einer PTBS und mit der Entwicklung von Angststörungen und depressiven Störungen assoziiert (Hooberman et al., 2007). Edston & Olsson (2007) untersuchten weibliche Folteropfer. Wiederholte Vergewaltigung anal und vaginal, durch verschiedene Personen verübt, wurde von 76% berichtet und 95% berichteten über körperliche Misshandlungen mit grober Gewalt. Die PTBS-Prävalenz bei den weiblichen Folteropfern betrug 87%. In der Studie von Dahl et al. (1998) waren Konzentrationslager oder andere Formen von Gefangenschaft mit höherer Prävalenz von PTBS bei bosnischen Frauen assoziiert, 71% vs. 47% ohne diese Art der traumatischen Erfahrung. Dahl et al. (1998) weisen darauf hin, dass Menschenrechtsverletzungen in Haft, gleich welcher Art, mit einem hohen Risiko für sexuelle Traumatisierungen einhergehen.

Mollica et al. (1998) untersuchten ex-politische Gefangene aus Vietnam, die kurz zuvor die USA erreichten. Es war eine eindeutige Dosis-Beziehung zwischen kumulativer Folter und PTBS-Symptomen sowie Depression feststellbar.

Folter und schwere Formen von Menschenrechtsverletzungen, wie Konzentrationslager weisen ein großes Risiko für chronische Verläufe einer PTBS und für die Entwicklung einer komplexen PTBS auf (Johnson & Thompson, 2008; Silove,

1999; Teegen & Vogt, 2002, Hauff & Vaglum, 1994). Nach Terr (1991) handelt es sich hier um Typ II Traumata und nach Green (1990) um interpersonelle Traumata. Bei ihnen kommt es zu spezifischen Adaptationsprozessen. Um diesen komplexen Vorgängen einen Namen zu geben, wurden Begriffe wie KZ-Syndrom, Überlebenden-Syndrom und Foldersyndrom verwendet.

Teegen & Vogt (2002) untersuchte eine Gruppe von Folterüberlebenden. Die PTBS-Prävalenz betrug 94%. Bei zwei Drittel dieser Patienten konnte, ermittelt durch das *“Structured Interview for Disorders of Extreme Stress“* (SIDES), zusätzlich eine komplexe PTBS bzw. DESNOS festgestellt werden.

Ziel von Folterern ist eine dauerhafte Änderung der Ansichten zu bewirken und den Willen des Gefolterten zu brechen, was bis hin zu einer Persönlichkeitsveränderung führen kann. Moderne Folter schließt Methoden, wie die Verwendung von Drogen (Wahrheitsserum), sensorische Deprivation usw. ein, die eine Potenzierung des bei Folter ohne hin schon erhöhten Arousalniveaus zur Folge haben. Silove (1999) schlägt ein Modell vor, um die Auswirkungen von Folter, verwandten Traumatisierungen und anderen Menschenrechtsverletzungen zu erklären. Diese Traumaarten fordern fünf Adaptationssysteme heraus, welche folgende Funktion haben: *“safety“*, *“attachment“*, *“justice“*, *“identity/role“* and *“existential meaning“*. Dies zeigt, dass Folter und ähnliche Traumatisierungen zu psychischen Reaktionen führen können, die weitaus komplexer sind als eine einfache PTBS.

1.8.4 Zusammenfassung von Risikofaktoren für psychische Störungen und PTBS bei Flüchtlingen

Kriegstraumatisierungen, Folter und andere Menschenrechtsverletzungen stellen spezielle individuelle aber auch kollektive Erfahrungen dar. Flüchtlinge sind vielzähligen und unterschiedlichen traumatischen Ereignissen während des Krieges, bei der Flucht und nach der Flucht ausgesetzt. Dementsprechend gibt es neben den allgemeinen Risikofaktoren, die schon aufgezählt wurden, auch flüchtlingsspezifische Faktoren, die Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Wie auch für andere traumatische Erfahrungen gilt hier eine Dosis-Beziehung zwischen kumulativer Kriegstraumatisierung und der Entwicklung einer PTBS sowie eines chronischen Verlaufs der PTBS (Begic & McDonald, 2006; Eytan et al., 2004; Johnson & Thompson, 2008). Ebenso besteht auch ein Dosis-Effekt zwischen kumulativer Kriegstraumatisierung und PTBS-Schweregrad (Ai et al., 2002; Cardozo et al., 2000; Rosner et al., 2003; Scholte et al. 2004; Silove et al. 1997). Insbesondere interpersonelle Typ-II-Traumatisierungen, wie Folter, Konzentrationslager und Gefangenschaft stellen einen hohen Risikofaktor für eine Posttraumatische Belastungsstörung und für einen chronischen Verlauf dar (Johnson & Thompson, 2008; Dahl et al., 1998; Hondius et al., 2000).

Flüchtlinge zeigen signifikant stärkere psychische Beeinträchtigungen als Nicht-Flüchtlinge bzw. ortsansässige Kriegstraumatisierte, was auf negative Einflussfaktoren während und nach der Flucht hinweist (Porter & Haslam, 2001). Die Erfahrung von Flucht beinhaltet ein hohes Risiko für weitere Traumata und kann in sich schon ein traumatisches Ereignis darstellen. Ein weiterer Einflussfaktor ist der Aufenthaltsstatus. Ein temporärer Aufenthaltsstatus ist, mit den dazugehörigen eingeschränkten Zugang zu Arbeit, Bildung, medizinischer Versorgung und Wohnen, ein starker Prädiktor für Angststörungen, Depression und PTBS und ist zudem mit einem höheren Schweregrad der PTBS verbunden (Momartin et al., 2006; Begic & McDonald, 2006; Hondius et al., 2000). Kruse et al. (2009) fanden in ihrer longitudinalen Therapiestudie bei kriegstraumatisierten Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien heraus, dass sich durch eine 25 Stunden Gruppen Psychotherapie eine signifikante Reduktion der Symptome der PTBS und der somatoformen Störung bei der Interventionsgruppe, im Gegensatz zur Kontrollgruppe, erreichen ließ. Die Traumafokussierte Gruppentherapie

beinhaltete eine Stabilisierungsphase, welche sich auf Skills-Training zur Affektregulation und interpersonelle Beziehungen fokussierte. Die positiven Effekte zeigten sich selbst bei Patienten mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus (Kruse et al., 2009).

2. Ziel der Studie und Fragestellung

Der theoretische Teil dieser Arbeit hat aufgezeigt, dass Flüchtlinge aufgrund ihrer Erfahrungen vor, während und nach der Flucht vielfältigen traumatischen Ereignissen ausgesetzt sind.

Ziel dieser Arbeit war es, die psychische Gesundheit der Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien zu untersuchen, die in der transkulturellen Institutsambulanz der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben.

Dabei war von Interesse, welche und wie viele traumatische Ereignisse die Betroffenen erlebt haben und wie hoch die PTBS-Prävalenz in dieser Stichprobe war. Weitere Fragestellungen beziehen sich auf die Auswirkungen der Anzahl der Traumata, der Art der Traumata und des Aufenthaltsstatus auf den Schweregrad der PTBS sowie auf den Schweregrad anderer psychischer Symptome. Zudem sollten geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Anzahl erlebter Traumata und bezüglich des Schweregrads der PTBS sowie anderer psychischer Symptome betrachtet werden.

Anhand der im theoretischen Teil dargestellten Forschungsarbeiten, wurden in dieser Arbeit Fragestellungen und Hypothesen generiert. Ein Teil der Arbeit ist eher explorativ.

2.1 Fragestellungen und Hypothesen

Anzahl erlebter Traumata

Fragestellung 1:

Wie häufig wurden die einzelnen Traumata in der Stichprobe erlebt? Wie hoch ist die Anzahl erlebter Traumata in der Stichprobe gesamt und nach Geschlecht getrennt?

Hypothese 1:

Männer erleben im Durchschnitt mehr traumatische Erfahrungen als Frauen.

PTBS-PrävalenzFragestellung 2:

Wie hoch ist die Prävalenz der PTBS in der Stichprobe gesamt und getrennt nach Geschlecht?

Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und den PTBS-SymptomenFragestellung 3:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und dem Schweregrad der PTBS-Symptome im Sinne eines Dosis-Effektes und gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und den PTBS Symptom-Clustern?

Hypothese 3:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und dem Schweregrad der PTBS-Symptome im Sinne eines Dosis-Effektes.

Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und anderen psychischen Symptomen/SomatisierungFragestellung 4:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und der Ausprägung anderer psychischer Symptome/Somatisierung?

Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS-Symptome und anderen psychischen Symptomen/SomatisierungFragestellung 5:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS-Symptome und der Ausprägung anderer psychischer Symptome/Somatisierung?

Unterschiede in der psychischen Symptomatik in Abhängigkeit von der Art erlebter Traumata

Fragestellung 6:

Wie wirken sich die unterschiedlichen traumatischen Ereignisse auf den PTBS-Schweregrad, die PTBS-Cluster, die psychische Belastung sowie die Somatisierung aus?

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Fragestellung 7:

Gibt es einen geschlechtsspezifischen Unterschied hinsichtlich der Schwere der PTBS-Symptome, der drei PTBS Symptom-Cluster und anderer psychischer Symptome?

Hypothese 7:

Es gibt einen geschlechtsspezifischen Unterschied hinsichtlich der Schwere der PTBS-Symptome.

Auswirkungen des Aufenthaltsstatus auf die psychische Symptomatik

Fragestellung 8:

Wie wirkt sich der Aufenthaltsstatus auf die Symptome der PTBS, auf andere psychische Symptome, auf die psychische Belastung insgesamt und auf die Somatisierung aus?

Hypothese 8:

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus ist mit einer schwereren PTBS-Symptomatik assoziiert.

3. Methodik

3.1 Stichprobenbeschreibung und Studiendesign

Bei der Stichprobe handelt es sich um Patienten, die in der transkulturellen Institutsambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben. Ein Ethikvotum liegt unter der Studiennummer 4124 vor.

Die Daten wurden im Rahmen der Erstdiagnostik über die Selbstbeurteilungsfragebögen, HTQ Teil 1 und 4, SCL-90-R und SOMS, erhoben. Es wurde mit dieser Arbeit eine retrospektive Datenanalyse vorgenommen.

Die Fragestellungen wurden im Rahmen einer Querschnittsstudie untersucht.

Die Patienten stammen aus dem ehemaligen Jugoslawien und haben die Jugoslawienkriege erlebt. Die Stichprobengröße betrug 178 Patienten, die Geschlechtsverteilung ergab 69% (N=122) Frauen und 31% (N=56) Männer. Das Durchschnittsalter lag bei 41.08 Jahren (21-69 Jahre).

Es wurden in dieser Arbeit deskriptive Statistik für Häufigkeitsberechnungen und analytische statistische Verfahren, wie der Rangkorrelationstest nach Spearman für Zusammenhangsberechnungen und als Homogenitätstest der Mann-Whitney-U-Test, zum Vergleich zweier Gruppen, angewendet.

3.2 Messinstrumente, diagnostische Instrumente

3.2.1 HTQ (HPRT)

(Harvard Trauma Questionnaire)

Der Harvard Trauma Questionnaire ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der aus fünf Teilen besteht. Er wurde vom Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT) speziell für Flüchtlingspopulationen entwickelt (Mollica et al., 2004, S. 1). Er wird im klinischen Setting und in der Forschung verwendet. Wie andere

Selbstbeurteilungsfragebögen wird der HTQ in der Forschung zur Bestimmung der Prävalenz, zur Beurteilung der Symptome über die Zeit, zur Ermittlung der Effizienz von Therapien und um Risiko- sowie Resilienzfaktoren zu detektieren, angewendet (Mollica et al., 2004, S. 113). Es wurde in dieser Arbeit der erste Teil und der vierte Teil des HTQ, jeweils als Kurzversion, verwendet. Der erste Teil fragt die Traumereignisse ab. Der vierte Teil erfragt die PTBS-Symptome der letzten 7 Tage. Die im HTQ Teil 4 (Kurzversion) erfragten 16 Symptome orientieren sich an den Symptom-Kriterien der DSM-IV für die Diagnose einer PTBS. Mittels eines cut-off-Wertes wird die testdiagnostische Diagnose bestimmt. Der Trauma-Ereignis-Teil besteht in der Kurzversion aus 16 gelisteten Ereignissen, bei denen angegeben werden kann, ob diese selbst oder als Zeuge erlebt oder davon gehört oder nicht erlebt wurden. Traumatische Ereignisse, die aufgelistet wurden, sind folgende: „Mangel an Nahrung oder Wasser“, „schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung“, „kein Dach über den Kopf“, „Gefangenschaft“, „ernsthafte Verletzung“, „Kampfsituation“, „Gehirnwäsche“, „Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch“, „erzwungene Isolation“, „Nahe dem Tod“, „erzwungene Trennung von anderen Familienmitgliedern“, „Mord an Familie oder Freund“, „unnatürlicher Tod in der Familie oder eines Freundes“, „Mord an einen oder mehreren Unbekannten“, „verschwunden oder entführt“ und „Folter“. In dieser Studie wurden nur die selbst erlebten Ereignisse in die Berechnungen einbezogen und nicht solche, die als Zeuge erlebt wurden oder von denen gehört wurde. Da es nur eine Antwortmöglichkeit gab, war unklar, welche der selbst erlebten Traumata auch als Zeuge erlebt wurden oder von welchen der selbst erlebten Traumata zusätzlich gehört wurde. Der 4. Teil des HTQ besteht aus 16 Items unterteilt in 4 *re-experiencing items* (4 Symptome des Wiedererlebens), 5 *arousal items* (5 Symptome der erhöhten Erregung) und 7 *avoidance/numbing items* (7 Symptome der Vermeidung/Erstarrung). Die Items sind in vier skalierte Antworten, welche die Intensität der Symptome abfragen, unterteilt: 1=„überhaupt nicht“, 2=„ein wenig“, 3=„stark“, 4=„sehr stark“. Die Symptome der letzten 7 Tage werden abgefragt (Mollica et al., 2004). Es wurde für die ursprüngliche Version des Harvard Trauma Questionnaire bei der indochinesischen Bevölkerung an einer indochinesischen psychiatrischen Klinik ein cut-off-Wert von ≥ 2.5 ermittelt (Mollica et al., 2004, S. 109). In dem HTQ-Manual von Mollica et al. (2004) wurde

darauf hingewiesen, dass dieser cut-off-Wert für andere Bevölkerungsgruppen und Settings zu hoch sein kann und daraus folglich zu viele falsch negative Fälle resultieren können. Demnach wurde ein cut-off-Wert von ≥ 2.0 vorgeschlagen (Mollica et al., 2004, S. 109). Mollica et al. (2004) ermittelten in einer primären Grundversorgung in Bosnien einen cut-off-Wert von ≥ 2.03 (Mollica et al., 2004, S. 109). In dieser Arbeit wurde der cut-off-Wert bei ≥ 2.06 gewählt, der als optimaler cut-off-Wert bei einer Untersuchung in einer Ambulanz in Bosnien Herzegowina ermittelt wurde (Oruc et al., 2008). Die Gütekriterien wurden bei einer gemischten Stichprobe aus kambodschanischen, laotischen und vietnamesischen Probanden gemessen (Mollica et al., 1992). Es zeigte sich eine Interraterreabilität von $r = .93$ für den HTQ Trauma-Ereignis-Teil (HTQ Teil 1) und für den HTQ Symptom-Teil (HTQ Teil 4) $r = .98$ (Mollica et al., 1992). Die Retest-Reabilität ergab nach einem Intervall von 1 Woche für den Trauma-Ereignis-Teil (HTQ Teil 1) $r = .89$ und für den Symptom-Teil (HTQ Teil 4) $r = .92$. Die interne Konsistenz ergab für den Trauma-Ereignis-Teil (HTQ Teil 1) Cronbachs $\alpha = .90$ und für den PTBS-Symptom-Teil (HTQ Teil 4) Cronbachs $\alpha = .96$ (Mollica et al., 1992). Der HTQ gilt als valides und sensibles Instrument, um traumatische Ereignisse und eine PTBS bei Flüchtlingen zu erfassen (Maercker & Bromberger 2005).

3.2.2 SCL-90-R (Derogatis, L. R.)

(Symptom Checkliste)

Der SCL-90-R ist ein international gebräuchlicher Selbstbeurteilungsbogen zur Ermittlung der psychischen Belastung auf neun Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. Auf einer 5-stufigen Likertskala, die von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ reicht, soll der Patient, bzw. der Proband die Symptombelastung der letzten 7 Tage angeben (Franke, 1995). Der SCL-90-R kann drei globale Kennwerte messen. Der GSI (*global severity index*) misst die psychische Belastung, der PSDI (*positive symptom distress index*) die Intensität der

Antworten, der PST (*positiv symptom total*) die Anzahl der Symptome (Franke, 1995, S. 24). Der PSDI und der PST sollten bei Vorhandensein von fehlenden Antworten („*missing data*“) vorsichtig interpretiert werden (Franke, 1995, S. 27). Da in dieser Arbeit fehlende Antworten vorhanden waren, wurden der PSDI und PST nicht bestimmt. Die SCL-90-R ist die revidierte 90-Item-Symptomcheckliste (SCL-90) von L. R. Derogatis (Derogatis et al., 1973 & Derogatis, 1977). Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist gegeben. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) wurden bei verschiedenen Stichproben getestet (Franke, 1995, S. 20). Die interne Konsistenz bei der klinischen Stichprobe P1 (HIV Patienten) ergaben $r_{\min} = .79$ (Skala Aggressivität/Feindseligkeit, Skala Phobische Angst) und $r_{\max} = .89$ (Skala Depressivität) (Franke, 1995, S. 20). Bei der Stichprobe P 3 (Psychotherapieklienten) lag die interne Konsistenz bei $r_{\min} = .79$ (Skala Paranoides Denken, Skala Psychotizismus) und $r_{\max} = .89$ (Skala Depressivität). Die interne Konsistenz der gesunden Vergleichsgruppe (N1) lag zwischen $r_{\min} = .51$ (Skala Phobische Angst) und $r_{\max} = .83$ (Skala Depressivität) (Franke, 1995, S. 19). Bei einer homogeneren gesunden Vergleichsgruppe (N2) war die interne Konsistenz besser als bei der gesunden Vergleichsgruppe (N1). Sie lag zwischen $r_{\min} = .61$ (Skala Phobische Angst) und $r_{\max} = .84$ (Skala Psychotizismus) (Franke, 1995, S. 20). Die interne Konsistenz der globalen Kennwerte (GSI) lag bei den zwei getesteten klinischen Stichproben bei $r = .97$ (P1) und $r = .98$ (P3), bei den beiden gesunden Vergleichsgruppen $r = .94$ (N1) und $r = .97$ (N2) (Franke, 1995, S. 20). Zusammenfassend kann die Reliabilität des SCL-90-R nach Franke (1995) als gut bewertet werden (Franke, 1995, S. 20). Die Retest-Reliabilität lag bei einer von Derogatis & Cleary (1977) getesteten Stichprobe mit ambulanten Psychatriepatienten zwischen $r_{\min} = .69$ (Phobische Angst) und $r_{\max} = .92$ (Depressivität) (Franke, 1995, S. 19). Bezüglich der Validität zeigt sich bei den zwei getesteten klinischen Stichproben (P1 & P3) eine recht hohe Interkorrelation (Franke, 1995, S. 29). In der Stichprobe P1 lag die Interkorrelation zwischen $r_{\min} = .49$ (Skala Somatisierung, Skala Paranoides Denken) und $r_{\max} = .81$ (Skala Unsicherheit im Sozialkontakt, Skala Paranoides Denken) (Franke, 1995, S. 29). In der Stichprobe P3 ergab die Interkorrelation $r_{\min} = .41$ (Skala Phobische Angst, Paranoides Denken) und $r_{\max} = .78$ (Skala Zwanghaftigkeit, Skala Depressivität) (Franke, 1995, S. 29). Hinsichtlich der

Validität finden Hessel et al. (2001) eine valide Erfassung der durch die Subskalen ermittelten Symptombereiche wegen einer hohen Interkorrelation der Skalen als problematisch. Die Forderung nach sehr niedriger Interkorrelation entspräche nach Franke (1995) nicht dem ganzheitlichen Konzept der Symptombelastung. Einige Symptome treten häufig gemeinsam syndromal auf (Franke, 1995, S. 29). Die Ausprägung der Interkorrelation zeigt, dass die Skalen ausreichend diskriminativ sind (Franke, 1995, S. 29). Nach Franke (1995) kann den Items der SCL-90-R, durch die Ergebnisse von Expertenbefragungen, Anschauungs-Validität (*face validity*) zugesprochen werden (Franke, 1995, S. 29).

3.2.3 SOMS (Winfried Rief und Wolfgang Hiller)

(Screening für Somatoforme Störungen)

Der SOMS ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen und dient der Erfassung von körperlichen Beschwerden, die kein organisches Korrelat haben. Es orientiert sich an die Kriterien der Somatisierungsstörung nach ICD-10 und DSM-IV. Der SOMS-2, der in dieser Arbeit verwendet wurde, enthält 68 Items, welche die Symptome in der Zeitspanne der letzten zwei Jahre berücksichtigen und dichotom mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Es werden Schmerzsymptome, gastrointestinale, kardiologische, dermatologische, urologische, (pseudo-) neurologische und sexuelle Symptome abgefragt. Es wurde in dieser Arbeit der Beschwerdeindex berechnet, also die Summe der Anzahl der Symptome, die angegeben wurden. Bezüglich der Reliabilität liegt die interne Konsistenz beim Beschwerdeindex Somatisierung bei Cronbachs $\alpha = .88$, die Retest-Reliabilität liegt zwischen $r = .85$ und $r = .87$ (Rief & Hiller, 2013, S. 29f). Die interne Validität ist dadurch gegeben, dass die Symptomlisten an die Kriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV orientiert sind. Eine zufriedenstellende Konstruktvalidität konnte durch Messung der Korrelationen zwischen den SOMS mit Skalen anderer Messinstrumente (z.B. SCL-90-R, FPI-R), also durch die Bestimmung der Konvergenzvalidität, belegt werden (Rief & Hiller, 2013, S. 33-35).

3.3 Statistische Analyse

Die mittels HTQ, SCL-90-R und SOMS erhobenen Daten wurden mit Hilfe von SPSS analysiert.

In der statistischen Analyse wurden für die deskriptive Statistik Häufigkeiten berechnet, z.B. Anzahl und Prozent der Patienten, die ein jeweiliges traumatisches Ereignis erlebt haben. Des Weiteren wurden Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet, z.B. bei Berechnung der Häufigkeit der selbst erlebten traumatischen Ereignisse oder bei der Schwere der PTBS-Symptome, beim Beschwerdeindex Somatisierung und bei den neun Skalen des SCL-90-R sowie bei der psychischen Belastung (GSI). Korrelationen wurden durch Bestimmung des Spearmans Rangkorrelationskoeffizienten (Spearman-Rho) berechnet, zum Beispiel der Zusammenhang zwischen der Anzahl erlebter Traumata, der Schwere der PTBS-Symptome und anderer psychischer Symptome sowie der Somatisierung. Korrelationen galten als signifikant bei $p \leq .05$.

Zur statistischen Vergleichsberechnung zweier Gruppen wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet. So wurden Unterschiede in der Schwere der PTBS-Symptome, der Schwere der psychischen Belastung sowie der Somatisierung, je nachdem ob ein bestimmtes Trauma selbst erlebt wurde oder nicht, mit dem Mann-Whitney-U-Test berechnet. Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Traumahäufigkeiten, der Schwere der PTBS-Symptome, der Schwere anderer psychischer Symptome, der psychischen Belastung und der Somatisierung sowie Unterschiede zwischen Aufenthaltsstaus und psychischer Symptomatik wurden ebenfalls mittels des Mann-Whitney-U-Test analysiert. Die Unterschiede galten signifikant bei $p \leq .05$.

4. Ergebnisse

4.1 Zahl erlebter Traumata

Fragestellung 1:

Wie häufig wurden die einzelnen Traumata in der Stichprobe erlebt? Wie hoch ist die Anzahl erlebter Traumata in der Stichprobe gesamt und nach Geschlecht getrennt?

Hypothese 1:

Männer erleben im Durchschnitt mehr traumatische Erfahrungen als Frauen.

Tabelle 1 und Abb. 1 zeigen die Häufigkeit selbst erlebter Traumata in Prozent, eingeteilt nach der Art der traumatischen Ereignisse, für die gesamte Stichprobe. In der Tabelle 1 ist zusätzlich die Aufteilung nach Geschlecht angegeben. Die zwei häufigsten traumatischen Ereignisse insgesamt waren „Gehirnwäsche“ (76%) und „Nahe dem Tod“ (75%). Die zwei häufigsten traumatischen Ereignisse bei Männern waren „Nahe dem Tod“ (91%) und „Kein Dach über den Kopf (79%)“. Bei Frauen waren „Gehirnwäsche“ (75%) und „Unnatürlicher Tod in der Familie oder eines Freundes“ (74%) die zwei häufigsten Ereignisse.

Im Durchschnitt hat die Stichprobe 8.32 verschiedene traumatische Ereignisse selbst erlebt, mit einer Standardabweichung von 4.29, bei einem Maximum von 16 traumatischen Ereignissen und einem Minimum von 0 [Tabelle 2]. Männer dieser Stichprobe haben signifikant mehr Traumata erlebt als Frauen ($m = 9.29$ vs. $w = 7.87$; $p < .05$) [Tabelle 23, 24 & 25].

Tabelle 1: Häufigkeiten selbst erlebter Traumata

	Art des Traumas	Männer		Frauen		Erlebte Traumata gesamt	
		N	(Prozent)	N	(Prozent)	N	(Prozent)
1	Mangel an Nahrung oder Wasser	39	(70%)	72	(59%)	111	(62%)
2	Schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung	30	(54%)	69	(67%)	99	(56%)
3	Kein Dach über den Kopf	44	(79%)	74	(61%)	118	(66%)
4	Gefangenschaft	27	(48%)	37	(30%)	64	(36%)
5	Ernsthafte Verletzung	35	(63%)	46	(38%)	81	(46%)
6	Kampfsituation	19	(34%)	20	(16%)	39	(22%)
7	Gehirnwäsche	44	(78%)	92	(75%)	136	(76%)
8	Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch	5	(9%)	43	(35%)	48	(27%)
9	Erzwungene Isolation	29	(52%)	40	(33%)	69	(39%)
10	Nahe dem Tod	48	(91%)	86	(71%)	134	(75%)
11	Erzwungene Trennung von anderen Familienmitgliedern	41	(73%)	83	(68%)	124	(70%)
12	Mord an Familienmitglied oder Freund	33	(54%)	63	(52%)	96	(54%)
13	Unnatürlicher Tod in der Familie oder eines Freundes	30	(54%)	63	(52%)	93	(52%)
14	Mord an einem oder mehreren Unbekannten	30	(54%)	53	(43%)	83	(47%)
15	Verschwunden oder entführt	28	(50%)	52	(43%)	80	(50%)
16	Folter	38	(70%)	59	(48%)	97	(56%)

N= Zahl der Probanden, die angibt, das Trauma selbst erlebt zu haben.

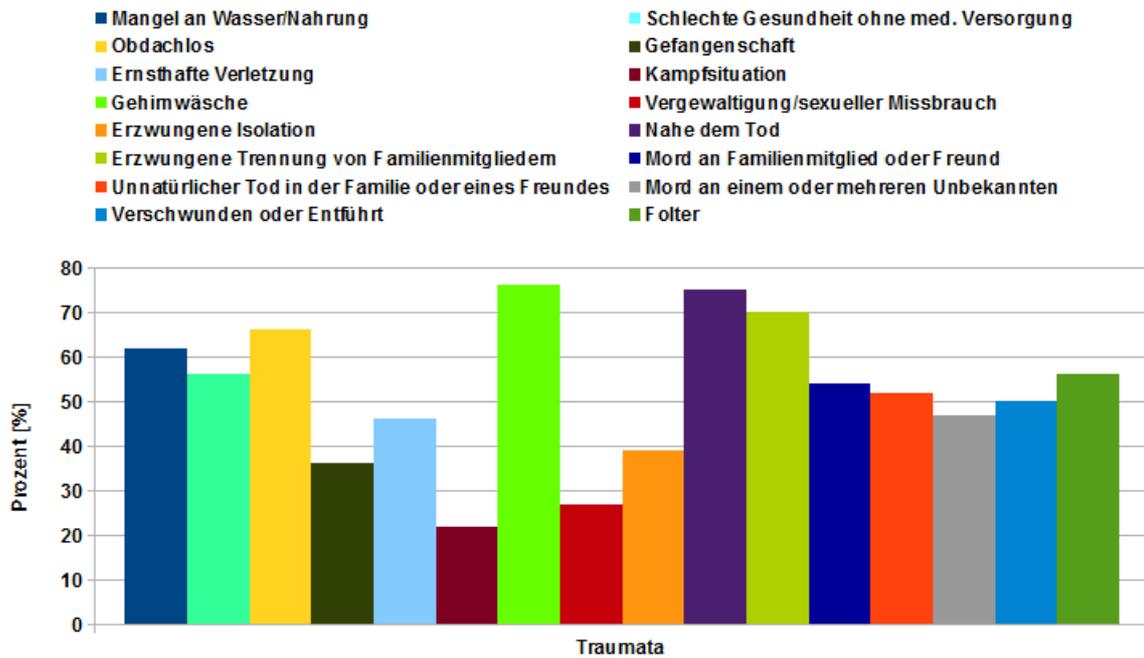


Abb. 1: Häufigkeiten selbst erlebter Traumata

Tabelle 2: Anzahl der Traumata, Skalenwerte HTQ, SCL-90-R, SOMS

		N	M	SD
HTQ	Zahl selbst erlebter Traumata	177	8.32	4.29
	Schwere der Trauma-Symptome	171	3.43	.52
	Trauma Wiedererleben	171	3.51	.63
	Trauma Vermeidung, Numbing	169	3.32	.59
	Trauma Erregung	170	3.54	.53
SCL	Somatisierung	159	2.57	.89
	Zwanghaftigkeit	158	2.72	.84
	Unsicherheit im Sozialkontakt	159	2.42	1.02
	Depressivität	157	2.74	.85
	Ängstlichkeit	159	2.79	.92
	Aggressivität/Feindseligkeit	149	2.35	1.04
	Phobische Angst	160	2.42	1.18
	Paranoides Denken	166	2.52	.99
	Psychotizismus	157	2.22	1.10
	Psychische Belastung (GSI)	154	2.54	.86
SOMS	Beschwerdenindex Somatisierung	176	26.91	10.47

N = Zahl der Probanden, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

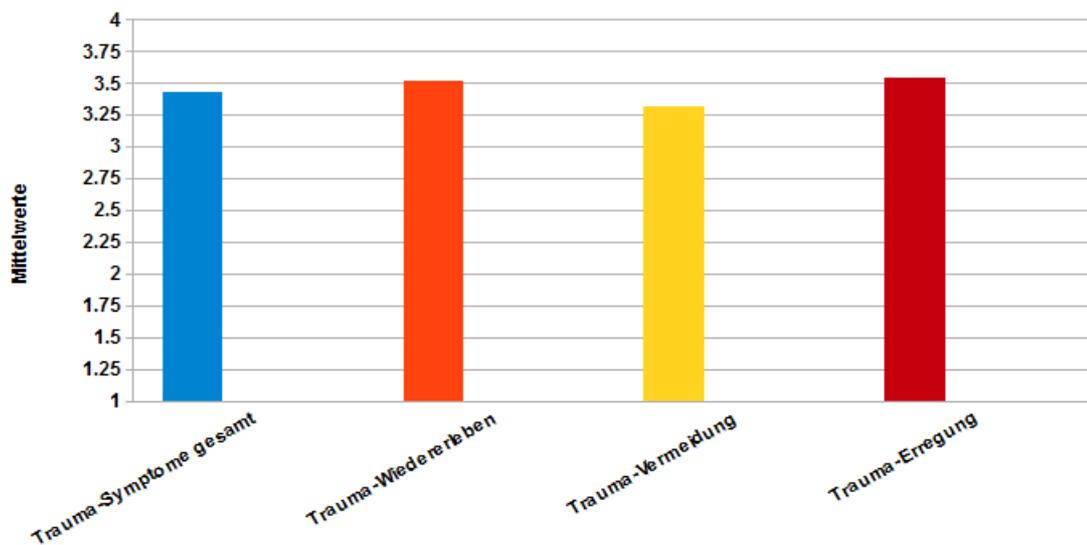


Abb. 2: Skalenwerte PTBS-Symptome

4.2 Prävalenz der PTBS

Fragestellung 2:

Wie hoch ist die Prävalenz der PTBS in der Stichprobe gesamt und getrennt nach Geschlecht?

Die Prävalenz der PTBS in der gesamten Stichprobe lag bei einem cut-off-Wert von ≥ 2.06 bei 97.1%, getrennt nach Geschlecht konnte bei 97.4% der Frauen und 96.4% der Männer eine PTBS festgestellt werden.

4.3 Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und den PTBS-Symptomen

Fragestellung 3:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und dem Schweregrad der PTBS-Symptome im Sinne eines Dosis-Effektes und gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und den PTBS Symptom-Clustern?

Hypothese 3:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und dem Schweregrad der PTBS-Symptome im Sinne einen Dosis-Effektes.

Tabelle 3 und Abb. 3 zeigen, dass die Anzahl der Traumata sehr signifikant mit der Schwere der PTBS-Symptome gesamt korreliert ($p \leq .01$). Hinsichtlich der PTBS-Cluster korreliert die Zahl erlebter Traumata sehr signifikant mit den Symptomen des Trauma-Wiedererlebens ($p \leq .01$) und signifikant mit den Symptomen der Trauma-Vermeidung ($p \leq .05$). Eine Korrelation mit den Hyperarousal-Symptomen war nicht zu verzeichnen.

Tabelle 3: Zusammenhänge zwischen Zahl der Traumata, Schwere der Trauma-Symptome, andere psychische Symptome, psychische Belastung (GSI) und Somatisierung

		Zahl selbst erlebter Traumata	Trauma-Symptome gesamt
HTQ	Zahl selbst erlebter Traumata		
	Trauma-Symptome gesamt	.23**	
	Trauma-Wiedererleben	.29**	.88***
	Trauma-Vermeidung	.17*	.94***
	Trauma-Erregung	.14	.88***
SCL	Somatisierung	.07	.52***
	Zwanghaftigkeit	.11	.55***
	Unsicherheit im Sozialkontakt	.18*	.54***
	Depressivität	.20*	.61***
	Ängstlichkeit	.16*	.60***
	Aggressivität/Feindseligkeit	.09	.48***
	Phobische Angst	.14	.58***
	Paranoides Denken	.17*	.48***
	Psychotizismus	.17*	.54***
	Psychische Belastung (GSI)	.16*	.61***
SOMS	Beschwerdenindex	.17*	.38***
	Somatisierung		

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

Anmerkung: berechnet wurden Spearman-Rho-Korrelationen

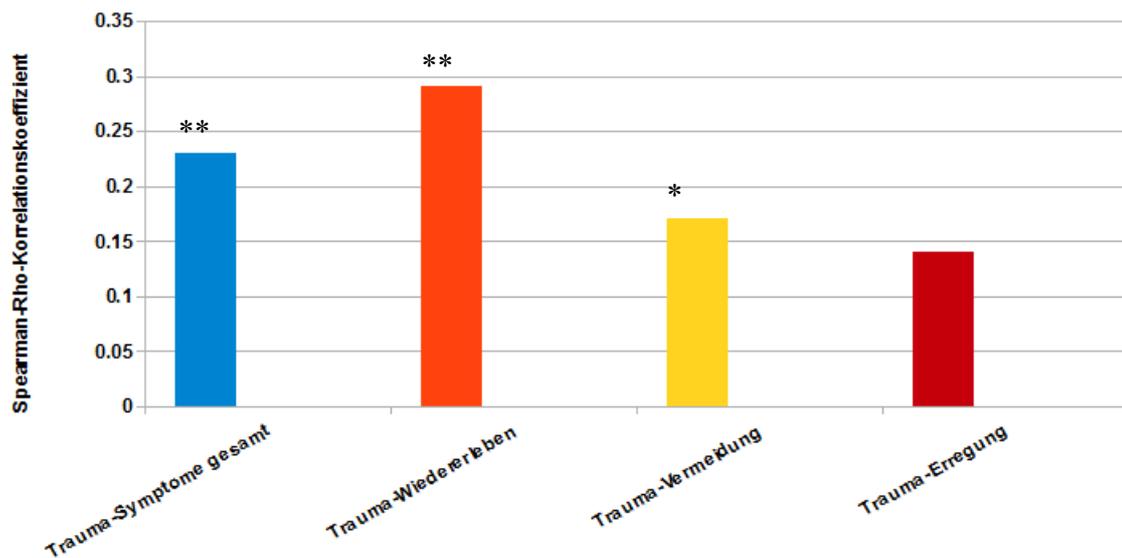


Abb. 3: Zusammenhang zwischen Anzahl der Traumata und PTBS-Symptome

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

4.4 Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und anderen psychischen Symptomen/Somatisierung

Fragestellung 4:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und der Ausprägung anderer psychischer Symptome/Somatisierung?

Die Anzahl erlebter Traumata korreliert signifikant mit den SCL-Unterskalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, paranoides Denken, Psychotizismus, mit der psychischen Belastung (GSI) sowie mit dem Beschwerdeindex Somatisierung ($p \leq .05$) [Tabelle 3].

4.5 Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS-Symptome und anderen psychischen Symptomen/Somatisierung

Fragestellung 5:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS-Symptome und der Ausprägung anderer psychischer Symptome/Somatisierung?

Die Stichprobe zeigt eine hohe Symptombelastung bei allen Skalen des HTQ [Tabelle 2 & Abb. 2], bei allen Skalen des SCL-90-R und beim GSI sowie beim Beschwerdeindex Somatisierung [Tabelle 2]. Dies zeigt, dass die Stichprobe nicht nur unter ausgeprägten Symptomen einer PTBS leidet, sondern auch unter anderen psychischen Symptomen und dass die psychische Belastung (GSI) insgesamt sehr ausgeprägt ist. Die Schwere der PTBS-Symptome korreliert hoch signifikant mit allen 9 Skalen der SCL-90-R, mit dem globalen Kennwert GSI sowie mit dem Beschwerdeindex der Somatisierung ($p \leq .001$) [Tabelle 3].

4.6 Unterschiede in der psychischen Symptomatik in Abhängigkeit von der Art selbst erlebter Traumata

Fragestellung 6:

Wie wirken sich die unterschiedlichen traumatischen Ereignisse auf den PTBS-Schweregrad, die PTBS-Cluster, die psychische Belastung sowie die Somatisierung aus?

Die Schwere der PTBS-Symptome fällt bei 13 Traumata signifikant schwerer aus, wenn diese Traumata erlebt wurden [Tabelle 4]. Wie in Tabelle 5 aufgeführt, ist die psychische Belastung mit 7 der 16 Traumata assoziiert. Die psychische Belastung fällt signifikant höher aus, wenn die Traumata „Mangel an Nahrung oder Wasser“, „Schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung“, „Gefangenschaft“, „Ernsthafte Verletzung“, „Kampfsituation“, „Gehirnwäsche“ und „Verschwunden oder entführt“ erlebt wurden. Bei den anderen Traumata unterscheidet sich die psychische Belastung nicht in Abhängigkeit davon, ob das jeweilige Trauma erlebt oder nicht erlebt wurde.

Die Somatisierung ist mit 4 der 16 Traumata assoziiert. Die Somatisierung fällt signifikant höher aus, wenn die Traumata „Kein Dach über dem Kopf“, „Gehirnwäsche“, „Erzwungene Isolation“ und „Unnatürlicher Tod in der Familie oder eines Freundes“ erlebt wurden. Bei den anderen Traumata unterscheidet sich die Somatisierung nicht in Abhängigkeit davon, ob das jeweilige Trauma erlebt oder nicht erlebt wurde [Tabelle 6].

In den Tabellen 7-22 sind die einzelnen traumatischen Ereignisse und die Ausprägungen der Cluster, Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung/Erstarrung und der Übererregung aufgelistet.

Es zeigte sich, dass sowohl interpersonelle Traumata als auch nicht interpersonelle Traumata Unterschiede in den Clustern aufzeigen, wenn das entsprechende Trauma erlebt bzw. nicht erlebt wurde. Bei der Berechnung des Zusammenhangs zwischen Art des Traumas und des PTBS-Schweregrades gesamt, korrelierte die Wahrnehmung der Todesnähe nicht mit dem PTBS-Schweregrad insgesamt. Es zeigte sich aber, dass wenn Todesnähe erlebt wurde, Symptome des Trauma Wiedererlebens stärker ausgeprägt waren ($p \leq .05$).

Bei Folter zeigte sich ein sehr signifikanter Unterschied bei Trauma Wiedererlebens-Symptomen ($p \leq .01$) und ein hoch signifikanter Unterschied bei Trauma-Vermeidungssymptomen bzw. Symptomen der emotionalen Erstarrung, wenn das Trauma Folter erlebt wurde ($p \leq .001$).

Die Traumata Vergewaltigung, ernsthafte Verletzung, Gefangenschaft, Gehirnwäsche und Entführung ergaben einen signifikanten Unterschied in allen Symptom-Clustern. Aber auch bei den Traumata erzwungene Trennung von Familienmitgliedern, erzwungene Isolation, obdachlos, schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung, Mangel an Nahrung oder Wasser ergaben in allen drei Clustern signifikante Unterschiede, wenn das jeweilige Trauma erlebt wurde.

Tabelle 4: Unterschiede in der Schwere der Trauma-Symptome in Abhängigkeit von der Art selbst erlebter Traumata

		N	MR	z
Mangel an Nahrung oder Wasser	nicht erlebt	37	49.12	-4.02***
	erlebt	108	81.18	
Schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung	nicht erlebt	27	43.48	-3.06**
	erlebt	96	67.21	
Kein Dach über dem Kopf	nicht erlebt	18	43.44	-2.76**
	erlebt	114	70.14	
Gefangenschaft	nicht erlebt	46	42.36	-3.67***
	erlebt	64	64.95	
Ernsthafte Verletzung	nicht erlebt	30	37.37	-3.72***
	erlebt	81	62.90	
Kampfsituation	nicht erlebt	57	43.89	-1.78
	erlebt	38	54.17	
Gehirnwäsche	nicht erlebt	16	31.13	-4.33***
	erlebt	134	80.80	
Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch	nicht erlebt	65	49.18	-2.96**
	erlebt	48	67.58	
Erzwungene Isolation	nicht erlebt	49	47.68	-3.07**
	erlebt	68	67.15	
Nahe dem Tod	nicht erlebt	18	60.28	-1.59
	erlebt	132	77.58	
Erzwungene Trennung von anderen Familienmitgliedern	nicht erlebt	21	48.64	-2.76**
	erlebt	121	75.47	
Mord an Familie oder Freund	nicht erlebt	30	49.13	-2.28*
	erlebt	93	66.15	
Unnatürlicher Tod in der Familie oder eines Freundes	nicht erlebt	30	52.72	-1.57
	erlebt	92	64.36	
Mord an einem oder mehreren Unbekannten	nicht erlebt	33	42.80	-3.11**
	erlebt	82	64.12	
Verschwunden oder entführt	nicht erlebt	29	36.76	-3.64***
	erlebt	80	61.61	
Folter	nicht erlebt	25	40.18	-3.39**
	erlebt	97	66.99	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
 Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 5: Unterschiede in der Psychischen Belastung (GSI) in Abhängigkeit von der Art selbst erlebter Traumata

		N	MR	z
Mangel an Nahrung oder Wasser	nicht erlebt	37	55.86	-2.14*
	erlebt	97	71.94	
Schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung	nicht erlebt	28	41.39	-2.78**
	erlebt	83	60.93	
Kein Dach über dem Kopf	nicht erlebt	19	48.08	-1.85
	erlebt	104	64.54	
Gefangenschaft	nicht erlebt	46	41.09	-2.88**
	erlebt	53	57.74	
Ernsthafte Verletzung	nicht erlebt	31	42.32	-1.98*
	erlebt	70	54.84	
Kampfsituation	nicht erlebt	58	43.23	-2.11*
	erlebt	37	55.47	
Gehirnwäsche	nicht erlebt	16	42.72	-2.72**
	erlebt	118	70.86	
Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch	nicht erlebt	65	50.83	-1.13
	erlebt	41	57.73	
Erzwungene Isolation	nicht erlebt	48	46.81	-1.91
	erlebt	57	58.21	
Nahe dem Tod	nicht erlebt	18	74.36	-.43
	erlebt	122	69.93	
Erzwungene Trennung von anderen Familienmitgliedern	nicht erlebt	20	57.28	-1.12
	erlebt	111	67.57	
Mord an Familie oder Freund	nicht erlebt	29	52.34	-.97
	erlebt	85	59.26	
Unnatürlicher Tod in der Familie oder eines Freundes	nicht erlebt	30	48.10	-1.57
	erlebt	81	58.93	
Mord an einem oder mehreren Unbekannten	nicht erlebt	33	48.03	-1.03
	erlebt	71	54.58	
Verschwunden oder entführt	nicht erlebt	30	42.65	-2.04*
	erlebt	73	55.84	
Folter	nicht erlebt	26	47.85	-1.48
	erlebt	85	58.49	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
 Anmerkung: durchgeführt Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 6: Unterschiede in der Somatisierung in Abhängigkeit von der Art selbst erlebter Traumata

		N	MR	z
Mangel an Nahrung oder Wasser	nicht erlebt	39	69.67	
	erlebt	109	76.23	-.82
Schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung	nicht erlebt	29	55.22	
	erlebt	98	66.60	-1.46
Kein Dach über dem Kopf	nicht erlebt	20	49.93	
	erlebt	116	71.70	-2.28*
Gefangenschaft	nicht erlebt	48	51.25	
	erlebt	64	60.44	-1.48
Ernsthafte Verletzung	nicht erlebt	32	49.19	
	erlebt	80	59.43	-1.51
Kampfsituation	nicht erlebt	60	47.99	
	erlebt	39	53.09	-.86
Gehirnwäsche	nicht erlebt	18	56.47	
	erlebt	134	79.19	-2.06*
Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch	nicht erlebt	68	57.79	
	erlebt	47	58.31	-.08
Erzwungene Isolation	nicht erlebt	51	52.35	
	erlebt	67	64.94	-1.98*
Nahe dem Tod	nicht erlebt	19	79.61	
	erlebt	132	75.48	-.39
Erzwungene Trennung von anderen Familienmitgliedern	nicht erlebt	23	63.09	
	erlebt	123	75.45	-1.29
Mord an Familie oder Freund	nicht erlebt	31	57.84	
	erlebt	96	65.99	-1.07
Unnatürlicher Tod in der Familie oder eines Freundes	nicht erlebt	31	50.77	
	erlebt	93	66.41	-2.10*
Mord an einem oder mehreren Unbekannten	nicht erlebt	35	53.93	
	erlebt	83	61.85	-1.15
Verschwunden oder entführt	nicht erlebt	32	47.64	
	erlebt	78	58.72	-1.66
Folter	nicht erlebt	27	54.69	
	erlebt	96	64.06	-1.21

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
 Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 7: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „Mangel an Nahrung und Wasser“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Nahrungs-/Flüssigkeitsmangel	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	37	47.92	-4.38***
	erlebt	108	81.59	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	36	54.15	-3.00**
	erlebt	107	78.00	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	36	56.46	-2.74**
	erlebt	108	77.85	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 8: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Kein Zugang med. Versorgung	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	27	48.44	-2.34*
	erlebt	96	56.81	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	26	45.54	-2.55*
	erlebt	95	65.23	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	26	47.79	-2.29*
	erlebt	96	65.21	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 9: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „kein Dach über den Kopf“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Obdachlos	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	18	44.42	-2.74*
	erlebt	114	69.99	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	18	48.89	-2.02*
	erlebt	112	68.17	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	18	41.44	-3.03*
	erlebt	113	69.91	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 10: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „Gefangenschaft“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Gefangenschaft	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	46	43.26	-3.52***
	erlebt	64	64.30	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	45	42.66	-3.33***
	erlebt	63	62.96	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	45	46.70	-2.35*
	erlebt	64	60.84	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 11: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „ernsthafte Verletzung“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Ernsthafte Verletzung	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	30	42.42	-2.82**
	erlebt	81	61.03	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	29	38.98	-3.20***
	erlebt	80	60.81	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	29	39.07	-3.32***
	erlebt	81	61.38	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 12: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „Kampfsituation“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Kampfsituation	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	57	44.40	-1.59
	erlebt	38	53.39	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	56	43.83	-1.59
	erlebt	38	52.91	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	56	46.25	-.55
	erlebt	38	49.34	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 13: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „Gehirnwäsche“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Gehirnwäsche	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	16	37.59	-3.34***
	erlebt	134	80.03	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	15	32.57	-4.01***
	erlebt	133	79.23	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	15	42.57	-3.15**
	erlebt	134	78.63	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 14: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Vergewaltigung	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	65	50.42	-2.58**
	erlebt	48	65.92	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	65	49.53	-2.83**
	erlebt	48	67.11	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	65	51.77	-2.02*
	erlebt	48	64.08	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 15: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „erzwungene Isolation“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Erzwungene Isolation	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	49	47.86	-3.12**
	erlebt	68	67.03	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	49	48.96	-2.73**
	erlebt	68	66.24	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	49	50.48	-2.35*
	erlebt	68	65.14	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 16: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „nahe dem Tod“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Nahe dem Tod	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	18	47.42	-1.95*
	erlebt	132	77.97	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	18	58.97	-1.65
	erlebt	130	76.65	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	18	72.42	-.28
	erlebt	131	75.35	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 17: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „erzwungene Trennung von anderen Familienmitgliedern“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Erzwungene Trennung	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	21	50.40	-2.64**
	erlebt	121	75.16	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	20	49.60	-2.45**
	erlebt	120	73.98	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	20	57.75	-1.60
	erlebt	121	73.19	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 18: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „Mord an Familie oder Freund“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Mord Familie/Freund	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	30	47.37	-2.68**
	erlebt	93	66.72	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	29	49.17	-2.09*
	erlebt	92	64.73	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	29	56.26	-.93
	erlebt	93	63.13	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 19: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „unnatürlicher Tod in der Familie oder eines Freundes“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Unnatürlicher Tod	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	30	52.13	-1.74
	erlebt	92	64.55	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	29	50.79	-1.73
	erlebt	91	63.59	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	29	58.16	-.51
	erlebt	92	61.90	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 20: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „Mord an einem oder mehreren Unbekannten“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Mord an Unbekannte	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	33	43.27	-3.13**
	erlebt	82	63.93	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	32	42.84	-2.97**
	erlebt	82	63.22	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	32	50.53	-.15
	erlebt	82	60.22	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 21: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „verschwunden oder entführt“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Entführung	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	29	40.72	-2.94**
	erlebt	80	60.18	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	28	35.04	-3.84***
	erlebt	80	61.31	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	28	44.02	-2.11*
	erlebt	80	58.17	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

Tabelle 22: Unterschiede in den PTBS-Clustern bei „Folter“ in Abhängigkeit ob das Trauma erlebt wurde

	Folter	N	MR	z
Trauma Wiedererleben	nicht erlebt	25	44.10	-2.87**
	erlebt	97	65.98	
Trauma-Vermeidung	nicht erlebt	24	37.17	-3.69***
	erlebt	96	66.33	
Trauma-Übererregung	nicht erlebt	24	50.88	-1.62
	erlebt	97	63.51	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
 Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

4.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Fragestellung 7:

Gibt es einen geschlechtsspezifischen Unterschied hinsichtlich der Schwere der PTBS-Symptome, der drei PTBS Symptom-Cluster und anderer psychischer Symptome?

Hypothese 7:

Es gibt einen geschlechtsspezifischen Unterschied hinsichtlich der Schwere der PTBS-Symptome.

Die Ergebnisse der Tabelle 25 zeigen, dass es signifikante Unterschiede bei der Depressivität und bei der phobischen Angst gab, wobei die Frauen in der Stichprobe signifikant höhere Werte aufwiesen ($p \leq .05$). Bei der Schwere der PTBS-Symptome insgesamt konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden [Tabelle 25 & Abb. 4]. Dahingegen konnte bei dem Cluster Traumavermeidung/emotionale Erstarrung ein signifikanter Unterschied festgestellt werden, der bei den Frauen signifikant stärker ausgeprägt war als bei den Männern ($p \leq .05$) [Tabelle 25 & Abb. 4]. Bei der Häufigkeit der traumatischen Ereignisse erlebten die Männer der Stichprobe signifikant mehr traumatische Ereignisse als die Frauen $m=9,29$ vs. $w=7,87$ ($p \leq .05$) [Tabelle 23, 24 & 25].

Tabelle 23: Skalenwerte HTQ, SCL-90-R & Beschwerdeindex Somatisierung bei Geschlecht männlich

		N	M	SD
HTQ	Zahl selbst erlebter Traumata	56	9.29	4.02
	Schwere der Trauma-Symptome	55	3.35	.57
	Trauma Wiedererleben	55	3.47	.68
	Trauma Vermeidung, Numbing	54	3.19	.57
	Trauma Erregung	54	3.54	.53
SCL	Somatisierung	52	2.46	.83
	Zwanghaftigkeit	52	2.67	.88
	Unsicherheit im Sozialkontakt	53	2.30	1.05
	Depressivität	50	2.53	.88
	Ängstlichkeit	52	2.60	.99
	Aggressivität/Feindseligkeit	50	2.24	1.01
	Phobische Angst	52	2.12	1.23
	Paranoides Denken	53	2.40	1.03
	Psychotizismus	52	2.03	1.06
	Psychische Belastung (GSI)	50	2.38	.87
SOMS	Beschwerdenindex Somatisierung	55	26.16	10.09

N = Zahl der Probanden, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 24: Skalenwerte HTQ, SCL-90-R & Beschwerdeindex Somatisierung bei Geschlecht weiblich

		N	M	SD
HTQ	Zahl selbst erlebter Traumata	121	7.87	4.35
	Schwere der Trauma-Symptome	116	3.47	.49
	Trauma Wiedererleben	116	3.53	.60
	Trauma Vermeidung, Numbing	115	3.38	.56
	Trauma Erregung	116	3.57	.57
SCL	Somatisierung	107	2.62	.92
	Zwanghaftigkeit	106	2.75	.82
	Unsicherheit im Sozialkontakt	106	2.49	1.00
	Depressivität	107	2.84	.83
	Ängstlichkeit	107	2.88	.87
	Aggressivität/Feindseligkeit	99	2.40	1.06
	Phobische Angst	108	2.56	1.13
	Paranoides Denken	113	2.56	0.98
	Psychotizismus	105	2.32	1.12
	Psychische Belastung (GSI)	104	2.62	.85
SOMS	Beschwerdenindex Somatisierung	121	27.26	10.66

N = Zahl der Probanden, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 25: Unterschiede der Skalenwerte getrennt nach Geschlecht

		N	MR	z
Zahl selbsterlebter Traumata	männlich	56	100.19	-1.98*
	weiblich	121	71.94	
Trauma-Symptome gesamt	männlich	55	77.90	-1.48
	weiblich	116	89.84	
Trauma-Wiedererleben	männlich	55	82.64	-.64
	weiblich	116	87.59	
Trauma-Vermeidung	männlich	54	74.01	-2.01*
	weiblich	115	90.16	
Trauma-Erregung	männlich	54	81.44	-.75
	weiblich	116	87.39	
Somatisierung	männlich	52	73.25	-1.29
	weiblich	107	83.28	
Zwanghaftigkeit	männlich	52	77.00	-.48
	weiblich	106	80.73	
Unsicherheit im Sozialkontakt	männlich	53	74.62	-1.04
	weiblich	106	82.69	
Depressivität	männlich	50	66.92	-2.28*
	weiblich	107	71.32	
Ängstlichkeit	männlich	52	71.32	-1.66
	weiblich	107	84.22	
Aggressivität/Feindseligkeit	männlich	50	70.22	-.96
	weiblich	99	77.41	
Phobische Angst	männlich	52	69.24	-2.14*
	weiblich	108	85.92	
Paranoides Denken	männlich	53	77.82	-1.04
	weiblich	113	86.16	
Psychotizismus	männlich	52	70.36	-1.68
	weiblich	105	83.28	
Psychische Belastung (GSI)	männlich	50	69.31	-1.58
	weiblich	104	81.44	
Beschwerdeindex Somatisierung	männlich	55	85.25	-.57
	weiblich	121	89.98	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
 Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

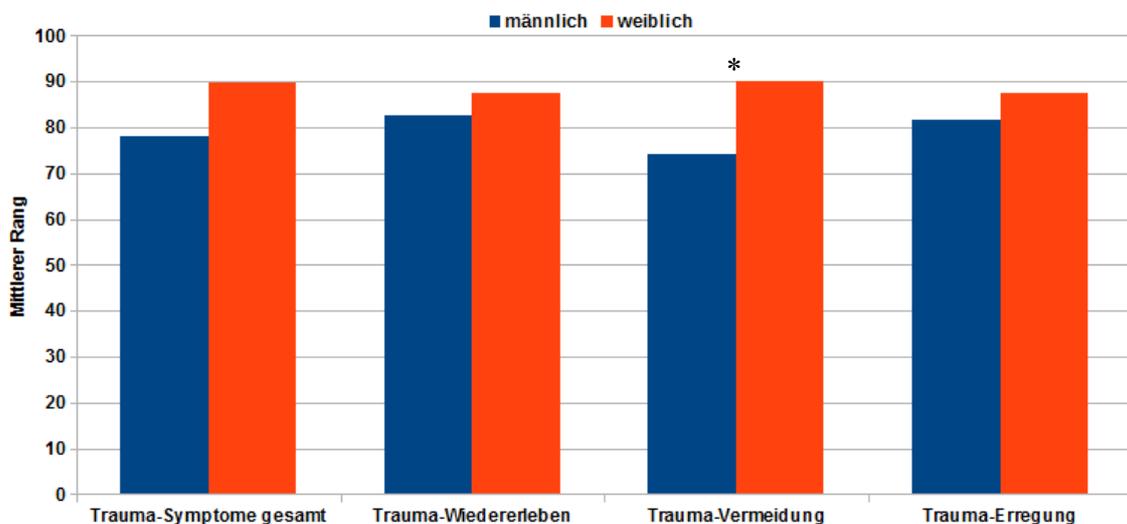


Abb. 4: Unterschiede der Skalenwerte getrennt nach Geschlecht

z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

4.8 Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und psychischer Symptomatik

Fragestellung 8:

Wie wirkt sich der Aufenthaltsstatus auf die Symptome der PTBS, auf andere psychische Symptome, auf die psychische Belastung insgesamt und auf die Somatisierung aus?

Hypothese 8:

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus ist mit einer schwereren PTBS-Symptomatik assoziiert.

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied bei der Schwere der PTBS-Symptome gesamt und ebenso auch nicht bei den drei PTBS-Clustern in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus [Tabelle 26]. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus, psychische Belastung (GSI) und dem Beschwerdeindex Somatisierung ($p \leq .05$) in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus [Tabelle 26]. Ein sehr signifikanter Unterschied war bei Aggressivität/Feindseligkeit zu verzeichnen ($p \leq .01$) [Tabelle 26]. Die genannten Symptome waren stärker ausgeprägt, wenn der Aufenthaltsstatus unsicher war [Tabelle 26].

Tabelle 26: Aufenthaltsstatus und psychische Symptomatik

	Aufenthalt	N	MR	z
Trauma-Symptome gesamt	sicher	7	35.21	-1.48
	unsicher	94	52.18	
Trauma-Wiedererleben	sicher	7	38.93	-1.18
	unsicher	94	51.90	
Trauma-Vermeidung	sicher	7	31.86	-1.77
	unsicher	93	51.90	
Trauma Übererregung	sicher	7	35.50	-1.50
	unsicher	94	52.15	
Somatisierung	sicher	7	29.93	-1.71
	unsicher	85	47.86	
Zwanghaftigkeit	sicher	7	34.00	-1.25
	unsicher	84	47.00	
Unsicherheit im Sozialkontakt	sicher	7	27.00	-2.01*
	unsicher	85	48.11	
Depressivität	sicher	7	26.36	-2.05*
	unsicher	84	47.64	
Ängstlichkeit	sicher	7	28.64	-1.87
	unsicher	86	48.49	
Aggressivität/Feindseligkeit	sicher	7	16.43	-3.00**
	unsicher	79	45.90	
Phobische Angst	sicher	7	26.79	-2.06*
	unsicher	86	48.65	
Paranoides Denken	sicher	1	26.79	-2.20*
	unsicher	91	48.65	
Psychotizismus	sicher	7	21.86	-2.49*
	unsicher	83	47.49	
Psychische Belastung (GSI)	sicher	7	24.00	-2.24*
	unsicher	82	46.79	
Beschwerdeindex Somatisierung	sicher	7	28.93	-2.14*
	unsicher	97	54.20	

N = Zahl der Probanden, MR = Mittlerer Rang, z = Z-Wert; * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$
 Anmerkung: durchgeführt wurden Mann-Whitney-U-Tests

5. Diskussion

5.1 Erläuterung der Studie

In der vorliegenden Arbeit wurden Daten, welche über Fragebögen erhoben wurden, retrospektiv ausgewertet. Die Patienten haben die Fragebögen im Rahmen der Erstdiagnostik und Behandlung, in der transkulturellen Institutsambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf, ausgefüllt.

Mit Hilfe der Messinstrumente, HTQ Teil 1 und 4, SCL-90-R und SOMS wurden die traumatischen Ereignisse, die Prävalenz der PTBS, der Schweregrad der PTBS-Symptome, andere psychische Symptome, die psychische Belastung und die Somatisierung erfasst. Zudem wurden die Auswirkungen der Anzahl der Traumata und der verschiedenen traumatischen Ereignisse auf die psychische Symptomatik untersucht. Dabei waren auch geschlechtsspezifische Unterschiede und der Einfluss des Aufenthaltsstatus auf die psychische Gesundheit der Patienten von Interesse.

5.1.1 Stichprobe

Da es sich nicht um eine Zufallsstichprobe, sondern um eine Stichprobe handelte, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befand, sind die Ergebnisse nicht uneingeschränkt repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung bzw. für Flüchtlinge, die sich nicht in Behandlung befinden. Zum Beispiel ist die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei einer Flüchtlingsgruppe in einem anderen Setting nicht so hoch und auch die psychische Symptomatik im Durchschnitt nicht so ausgeprägt. Die Ergebnisse können aber indes mit Ergebnissen anderer Studien diskutiert werden und Zusammenhänge darstellen, die für die Posttraumatische Belastungsstörung sowie für andere psychische Symptome, die Inhalt dieser Arbeit sind, gelten.

Die Stichprobengröße umfasste Daten von 178 Patienten. Das Durchschnittsalter

betrug 41.08 Jahre (21-69 Jahre) und die Geschlechtsverteilung ergab 69% (N=122) Frauen und 31% (N=56) Männer. Das Verhältnis von Frauen zu Männern passt zu einem Inanspruchnahmeklientel psychotherapeutischer Behandlung, da Frauen häufiger als Männer eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen (Albani et al., 2008). Zudem weisen Frauen eine höhere PTBS-Prävalenz als Männer auf, meist mit einem Verhältnis von ca. 2:1 Frauen vs. Männer (Perkonig et al. 2000; Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1991).

5.1.2 Methodik/Messinstrumente

Es wurden für die statistische Analyse non-parametrische Testverfahren, wie der Mann-Whitney-U-Test und der Spearman-Rho-Korrelationstest, verwendet. Vorteil der non-parametrischen Verfahren ist, dass sie keine Normalverteilung voraussetzen (Bortz & Lienert, 2008, S. 140 & S. 277; Weiß, 2010, S. 95 & S. 208). Der Mann-Whitney-U-Test setzt zudem keine Symmetrie voraus (Weiß, 2010, S. 208). Bei unterschiedlich großen Gruppen verliert der Mann-Whitney-U-Test jedoch auch an Stärke (Bortz & Lienert, 2008, S. 142). Nachteil der non-parametrischen Verfahren ist im Allgemeinen, dass die Teststärke geringer ist als bei metrischen Verfahren.

In Bezug auf die PTBS-Prävalenz ist zu berücksichtigen, dass lediglich die testdiagnostische Diagnose bestimmt wurde. Der HTQ ist ein Self-Rating-Test und wird als ein Screeningverfahren, zur Unterstützung einer Diagnosestellung, sowie zur Beurteilung der Symptome im Verlauf verwendet (Mollica et al., 2004). Der HTQ ist sowohl für klinische Settings als auch für die Forschung geeignet. Das Manual betont, dass in klinischen Settings, bei denen die Prävalenz psychischer Erkrankungen hoch ist, die Spezifität geringer ist (Mollica et. al., 2004, S. 107). Um die Spezifität der PTBS Diagnostik zu erhöhen, könnte zum Beispiel zusätzlich ein diagnostisches Interview, wie der SKID I, verwendet werden. Ein diagnostisches Interview, wie der SKID I, wurde zur Bestätigung der Diagnose bei dieser Arbeit nicht integriert.

Zur Berechnung des Zusammenhangs zwischen Anzahl der Traumata und dem Schweregrad der PTBS-Symptome sowie anderer psychischer Symptome,

müssten Mehrfachantworten bezüglich der Anzahl der Traumata eingeschlossen werden. Bei dem HTQ Teil 1 konnten nur Einfachantworten gewählt werden. So konnte lediglich ermittelt werden, wie viele verschiedene traumatische Ereignisse die Betroffenen erlebt haben. Wie häufig das jeweilige traumatische Ereignis erlebt wurde konnte nicht angegeben werden. Besonders wenn es aber um Traumata, wie „Nahe dem Tod“, „Folter“, „Gefangenschaft“, „Kampfsituation“, „Ernsthafte Verletzung“ und „Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch“ geht, macht es in der Regel einen Unterschied, ob diese Arten von Traumata einmalig oder wiederholt und/oder langandauernd erlebt wurden (Mercker et al., 2013; Cloitre et al., 2013; Kira et al., 2013; Mollica et al., 1998; Zlotnick et al., 1996).

5.2 Diskussion der Ergebnisse und Hypothesen

5.2.1 Anzahl erlebter Traumata

Fragestellung 1:

Wie häufig wurden die einzelnen Traumata in der Stichprobe erlebt? Wie hoch ist die Anzahl erlebter Traumata in der Stichprobe gesamt und nach Geschlecht getrennt?

Hypothese 1:

Männer erleben im Durchschnitt mehr traumatische Erfahrungen als Frauen.

Tabelle 1 zeigt die 16 aufgelisteten traumatischen Ereignisse und deren Häufigkeiten, Tabelle 2 zeigt, wie viele verschiedene traumatische Ereignisse im Durchschnitt erlebt wurden. Errechnet wurde die Zahl selbst erlebter Traumata mit dem Mittelwert und Standardabweichung. Der Mittelwert der Anzahl selbst erlebter verschiedener traumatischer Ereignisse ergab $\bar{x} = 8.32$, mit einer Standardabweichung von $SD = 4.29$ [Tabelle 2]. Dies weist auf eine multiple Traumatisierung in der vorliegenden Stichprobe hin. Mollica et al. (1999) ermittelte bei bosnischen Flüchtlingen in einer Flüchtlingsunterkunft in Kroatien, ebenfalls mittels des HTQ, im Durchschnitt $\bar{x} = 6.5$ ($SD 4.7$) selbst erlebte verschiedene traumatische Ereignisse. Es wurde also mit dem gleichen Testverfahren, dem HTQ Teil 1, eine ähnliche Anzahl selbst erlebter Traumata gefunden. Bei der Stichprobe dieser Arbeit erlebten die Betroffenen ca. 2 Traumata mehr als bei der Studie von Mollica et al. (1999), was a.e. daran liegt, dass es sich bei der Stichprobe dieser Arbeit um ein Inanspruchnahmeklientel von Psychotherapie handelt und es daher anzunehmen ist, dass die Betroffenen stärker belastet sind. Fernandez et al. (2004) untersuchten zwei Jahre nach dem Krieg Patienten, die sich in einer Notaufnahme im Kosovo vorstellten. Bei ihnen wurde eine durchschnittliche Anzahl selbst erlebter Traumata von $\bar{x} = 6.6$ ($SD 2.3$) gefunden, die ebenfalls mittels des HTQ erhoben wurden. Bei einer Untersuchung von kosovaren Flüchtlingen in den USA haben die Probanden im Durchschnitt $\bar{x} = 15$ ($SD = 4.5$) Kriegstraumatisierungen erlebt (Ai et al., 2002). Ai et al. (2002) verwendeten als

diagnostisches Instrument den CTEI (*Communal Traumatic Events Inventory*), der von Weine et al. (1995) für bosnische Flüchtlinge entwickelt wurde. Es wurde eine Kurzversion verwendet, die 24 traumatische Ereignisse auflistet, welche mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden konnten (Ai et al., 2002). In einer Studie von Powell et al. (2003) wurden traumatische Ereignisse bei ehemaligen Flüchtlingen in Sarajevo mit der CWE (*Checklist for War Related Experiences*), einer Checkliste für Kriegstraumatisierungen, erfasst. Diese Checkliste umfasst 49 traumatische Kriegsereignisse. Die durchschnittliche Zahl erlebter Traumata lag bei $\bar{x} = 19.23$ ($SD=13.32$). Die Ergebnisse zeigen, dass bei Erhöhung der aufgelisteten Traumata, die Anzahl der durchschnittlich erlebten Traumata steigt. Bei einer Untersuchung von Breslau et al (1998) bei einer Allgemeinbevölkerung dagegen lag der Mittelwert traumatischer Ereignisse bei $\bar{x} = 4.8$, wobei eine Liste mit 19 traumatischen Ereignissen aufgelistet war. Auch die Antwortmöglichkeit „jegliches traumatische Ereignis“ und die Häufigkeit der jeweiligen traumatischen Ereignisse wurden berücksichtigt. Demnach konnten auch Traumata, welche wiederholt erlebt wurden, eingeschlossen werden. Beim HTQ Teil 1, der in dieser Studie verwendet wurde, werden 16 verschiedene Traumata abgefragt, nur mit einer Antwortmöglichkeit. Wie häufig das jeweilige Trauma erlebt wurde, konnte nicht angegeben werden. So spiegelt das Ergebnis nicht die wirkliche Zahl erlebter Traumata wieder, sondern die Anzahl der unterschiedlichen traumatischen Ereignisse. Es ist anzunehmen, dass die Anzahl selbst erlebter Traumata insgesamt bei dieser Stichprobe um eine unbestimmte Anzahl höher liegt.

Die Ergebnisse der Studien verdeutlichen, dass eine umfangreichere Auflistung der Trauma-Arten und die Möglichkeit einer Mengenangabe für das jeweilige Trauma die reale Situation noch besser widerspiegeln könnte. Die Ergebnisse der Tabellen 23, 24 & 25 ergaben, dass es zwischen den Geschlechtern einen signifikanten Unterschied bei der Häufigkeit erlebter traumatischer Ereignisse gab. Männer erlebten in dieser Stichprobe signifikant mehr traumatische Ereignisse als Frauen ($\bar{x} = 9.29$ vs. $\bar{x} = 7.87$; m vs. w ; $p \leq .05$), wodurch die Hypothese 1 bestätigt wurde [Tabelle 23, 24 & 25]. Dies entspricht auch dem Stand der Forschung. Auch in der oben beschriebenen Studie von Powell et al. (2003) erlebten Männer signifikant mehr traumatische Ereignisse als Frauen. In einer Studie von Rosner et al. (2003) wurden drei Gruppen in Sarajevo 3 Jahre nach dem Krieg untersucht,

eine randomisierte Gruppe aus der Bevölkerung, eine Gruppe, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befand und eine, die sich in allgemeinmedizinischer Behandlung befand. Sie erweiterten die Checkliste für Kriegstraumatisierungen (CWE) um weitere 16 Traumata, welche den Zeitraum vor und nach dem Krieg betreffen. Es gab keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Zahl erlebter Traumata zwischen den drei Gruppen, wohl aber einen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen. Der Mittelwert traumatischer Ereignisse gesamt betrug $\bar{x} = 21.60$ (SD=9.68), bei Männern $\bar{x} = 23.00$ vs. Frauen $\bar{x} = 20.31$ traumatische Ereignisse. Der geschlechtsspezifische Unterschied bezüglich der Anzahl der Traumata ist nicht spezifisch für Kriegstraumatisierungen. Auch in Bevölkerungsgruppen ohne Kriegserfahrungen sind Männer mehr traumatischen Ereignissen exponiert als Frauen. So untersuchte Breslau et al. (1998) eine repräsentative Stichprobe in Detroit. Der Mittelwert traumatischer Ereignisse lag bei $\bar{x} = 4.8$, bei Männern war die Anzahl höher als bei Frauen $\bar{x} = 5.3$ vs. $\bar{x} = 4.3$ (m vs. w). In einer späteren Studie von Breslau & Anthony (2007) wurde eine repräsentative Stichprobe in einer amerikanischen Großstadt untersucht. Der Mittelwert traumatischer Erfahrungen lag bei $\bar{x} = 4.8$ gesamt, getrennt nach Geschlecht erlebten Männer $\bar{x} = 6.1$ und Frauen $\bar{x} = 3.7$ traumatische Ereignisse. Kriegserlebnisse waren nicht Bestandteil der abgefragten traumatischen Ereignisse (Breslau & Anthony, 2007).

Bei einer großen repräsentativen Stichprobe im Kosovo zeigten sich bei einigen der Trauma-Arten ähnliche Häufigkeiten wie in dieser Arbeit (Cardozo et al., 2000). So erlebten in der Studie von Cardozo et al. (2000) z.B. 66.6% Mangel an Wasser oder Nahrung, 47.3 % schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung. Bei einigen traumatischen Ereignissen zeigten die hier in dieser Arbeit untersuchten Patienten deutlich höhere Häufigkeiten als die Stichprobe von Cardozo et al. (2000), wie z.B. ernsthafte Verletzung 46% vs. 14.9%, Vergewaltigung 27% vs. 4.4 %, verschwunden oder entführt 50% vs. 17.7% und Gefangenschaft 36% vs. 9.6% [vgl. Tabelle 1]. Da gerade diese Traumata mit einem hohen Risiko für eine PTBS assoziiert sind, verwundert es nicht, dass sie bei einer Inanspruchnahmeklientel von Psychotherapie höher vertreten sind. Insgesamt war aber die Anzahl erlebter Traumata ähnlich. 40% der Probanden in der Studie von Cardozo et al. (2000) berichteten über 8 oder mehr Traumata, die

aufgelistet waren. Es wurde auch der HTQ zur Erfassung der traumatischen Ereignisse verwendet, so dass eine Vergleichbarkeit aufgrund gleicher Methode gegeben ist.

5.2.2 PTBS-Prävalenz

Fragestellung 2:

Wie ist hoch ist die Prävalenz der PTBS in der Stichprobe gesamt und getrennt nach Geschlecht?

Die Prävalenz der PTBS in dieser Stichprobe wurde mittels des HTQ, Teil 4, berechnet. Der HTQ-Symptom-Teil als Kurzversion orientiert sich an den Symptom-Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV. Ursprünglich wurde ein cut-off-Wert von ≥ 2.50 in einer Indochinese Psychiatry Clinic (IPC), mit einer Sensitivität von 78% und Spezifität von 79%, bei der kurzen Version des HTQ-Symptom-Teils, festgesetzt (Mollica et. al., 2004; S.117). Bei der langen Version des HTQ-Symptom-Teils konnte eine Sensitivität von 93% und eine Spezifität von 84% erreicht werden (Mollica et al., 1992). Der cut-off-Wert von ≥ 2.50 könnte nach Angaben von Mollica et al. (2004) für andere Kulturen oder andere Settings zu hoch sein, woraus folglich falsch negative Fälle resultieren können, mit negativen Folgen für die Betroffenen. Aus diesem Grund empfehlen die Autoren des Harvard Trauma Questionnaire Manuals die Verwendung eines cut-off-Wertes von ≥ 2.00 , welcher eine gute Sensitivität besitzt und gerade für Settings, wie zum Beispiel Flüchtlingslager oder Ambulanzen geeignet ist, bei denen es um Screening geht (Mollica et. al., 2004, S.109). Positiv getestete Betroffene können dann zur weiteren diagnostischen Abklärung und Behandlung an Fachärzte und Fachzentren überwiesen werden (Mollica et al., S.117). Studien des Harvard Program in Refugee Trauma (HPRT) in der primären Gesundheitsversorgung in Bosnien ermittelten einen cut-off-Wert von ≥ 2.03 als geeignet für die bosnische Bevölkerung in der primären Gesundheitsversorgung, mit einer Sensitivität von 100% und einer Spezifität von 84% (Mollica et al., 2004, S.109). In dieser Arbeit wurde für die Diagnose einer PTBS ein cut-off-Wert von ≥ 2.06 verwendet. Dieser cut-off-Wert wurde in einer Studie von Oruc et al. (2008)

bei Patienten einer primären Gesundheitsversorgung in Bosnien Herzegovina als optimaler cut-off-Wert ermittelt, mit einer Sensitivität von 100% und einer Spezifität von 93.9%. Bei einem cut-off-Wert von ≥ 2.06 wurde in dieser Studie eine PTBS-Prävalenz von 97.1% gesamt, mit einer PTBS-Prävalenz von 96.4% bei Männern und 97.4% bei Frauen, ermittelt. Die PTBS-Prävalenz bei den Frauen in dieser Studie war zwar höher, aber es zeigte sich nicht das in der Forschungsliteratur bekannte Verhältnis von Frauen vs. Männer von ca. 2:1 (Perkonig et al., 2000; Kessler et al., 1995). Bei diesen Stichproben handelte es sich meist um repräsentative Stichproben. Aber auch bei kriegstraumatisierten Flüchtlingsstichproben, die nicht in Behandlung sind, weisen Frauen höhere PTBS-Prävalenzen als Männer auf (Eytan et al., 2004; Johnson & Thompson, 2008; A et al., 2002). Da es sich bei dieser Untersuchung um eine Stichprobe handelt, die eine Behandlung aufgesucht haben, zeigten sich höhere PTBS-Prävalenzen als in anderen Settings. Bei einer PTBS-Prävalenz von 97.1 % fällt dementsprechend der Geschlechtsunterschied geringer aus. Ähnlich hohe Prävalenzen, wie in dieser Arbeit, zeigten sich auch in einer Studie von Ahern et al. (2004) in einer Ambulanz, bei der 89.5% der Patienten noch 2 Jahre nach dem Kosovo Krieg unter einer PTBS litten. Eine deutsche Studie von Gäbel et al. (2006) bei 76 Asyl-Erstantragstellern ergab eine PTBS-Punkt-Prävalenz von ca. 60%, Nachuntersuchungen ergaben eine PTBS-Prävalenz von 40%. Bei Kriegsgefangenen oder politisch Gefangenen fanden Neria et al. (2000) eine PTBS-Prävalenz von ca. 50-70%. Weine et al. (1995) ermittelten bei bosnischen Flüchtlingen eine PTBS-Prävalenz von 65%. In einer weiteren Studie von Weine et al. (2000) wurde bei bosnischen Flüchtlingen eine PTBS-Prävalenz von 70% festgestellt. In einer gemischten Flüchtlingsgruppe aus 9 Ländern der drei Kontinente Asien, Afrika und Südamerika wurde in Schweden eine PTBS-Prävalenz von 50% ermittelt (Hermansson et al., 2002). In Schweden war bei bosnischen Flüchtlingen eine PTBS-Prävalenz von 18-33% gefunden worden, bei der schwedischen Kontrollgruppe lag die PTBS-Prävalenz dagegen bei .3-1% (Thulesius & Hakansson, 1999). In den USA wurde bei Flüchtlingen aus dem Kosovo eine PTBS-Prävalenz von 60.5% festgestellt. Zwei Jahre nach dem Kosovo Krieg fand man bei der zivilen kosovo-albanischen Bevölkerung eine PTBS-Prävalenz von 23.5% (Eytan et al., 2004). Mueller et al. (2011) ermittelte bei

einer nicht-klinischen Flüchtlingsgruppe in der Schweiz eine PTBS-Prävalenz von 50%.

Eine Limitierung dieser Studie ist, dass die Diagnose lediglich testdiagnostisch bestimmt wurde. Die hohe PTBS-Prävalenz dieser Studie hat zudem mit der Wahl des cut-off-Werts von ≥ 2.06 zu tun. Obwohl dieser cut-off-Wert eine Spezifität von 93.9% aufweist, könnte dieser cut-off-Wert für Patienten in einer psychosomatischen/psychiatrischen Fachklinik zu niedrig sein, da dieser cut-off-Wert bei einer Studie in einer allgemeinen Ambulanz festgesetzt wurde (Oruc et al., 2008). Zur Erhöhung der Spezifität können zum Beispiel klinisch strukturierte Interviews verwendet werden, was Mollica et al. (2004) auch vorschlagen. Die Verwendung von klinisch strukturierten Interviews hat in dieser Arbeit aber nicht stattgefunden. Somit ist die Aussagekraft dieser Arbeit bezüglich der PTBS-Prävalenz als abgeschwächt zu betrachten.

5.2.3 Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und den PTBS-Symptomen

Fragestellung 3:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und dem Schweregrad der PTBS-Symptome im Sinne eines Dosis-Effektes und gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und den PTBS Symptom-Clustern?

Hypothese 3:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und dem Schweregrad der PTBS-Symptome im Sinne einen Dosis-Effektes.

Es zeigte sich ein sehr signifikanter Zusammenhang ($p \leq .01$) bezüglich der Anzahl erlebter Traumata und Schwere der Trauma-Symptome gesamt, wodurch die Hypothese 3 bestätigt wurde [Tabelle 3]. Es zeigte sich, dass die Anzahl erlebter Traumata am stärksten mit den Symptomen des Wiedererlebens ($p \leq .01$) korreliert, signifikant mit den Symptomen der Trauma-Vermeidung ($p \leq .05$), aber nicht mit der Trauma-Erregung [Tabelle 3 & Abb. 3]. Ein Dosis-Effekt zwischen kumulativer Traumatisierung und Schweregrad der PTBS ist ebenso in diversen

Studien aufgezeigt worden (Cardozo et al., 2000; Powell et al., 2003; Rosner et al., 2003; Scholte et al., 2004; Steenkamp et al., 2012; Weine et al., 1995). In der bisherigen Forschungsliteratur nicht so intensiv untersucht ist der Zusammenhang zwischen Anzahl der Traumata und den PTBS-Clustern. Ai et al. (2002) fanden bei kosovarischen Flüchtlingen eine positive Korrelation zwischen Trauma-Level und allen drei Symptom-Clustern. Dagegen war in einer Studie von Mollica et al. (1998) eine Korrelation mit dem PTBS-Symptomen gesamt und mit Symptomen des Wiedererlebens sowie des Hyperarousals zu verzeichnen. Trauma-Vermeidungssymptome korrelierten nicht mit der Anzahl der Traumata (Mollica et al., 1998). Steenkamp et al. (2012) verglichen Soldaten, die unter intermittierenden, persistierenden PTBS-Symptomen litten und bei denen keine PTBS-Symptome vorhanden waren. Diejenigen mit persistierenden PTBS-Symptomen hatten mehr Traumata erlebt und litten unter einem höheren Schweregrad an PTBS-Symptomen, besonders unter Trauma-Vermeidungssymptomen (Steenkamp et al, 2012). Zudem war bei ihnen eine höhere Zahl peritraumatischer und anhaltender dissoziativer Symptome, wie Amnesien, Depersonalisation und Derealisation, zu verzeichnen (Steenkamp et al, 2012). In der Studie von Gäbel et al. (2006) waren bei einer Gruppe multipel traumatisierter Asylanten Symptome des Clusters Intrusionen (77.5%) am häufigsten, dann folgten Symptome der Übererregung (72.5%) und Vermeidung (70.5%). In dieser Studie waren Symptome der Übererregung am stärksten, gefolgt von Symptomen des Wiedererlebens, zuletzt Symptome der Vermeidung. Bei der Korrelationsberechnung zeigte sich aber, dass die Anzahl der Traumata mit einer sehr signifikanten Verstärkung der Intrusionen ($p \leq .01$) und einer signifikanten Verstärkung der Trauma-Vermeidung/emotionalen Erstarrung ($p \leq .05$) assoziiert ist [Tabelle 3 & Abb. 3]. In der Studie von Perkonig et al. (2005) waren chronische Verläufe signifikant mit einer hohen Rate an Symptomen der Vermeidung/emotionale Erstarrung, somatoformen Störungen und anderen Angststörungen assoziiert. Und wiederum ist eine chronische PTBS mit multipler Traumatisierung assoziiert (Koenen et al., 2002). Eine internationale Erhebung über die psychische Gesundheit der WHO untersuchte bei 20 Populationen die Auswirkung von multipler Traumatisierung (Karam et al., 2014). Die Traumatisierung galt als multiple, wenn > 4 Traumata erlebt wurden. Bezüglich der

PTBS-Cluster zeigte sich eine Assoziation mit Hyperarousal-Symptomen (Karam et al. 2014). Bei einer weiteren großen internationalen Erhebung der WHO über die psychische Gesundheit waren dissoziative Symptome mit einem hohen Level an Intrusionen assoziiert (Stein et al., 2013). In der Studie von Weine et al. (1995) waren Symptome des Wiedererlebens und Symptome der Trauma-Vermeidung bei bosnischen Flüchtlingen am stärksten ausgeprägt. Weine et al. (1995) erklärten, dass es durch die Zunahme der Intrusionen, welche die normativen und defensiven Strategien überfluten zu einer mehr primitiven defensiven Strategie in Form von Vermeidung, emotionaler Betäubung und Abspaltung sowie Leugnung kommt. Weine et al. (1995) gaben an, dass Opfer von Genoziden eventuell andere Ausprägungen der Symptom-Cluster entwickeln und betonten dabei, dass massive psychische Traumata, wie Genozide tiefgreifendere psychische Veränderungen, wie Veränderungen des Identitätsgefühls und der interpersonellen Beziehungen hervorrufen können. Der Genozid im Bosnienkrieg war von extremer Brutalität und Grausamkeit gekennzeichnet, mit Konzentrationslagern, organisierter Massenvergewaltigung und Tötungen von Nachbarn, die zuvor friedlich zusammengelebt haben (Weine et al., 1995). Die Traumata der Genozide sind dadurch gekennzeichnet, dass sie extrem, sequenziell sowie langandauernd sind und als Ziel die Vernichtung von Individuen, Familien und ganzen ethnischen und religiösen Gruppen und Gemeinschaften haben (Weine et al., 1995). In einer Studie von Cloitre et al. (2013) waren chronische Traumatisierungen stärker mit komplexer PTBS als einfacher PTBS assoziiert und umgekehrt war ein einzelnes Trauma stärker mit einfacher PTBS assoziiert. Cloitre et al. (2013) unterstützten daher mit den Ergebnissen ihrer Studie, die für die ICD-11 vorgeschlagene Unterscheidung von PTBS und komplexer PTBS. Die Stressor-Kriterien, die bei der komplexen PTBS aufgeführt werden, sind zum Beispiel Genozid, Folter, Erfahrung als Kindersoldat, sexueller Missbrauch und schwere häusliche Gewalterfahrung (Maercker et al., 2013). Die Symptome dieser für die ICD-11 vorgeschlagene neu formulierte komplexe PTBS bestehen aus den drei Symptom-Clustern der Posttraumatischen Belastungsstörung sowie zusätzlich aus Störungen im Bereich der Affektregulation, des Selbstkonzepts und der interpersonellen Beziehungen (Maercker et al., 2013; Cloitre et al., 2013).

5.2.4 Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und anderen psychischen Symptomen/Somatisierung

Fragestellung 4:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und der Ausprägung anderer psychischer Symptome/Somatisierung?

Wie in der aktuellen Forschungsliteratur zeigte sich auch hier eine Assoziation zwischen der Anzahl der Traumata und Ängstlichkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Somatisierung und psychische Belastung ($p \leq .05$) [Tabelle 3]. Die Zahl der Traumata korrelierte aber auch mit paranoidem Denken und Psychotizismus ($p \leq .05$) [Tabelle 3]. Auch bei Scholte et al. (2004) zeigte sich bei traumatisierten Kriegsoptionen in Afghanistan ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und PTBS, Angst sowie Depression. Panikstörung und andere Angststörungen waren in einer großen Querschnittsstudie im Süd-Sudan bei Kriegstraumatisierten mit dem Level der Trauma-Exposition verbunden (Ayazi et al., 2014). In einer Studie von Cardozo et al. (2000) konnte bei Kosovo-Albanern im Kosovo eine Korrelation zwischen Anzahl der Traumata und einer signifikanten Verschlechterung der psychischen Gesundheit, anhand des GHQ-28, gemessen werden. Der GHQ-28 misst mit 4 Subskalen den Level von Somatisierung, Angst, Depression sowie soziale Funktionsfähigkeit. In einer Studie von Vrana & Lauterbach (1994) waren Symptome der Depression, der Angststörung und der PTBS bei College Studenten deutlich stärker, wenn eine multiple Traumatisierung vorlag. Mollica et al. (1999) fanden bei einer Studie mit bosnischen Flüchtlingen eine Assoziation zwischen multipler Traumatisierung und psychischer Beeinträchtigung. Die psychische Beeinträchtigung war zusätzlich bei Vorhandensein von komorbiden Störungen erhöht (Mollica et al., 1999). In einer weiteren Studie von Mollica et al. (1998) bei kambodschanischen Flüchtlingen konnte ebenfalls ein Dosis-Beziehung zwischen Level der Traumatisierung und PTBS, Depression sowie dissoziativen Symptomen aufgezeigt werden. Bei der schon aufgeführten großen internationalen Erhebung der WHO über die psychische Gesundheit bei 20 Populationen war bei Betroffenen mit multipler Traumatisierung eine höhere Komorbidität mit Angststörungen und anderen affektiven Störungen zu verzeichnen (Karam et al., 2014). Weine et al. (1995)

fanden bei bosnischen Flüchtlingen, die multiple Traumata erlebt hatten, eine Prävalenz von 35 % für Depression. Nijenhuis et al. (1998) beschrieben, dass körperliche und sexuelle Traumatisierung mit einer somatoformen Dissoziation assoziiert sind, dabei war die frühe, intensive und multiple Traumatisierung der stärkste Prädiktor. Heim et al. (1998) konnten ebenfalls bei sexuellen Missbrauchsoffern eine Assoziation zwischen Prävalenz der Missbrauchereignisse und chronischen Unterleibsschmerzen feststellen. Eine Studie von Klarić et al. (2007) bei kriegstraumatisierten Frauen in Herzegovina untersuchte die Beziehung zwischen Anzahl erlebter Traumata und den Skalen der SCL-90-R sowie dem Schweregrad der PTBS, gemessen mit dem HTQ. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und Schweregrad der PTBS (Klarić et al., 2007). Die Korrelationsberechnung mit der Anzahl erlebter Traumata und den SCL-90-R Skalen ergab eine signifikante Korrelation mit allen Skalen der SCL-90-R und zeigt demnach, dass multiple und extreme Traumatisierung auch andere psychische Symptome hervorrufen kann (Klarić et al., 2007). In dieser Arbeit war eine Dosis-Beziehung zwischen Anzahl der Traumata, paranoidem Denken und Psychotizismus zu verzeichnen, neben der vermuteten Korrelation zwischen Anzahl der Traumata und Depressivität, Ängstlichkeit und Unsicherheit im Sozialkontakt [Tabelle 3]. Die positive Korrelation mit paranoidem Denken und Psychotizismus kann auf eine Verstärkung der interpersonellen Sensitivität hindeuten. Freeman et al. (2013) untersuchten Opfer körperlicher Gewalt, da dieses Trauma mit einem hohem Risiko einer PTBS einhergeht aber auch zu Verzerrungen im Urteil über die Intentionen anderer Menschen führen kann. Das Ergebnis der Untersuchung war eine positive Korrelation zwischen PTBS und Paranoia. Dabei ließen sich negative Kognitionen, wie Schuldgefühle, eine negative Selbstsicht, Sorgen sowie Sicherheitsverhalten als Prädiktoren für die Entwicklung einer PTBS und Paranoia detektieren. Die genannten negativen Kognitionen, wie Schuldgefühle und negative Selbstsicht sind auch Bestandteil der DESNOS. Die in dieser Arbeit ermittelte Korrelation mit paranoidem Denken und Psychotizismus könnte demnach auf eine DESNOS hinweisen. Besonders der Zusammenhang zwischen Anzahl der Traumata und Somatisierung könnten auf eine DESNOS hindeuten. Diese Frage kann jedoch bei den vorliegenden Daten nicht sicher geklärt bzw. differenziert werden, da hier

keine spezifische Diagnostik zur Erfassung einer DESNOS, wie zum Beispiel der SIDES (*Structured Interview for Disorders of extreme Stress*), verwendet wurde. Morina & Ford (2008) verzeichneten bei einer zivilen kriegstraumatisierten Stichprobe im Kosovo eine Prävalenz von 2% für eine vollständige DESNOS, fanden aber bei 24 - 42% klinisch relevante DESNOS-Symptome und betonten daher, dass bei Opfern von Kriegstraumatisierung und Genozid die Erfassung und auch die Behandlung von DESNOS Symptomen relevant sind.

5.2.5 Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS-Symptome und anderen psychischen Symptomen/Somatisierung

Fragestellung 5:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS-Symptome und der Ausprägung anderer psychischer Symptome/Somatisierung?

Insgesamt weist diese Stichprobe eine hohe Symptombelastung auf allen Skalen der SCL-90-R auf [Tabelle 2].

Bei ambulanten Psychatriepatienten war der höchste Mittelwert bei Depressivität ($\bar{x} = 1.79$), gefolgt von Ängstlichkeit und Zwanghaftigkeit ($\bar{x} = 1.47$), der niedrigste Mittelwert bei Phobischer Angst ($\bar{x} = .74$), zu verzeichnen (Derogatis & Cleary, 1977; Franke, 1995, S. 84). Der Mittelwert des globalen Kennwertes GSI betrug $\bar{x} = 1.26$ (Derogatis & Cleary, 1977; Franke, 1995, S. 84). In dieser Arbeit ergab der höchste Mittelwert $\bar{x} = 2.79$ bei der Skala Ängstlichkeit, gefolgt von $\bar{x} = 2.74$ bei der Skala Depressivität, der niedrigste Mittelwert $\bar{x} = 2.22$ zeigte sich bei der Skala Psychotizismus [Tabelle 2]. Der globale Kennwert (GSI) ergab $\bar{x} = 2.54$ [Tabelle 2]. Im Vergleich zu den ambulanten Psychatriepatienten von Derogatis & Cleary (1977) zeigte sich bei der Stichprobe dieser Arbeit eine insgesamt deutlich höhere Symptombelastung auf den Skalen des SCL-90-R. Bei der oben genannten Studie von Klarić et al. (2007) zeigten sich noch höhere Mittelwerte der SCL-90-R Skalen bei kriegstraumatisierten Frauen. Die höchsten Mittelwerte waren bei Somatisierung ($\bar{x} = 7.68$) und Ängstlichkeit ($\bar{x} = 6.95$), der niedrigste Mittelwert war bei Psychotizismus ($\bar{x} = 2.45$), zu verzeichnen (Klarić et al., 2007). Alle Skalen der

SCL-90-R sowie der Schweregrad der PTBS waren dabei mit der Anzahl der Traumata und belastenden Ereignissen nach dem Krieg assoziiert (Klarić et al., 2007).

Der Mittelwert des Beschwerdeindex der Somatisierung ist bei der Stichprobe dieser Arbeit mit einem Mittelwert von $\bar{x} = 26.91$ ebenfalls hoch ausgeprägt [Tabelle 2]. Der Beschwerdeindex Somatisierung bei Patienten einer psychosomatischen Klinik ergab einen Mittelwert von $\bar{x} = 15.0$ (Rief & Hiller, 2013, S. 43). Dagegen zeigte sich bei einer großen repräsentativen Stichprobe bei gesunden Kontrollpersonen ein Mittelwert von $\bar{x} = 3.4$ (Rief & Hiller, 2013, S. 41). Bei einem Vergleich von Personen mit Somatisierungsstörung, Panikstörung und Major Depression waren deutlich höhere Mittelwerte des Beschwerdeindex Somatisierung, im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen, zu verzeichnen. Bei der Somatisierungsstörung betrug der Mittelwert des Beschwerdeindex Somatisierung $\bar{x} = 20.2$, bei Personen mit Panikstörung $\bar{x} = 17.5$ und bei Personen mit Major Depression $\bar{x} = 13.4$ (Rief & Hiller, 2013, S. 43).

Die PTBS-Skalen des HTQ-Symptom-Teils sind in dieser Stichprobe ebenfalls hoch und deuten daher auf eine hohe Symptombelastung der PTBS hin [Tabelle 2]. Bei einer prospektiven Studie mit einer Stichprobe von Kosovo-Albanern in Schweden und im Kosovo wurde der Mittelwert der HTQ PTBS-Skalen bei der Erstuntersuchung, nach 3 Monaten, 6 Monaten und nach 1.5 Jahren bestimmt (Roth et al., 2006). Bei der Erstuntersuchung war der Mittelwert $\bar{x} = 2.34$, nach 3 Monaten $\bar{x} = 2.46$, nach 6 Monaten $\bar{x} = 2.40$ und nach 1.5 Jahren $\bar{x} = 2.94$ (Roth et al., 2006). Interessanterweise war die Symptombelastung nach 1.5 Jahren am höchsten. Die höhere Symptombelastung bei der Stichprobe in dieser Arbeit ist am ehesten darauf zurückzuführen, dass es sich bei dieser Stichprobe, anders als in der oben genannten, um eine Inanspruchnahmeklientel von Psychotherapie handelt und daher die Symptombelastung verständlicherweise höher ist.

Die Ergebnisse der Korrelationsberechnungen ergaben, dass eine Erhöhung des PTBS Symptom-Levels mit einer Erhöhung der 9 Skalen des SCL-90-R, des globalen Kennwertes GSI sowie mit dem Beschwerdeindex Somatisierung einhergeht [Tabelle 3]. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Verstärkung der PTBS-Symptome mit einer Verstärkung anderer nicht Trauma-spezifischer Symptome vergesellschaftet ist. Es ist in der Forschungsliteratur bekannt, dass

eine PTBS einen Risikofaktor für andere psychische Störungen, wie Depression, Angststörung und Suchterkrankungen darstellt (Bleich et al., 1997; Breslau et al., 2000; Keane & Wolfe, 1990). Bei einer Studie von Kessler et al. (1995) wiesen 88% der Männer und 79% der Frauen mit einer PTBS komorbide psychische Störungen auf. In einer prospektiven Studie von Hauff & Vaglum (1994) bei vietnamesischen Flüchtlingen war die psychische Belastung, gemessen mit dem SCL-90-R, bei chronischer PTBS signifikant stärker ausgeprägt als bei partieller PTBS. Die chronische PTBS war mit einer höheren Anzahl der Traumata und bestimmter Trauma-Arten, z.B. Kampferfahrungen, Aufenthalt in einem Zwangsarbeitslager und Erleben von Gefahr, assoziiert. Zudem waren die Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität und Somatisierung mit einer chronischen PTBS assoziiert (Hauff & Vaglum, 1994). Daher sahen Hauff & Vaglum (1994) den Einschluss zusätzlicher diagnostischer Instrumente bei der Diagnostik der chronischen PTBS als indiziert an. In einer Studie von Teodorescu et al. (2012), die Flüchtlinge untersuchte, waren bei 80% der PTBS Fälle drei oder mehr komorbide Störungen vorhanden. Eine schwerere Symptomatik der komorbiden Störungen war bei Patienten mit PTBS und zusätzlicher DESNOS zu finden als bei Patienten mit PTBS ohne DESNOS (Teodorescu et al., 2012). Chronische Schmerzen zeigten in einer weiteren Studien von Teodorescu et al. (2015) bei Flüchtlingen eine Korrelation mit erhöhter PTBS und DESNOS Symptomatik. Die positiven Korrelationen zwischen Schweregrad der PTBS und den SCL-90-R Skalen [Tabelle 3] und auch die hohen Skalenwerte der SCL-90-R [Tabelle 2] könnten auch in dieser Arbeit auf Symptome einer DESNOS zurückzuführen sein. Zum Teil könnten die positiven Korrelationen auch darauf zurückzuführen sein, dass einige Symptome, die im SCL-90-R abgefragt werden, auch Bestandteil der Kriterien einer PTBS sind. Nachfolgend werden einige Fragen des SCL-90-R zu Symptomen aufgelistet, welche auch bei einer PTBS vorkommen können: z.B. Frage 2 „Nervosität oder innerem Zittern“, Frage 11 „dem Gefühl leicht reizbar oder verärgerbar zu sein“, Frage 32 „dem Gefühl sich für nichts zu interessieren“, Frage 55 „Konzentrationsschwierigkeiten“, Frage 66 „unruhigem oder gestörtem Schlaf“ (Franke, 1995).

5.2.6 Unterschiede in der psychischen Symptomatik in Abhängigkeit von der Art erlebter Traumata

Fragestellung 6:

Wie wirken sich die unterschiedlichen traumatischen Ereignisse auf den Schweregrad der PTBS, die PTBS-Cluster, die psychische Belastung sowie die Somatisierung aus?

Die Schwere der Trauma-Symptome war mit 13 der 16 Traumata assoziiert [Tabelle 4]. Lediglich bei den Traumata „Kampfsituation“, „nahe dem Tod“ und „unnatürlicher Tod in der Familie oder eines Freundes“ unterscheidet sich die Schwere der Trauma-Symptome nicht in Abhängigkeit davon, ob das jeweilige Trauma erlebt oder nicht erlebt wurde. Diese Ergebnisse überraschen, da es sich nicht mit den Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten deckt. Gerade Traumata, die Todesnähe beinhalten und interpersonelle Traumata, wie Kampfsituationen oder ein unnatürlicher Tod von Familienmitgliedern oder Freunden, welche mit der Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen einhergehen können, sind mit einem hohen Risiko für eine PTBS und einen hohen Schweregrad der PTBS-Symptome assoziiert (Green et al., 2000; Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010, Ehring & Quack 2010). Todesnähe und Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen sind als Stressor-Kriterien im DSM-IV und DSM-IV-TR aufgeführt (Saß et al., 1998, S.491; Saß et al., 2003, S.520). Bei „Nahe dem Tod“ ergab sich jedoch ein signifikanter Unterschied beim Cluster Symptome des Wiedererlebens [Tabelle 16].

Bei der Beurteilung der Ergebnisse dieser Arbeit sollte beachtet werden, dass es sich um multitraumatisierte Patienten handelte, so dass eine Ermittlung der Auswirkungen einzelner traumatischer Ereignisse nicht valide ist. Dazu wäre eine Untersuchung an Probanden mit möglichst singulärer Traumaart notwendig, um die unterschiedlichen Auswirkungen auf den Schweregrad der Symptome zu untersuchen. Ein zusätzlicher Grund für diese Ergebnisse könnte darüber hinaus darin bestehen, dass die Patienten, die interpersonellen traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, möglicherweise eine komplexe PTBS bzw.

DESNOS entwickelt haben könnten, da wiederholte, interpersonelle Traumatisierungen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer komplexen PTBS bzw. DESNOS einhergehen kann (Herman, 1992; Van der Kolk et al., 2005). Diese Frage kann jedoch in dieser Arbeit letztendlich nicht beantwortet werden, da die komplexe PTBS bzw. DESNOS nicht erfasst wurde.

Die Ergebnisse der Berechnung der Zusammenhänge zwischen der Art erlebter Traumata und Ausprägung der PTBS-Cluster überraschen ebenfalls. So zeigten sich signifikante Zusammenhänge bei nicht interpersonellen Kriegserfahrungen, wie „Mangel an Nahrung und Wasser“, „schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung“, „kein Dach über den Kopf“, „erzwungene Isolation“ in allen drei PTBS-Clustern [Tabelle 7, 8, 9 & 15]. Aber auch interpersonelle Traumatisierung, wie „Gefangenschaft“, „ernsthafte Verletzung“, „Gehirnwäsche“, „Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch“, „verschwunden oder entführt“ erreichten das Signifikanzniveau bei allen drei Symptom-Clustern [Tabelle 10, 11, 13, 14 & 21]. Insgesamt ergaben sich dennoch interessante Aspekte, wie z.B. der hoch signifikante Zusammenhang zwischen Folter und Trauma-Vermeidungssymptomen/emotionaler Betäubung ($p \leq .001$) und der hoch signifikante Zusammenhang zwischen Folter und Symptomen des Trauma-Wiedererlebens ($p \leq .001$) [Tabelle 22]. Ähnliche Ergebnisse konnten auch in anderen Studien ermittelt werden. Bei Punjabi Sikh Folter-Überlebenden war ebenfalls die stärkste Assoziation zwischen Folter und Trauma-Vermeidungssymptomen/emotionaler Betäubung zu verzeichnen (Rasmussen et al., 2007). Bei vietnamesischen Ex-Politisch Gefangenen in den USA, die wiederholt Folter erlebt hatten, zeigte sich dagegen die stärkste Assoziation zwischen Folter und Symptomen der Übererregung (Mollica et al., 1998). Kira et al. (2013) beschäftigten sich unter anderem mit den Auswirkungen der verschiedenen Folterarten auf die psychische Symptomatik. Die meisten der Folterarten, wie sexuelle Folter, anale Vergewaltigung, Einzelhaft und Folter mit Strom waren stark mit Trauma-Vermeidungssymptomen/emotionaler Betäubung und Dissoziation assoziiert (Kira et al., 2013). Dieser Zusammenhang könnte laut der Autoren dadurch bedingt sein, dass Folter eine so massive emotionale und physische Verletzung darstellt, dass die Verstärkung der Symptome des Wiedererlebens durch Dissoziation im Sinne eines Schutzmechanismus unterdrückt werden (Kira et al., 2013). Dies

könnte auch den signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und Verstärkung der Sympton-Cluster des Wiedererlebens und der Trauma-Vermeidung/emotionaler Erstarrung in dieser Arbeit erklären [Tabelle 3 & Abb. 3]. Haben die Patienten Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch erlebt, dann zeigten sich auch zusätzlich stärkere Symptome der Übererregung ($p \leq .05$), die bei Folter nicht erhöht waren [Tabelle 14 & 22]. Bei Kriegs- und Foltertraumatisierten fanden sich in einer Studie von Gola et al. (2012) nur bei vergewaltigten Frauen signifikant erhöhte Cortisolwerte nach Konfrontation mit Reizen, die an das Trauma erinnern. Bei Kriegserfahrung und Foltererfahrung ohne Vergewaltigung zeigten sich diese Unterschiede in den Cortisolwerten nicht. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass verschiedene Arten von Traumata zu unterschiedlichen neurophysiologischen Antworten führen können, die somit die unterschiedliche Ausprägung der Cluster verständlich machen.

Die psychische Belastung (GSI) fällt signifikant höher aus, wenn die Traumata „Mangel an Nahrung oder Wasser“, „Schlechte Gesundheit ohne Zugang zu medizinischer Versorgung“, „Gefangenschaft“, „Ernsthafte Verletzung“, „Kampfsituation“, „Gehirnwäsche“ und „Verschwunden oder entführt“ erlebt wurden [Tabelle 5]. Bei der Studie von Scholte et al. (2004) bei kriegstraumatisierten Afghanen wurden ebenfalls die Auswirkungen der verschiedenen Traumaarten auf die psychische Symptomatik untersucht. Sie verwendeten ebenso den HTQ Ereignisteil, fügten jedoch weitere Traumata hinzu, die spezifisch für Afghanistan waren. Alle Traumata, bis auf Verletzung durch eine Landmine, Trennung von Familienmitgliedern, Vergewaltigung, Verlust von Familienmitgliedern, kürzliche Bombardierungen oder Entführung waren mit Angst und Depression assoziiert (Scholte et al., 2004). Die PTBS war assoziiert mit den Traumata, „Mangel an Nahrung oder Wasser“, „kein Dach über den Kopf“, „Folter“, „Flucht“, „Verlust von Besitz“ und „Entführung und Todesnähe“ (Scholte et al., 2004). Wie in dieser Arbeit zeigte sich auch in der Studie von Scholte et al. (2004) die Assoziation von nicht interpersonellen Traumata und Schweregrad der PTBS. Die Stichprobe war ebenfalls multitraumatisiert, 14.1% erlebten ≥ 11 Traumata, 43.7% erlebten 8-10 Traumata (Scholte et al., 2004).

Hinsichtlich der Somatisierung war eine Assoziation mit den Traumata „kein Dach über den Kopf“, „Gehirnwäsche“, „erzwungene Isolation“, und „unnatürlicher Tod in

der Familie oder eines Freundes“ zu verzeichnen [Tabelle 6]. In Hinblick auf die aktuelle Studienlage hätte man eine Assoziation zum Beispiel mit Folter und Vergewaltigung erwartet (Deering et al., 1996; Van Ommeren et al., 2001). Gerade interpersonelle Traumatisierungen, besonders wenn sie wiederholt auftreten, gehen mit einem hohen Risiko für eine Somatisierung einher (Herman, 1992; Van der Kolk et al., 1996). Von Vergewaltigungsopfern oder Opfern des sexuellen Missbrauchs weiß man beispielsweise, dass sie häufig unter chronischen Unterbauchschmerzen leiden (Heim et al., 1998).

Ein Grund für die Ergebnisse könnte damit zusammenhängen, dass die Traumata zum Teil ungenaue Bezeichnungen haben, bei denen nicht klar ist, was die Ursache ist, zum Beispiel „nahe dem Tod“. Bei „nahe dem Tod“ ist unklar, ob die Todesnähe interpersonell oder non-interpersonell verursacht wurde. Die Todesnähe könnte auch zum Beispiel durch sekundäre Folgen des Krieges, wie z.B. durch Mangel an Flüssigkeit oder Nahrung, verursacht worden sein. Im Falle, dass die Todesnähe interpersonell bedingt wurde, ist auch unklar, ob das interpersonelle Trauma intentional oder non-intentional war. Der Grund für das Erleben der Todesnähe hat unterschiedliche psychische Auswirkungen zur Folge. Eine extreme Form der interpersonellen und intentionalen Traumatisierung ist Folter. Aus diesem Grund ist bei dieser Arbeit, wie schon erwähnt, kritisch anzumerken, dass durch die multiple Traumatisierung die statistische Aussagekraft bezüglich des Zusammenhangs zwischen Traumaart und psychische Symptome abgeschwächt ist, so dass eine differentielle Beurteilung über die Auswirkungen der verschiedenen traumatischen Ereignisse auf die psychische Symptomatik nur eingeschränkt möglich ist.

5.2.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Fragestellung 7:

Gibt es einen geschlechtsspezifischen Unterschied hinsichtlich der Schwere der PTBS-Symptome, der drei PTBS Symptom-Cluster und anderer psychischer Symptome?

Hypothese 7:

Es gibt einen geschlechtsspezifischen Unterschied hinsichtlich der Schwere der PTBS-Symptome.

Die Ergebnisse zeigen, dass es zwischen männlichen und weiblichen Patienten signifikante Unterschiede bei der Depressivität und der phobischen Angst gab, wobei Frauen signifikant höhere Werte aufwiesen [Tabelle 25]. Damit entsprechen diese Ergebnisse dem Stand der Forschung. Scholte et al. (2004) untersuchten eine große repräsentative Population in Afghanistan. Dabei waren Ängste und Depression bei Frauen signifikant stärker ausgeprägt ($p \leq .05$) (Scholte et al., 2004). Auch bei Silove et al. (1997) waren Ängste bei dem weiblichen Geschlecht stärker ausgeprägt. Bezüglich der Somatisierung war bei der Stichprobe dieser Arbeit kein signifikanter Unterschied zu verzeichnen. Bei der repräsentativen Stichprobe von Rief & Hiller (2013) war dagegen ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen beim Beschwerdeindex Somatisierung vorhanden (Rief & Hiller, 2013, S. 41). Auch in dieser Arbeit erlebten Männer signifikant mehr traumatische Ereignisse als Frauen, was dem Stand anderer Forschungsergebnisse entspricht ($\bar{x} = 9.29$ vs. $\bar{x} = 7.87$; m vs. w; $p \leq .05$) [Tabelle 23, 24 & 25]. Dass Männer mehr Traumata erleben als Frauen, gilt sowohl für kriegstraumatisierte Bevölkerungen, als auch für repräsentative Stichproben ohne Kriegserfahrungen (Scholte et al., 2004; Powell et al., 2003; Rosner et al., 2003; Breslau & Anthony, 2007). Bezüglich der PTBS-Symptome waren Trauma-Vermeidungssymptome/Symptome der emotionalen Betäubung bei Frauen signifikant stärker ausgeprägt ($p \leq .05$) [Tabelle 25 & Abb. 4]. Anders als die Ergebnisse der Forschungsliteratur, konnte in dieser Studie kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied bei der Schwere der Traumsymptome gesamt gefunden werden, wobei bei Frauen die Symptomstärke tendenziell höher ausgeprägt war [Tabelle 23, 24 & 25]. Die Hypothese 7 konnte daher nicht bestätigt werden. Ergebnisse bei repräsentativen Stichproben zeigen, dass Frauen im Mittel mehr PTBS-Symptome haben und die Symptome in höherer Intensität und Frequenz erleben (Breslau et al., 1998). Auch in der Studie von Ai et al. (2002) bei kosovarischen Flüchtlingen konnte eine signifikant stärkere PTBS-Symptomatik bei Frauen festgestellt werden. Thulesius & Hakansson (1999) verglichen eine schwedische Gruppe mit einer Gruppe bosnischer Flüchtlinge. Die

Wahrscheinlichkeit einer PTBS war bei Frauen in der schwedischen Kontrollgruppe erhöht, in der bosnischen Gruppe gab es keinen geschlechtsspezifischen Unterschied. Dieses Ergebnis könnte nach Thulesius & Hakansson (1999) damit zusammenhängen, dass die Männer in der bosnischen Gruppe mehr Kriegstraumata, z.B. durch Militär und Inhaftierungen erlebt haben. Auch in dieser Arbeit haben mehr Männer Kampfsituationen (35 % vs. 16%; m vs. w), ernsthafte Verletzungen (63% vs. 38%; m vs. w), Todesnähe (91 vs. 71%; m vs. w) und Folter (70% vs. 48%; m vs. w) erlebt, was den nicht signifikanten Geschlechtsunterschied bezüglich des Schweregrads der PTBS erklären könnte [Tabelle 1, 23, 24 & 25]. Nach dem aktuellen Stand der Forschung ist das weibliche Geschlecht mit einem höheren Risiko an PTBS zu erkranken verbunden (Ai et al., 2002; Ahern et al., 2004). Einige Autoren sind der Meinung, dass der Geschlechtsunterschied nicht als generell erhöhte Vulnerabilität zu verstehen ist, sondern dass es einen geschlechtsspezifischen Unterschied bezüglich bestimmter traumatischer Ereignisse gibt. Insgesamt sind interpersonelle Traumata, so wie körperliche und sexuelle Gewalt stark mit der Entwicklung einer PTBS und höheren Schweregrad der PTBS assoziiert (Breslau, 2001; Jehel et al., 2006; Kessler et al., 1995). In einer Arbeit von Stein et al. (2000b) machte körperliche Gewalt einen signifikanten Geschlechtsunterschied aus, Frauen reagierten auf diese Traumaart stärker. Auch andere Arbeiten stützen die Hypothese, dass es bezüglich des Risikos für die Entwicklung einer PTBS keinen generellen Geschlechtsunterschied gibt. Als starker Prädiktor für die PTBS gilt das Level der peritraumatischen Dissoziation, bei der kein Geschlechtsunterschied festgestellt wurde (Punamäki et al., 2005; Tichenor et al., 1996; Marshall & Schell, 2002; Ozer et al., 2003; Birmes et al., 2003). Wiederrum ist die wahrgenommene Lebensbedrohung ein Prädiktor für das Auftreten einer peritraumatischen Dissoziation (Johansen et al., 2007). Die Wahrnehmung von starker Bedrohung und einer niedrigen wahrgenommenen Kontrolle sind bedeutende Einflussfaktoren für das Risiko der Entwicklung einer PTBS, denn sie bestimmen den Grad an peritraumatischer Dissoziation (Johansen et al., 2006 & 2007). Nach den Forschungsergebnissen scheint es keinen generellen Geschlechtsunterschied im Grad der peritraumatischen Dissoziation zu geben, jedoch Geschlechtsunterschiede bezüglich der Reaktion auf verschiedene Arten der

Traumatisierung, wie körperliche und sexuelle Gewalt. Wie oben erwähnt ist die peritraumatische Dissoziation, die sich aus dem Grad der wahrgenommenen Bedrohung und dem Grad der wahrgenommenen Kontrolle ergibt, ein Prädiktor für eine PTBS. Bei den genannten Traumaarten, körperliche und sexuelle Gewalt, bei denen bezüglich des Risikos einer PTBS ein Geschlechtsunterschied ermittelt werden konnte, könnte daher die körperliche Unterlegenheit der Frauen eine Rolle spielen (Davis & Breslau, 1998). Durch die körperliche Unterlegenheit könnte es zu einer Intensivierung von Gefühlen der Bedrohung und Hilflosigkeit, die eine Reaktion mit Kampf oder Flucht unterbrechen und in Folge dessen eine Reaktion der Erstarrung bzw. Dissoziation bahnen können. Die peritraumatische Dissoziation ist wiederum ein Prädiktor für eine PTBS. Es gibt Arbeiten, die durch funktionelle Bildgebung ermittelt haben, dass Frauen auf emotionale Bilder stärker reagieren und allgemeinen ein besseres emotionales Gedächtnis für negative, emotionale Bilder aufweisen (Canli et al., 2002). Auch Frans et al. (2005) fanden heraus, dass der Level der emotionalen Stressantwort für die Entwicklung einer PTBS entscheidend war, nicht das Geschlecht allein. Bei Frauen war aber die emotionale Stressantwort signifikant höher als bei Männern. Eine Untersuchung von Curtis et al. (2006) bei Ratten hat ergeben, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede in dem Locus coeruleus-Epinephrin-System gibt. Weibliche Ratten weisen eine höhere postsynaptische Sensitivität für CRF und Unterschiede in der Regulation des Locus coeruleus-Epinephrin-System auf, was die unterschiedliche Reaktion auf Stress und die höhere Vulnerabilität für Traumafolgestörungen beim weiblichen Geschlecht erklären könnte. Ähnliche Ergebnisse wurden auch in Forschungsarbeiten von Bangasser et al. (2011 & 2012) bei Ratten gefunden. Wie hier dargestellt gibt es viele verschiedene Ergebnisse in diesem Bereich, die sich teils auch widersprechen. Weitere Forschung im Bereich geschlechtsspezifischer Unterschiede hinsichtlich posttraumatischer Prozesse sind zur Klärung notwendig.

5.2.8 Auswirkungen vom Aufenthaltsstatus auf die psychische Symptomatik

Fragestellung 8:

Wie wirkt sich der Aufenthaltsstatus auf die Symptome der PTBS, auf andere psychische Symptome, auf die psychische Belastung insgesamt

und auf die Somatisierung aus?

Hypothese 8:

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus ist mit einer schwereren PTBS-Symptomatik assoziiert.

Vorweg ist anzumerken, dass aufgrund der vielen fehlenden Angaben zum Aufenthaltsstatus leider nur sehr ungleiche Gruppen gebildet werden konnten. Zur Berechnung der Unterschiede wurde hier der Mann-Whitney-U-Test gewählt. Der Mann-Whitney-U-Test kann auch bei ungleichen Gruppen- bzw. Stichprobengrößen angewendet werden. Dennoch ist die Stärke der statistischen Aussagekraft dadurch abgeschwächt.

Es zeigte sich kein Unterschied bei den PTBS-Symptomen in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus [Tabelle 26]. Ebenso war auch kein Unterschied im Bereich der drei Symptomcluster, „Trauma-Widererleben“, „Trauma-Vermeidung“ und „Trauma-Übererregung“, zu verzeichnen [Tabelle 26]. Bei einem unsicheren Aufenthaltsstatus waren die Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus und der globale Kennwert GSI sowie der Beschwerdeindex Somatisierung signifikant erhöht ($p \leq .05$) [Tabelle 26]. Ein sehr signifikanter Unterschied zeigte sich bei der Skala Aggressivität/Feindseligkeit in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus ($p \leq .01$) [Tabelle 26]. Im Gegensatz zum Stand der bisherigen Forschung konnte die Hypothese 8, dass bei einem unsicherem Aufenthaltsstatus die PTBS-Symptome stärker ausgeprägt sind, nicht bestätigt werden [Tabelle 26]. Ein temporärer Aufenthaltsstatus war in einer Arbeit von Momartin et al. (2006) mit einer schweren PTBS, Angst und Depression assoziiert. Auch in dieser Arbeit gab es eine Korrelation zwischen unsicheren Aufenthaltsstatus und ängstlichen und depressiven Symptomen [Tabelle 26]. In einer Studie von Mueller et al. (2011), die eine nicht-klinische Gruppe von Flüchtlingen mit und ohne misslungenem Asylprozess untersuchte, fand sich dagegen kein Unterschied in der Intensität der PTBS, Angststörung und Depression. Longitudinale Studien bei Flüchtlingen weisen jedoch auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und der Schwere der PTBS, Angststörung und Depression hin. Diejenigen mit einem sicheren Aufenthaltsstatus zeigten deutliche Besserungen der PTBS,

Angststörung und Depression im Verlauf, als jene mit unsicherem Aufenthaltsstatus, bei denen alle Level der psychischen Symptome hoch blieben (Silove et al., 2007). Longitudinale Studien können bei dieser Fragestellung validere Ergebnisse liefern, da der Einfluss der Variable Aufenthaltsstatus, die eine längere Zeit auf einen Menschen einwirkt und die sich im Verlauf auch ändern kann, durch eine longitudinale Studie noch besser dargestellt werden kann, als durch eine Querschnittsstudie. Eine andere longitudinale Studie untersuchte den Einfluss der Änderung des Aufenthaltsstatus auf die PTBS und Depression bei mandäischen Flüchtlingen in Australien (Nickerson et al., 2011). Dabei war die Änderung in ein permanentes Bleiberecht mit einer signifikanten Besserung der PTBS und Depression sowie einer Besserung der Lebensqualität verbunden (Nickerson et al., 2011). Ein unsicherer, vorübergehender Aufenthaltsstatus, der mit erhöhtem Stress und ständiger Angst vor Abschiebung verbunden ist, begünstigten chronische Verläufe einer PTBS und Depression (Steel et al., 2006). Hafterfahrungen, im Rahmen des Asylprozesses, sind ebenfalls mit einer höheren Rate von PTBS, Depression und chronischen Verläufen assoziiert (Steel et al., 2006). In einer prospektiven Studie von Silove et al. (2006) war in der Gruppe, deren Asyl anerkannt wurde, eine Verbesserung der PTBS, der Depression und der Angststörung zu verzeichnen, während die Gruppe, deren Asyl nicht anerkannt worden war, alle psychischen Symptome auf einem hohen Level blieben. Letztendlich weisen die Ergebnisse von longitudinalen Studien, als auch von Querschnittsstudien, auf einen Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und psychischer Symptomatik hin. Die eingeschränkten Rechte und der eingeschränkte Zugang zu Arbeit, Bildung und medizinischer Versorgung sowie die ständige Angst vor Abschiebung haben nachweislich einen schlechten Einfluss auf die psychische Gesundheit von Flüchtlingen.

Meist wurde bei den Forschungen PTBS, Angststörung und Depression in Bezug auf den Aufenthaltsstatus untersucht. Ergänzend zur bisherigen Forschung war in dieser Studie ein Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und Aggressivität/Feindseligkeit, paranoidem Denken, Psychotizismus und Somatisierung zu verzeichnen. Angesichts der geringen Datenmenge besteht diesbezüglich noch weiterer Forschungsbedarf. Die erhöhte Aggressivität/Feindseligkeit könnte z.B. ein Hinweis auf die gestörte

Impulskontrolle mit Störung in der Modulation von Wut sein, welche sich bei der komplexen PTBS bzw. DESNOS (Kriterium-I-Symptome der DESNOS) finden und auf eine Störung in der Beziehung zu den Mitmenschen, mit Problemen zu vertrauen, hinweisen (Kriterium-IV-Symptome der DESNOS). Die erhöhte Aggressivität/Feindseligkeit bei unsicherem Aufenthaltsstatus kann wiederum auch Wut widerspiegeln, die sich aus der Ohnmacht und Wahrnehmung eines geringen Grades der eigenen Kontrolle ergibt und daher auf eine veränderte Selbstwahrnehmung und Lebenseinstellung hindeuten kann (Kriterium-III und VI der DESNOS). Der geringe Grad der Kontrolle in der Gestaltung des Asylprozesses und der eigenen Lebensgestaltung können zum Beispiel zu der Wahrnehmung der eigenen Person als ineffektiv und zu einer fatalistischen Grundüberzeugung führen. In einer Studie von Dyer et al. (2009) war Aggression und Selbstverletzungsverhalten bei Betroffenen mit komplexer PTBS signifikant höher als bei Betroffenen mit einfacher PTBS. Prädiktor für Aggression und Selbstverletzungsverhalten waren wiederum Symptome der Kategorie veränderte Selbstwahrnehmung bei der komplexen PTBS (Dyer et al., 2009). Paranoides Denken und Psychotizismus könnten auf eine Veränderung in der Beziehung zu anderen mit der Unfähigkeit zu vertrauen (Kriterium-IV-Symptom der DESNOS) und eine Veränderung der Lebenseinstellung mit Verlust früherer stützender Grundüberzeugungen (Kriterium-VI-Symptom der DESNOS) hindeuten. Unsicherheit im Sozialkontakt und phobische Angst können ebenfalls auf eine veränderte Beziehungen zu den Mitmenschen und eine Veränderung der Selbstwahrnehmung hindeuten (Kriterium-III und IV der DESNOS). Auch in der ICD-10 Diagnose, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, wird eine misstrauische, feindliche Haltung gegenüber der Welt als Folge von Extrembelastung angegeben (Dilling & Freyberger, 2014, S. 250). Letztendlich könnte auch der Zusammenhang mit der Somatisierung auf eine DESNOS hinweisen (Kriterium-V der DESNOS; vgl. Luxenberg et al., 2001). In Anbetracht dessen könnte die hier ermittelte Symptomkonstellation (Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität/Feindseligkeit, paranoides Denken, Psychotizismus, Somatisierung), welche bei unsicheren Aufenthaltsstaus signifikant erhöht waren, auf das Vorliegen einer komplexen PTBS bzw. DESNOS hinweisen. Da Folter in dieser Studie von 56% erlebt wurde, welche bekanntlich mit einem höheren Risiko

für das Auftreten einer DESNOS bzw. komplexen PTBS einhergehen kann (Teegen & Vogt, 2002), könnte ein unbestimmter Teil der Betroffenen zusätzlich an einer DESNOS bzw. komplexen PTBS leiden. Diese Frage kann, wie schon erwähnt, in dieser Arbeit nicht beantwortet werden, da die DESNOS nicht erfasst wurde. Bei zivilen kriegstraumatisierten im Kosovo wurden in der zuvor schon beschriebenen Studie von Morina & Ford (2008) bei 24 - 42% der Probanden Symptome einer DESNOS gefunden. Signifikante DESNOS Symptome, die gefunden wurden, waren Somatisierung, Veränderungen in der Beziehung zu anderen Menschen und Veränderung der Grundüberzeugungen (Morina & Ford, 2008). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Kriegstraumatisierungen, die häufig wiederholte, langanhaltende und häufig auch interpersonelle Traumatisierungen sind, zu einem nicht unerheblichen Teil, zu Symptomen einer DESNOS bzw. komplexen PTBS führen können. Zwar wiesen nur 2% der Probanden die volle DESNOS auf, 24 - 42% litten aber unter Symptomen der DESNOS ohne die vollen Kriterien einer DESNOS zu erfüllen (Morina & Ford, 2008). Eine subsyndromale DESNOS kann dennoch zu einer enormen psychischen Belastung führen. In einer Studie von Teodorescu et al. (2012) wurde bei Flüchtlingen in Schweden bei 82%, mittels des SKID, eine PTBS festgestellt. Bei 16% wurde eine DESNOS, ermittelt durch den SIDES, festgestellt. 64% der Flüchtlinge litten unter einer PTBS und komorbiden Depression und 80% der PTBS Betroffenen litten unter drei oder mehr komorbiden Störungen (Teodorescu et al., 2012). Ein höherer Schweregrad der komorbiden Störungen zeigte sich bei Probanden, die unter einer PTBS und zusätzlich unter einer DESNOS litten. Arbeitslosigkeit, ein gering ausgebautes soziales Netzwerk und schwache soziale Integration waren mit höherer Komorbidität und erhöhtem Schweregrad der Symptome assoziiert (Teodorescu et al., 2012). Teodorescu et al. (2012) schlagen für zukünftige Forschungsfragen vor, die Beziehung zwischen Prä-Migrations Traumata und Post-Migrations-Stressoren und dessen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Flüchtlinge zu untersuchen, was wiederum zu einer Verbesserung der therapeutischen Interventionen führen würde. In einer Studie von Silove et al. (1997) war eine Verzögerung im Asylprozess, Probleme mit der Ausländerbehörde, Arbeitslosigkeit, Langeweile, Einsamkeit und rassistische Diskriminierung mit der Diagnose einer PTBS assoziiert. Ängste waren mit Armut

und Problemen mit der Ausländerbehörde, Einsamkeit und Langeweile waren mit Ängsten sowie Depressionen assoziiert.

Post-Migrations-Stressoren könnten sich additiv traumatisierend auf die schon mehrfach und schwer traumatisierten Flüchtlinge auswirken und schließlich die Entwicklung einer komplexen PTBS bzw. DESNOS begünstigen.

In dieser Studie wurde nur der Aufenthaltsstatus berücksichtigt, weitere Einflussfaktoren, die mit dem Aufenthaltsstatus zusammenhängen können, wie Einsamkeit, Arbeitslosigkeit, rassistische Erfahrungen etc. wurden nicht miteinbezogen. Gerade die Erfassung und die Analyse weiterer Variablen wäre von Bedeutung. Bei den schon durch Trauma erschütterten und vulnerablen Flüchtlingen können langanhaltende, wiederholte Stressoren, auch wenn sie im Einzelnen nicht den Grad eines Traumas erreichen, einen viel stärkeren Impact haben, als bei Menschen ohne Trauma und PTBS. Die ständige Angst vor Abschiebung, was eine Rückkehr in die traumatisierende Umwelt bedeutet, kann zu einer wiederholten Triggerung führen und demnach retraumatisierend wirken. Wie die Forschungsergebnisse aufzeigen konnten, ist nicht allein ein unsicherer Aufenthaltsstatus, sondern die ungünstigen Bedingungen, die damit verbunden sind, wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, ein fehlendes bzw. gering ausgebautes soziales Netzwerk sowie rassistische Diskriminierung, mit einer Verschlimmerung der PTBS-Symptomatik und komorbiden Störungen assoziiert. Daher besteht trotz der teils schon umfassenden Datenlage im Bereich der Post-Migrations-Bedingungen noch weiterer Forschungsbedarf. Bei Kenntnis der Risikofaktoren, können diese abgebaut werden und Resilienz-fördernde Faktoren gestärkt und aufgebaut werden, um das Risiko einer Symptom-Verschlechterung und eines chronischen Verlaufs sowie die Entstehung und Aufrechterhaltung von komorbiden Störungen zu reduzieren.

6. Zusammenfassung

Die vergangenen und aktuellen Kriege und Bürgerkriege haben zu einer Flucht von mehreren Millionen Menschen geführt. Vielfachen Traumatisierungen und unmenschlichen Bedingungen ausgesetzt suchen die Menschen einen sicheren Ort. Die traumatischen Erfahrungen haben ihre Spuren hinterlassen.

Das Anliegen dieser Arbeit war die psychische Gesundheit der Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien zu ermitteln, welche an der transkulturellen Institutsambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums Düsseldorf behandelt worden sind.

Dazu wurden die Daten von 178 Patienten, davon 69% Frauen und 31% Männer, analysiert. Ziel dieser Arbeit war zu untersuchen, wie viele Traumata und welche Arten von Traumata die Flüchtlinge im Bosnienkrieg und Kosovokrieg erlebt haben und welche Auswirkungen diese auf ihre psychische Gesundheit hatten. Dabei sollten auch geschlechtsspezifische Unterschiede sowie der Einfluss des Aufenthaltsstatus auf die psychische Symptomatik dargestellt werden. Methodisch verwendet wurden die Selbstbeurteilungsfragebögen: HTQ, SCL-90-R und SOMS. Die Patienten erlebten im Durchschnitt 8.32 traumatische Ereignisse. Es zeigte sich der bekannte Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und der Schwere der PTBS-Symptome ($p \leq .01$), der Ängstlichkeit, der Unsicherheit im Sozialkontakt, der Depressivität sowie der Somatisierung ($p \leq .05$). Darüber hinaus zeigte sich eine Assoziation mit paranoidem Denken und Psychotizismus ($p \leq .05$). In der aktuellen Forschung nicht so intensiv untersucht ist der Zusammenhang zwischen der Anzahl und Art der Traumata und den PTBS-Clustern. Hier zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Traumata und Intrusionen ($p \leq .01$) sowie Trauma-Vermeidung ($p \leq .05$). Anders als in der aktuellen Forschung unterschieden sich interpersonelle Traumata im PTBS-Schweregrad nicht von den nicht-interpersonellen. Bezüglich der PTBS-Cluster zeigte sich bei Folter ähnlich wie bei der Anzahl der Traumata eine Signifikanz bei Intrusionen ($p \leq .01$) und Trauma-Vermeidung ($p \leq .001$). Wie in der Forschungsliteratur bereits bekannt, erlebten in der untersuchten Gruppe Männer mehr Traumata als Frauen (m:w = 9.29 vs. 7.87; $p \leq .05$). Weitere geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich bei den Symptomen der Trauma-Vermeidung und bei der Depressivität sowie der phobischen Angst, die jeweils bei Frauen stärker ausgeprägt waren ($p \leq .05$), wobei der PTBS-Schweregrad sich nicht signifikant unterschied. Bezüglich des Aufenthaltsstatus waren signifikante Unterschiede bei der Depressivität, der Unsicherheit im Sozialkontakt und der phobischen Angst ($p \leq .05$) zu verzeichnen – ergänzend zur bisherigen Forschungsliteratur beschreibt diese Untersuchung einen signifikanten Unterschied zwischen dem Aufenthaltsstatus und den SCL-90-R-Skalen, paranoides Denken, Psychotizismus ($p \leq .05$), Aggressivität ($p \leq .01$) sowie der Somatisierung im SOMS ($p \leq .05$). Anders als in der bisherigen Literatur war der PTBS-Schweregrad nicht mit dem unsicheren Aufenthaltsstatus assoziiert.

In Anbetracht dieser weitergehenden Befunde, besteht weiterer Forschungsbedarf in Hinblick auf den Einfluss der Traumaart auf die PTBS-Cluster, im Sinne unterschiedlicher neurobiologischer Prozesse. Zudem wäre noch eine Vertiefung der Forschung im Bereich der Post-Migrations-Bedingungen sowie der komplexen PTBS von Bedeutung, dessen Aufnahme aktuell in die Neufassung der ICD diskutiert wird.

7. Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse der retrospektiven Datenanalyse haben gezeigt, dass die Patienten, die aus dem ehemaligen Jugoslawien stammen, multiple Traumata erlebt haben. Demnach wiesen die Patienten eine sehr hohe Prävalenz von PTBS und hohe Level anderer psychischer Symptome auf. Die Ergebnisse unterstützen demnach insgesamt die Erkenntnisse aus der bestehenden Forschungsliteratur, dass Flüchtlinge eine Gruppe von Menschen sind, die zu einem hohem Prozentsatz traumatisiert sind und unter Traumafolgestörungen und anderen psychischen Störungen leiden, welche ihre Lebensqualität enorm beeinträchtigen können. Dabei zeigt sich die Wichtigkeit einer engen Anbindung an ein Gesundheitssystem, über welches die Betroffenen durch eine sorgfältige Diagnostik eine adäquate Therapie erhalten können. Leider haben Flüchtlinge weltweit, aber auch hier in Deutschland, keinen bzw. einen eingeschränkten Zugang zu einer medizinischen Versorgung. Arbeiten, so wie diese, können durch die Erfassung der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen die Dringlichkeit für die Entwicklung und Ausweitung einer medizinischen Versorgung für Flüchtlinge aufzeigen. Ohne eine spezifische medizinische und psychologische Behandlung ist das Chronifizierungsrisiko hoch und negative persönliche, soziale und sozioökonomische Folgen sind vorprogrammiert. Aber nicht nur in Hinblick auf die medizinische Versorgung sind Arbeiten wie diese von Bedeutung, sondern auch für die Entwicklung und Darbietung eines fairen Asylprozesses, da Erkenntnisse über Risikofaktoren sowie Resilienzfaktoren gewonnen werden, die auch durch asylpolitische Entscheidungen beeinflusst werden können. Für die zukünftige Forschung wäre weiterhin die komplexe PTBS wichtig, dessen Aufnahme für die ICD-11 diskutiert wird. Insbesondere wären auch weitere Psychotherapiestudien für die komplex traumatisierten Flüchtlinge im transkulturellen Kontext von Bedeutung.

Literaturverzeichnis

Aerni, A., Traber, R., Hock, C., Roozendaal, B., Schelling, G., Papassotiropoulos, A., Nitsch, R. M., Schnyder, U. & de Quervain D. J.-F. (2004). Low-dose cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*.

Adler, A. B., Wright, K. M., Bliese, P. D., Eckford, R., & Hoge, C. W. (2008). A2 diagnostic criterion for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 21* (3), 301-2308.

Ahern, J., Galea, S., Fernandez, W. G., Koci, B., Waldman, R., & Vlahov, D. (2004). Gender, social support, and posttraumatic stress in postwar Kosovo. *The Journal of nervous and mental disease, 192*(11), 762-770.

Ahlheim, K. H. (Ed.) (1992). Duden. *Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke*. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Duden-Verlag.

Ahrens, S. & Schneider, W. (Eds.) (2002). Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin. Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage.

Ai, A. L., Peterson, C., & Uebelhor, D. (2002). War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of traumatic stress, 15* (2), 157-160.

Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Goldschmidt, S., & Brähler, E. (2009). Wer nimmt in Deutschland ambulante Psychotherapie in Anspruch?. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 59*(07), 281-283.

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

American Psychiatric Association (1987). Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed. Revised. Washington, DC: American Psychiatric Press.

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

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed.* textrevision. Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. American Psychiatric Publishing.

Amnesty International (2014). *Folter 2014: 30 Jahre gebrochene Versprechen*. [Online]: URL: http://www.amnesty.de/files/Amnesty-Bericht_Folter_2014.pdf [Stand: 08.09.2016].

Andreski, P., Chilcoat, H., & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry research*, 79(2), 131-138.

Archibald, H. C., & Tuddenham, R. D. (1965). Persistent stress reaction after combat: A 20-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 12(5), 475-481.

Ayazi, T., Lien, L., Eide, A., Swartz, L., & Hauff, E. (2014). Association between exposure to traumatic events and anxiety disorders in a post-conflict setting: a cross-sectional community study in South Sudan. *BMC psychiatry*, 14(1), 1.

Baker, D. G., West, S. A., Nicholson, W. E., Ekhtor, N. N., Kasckow, J. W., Hill, K. K., Bruce, A.B., Orth, D.N., Geraciotti, T. D. (1999). Serial CSF corticotropin-releasing hormone levels and adrenocortical activity in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(4), 585-588.

Bangasser, D. A., & Valentino, R. J. (2012). Sex differences in molecular and cellular substrates of stress. *Cellular and molecular neurobiology*, 32(5), 709-723.

Bangasser, D. A., Zhang, X., Garachh, V., Hanhauser, E., & Valentino, R. J. (2011). Sexual dimorphism in locus coeruleus dendritic morphology: a structural basis for sex differences in emotional arousal. *Physiology & behavior*, 103(3), 342-351.

Basoglu, M., Paker, M., Paker, O., Ozmen, E., Marks, I., Incesu, C., Sahin, D., Sarimurat, N. (1994). Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, 151(1), 76-81.

Begic, S., & McDonald, T. W. (2006). The psychological effects of exposure to wartime trauma in bosnian residents and refugees: implications for treatment and service provision. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4(4), 319-329.

Bundesgesetzblatt (1990). Gesetz zu den VN-Übereinkommen vom 10. Dezember 1984 gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. Bundesgesetzblatt, Teil II, S. 246-248 [Online]: URL: <http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar39046-dbgbl.pdf> [Stand: 09.12.2016].

Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J. L., Charlet, J. P., Lauque, D., Sztulman, H., Schmitt, L. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1337-1339.

Blanchard, E. B., Buckley, T. C., Hickling, E. J., & Taylor, A. E. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: is the correlation an illusion?. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(1), 21-37.

Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A., & Lerer, B. (1997). Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *The British Journal of Psychiatry*, 170(5), 479-482.

Bortz, J., & Lienert, G. A. (2008). Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben. *Springer-Verlag*.

Boscarino, J. A. (1996). Posttraumatic stress disorder, exposure to combat, and lower plasma cortisol among Vietnam veterans: findings and clinical implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 191.

Brady, K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 9, 12-5.

- Bremner, J. D., Licinio, J., Darnell, A., Krystal, J. H., Owens, M. J., Southwick, S. M., Nemeroff, C. B., Charney, D. S. (1997). Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 624-629.
- Breslau, N. (2001). Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *The journal of gender-specific medicine: JGSM: the official journal of the Partnership for Women's Health at Columbia*, 5(1), 34-40.
- Breslau N (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (10), 923-929.
- Breslau, N., & Anthony, J. C. (2007). Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *Journal of abnormal psychology*, 116(3), 607.
- Breslau, N., & Davis, G. C. (1987). Posttraumatic stress disorder: the etiologic specificity of wartime stressors. *The American journal of psychiatry*, 144, 578-583.
- Breslau, N., & Davis, G. C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *The American journal of psychiatry*, 149, 671-675.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 81-87.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder–major depression connection. *Biological psychiatry*, 48(9), 902-909.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*, 55(7), 626-632.

- Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S., & Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, *156*(3), 360-366.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Rose, S. (2000a). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV Criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of traumatic stress*, *13* (3), 499-509.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000b). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(5), 748-766.
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A. *Journal of traumatic stress*, *22*(5), 366-373.
- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2014). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*.
- Brown, P. J., & Wolfe, J. (1994). Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence*, *35*(1), 51-59.
- Bryant, R. A. (2012). Simplifying complex PTSD: Comment on Resick et al.(2012). *Journal of traumatic stress*, *25*(3), 252-253.
- Cador, M., Cole, B. J., Koob, G. F., Stinus, L., & Le Moal, M. (1993). Central administration of corticotropin releasing factor induces long-term sensitization to D-amphetamine. *Brain research*, *606*(2), 181-186.
- Candel, I., & Merckelbach, H. (2004). Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: A critical review. *Comprehensive Psychiatry*, *45*(1), 44-50.
- Canli, T., Desmond, J. E., Zhao, Z., & Gabrieli, J. D. (2002). Sex differences in the neural basis of emotional memories. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *99*(16), 10789-10794.

- Cardozo, B. L., Kaiser, R., Gotway, C. A., & Agani, F. (2003). Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 351-360.
- Cardozo, B. L., Vergara, A., Agani, F., & Gotway, C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *Jama, 284*(5), 569-577.
- Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2006a). Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Nordic journal of psychiatry, 60*(1), 51-57.
- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2006b). Mental health and health-related quality of life: A 10-year follow-up of tortured refugees. *The Journal of nervous and mental disease, 194*(10), 725-731.
- Charney, D. S., Redmond Jr, E., Galloway, M. P., Kleber, H. D., Heninger, G. R., Murberg, M., & Roth, R. H. (1984). Naltrexone precipitated opiate withdrawal in methadone addicted human subjects: evidence for noradrenergic hyperactivity. *Life sciences, 35*(12), 1263-1272.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology, 4*: 20706- [Online]: URL: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706> [Stand: 24.10.2016].
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 167*(8), 915-924.
- Cole, B. J., Cador, M., Stinus, L., Rivier, J., Vale, W., Koob, G. F., & Le Moal, M. (1990). Central administration of a CRF antagonist blocks the development of stress-induced behavioral sensitization. *Brain research, 512*(2), 343-346.
- Cottler, L. B., Compton, W. M., Mager, D., Spitznagel, E. L., & Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American journal of Psychiatry, 149*(5), 664-670.

- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological medicine*, 31(07), 1237-1247.
- Curtis, A. L., Bethea, T., & Valentino, R. J. (2006). Sexually dimorphic responses of the brain norepinephrine system to stress and corticotropin-releasing factor. *Neuropsychopharmacology*, 31(3), 544-554.
- Da Costa, J. M. (1871). Art. I.-On Irritable Heart; a Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and its Consequences. *The American journal of the medical sciences*, 121(1), 2-52. Reprinted: Da Costa, J. M. (1951). On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *The American Journal of Medicine*, 11(5), 559-567.
- Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological medicine*, 21(03), 713-721.
- Davis, G. C., Breslau, N. (1998). Are Women at Greater Risk for PTSD than Men? *Psychiatric Times*. [Online]: URL: <http://www.psychiatrictimes.com/articles/are-women-greater-risk-ptsd-men> [Stand: 09.12.2016].
- Davis, M., Walker, D. L., & Lee, Y. (1997). Roles of the amygdala and bed nucleus of the stria terminalis in fear and anxiety measured with the acoustic startle reflex. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1), 305-331.
- Dahl, S., Mutapcic, A., & Schei, B. (1998). Traumatic events and predictive factors for posttraumatic symptoms in displaced Bosnian women in a war zone. *Journal of traumatic stress*, 11(1), 137-145.
- Deering, C. G., Glover, S. G., Ready, D., Eddleman, H. C., & Alarcon, R. D. (1996). Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 37(5), 336-346.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R Manual. *Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine*.

- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981-989.
- Derogatis LR, Lippmann RS, Covi L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psycho-pharmacol Bull*, 9, 13-28.
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (Eds.) (2014). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 7. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage entsprechend der ICD-10-GM. Bern: *Huber*.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Eds.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation. Bern: *Huber*.
- Dobie, D. J., Kivlahan, D. R., Maynard, C., Bush, K. R., Davis, T. M., & Bradley, K. A. (2004). Posttraumatic stress disorder in female veterans: association with self-reported health problems and functional impairment. *Archives of internal medicine*, 164(4), 394-400.
- Douglas, J. (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry*, 1(S3), 369. überprüft
- Dyer, K. F., Dorahy, M. J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., ...& McElhill, B. (2009). Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *Journal of clinical psychology*, 65(10), 1099-1114.
- Edston, E., & Olsson, C. (2007). Female victims of torture. *Journal of Forensic and legal medicine*, 14(6), 368-373.
- Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (Eds.) (2000). Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: *Schattauer*, 2. Auflage.
- Ehlers, A., Maercker, A., & Boos, A. (2000). Posttraumatic stress disorder following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of abnormal psychology*, 109(1), 45.

- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of abnormal psychology, 107*(3), 508-519.
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior therapy, 41*(4), 587-598.
- Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R., & Blank, A. (1998). Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *American Journal of Psychiatry, 155*(12), 1740-1745.
- Escalona, R., Achilles, G., Waitzkin, H., & Yager, J. (2004). PTSD and somatization in women treated at a VA primary care clinic. *Psychosomatics, 45*(4), 291-296.
- Eytan, A., Gex-Fabry, M., Toscani, L., Deroo, L., Loutan, L., & Bovier, P. A. (2004). Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *The journal of nervous and mental disease, 192*(10), 664-671.
- Falkai, P., Wittchen, H. U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., & Zaudig, M. (Eds.) (2014). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: *Hofgrefe*.
- Falsetti, S. A., & Resnick, H. S. (1997). Frequency and severity of panic attack symptoms in a treatment seeking sample of trauma victims. *Journal of Traumatic Stress, 10*(4), 683-689.
- Farber, I. E., Harlow, H. F., & West, L. J. (1957). Brainwashing, conditioning, and DDD (debility, dependency, and dread). *Sociometry, 27*, 271-285.
- Feeny, N. C., Zoellner, L. A., & Foa, E. B. (2000). Anger, dissociation, and posttraumatic stress disorder among female assault victims. *Journal of Traumatic Stress, 13*(1), 89-100.
- Fernandez, W. G., Galea, S., Ahern, J., Sisco, S., Waldman, R. J., Koci, B., & Vlahov, D. (2004). Mental health status among ethnic Albanians seeking medical care in an emergency department two years after the war in Kosovo: a pilot project. *Annals of emergency medicine, 43*(2), E1-E8.

- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel: *Ernst Reinhardt Verlag*.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A. Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2013). Posttraumatische Belastungsstörung: S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: *Schattauer*.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W., Petzold, E. R. (2004). Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage.
- Ford, J. D., & Smith, S. F. (2008). Complex posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults receiving public sector outpatient substance abuse disorder treatment. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 193-203.
- Franke, G. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis–Deutsche Version–Manual. Göttingen: *Beltz Test*.
- Franke, G. H., & Derogatis, L. R. (2002). Symptom-Checkliste von LR Derogatis: SCL-90-R; deutsche Version. *Beltz Test*.
- Frans, Ö., Rimmö, P. A., Åberg, L. & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 291-299.
- Freedman, S. A., Brandes, D., Peri, T., & Shalev, A. (1999). Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. A prospective study. *The British journal of psychiatry*, 174(4), 353-359.
- Freeman, D., Thompson, C., Vorontsova, N., Dunn, G., Carter, L. A., Garety, P., ... & Ehlers, A. (2013). Paranoia and post-traumatic stress disorder in the months after a physical assault: a longitudinal study examining shared and differential predictors. *Psychological medicine*, 43(12), 2673-2684.
- Freud, S. (1920). Jenseits des Lustprinzips. *GW XIII*. 8. Aufl. Frankfurt: *Fischer* 1976; 1-69.

Friedman, M. J. (1993). Psychobiological and pharmacological approaches to treatment. In *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 785-794). Springer US.

Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12-20.

Gola, H., Engler, H., Schauer, M., Adenauer, H., Riether, C., Kolassa, S., ... & Kolassa, I. T. (2012). Victims of rape show increased cortisol responses to trauma reminders: A study in individuals with war-and torture-related PTSD. *Psychoneuroendocrinology*, 37(2), 213-220.

Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*.

Gorst-Unsworth, C., & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 90-94.

Green, B. L. (1990). Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(20), 1632-1642.

Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 271-286.

Haberfellner, E. M. (2008). Wie nützlich ist der Begriff der „komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“?. *Psychiatrie und Psychotherapie*, 4(3), 85-87.

Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. (2007). Peritraumatic psychological and somatoform dissociation in predicting PTSD symptoms: A prospective study. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(11), 952-954.

- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of consulting and clinical psychology, 66*(3), 507.
- Hauff, E., & Vaglum, P. (1994). Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees: A prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *The Journal of nervous and mental disease, 182*(2), 85-90.
- Hauff, E., & Vaglum, P. (1995). Organised violence and the stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *The British Journal of Psychiatry, 166*(3), 360-367.
- Hawley, R. J., Major, L. F., Schulman, E. A., & Linnoila, M. (1985). Cerebrospinal fluid 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol and norepinephrine levels in alcohol withdrawal: correlations with clinical signs. *Archives of general psychiatry, 42*(11), 1056-1062.
- Heim, C., Ehler, U., Hanker, J. P., & Hellhammer, D. H. (1998). Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic medicine, 60*(3), 309-318.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine, 317*(26), 1630-1634.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress, 5*(3), 377-391.
- Herman, J. (2012). CPTSD is a distinct entity: Comment on Resick et al.(2012). *Journal of traumatic stress, 25*(3), 256-257.
- Herman, J. L., & Van der Kolk, B. A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. *Psychological trauma, 1*, 111-126.
- Hermansson, A. C., Timpka, T., & Thyberg, M. (2002). The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *The Journal of nervous and mental disease, 190*(6), 374-380.

- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung. *Diagnostica, 47*, 27-39.
- Hinton, D., Ba, P., Peou, S., & Um, K. (2000). Panic disorder among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic: Prevalence and subtypes. *General hospital psychiatry, 22*(6), 437-444.
- Hondius, A. J., van Willigen, L. H., Kleijn, W. C., & van der Ploeg, H. M. (2000). Health problems among Latin-American and Middle-Eastern refugees in the Netherlands: Relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of traumatic stress, 13*(4), 619-634.
- Hooberman, J. B., Rosenfeld, B., Lhewa, D., Rasmussen, A., & Keller, A. (2007). Classifying the torture experiences of refugees living in the United States. *Journal of interpersonal violence, 22*(1), 108-123.
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry, 158*(8), 1184-1190.
- Jehel, L., Paterniti, S., Brunet, A., Louville, P., & Guelfi, J. D. (2006). Peritraumatic distress prospectively predicts PTSD symptoms in assault victims. *L'encéphale, 32*(6 Pt 1), 953-956.
- Jelinek, J. M., & Williams, T. (1984). Post-traumatic stress disorder and substance abuse in Vietnam combat veterans: Treatment problems, strategies and recommendations. *Journal of Substance Abuse Treatment, 1*(2), 87-97.
- Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., Hanestad, B. R., & Weisaeth, L. (2006). Acute psychological reactions in assault victims of non-domestic violence: Peritraumatic dissociation, post-traumatic stress disorder, anxiety and depression. *Nordic journal of psychiatry, 60*(6), 452-462.
- Johansen, V. A., Wahl, A. K., Eilertsen, D. E., & Weisaeth, L. (2007). Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 42*(7), 583-593.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-

traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical psychology review*, 28(1), 36-47.

Jongedijk, R. A., Carlier, I. V., Schreuder, B. J., & Gersons, B. P. (1996). Complex posttraumatic Stress disorder: An exploratory investigation of PTSD and DES NOS among Dutch war veterans. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 577-586.

Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M.,... & Girolamo, G. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12 month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, 31 (2), 130-142.

Kardiner, A. (1941). *The Traumatic Neuroses of War*. New York, London, Paul Hoeber, 7-67.

Keane, T. M. & Wolfe, J. (1990). Comorbidity In Post-Traumatic Stress Disorder: An Analysis of Community and Clinical Studies. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(21), 1776-1788.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., & Liu, J. (1996). Comorbidity of DSM-III—R major depressive disorder in the general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *The British journal of psychiatry*, 168, 17-30.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1993). Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*, 113-143.

Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Veronen, L. J., Best, C. L., & Von, J. M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime & Delinquency*, 33(4), 479-489.

Kira, I. A., Ashby, J. S., Odenat, L., & Lewandowsky, L. (2013). The mental health effects of torture trauma and its severity: A replication and extension. *Psychology*, 4(05), 472.

- Klarić, M., Klarić, B., Stevanović, A., Grković, J., & Jonovska, S. (2007). Psychological consequences of war trauma and postwar social stressors in women in Bosnia and Herzegovina. *Croatian medical journal*, 48(2.), 167-176.
- Kleim, B., Ehlers, A., & Glucksman, E. (2007). Early predictors of chronic post-traumatic stress disorder in assault survivors. *Psychological medicine*, 37(10), 1457-1467.
- Koenen, K. C., Harley, R., Lyons, M. J., Wolfe, J., Simpson, J. C., Goldberg, J., ... & Tsuang, M. (2002). A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(4), 209-218.
- Kofoed, L., Friedman, M. J., & Peck, R. (1993). Alcoholism and drug abuse in patients with PTSD. *Psychiatric Quarterly*, 64(2), 151-171.
- Koob, G. F. (1999). Corticotropin-releasing factor, norepinephrine, and stress. *Biological psychiatry*, 46(9), 1167-1180.
- Koren, D., Arnon, I., & Klein, E. (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a one-year prospective, follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 367-373.
- Kruse, J., Joksimovic, L., Cavka, M., Wöller, W. & Schmitz, N. (2009). Effekts of trauma-focused psychotherapy upon war refugees. *Journal of traumatic stress*, 22 (6), 585-592.
- Kunzke, D., & Güls, F. (2003). Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. *Psychotherapeut*, 48(1), 50-70.
- Labbate, L. A., Cardeña, E., Dimitreva, J., Roy, M., & Engel, C. C. (1998). Psychiatric syndromes in Persian Gulf War veterans: an association of handling dead bodies with somatoform disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*, 67(4-5), 275-279.
- Lacoursiere, R. B., Godfrey, K. E., & Ruby, L. M. (1980). Traumatic neurosis in the etiology of alcoholism: Viet Nam combat and other trauma. *The American journal of psychiatry*.

Lavicky, J. & Dunn, A. J. (1993) Corticotropin-releasingfactor stimulates catecholamine release in hypothalamus and prefrontal cortex in freely moving rats as assessed by microdialysis. *Journal of neurochemistry*, 60(2), 602-612.

Leskin, G. A., & Sheikh, J. I. (2002). Lifetime trauma history and panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(6), 599-603.

Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21(25), 373-392.

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaran, D. J., Souza, R., Suzuki, J., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206.

Maercker, A., & Bromberger, F. (2005). *Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. Trierer Psychologische Berichte*, 32, Heft 2.

Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A., & Hough, R. L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902-907.

Marshall, G. N., & Schell, T. L. (2002). Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: Evidence from a longitudinal study of community violence survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 626-636.

Maul, S. M. (2005). *Das Gilgamesh-Epos*. Sechste Auflage. Verlag C. H. Beck oHG, München.

McFall, M. E., Mackay, P. W., & Donovan, D. M. (1992). Combat-related posttraumatic stress disorder and severity of substance abuse in Vietnam veterans. *Journal of studies on alcohol*, 53(4), 357-363.

Miller, K. E., Weine, S. M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z. D., Smajkic, A., ... & Worthington, G. (2002). The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *Journal of traumatic stress, 15*(5), 377-387.

Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of nervous and mental disease, 180*(2), 111-116.

Mollica, R. F., McDonald, L. S., Massagli, M. P., Silove, D. M. (2004). Measuring Trauma, Measuring Torture: Instructions and Guidance on the Utilization of the Harvard Program in Refugee Trauma's Versions of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) & the Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). *Harvard Program in Refugee Trauma*.

Mollica, R. F., McInnes, K., Pham, T., Fawzi, M. C. S., Murphy, E., & Lin, L. (1998). The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *The Journal of nervous and mental disease, 186*(9), 543-553.

Mollica, R. F., McInnes, K., Sarajlić, N., Lavelle, J., Sarajlić, I., & Massagli, M. P. (1999). Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Jama, 282*(5), 433-439.

Mollica, R. F., Sarajlić, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vuković, I. S., & Massagli, M. P. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Jama, 286*(5), 546-554.

Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (2004). Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of affective disorders, 80*(2), 231-238.

Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D. M., & Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia, 185*(7), 357-361.

- Morina, N., & Ford, J. D. (2008). Complex sequelae of psychological trauma among Kosovar civilian war victims. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 425-436.
- Mueller, J., Schmidt, M., Staeheli, A., & Maier, T. (2011). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *The European Journal of Public Health*, 21(2), 184-189.
- Neria, Y., Solomon, Z., Ginzburg, K., Dekel, R., Enoch, D., & Ohry, A. (2000). Posttraumatic residues of captivity: a follow-up of Israeli ex-prisoners of war. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(1), 39-46.
- Niederland, W. G. (1968). Clinical observations on the " survivor syndrome.". *The International Journal of Psychoanalysis*, 49 (2-3), 313-315.
- Nickerson, A., Steel, Z., Bryant, R., Brooks, R., & Silove, D. (2011). Change in visa status amongst Mandaean refugees: relationship to psychological symptoms and living difficulties. *Psychiatry research*, 187(1), 267-274.
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of traumatic stress*, 11(4), 711-730.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(3), 409-418.
- Oppenheim, H. (1891). Weitere Mitteilungen in Bezug auf die traumatischen Neurosen. Berlin: *Verlag von August Hirschwald*. [Online]: URL: <https://archive.org/stream/b21996027#page/n0/mode/2up> [Stand: 09.12.2016].
- Orsillo, S. M., Heimberg, R. G., Juster, H. R., & Garrett, J. (1996). Social phobia and PTSD in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 235-252.

- Oruc, L., Kapetanovic, A., Pojskic, N., Miley, K., Forstbauer, S., Mollica, R. F., & Henderson, D. C. (2008). Screening for PTSD and depression in Bosnia and Herzegovina: validating the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist. *International Journal of Culture and Mental Health*, 1(2), 105-116.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *Journal of psychiatric research*, 44(16), 1190-1198.
- Pelcovitz, D., Kalan S., Corwin, D., Burgess, A., Chester, B., Kleinman, S., Chu, J., & Spitzer, R. (1989). Disorders of extreme stress not otherwise specified: A review of the literature. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco, CA.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of traumatic stress*, 10(1), 3-16.
- Perkonigg, A., Kessler, R. C. Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta psychiatrica scandinavica*, 101(1), 46-59.
- Perkonigg, A., Pfister, H., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A., & Wittchen, H. U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1320-1327.
- Poole, G. V., Lewis, J. L., Devidas, M., Hauser, C. J., Martin, R. W., & Thomae, K. R. (1997). Psychopathologic risk factors for intentional and nonintentional injury. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 42(4), 711-715.
- Porter, M., & Haslam, N. (2001). Forced displacement in Yugoslavia: a meta-analysis of psychological consequences and their moderators. *Journal of*

traumatic stress, 14(4), 817-834.

Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of clinical psychology*, 59(1), 71-83.

Punamäki, R. L., Komproe, I. H., Qouta, S., Elmasri, M., & de Jong, J. T. (2005). The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a Palestinian community sample. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 545-551.

Rainey, J. M., Aleem, A., Ortiz, A., Yeragani, V., Pohl, R., & Berchou, R. (1987). A laboratory procedure for the induction of flashbacks. *American Journal of Psychiatry*, 144(10), 1317-1319.

Rangell, L. (1967). The metapsychology of psychic trauma. *Psychic trauma*, 51-84. In: Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (Eds.) (2000). Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer, 2. Auflage, S. 137.

Rasmussen, A., Rosenfeld, B., Reeves, K., & Keller, A. S. (2007). The effects of torture-related injuries on long-term psychological distress in a Punjabi Sikh sample. *Journal of abnormal psychology*, 116(4), 734.

Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, S. Y., Stirman, S. W., Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of traumatic stress*, 25(3), 241-251.

Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(6), 984-991.

Rief, W., Hiller, W. (2013). SOMS - Screening für Somatoforme Störungen. 2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Risse, S. C., Whitters, A., Burke, J., Chen, S., Scurfield, R. M., & Raskind, M. A. (1990). Severe withdrawal symptoms after discontinuation of Alprazolam in eight

patients with combat-induced posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 206-209.

Rosner, R., Powell, S., & Butollo, W. (2003). Posttraumatic stress disorder three years after the siege of Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 41-55.

Roth, G., Ekblad, S., & Ågren, H. (2006). A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *European Psychiatry*, 21(3), 152-159.

Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., An der Kolk, B. & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 10(4), 539-555.

Saladin, M. E., Brady, K. T., Dansky, B. S., & Kilpatrick, D. G. (1995). Understanding comorbidity between PTSD and substance use disorders: two preliminary investigations. *Addictive behaviors*, 20(5), 643-655.

Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., Friedman, M. J. & Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PloS one*, 8(4), e59236. [Online]: URL: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0059236> [Stand: 09.12.2016].

Sarnyai, Z., Höhn, J., Szabó, G., & Penke, B. (1992). Critical role of endogenous corticotropin-releasing factor (CRF) in the mediation of the behavioral action of cocaine in rats. *Life sciences*, 51(26), 2019-2024.

Saß, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (Eds.) (1998). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-IV, 2., verbesserte Auflage. Deutsche Bearbeitung u. Einleitung von H. Sass, H.-U. Wittchen, M. Zaudig. Göttingen: Hogrefe.

Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Houben, I. (Eds.) (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.

- Shakespeare-Finch, J., & Armstrong, D. (2010). Trauma type and posttrauma outcomes: Differences between survivors of motor vehicle accidents, sexual assault, and bereavement. *Journal of Loss and Trauma, 15*(2), 69-82.
- Scholte, W. F., Olf, M., Ventevogel, P., de Vries, G. J., Jansveld, E., Cardozo, B. L., & Crawford, C. A. G. (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Jama, 292*(5), 585-593.
- Shaham, Y., Funk, D., Erb, S., Brown, T. J., Walker, C. D., & Stewart, J. (1997). Corticotropin-releasing factor, but not corticosterone, is involved in stress-induced relapse to heroin-seeking in rats. *The Journal of neuroscience, 17*(7), 2605-2614.
- Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry, 155* (5), 630-637.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *American Journal of psychiatry, 153*(2), 219-225.
- Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *The Journal of nervous and mental disease, 187*(4), 200-207.
- Silove, D., Austin, P., & Steel, Z. (2007). No refuge from terror: the impact of detention on the mental health of trauma-affected refugees seeking asylum in Australia. *Transcultural psychiatry, 44*(3), 359-393.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry, 170*(4), 351-357.
- Silove, D., Steel, Z., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Chey, T., Brooks, R., le Touze, D., Ceollo, M., Smith, M., Harris, E., Bryant, R. (2006). The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: a longitudinal study. *American journal of disaster medicine, 2*(6), 321-329.
- Silove, D., Steel, Z., & Watters, C. (2000). Policies of deterrence and the mental

health of asylum seekers. *Jama*, 284(5), 604-611.

Solomon, S. D., & Canino, G. J. (1990). Appropriateness of DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31(3), 227-237.

Southwick, S. M., Krystal, J. H., Morgan, C. A., Johnson, D., Nagy, L. M., Nicolaou, A., Heningler, C.R., Charney, D. S. (1993). Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 266-274.

Spitzer, R.L., Kaplan, S., Pelcovitz, D. (1989). Victimization disorder: A needed addition to DSM-IV. *Proceedings of the 142nd Annual Meeting of The American Psychiatric Association (APA) 142*, 234.

Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P., & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of traumatic stress*, 12(3), 421-435.

Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. N. A. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The british journal of psychiatry*, 188(1), 58-64.

Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *The Lancet*, 360(9339), 1056-1062.

Steenkamp, M. M., Nickerson, A., Maguen, S., Dickstein, B. D., Nash, W. P., & Litz, B. T. (2012). Latent classes of PTSD symptoms in Vietnam veterans. *Behavior Modification*, 36(6), 857-874. DOI: 10.1177/0145445512450908

Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., ... & Bunting, B. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 73(4), 302-312.

Stein, M. B., McQuaid, J. R., Pedrelli, P., Lenox, R., & McCahill, M. E. (2000a). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General hospital psychiatry*, 22(4), 261-269.

Stein, M. B., Walker, J. R., & Forde, D. R. (2000b). Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*,

38(6), 619-628.

Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114-1119.

Suedfeld P (Ed) (1990). Torture: A brief overview. Psychology and Torture. New York: Hemisphere Publishing.

Suedfeld, P., & Lisper, H. O. (1981). Restricted Environmental Stimulation: Research and Clinical Application. *Cognitive Behaviour Therapy*, 10(1), 59-59.

Sundquist, K., Johansson, L. M., DeMarinis, V., Johansson, S. E., & Sundquist, J. (2005). Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity: symptoms in a random sample of female Bosnian refugees. *European Psychiatry*, 20(2), 158-164.

Swann, A. C., Elsworth, J. D., Charney, D. S., Jablons, D. M., & Roth, R. H. (1982). Brain catecholamine metabolites and behavior in morphine withdrawal. *European journal of pharmacology*, 86(2), 167-175.

Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., & Senf, W. (2004). Trauma, post-traumatic stress disorder and somatization. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54(5), 198-205.

Teegen, F., & Vogt, S. (2002). Überlebende von Folter. Eine Studie zu komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 23, 91-106.

Teodorescu, D. S., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T. & Lien L. (2012). Mental health problems an post-migration stress among multitraumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scandinavian journal of psychology*, 53 (4), 316-332.

Teodorescu, D. S., Heir, T., Siqueland, J., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2015). Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. *BMC psychology*, 3(1), 1.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American journal of psychiatry*, 148(1), 10-20.

- Thulesius, H., & Hakansson, A. (1999). Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees. *Journal of traumatic stress, 12*(1), 167-174.
- Tichenor, V., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., & Ronfeldt, H. M. (1996). The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: Findings in female Vietnam theater veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), 1054-1059.
- Turner, S. W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *The British Journal of Psychiatry, 182*(5), 444-448.
- UNHCR (2014). Zahlen und Statistiken - Global Trends – Forced Displacement in 2014. [Online]: URL: <http://www.unhcr.de/service/zahlen-und-statistiken.html> [Stand: 13.09.2016].
- UNHCR (2015). Zahlen und Statistiken - Global Trends – Forced Displacement in 2015. [Online]: URL: <http://www.unhcr.de/service/zahlen-und-statistiken.html> [Stand: 13.09.2016].
- Valentino, R. J., Page, M. E., & Curtis, A. L. (1991). Activation of noradrenergic locus coeruleus neurons by hemodynamic stress is due to local release of corticotropin-releasing factor. *Brain research, 555*(1), 25-34.
- Van der Kolk B, Pelcovitz D, Herman J, Roth S, Kaplan S & Spitzer R (1992). *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress*. Unpublished manuscript. In: Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of traumatic stress, 10*(1), 3-16.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaption to trauma. *The American journal of psychiatry, 153*, 83-93.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress, 18*(5), 389-399.

- Van Ommeren, M., de Jong, J. T., Sharma, B., Komproe, I., Thapa, S. B., & Cardena, E. (2001). Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Archives of general psychiatry*, 58(5), 475-482.
- Van Velsen, C., Gorst-Unsworth, C., & Turner, S. (1996). Survivors of torture and organized violence: demography and diagnosis. *Journal of traumatic stress*, 9(2), 181-193.
- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of traumatic stress*, 7(2), 289-302.
- Weine, S. M., Becker, D. F., McGlashan, T. H., Laub, D., Lazrove, S., Vojvoda, D., & Hyman, L. (1995). Psychiatric consequences of "ethnic cleansing": Clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *The American journal of psychiatry*, 152, 536-542.
- Weine, S. M., Razzano, L., Brkic, N., Ramic, A., Miller, K., Smajkic, A., ... & Pavkovic, I. (2000). Profiling the trauma related symptoms of Bosnian refugees who have not sought mental health services. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(7), 416-421.
- Weinstein, H. M., Dansky, L., & Iacopino, V. (1996). Torture and war trauma survivors in primary care practice. *Western Journal of Medicine*, 165(3), 112-118.
- Weiß, C. (2010). Basiswissen medizinische statistik. *Springer-Verlag*.
- Wittchen, H. U., Saß, H., Zaudig, M., Koehler, K. (Eds.) (1991). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R. Deutsche Bearbeitung und Einführung. Weinheim: Beltz.
- Yehuda, R., Kahana, B., Schmeidler, J., Southwick, S. M., Wilson, S., & Giller, E. L. (1995). Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1815-1818.
- Yehuda, R., McFarlane, A., & Shalev, A. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological psychiatry*, 44(12), 1305-1313.

Yehuda, R., Teicher, M. H., Trestman, R. L., Levengood, R. A., & Siever, L. J. (1996). Cortisol regulation in posttraumatic stress disorder and major depression: a chronobiological analysis. *Biological psychiatry*, 40(2), 79-88.

Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodoll, A. E., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Retew, J. B., McGLASHAN, T. H. (2002). Traumatic Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Borderline, Schizotypal, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(8), 510-518.

Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J. M., Stewart, A., Schlenger, W. E., & Wells, K. B. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1690-1695.

Zhang, J. J., Swiergiel, A. H., Palamarchouk, V. S., & Dunn, A. J. (1998). Intracerebroventricular infusion of CRF increases extracellular concentrations of norepinephrine in the hippocampus and cortex as determined by in vivo voltammetry. *Brain research bulletin*, 47(3), 277-284.

Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., & Simpson, E. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 9(2), 195-205.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

09.12.2016, Sabrina Daria Youssef

