



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Somatische Aspekte der Posttraumatischen
Belastungsstörung und missbrauchsassoziierter Traumata
vor dem Hintergrund institutionalisierter Gewalt “

verfasst von / submitted by
Corinne Fidelis Tabea Linke, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of
Master of Science (MSc)

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung.....	5
2. Abstract.....	6
3. Einleitung.....	7
4. Theoretischer Hintergrund.....	9
4.1 <i>Traumatisierung</i>	9
4.1.1 Traumabegriff.....	9
4.1.2 Traumatypologie.....	10
4.1.3 Folgen von Traumatisierung.....	11
4.1.4 Risikofaktoren für Traumafolgestörungen.....	11
4.2 <i>Die Posttraumatische Belastungsstörung</i>	12
4.2.1 Entwicklungsgeschichte der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	12
4.2.2 PTBS heute.....	14
4.2.3 Prävalenz und Verlauf.....	16
4.2.4 Komorbidität.....	17
4.3 <i>Gewalt und Missbrauch</i>	17
4.3.1 Begriff der Gewalt.....	17
4.3.2 Kindesmissbrauch.....	18
4.3.3 Formen des Missbrauchs.....	19
4.3.4 Prävalenzen.....	22
4.3.5 Institutionalisierter Missbrauch.....	22
4.3.6 Folgen von Missbrauch in der Kindheit.....	24
4.4 <i>Körperliche Beschwerden als Folge von Traumatisierung und PTBS</i>	26
4.4.1 Allgemeine körperliche Reaktionen auf Stress.....	28
4.4.2 Reaktionen auf traumatischen Stress.....	29
4.4.3 PTBS und körperliche Beschwerden.....	31
4.4.4 Missbrauchsassoziierte Traumata und körperliche Beschwerden.....	32
4.5 <i>Zielsetzung der Arbeit</i>	33
5. Methoden.....	34
5.1 <i>Projektbeschreibung</i>	34
5.2 <i>Stichprobe</i>	35
5.3 <i>Erhebungsverfahren</i>	35
5.4 <i>Design</i>	38
5.5 <i>Fragestellungen und Hypothesen</i>	39
5.6 <i>Statistische Verfahren</i>	41

6. Ergebnisse	44
6.1 <i>Stichprobe</i>	44
6.2 <i>Hypothesenprüfung</i>	47
6.2.1 Fragestellung 1 Unterschiede zwischen Personen mit und ohne PTBS-Diagnose hinsichtlich somatischer Symptome	47
6.2.2 Fragestellung 2 Zusammenhang der PTBS-Symptomatik mit somatischen Symptomen	48
6.2.3 Fragestellung 3 Unterschiede zwischen den Traumatagruppen hinsichtlich der PTBS-Symptomatik	49
6.2.4 Fragestellung 4 Unterschiede zwischen den Traumatagruppen hinsichtlich der somatischen Symptome.....	50
6.2.5 Fragestellung 5 Unterschiede zwischen den Traumatagruppen hinsichtlich der einzelnen somatischen Symptome	53
7. Diskussion	56
8. Literaturverzeichnis	64

1. Zusammenfassung

Hintergrund:

Aufgrund zahlreicher Studien wurde bereits deutlich, dass Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und daraus resultierende Traumafolgestörungen mit einer Vielzahl an körperlichen Beschwerden einhergehen. Diese Arbeit untersuchte diese Thematik vor dem Hintergrund institutionalisierter Gewalt. Im institutionellen Kontext ist das Risiko, Formen des Missbrauchs (körperlich, sexuell, emotional) ausgesetzt zu sein oder eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln, erhöht. Zudem besteht die Gefahr einer Multitraumatisierung. Ziel der Arbeit war es, die körperlichen Folgen von schweren institutionellen Missbrauchserfahrungen und PTBS von betroffenen Personen, die einst in Wiener Landesjugendheimen untergebracht waren, zu untersuchen.

Methoden:

Für die vorliegende Arbeit wurden 218 Personen der Betroffenenengruppe hinsichtlich ihrer PTBS-Symptomatik und körperlichen Beschwerden untersucht. Anschließend erfolgte eine Einteilung in vier Gruppen, abhängig davon, wie viele Formen des schweren Missbrauchs erlebt worden waren. Die Gruppen wurden auf Unterschiede hinsichtlich der PTBS-Symptomatik und der Werte der Somatisierungsskala des BSI-18 und des PHQ-15 überprüft. Anschließend wurde für jedes Symptom der Skalen untersucht, ob Unterschiede zwischen den Gruppen vorliegen.

Ergebnisse:

Es zeigte sich, dass vor dem Hintergrund institutionellen Missbrauchs die Diagnose einer PTBS und die Stärke der PTBS-Symptomatik mit heftigeren somatischen Beschwerden einhergingen. Außerdem wurden eine unterschiedliche PTBS-Symptomatik sowie unterschiedlich starke körperliche Beschwerden gefunden, je nachdem, wie viele Formen des schweren Missbrauchs von den Betroffenen erlebt worden waren. Bei der Betrachtung einzelner Symptome wurde dies v.a. für die kardialen Symptome gezeigt.

2. Abstract

Background:

Based on several studies, it has become evident that childhood experiences of abuse and consequent post-traumatic stress disorder (PTSD) are associated with a number of physical symptoms. In the thesis in hand, this topic was analysed against the backdrop of institutionalised violence. In the institutional context, the risk of being subjected to forms of abuse (physical, sexual, emotional) or of developing post-traumatic stress disorder is enhanced. Moreover, there is the risk of polytrauma. The thesis' object was to investigate the physical sequelae of severe institutional experiences of abuse and PTSD of affected persons who had once been placed in federal Viennese juvenile shelters.

Methods:

For the thesis in hand, 218 persons of the group of affected persons were considered regarding PTSD and physical symptoms. Additionally, the persons were subdivided into four groups depending on how many forms of severe abuse had been experienced. The groups were determined as to PTSD symptoms and the scores of the somatisation scale of BSI-18 and PHQ-15. Following this, it was explored whether there were differences between the groups regarding each symptom of the scales.

Results:

It became apparent that against the backdrop of institutional abuse, the diagnosis of PTBD and the intensity of PTBD symptoms were accompanied by more severe somatic health problems. Furthermore, diverging PTBD symptoms as well as varyingly strong physical symptoms were found according to the number of forms of severe abuse experienced by the affected persons. Upon considering individual symptoms, this correlation was shown especially relating to the cardiac symptoms.

3. Einleitung

Lange Zeit zählten Gewalthandlungen gegenüber Kindern zum alltäglichen normalen Erziehungsbestandteil; der Frage nach den möglichen Folgen eines solchen brutalen Umgangs kam keinerlei Bedeutung zu. Heutzutage hingegen erfährt diese Thematik verstärkte Aufmerksamkeit. Der Schutz von Kindern vor Gewalt und Missbrauch ist ein zentrales gesellschaftliches Anliegen geworden. Die Erforschung der schwerwiegenden und oft langanhaltenden Folgen der traumatischen Erfahrungen durch Gewalt und Missbrauch in der Kindheit gewinnt überdies in der Wissenschaft große Relevanz. Eine umfangreiche Kenntnis der Folgen derartiger Traumatisierungen kann sowohl das Hilfs- und Unterstützungsangebot verbessern als auch Ansätze zur Prävention veranschaulichen und ermöglichen.

Heute ist bekannt, dass Missbrauchserfahrungen in der Kindheit zu den traumatischsten Erfahrungen zählen und eine große Bandbreite an Folgen nach sich ziehen. Zu den erforschten Langzeitfolgen im Erwachsenenalter gehören abgesehen von der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zahlreiche weitere Psychopathologien, wie Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch u.v.m. Darüber hinaus sind neben den psychischen Folgeerkrankungen zahlreiche körperliche Beschwerden und Krankheiten im Zusammenhang mit Missbrauchserfahrungen dokumentiert. Dieser Aspekt macht den Hintergrund von Missbrauchserfahrungen auch für medizinische Fragestellungen relevant.

Neben Kindesmissbrauch im familiären Kontext werden aktuell zunehmend Berichte über Gewalt und Missbrauch in Institutionen bekannt. Das Risiko für Gewaltmissbrauch in institutionellen Kontexten gilt dabei aufgrund der institutionell verliehenen Autoritätsmacht als begünstigt (Ferring & Willems, 2014; Utz, 2011). Zudem gestattet der Kontext einen wiederholten und über einen längeren Zeitraum anhaltenden Missbrauch. Diese beiden Aspekte stellen große Risikofaktoren hinsichtlich der Ausbildung von Traumafolgeerkrankungen und -beschwerden dar.

Auch in Österreich kamen in den vergangenen Jahren zahlreiche Fälle von institutionalisiertem Missbrauch ans Licht. Darunter befanden sich Missbrauchsfälle durch Vertreter der katholischen Kirche sowie in Einrichtungen in Niederösterreich. Nun haben auch Betroffene in Wien ihr Schweigen gebrochen und von ihren Missbrauchserfahrungen in Wiener Kinder- und Jugendheimen berichtet. In einem großen Forschungsprojekt der

Universität Wien werden aktuell die Langzeitfolgen von Betroffenen aus Wiener Kinder- und Jugendheimen untersucht. Kinder, die in Heimen aufwachsen, stellen eine besonders vulnerable Population dar und bilden sehr häufig eine PTBS aus (Vasileva, Fegert, & Petermann, 2015).

In der vorliegenden Arbeit, die Teil des genannten Forschungsprojekts ist, liegt der Fokus auf den körperlichen Beschwerden, die sich als Langzeitfolge der Betroffenen aus Wiener Kinder- und Jugendheimen infolge der Traumatisierung entwickelt haben. Dabei sollen die körperlichen Beschwerden vor allem im Hinblick auf die PTBS und die Anzahl der erlebten Missbrauchsformen untersucht werden.

4. Theoretischer Hintergrund

4.1 Traumatisierung

4.1.1 Traumabegriff

Für den Traumabegriff liegen seit vielen Jahren verschiedene Definitionsversuche vor, die noch zu keiner universell gültigen Definition von Trauma geführt haben (Tagay, Schlottbohm, & Lindner, 2016). Allgemein stammt der Begriff „Trauma“ aus dem Altgriechischen und bedeutet so viel wie „Wunden“. Während der Begriff in der Medizin als Fachbegriff für körperliche Verletzungen durch äußere Gewalteinwirkung verwendet wird, ist eine so klare Begriffsbestimmung für die Psychologie und die seelischen Verletzungen eines Menschen nicht ganz so einfach vorzunehmen (Weinberg, 2005).

Den Definitionen der Psychologie gemein ist jedoch, dass traumatische Ereignisse einen bedrohlichen Charakter aufweisen und dass sie plötzlich und unerwartet auftreten (Resick, 2003). Der Körper schaltet in so einem Fall in den „Überlebensmodus“, wodurch zahlreiche emotionale, biologische und kognitive Reaktionen ausgelöst werden. Das autonome Nervensystem aktiviert in der Folge auch eine Reihe von biologischen Reaktionen, die z.B. für eine Erhöhung des Herzschlages, der Atemfrequenz, des Blutdrucks und des Muskeltonus verantwortlich sind und außerdem das Ausschütten von gespeicherten Kohlenhydraten und Hormonen bewirken.

Der Traumabegriff ist im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV sowie DSM-5, wie folgt definiert:

Als Kriterium A1 gilt im DSM-IV (American Psychiatric Association, APA, 1994):

Das traumatische Ereignis beinhaltet das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat oder die Beobachtung eines Ereignisses, das mit dem Tod, der Verletzung oder der Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einer anderen Person zu tun hat oder das Miterleben eines unerwarteten oder gewaltsamen Todes oder einer Verletzung eines Familienmitgliedes oder einer nahestehenden Person. (S. 487)

Als Kriterium A2 wird das subjektive Erleben des Ereignisses im Sinne einer intensiven

Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen definiert. Das subjektive Einschätzungskriterium A2 ist allerdings im aktuellen DSM-5 nicht mehr enthalten (APA, 2013); stattdessen werden Situationen von traumatischen Ereignissen beschrieben. So kann eine Person selbst ein Trauma erleben oder Zeuge einer traumatischen Situation sein. Eine weitere traumatische Situation ist jene, wenn eine Person erfährt, dass das Leben von Angehörigen oder nahestehenden Personen bedroht wurde oder wenn die Person über extrem traumatische Inhalte informiert wird (Tagay et al., 2016).

4.1.2 Traumotypologie

Wie oben beschrieben können traumatische Erlebnisse in solche, die persönlich erlebt wurden, und solche, die beobachtet wurden, unterteilt werden. Zu den direkt erlebten traumatischen Erfahrungen werden Kriegserfahrungen sowie angedrohte oder tatsächliche Übergriffe wie körperliche Angriffe und Raubüberfälle gezählt, außerdem gehören dazu angedrohte oder tatsächliche sexuelle Gewalt verschiedenster Art, Entführung, Geiselnahme, Terroranschläge, Folter, Kriegsgefangenschaft, Naturkatastrophen oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle, die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit sowie andere plötzliche oder schwere medizinische Ereignisse. Eingeschlossen sind des Weiteren verschiedene Formen kindlicher Gewalterfahrungen, auf die in Kapitel 4.3.3 noch näher eingegangen wird.

Zu den beobachteten traumatisierenden Erlebnissen zählt z.B. das Beobachten von Unfällen, schweren Verletzungen, eines unnatürlichen Todesfalls, eines körperlichen oder sexuellen Missbrauchs einer anderen Person, von Krieg oder Katastrophen. Darüber hinaus gehören in diesen Bereich belastende Ereignisse, die Familienmitgliedern oder nahestehenden Personen widerfahren sind, wie gewalttätige Übergriffe, Suizid, schwere Verkehrsunfälle oder Verletzungen sowie lebensbedrohliche Krankheiten oder ein plötzlicher Tod dieser wichtigen Personen (APA, 2013).

Außerdem können traumatische Ereignisse auch hinsichtlich ihrer Ursache eingeteilt werden. Nach dieser Einteilung unterscheidet man zwischen von Menschen verursachten, sog. „man-made traumata“, Naturkatastrophen und kollektiven Traumata (aufgeführt nach Häufigkeit) (Reddemann & Dehner-Rau, 2008).

Zwei weitere Aspekte der Traumabeurteilung sind von Relevanz. Der erste bezieht sich auf die zeitliche Dauer des Traumas und wird in kurz- oder langfristige Traumata eingeteilt

(Tagay et al., 2016); der zweite auf die Exposition und unterscheidet einmalige oder wiederholte Traumata.

4.1.3 Folgen von Traumatisierung

Traumata gehen mit neurobiologischen, kognitiven, emotionalen, motivationalen oder behavioralen Veränderungen einher; demnach kann es zu psychopathologischen wie auch adaptiven oder salutogenetischen Entwicklungen kommen. Zu den psychopathologischen Traumafolgestörungen zählen die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), auf die in Kapitel 4.2 näher eingegangen wird, die akute Belastungsstörung sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (Disorder of extreme stress not otherwise specified, DESNOS) (Resick, 2003; Tagay et al., 2016). Darüber hinaus ist bekannt, dass auch weitere psychologische Störungen wie Depressionen, Panikstörungen, Essstörungen oder somatoforme Störungen nach einem traumatischen Ereignis auftreten können. Die körperlichen Folgen und somatischen Beschwerden nach traumatischen Ereignissen werden in Kapitel 4.4 genauer beleuchtet.

4.1.4 Risikofaktoren für Traumafolgestörungen

Nicht jede Person entwickelt nach einem traumatischen Ereignis eine Traumafolgestörung; jedoch gibt es gewisse Risikofaktoren, die eine solche Entwicklung begünstigen. Diese Risikofaktoren werden grundsätzlich eingeteilt in prätraumatische, peritraumatische und posttraumatische Risikofaktoren.

Zu den prätraumatischen Risikofaktoren zählen der familiäre Hintergrund, Traumatisierungen in der Kindheit, psychiatrische Vorgeschichte und weibliches Geschlecht (Resick, 2003; Tagay et al., 2016). Die peritraumatischen Risikofaktoren beziehen sich auf jene Faktoren, die während des traumatischen Ereignisses auftreten und die Reaktionen bzw. den nachfolgenden Genesungsprozess direkt beeinflussen können. Zu diesen Faktoren zählen die Art des Traumas, das Ausmaß der Traumaexposition, der Bekanntschaftsgrad mit dem Täter, die Einschätzung der Sicherheit vor dem Ereignis und die Selbstaufgabe des Opfers (Resick, 2003). Dabei gilt: Je länger und häufiger das Trauma erlebt wurde, desto höher ist das Risiko für die

Ausbildung einer Traumafolgestörung. In der Kategorie der Art des Traumas stellen die „man-made traumata“ das größte Risiko dar (Tagay et al., 2016; Weinberg, 2005). Als posttraumatische Risikofaktoren führen Tagay et al. (2003) eine fehlende soziale Unterstützung, eine Zunahme der Symptome sowie anhaltenden Stress an.

4.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung

4.2.1 Entwicklungsgeschichte der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wurde 1980 durch die *American Psychiatric Association (APA)* im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*, eingeführt. Die Diagnosekriterien werden seither ständig (DSM-III-R, 1987; DSM-IV, 1994 (Resick, 2003; Schnurr, 2009)) bis zum heutigen DSM-5 erweitert.

Symptome, die nach traumatischen Ereignissen auftreten, wurden bereits früh beschrieben. Jedoch gab es über die Zeit hinweg kontroverse Ansichten sowohl hinsichtlich der Ursachen der Symptome als auch der Folgen. So meinte beispielsweise Pierre Briquet im Jahr 1859, dass die Ursache für die damals beschriebenen hysterischen Symptome in traumatischen Erlebnissen läge. Dagegen vermutete John Eric Erichsen, der 1866 posttraumatische Symptome nach Eisenbahnunfällen beschrieben hatte, die Ursache für diese in Rückenmarksprellungen und nicht im traumatischen Ereignis. Die Annahme dieser rein organischen Ursache für posttraumatische Symptome prägte den Begriff des „Railway spine syndrome“. Herbert Page (1883) und Jean-Martin Charcot (1887) verwiesen auf die psychischen Folgen traumatischer Ereignisse (Angst, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, belastende Träume und Schlafstörungen, Irritierbarkeit) und sahen auch die Ursachen für diese psychisch durch das Trauma selbst begründet. Der französische Psychologe, Philosoph und Psychiater Pierre Janet, der als Begründer der modernen dynamischen Psychiatrie gilt und als Erster das Wort „unbewusst“ prägte, definierte auch als erster Experte den Begriff der „Dissoziation“. Mit diesem Begriff charakterisierte er 1889 die Abspaltung von Erinnerungen an das traumatische Erlebnis aus dem Bewusstsein. Er meinte, die dissoziierten Erfahrungen seien aus dem Unbewussten verantwortlich für psychische und körperliche Symptome (Tagay et al., 2016).

Ebenfalls 1889 prägte der deutsche Psychiater Hermann Oppenheim den Begriff der

„traumatischen Neurose“. Er verstand darunter eine Erschütterung des Nervensystems, die durch ein traumatisches Ereignis hervorgerufen wurde (Weber, 2010). Die mit einer solchen Erschütterung einhergehenden anatomischen Veränderungen des Gehirns waren für ihn ursächliche Auslöser posttraumatischer Symptome. So beschrieb er neben psychischen Folgen auch körperliche Beeinträchtigungen wie Schmerzen, sensorische Störungen und Paralysen. Josef Breuer und Sigmund Freud, die beide als Begründer der Psychoanalyse gelten, vertraten 1895 die Ansicht, dass die Ursache jeder hysterischen Störung in traumatischen Erfahrungen, vornehmlich in kindlichem sexuellem Missbrauch, begründet sei.

Durch die im Verlauf des Ersten Weltkriegs steigende Zahl an traumatisierten Soldaten entflammte die Diskussion über posttraumatische Symptome erneut. Hinsichtlich der Frage, ob für die Symptome der Soldaten, die allgemein als „Kriegsneurosen“ bezeichnet wurden (Zittern, Blindheit, Stummheit, Stottern, Lähmungen etc.), die traumatische Kriegserfahrung oder reine Simulation verantwortlichen war, gingen die Meinungen weit auseinander. Da die Symptome der „Kriegsneurosen“ auch bei Menschen zu beobachten waren, die sich niemals im Krieg oder an der Front befunden hatten, wurde die gesamte posttraumatische Diagnose aus politischer Sicht als „nervöse Epidemie“, als regelrechtes Rentenbegehren und vorwiegende Simulation verkannt (Lerner, 1997). Im Allgemeinen war man sich indes einig, dass die posttraumatischen Symptome nur vorübergehend bestünden.

Nach dem Zweiten Weltkrieg beschäftigte man sich erneut verstärkt mit der posttraumatischen Symptomatik. William G. Niederland beschrieb die Folgen und die Symptomatik der Überlebenden des Holocaust als „Überlebenden-Syndrom“ (Niederland, 2015). Niederland kritisierte außerdem in seinen frühen Arbeiten heftig das noch immer vorherrschende Dogma, nach dem posttraumatische Belastungs- oder Stresssymptome nur vorübergehend andauerten. Folglich beschrieb er das allgemeine Beschwerdebild des Überlebenden-Syndroms anhand folgender Merkmale (Niederland, 2015):

- Auftreten von Ermüdung und leichter Erschöpfbarkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten und Leistungsmängel
- nervöse Reizbarkeit und Ruhelosigkeit
- Verstimmtheit mit Neigung zur Erregung und Jähzornausbrüchen
- emotionale Unausgeglichenheit und Labilität
- Verlust persönlicher Initiative, Energie und Antriebskraft
- Gemütsschwankungen und Affektstörungen
- Schwindelgefühle
- Kopf-, Rücken-, Magenschmerzen

- Schlafstörungen und plötzliches Erwachen aus einem Angst- oder Alptraum
- allgemeine Schwäche mit Ausfällen im Aufmerksamkeits- und Denkvermögen
- Unfähigkeit zur Anpassung an alltägliche Belastungssituationen

Nach der Rückkehr der US-Soldaten aus dem Vietnamkrieg begann abermals eine systematische Beschäftigung mit den Extremstressfolgen (Resick, 2003), und der Weg für den Einzug ins DSM-III wurde geebnet. Obwohl das Auftreten posttraumatischer Symptome vorwiegend nach Kriegskatastrophen beschrieben und entsprechend untersucht worden war, beschränkte sich die PTBS bei ihrem Einzug ins DSM-III nicht nur auf Kriegstraumata. Durch die Frauenrechtsbewegung der 1970er-Jahre kamen außerdem Erfahrungen von Frauen mit häuslicher Gewalt und Vergewaltigungen ans Licht, wodurch eine Einteilung des Traumabegriffs in verschiedene Unterkategorien folgte (wie z.B. „Vergewaltigungstraumata“ und „Geschlagene-Frau-Syndrom („battered woman’s syndrome“)) (Resick, 2003).

Dieser kurze entwicklungsgeschichtliche Abriss über die Entstehung der PTBS soll verdeutlichen, wie schwierig es ist, posttraumatische Symptome eindeutig zu erfassen und zu klassifizieren. Nachfolgend werden die heute übliche Beschreibung und Klassifizierung der PTBS erläutert.

4.2.2 PTBS heute

Unter der PTBS versteht man allgemein eine Traumafolgestörung, die sich nach einem außergewöhnlich bedrohlichen und schrecklichen Erlebnis entwickeln kann, aber nicht muss. Eine PTBS kann sowohl nach einem einmalig erlebten traumatischen Ereignis auftreten oder auch nach Erlebnissen, die sich wiederholt oder über einen längeren Zeitraum hinweg erstrecken. Klinisch charakterisiert ist sie durch Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal (APA, 2013, S. 271–274).

Nachdem die PTBS lange Zeit zur Kategorie der Angststörungen gezählt wurde, wird sie im DSM-5 gemeinsam mit der akuten Belastungsstörung, Anpassungsstörungen und ähnlichen Erkrankungen in einem neuen Kapitel, nämlich Trauma- and Stressor-Related Disorders, angeführt. Wichtig zu betonen ist, dass die PTBS die bisher weitaus am häufigsten untersuchte und am besten erforschte Folge nach traumatischen Erlebnissen ist (Qi, Gevonden, & Shalev, 2016).

Für die Diagnose einer PTBS nach dem aktuellen DSM-5 muss in erster Linie eine

Traumatisierung nach den bereits in Kapitel 4.1.1 beschriebenen Kriterien vorliegen (Kriterium A). Kriterium B erfasst die Intrusionssymptomatik der PTBS, die durch ungewolltes Wiedererleben von Aspekten des Traumas gekennzeichnet ist. Dafür muss ein oder müssen mehrere der folgenden Intrusionssymptome, die nach dem traumatischen Ereignis aufgetreten sind, vorliegen:

1. Wiederholte, unwillkürliche und sich aufdrängende, belastende Erinnerungen an das traumatische Ereignis
2. Wiederholte belastende Träume, bei denen der Inhalt und/oder die Gefühle des Traums mit dem traumatischen Ereignis assoziiert ist/sind
3. Dissoziative Reaktionen (z.B. Flashbacks), in denen sich die Person so fühlt oder so verhält, als ob das traumatische Ereignis erneut stattfinden würde (solche Reaktionen können auf einem Kontinuum erscheinen, was sich bis hin zu einem vollständigen Verlust des Bewusstseins für die vorliegende Umgebung entwickeln kann)
4. Ausgeprägte oder anhaltende psychische Belastung bei Konfrontation mit internalen oder externalen Reizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder diesem ähneln
5. Deutliche physiologische Reaktionen auf internale oder externale Reize, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder diesem ähneln (APA, 2013)

Kriterium C zur Diagnose einer PTBS erfasst das Vermeidungsverhalten mithilfe typischer Strategien zur Vermeidung oder Kontrolle (Tagay et al., 2016). An folgenden Aspekten ist die anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert werden und nach dem traumatischen Ereignis aufgetreten sind, zu erkennen:

1. Vermeidung (oder Versuch der Vermeidung) von mit dem traumatischen Ereignis eng verbundenen, belastenden Erinnerungen, Gedanken, Gefühlen
2. Vermeidung (oder Versuch der Vermeidung) von externalen Hinweisreizen (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen), die belastende, mit dem traumatischen Ereignis eng verbundene Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen (APA, 2013)

Darüber hinaus erfasst Kriterium D negative kognitive und stimmungsbezogene Veränderungen, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert werden und nach dem Auftreten des traumatischen Ereignisses begonnen oder sich sogar verschlechtert haben. Kriterium D ist erkennbar anhand eines oder mehrerer der folgenden Aspekte:

1. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
2. Anhaltende und übersteigerte negative Überzeugung oder Erwartung in Bezug auf die eigene Person, andere Personen oder die Welt

3. Anhaltende verzerrte Gedanken über die Ursache oder die Folgen des traumatischen Ereignisses, die dazu führen, dass der Betroffene sich selbst oder andere beschuldigt
4. Anhaltender negativer emotionaler Zustand
5. Deutlich vermindertes Interesse oder seltenere Teilnahme an wichtigen Aktivitäten
6. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen
7. Anhaltende Unfähigkeit, positive Emotionen zu erleben (APA, 2013)

Kriterium E erfasst die Symptomatik des Hyperarousal. Es beschreibt deutliche Veränderungen in der Erregbarkeit und in den Reaktionen verbunden mit dem traumatischen Ereignis, die nach diesem begonnen oder sich verschlechtert haben. Die Symptomatik des Hyperarousal ist anhand folgender Aspekte zu erkennen:

1. Reizbarkeit und Wutausbrüche, typischerweise in Form verbaler oder physischer Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen
2. Leichtsinniges oder selbstzerstörerisches Verhalten
3. Hypervigilanz
4. Übersteigerte Schreckhaftigkeit
5. Konzentrationsprobleme
6. Schlafstörungen (APA, 2013)

4.2.3 Prävalenz und Verlauf

Mittlerweile zeigen zahlreiche Studien, dass die Mehrheit der Menschen irgendwann in ihrem Leben von einem traumatischen Ereignis betroffen ist (Tagay et al., 2016). So gaben beispielsweise in einer groß angelegten epidemiologischen Studie zur Traumaprävalenz 64.6% der Männer und 49.5% der befragten Frauen an, mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben (Creamer, Burgess, & McFarlane, 2001). In der US-amerikanischen „National Comorbidity Study“ von Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes und Nelson (1995) wurde für die PTBS eine Lebenszeitprävalenz von 7.8% gefunden. Die zwölf Jahre später durchgeführte „National Comorbidity Study Replication“ ergab eine etwas niedrigere Prävalenz von 6.3%, in einer deutschen Studie lag die Einjahresprävalenz bei 2.3% (Maercker, 2013). Für Österreich liegen keine aktuellen Prävalenzzahlen zur PTBS vor. Meistens setzt die Symptomatik der PTBS bereits kurz nach dem erlebten Trauma ein; sie kann jedoch auch erst verzögert auftreten. Etwa in einem Drittel der Fälle nimmt die PTBS sogar einen chronischen Verlauf (Tagay et al., 2016).

4.2.4 Komorbidität

Da die PTBS eine von mehreren möglichen Störungen ist, die sich nach einem traumatischen Ereignis entwickeln kann, wird auch von hohen und vielseitigen Komorbiditäten berichtet. So haben Personen mit PTBS eine um 80% höhere Wahrscheinlichkeit, weitere psychische Störungen aufzuweisen als Personen ohne PTBS (APA, 2013, S. 280). Angststörungen und Major Depression gehören auf klinisch-psychologischer Seite zu den am häufigsten berichteten Störungen (Brady, Killeen, Brewerton, & Lucerini, 2000; Galatzer-Levy, Nickerson, Litz, & Marmar, 2013). Darüber hinaus führt Maercker (2013) Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. -sucht, Borderlinestörung, antisoziale Persönlichkeitsstörung und Somatisierungsstörung als Folge- und Begleitstörungen der PTBS auf. Diese hohen Komorbiditätsraten deuten auf eine ausgeprägte psychische Vulnerabilität durch Traumatisierungen hin.

Aber nicht nur auf klinisch-psychologischer Seite wird die PTBS im Zusammenhang mit anderen Krankheiten untersucht. Auch aus medizinischer Sicht stellt sie einen interessanten Forschungsgegenstand dar, da sie signifikant mit der physischen Gesundheit in Verbindung steht. Dabei geht die PTBS nicht nur mit geringerem Wohlbefinden und einem schlechteren Gesundheitszustand allgemein einher (Zatzick et al., 1997), sondern steht, wie in Kapitel 4.4 dargestellt, zudem in konkretem Zusammenhang mit diversen somatischen Beschwerden.

4.3 Gewalt und Missbrauch

Wie bereits eingangs dargelegt, behandelt die vorliegende Arbeit die Traumatisierung aufgrund von Missbrauch in der Kindheit, im Speziellen aufgrund von institutionellem Missbrauch. Im nachstehenden Kapitel werden Begrifflichkeiten, verschiedene Formen und die Folgen von Missbrauch in der Kindheit erläutert.

4.3.1 Begriff der Gewalt

Gewalt ist ein schwierig zu definierender Begriff. Was als akzeptables oder inakzeptables Verhalten gilt, hängt von den vorherrschenden Normen und Werten einer Gesellschaft ab. Noch vor wenigen Generationen galt z.B. das Schlagen von Kindern als ganz normaler

Erziehungsmodus in Deutschland. Darüber hinaus ist die Definition jeweils abhängig von der Perspektive der ausgehenden Disziplin (Psychologie, Rechtswesen, Politik etc.). Die Psychologie hat einen anderen Fokus in der Definition von Gewalt als das Rechtswesen, die Politik und andere Disziplinen. Dadurch wird deutlich, dass eine allgemeingültige und klare Definition des Begriffes kaum möglich ist (World Health Organization, WHO, 2003).

Die World Health Organization (WHO) definiert Gewalt wie folgt:

Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen oder Deprivation führt (WHO, 2003, S. 6).

Gewalt kann in drei Hauptkategorien unterteilt werden. Die erste Kategorie umfasst generell Gewalt gegen die eigene Person. In diese Kategorie fallen z.B. suizidales Verhalten und Selbstverstümmelung. Die zweite Kategorie betrifft die kollektive Gewalt, worunter Terrorismus, Völkermord, organisierte Gewaltverbrechen etc. fallen. Die dritte Kategorie bildet die interpersonelle Gewalt. Die interpersonelle Gewalt gliedert sich einerseits auf in Gewalt in der Familie und unter Intimpartnern und andererseits in Gewalt durch Mitglieder einer Gemeinschaft oder durch Personen, die nicht miteinander verwandt und auch nicht notwendigerweise miteinander bekannt sind. Zur Gewalt in der Familie und unter Intimpartnern zählen zudem Vergehen wie Misshandlungen alter Menschen und Kindesmissbrauch. In den zweiten Bereich fällt neben der Gewalt unter Jugendlichen und Übergriffe durch Fremde außerdem die Gewalt im institutionellen Umfeld (WHO, 2003, S. 7).

4.3.2 Kindesmissbrauch

Kindesmissbrauch oder Gewalt gegen Kinder ist ein Begriff, der einer gesonderten Betrachtung bedarf. Butchart, Harvey, Mian, Fürniss und Kahane (2006) siedeln den Begriff der Kindesmisshandlung genau zwischen beiden Untergruppen der interpersonellen Gewalt an, da es sich im Fall von Kindesmisshandlung bei den Tätern neben den Eltern und anderen Familienmitgliedern oder Bezugspersonen auch um Fremde, andere Kinder, Personen aus dem Gesundheits- oder Erziehungswesen sowie diverse andere Autoritäten handeln kann. Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass der

Begriff der Kindesmisshandlung unseren heutigen Vorstellungen entspricht. Noch vor wenigen Generationen galten Kinder nicht als individuelle Subjekte, sondern zählten zum Besitz der Eltern (Hermann, Dettmeyer, Banaschak, & Thyen, 2010). Körperliche Züchtigung wurde folglich akzeptiert und als Erziehungsmittel angesehen. Beispielsweise hielten 80% der Eltern in Deutschland das Schlagen von Kindern Anfang der 1960er-Jahre für angebracht, 35% bejahten das Strafen mit dem Rohrstock. Die Prügelstrafe wurde in Deutschland erst im Jahr 1973 abgeschafft, in Österreich wurde das Züchtigungsverbot 1989 im Paragraph 137 im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB) abgeschafft. „[...] Eltern haben für die Erziehung ihrer minderjährigen Kinder zu sorgen und ihr Wohl zu fördern. [...] Das Verbot der Zufügung körperlichen und seelischen Leides („Züchtigungsverbot“) wird ausdrücklich eingeführt bzw. verdeutlicht.“ (Gössweiner & Cizec, 2001, S. 70). Mittlerweile ist das Recht von Kindern auf gewaltfreie Erziehung im Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern verankert.

Unter Kindesmisshandlung fallen alle Formen der Gewalt gegen Kinder, die ihnen tatsächlich oder potenziell in ihrer Gesundheit, ihrem Überleben, ihrer Entwicklung oder ihrer Würde schaden. Gewalttaten können physischer, sexueller und psychischer Art sein und schließen darüber hinaus Vernachlässigung mit ein (Butchart et al., 2006). Im Folgenden werden die einzelnen Formen von Gewaltmissbrauch gegenüber Kindern näher erläutert.

4.3.3 Formen des Missbrauchs

Körperlicher Missbrauch:

Unter körperlichem Missbrauch an Kindern versteht man ein absichtliches Anwenden von physischer Gewalt, die der Gesundheit, dem Überleben oder der Entwicklung des Kindes direkt oder mit einer hohen Wahrscheinlichkeit schaden. Zu solchen Handlungen zählen beispielsweise Stöße, Schlagen, Schütteln, Verbrennungen, Stiche, Würgen, Beißen usw. (Egle, Hoffmann, & Joraschky, 2005; Norman et al., 2012).

Sexueller Missbrauch:

Für sexuellen Missbrauch findet sich neben zahlreichen Definitionsversuchen bis heute keine allgemeingültige Definition. Als Parameter für die verschiedenen Definitionsansätze dienen die Häufigkeit des Missbrauchs, das Alter des Opfers, die Beziehung zwischen Opfer und Täter sowie die Intensität oder der Körperkontakt. Nach Intensitätsgraden

werden z.B. Handlungen wie anzügliche Bemerkungen, Exhibitionismus oder das Zeigen pornografischer Inhalte als leichte Form des sexuellen Missbrauchs gewertet. Als wenig intensive Missbrauchshandlungen zählen sexualisierte Küsse sowie Versuche, die kindlichen Genitalien zu berühren. Intensive Formen des Missbrauchs umfassen das tatsächliche Berühren der Genitalien, das Masturbieren des Täters vor dem Opfer oder die Situation, wenn der Täter das Opfer zwingt, vor ihm zu masturbieren. Als intensivste Missbrauchshandlungen gelten jene, die eine tatsächliche oder versuchte Penetration (oral, vaginal, anal) beinhalten. Andrews, Corry, Slade, Issakidis und Swanston (2001) schlagen drei Kategorien sexuellen Missbrauchs vor, die rein auf den Körperkontakt bezogen sind. Diese Kategorien sind wie folgt: Missbrauch ohne Körperkontakt (z.B. Exhibitionismus), Missbrauch mit Körperkontakt und Missbrauch mit versuchter oder vollzogener (vaginaler, oraler oder analer) Penetration (Egle et al., 2005).

In einer Definition nach Hermann und Kollegen (2010) wird unter sexuellem Missbrauch eine „Einbeziehung und Nötigung von Kindern oder Jugendlichen zu sexuellen Aktivitäten [verstanden], die sie aufgrund entwicklungsbedingter Unreife nicht vollständig erfassen können und bei denen sie außerstande sind, bewusst im Sinne eines informed Consent einzuwilligen“ (S. 115). Dieselben fügen außerdem hinzu, dass dabei sowohl „[...] soziale Tabus der Familie bzw. der Gesellschaft verletzt werden. Erwachsene nutzen den bestehenden Macht- und Altersunterschied, um Kinder oder Jugendliche zur Kooperation zu überreden oder zu zwingen. Die Absicht des Erwachsenen, Kinder für seine oder ihre sexuelle Erregung und Befriedigung auszunutzen, ist ein zentrales Kennzeichen des Missbrauchs“ (Hermann et al., 2010, S.115).

Emotionaler Missbrauch:

Emotionaler Missbrauch (auch psychischer Missbrauch) lässt sich in eine aktive und eine passive Form unterteilen. Zur aktiven Form der emotionalen Misshandlung zählen feindliche, ignorierende und abweisende Verhaltensweisen als fester Bestandteil der Erziehung und Interaktion. Die passive Form des emotionalen Missbrauchs ist entsprechend gekennzeichnet durch Unterlassung von wichtigen emotionalen Verhaltensweisen, die für eine gesunde emotionale Entwicklung des Kindes notwendig sind, etwa das Vorenthalten oder Verweigern von Liebe, Zuwendung, Nähe, Unterstützung etc. Emotionaler Missbrauch führt zu starker Beeinträchtigung einer vertrauensvollen Beziehung und gefährdet die geistige, seelische und soziale Entwicklung des Kindes (Butchart et al., 2006; Hermann et al., 2010). Ergänzend sind ebenso Verhaltensweisen als emotionaler Missbrauch anzuführen, die das Kind durch eine Überbehütung oder Überfürsorge erdrücken oder ein Gefühl der Ohnmacht und Abhängigkeit vermitteln (Hermann et al., 2010).

Problematisch an der Definition des emotionalen Missbrauchs ist die Frage, wo genau die Grenzen zwischen dem elterlichen Verhalten, das gerade noch als angemessen angesehen werden kann, und dem Grad, ab wann das Verhalten als schädlich oder missbräuchlich gewertet werden muss (z.B. Hausarrest, Taschengeldentzug o.Ä.), verlaufen. Zudem stellt sich die Frage, inwieweit das Alter und individuelle Merkmale der Kinder bei diesen unklaren Grenzen eine Rolle spielen (Egle et al., 2005).

Vernachlässigung:

Unter Vernachlässigung wird allgemein unzureichende Pflege, Ernährung, Fürsorge, Förderung, Aufsicht und Schutz durch Betreuungspersonen verstanden. Vernachlässigung lässt sich in emotionale und körperliche Vernachlässigung unterteilen. Unter körperliche Vernachlässigung fallen alle Aspekte, die einen Mangel an körperlicher gesundheitsförderlicher Fürsorge sowie einen defizitären Schutz vor Gefahren aufweisen. Zur körperlichen Vernachlässigung gehört z.B. eine in Qualität und Quantität nicht angemessene Ernährung, die in weiterer Folge zu Dystrophie und Gedeihstörungen des Kindes oder im umgekehrten Fall zu extremer kindlicher Adipositas führen kann. Weitere Aspekte körperlicher Vernachlässigung stellen eine unzureichende, verspätete oder verweigerte medizinische Versorgung dar, außerdem keine adäquate Unterkunft oder angemessene Bekleidungs- und Hygienemöglichkeiten sowie eine unzureichende Aufsicht, wodurch die Sicherheit des Kindes vor Gefahren im Alltag nicht ausreichend gewahrt wird. Unter emotionale Vernachlässigung fallen Aspekte wie unzureichende emotionale Zuwendung, Liebe, Respekt und Geborgenheit sowie zu wenig Förderung oder Unterstützung in der Ausbildung und beim Erwerb sozialer Kompetenzen. Ein zu geringes Angebot sowie keine Hilfe zur Ausbildung der persönlichen Selbstständigkeit fallen ebenfalls in die Kategorie der emotionalen Vernachlässigung (Hermann, 2005).

Überlagerungen:

Schwierigkeiten ergeben sich darüber hinaus aufgrund der Problematik einer jeweils eindeutigen Definition. So kommt es z.B. abhängig von der jeweils zugrundeliegenden Definition zu einer Schwankung der Zahlen zu sexuellem Missbrauch in internationalen Studien. Die Schwankungen bewegen sich bei betroffenen Frauen zwischen 7% und 36% und bei betroffenen Männern zwischen 3% und 29% (Herzig, 2010). Eine strikte Separierung der verschiedenen Misshandlungsformen, wie sie oben dargestellt ist, ist aufgrund großer Überlappungen und des parallelen Auftretens derselben problematisch (Egle et al., 2005; Richter-Appelt & Moldzio, 2004). Durch das häufige Vorkommen einer Multitraumatisierung wird eine spezifische Betrachtung der Folgen der einzelnen Gewaltformen erschwert.

Ney, Fung und Wickett (1994) schätzen, dass in nur ungefähr fünf Prozent der Fälle eine einzelne Gewaltform/Missbrauchsform vorliegt (nur sexueller oder nur körperlicher Missbrauch) (zitiert nach Jonson-Reid, Drake, Chung, & Way, 2003). Levy, Markovic, Chaudhry, Ahart und Torres (1995) fanden in 55% der Fälle reine Missbrauchsformen, während in den anderen Fällen Kombinationen aus den verschiedenen Missbrauchsformen vorlagen.

4.3.4 Prävalenzen

In einer repräsentativen Studie von Wetzels und Pfeiffer (1997) gaben 74.9% der Befragten an, in ihrer Kindheit physische Gewalthandlungen durch ihre Eltern erfahren zu haben, wobei 10.8% der Befragten eindeutig Opfer von körperlicher Misshandlung gewesen waren. Die Angaben zu sexuellem Missbrauch in der Kindheit liegen bei Frauen zwischen 10% und 15% und bei Männern zwischen 5% und 10%. Schätzungen zur Prävalenz von Vernachlässigung liegen bei 40% - 50% (Deegener & Körner, 2005).

In Österreich gibt es, anders als z.B. in Deutschland, keine großen Dunkelfelduntersuchungen (Pflegerl & Cizek, 2001). Während die Anzeigenstatistik in Österreich bei jährlich ca. 500 Anzeigen zu sexueller Gewalt gegenüber Kindern liegt, bewegt sich die anhand von Hochrechnungen geschätzte Dunkelziffer von sexueller Gewalt an Kindern innerhalb der Familie zwischen 10.000 und 25.000 Fällen pro Jahr (Pflegerl & Cizek, 2001).

In einer österreichischen Prävalenzstudie zu Gewalt an Frauen und Männern gaben 74.8% der Frauen an, psychische Gewalterfahrungen gemacht zu haben, während 72.6% körperliche Gewalt erfahren hatten. Die Angaben der befragten Männer ergaben 72.8% psychische und 73.7% körperliche Gewalterfahrungen. Die Prozentzahlen zu sexuellen Übergriffen in der Kindheit lagen bei Frauen bei 27.7% und bei Männern bei 12% (Kapella, Baierl, Rille-Pfeiffer, Geserick, & Schmidt, 2011).

4.3.5 Institutionalisierte Missbrauch

Der Begriff des institutionellen Missbrauchs wurde erstmals von Goffmann im Jahre 1961 im Kontext „totaler Institution“ geprägt, indem auf die Menschen in einer Einrichtung eine vollkommene Kontrolle durch die Institutionen oder einzelne Vertreter ausgeübt wird. Totale Institutionen werden bei Goffmann vorwiegend als Gefängnissituationen oder geschlossene Psychiatrien beschrieben (Ferring & Willems, 2014). Vom Soziologen Utz

aufgegriffen fällt unter diesen Begriff zudem die Heimunterbringung (Utz, 2011). Utz führt außerdem den Begriff der institutionalisierten Autoritätsmacht ein. Er verweist des Weiteren darauf, dass der Zugang zu Institutionen oftmals anhand professioneller, d.h. beruflicher, Qualifikationen erfolgt und dieser Zugang eine gewisse Amtsmacht verleiht. Ein Lehrer hat beispielsweise eine Amtsmacht gegenüber seinen Schülern. In Kinder- und Pflegeheimen sind es die Betreuungspersonen, die aufgrund ihrer Position in der Institution gegenüber den Kindern eine Amtsmacht besitzen. Eine solche Amtsmacht oder institutionalisierte Autoritätsmacht wird oftmals bereitwillig und fraglos akzeptiert und anerkannt und führt gleichzeitig zu einer hohen Bereitschaft der Gegenseite, sich der Autoritätsmacht zu fügen. Utz macht deutlich, dass eine solche institutionell verliehene Autoritätsmacht einerseits also eine Willensdurchsetzung erleichtert und andererseits den Fügsamkeitwillen verstärkt. Folglich wird strukturell ein erleichterter oder günstiger Rahmen für institutionellen Missbrauch gelegt (Ferring & Willems, 2014; Utz, 2011).

Vergleichbar damit ist die Definition von Gallagher (1999), der institutionellen Missbrauch als sexuelle, körperliche, emotionale Gewalt definiert, die von Personen ausgeübt wird, die mit einem Kind in einem professionellen Tätigkeitsfeld arbeiten. Er verweist zudem auf die spärliche Literatur zum Forschungsbereich des institutionellen Missbrauchs von Kindern, der erst in den vergangenen zehn Jahren an Aufmerksamkeit gewonnen hat und in den Fokus der Forschung rückte. Darüber hinaus habe sich die bisherige Forschung in diesem Bereich vorwiegend mit sexuellem Missbrauch beschäftigt und andere Formen der Gewalt vernachlässigt (Gallagher, 1999).

Auf alle drei Formen des Missbrauchs (sexuell, körperlich, emotional) konzentrierten sich Lueger-Schuster et al. (2014), als sie die Folgen institutionalisierten Missbrauchs durch die katholische Kirche in Österreich untersuchten. Das Ergebnis war, dass 83.3% der Befragten emotionalen Missbrauch erlebt hatten und 68.8% sexuell und 68.3% körperlich missbraucht worden waren. Die Prävalenz einer PTBS lag in dieser Studie bei 48.6%; bei 84.9% zeigten sich zumindest klinisch relevante Symptome einer PTBS.

In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass sich sexueller Missbrauch in Institutionen von solchem in der Allgemeinbevölkerung unterscheidet. Während in der Allgemeinbevölkerung die Opfer sexuellen Missbrauchs vorwiegend weiblich sind (Ernst, Angst, & Földényi, 1993) – wie z.B. bei einer australischen Studie von 2688 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, von denen 80.1% weibliche Opfer waren (Cutajar et al., 2010); oder in einer US-Stichprobe von 3786 untersuchten Personen mit 75.2% weiblichen Opfern (Pérez-Fuentes, Olfson, Villegas, & Morcillo, 2013) –, so zeigte sich im institutionellen Kontext ein umgekehrtes Bild mit 81% männlichen Opfern (Terry, 2008).

Um ein umfassenderes Bild von den Auswirkungen des institutionellen Kontexts zu erhalten, wird zukünftig also noch viel intensivere Forschung in diese Richtung notwendig sein.

Vasileva und Kollegen beschreiben im Jahr 2015 Kinder und Jugendliche in Heim- oder Pflegeunterkünften als eine der vulnerabelsten Populationen der westlichen Gesellschaft. Als Ursache erwähnen sie die Gründe, die am häufigsten zu einer außerfamiliären Unterbringung von Kindern führen. Diese sind in erster Linie Misshandlungen oder Vernachlässigungen in der Familie, ein niedriger sozioökonomischer Status, die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit oder auch ein alleinerziehendes Elternhaus. In der Studie von Vasileva et al. (2015) zeigte sich, dass zwischen 73% und 91.6% der fremd untergebrachten Kinder und Jugendlichen mindestens ein Trauma erlebt hatten; die Häufigkeit von zwei und mehr Traumata lag zwischen 40% und 64%. Als häufigstes Trauma wurden in elf Studien Vernachlässigung oder körperliche Misshandlung angegeben.

Die Prävalenz von PTBS lag in diesen Studien, wenn vorhanden, bei bis zu 44% nach den Diagnosekriterien der ICD-10 und bei bis zu 11% nach den Diagnosekriterien des DSM-IV in europäischen Ländern. Weltweit lagen für die Prävalenz von PTBS in Pflegefamilien Wertebereiche von 1.4% bis 28.7% vor; in Stichproben aus der Heimerziehung lagen die Prävalenzen für PTBS bei bis zu 33.3%. Vergleichbare Prävalenzen zu institutionalisiertem Missbrauch fanden sich außerdem bei Wolfe, Francis und Straatman (2006) mit einer aktuellen PTBS-Symptomatik von 42% und einer Lebenszeitprävalenz von 63.2%.

Verdeutlicht man sich, dass die als am meisten vulnerabel geltenden Personen in einem Setting unterkommen, das durch die Struktur den Missbrauch von Autoritätsmacht und Gewalt sogar begünstigt, so wird klar, dass neben sehr hohen Prävalenzen auch die Folgen des Missbrauchs verheerend sind.

4.3.6 Folgen von Missbrauch in der Kindheit

Es kann allgemein gesagt werden, dass Missbrauch in der Kindheit zu einer höheren Lebenszeitprävalenz von Psychopathologien führt. MacMillian et al. (2001) fanden bei Personen mit körperlichen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit ein signifikant höheres Auftreten von Angststörungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit oder -missbrauch sowie

antisozialem Verhalten im Erwachsenenalter als bei Personen ohne diese negative Erfahrung. Darüber hinaus zeigte sich bei Frauen, die körperlichen Missbrauch erlebt hatten, signifikant höhere Depressionsraten. Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit standen bei der Untersuchung vor allem bei Frauen mit einem signifikant höheren Vorkommen von Krankheiten in Zusammenhang. Bei sexuell missbrauchten Männern zeigte sich eine signifikant höhere Prävalenz für Alkohol- und Drogenabhängigkeit oder -missbrauch verglichen mit sexuell missbrauchten Frauen.

Die Zusammenhänge von sexuellem Kindesmissbrauch und verschiedenen Psychopathologien wie PTBS, Depression, Angststörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie mit Suizidalität finden sich auch bei Andrews et al. (2001). Diese verweisen zusätzlich darauf, dass das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, umso höher ist, je mehr schwere Formen des sexuellen Missbrauchs erfahren wurden. Sugaya et al. (2012) berichten von einer 84%igen Lebenszeitprävalenz von mindestens einer psychischen Störung nach sexuellem Kindesmissbrauch. Dass sexueller Missbrauch in der Kindheit ein bedeutender Faktor für den Ausbruch psychischer Störungen ist, wird auch bei Cutajar et al. (2010) belegt. Diese fanden für alle Achse-I- und Achse-II-Störungen (außer für Essstörungen) signifikant höhere Raten bei Personen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit als in der Kontrollgruppe. Der größte Unterschied zeigte sich dabei hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung.

Wolff, Loos, Tutus und Goldbeck (2015) zufolge treten abhängig vom erlebten Trauma unterschiedlich starke Symptome der PTBS auf. So konnten sie bei näherer Untersuchung der Art und der Häufigkeit traumatischer Ereignisse bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS signifikant ausgeprägtere Symptomatik bei Opfern sexueller Gewalt als bei jenen körperlicher Gewalt feststellen.

Interpersonelle Traumata, vor allem Missbrauch in der Kindheit, werden mit einer so großen Symptombreite beschrieben, die weit über die einer PTBS hinausgehen. Herman (1992) schlug aufgrund dieser multidimensionalen Symptomkomplexität die Diagnose einer komplexen PTBS oder DESNOS (Disorder of extreme stress not otherwise specified) vor. Diese ist durch Beeinträchtigungen in einer Vielzahl von Bereichen gekennzeichnet, nämlich Beeinträchtigungen in der Affekt- und Impulsregulation, Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins, Veränderungen der Selbstwahrnehmung und der Beziehungen zu anderen sowie Somatisierung. Cloitre et al. (2009) verdeutlichen, dass die Symptomkomplexität im Erwachsenenalter mit zunehmender Anzahl erlebter Traumata (körperlicher, sexueller, emotionaler Missbrauch) in der Kindheit ansteigt.

Fitzpatrick et al. (2010) untersuchten Überlebende von institutionalisiertem Missbrauch in

der Kindheit. Es zeigten sich auch in diesem Fall große psychische und physische Gesundheitsprobleme sowie psychosoziale Probleme als Folgen. Darüber hinaus gab es noch weitere unterschiedliche Auswirkungen, je nachdem, welche Form des Missbrauchs die Opfer als ihre schlimmste Erfahrung angaben. Im Vergleich zu anderen Studien fanden sich im Kontext institutionalisierten Missbrauchs in der Studie von Lueger-Schuster et al. (2014) allgemein höhere Psychopathologien.

4.4 Körperliche Beschwerden als Folge von Traumatisierung und PTBS

Wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln kurz erwähnt, finden sich körperliche Beschwerden sowohl als direkte Folge von Traumatisierungen als auch im Zusammenhang mit der Diagnose PTBS. Die in diesem Rahmen häufig untersuchten und beschriebenen körperlichen Beschwerden umfassen Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Muskelzittern, Übelkeit, Müdigkeit sowie kardiopulmonale, pseudoneurologische, psychosexuelle und gynäkologische Symptome (Herman, 1992; Stein et al., 2004).

Die genannten Symptome decken zudem die Beschwerdesymptomatik der sogenannten somatoformen Störungen ab. Dabei handelt es sich um Störungsbilder des DSM-IV bzw. ICD-10, die durch körperliche Beschwerden gekennzeichnet sind, für die keine eindeutigen oder ausreichenden organmedizinischen Ursachen gefunden wurden. Es werden verschiedene Unterformen der somatoformen Störungen unterschieden. Die *Somatisierungsstörung* ist durch polysymptomatische und stark wechselnde Beschwerdebilder gekennzeichnet. Demgegenüber zeichnet sich die *undifferenzierte Somatisierungsstörung* durch weniger stark ausgeprägte Variabilität der Beschwerdebilder aus. Die *somatoforme autonome Funktionsstörung* umfasst ein Beschwerdebild, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird (kardiovaskuläres, gastrointestinales, respiratorisches, urogenitales System).

Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wird bei unklaren Schmerzen eines Körperteils, die mindestens sechs Monate andauern, gestellt. Zusätzlich wird die hypochondrische Störung als Unterkategorie der somatoformen Störungen angeführt (Noeker, 2002; Noeker & Petermann, 2008). Entsprechend werden im Rahmen von Traumatisierungen und PTBS nicht nur Zusammenhänge mit den jeweiligen körperlichen Beschwerden an sich gefunden, sondern auch hohe Komorbiditäten zu somatoformen Störungen.

In der Literatur zeigt sich deutlich, dass somatische Beschwerden mit der Diagnose einer PTBS in Zusammenhang stehen. So verweisen z.B. die Ergebnisse von Kuwert, Hornung, Freyberger, Glaesmer und Klauer (2015) auf stärkere somatische Symptome bei Patienten mit PTBS gegenüber jenen ohne PTBS. Außerdem zeigten sich in einer Studie von Gillock, Zayfert, Hegel und Ferguson (2005) mit zunehmender Ausprägung der PTBS-Symptomatik stärkere körperliche Beschwerden. Entsprechende Ergebnisse finden sich außerdem vor dem Hintergrund institutionalisierter Gewalt. Lueger-Schuster et al. (2013) fanden in diesem Zusammenhang bei Personen mit der Diagnose einer PTBS höhere somatische Beschwerden in der Somatisierungsskala des BSI. Signifikante Zusammenhänge zwischen Formen des Kindesmissbrauchs und den genannten somatischen Symptomen finden sich ebenfalls bei Spertus, Yehuda, Wong, Halligan und Seremetis (2003) sowie bei Stein et al. (2004). In der Literatur ist der sexuelle Missbrauch in der Kindheit die bisher am intensivsten untersuchte Gewaltform. Briere und Runtz (1988) fanden signifikant höhere Werte für somatische Beschwerden bei Frauen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit als bei jenen ohne diese Gewalterfahrung. Callahan, Price und Hilsenroth (2003) untersuchten die Langzeitfolgen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit und fanden signifikante Unterschiede in der Somatisierungsskala der SCL-90-R bei jenen Personen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit gegenüber jenen ohne derartige Erfahrungen. In einer Studie von Min, Farkas, Minnes und Singer (2007) zeigte sich bei 15% der untersuchten Personen, die in ihrer Kindheit Formen des Missbrauchs erlebt hatten, auffällige Werte in der Somatisierungsskala des BSI. In einer Studie von Lueger-Schuster et al. (2014) zu institutionalisiertem Missbrauch wiesen 84.9% der Betroffenen mindestens in einer BSI-Subskala klinische Symptome auf.

Neben den Beschwerden, für die vorrangig keine körperlich-medizinischen Ursachen gefunden werden, werden in der Literatur auch Untersuchungen beschrieben, die tatsächliche Veränderungen des Körpers durch die Traumatisierung verdeutlichen. Nachfolgend wird auf die Veränderungen in verschiedenen Regulationsmechanismen des Körpers durch die Traumatisierung kurz eingegangen. Anschließend erfolgt eine Betrachtung körperlicher Krankheiten, die weitgehend als Folge dieser Veränderungen betrachtet werden können.

Es sei allgemein angemerkt, dass die Diagnose einer somatoformen Störung bzw. Somatisierungsstörung insgesamt stark kritisiert und gänzlich infrage gestellt wird. Im DSM-5 wurde sie schließlich durch die somatische Belastungsstörung („somatic symptom disorder“) ersetzt. So steht nicht mehr die Frage nach medizinisch ungeklärten (somatoformen) oder geklärten medizinisch organischen Ursachen im Vordergrund. Diese

Einteilung erfuhr vor allem deshalb starke Kritik, da die Symptome häufig als nicht real angesehen oder einfach abgetan und Patienten mit körperlichen Beschwerden dadurch leicht stigmatisiert wurden (Hiller & Rief, 2014). Das Kernmerkmal der somatischen Belastungsstörung ist nunmehr das Vorhandensein körperlicher Symptome, die zu einer starken subjektiven Belastung führen. Anstelle der Frage nach der organmedizinischen Ursache bilden die Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen in Bezug auf die somatischen Beschwerden das Schlüsselement der Klassifikation im DSM-5. Da die Abschaffung der somatoformen Störung bzw. Somatisierungsstörung erst im DSM-5 stattfand, erfolgte die Betrachtung somatischer Beschwerden in der Psychologie bis dahin vorwiegend anhand der Beschwerden, die im Zusammenhang mit den somatoformen Störungen beschrieben wurden. Aus medizinischer Perspektive finden sich jedoch ebenso diverse körperliche Veränderungen infolge von Traumatisierungen.

4.4.1 Allgemeine körperliche Reaktionen auf Stress

Die Reaktion des Körpers auf Stress und Belastungen besteht aus einer Vielzahl von verschalteten Mechanismen. Zwei zentrale Mechanismen, um den Körper nach einem Stressreiz wieder in die Homöostase zurückzubringen, sind die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse) und das sympathische Nervensystem (Guilliams & Edwards, 2010).

Hans Selye beschrieb drei Phasen als Folgen von Stress, die er als „allgemeines Anpassungssyndrom“ bezeichnet. Die erste Reaktion auf einen Stressor ist die sog. *Alarmphase*, in der der Körper in eine erhöhte körperliche Erregung versetzt wird (Busse, Plaumann, & Walter, 2006). Diese erste Anpassungs- oder Bewältigungsphase des Körpers aufgrund von Stress kann auch als „Fight or Flight“-Reaktion bezeichnet werden, wie sie erstmals 1914 von Walter Cannon benannt wurde. Diese Reaktion wird vom Sympathikus des vegetativen Nervensystems ausgelöst (Guilliams & Edwards, 2010; Resick, 2003). Auswirkungen des Sympathikus sind u.a. eine Erhöhung der Herzfrequenz und der Kontraktionskraft des Herzens, Erhöhung der Atemfrequenz und Erweiterung der Bronchien, Verringerung der Darmmotilität sowie eine Erhöhung des Blutglucosespiegels zur Energiebereitstellung (Jänig, 2007; Resick, 2003).

In der darauffolgenden *Widerstandsphase* werden verstärkt Hormone ausgeschüttet, um den Körper wieder in die Homöostase zurückzubringen. Hält diese Phase länger an, tritt

irgendwann die *Erschöpfungsphase* ein, die sich folgenreich auf die physische und psychische Gesundheit auswirken kann. Krankheiten können dabei sowohl aufgrund einer mangelhaften als auch aufgrund einer übermäßige Adaption entstehen (Busse et al., 2006; Resick, 2003).

Wichtige Hormone, die in der Widerstandsphase ausgeschüttet werden, sind die Glucocorticoide. In Stresssituationen dienen Glucocorticoide vor allem dazu, die Reserven des Körpers zu mobilisieren (Jänig, 2007). Eines der am besten untersuchten und der wichtigste Vertreter der Glucocorticoide für die Stressreaktion ist das Cortisol, das allgemein auch als „Anti-Stress-Hormon“ bekannt ist. Cortisol sorgt dafür, dass der Körper an langanhaltenden Stress angepasst werden kann (Resick, 2003). Durch verschiedene Mechanismen (wie Gluconeogenese, Lypolyse, vermehrte Aufnahme von Glucose in den Körper durch einen erhöhten Einbau von Glucosetransportern in den Darm sowie eine Verhinderung des Abbaus und der Aufnahme in Muskeln) werden durch Cortisol im Körper Energiereserven mobilisiert und bereitgestellt (Jänig, 2007). Darüber hinaus unterdrücken Glucocorticoide die Immunabwehr und hemmen Entzündungsprozesse (Paschke, 2014).

Cortisol bzw. Glucocorticoide im Allgemeinen werden in der Nebennierenrinde gebildet. Die oberste Kontrollinstanz für die Ausschüttung von Cortisol ist der Hypothalamus. In Stresssituationen wird im Hypothalamus das Corticotropin-Releasing-Hormon, CRH, gebildet, das wiederum die Ausschüttung des Adrenocorticotropen-Hormons, ACTH, aus der Hypophyse stimuliert. ACTH sorgt dann in weiterer Folge dafür, dass in den Nebennierenrinden Cortisol gebildet wird. Normalerweise unterliegt die Produktion von ACTH und CRH einem zirkadianen Rhythmus und wird über einen negativen Rückkoppelungsmechanismus durch die Cortisolkonzentration im Blut reguliert (Guilliams & Edwards, 2010; Jänig, 2007; Paschke, 2014); dieses Regulationssystem wird auch als HPA-System bezeichnet.

4.4.2 Reaktionen auf traumatischen Stress

Bei einer normalen Stressreaktion handelt es sich meist um eine akute Reaktion, die relativ zügig wieder in die Homöostase zurückkehrt. Traumatischer und chronischer Stress unterscheiden sich jedoch von einer normalen Stressreaktion und führen zu maßgeblichen Veränderungen in den genannten Stressmechanismen. Zum Beispiel greifen frühe und

anhaltende Traumatisierungen nachhaltig in den physiologischen Prozess der Hirnentwicklung ein. Zahlreiche Studien zeigen, dass es dabei zu neurobiologischen und hirnhypophysären Schäden kommt. Untersuchungen verdeutlichen überdies, dass nach einer Traumatisierung ein geringeres Maß an neuronalen Verschaltungen des präfrontalen Cortex (Weinberg, 2005) sowie ein verringertes Hirnvolumen und erweiterte Ventrikel (Bellis et al., 1999) gefunden werden können. Darüber hinaus finden sich Studien, die eine verringerte Dicke des Corpus Callosum (Teicher, Glod, Surrey, & Swett, 1993) sowie ein verringertes Hippocampusvolumen (Bremner et al., 1997) aufzeigen. So konnte auch bei spezifischen Untersuchungen an Frauen, die in der Kindheit sexuell missbraucht worden waren, ein verringertes Hippocampusvolumen identifiziert werden (Stein, Koverola, Hanna, Torchia, & McClarty, 1997).

Untersuchungen zeigen, dass nach traumatischen Ereignissen auch Veränderungen im Cortisol-Regelkreis auftreten. Während in normalen Stresssituationen eine erhöhte Aktivität der HPA-Achse vorliegt, findet sich paradoxerweise unter chronischen oder wiederholten Stresssituationen oftmals eine verringerte Aktivität. In einer Studie von Steudte et al. (2013) wiesen Personen mit PTBS bzw. nach einer Traumatisierung 59% bzw. 51% niedrigere Langzeit-Cortisolwerte auf als nicht traumatisierte, gesunde Kontrollpersonen. Diese Ergebnisse decken sich auch mit jenen von Yehuda et al. (2000). In der Literatur finden sich jedoch auch gegenteilige Ergebnisse mit höheren Cortisolwerten bei Personen mit PTBS gegenüber Personen ohne PTBS (Pitman & Orr, 1990).

Für die niedrigeren Cortisolwerte wird eine Verstärkung im negativen Rückkoppelungsfeedback an den Hippocampus, Hypothalamus und Hypophyse verantwortlich gemacht. Darüber hinaus finden sich bei Personen mit PTBS eine geringere Anzahl an Glucocorticoidrezeptoren (Matic et al., 2013) sowie eine erhöhte Sensitivität der Rezeptoren (Yehuda, Golier, Yang, & Tischler, 2004). Veränderungen der HPA-Achse, wie sie im Zusammenhang mit der PTBS beschrieben werden, finden sich etwa auch im Zusammenhang mit Untersuchungen zum metabolischen Syndrom, das als Hauptrisikofaktor für koronare Herzkrankheiten gilt (Michopoulos, Vester, & Neigh, 2016).

Das sympathische Nervensystem zeigt bei Personen mit PTBS eine erhöhte Aktivität (Michopoulos et al., 2016). Im Vergleich zu Personen ohne PTBS finden sich bei Personen mit PTBS größere Mengen an zirkulierendem Noradrenalin im Körper, das ein wichtiger Neurotransmitter des Sympathikus ist (Yehuda, 2002). Dabei korrelierte die Höhe des Noradrenalinlevels positiv mit der Schwere der PTBS-Symptomatik (Geraciotti et al., 2001). Diese erhöhte Aktivität wird z.B. in einer vom sympathischen Nervensystem regulierten

erhöhten Herzfrequenz oder Hautleitfähigkeit (wodurch die Aktivität der Schweißdrüsen erfasst wird) bei Personen mit PTBS deutlich (Blanchard, Kolb, Pallmeyer, & Gerardi, 1982).

Aufgrund der nachhaltigen Veränderungen, die sich im Körper auf physiologischer Ebene durch traumatische Ereignisse/Traumatisierung ergeben, sind die Posttraumatische Belastungsstörung sowie Traumatisierungen im Spezifischen ein interessanter Forschungsgegenstand für die Medizin geworden, da sie dadurch untrennbar mit der physischen Gesundheit in Verbindung stehen. Im nachfolgenden Kapitel werden die konkreten körperlichen Beschwerden, die im Zusammenhang mit PTBS sowie missbrauchsassoziierten Traumata erforscht wurden, dargestellt.

4.4.3 PTBS und körperliche Beschwerden

Wie die beschriebenen Veränderungen der HPA-Achse nach einer Traumatisierung vermuten lassen, ist die PTBS allgemein in der Literatur als Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen bereits gut dokumentiert (Edmondson & Cohen, 2013; Gradus et al., 2015). In einer Zwillingsstudie wurde das Auftreten einer koronaren Herzkrankheit bei Zwillingen mit PTBS mehr als doppelt so häufig festgestellt wie bei Zwillingen ohne PTBS (Vaccarino et al., 2013). Ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen wurde ebenfalls in einer Studie mit weiblicher Stichprobe im Zusammenhang mit den erlebten Traumata und Symptomen der PTBS entdeckt (Sumner et al., 2015).

In einer Metaanalyse von Rosenbaum et al. (2015) zeigte sich, dass das Risiko für ein Metabolisches Syndrom für Patientinnen und Patienten mit PTBS nahezu doppelt so hoch war als für die Kontrollpopulation. Avdibegovic, Delic, Hadzibeganovic und Selimbasic (2010) konnten in ihren Untersuchungen bei 84.8% der untersuchten Patientinnen und Patienten mit PTBS somatische Symptome oder Krankheiten feststellen. Dazu zählten insbesondere Bluthochdruck, Angina pectoris, Rückenschmerzen, degenerative Knochenerkrankungen, cerebrovaskuläre Krankheiten und Diabetes. Bei den untersuchten Personen waren 85.7% des Vorkommens von PTBS auf Kriegserfahrungen zurückzuführen. Scott et al. (2013) untersuchten Zusammenhänge verschiedener psychischer Störungen mit Magengeschwüren (Ulcus pepticum); dabei fanden sie unter anderem einen signifikanten Zusammenhang mit der PTBS.

Sumner et al. (2015) untersuchten, ob das erlebte Trauma oder die PTBS als psychische Konsequenz des Traumas für kardiovaskuläre Krankheiten verantwortlich sind. Ihren Ergebnissen nach war eine verstärkte Symptomatik der PTBS mit einem erhöhten Risiko

für kardiovaskuläre Krankheiten assoziiert, ebenso wie die Traumaexposition allein (ohne PTBS) mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Krankheiten zusammenhängt. Vor dem Hintergrund, dass sowohl die Symptomatik der PTBS als auch die Traumaexposition mit entsprechenden körperlichen Beschwerden in Verbindung gebracht werden können, folgt anschließend eine direkte Betrachtung missbrauchsassoziierter Traumata im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden.

4.4.4 Missbrauchsassozierte Traumata und körperliche Beschwerden

Rich-Edwards et al. (2012) untersuchten, ob früher körperlicher oder sexueller Missbrauch mit kardiovaskulären Erkrankungen im Erwachsenenalter zusammenhängt. Sowohl für Teilnehmerinnen mit einem Hintergrund von sexuellem Missbrauch in der Kindheit als auch für Teilnehmerinnen mit körperlichem Missbrauch in der Kindheit zeigte sich ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen.

Husarewycz, El-Gabalawy, Logsetty und Sareen (2012) unterschieden erlebte Traumata in „injurious Traumata“ (Unfall, sexuelle Übergriffe, körperliche Übergriffe, physischer Missbrauch im Kindesalter oder durch den Partner, Kidnapping), „psychologische Traumata“ (Neglect, Stalking, Bedrohung mittels einer Waffe), „natürliche Traumata und Terrorismus“ (Naturkatastrophen, Terrorismus) und „kampfbezogene Traumata“ (Krieg, Militärfeldzug, Bürgerkrieg). Es zeigte sich, dass psychologische Traumata vor allem mit kardiovaskulären Erkrankungen, gastrointestinalen Krankheiten, Arthritis und Diabetes zusammenhängen. Natürliche Traumata wurden mit kardiovaskulären Erkrankungen, gastrointestinalen Krankheiten und Arthritis assoziiert.

Goodwin und Stein (2004) untersuchten Zusammenhänge verschiedener Traumata in der Kindheit mit körperlichen Krankheiten. Dabei ergab sich für körperlichen und sexuellen Missbrauch sowie Vernachlässigung ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko, im Erwachsenenalter an diversen körperlichen Krankheiten zu erkranken. Den Ergebnissen nach stand körperliche Misshandlung im Kindesalter im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für Lungenerkrankungen, Ulcus pepticum und Arthritis. Sexueller Missbrauch im Kindesalter wurde vor allem mit kardiovaskulären Erkrankungen in Verbindung gebracht und Vernachlässigung mit einem erhöhten Risiko für Autoimmunerkrankungen und Diabetes.

Kamiya, Timonen und Kenny (2015) fanden anhand einer Studie heraus, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit eine Langzeitauswirkung auf die mentale Gesundheit

(depressive Symptome, Angst, Lebensqualität etc.) sowie auf verschiedene chronische Erkrankungen (Lungenerkrankungen, Arthritis, Ulcus pepticum, chronische Schmerzen) hat. Romans, Belaise, Martin, Morris und Raffi (2002) untersuchten Frauen, die im Kindesalter sexuelle Missbrauchserfahrungen gemacht hatten, und stellten signifikant höhere medizinische Problematiken bei jenen fest, die einmal oder mehrfach missbraucht worden waren. Zu den Problematiken zählten Blutdruckprobleme, Chronisches-Fatigue-Syndrom, Migräne, Asthma, Diabetes und Herzprobleme.

Goodwin, Hoven, Murison und Hotopf (2003) untersuchten außerdem, ob körperliche Misshandlungen im Kindesalter mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für gastrointestinale Erkrankungen im Erwachsenenalter zusammenhängen. Ihre Studie ergab, dass 15.8% der Befragten einen körperlichen Missbrauch im Kindesalter erlebt hatten, davon 3.1% sogar einen häufigen Missbrauch. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in einer Studie von Drossman et al. (1990, zitiert nach Drossman, 2011). So gaben von den an der Studie teilnehmenden Patientinnen mit gastrointestinalen Erkrankungen 44% einen Hintergrund von sexuellem oder körperlichem Missbrauch an. In der Literatur findet sich außerdem ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der erlebten Traumata und dem jeweiligen körperlichen Gesundheitszustand (Husarewycz et al., 2014).

4.5 Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit untersucht die in der Literatur beschriebenen Zusammenhänge somatischer Beschwerden vor dem Hintergrund institutionalisierter Gewalt. So soll zunächst überprüft werden, ob das Vorliegen einer PTBS auch in diesem Kontext Einfluss auf die somatischen Beschwerden hat. Des Weiteren soll untersucht werden, ob die PTBS-Symptomatik mit der Stärke der somatischen Symptome korreliert und ob die Anzahl der erlebten schweren Missbrauchsformen (körperlich, emotional, sexuell) zu Unterschieden in der Ausprägung der PTBS-Symptomatik führt.

Ebenfalls soll im Rahmen dieser Arbeit der Frage nachgegangen werden, ob die Anzahl der erlebten schweren Missbrauchsformen zu Unterschieden in der Ausprägung der somatischen Beschwerden allgemein führt. In weiterer Folge ist zu eruieren, ob die Anzahl der schweren Missbrauchsformen sich auch auf die Stärke der somatischen Symptome im Einzelnen auswirkt.

5. Methoden

5.1 Projektbeschreibung

Die vorliegende Arbeit ist Teil eines groß angelegten Forschungsprojekts der Fakultät für Psychologie der Universität Wien. Bei diesem dreijährigen Projekt handelt es sich um die sog. Wiener Heimstudie, die vom FWF (Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung) finanziert wird (Lueger-Schuster, 2014). Der Forschungszeitraum ist vom 01.06.2014 bis 31.05.2017 angelegt. Im Zentrum stehen die wissenschaftliche Aufarbeitung und Dokumentation der Gewalt und des Missbrauchs gegenüber Kindern und Jugendlichen in den Wiener Landesjugendheimen und Pflegefamilien. Das Ziel der Wiener Heimstudie ist es, die Folgen institutionalisierten Missbrauchs auf psychosozialer Ebene zu untersuchen und dadurch Präventionsansätze sowie bessere Unterstützungsmaßnahmen für die Betroffenen erarbeiten zu können.

Die Betroffenen wurden über die *Außenstelle für Betroffene von Gewalt in Einrichtungen der Wiener Jugendwohlfahrt* der Organisation *Weißer Ring* rekrutiert. Dabei handelt es sich um eine Organisation, die für die Entschädigung der Opfer durch die Wiener Institutionen verantwortlich ist. Das Forschungsteam der Wiener Heimstudie arbeitet in jedem Fall vollkommen unabhängig vom *Weißer Ring* ebenso wie der Stadt Wien (Lueger-Schuster, 2014).

Neben der Betroffenenengruppe war auch eine Kontrollgruppe Teil des Projekts, die von Personen gebildet wurde, die nicht zu den betroffenen Personen aus Wiener Institutionen zählten. Die Kontrollgruppe umfasste somit Personen, die nicht in Pflegefamilien oder Heimen aufgewachsen sind, und beinhaltete sowohl jene Personen ohne Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen als auch jene, die in ihrer Kindheit häuslichem Missbrauch oder Formen der Gewalt ausgesetzt waren.

Die Mitglieder der Kontrollgruppe wurden von Studierenden der Fakultät für Psychologie der Universität Wien im Zuge verschiedener Masterarbeiten rekrutiert und anhand der gleichen Fragen getestet wie die Betroffenenengruppe. Auf diese Weise ist ein Vergleich zwischen den Betroffenen und Personen ohne institutionalisierte Gewalterfahrungen möglich (Lueger-Schuster, 2014).

5.2 Stichprobe

Als Stichprobe der vorliegenden Arbeit dienten Personen der Betroffenenengruppe, die im Rahmen der Wiener Heimstudie bis März 2016 rekrutiert wurden und damit Formen der Gewalt oder des Missbrauchs in Wiener Institutionen erlebt hatten. Voraussetzungen für die Teilnahme an der Wiener Heimstudie war für die Betroffenen ein Mindestalter von 18 Jahren. Außerdem musste der Clearingprozess des *Weißer Rings* durchlaufen worden sein, und es musste für die Betroffenen eine Entschädigungszahlung geleistet oder ihnen eine solche zumindest zugesichert worden sein (Lueger-Schuster, 2014).

Für die Teilnahme der Betroffenen gab es drei verschiedene Möglichkeiten:

- Passive Teilnahme durch Freigabe der Dokumentationen des Jugendamts und des *Weißer Rings* zur anonymisierten wissenschaftlichen Verarbeitung und Analyse
- Eine aktive Teilnahme gemeinsam mit zwei geschulten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern des Projekts: Diese Teilnahme beinhaltete die Bearbeitung mehrerer Fragebögen zu verschiedenen Themengebieten sowie ein diagnostisches Kurzinterview in Form des *Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV* (Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997). Darüber hinaus bestand die Option der freiwilligen Abgabe einer Haarprobe für die Analyse eines Langzeit-Cortisolwertes. Die Dauer einer aktiven Teilnahme an der Studie lag im Durchschnitt bei 1.5 bis 2.5 Stunden.
- Tiefeninterviews über die Bereiche der Fragebögen und des diagnostischen Kurzinterviews hinaus: Bei Interesse gab es für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, die Erlebnisse in einem persönlichen Interview genauer zu erläutern.

5.3 Erhebungsverfahren

Die Fragebögen, die den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Bearbeitung vorgegeben wurden, bestanden neben der Erhebung soziodemografischer Daten aus einer Sammlung diverser psychologischer Test- und Diagnoseverfahren zu verschiedenen Themenbereichen. Die für diese Arbeit relevanten Verfahren sind das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV* zur Diagnosestellung einer PTBS sowie der *Childhood Trauma Questionnaire*, das *BSI-18* und Teile des *PHQ-15*, darüber hinaus die *Posttraumatic Stress Disorder Checklist*. Auf die einzelnen Verfahren wird im Folgenden näher eingegangen.

Das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, SKID* (Wittchen et al., 1997), ist ein Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen. Achse I des Verfahrens erfasst psychische Störungen, Achse II Persönlichkeitsstörungen. Die Diagnostik der Störungen erfolgt anhand der Diagnosekriterien des DSM-IV. Der Interviewteil zur Feststellung einer Posttraumatischen Belastungsstörung findet sich entsprechend der Auffassung des DSM-IV in der Sektion F für die Erfassung diverser Angststörungen in Achse I.

Der *Childhood Trauma Questionnaire, CTQ* (Bernstein et al., 2003), ist ein retrospektives Instrument zur Erfassung von Missbrauch und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter. Die hier verwendete Form ist die Kurzform des CTQ mit 28 Items zu sexuellem, körperlichem und emotionalem Missbrauch sowie zu körperlicher und emotionaler Vernachlässigung. Die Subskalen bestehen aus jeweils fünf Items; zusätzlich gibt es drei Items, die die Tendenz erfassen sollen, kindliche Missbrauchserfahrungen zu leugnen. Beispielitems zu den einzelnen Skalen finden sich in Tabelle 1. Erfragt wird das Auftreten der traumatischen Erfahrungen auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („sehr häufig“). Höhere Werte in den einzelnen Skalen bedeuten demnach ein höheres Maß an Missbrauchserfahrungen. In der deutschen Version ergibt sich für alle Skalen (außer für die Skala „körperliche Vernachlässigung“ mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .78$) eine hohe interne Konsistenz mit einem Cronbach's Alpha von $\alpha \geq .89$ (Wingenfeld et al., 2010). Für die Einteilung in „keinen“, „leichten“, „moderaten“ oder „schweren“ erlebten Missbrauch werden für die einzelnen Subskalen Cut-off-Werte für die Skalensummenwerte vorgegeben. In der vorliegenden Arbeit gelten die Cut-off-Werte für schweren erlebten Missbrauch. Diese sind der amerikanischen Originalversion entnommen und liegen für schweren sexuellen Missbrauch wie auch für schweren körperlichen Missbrauch bei Werten von ≥ 13 , die Einteilung in schweren emotionalen Missbrauch erfolgt ab Cut-off-Werten von ≥ 16 . Die Cut-off-Werte für Vernachlässigung belaufen sich bei schwerer emotionaler Vernachlässigung auf Werte von ≥ 18 und bei schwerer körperlicher Vernachlässigung auf Werte von ≥ 13 (Bernstein & Fink, 1998). Im Fokus der vorliegenden Arbeit stehen entsprechend diesen Cut-off-Werten die schweren Formen des sexuellen, körperlichen und emotionalen Missbrauchs.

Das *Brief Symptom Inventory, BSI* (Derogatis, 2000), ist die Kurzversion der revidierten Version der *Symptom Checkliste (SCL-90-R)*. Das hier verwendete Verfahren ist das *BSI-18*, das eine Kurzversion des *BSI* darstellt und mit jeweils sechs Items die Dimensionen *Somatisierung*, *Ängstlichkeit* und *Depressivität* erfasst. Die insgesamt 18 Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“) vorgegeben. Die interne Konsistenz liegt in der angloamerikanischen Version in der

Dimension Ängstlichkeit bei einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .79$, in der Dimension Depression bei $\alpha = .84$ und in der Dimension Somatisierung bei $\alpha = .74$. Für den Gesamtwert, der als Global Severity Index (GSI) bezeichnet wird, liegt die interne Konsistenz bei einem Cronbach's Alpha von $\alpha = .89$ (Franke, Ankerhold, Haase, & Ulrich, 2011). Für die deutsche Version ergibt sich über verschiedene Stichproben hinweg für alle Dimensionen eine interne Konsistenz mit einem Cronbach's Alpha zwischen $\alpha = .63$ bis $\alpha = .93$ (Spitzer et al., 2011). Für die vorliegende Arbeit ist die Dimension Somatisierung des *BSI-18* relevant. Diese Dimension fokussiert auf Fragen zu körperlichen oder funktionalen Beschwerden in kardiovaskulären, respiratorischen, gastrointestinalen und anderen somatischen Beschwerdebereichen und ermittelt die Stärke der Beeinträchtigung in der vorangegangenen Woche einer Person. In Tabelle 2 sind die Items der Somatisierungsskala des *BSI-18* mit entsprechendem Antwortformat veranschaulicht.

Der *PHQ-15* ist ein Teil des *PHQ-D* (Gesundheitsfragebogen für Patienten), der die autorisierte deutsche Version des *Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)* darstellt. Er wird eingesetzt, um den Schweregrad der somatischen Symptome von Patientinnen und Patienten festzustellen. Für die Auswertung werden Skalensummenwerte aufgrund der numerischen Bewertung der einzelnen Items gebildet. Diese Skalensummenwerte können als Schweregrade aufgefasst werden. Der Skalensummenwert „somatische Symptome“ umfasst 15 somatische Symptome (*PHQ-15*), die jeweils mit 0 („nicht beeinträchtigt“), 1 („wenig beeinträchtigt“) oder 2 („stark beeinträchtigt“) beurteilt werden (Löwe, Spitzer, Zipfel, & Herzog, 2002). Die interne Konsistenz nach Cronbach's Alpha beträgt für die Skala somatische Symptome $\alpha = .79$ (Gräfe, Zipfel, Herzog, & Löwe, 2004). Im Rahmen der Erhebung der Wiener Heimstudie wurden vier Items dieser Skala ergänzend zur Eruerung der somatischen Problematiken mit dem *BSI-18* vorgegeben. Diese vier Items waren: „Bauchschmerzen“, „Herzklopfen oder Herzrasen“, „Verstopfung, nervöser Darm und Durchfall“ und „Hitzewallungen oder Schwitzen“. Das Antwortformat dieser vier Items wurde im Rahmen der Erhebung der Wiener Heimstudie entsprechend des *BSI-18* an die fünfstufige Likert-Skala von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“) angepasst.

Die *Posttraumatic Stress Disorder Checklist, PCL-5*, wurde als weiterer Fragebogenteil vorgegeben. Mit der *PCL-5* wird die Stärke der klinischen Symptome der PTBS nach DSM-5-Kriterien erfragt. Die 20 Items eruieren anhand einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“) die Symptomatik der PTBS einer Person während des vergangenen Monats.

Tabelle 1. Beispielimens zu den Missbrauchs-Skalen des CTQ (Bernstein et al., 2003)

Missbrauchs-Skala	Beispielimens
Körperlicher Missbrauch (5 Items)	„Als ich aufwuchs, schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davon trug.“
Sexueller Missbrauch (5 Items)	„Als ich aufwuchs, versuchte jemand mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.“
Emotionaler Missbrauch (5 Items)	„Als ich aufwuchs, glaubte ich, dass meine Eltern sich wünschten, ich wäre nie geboren.“
körperliche Vernachlässigung (5 Items)	„Als ich aufwuchs, hatte ich nicht genug zu essen.“
Emotionale Vernachlässigung (5 Items)	„Als ich aufwuchs, gab es jemanden in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein.“

Anmerkung: Anzahl invertierter Items pro Skala: Emotionale Vernachlässigung = 5, körperliche Vernachlässigung = 2

Tabelle 2. Items der Somatisierungsskala des BSI-18

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter...	0	1	2	3	4
Ohnmachts- und Schwindelgefühlen					
Herz- oder Brustschmerzen					
Übelkeit oder Magenverstimmung					
Schwierigkeiten beim Atmen					
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen					
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen					

5.4 Design

Die Angaben im CTQ wurden genutzt, um unterschiedliche Traumata-Gruppen zu bilden. Da Missbrauchsformen selten isoliert vorkommen, ist anzunehmen, dass die Betroffenen zu einem Großteil zwei oder mehr Missbrauchsformen erlebt haben. Da eine klare Abgrenzung in Traumatagruppen nach der Art des erlebten Missbrauchs folglich nicht zufriedenstellend möglich ist, sollen die Traumatagruppen kumulativ anhand der jeweils erfahrenen schweren Missbrauchsformen eingeteilt werden. Traumagruppe 1 fasst

folglich diejenigen Personen der Betroffenenengruppe zusammen, deren Missbrauchserfahrungen unterhalb des Cut-off-Werts für schweren Missbrauch liegen. Traumagruppe 2 fasst all jene Personen zusammen, die in genau einer der drei Missbrauchsformen (sexuell, körperlich, emotional) oberhalb des Cut-off-Bereichs lagen und damit eine der Formen schweren Missbrauch erlebt hatten. Traumagruppe 3 beinhaltet jene Personen, die in insgesamt zwei der drei Missbrauchsformen schweren Missbrauch erlebt hatten. Diejenigen Personen, die in allen drei Missbrauchsformen schweren Missbrauch erleben mussten, wurden in Traumagruppe 4 eingeteilt.

5.5 Fragestellungen und Hypothesen

Aufgrund des beschriebenen Hintergrundes und des aktuellen Forschungsstandes sollen in der geplanten Arbeit folgende Fragestellungen untersucht und anschließend bezüglich ihrer Gültigkeit überprüft werden.

Fragestellung 1: Unterscheiden sich Personen mit PTBS im Kontext institutionalisierter Gewalt von Personen ohne PTBS hinsichtlich somatischer Aspekte?

H₀(1.1): Personen mit PTBS zeigen gleich hohe oder niedrigere Werte in der Skala „Somatisierung“ im BSI-18 als Personen ohne PTBS.

H₁(1.1): Personen mit PTBS zeigen höhere Werte in der Skala „Somatisierung“ im BSI-18 als Personen ohne PTBS.

H₀(1.2): Personen mit PTBS weisen gleich hohe oder niedrigere Skalensummenwerte in somatischen Symptomen des PHQ-15 auf als Personen ohne PTBS.

H₁(1.2): Personen mit PTBS weisen höhere Skalensummenwerte in somatischen Symptomen des PHQ-15 auf als Personen ohne PTBS.

Fragestellung 2: Geht eine höhere Symptomatik der PTBS mit stärkeren somatischen Symptomen einher?

H₀(2.1): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptomatik der PTBS und der Ausprägung der somatischen Symptome in der Skala „Somatisierung“ im BSI-18.

H₁(2.1): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptomatik der PTBS und der Ausprägung der somatischen Symptome in der Skala „Somatisierung“ im BSI-18.

H₀(2.2): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptomatik der PTBS und der Ausprägung der somatischen Symptome im PHQ-15.

H₁(2.2): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptomatik der PTBS und der Ausprägung der somatischen Symptome im PHQ-15.

Fragestellung 3: Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung der Symptomatik der PTBS für die unterschiedlichen Traumatagruppen?

H₀(3): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht kein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung der Symptomatik der PTBS.

H₁(3): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht ein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung der Symptomatik der PTBS.

Fragestellung 4: Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung somatischer Symptome für die unterschiedlichen Traumatagruppen?

H₀(4.1): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht kein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung somatischer Symptome im BSI-18.

H₁(4.1): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht ein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung somatischer Symptome im BSI-18.

H₀(4.2): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht kein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung somatischer Symptome im PHQ-15.

H₁(4.2): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht kein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung somatischer Symptome im PHQ-15.

Fragestellung 5: Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Ausprägungen der einzelnen Aspekte somatischer Symptome für die unterschiedlichen Traumatagruppen?

H₀(5): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht kein Unterschied hinsichtlich der Ausprägungen der einzelnen Aspekte der somatischen Symptome.

H₁(5): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht ein Unterschied hinsichtlich der Ausprägungen der einzelnen Aspekte der somatischen Symptome.

5.6 Statistische Verfahren

Die deskriptive und inferenzstatistische Auswertung der Daten erfolgte durch IBM SPSS Statistics (Version 24). Das Signifikanzniveau war im Vorfeld mit $\alpha = .05$ festgelegt worden. Damit galten im Rahmen der Hypothesenprüfung Ergebnisse mit $p \leq .05$ als signifikant. Die Stichprobenbeschreibung erfolgte anhand deskriptivstatistischer Kennwerte wie Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte und Standardabweichungen.

Für die Auswertung der Hypothesen wurden verschiedene Verfahren eingesetzt, die im Folgenden näher beschrieben werden. Bei den Fragestellungen dieser Arbeit handelte es sich sowohl um Unterschiedshypothesen als auch um eine Zusammenhangshypothese. Die Zusammenhangshypothese wurde mithilfe der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson ausgewertet.

Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson:

Die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson beschreibt den Zusammenhang zwischen zwei intervallskalierten Variablen. Die Stärke und die Richtung einer Korrelation werden durch den Korrelationskoeffizienten r angegeben. Für die Interpretation eines Korrelationskoeffizienten r gelten folgende Orientierungswerte nach Cohen (1988): $r \geq 0.10$ (kleiner Effekt), $r \geq 0.30$ (mittlerer Effekt), $r \geq 0.50$ (starker Effekt).

Für die Analyse der Unterschiedshypothesen erfolgte jeweils im Vorfeld eine Überprüfung der Voraussetzungen für parametrisches Testen. Die Voraussetzungsüberprüfung für parametrisches Testen erfolgte mittels Kolmogorov-Smirnov-Test und Levene-Test.

Kolmogorov-Smirnov-Test:

Der Kolmogorov-Smirnov-Test dient der Überprüfung der Normalverteilung. Sofern die Nullhypothese beim Kolmogorov-Smirnov-Test beibehalten werden kann ($p > .05$), kann eine Normalverteilung angenommen werden. Darüber hinaus kann bei Stichprobenumfängen mit $n \geq 30$ aufgrund des zentralen Grenzwerttheorems von einer Normalverteilung ausgegangen werden (Bortz & Döring, 2006).

Levene-Test:

Der Levene-Test ist ein Verfahren zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen. Um zu eruieren, ob die Varianzen innerhalb der Stichproben gleich groß ausfallen (Bühner & Ziegler, 2009), wurde der Levene-F-Test durchgeführt. Beim Levene-F-Test handelt es sich um einen Signifikanztest, und folglich kann bei $p > .05$ die Nullhypothese beibehalten und Varianzhomogenität angenommen werden.

Für die Hypothesenprüfung einer Fragestellung wurde der t -Test für unabhängige Stichproben durchgeführt, da die Voraussetzungen für parametrisches Testen erfüllt waren.

t -Test für unabhängige Stichproben:

Beim t -Test für unabhängige Stichproben handelt es sich um einen Signifikanztest zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden bei zwei Stichproben. Sofern gerichtete Alternativhypothesen vorhanden sind, kann ein einseitiger Signifikanztest durchgeführt werden. In der vorliegenden Arbeit war aufgrund der bestehenden Literatur eine gerichtete Hypothese möglich, und so erfolgte eine einseitige Signifikanzprüfung.

Mittels zwei weiterer Unterschiedshypothesen sollten Unterschiede zwischen mehr als zwei Stichproben eruiert werden. Sofern die Voraussetzungen erfüllt waren, erfolgte die Überprüfung mittels einfaktorieller Varianzanalyse, im anderen Fall mittels Kruskal-Wallis-Test.

Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA):

Dieses Verfahren überprüft den Einfluss einer oder mehrere unabhängiger Variablen (UVs) auf eine abhängige Variable (AV) (Bühner & Ziegler, 2009). Voraussetzungen für die ANOVA sind neben dem Intervallskalenniveau Normalverteilung der Messwerte und Homogenität der Varianzen.

Kruskal-Wallis-Test:

Der Kruskal-Wallis-Test stellt die nicht-parametrische Alternative zur ANOVA dar und ermöglicht eine Überprüfung von Unterschieden in den zentralen Tendenzen. Dieses Verfahren arbeitet nicht mit den eigentlichen Messwerten, sondern mit Rangplätzen, weshalb in diesem Zusammenhang auch von Rangvarianzanalyse gesprochen wird (Bühner & Ziegler, 2009).

Im Anschluss an signifikante varianzanalytische Ergebnisse wurden sogenannte post-hoc-Tests angewendet, die die einzelnen Gruppen jeweils paarweise miteinander vergleichen, um aufzudecken, wo genau die Gruppenunterschiede zu finden sind. Es stehen verschiedene post-hoc-Tests zur Auswahl. In der vorliegenden Arbeit wurde nach der ANOVA der post-hoc-Test nach Gabriel durchgeführt. Dieser Test eignet sich bei homogenen Varianzen und unterschiedlich großen Gruppengrößen.

Im Anschluss an den nicht-parametrischen Kruskal-Wallis-Test erfolgte die post-hoc-Analyse für jeden paarweisen Gruppenvergleich mittels Mann-Whitney-U-Test. Mittels dieses Tests werden zwei Gruppen auf Rangplatzunterschiede hinsichtlich einer AV untersucht (Bühner & Ziegler, 2009). Um eine α -Fehlerkumulation (Fehler 1. Art) zu vermeiden, wurde eine Korrektur nach Bonferroni-Holm vorgenommen. Hierfür gilt nicht ein adjustiertes Signifikanzniveau α^* für alle Einzelvergleiche (Bonferroni-Korrektur), sondern es werden die Effekte der einzelnen Gruppenvergleiche absteigend sortiert, und die Signifikanzniveaus werden schrittweise adjustiert.

Effektstärken:

Zur Beurteilung der praktischen Bedeutsamkeit signifikanter Ergebnisse können Effektstärken berechnet werden. Im Folgenden findet sich eine Tabelle, die bei der Interpretation verschiedener Effektstärke-Maße unterstützend wirken soll (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3. *Effektstärken nach Cohen (1988)*

	kleiner Effekt	mittlerer Effekt	großer Effekt
Effektstärke, d	≥ .20	≥ .50	≥ .80
Eta-Quadrat, η^2	≥ .01	≥ .06	≥ .14

6. Ergebnisse

6.1 Stichprobe

Wie in Kapitel 5.2 beschrieben, dienten die bis März 2016 im Rahmen der Wiener Heimstudie rekrutierten Personen als Stichprobe dieser Arbeit. Die Gesamtstichprobe, die sich aus Kontroll- und Betroffenengruppe zusammensetzt, bestand aus insgesamt 346 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Das Geschlechterverhältnis war in der Gesamtstichprobe mit 174 Männern (50.3%) und 172 Frauen (49.7%) sehr ausgeglichen. Auf die Kontrollgruppe, sich zusammensetzend aus 127 Personen, wird im Weiteren nicht näher eingegangen, da sie für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit nicht relevant ist. Die Grundlage dieser Arbeit bildet die Betroffenengruppe mit 218 Personen, von denen 60.1% Männer und 39.9% Frauen waren.

Alter:

Das durchschnittliche Alter der Betroffenengruppe lag bei 57.95 Jahren mit einer Standardabweichung von 9.53 Jahren. Die Altersspanne dieser Stichprobe reichte von 29 bis 87 Jahren.

Familienstand:

44.5% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben bezüglich des Familienstatus an, in einer Partnerschaft zu leben; 33.9% waren geschieden, 6.0% verwitwet und 15.6% ledig. Bis auf vier Personen machten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Angaben zur Anzahl ihrer Kinder. So gaben 31.7% an, keine Kinder zu haben, 20.6% dagegen ein Kind, 23.4% zwei Kinder und 11.5% drei Kinder. Weitere 11% führten vier oder mehr Kinder an.

Bildungsstand:

Den Angaben nach stellte bei 49.5% der Betroffenen eine abgeschlossene Lehre die höchste Ausbildung dar. 20.2% führten die Pflichtschule als höchste abgeschlossene Ausbildung an, wogegen 9.6% der Betroffenen angaben, die Pflichtschule nicht abgeschlossen zu haben. Über einen Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule ohne Matura verfügen 13.3%, über einen Abschluss einer höheren Schule (z.B. AHS, HTL, HAK) 4.1%. Eine Ausbildung an einer hochschulverwandten Lehranstalt wie z.B. einer Pädagogischen Akademie wiesen nach eigenen Angaben 1.8% auf, weitere 1.4% gaben an, ein Studium an einer Hochschule oder Universität absolviert zu haben.

Berufliche Tätigkeit, Einkommen:

27.1% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, zum Zeitpunkt der Erhebung in Pension zu sein, 26.6% in krankheitsbedingter Frühpension. 6.4% nannten einen Langzeitkrankenstand. 10.1% der Befragten führten an, aktuell arbeitslos zu sein, und 5.5% bezogen Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung. Zur beruflichen Tätigkeit gaben 11.5% ein Angestelltenverhältnis an, 4.1% waren Arbeiterin und Arbeiter und 0.5% als Hilfsarbeiterin und Hilfsarbeiter tätig. Fünf Prozent gaben an, gegenwärtig selbstständig zu arbeiten. Insgesamt konnten sieben Angaben zur derzeitigen beruflichen Tätigkeit nicht verwertet werden, da die Angaben fehlerhaft waren. Das aktuelle monatliche Einkommen wurde mehrkategorial erhoben und umfasste Netto-Einkommen „unter 750 €“ (16.1%), „750–1250 €“ (47.2%), „1250–1780 €“ (22.5%), „1780–2400 €“ (9.6%) und „über 2400 €“ (4.6%).

Posttraumatische Belastungsstörung:

Die Prävalenz einer aktuellen PTBS in der Betroffenenengruppe lag bei 35.9%, die Lebenszeitprävalenz der PTBS dagegen sogar bei 56.0%. Insgesamt gaben 76.6% der Betroffenenengruppe an, bereits einmal in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen zu sein. Die durchschnittliche Dauer der Behandlung lag dabei bei 38.80 Monaten (SD = 52.10). Zum Zeitpunkt der Befragung nahmen laut eigenen Angaben 44.0% der Personen eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch.

Den Angaben zufolge befanden sich 55.3% der Befragten schon einmal in psychiatrischer Behandlung. Insgesamt berichteten 33.7% von einem stationären psychiatrischen Aufenthalt. Die Angabe zur Häufigkeit eines stationären Aufenthalts in der Psychiatrie lag dabei durchschnittlich bei 5.14 (SD = 14.68). Die durchschnittliche Dauer der psychiatrischen Behandlung bei 64.57 Monaten (SD = 103.86).

In der Stichprobe der Betroffenenengruppe zeigte sich bezüglich der Traumaprävalenz folgendes Bild: 90.3% hatten mindestens ein Trauma in Form eines schweren Missbrauchs (sexueller, körperlicher oder emotionaler Missbrauch) erlitten. 69.0% hatten zwei oder mehr Traumata in Form einer binären Kombination aus sexuellem, körperlichem oder emotionalem Missbrauch oder einer Kombination aus allen drei Missbrauchsformen erlebt. Im Einzelnen zeigte sich bei 36.6% eine Vollkombination aus schwerem Missbrauch in allen drei genannten Missbrauchsformen. 32.4% gaben an, in zwei dieser drei Formen schweren Missbrauch erlebt zu haben. 21.3% hatten den eigenen Angaben nach eine Form des schweren Missbrauchs erlebt. Bei 9.7% der Betroffenen lagen die

Cut-off-Werte unterhalb des Werts für schweren Missbrauch. Eine genaue Aufschlüsselung der erlebten Missbrauchsformen und Kombinationen findet sich in Tabelle 4. Für die Bearbeitung der Hypothesen 3, 4 und 5 erfolgte die Einteilung in die Traumagruppen anhand der Anzahl der erlebten schweren Missbrauchsformen. Diese Einteilung ist ebenfalls in Tabelle 4 ersichtlich.

Im Allgemeinen wurde schwerer körperlicher Missbrauch von den Betroffenen am häufigsten angeführt (78.2%). Schwerer emotionaler Missbrauch wurde am zweithäufigsten genannt (71.8%) und schließlich schwerer sexueller Missbrauch (46.8%).

Tabelle 4. Traumagruppen und Aufschlüsselung der Formen des erlebten Missbrauchs

Traumatagruppen		Betroffene insgesamt	Häufigkeiten (%)	Form des Missbrauchs			Betroffene
				körperlich	sexuell	emotional	
Traumagruppe 1	Keine schwere Form des Missbrauchs	21	9.7%	nein	nein	nein	21
Traumagruppe 2	Eine Form des schweren Missbrauchs	46	21.3%	ja	nein	nein	24
				nein	ja	nein	3
				nein	nein	ja	19
Traumagruppe 3	Zwei Formen des schweren Missbrauchs	70	32.4%	ja	ja	nein	14
				ja	nein	ja	51
				nein	ja	ja	5
Traumagruppe 4	Drei Formen des schweren Missbrauchs	79	36.6%	ja	ja	ja	79

Anmerkung: Zwei Personen konnten aufgrund fehlender Angaben nicht zugeteilt werden

6.2 Hypothesenprüfung

Im folgenden Abschnitt erfolgt eine ausführliche statistische Auswertung der in Kapitel 5.5 hergeleiteten Fragestellungen.

6.2.1 Fragestellung 1:

Unterschiede zwischen Personen mit und ohne PTBS-Diagnose hinsichtlich somatischer Symptome

Die Beantwortung der Fragestellung 1 sollte klären, ob sich Personen im Kontext institutionalisierter Gewalt mit PTBS von Personen ohne PTBS hinsichtlich somatischer Aspekte unterscheiden. Die Unterschiede bezüglich der somatischen Aspekte wurden im ersten Teil der Fragestellung anhand der Somatisierungsskala des BSI-18 überprüft.

H₀(1.1): Personen mit PTBS zeigen gleich hohe oder niedrigere Werte in der Skala „Somatisierung“ im BSI-18 als Personen ohne PTBS.

H₁(1.1): Personen mit PTBS zeigen höhere Werte in der Skala „Somatisierung“ im BSI-18 als Personen ohne PTBS.

Die Überprüfung dieser Hypothese erfolgte mittels *t*-Tests für unabhängige Stichproben. Normalverteilung sowie Varianzhomogenität ($p > .05$) konnten angenommen werden und erfüllten so die Voraussetzungen für den *t*-Test. Die Auswertung zeigte ein signifikantes Ergebnis für eine aktuelle PTBS ($t(215) = -5.302, p < .001, d = .75$). Es zeigten sich hypothesenkonform höhere Werte im BSI-18-Summscore bei Personen mit aktueller PTBS ($M = 8.85, SD = 5.59$) als bei Personen ohne aktuelle PTBS ($M = 4.96, SD = 4.94$). Für die Betrachtung der Lebenszeitprävalenz der PTBS zeigte sich ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ($t(214) = -2.382, p = .009, d = .33$). Der BSI-18-Summscore wies auch hier entsprechend der Hypothese höhere Werte bei den Personen auf, die berichteten, im Laufe ihrer Lebenszeit an einer PTBS gelitten zu haben ($M = 7.17, SD = 5.59$), als bei jenen ohne Lebenszeitprävalenz einer PTBS ($M = 5.39, SD = 5.23$). Die Nullhypothese **H₀ (1.1)** wird sowohl für die aktuelle als auch die Lebenszeit PTBS verworfen und die Alternativhypothese **H₁(1.1)** angenommen.

Der zweite Teil der Fragestellung prüfte die Unterschiede hinsichtlich der somatischen Symptome des PHQ-15.

H₀(1.2): Personen mit PTBS weisen gleich hohe oder niedrigere Skalensummenwerte in somatischen Symptomen des PHQ-15 auf als Personen ohne PTBS.

H₁(1.2): Personen mit PTBS weisen höhere Skalensummenwerte in somatischen Symptomen des PHQ-15 auf als Personen ohne PTBS.

Die Prüfung der Hypothese wurde mithilfe des *t*-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Der Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität als Voraussetzung des *t*-Tests fiel mit $p = .037$ bei aktueller PTBS signifikant aus. Da folglich keine Varianzhomogenität angenommen werden konnte, erfolgte eine Korrektur mittels Welch-Test. Es zeigten sich höhere Skalensummenwerte in somatischen Symptomen des PHQ-15 bei Personen mit aktueller PTBS ($M = 6.58, SD = 4.25$) als bei Personen ohne aktuelle PTBS ($M = 3.28, SD = 3.50$). Dieser Unterschied war signifikant ($t(133.573) = -5.814, p < .001, d = 0.87$). Bei Betrachtung der Lebenszeitprävalenz der PTBS war die Varianzhomogenität als Voraussetzung für den *t*-Test gegeben. Hier zeigten sich ebenfalls höhere Skalensummenwerte in somatischen Symptomen des PHQ-15 bei Personen mit PTBS im Laufe der Lebenszeit ($M = 5.28, SD = 4.15$) als bei Personen ohne PTBS ($M = 3.46, SD = 3.81$); der Unterschied war signifikant ($t(213) = -3.312, p = .001, d = 0.46$). Die Nullhypothese **H₀ (1.2)** wird sowohl für die aktuelle als auch die Lebenszeit PTBS verworfen und dafür die Alternativhypothese **H₁(1.2)** angenommen.

6.2.2 Fragestellung 2:

Zusammenhang der PTBS-Symptomatik mit somatischen Symptomen

Fragestellung 2 untersuchte, ob eine höhere Symptomatik der PTBS mit stärkeren somatischen Symptomen einhergeht.

H₀(2.1): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptomatik der PTBS und der Ausprägung der somatischen Symptome in der Skala „Somatisierung“ im BSI-18.

H₁(2.1): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptomatik der PTBS und der Ausprägung der somatischen Symptome in der Skala „Somatisierung“ im BSI-18.

Es zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der PTBS-Symptomatik und der Ausprägung der somatischen Symptome im BSI-18, $r = .601$, $p < .001$. Die dadurch erklärte Varianz liegt bei 36.1%. Die Nullhypothese **H₀(2.1)** wird zugunsten der Alternativhypothese **H₁(2.1)** verworfen.

H₀(2.2): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptomatik der PTBS und der Ausprägung der somatischen Symptome im PHQ-15.

H₁(2.2): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Symptomatik der PTBS und der Ausprägung der somatischen Symptome im PHQ-15.

Auch im PHQ-15 zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung der PTBS-Symptomatik und den somatischen Symptomen, $r = .626$, $p < .001$. Die erklärte Varianz liegt bei 39.2%. Die Nullhypothese **H₀(2.2)** wird somit verworfen.

6.2.3 Fragestellung 3:

Unterschiede zwischen den Traumatagruppen hinsichtlich der PTBS-Symptomatik

Fragestellung drei sollte prüfen, ob zwischen den eingeteilten Traumatagruppen Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung der PTBS Symptomatik bestehen.

H₀(3): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht kein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung der Symptomatik der PTBS.

H₁(3): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht ein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung der Symptomatik der PTBS.

Die Überprüfung dieser Hypothese erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalyse. Die Normalverteilung als Voraussetzung der ANOVA war entweder gegeben (Traumatagruppe 1 ($n < 30$), $p = .157$) oder konnte aufgrund ausreichend großer Stichproben ($n > 30$) angenommen werden. Varianzhomogenität, geprüft mit dem Levene-Test, war gegeben ($p = .079$). Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Traumatagruppen hinsichtlich der PTBS-Symptomatik, $F(3, 211) = 7.295$, $p < .001$. Bei

Betrachtung der Effektgröße konnte hier ein mittlerer Effekt ($\eta^2 = .094$) festgestellt werden. Die Nullhypothese **H₀(3)** wird folglich zugunsten der Alternativhypothese **H₁(3)** verworfen. Die anschließende Durchführung eines post-hoc-Tests sollte mithilfe paarweiser Vergleiche aufdecken, welche Gruppen sich im Einzelnen bezüglich der PTBS-Symptomatik voneinander unterscheiden. Für diese Überprüfung wurde aufgrund der unterschiedlichen Gruppengrößen der post-hoc-Test nach Gabriel gewählt. Dabei stellte sich heraus, dass signifikante Unterschiede zwischen Traumagruppe 1 und Traumagruppe 4 ($p < .001$) sowie zwischen Traumagruppe 2 und Traumagruppe 4 ($p = .003$) zu finden waren.

6.2.4 Fragestellung 4:

Unterschiede zwischen den Traumagruppen hinsichtlich der somatischen Symptome

In der Fragestellung 4 sollte geklärt werden, ob Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung somatischer Symptome/Aspekte für die unterschiedlichen Traumagruppen vorliegen. Die somatischen Symptome/Aspekte wurden zuerst mithilfe des BSI-18 und im Anschluss anhand des PHQ-15 untersucht.

H₀(4.1): Zwischen den unterschiedlichen Traumagruppen besteht kein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung somatischer Symptome im BSI-18.

H₁(4.1): Zwischen den unterschiedlichen Traumagruppen besteht ein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung somatischer Symptome im BSI-18.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde der nicht-parametrische Kruskal-Wallis-Test herangezogen, da sowohl der Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität als auch der Shapiro-Wilk-Test zur Prüfung der Normalverteilung in jeder Traumagruppe signifikant ausfielen ($p < .05$) und so die Voraussetzungen für eine parametrische Testung nicht vorlagen. Die Auswertung des Kruskal-Wallis-Tests zeigte, dass sich die Traumagruppen hinsichtlich der Ausprägung somatischer Symptome im BSI-18 signifikant unterschieden, $\chi^2(3) = 10.335$, $p = .016$. Als post-hoc-Test zur Verdeutlichung, zwischen welchen Traumagruppen ein solcher Unterschied vorliegt, wurden sechs Einzelvergleiche mittels Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, während das Signifikanzniveau entsprechend der Bonferroni-Holm-Korrektur angepasst wurde. Tabelle 5 zeigt die gereihten Kennwerte der Einzelvergleiche mit adjustiertem Signifikanzniveau.

Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, ist Hypothese **H₁(4.1)** dahingehend anzunehmen, dass zwischen Traumagruppe 2 und Traumagruppe 4 ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der somatischen Aspekte des BSI-18 vorliegt. In den Einzelvergleichen zwischen den übrigen Traumagruppen fiel der Unterschied jeweils nicht signifikant aus.

Tabelle 5. *Statistische Kennwerte der Somatisierungsskala des BSI-18 für die Einzelvergleiche der Traumata-Gruppen mittels Mann-Whitney-U-Test als post-hoc-Test mit sequenziell adjustiertem Signifikanzniveau*

	Rangreihung der Einzelvergleiche	<i>p</i> (zweiseitig)	adjustiertes α^*
BSI-18 Somatische Symptome	Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 4	.008**	.0083
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 4	.019	.0100
	Trauma-Gruppe 3 mit Trauma-Gruppe 4	.032	.0125
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 3	.429	.0167
	Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 3	.540	.025
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 2	.620	.05

H₀(4.2): Zwischen den unterschiedlichen Traumagruppen besteht kein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung somatischer Symptome im PHQ-15.

H₁(4.2): Zwischen den unterschiedlichen Traumagruppen besteht kein Unterschied hinsichtlich der Ausprägung somatischer Symptome im PHQ-15.

Aufgrund fehlender Normalverteilung in jeder Traumagruppe ($p < .05$) sowie fehlender Varianzhomogenität ($p < .05$) war für die Überprüfung dieses Teils der Fragestellung die Voraussetzung für parametrisches Testen ebenfalls nicht gegeben. Die Prüfung der Hypothese erfolgte deshalb mittels Kruskal-Wallis-Test, der einen signifikanten Unterschied zwischen den Traumagruppen zeigte ($\chi^2(3) = 11.426, p = .010$). Die Kennwerte der anschließenden Einzelvergleiche mittels Mann-Whitney-U-Tests als post-hoc-Test sind in Tabelle 6 angeführt und entsprechend der Bonferroni-Holm-Korrektur gereiht.

Tabelle 6. *Statistische Kennwerte der somatischen Symptome des PHQ-15 für die Einzelvergleiche der Traumata-Gruppen mittels Mann-Whitney-U-Test als post-hoc-Test mit sequenziell adjustiertem Signifikanzniveau*

	Rangreihung der Einzelvergleiche	p (zweiseitig)	adjustiertes α^*
PHQ-15 Somatische Symptome	Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 4	.007**	.0083
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 4	.009**	.0100
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 3	.060	.0125
	Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 3	.110	.0167
	Trauma-Gruppe 3 mit Trauma-Gruppe 4	.211	.025
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 2	.597	.05

Tabelle 6 zeigt, dass sich bezüglich der somatischen Symptome des PHQ-15 die Traumagruppen 2 und 4 sowie die Traumagruppen 1 und 4 signifikant voneinander unterscheiden. Hypothese H_0 (4.2) ist demnach zu verwerfen.

6.2.5 Fragestellung 5:

Unterschiede zwischen den Traumatagruppen hinsichtlich der einzelnen somatischen Symptome

Fragestellung 5 untersuchte, ob sich die Traumatagruppen in den Ausprägungen der einzelnen pro Item des BSI-18 bzw. PHQ-15 untersuchten somatischen Aspekte unterscheiden.

H₀(5): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht kein Unterschied hinsichtlich der Ausprägungen der einzelnen Aspekte der somatischen Symptome.

H₁(5): Zwischen den unterschiedlichen Traumatagruppen besteht ein Unterschied hinsichtlich der Ausprägungen der einzelnen Aspekte der somatischen Symptome.

Aufgrund fehlender Varianzhomogenität ($p < .05$) und fehlender Normalverteilung ($p < .05$) wurde jedes Item mittels Kruskal-Wallis-Test untersucht. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Traumatagruppen zeigte sich im BSI-18 für die Ausprägungen des Items „Herz- oder Brustschmerzen“ ($\chi^2(3) = 10.464, p = .015, \eta^2 = .034$). Hypothese **H₀(5)** wird deshalb zugunsten Hypothese **H₁(5)** verworfen. Die Ergebnisse der post-hoc-Einzelvergleiche mittels Mann-Whitney-U-Tests sind in der folgenden Tabelle 7 aufgeführt. Im Einzelvergleich zeigte sich lediglich zwischen der Traumagruppe 2 und der Traumagruppe 4 ein signifikanter Unterschied ($\eta^2 = .023$). Die Einzelvergleiche zwischen den anderen Traumatagruppen fielen nicht signifikant aus. Bezüglich der Ausprägungen des Items „Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen“ aus dem BSI-18 fiel der Kruskal-Wallis-Test ebenfalls signifikant aus ($\chi^2(3) = 7.979, p = .046, \eta^2 = .023$). Die anschließenden Mann-Whitney-U-Tests als post-hoc-Tests wiesen jedoch im Einzelvergleich jeweils keinen signifikanten Unterschied für dieses Item auf (Siehe Tabelle 7).

Für „Ohnmachts- und Schwindelgefühle“ aus dem BSI-18 wurde bei den Ausprägungen kein signifikanter Unterschied zwischen den Traumatagruppen gefunden ($\chi^2(3) = 2.315, p = .510$), weshalb für dieses Item Hypothese **H₀(5)** beibehalten wird. Für die folgenden Items des BSI-18 ergeben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Traumatagruppen: „Übelkeit oder Magenverstimmung“ mit $\chi^2(3) = 6.294, p = .098$,

„Schwierigkeiten beim Atmen“ mit $\chi^2(3) = 5.679$, $p = .128$, „Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen“ mit $\chi^2(3) = 7.721$, $p = .052$. Für diese Items muss $H_0(5)$ ebenfalls beibehalten werden.

Tabelle 7. Post-hoc-Einzelvergleiche für die Untersuchung der Hypothese 5 im BSI-18 mittels Mann-Whitney-U-Tests bei sequenziell adjustiertem Signifikanzniveau

	Rangreihung der Einzelvergleiche	p (zweiseitig)	adjustiertes α^*	
BSI-18 „Herz- oder Brustschmerzen“	Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 4	.005**	.0083	
	Trauma-Gruppe 3 mit Trauma-Gruppe 4	.022	.0100	
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 4	.075	.0125	
	Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 3	.476	.0167	
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 2	.728	.025	
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 3	.838	.05	
	BSI-18 „Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen“	Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 4	.010	.0083
		Trauma-Gruppe 3 mit Trauma-Gruppe 4	.043	.0100
		Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 4	.178	.0125
		Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 3	.516	.0167
Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 2		.681	.025	
Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 3		.955	.05	

Für die Items des PHQ-15 konnte weder Normalverteilung noch Varianzhomogenität angenommen werden ($p < .05$); die Überprüfung der Hypothese erfolgte anhand des Kruskal-Wallis-Tests. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Traumagruppen wurde im PHQ-15 für die Ausprägungen der Items „Herzklopfen, Herzrasen“ ($\chi^2(3) = 12.158, p = .007, \eta^2 = .042$) und „Hitzewallungen oder Schwitzen“ ($\chi^2(3) = 9.155, p = .027, \eta^2 = .028$) ersichtlich. Die Kennwerte der anschließend durchgeführten Mann-Whitney-U-Einzelvergleiche sind in Tabelle 8 gelistet. Hinsichtlich des Items „Herzklopfen, Herzrasen“ zeigte sich, dass sich im Einzelvergleich lediglich Traumagruppe 1 und Traumagruppe 4 signifikant voneinander unterschieden. Die übrigen Einzelvergleiche der Traumagruppen fielen für die Ausprägungen dieses Items nicht signifikant aus. Die Ausprägung des Items „Hitzewallungen oder Schwitzen“ war in keinem post-hoc-durchgeführten Einzelvergleich der Traumagruppen signifikant. Für das Item „Verstopfung, nervöser Darm und Durchfall“ des PHQ-15 sowie das Item „Bauchschmerzen“ des PHQ-15 ergab sich im Kruskal-Wallis-Test kein signifikanter Unterschied zwischen den Traumagruppen ($\chi^2(3) = 1.650, p = .648$ und $\chi^2(3) = 6.318, p = .097$). Für diese Items wird daher Hypothese **H₀(5)** beibehalten.

Tabelle 8. Post-hoc-Einzelvergleiche für die Untersuchung der Hypothese 5 mittels Mann-Whitney-U-Tests bei sequenziell adjustiertem Signifikanzniveau

	Rangreihung der Einzelvergleiche	p (zweiseitig)	adjustiertes α^*
PHQ-15 „Herzklopfen, Herzrasen“	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 4	.003**	.0083
	Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 4	.012	.0100
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 3	.077	.0125
	Trauma-Gruppe 3 mit Trauma-Gruppe 4	.082	.0167
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 2	.317	.025
	Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 3	.331	.05

PHQ-15 „Hitzewallungen oder Schwitzen“	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 4	.014	.0083
	Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 4	.023	.0100
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 3	.088	.0125
	Trauma-Gruppe 3 mit Trauma-Gruppe 4	.193	.0167
	Trauma-Gruppe 2 mit Trauma-Gruppe 3	.286	.025
	Trauma-Gruppe 1 mit Trauma-Gruppe 2	.343	.05

Erklärung: α^* = Bonferroni-Holm-korrigiertes Signifikanzniveau

** p signifikant bei α^*

7. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, somatische Beschwerden im Zusammenhang mit PTBS sowie schweren Formen des Kindesmissbrauchs im Kontext institutionalisierter Gewalt zu untersuchen und somit einen Beitrag zum noch jungen Forschungsgebiet der Langzeitfolgen von institutionalisierter Gewalt zu leisten. Für diese Untersuchung bestand die Stichprobe aus Personen, die einst in Wiener Landesjugendheimen untergebracht gewesen waren und dort Formen des Missbrauchs erlebt hatten. Von den Betroffenen hatten insgesamt 36.6% in allen drei Gewaltformen (sexuell, körperlich, emotional) schweren Missbrauch erfahren, 32.4% zwei Formen schweren Missbrauchs und 21.3% eine Form schweren Missbrauchs. Bei nur 9.7% lagen die Cut-off-Werte jeweils unterhalb der Werte für schweren Missbrauch nach Bernstein und Fink (1998). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind mit anderen Studien zu institutionalisiertem Missbrauch vergleichbar. In einer Studie von Lueger-Schuster et al. (2013) zu Missbrauch in Einrichtungen Niederösterreichs gaben 6.9% der Betroffenen an, eine Form des Missbrauchs erlebt zu haben, 36.2% zwei Formen und 56.1% alle drei Formen des Missbrauchs. Ähnliches zeigte sich ebenfalls bei Untersuchungen zu

Missbrauchserfahrungen in Einrichtungen der katholischen Kirche. In diesem Fall lagen die Angaben bei 12.7% für eine Form des Missbrauchs, 54.3% für zwei Formen und 33.0% für drei Formen des erlebten Missbrauchs (Lueger-Schuster et al., 2012). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Erhebung der erlebten Missbrauchsformen in der vorliegenden Arbeit anhand der Angaben und Cut-off-Werte des CTQ nach Bernstein und Fink (1998) für schweren Missbrauch erfolgte. Dagegen wurden die Einteilungen der erlebten Missbrauchsformen in der angegebenen Literatur gemäß eigener Clusterbildungen mithilfe der jeweiligen Clearingberichte vorgenommen.

Werte zu Missbrauch in der Kindheit, aber nicht vor dem Hintergrund institutionalisierten Missbrauchs sind folgende: 43.8% der befragten Personen hatten körperlichen Missbrauch in der Kindheit erlebt, 34.0% sexuellen Missbrauch, und 32.7% waren in ihrer Kindheit emotional missbraucht worden (Choi, Choi, Gim, Park, & Park, 2014). In der Stichprobe der vorliegenden Arbeit liegt die Prävalenz einer aktuellen PTBS bei 35.9% und bezogen auf die Lebenszeit bei 56.0%. Diese Prävalenzen sind mit denen anderer Studien zu institutionalisiertem Missbrauch vergleichbar (Fitzpatrick et al., 2010; Lueger-Schuster et al., 2014; Vasileva et al., 2015; Wolfe et al., 2006) und fallen damit im Kontext institutionalisierter Gewalt weit höher aus als in der Normalbevölkerung, in der die PTBS Lebenszeitprävalenz bei 7.8% liegt (Maercker, 2013).

Entsprechend der ersten Fragestellung fanden sich in der vorliegenden Stichprobe bei Personen mit der Diagnose PTBS höhere Werte für somatische Symptome. Dies galt sowohl für die Somatisierungsskala des BSI-18 als auch für die somatischen Symptome des PHQ-15. Die höheren Werte für somatische Symptome waren dabei sowohl bei Personen mit der Diagnose einer aktuellen PTBS als auch bei Personen mit einer PTBS-Lebenszeitdiagnose erkennbar. Darüber hinaus korrelierte die Stärke der PTBS-Symptomatik in dieser Arbeit positiv mit der Ausprägung der somatischen Symptome des BSI-18 und des PHQ-15. Vergleichbare Ergebnisse sind dazu bei Gillock et al. (2005) zu finden. Sie erhoben die somatischen Symptome anhand des Walter Physical Symptom Inventory mit 42 Items und gruppieren die PCL-Symptomatik der PTBS in „keine“, „teilweise“ und „gänzlich“ ausgeprägte Symptomatik. Die Ergebnisse veranschaulichten, dass die Personen mit der voll ausgeprägten PTBS-Symptomatik die höchsten Werte für somatische Symptome aufwiesen, gefolgt von den Personen mit teilweise ausgeprägter Symptomatik und jenen mit keiner ausgeprägten PTBS-Symptomatik, die die geringsten somatischen Symptome offenbarten. Vergleichbare Ergebnisse im Kontext institutionalisierter Gewalt finden sich bei Lueger-Schuster et al. (2013). Bei Untersuchungen in Einrichtungen Niederösterreichs fanden sich bei Personen mit PTBS

höhere somatische Symptome in der Somatisierungsskala des BSI als bei Personen ohne Diagnose einer PTBS. Im Unterschied zur vorliegenden Arbeit war der BSI anstelle der Kurzversion BSI-18 verwendet worden.

Hinsichtlich der Stärke der PTBS-Symptomatik konnten gemäß der dritten Fragestellung Unterschiede zwischen den gebildeten Traumagruppen eruiert werden. Die Einteilung der Traumagruppen war anhand der Anzahl der schweren erlebten Missbrauchsformen erfolgt. Die post-hoc-Analyse ergab, dass sich Personen, die keine schwere Form des Missbrauchs (Traumagruppe 1) oder eine Form des schweren Missbrauchs (Traumagruppe 2) erlebt hatten, von den Personen, die in allen drei Formen schweren Missbrauchs erfahren hatten (Traumagruppe 4), hinsichtlich der Stärke der PTBS-Symptomatik unterschieden.

Diese Ergebnisse sind konsistent mit den in der Literatur berichteten Risikofaktoren einer PTBS, wobei die Häufigkeit und das Ausmaß der Traumaexposition peritraumatische Risikofaktoren für das Ausbilden einer PTBS darstellen (Resick, 2003; Tagay et al., 2016). Wolff et al. (2015) zeigten auf, dass die Art und die Häufigkeit traumatischer Ereignisse zu unterschiedlich starker Symptomatik der PTBS führen. Außerdem untersuchten Schaaf und McCanne (1998) die Auswirkungen von sexuellem und körperlichem Missbrauch sowie der Kombination von sexuellem und körperlichem Missbrauch in der Kindheit im Hinblick auf die PTBS. Die Gruppen unterschieden sich signifikant voneinander hinsichtlich der Diagnose einer PTBS. In den Ergebnissen wurde deutlich, dass die Diagnose einer PTBS am häufigsten bei Personen mit einer Kombination aus beiden Missbrauchsformen vorlag. Dieses Resultat deckt sich insofern mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, als die PTBS-Symptomatik mit zunehmender Anzahl an erlebten Missbrauchsformen anstieg.

Die Traumagruppen unterschieden sich jedoch in der vorliegenden Stichprobe nicht nur hinsichtlich der PTBS-Symptomatik, sondern auch hinsichtlich der Ausprägung der somatischen Symptome. Sowohl in der Somatisierungsskala des BSI-18 als auch in den somatischen Symptomen des PHQ-15 traten signifikante Unterschiede zutage zwischen Personen, die keine oder eine Form des Missbrauchs erlebt hatten, gegenüber jenen, die in allen drei Formen missbraucht worden waren. Die somatischen Beschwerden waren indes bei jenen Personen, die alle drei Missbrauchsformen erfahren hatten, stärker ausgeprägt. Diese Ergebnisse lassen sich gut mit der bestehenden Literatur abstimmen, da darin belegt ist, dass Missbrauchserfahrungen in der Kindheit zu höheren Ausprägungen körperlicher Beschwerden führen (Briere & Runtz, 1988; Callahan et al.,

2003; Min et al., 2007; Spertus et al., 2003; Stein et al., 2004). Auch vor dem Hintergrund institutionalisierter Gewalt zeigen sich bei Lueger-Schuster et al. (2014) bei 84.9% der Betroffenen klinisch relevante Ausprägungen in mindestens einer Subskala des BSI. Husarewycz et al. (2014) zeigten mit den Ergebnissen ihrer Untersuchung, dass mit der Anzahl der erlebten Traumata die körperlichen Beschwerden oder Krankheiten ansteigen.

Es sei zudem erwähnt, dass die Symptome weit über die im Rahmen der somatoformen Störungen beschriebenen hinausgehen. Im Zusammenhang mit der PTBS und als Folge von Traumatisierungen werden zahlreiche Veränderungen funktioneller und endokriner Regelkreise beschrieben (Matic et al., 2013; Michopoulos et al., 2016; Steudte et al., 2013; Yehuda et al., 2000; Yehuda et al., 2004). Damit einhergehende Krankheiten und Risikofaktoren sind vor allem für kardiovaskuläre Erkrankungen umfassend dokumentiert (Edmondson & Cohen, 2013; Gradus et al., 2015; Sumner et al., 2015; Vaccarino et al., 2013). Doch auch hinsichtlich Arthritis, Lungenerkrankungen, Reizdarmsyndrome, Ulzerationen und Diabetes finden sich Zusammenhänge (Goodwin & Stein, 2004; Kamiya et al., 2015; Romans et al., 2002; White et al., 2010).

Vor diesem Hintergrund wurden in der vorliegenden Arbeit die einzelnen pro Item erhobenen körperlichen Symptome auf Unterschiede zwischen den Traumatagruppen untersucht. Signifikante Unterschiede fanden sich jedoch nur in den Items „Herz- und Brustschmerzen“ sowie „Herzklopfen, Herzrasen“ zwischen Traumagruppe 2 (eine schwere Form des Missbrauchs), Traumagruppe 1 (keine schwere Missbrauchsform) und Traumagruppe 4 (alle drei Formen schweren Missbrauchs). Entsprechend den Ergebnissen zeigten sich also abhängig von der Anzahl der erlebten Missbrauchsformen Unterschiede in den kardialen Symptomen, die in dieser Arbeit mittels BSI-18 und PHQ-15 erfasst wurden. Diese Ergebnisse decken sich mit den in der Literatur dokumentierten Zusammenhängen missbrauchsassoziierter Traumata und kardiovaskulärer Krankheiten (Edmondson & Cohen, 2013; Gradus et al., 2015; Sumner et al., 2015; Vaccarino et al., 2013). Für die anderen Symptom-Items wurden keine Unterschiede eruiert. Dieses Ergebnis hängt möglicherweise mit der Erhebungsart zusammen, die einen wichtigen Aspekt der Limitationen dieser Arbeit darstellt und daher im Folgenden näher erläutert wird.

Limitationen

Bevor auf die Limitationen der Erhebungsart eingegangen wird, seien vorweg noch einige andere Punkte erwähnt. Die unterschiedlich großen Traumatagruppen könnten die

Ergebnisse möglicherweise leicht verzerrt und vor allem in der letzten Fragestellung einen Einfluss ausgeübt haben. Darüber hinaus könnten zukünftige Untersuchungen auch die (körperlichen) Folgen von moderatem und mildem Missbrauch nach Bernstein und Fink (1998) vor dem Hintergrund institutionalisierter Gewalt untersuchen.

In der vorliegenden Arbeit wie auch in vielen anderen Studien ist die Erhebung der körperlichen Beschwerden auf die Symptome ausgerichtet, die ebenso im Rahmen der somatoformen Störung beschrieben werden; in dieser Arbeit konkret anhand der Somatisierungsskala des BSI-18 und einiger somatischer Symptome des PHQ-15. Die Erfassung körperlicher Beschwerden anhand der Beschwerdevorstellung der somatoformen Störung ist aus verschiedenen Gesichtspunkten problematisch. Zum einen weil die Diagnose einer somatoformen Störung ohnehin des Öfteren vehement kritisiert und im neuen DSM-5 gänzlich abgeschafft sowie durch die *somatische Belastungsstörung* („somatic symptom disorder“) ersetzt wurde. Der Kernpunkt der Kritik bestand dabei in der Frage nach medizinisch ungeklärten (somatoformen) oder geklärten medizinisch-organischen Ursachen. Diese Einteilung hatte häufig dazu geführt, dass die Symptome als nicht real angesehen oder abgetan wurden und Patientinnen und Patienten mit körperlichen Beschwerden folglich leicht stigmatisiert werden konnten (Hiller & Rief, 2014). So ist nun das alleinige Vorhandensein körperlicher Symptome, die zu einer starken subjektiven Belastung führen, das zentrale Merkmal der somatischen Belastungsstörung. Anstelle der Frage nach der organmedizinischen Ursache bilden somit die Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen in Bezug auf Beschwerden das Schlüsselement der Klassifikation im DSM-5.

Auf der anderen Seite sind körperliche Beschwerden oder direkte Krankheitsbezüge durch Veränderungen in Regelkreisen des Körpers bereits besser beschrieben, als es eine Erhebung mittels BSI-18 oder PHQ-15 erlaubt festzustellen. Neben der Erfassung der somatoformen bzw. psychosomatischen Beschwerdesymptomatik und einer damit vorwiegend psychologischen Betrachtungsweise wäre eine explizite Erfassung der körperlichen Veränderungen und der damit einhergehenden Folgen hilfreich, um eindeutigere und umfassendere Aussagen und Erkenntnisse hinsichtlich der körperlichen Langzeitfolgen missbrauchsassoziierter Traumata erlangen zu können. Dies wäre insbesondere vor dem Hintergrund institutionalisierten Missbrauchs relevant, da dieses Feld bisher noch weitgehend unerforscht ist. Um die körperlichen Folgen und Beschwerden als Langzeitfolgen von (institutionalisiertem und allgemeinem) Missbrauch zu untersuchen, ist es daher notwendig, Verfahren anzuwenden, die eine Verknüpfung beider Disziplinen – Psychologie und Medizin – besser möglich machen. Konkret könnten beispielsweise neben subjektiven Angaben zu Herzklopfen und Herzrasen (aus dem PHQ-

15) die tatsächliche Herzfrequenz der Betroffenen sowie die jeweiligen Blutdruckwerte über einen längeren Zeitraum gemessen werden. Wie eine Studie von Paulus, Argo und Egge (2013) zeigt, sind signifikant höhere Herzfrequenzen und Blutdruckwerte (systolisch und diastolisch) bei Personen mit PTBS verglichen mit Personen ohne PTBS festzustellen sowie bei Personen mit Traumaexposition verglichen mit Personen ohne Traumaexposition. Solcherart erhöhte Werte können in weiterer Folge zu einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Krankheiten führen. Das vermehrte Vorkommen von multiplen und lang andauernden Missbrauchserfahrungen im institutionellen Kontext macht die Gefahr körperlich schwerwiegender Folgeschäden deutlich.

Darüber hinaus wäre es im Rahmen dieser Arbeit nützlich gewesen, Lifestyle-Variablen zu erheben, die ebenfalls zu einem verstärkten Krankheitsrisiko führen können. Als solche sind z.B. vermehrtes Rauchen, ungesunde Ernährung und wenig Bewegung im Zusammenhang mit PTBS beschrieben (Zen, Whooley, Zhao, & Cohen, 2012). Dementsprechend findet sich für die PTBS auch ein starker Zusammenhang zu Übergewicht (Scott, McGee, Wells, & Oakley Browne, 2008), das ebenfalls mit einem verstärkten Risiko für gesundheitliche Probleme wie kardiovaskulären Krankheiten, Diabetes mellitus Typ II und respiratorischen Komplikationen einhergeht (Kopelman, 2000). Für ein umfassendes Bild der körperlichen Beschwerden wäre in dieser Arbeit eine Erhebung von zugehörigen Faktoren, wie Gewicht und Größe, zur Berechnung des Body-Mass-Index (BMI) sowie eine Erfassung der Bewegungsaktivität und des Ernährungsverhaltens aufschlussreich und für zukünftige Untersuchungen zu dieser Thematik wünschenswert.

Die Erfassung der Folgen von missbrauchsassoziierten Traumatisierungen in der Kindheit gestaltet sich nicht nur hinsichtlich der Erhebung schwierig. Wie bereits im geschichtlichen Abriss der Entwicklung der PTBS deutlich wird, erweisen sich die Erfassung und Klassifikation von Traumafolgen und Traumafolgestörungen seit jeher als sehr kompliziert. Aufgrund der massiven Symptombreite interpersoneller Traumata und insbesondere missbrauchsassoziiertes Traumata in der Kindheit schlug beispielsweise Herman (1992) die Diagnose einer komplexen PTBS vor. Diese beinhaltet eine posttraumatische Beeinträchtigung in verschiedenen Bereichen wie Affekt- und Impulsregulation, Bewusstsein und Aufmerksamkeit, in der Selbstwahrnehmung, in der Beziehung zu anderen und darüber hinaus Beeinträchtigungen auf körperlicher Ebene. Bezugnehmend auf die multidimensionale Symptomkomplexität zeigen die Ergebnisse von Cloitre et al. (2009), dass diese mit zunehmender Anzahl erlebter Traumata ansteigt. Die Diagnose einer komplexen PTBS als besonderer Form der PTBS wurde ins DSM-IV als Diagnose einer *Störung durch Extrembelastung nicht anderweitig spezifiziert* (Disorder of extreme

stress not otherwise specified, DESNOS) eingeführt; jedoch wurde diese Diagnose für das DSM-5 nicht erneut berücksichtigt. Der Wandel in den Klassifikationskriterien und Störungsdefinitionen der PTBS, komplexen PTBS, somatoformen Störungen etc. machen deutlich, dass im Bereich der Folgen von Traumatisierung nach wie vor viel Forschungsarbeit geleistet wird und Forschungsbedarf weiterhin besteht. Folglich wird auf die Schwierigkeit der Operationalisierbarkeit dieser Thematik hingewiesen.

Ausblick

Die Forschung zu den Folgen und Folgestörungen missbrauchsassoziierter Traumata benötigt zukünftig noch stärkere transdisziplinäre Perspektiven, um die Bandbreite der Folgen derartiger Erfahrungen besser darstellen zu können. So wird auch im Feld des institutionalisierten Missbrauchs weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung notwendig sein, da dieser Kontext nach wie vor sehr gering erforscht ist. Doch können auch in den klinisch-praktischen Tätigkeitsbereich bisherige Erkenntnisse integriert werden. Aspekte der Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in der Kindheit spielen nicht nur für die Psychologie und Psychotherapie oder psychosomatische Medizin eine entscheidende Rolle; Fachbereiche wie Kardiologie, innere Medizin u.a. sollten ebenso hellhörig in Hinblick auf derartige Hintergründe sein und gleichfalls eine umfassende Anamnese dieser Aspekte erheben. So kann ggf. eine ganzheitliche Therapie schneller gewährleistet werden.

Die Aufdeckung und Erforschung der Folgen von institutionellem Missbrauch macht überdies die Notwendigkeit der Aufklärung, höherer Sicherheit und besserer Schutzmaßnahmen für Kinder in Institutionen deutlich. Vereinzelt finden sich bereits Organisationen, die sich darauf konzentrieren, die Sicherheit in Institutionen für Kinder und Jugendliche zu erhöhen. Beispielsweise wurde die World Childhood Foundation 1999 von ihrer Majestät Königin Silvia von Schweden und einigen Mitbegründern ins Leben gerufen. Diese Organisation setzt sich weltweit mit zahlreichen Projekten für den Schutz von Kindern ein, und ein zentrales Anliegen betrifft den Schutz vor sexuellem Missbrauch in Institutionen. In einem Projekt in Berlin werden Kinder und Jugendliche mithilfe von Workshops in den Einrichtungen und Institutionen aufgeklärt, um so z.B. Warnsignale erkennen zu können. Außerdem setzt sich die World Childhood Foundation international für die Aufklärung von Eltern, Pädagogen und Mitarbeitern in Institutionen ein, um für dieses Thema zu sensibilisieren und in der Folge Präventivmaßnahmen zu setzen.

Weitere Forschungsarbeit zu und Aufmerksamkeit hinsichtlich der Thematik und der Folgen institutionalisierten Missbrauchs sind also dringend notwendig. So kann auf der

einen Seite gezielter und gleichzeitig umfassender therapeutisch gearbeitet werden, und auf der anderen Seite können effiziente Präventionsprojekte umgesetzt werden – damit Kinder zukünftig besser und nachhaltig vor derartig furchtbaren Erfahrungen und den schlimmen Konsequenzen bewahrt werden können.

8. Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., Corry, J., Slade, T., Issakidis, C., & Swanston, H. (2001). Chapter 23: Child sexual abuse. In M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, & J. L. Murray (Hrsg.), *Comparative Quantification of Health Risks (S. 1851–1940)*. Geneva: WHO.
- Avdibegovic, E., Delic, A., Hadzibeganovic, K., & Selimbasic, Z. (2010). Somatic diseases in patients with posttraumatic stress disorder. *Medical Archives*, *64*(3), 154–157.
- De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., ... Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part I: Biological stress systems. *Biological Psychiatry*, *45*, 1259–1270.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *CTQ Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*(2), 169–190.
- Blanchard, E. B., Kolb, L. C., Pallmeyer, T. P., & Gerardi, R. J. (1982). A psychophysiological study of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Psychiatric Quarterly*, *54*(4), 220–229.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61*(7), 22–32.
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., ... Charney, D. S. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual Abuse – A preliminary report. *Biological Psychiatry*, *41*, 23–32.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse & Neglect*, *12*(1), 51–59.

- Bühner, M., & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Busse, A., Plaumann, M., & Walter, U. (2006). Stresstheoretische Modelle. In KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.), *Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze* (S.63–77). Heidelberg: Springer.
- Butchart A, Harvey, A. P., Mian, M., Fürniss, T., & Kahane, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to action and generating evidence*. Geneva: WHO.
- Callahan, K. L., Price, J. L., & Hilsenroth, M. J. (2003). Psychological assessment of adult survivors of childhood sexual abuse within a naturalistic clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 80(2), 173–184. doi: 10.1207/S15327752JPA8002_06.
- Choi, J. Y., Choi, Y. M., Gim, M. S., Park, J.H., & Park, S.H. (2014). The effects of childhood abuse on symptom complexity in a clinical sample: mediating effects of emotion regulation difficulties. *Child Abuse & Neglect*, 38(8), 1313–1319.
- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J. L., Van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Auflage). Hillsdale: Erlbaum.
- 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(7), 1237–1247.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813–822. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.04.004.
- Deegener, G., & Körner, W. (2005). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Derogatis, L. R. (2000). BSI-18: *Brief Symptom Inventory 18 – Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Drossman, D. A. (2011). Abuse, trauma, and GI illness: Is there a link? *American Journal of Gastroenterology*, 106(1), 14–25. doi: 10.1038/ajg.2010.453.
- Drossman, D. A., Leserman, J., Nachman, G., Li, Z. M., Gluck, H., Toomey, T. C., & Mitchell, C. M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine*, 113(11), 828–833.

- Edmondson, D., & Cohen, B. E. (2013). Posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55(6), 548–556. doi: 10.1016/j.pcad.2013.03.004.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O., & Joraschky, P. (2005). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*, (3. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Ernst, C., Angst, J., & Földényi, M. (1993). The Zurich Study XVII: Sexual abuse in childhood. Frequency and relevance for adult morbidity. Data of longitudinal epidemiological study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 293–300.
- Ferring, D., & Willems, H. (2014). Macht und Missbrauch in Institutionen. Konzeption, Begriffsbestimmung und theoretische Perspektiven. In H. Willems & D. Ferring (Hrsg.), *Macht und Missbrauch in Institutionen – Interdisziplinäre Perspektiven auf institutionelle Kontexte und Strategien der Prävention* (S. 13–26), Wiesbaden: Springer.
- Fitzpatrick, M., Carr, A., Dooley, B., Flanagan-Howard, R., Flanagan, E., Tierney, K., ... Egan, J. (2010). Profiles of adult survivors of severe sexual, physical and emotional institutional abuse in Ireland. *Child Abuse Review*, 19(6), 387–404. doi: 10.1002/car.1083.
- Franke, G. H., Ankerhold, A., Haase, M., & Ulrich, C. (2011). Der Einsatz des Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) bei Psychotherapiepatienten/The usefulness of the Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) in psychotherapeutic patients. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(2), 82–86. doi: 10.1055/s-0030-1270518.
- Galatzer-Levy, I. R., Nickerson, A., Litz, B. T., & Marmar, C. R. (2013). Patterns of lifetime PTSD comorbidity: A latent class analysis. *Depression and Anxiety*, 30(5), 489–496. doi: 10.1002/da.22048
- Gallagher, B. (1999). The abuse of children in public care. *Child Abuse Review*, 8, 357–365.
- Geraciotti, T. D., Baker, D. G., Ekhtator, N. N., West, S. A., Hill, K. K., Bruce, A. B., ... Kasckow, J. W. (2001). CSF Norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1227–1230.
- Gillock, K. L., Zayfert, C., Hegel, M. T., & Ferguson, R. J. (2005). Posttraumatic stress disorder in primary care: prevalence and relationships with physical symptoms and medical utilization. *General Hospital Psychiatry*, 27(6), 392–399.
- Goodwin, R. D., Hoven, C. W., Murison, R., & Hotopf, M. (2003). Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1065–1067. doi:

10.2105/AJPH.93.7.1065d.

- Goodwin, R. D., & Stein, M. B. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological Medicine*, 34(3), 509–520. doi: 10.1017/S003329170300134X.
- Gössweiner, V., & Cizek, B. (2001). Gewalt in der Familie – ein Überblick über die Gesetzeslage der letzten zehn Jahre. In Bundesministerium für Familie und Jugend (Hrsg.), *Gewaltbericht 2001* (S. 69 – 71). Wien: Selbstverlag.
- Gradus, J. L., Farkas, D. K., Svensson, E., Ehrenstein, V., Lash, T. L., Milstein, A., ... Sørensen, H. T. (2015). Associations between stress disorders and cardiovascular disease events in the Danish population. *BMJ Open*, 5(12): e009334. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009334.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica*, 50(4), 171–181. doi: 10.1026/0012-1924.50.4.171.
- Guilliams, T. G., & Edwards, L. (2010). Chronic stress and the HPA axis: Clinical assessment and therapeutic considerations. *Standard*, 9(2), 1–12.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
- Hermann, B. (2005). Vernachlässigung und emotionale Misshandlung von Kindern und Jugendlichen. *Kinder und Jugendarzt*, 36(6), 1–7.
- Hermann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S., & Thyen, U. (2010). *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*, (2. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Herzig, S. (2010). Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen – Begriffe, Definitionen, Zahlen und Auswirkungen. *BZgA Forum*, 3, 3–6.
- Hiller, W., & Rief, W. (2014). Die Abschaffung der somatoformen Störung durch DSM-5 – ein akademischer Schildbürgerstreich? *Psychotherapeut*, 59(6), 448–455. doi: 10.1007/s00278-014-1081-1.
- Husarewycz, M. N., El-Gabalawy, R., Logsetty, S., & Sareen, J. (2014). The association between number and type of traumatic life experiences and physical conditions in a nationally representative sample. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 26–32. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.06.003.
- Jänig, W. (2007). Kapitel 20: Vegetatives Nervensystem. In R. F. Schmidt & F. Lang (Hrsg.), *Physiologie des Menschen. Mit Pathophysiologie* (S. 403–434). Heidelberg: Springer.

- Jonson-Reid, M., Drake, B., Chung, S., & Way, I. (2003). Cross-type recidivism among child maltreatment victims and perpetrators. *Child Abuse and Neglect*, 27(8), 899–917. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00138-8.
- Kamiya, Y., Timonen, V., & Kenny, R. A. (2015). The impact of childhood sexual abuse on the mental and physical health, and healthcare utilization of older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(3), 415–422. doi: 10.1017/s1041610215001672.
- Kapella, O., Baierl, A., Rille-Pfeiffer, C., Geserick, C., & Schmidt, E.-M. (2011). *Gewalt in der Familie und im Sozialen Umfeld: Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern*. Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien. Wien: Selbstverlag.
- 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.
- Kopelman, P. G. (2000). Obesity as a medical problem. *Nature*, 404, 635–643.
- Kuwert, P., Hornung, S., Freyberger, H., Glaesmer, H., & Klauer, T. (2015). Trauma und posttraumatische Belastungssymptome bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen. *Nervenarzt*, 86(7), 807–817.
- Lerner, P. (1997). „Nieder mit der traumatischen Neurose. Hoch die Hysterie“. Zum Niedergang und Fall des Hermann Oppenheim (1889–1919). *Psychotherapie*, 2(1), 16–22.
- Levy, H. B., Markovic, J., Chaudhry, Ahart, S., & Torres, H. (1995). Reabuse rates in a sample of children followed for 5 years after discharge from a child abuse inpatient assessment program. *Child Abuse & Neglect*, 19(11), 1363–1377.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)*. Manual und Testunterlagen (2. Auflage). Karlsruhe: Pfizer.
- Lueger-Schuster, B. (2014). *Wiener Heimstudie*. Zugriff am 04.02.2017, verfügbar unter: <http://heimstudie.univie.ac.at>.
- Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Jagsch, R., Moy, Y., Butollo, A., & Knefel, M. (2012). *Final Report: Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der katholischen Kirche*. Unterstützt durch Fördergelder des Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank (Projektnummer 14362). Wien: Universität Wien.
- Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Knefel, M., Moy, Y., Butollo, A., ... Glück, T. (2014). Institutional abuse of children in the Austrian Catholic Church: Types of abuse and impact on adult survivors' current mental health. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 52–64.

- Lueger-Schuster, B., Weindl, D., Kantor, V., Knefel, M., Jagsch, R., & Butollo, A. (2013). *Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in Einrichtungen des Landes Niederösterreich*. Auftraggeber: Opferschutzeinrichtung des Landes Niederösterreich. Wien: Universität Wien.
- MacMillan H. L., Fleming J. E., Streiner D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., ... Beardslee. W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1878–1883.
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Heidelberg: Springer.
- Matic, G., Milutinovic, D. V., Nestorov, J., Elakovic, I., Jovanovic, S. M., Perisic, T., ... Damjanovic, S. (2013). Lymphocyte glucocorticoid receptor expression level and hormone-binding properties differ between war trauma-exposed men with and without PTSD. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *43*(3), 238–245. doi: 10.1016/j.pnpbp.2013.01.005.
- Michopoulos, V., Vester, A., & Neigh, G. (2016). Posttraumatic stress disorder: A metabolic disorder in disguise? *Experimental Neurology*, *284*, 220–229. doi: 10.1016/j.expneurol.2016.05.038.
- Min, M., Farkas, K., Minnes, S., & Singer, L.T. (2007). Impact of childhood abuse and neglect on substance abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(5), 833–844.
- Ney, P., Fung, T., & Wickett, A. (1994). The worst combinations of abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, *18*(9), 705–714.
- Niederland, W. G. (2015, Erstausgabe: 1980). *Folgen der Verfolgung: das Überlebenden-Syndrom: Seelenmord*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Noeker, M. (2002). Somatoforme Störungen – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, *11*(3), 129–139.
- Noeker, M., & Petermann, F. (2008). Somatoforme Störungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, *156*, 1013–1022.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, *9*(11): e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349.
- Paschke, R. (2014). Kapitel 14: Endokrines System. In H. C. Pape, A. Kurtz, & S. Silbernagl (Hrsg.), *Physiologie* (S.358–635). Stuttgart: Thieme.
- Paulus, E. J., Argo, T. R., & Egge, J. A. (2013). The impact of posttraumatic stress disorder on blood pressure and heart rate in a veteran population. *Journal of Traumatic*

Stress, 26(1), 169–172. doi: 10.1002/jts.21785.

Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., & Morcillo, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 16–27. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.010>.

Pflegerl, J., & Cizek, B. (2001). Gewalt in der Familie – Problemstellungen der Forschung. In Bundesministerium für Familie und Jugend (Hrsg.), *Gewaltbericht 2001*, S. 56-68. Wien: Selbstverlag.

Pitman, R. K., & Orr, S. P. (1990). Twenty-four hour urinary cortisol and catecholamine excretion in combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 27(2), 245–247.

Qi, W., Gevonden, M., & Shalev, A. (2016). Prevention of post-traumatic stress disorder after trauma: Current evidence and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 20: doi: 10.1007/s11920-015-0655-0.

Reddemann, L., & Dehner-Rau, C. (2008). *Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen*. Stuttgart: TRIAS.

Resick, P. A. (2003). *Stress und Trauma. Grundlagen der Psychotraumatologie*. Bern: Huber.

Rich-Edwards, J. W., Mason, S., Rexrode, K., Spiegelman, D., Hibert, E., Kawachi, I., ... Wright, R. (2012). Physical and sexual abuse in childhood as predictors of early-onset cardiovascular events in women. *Circulation*, 126(8), 920–927. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.076877.

Richter-Appelt, H., & Moldzio, A. (2004). Sexuelle Traumatisierungen: Sexueller Missbrauch – Folgen von sexueller Gewalt. In G. Kockott & E. M. Fahrner (Hrsg.), *Sexualstörungen* (S. 77–106). Stuttgart: Thieme.

Romans, S., Belaise, C., Martin, J., Morris, E., & Raffi, A. (2002). Childhood abuse and later medical disorders in women. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(3), 141–150.

Rosenbaum, S., Stubbs, B., Ward, P. B., Steel, Z., Ledermann, O., & Vancampfort, D. (2015). The prevalence and risk of metabolic syndrome and its components among people with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Metabolism*, 64(8), 926–933.

Schaaf, K. K., & McCanne, T. R. (1998). Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1119–1133.

Schnurr, P. P. (2009). The changing face of PTSD Diagnosis. *Journal of Traumatic Stress*,

22(1), 1–2. doi: 10.1002/jts.20387.

- Scott, K. M., Alonso, J., de Jonge, P., Viana, M. C., Liu, Z., O'Neill, S., ... Kessler, R. C. (2013). Associations between DSM-IV mental disorders and onset of self-reported peptic ulcer in the World Mental Health Surveys. *Journal of Psychosomatic Research, 75*(2), 121–127. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.04.007.
- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells, E., & Oakley Browne, M. A. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 97–105.
- Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S., & Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect, 27*(11), 1247–1258.
- Spitzer, C., Hammer, S., Löwe, B., Grabe, H. J., Barnow, S., Rose, M., ... Franke, G. H. (2011). Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18): erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 79*(9), 517–523. doi: 10.1055/s-0031-1281602.
- Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G., & McClarty, B. (1997). Hippocampal volume in woman victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine, 27*, 951–959.
- Stein, M. B., Lang, A. J., Laffaye, C., Satz, L. E., Lenox, R. J., & Dresselhaus, T. R. (2004). Relationship of sexual assault history to somatic symptoms and health anxiety in women. *General Hospital Psychiatry, 26*(3), 178–183. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2003.11.003.
- Stedte, S., Kirschbaum, C., Gao, W., Alexander, N., Schönfeld S., Hoyer, J., & Stalder, T. (2013). Hair cortisol as a biomarker of traumatization. *Biological Psychiatry, 74*(9), 639–646 doi: 10.1016/j.biopsych.2013.03.011.
- Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of Traumatic Stress, 25*(4), 384–392.
- Sumner, J. A., Kubzansky, L. D., Elkind, M. S. V., Roberts, A. L., Agnew-Blais, J., Chen, Q., ... Koenen, K. C. (2015). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms predict onset of cardiovascular events in women. *Circulation, 132*(4), 251–259. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014492.
- Tagay, S., Schlottbohm, E., & Lindner, M. (2016). *Die Posttraumatische Belastungsstörung: Diagnostik, Therapie und Prävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Teicher, M. H., Glod, C.A., Surrey, J., & Swett, C. (1993). Early childhood abuse and limbic

- system ratings in adult psychiatric outpatients. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 5(3), 301–306.
- Terry, K. J. (2008). The nature and scope of child sexual abuse in the catholic church. *Criminal Justice and Behavior*, 35(5), 549–569. doi: 10.1177/0093854808314339.
- Utz, R. (2011). Total Institutions, Greedy Institutions. Verhaltensstruktur und Situation des sexuellen Missbrauchs. In M. Baldus & R. Utz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch in pädagogischen Kontexten. Faktoren, Interventionen, Perspektiven* (S. 51–76). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vaccarino, V., Goldberg, J., Rooks, C., Shah, A. J., Veledar, E., Faber, T. L., ... Bremner, J. D. (2013). Post-traumatic stress disorder and incidence of coronary heart disease: A twin study. *Journal of the American College of Cardiology*, 62(11), 970–978. doi: 10.1016/j.jacc.2013.04.085.
- Vasileva, M., Fegert, J. M., & Petermann, F. (2015). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern in der Heimerziehung und in Pflegeverhältnissen. *Nervenheilkunde*, 34(1), 34-42.
- Weber, M. M. (2010). Erschütterte Nerven. Hermann Oppenheims Konzept der traumatischen Neurose. *Psychotherapie*, 15(2), 205–213.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Wetzels, P., & Pfeiffer, C. (1997). Kindheit und Gewalt: Täter- und Opferperspektiven aus Sicht der Kriminologie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46(3), 143–152.
- White, D. L., Savas, L. S., Daci, K., Elserag, R., Graham, D. P., Fitzgerald, S. J., ... El-Serag, H. B. (2010). Trauma history and risk of irritable bowel syndrome in women veterans. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 32(4), 551–561.
- WHO (2003). *WHO Weltbericht: Gewalt und Gesundheit – Zusammenfassung*. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., ... Driessen, M. (2010). The German version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): preliminary psychometric properties. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 60(11), 442–450. doi: 10.1055/s-0030-1247564.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolfe, D. A., Francis, K. J., & Straatman, A. (2006). Child abuse in religiously-affiliated institutions: Long-term impact on men's mental health. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 205–212. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.08.015.

- Wolff, S. M. K., Loos, S., Tutus, D., & Goldbeck, L. (2015). Häufigkeit und Art traumatischer Ereignisse bei Kindern und Jugendlichen mit Posttraumatischer Belastungsstörung/Frequency and type of traumatic events in children and adolescents with a posttraumatic stress disorder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64(8), 617–633. doi: 10.13109/prkk.2015.64.8.617.
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346(2), 108–114.
- Yehuda, R., Bierer, L. M., Schmeidler, J., Aferiat, D. H., Breslau, I., & Dolan, S. (2000). Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1252–1259.
- Yehuda, R., Golier, J. A., Yang, R., & Tischler, L. (2004). Enhanced sensitivity to glucocorticoids in peripheral mononuclear leukocytes in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 66, 708–711. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.02.010.
- Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J. M., ... 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. doi: 10.1176/ajp.154.12.1690.
- Zen, A. L., Whooley, M. A., Zhao, S., & Cohen, B. E. (2012). Post-traumatic stress disorder is associated with poor health behaviors: Findings from the heart and soul study. *Health Psychology*, 31(2), 194–201.