

Technische Universität München

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin

am Klinikum rechts der Isar

Fremdunterbringung bei Patienten einer Traumaambulanz: Gibt es einen Einfluss auf die Symptomatik?

Franziska Meisenbacher

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. Prof. Dr. Martin Sack
2. Prof. Dr. Johann Förstl

Die Dissertation wurde am 14.03.2018 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 20.02.2019 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Fremdunterbringung.....	4
2.1 Definition der Begriffe Fremdunterbringung, Inobhutnahme und Hilfe zur Erziehung.....	4
2.2 Formen der Fremdunterbringung, Inobhutnahmen und Hilfen zur Erziehung ..	5
2.3 Statistik: Zahlen zu Fremdunterbringung/Inobhutnahmen in Deutschland.....	6
3 Traumafolgestörungen.....	8
3.1 Traumafolgestörungen.....	8
3.2 Symptome/Diagnosekriterien.....	10
3.3 Therapie der PTBS.....	11
4 Hypothesen und Zielsetzung	12
5 Methodik.....	14
5.1 Studiendesign und Stichprobe.....	14
5.2 Messinstrumente	16
5.3 Statistische Auswertung	22
6 Ergebnisse.....	23
6.1 Deskriptive Daten	23
6.1.1 Soziodemographische Daten.....	23
6.2 Ergebnisse zu den Hypothesen	27
6.2.1 Hypothese 1	27
6.2.2 Hypothese 2	27
6.2.3 Hypothese 3	32
7 Diskussion	39
7.1 Statistische Methoden.....	39
7.1.1 Studiendesign und Stichprobe.....	39
7.1.2 Messinstrumente	40
7.2 Ergebnisse.....	42
7.2.1 Ergebnisse zu Hypothese 1	43
7.2.2 Ergebnisse zu Hypothese 2.....	45
7.2.3 Ergebnisse zu Hypothese 3.....	49

Inhaltsverzeichnis

7.2.4	Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick	55
8	Zusammenfassung	56
	Literaturverzeichnis	59
	Anhang	67
	Danksagung :	80

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
B-UMF	Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge
DES-T	Dissociative Experience Scale Taxon
Destatis	Statistische Bundesamt
DGKCh	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FU	Fremdunterbringung
HSRI	Hannover-Selbstregulations-Inventar
ICD	International Classification of Diseases
IES	Impact of Event Scale
MW	Mittelwert
OR	Odds Ratio
P	Signifikanz
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale

Abkürzungsverzeichnis

PHQ	Patient Health Questionnaire
PsyBado	Psychosomatische Basisdokumentation
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
RES	Ressourcenrealisierung aus der Selbstbeurteilungsperspektive
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SSRI	Selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren

Tabellenverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über Soziodemographische Merkmale innerhalb der 2 Gruppen	26
Tabelle 2: Auswertungsergebnisse zum Fragebogen PHQ -D	28
Tabelle 3.1: Auswertungsergebnisse zu den Fragebögen PDS/1	29
Tabelle 3.2: PDS/1: Art der erlebten Traumata.....	29
Tabelle 4: Ergebnisse zur Impact of event scale	30
Tabelle 5: Auswertungsergebnisse zu den Fragebögen DES-T und HSRI	31
Tabelle 6: Ressourcenrealisierung, Ergebnisse zum Fragebogen RES	31
Tabelle 7: Merkmale der Fremdunterbringung	33
Tabelle 8: Gewalterfahrung während der Fremdunterbringung und Auswirkungen der Gewalterfahrungen	35
Tabelle 9: Lebensgestaltung in der Gruppe der Fremduntergebrachten	36
Tabelle 10: Kinderwunsch zum Zeitpunkt der Befragung in Zusammenhang mit bestimmten Merkmalen der FU	37
Tabelle 11: Schwierigkeiten mit einer Partnerschaft in Zusammenhang mit verschiedenen Merkmalen der FU	37
Tabelle 12: Schuldgefühle bzgl. der Kindheit zum Zeitpunkt der Befragung in Zusammenhang mit bestimmten Merkmalen der FU.....	38

1 Einleitung

Stabile Familienverhältnisse und feste Bezugspersonen sind Faktoren, welche die Entwicklung eines Kindes wesentlich beeinflussen können. Das Fehlen dieser stabilen Verhältnisse kann, Ergebnissen diverser Forschungsarbeiten zufolge, zu langjährigen Folgen für Betroffene führen (Greenberg *et al.*, 1990; Moss *et al.*, 1996; Belsky *et al.*, 2002; Suess *et al.*, 1992). Eine Konfrontation mit unstabilen Familienverhältnissen, Vernachlässigung, dem Fehlen von Bezugspersonen aber auch mit Gewalterfahrungen in der frühesten Kindheit wurde unter fremduntergebrachten Kindern gehäuft beobachtet. Diese Kinder wachsen demnach häufig unter Lebensverhältnissen auf, die zu massiven Belastungen und psychischen Erkrankungen bis in das Jugend-/Erwachsenenalter führen können (Arnold, 2010; Oswald *et al.*, 2010, McMillen *et al.*, 2005; Zima *et al.*, 2000). Vernachlässigung in der Kindheit kann demnach für die Betroffenen ebenso zu einer Traumatisierung führen wie andere frühe Gewalterfahrungen oder Misshandlungen. Pressemitteilungen aus den letzten Jahren, welche von kindlichem Missbrauch berichten, zeigen, dass kindliche Traumatisierungen nach wie vor keine Seltenheit in unserer Gesellschaft sind. Darüber hinaus zeigen sie, dass auch Institutionen zur Fremdunterbringung von Kindern keineswegs davon ausgeschlossen sind. Unter anderem die Ergebnisse der Aufarbeitungen der Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren durch die 2009 gegründete Kommission „Runder Tisch Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ sowie der Abschlussbericht des durch das Bundeskabinett im Jahr 2010 eingerichteten Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ bestätigen dies (vgl. Abschlussbericht „Runder Tisch Heimerziehung in 50er und 60er Jahren“, 2010, und Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich, 2011). Ferner wird durch diese Berichte nochmals deutlich, dass kindliche Traumatisierungen nicht ohne Folgen bleiben und weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet geboten sind. Darum soll diese Dissertation sich mit folgender Frage beschäftigen:

„Fremdunterbringung bei Patienten einer Traumaambulanz: Gibt es einen Einfluss auf die Symptomatik?“

Fremdunterbringung ist definiert als „die Unterbringung, Versorgung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen außerhalb der eigenen Familie“ (Birtsch *et al.* u.a. 2001). Analysen der „Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik“ aus dem Jahr 2012 zu Folge bestehen in Deutschland deutlich regionale Unterschiede bezüglich der Fremdunterbringungsquoten von Kindern und Jugendlichen. Der Süden Deutschlands grenzt sich dabei mit der niedrigsten Fremdunterbringungsquote deutlich vom Westen und Osten Deutschlands ab (Pothmann, 2012). Trotz der gemessenen regionalen Unterschiede in Deutschland zeigen die Statistiken, dass Fremdunterbringung insgesamt eine bemerkenswerte Anzahl von Kindern betrifft (Pothmann, 2012). Im Hinblick auf die aktuelle Flüchtlingssituation wird diese Thematik auf Grund der vielen unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge weiter an Bedeutung gewinnen. Die Zahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge stellte bereits im Jahr 2014 eine große Herausforderung dar. Nach Schätzungen der B-UMF (Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V.) sind allein nach Deutschland über 10.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlingskinder gekommen, was sich folglich auch in der Zahl der in Obhut zu nehmenden Kindern bemerkbar macht (B-UMF, 2015). Die Fremdunterbringungs-Thematik wird daher zukünftig deutlich an Relevanz zunehmen. Dass fremduntergebrachte Kinder in vielen Lebensbereichen höher belastet und in ihrer Entwicklung mehr beeinflusst sind als Kinder der Allgemeinbevölkerung, konnte bereits in diversen Studien gezeigt werden (Arnold, 2010; Oswald *et al.*, 2010, Zima *et al.*, 2000; McMillen *et al.*, 2005). Es gibt vor allem Hinweise darauf, dass eine Vernachlässigung von Kindern zu Verhaltensauffälligkeiten sowie Aufmerksamkeitsproblemen führen kann und u.a. eine eingeschränkte kognitive Entwicklung sowie eine damit verbundene Überlastung mit den Anforderungen in der Schule zur Folge haben kann (u.a. Deegener *et al.*, 2008; Hildyard *et al.* 2002). Andere der oben genannten Studien weisen auf eine hohe psychische Belastung von fremduntergebrachten Kindern auf Grund multipler Gewalterfahrungen oder anderer traumatischer Erlebnisse in der Kindheit hin. Arnold (2010) ermittelte mit ihrer Untersuchung zur Prävalenz der

Posttraumatischen Belastungsstörung bei Pflegekindern in ihrer Stichprobe sogar eine Traumaexposition von über 90%.

Inwieweit die Fremdunterbringung selbst einen Risikofaktor für eine höhere Belastung der betroffenen Personen darstellt und zur Entwicklung psychischer Krankheiten sowie zu Einschränkungen in der Lebensgestaltung von Betroffenen beiträgt, wurde mit aktuellen Forschungsarbeiten jedoch noch nicht ausreichend geklärt. Die Dissertation soll daher mögliche Einflüsse einer Fremdunterbringung während der Kindheit auf die Symptomatik von Patienten einer Traumaambulanz untersuchen. Dabei soll neben psychopathologischen Komorbiditäten auch auf die aktuelle Lebensgestaltung der Patienten geachtet werden.

Damit soll die Dissertation eine Erweiterung zu schon bestehenden Forschungsarbeiten, welche sich mit Fremdunterbringung von Kindern beschäftigen, darstellen. Gleichzeitig soll die Dissertation dazu beitragen, ein stärkeres Bewusstsein für die Relevanz der Thematik in der Medizin sowie unserer Gesellschaft zu schaffen. Die Integration der Ergebnisse in die therapeutische Intervention könnte für die entsprechende Patientengruppe einen nennenswerten Benefit darstellen. Im Folgenden sollen die in der Dissertation häufig verwendeten Begriffe „Fremdunterbringung“ und „Traumafolgestörungen“ zum besseren Verständnis kurz erläutert werden. Anschließend werden die zu beantwortenden Hypothesen vorgestellt. Nach der Erläuterung der in der Dissertation angewandten Methodik und der Darstellung der Ergebnisse werden diese diskutiert und in Bezug zu Ergebnissen bisheriger Forschungsarbeiten kritisch betrachtet. Abschließend wird der Inhalt der Dissertation zusammengefasst.

2 Fremdunterbringung

2.1 Definition der Begriffe Fremdunterbringung, Inobhutnahme und Hilfe zur Erziehung

Fremdunterbringung wurde von Birtsch (u.a. 2001) wie folgt definiert: „Fremdunterbringung bezeichnet die Unterbringung, Versorgung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen außerhalb der eigenen Familie. Sie bietet Hilfen bei Erziehungsproblemen und Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung, sie ermöglicht einen neuen Lebensort und beinhaltet bei älteren Jugendlichen und jungen Volljährigen eine Begleitung in die Selbstständigkeit“. Fremdunterbringung stellt damit eine Maßnahme zum Schutz von Kindern und Jugendlichen dar und wird im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes im SGB VIII gesetzlich geregelt. Dabei werden verschiedene Formen der Fremdunterbringung beschrieben (siehe unten). Zum Begriff der Fremdunterbringung wird im weitesten Sinne auch der Begriff der Inobhutnahme gezählt. Darunter versteht man eine Aufnahme und Unterbringung von Kindern und Jugendlichen durch das Jugendamt, die als vorläufige Schutzmaßnahme bei drohender oder stattfindender Gefährdung des Kindeswohls dient (§ 42 SGB VIII). Die Inobhutnahme stellt damit eine Notfallmaßnahme dar und ist über § 42 im SGB VIII geregelt. Hierbei werden verschiedene Anlässe für Inobhutnahmen von Kindern und Jugendlichen beschrieben. Darunter fallen unter anderem der Wunsch der Kinder und Jugendlichen selbst, sowie eine bestehende Gefahr für das Wohl der Kinder und Jugendlichen. Die Inobhutnahme kann entweder mit der Übergabe der betroffenen Kinder an die Erziehungsberechtigten oder mit dem Beginn einer so genannten „Hilfe zur Erziehung“ im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe beendet werden (§ 42 SGB VIII). Die Hilfen zur Erziehung stellen weitere Leistungen der Kinder und Jugendhilfe dar, die über § 27-40 des SGB VIII geregelt sind. Im Rahmen des SGB VIII haben Erziehungsberechtigte Anspruch auf geeignete und notwendige Hilfeformen, wenn das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen gefährdet ist. Unter dem Begriff „Hilfe zur Erziehung“ sind verschiedene ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfearten subsumiert (siehe unten). In der Literatur werden verschiedene Gründe für eine

Fremdunterbringung bzw. eine Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen beschrieben. Neben häufiger sozioökonomischer Belastung der betroffenen Familien wurden psychische sowie andere gesundheitliche Belastungen der leiblichen Eltern aber auch Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrungen der Kinder in der Herkunftsfamilie beobachtet (Münder *et al.*, 2000; Petermann *et al.*, 2014; Conn *et al.*, 2013; Franzen *et al.*, 2008). Darüber hinaus wird häufig beobachtet, dass Inobhutnahmen häufig bei alleinerziehenden Personen vorkommen und dass nicht selten auch emotionale und psychische Probleme der Kinder und Jugendlichen selbst einen wesentlichen Faktor für eine Fremdunterbringung bzw. Inobhutnahme darstellen (Simkiss *et al.*, 2013; Bhatti-Sinclair, 2012).

2.2 Formen der Fremdunterbringung, Inobhutnahmen und Hilfen zur Erziehung

Es gibt unterschiedliche Formen der Fremdunterbringung wie zum Beispiel Pflegefamilien, Heime, Erziehungsstellen, Bereitschaftspflegen, betreute Wohnformen oder auch im weitesten Sinne Internate (Birtsch, V. In Kreft *et al.*, 2005). In den vergangenen Jahren konnte ein Wandel hinsichtlich der Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen beobachtet werden. Zum einen wird vor einer definitiven Fremdunterbringung der Kinder und Jugendlichen immer häufiger versucht, mit Hilfen zur Erziehung in den betroffenen Familien selbst eine Fremdunterbringung zu verhindern (Statistisches Bundesamt, 2008). Zu den Hilfen zur Erziehung im Rahmen des SGB VIII zählen unter anderem institutionelle Beratungen (wie z.B. eine Erziehungsberatung), aber auch die einzelne Betreuung von jungen Menschen sowie eine sozialpädagogische Familienhilfe und eine Betreuung in Tagesgruppen (Statistisches Bundesamt, 2008; § 27-40 des SGB VIII). So zu sagen als letzte Instanz zählen auch betreutes Wohnen sowie Heimerziehung zu den beschriebenen Hilfen. Ist eine Fremdunterbringung unumgänglich, gibt es Unterschiede bezüglich der Wahl der Betreuungsform, bei der versucht wird, das Alter der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen. Für gewöhnlich wird versucht, sehr junge Kinder bzw. Kinder und Jugendliche, die langfristig untergebracht werden sollen, in einem familiären Umfeld, wie zum

Beispiel Pflegefamilien unterzubringen. Ältere Kinder und Jugendliche dagegen werden häufiger in Heimen oder anderen betreuten Wohnformen untergebracht (Statistisches Bundesamt, 2013; Birtsch, V. In Kreft *et al.*, 2005).

2.3 Statistik: Zahlen zu Fremdunterbringung/Inobhutnahmen in Deutschland

Datenanalysen der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik aus dem Jahr 2012 zu Folge gibt es bezüglich der Anzahl der fremduntergebrachten Kinder erhebliche regionale Unterschiede in Deutschland. Insgesamt konnte im Süden Deutschlands die niedrigste Fremdunterbringungsquote beobachtet werden. Im Westen Deutschlands wurden höhere Fremdunterbringungsquoten beobachtet, wobei der Osten Deutschlands die höchste Fremdunterbringungsquote verzeichnet. (Pothmann, 2012). Für das Jahr 2013 berichtet das Statistische Bundesamt von insgesamt 520.000 Kindern und Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen, die erzieherische Hilfen in Anspruch nahmen. Davon nahmen 65 % (310.000) lediglich eine Erziehungsberatung in Anspruch, in 56.000 betroffenen Familien wurde eine familienorientierte Hilfe durchgeführt. 52.0000 Kinder und Jugendliche wurden im Rahmen einer Vollzeitpflege außerhalb der Familie (Pflegefamilie, Heim, betreute Wohnform) untergebracht. Sowohl der Anteil der erzieherischen Hilfen innerhalb der Herkunftsfamilie als auch die Fallzahlen bezüglich der Hilfen außerhalb der Herkunftsfamilie sind damit im Jahr 2013 im Vergleich zum Vorjahr nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2013). Auf Grund der aktuellen Flüchtlingssituation in Deutschland sowie ganz Europa ist anzunehmen, dass die Zahl der erzieherischen Hilfen sowie der Inobhutnahmen bzw. Fremdunterbringungen zukünftig weiterhin steigen wird. Bereits im Jahr 2014 konnte eine nicht geringe Zunahme von Inobhutnahmen beobachtet werden. (Statistisches Bundesamt, 2015). Im Jahr 2014 kam es nach Messungen des Statistischen Bundesamtes zu Folge mit ca. 48.100 Inobhutnahmen zu einer Zunahme der Inobhutnahmen um rund 14% im Vergleich zum Jahr 2013 (Statistisches Bundesamt, 2015). Dabei ist beachtenswert, dass allein im Jahr 2014 11.600 unbegleitete minderjährige Kinder mit Migrationshintergrund nach Deutschland kamen. Dies

Fremdunterbringung

bedeutet eine Zunahme von unbegleiteten Minderjährigen in Deutschland von 77% im Vergleich zu 2013 (Statistisches Bundesamt, 2015). Dieser Zunahme von einreisenden unbegleiteten Minderjährigen sind mit einem Anteil von 85% die steigenden Fallzahlen von Inobhutnahmen in Deutschland in den letzten Jahren zuzuschreiben (Statistisches Bundesamt, 2015). Daher wird die Relevanz der beschriebenen Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe in unserer Gesellschaft voraussichtlich in nicht unbedeutendem Ausmaß an Bedeutung gewinnen.

3 Traumafolgestörungen

Die Durchführung der Dissertation fand in einer auf traumatisierte Patienten spezialisierten Institution, der Sektion Traumafolgestörungen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin am Klinikum Rechts der Isar, statt. Daher soll dieses Kapitel einen kurzen Überblick über Traumafolgestörungen, deren Symptomatik und Diagnostik, sowie über gängige therapeutische Interventionen geben.

3.1 Traumafolgestörungen

Die Wahrscheinlichkeit, im Leben einem traumatischen Ereignis ausgesetzt zu sein, ist nicht gering. Nicht jeder Mensch entwickelt jedoch nach einem traumatischen Erlebnis eine Traumafolgestörung, weshalb die Prävalenz traumatischer Erfahrungen deutlich höher als die der darauf folgenden Traumafolgestörungen ist. Dies lässt sich durch verschiedene Einflussfaktoren erklären. Zum einen ist die Art des Traumas bedeutend hinsichtlich der Entwicklung einer Traumafolgestörung. So konnte gezeigt werden, dass beispielsweise nach einer Vergewaltigung ca. 50% der Betroffenen eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln, während es nach Ereignissen wie Naturkatastrophen oder Verkehrsunfällen (10%) sehr viel seltener zu der Entwicklung einer PTBS kommt (Flatten *et al.*, 2011; Frommberger *et al.*, 2014; Kessler *et al.* 1995; Resnick *et al.*, 2007). Für die Allgemeinbevölkerung Deutschlands liegt die Lebenszeitprävalenz für eine PTBS nach Flatten *et al.* bei 1,5-2% (Flatten *et al.*, 2011). Zur 1-Monatsprävalenz für eine PTBS finden sich Angaben von 1-3%, wobei sie mit dem Alter zunehmen soll (Maercker *et al.*, 2008 ; Frommberger *et al.*, 2014). Frauen sind dabei deutlich häufiger von der Entwicklung einer Traumafolgestörung betroffen als Männer, laut einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes ca. im Verhältnis 2-3:1 (Frommberger *et al.*, 2014).

In der Literatur gibt es verschiedene Definitionen bezüglich des Trauma-Begriffes. Im Folgenden wird jedoch zunächst die gängige Definition nach der DSM IV (Saß *et al.*, 2000) gezeigt:

Traumafolgestörung

- Die betroffene Person war einer Situation ausgesetzt, in der die folgenden Bedingungen erfüllt waren:
 - A) Die Person war selbst oder als Zeuge mit einem Ereignis konfrontiert, das den Tod, Todesdrohung oder eine ernsthafte Bedrohung der physischen Integrität von sich selbst oder anderen Menschen zum Inhalt hatte.
 - B) Die betroffene Person reagierte mit starker Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Die Definition der ICD-10 (Dilling *et al.*, 2006), das Klassifikationssystem der WHO, weicht dabei etwas von der Definition der DSM IV ab:

- Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltendem Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefe Verzweiflung auslösen würde.

Da die Reaktionsformen auf erlebte Traumata sehr heterogen sind und es nach traumatischen Erfahrungen nicht immer zu der Entwicklung einer PTBS kommt, werden in den Diagnosesystemen DSM IV und ICD-10 verschiedene Typen von Traumafolgestörungen differenziert. In der DSM IV werden Traumafolgestörungen zu den Angststörungen gezählt. In die ICD-10 dagegen werden Traumafolgestörungen als Formen der Anpassungs- und Belastungsstörung aufgenommen. Unterschieden wird dabei zwischen einer akuten Belastungsreaktion (F43.0), welche nur von kurzer Dauer ist und in klarem zeitlichen Zusammenhang mit einer außergewöhnlichen Belastung steht, sowie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (F43.1). Daneben werden noch Anpassungsstörungen (F43.2) sowie andauernde Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung (F62.) beschrieben.

Des Weiteren können Traumata, v.a. bei Kindern, nach einer Einteilung von Typ 1 Traumata und Typ 2 Traumata unterschieden werden. Typ 1 Traumata sind hierbei einmalige, unerwartete und kurz anhaltende Traumata, wie z. B. Naturkatastrophen oder Unfälle. Typ 2 Traumata dagegen beschreiben lang andauernde, sich wiederholende traumatische Erfahrungen.

Darunter fallen beispielhaft kindliche Misshandlungen, häusliche Gewalt oder auch Kriegserlebnisse (Terr, 1991).

Eine PTBS geht mit sehr hohen Komorbiditätsraten einher, was die Diagnostik oftmals erschweren kann (Flatten *et al.*, 2011). Vor allem bei chronischen Verläufen konnte gezeigt werden, dass die PTBS zusammen mit anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, somatoformen Störungen, Abhängigkeiten oder Persönlichkeitsstörungen auftreten kann (Frommberger *et al.*, 2014; Reicherzer *et al.*; 2008, Scheeringa *et al.*, 2008).

3.2 Symptome/Diagnosekriterien

Im Folgenden soll die Diagnostik und Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; Synonym: PTDS=Post Traumatic Stress Disorder), F43.1 in der ICD-10, dargestellt werden. In der S3 Leitlinie für Posttraumatische Belastungsstörungen wird eine PTBS wie folgt definiert:

„Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilfslosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses (Flatten *et al.*, 2011).“

Typische Symptome der PTBS sind der S3 Leitlinie zufolge:

- **Intrusionen/Wiedererleben:** aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma
- **Vermeidungsverhalten:** Vermeidung traumaassoziierter Stimuli
- **Übererregungssymptome/Hyperarousal:** Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, vermehrte Reizbarkeit
- **Emotionale Taubheit:** Rückzug, Interessenverlust, innere Teilnahmslosigkeit

Bei Kindern ist darauf zu achten, dass Symptome in verändertem Ausmaß bzw. in veränderter Ausbildung auftreten können (Flatten *et al.*, 2011). Die Diagnose

der PTBS ist eine klinische Diagnose (Flatten *et al.*, 2011) und erfolgt anamnestisch im Rahmen eines gezielten diagnostischen Gespräches bzw. mit Hilfe zusätzlicher psychometrischer Tests in Anlehnung an die geschilderten Diagnosesysteme.

3.3 Therapie der PTBS

Im Vordergrund der Therapie bei einer PTBS steht die Trauma spezifische Psychotherapie während Psychopharmaka nur eine untergeordnete bzw. eine begleitende Rolle spielen. Sie werden beispielsweise eingesetzt, wenn Patienten unter ausgeprägten Angstzuständen, Schlafstörungen oder Depressionen leiden. Mittel der Wahl sind Antidepressiva wie SSRI (Ipser *et al.*, 2006; Stein *et al.*, 2006). Gängige Psychotherapien bei einer PTBS sind neben Trauma fokussierten kognitiven Therapieverfahren und psychodynamischen Therapieverfahren die „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR). Hierbei sollen körpereigene Verarbeitungsmechanismen aktiviert werden, indem der Patient den Fingern des Therapeuten mit seinen Augen folgt, während Erinnerungen an das Trauma mit Hilfe des Therapeuten wach gerufen werden. Dies soll zu einer bilateralen Hemisphärenstimulation führen, wodurch es zu einer Desensibilisierung und Reprozessierung traumatischer Inhalte kommen soll. Laut der S3-Leitlinie können, in einigen Fällen, auch adjuvante Therapien (Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Physiotherapie) sinnvoll sein (Flatten *et al.*, 2011). Die Behandlung kann je nach Schwere der Symptomatik ambulant oder stationär erfolgen und sollte stets dem Krankheitszustand, der Stabilität des Patienten und der Schwere seiner Symptomatik angepasst sein.

4 Hypothesen und Zielsetzung

Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, zu untersuchen, ob eine Fremdunterbringung bei Patienten einer Traumaambulanz einen Einfluss auf deren Symptomatik hat. Damit soll auch die Frage geklärt werden, ob Patienten, welche in ihrer Kindheit fremduntergebracht waren, sich bezüglich ihrer Lebensgestaltung sowie psychischer Komorbiditäten von nicht fremdunterbrachten Patienten unterscheiden. Diese Dissertation soll damit einen Beitrag zu schon bestehenden Forschungsarbeiten leisten, welche sich u.a. mit Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen beschäftigen. Diese Forschungsarbeiten setzen sich unter anderem mit der Bedeutung von stabilen Familienverhältnissen in der Kindheit auseinander. Sie machen deutlich, dass unstabile Familienverhältnisse, fehlende Bezugspersonen sowie Gewalterfahrungen gerade bei fremdunterbrachten Kindern keine Seltenheit sind (u.a. Arnold, 2010; Oswald *et al.*, 2010). Auch die gesellschaftliche Situation zur Zeit der Verfassung der Dissertation zeigt, dass kindlicher Missbrauch und damit kindliche Traumatisierung in unserer Gesellschaft und speziell auch in Institutionen zur Fremdunterbringung von Kindern nach wie vor stattfindet. Dass kindliche Traumatisierungen für die Betroffenen nicht ohne Folgen bleiben, stellt unter anderem ein Bericht des Runden Tisches über die Heimerziehung der 50er und 60er Jahre dar (vgl. Abschlussbericht „Runder Tisch Heimerziehung in 50er und 60er Jahren“, 2010). Gerade daher sind auf diesem Gebiet weitere Untersuchungen geboten. Die Dissertation soll sich mit verschiedenen Hypothesen zu unterschiedlichen Fragestellungen beschäftigen:

1. Patienten einer Traumaambulanz, welche in ihrer Kindheit fremduntergebracht waren, zeigen eine andere Lebensgestaltung auf als nicht fremdunterbrachte Patienten einer Traumaambulanz. Betroffen sind vor allem folgende interpersonelle Merkmale:
 - Partnerstatus
 - Familie/Familienstand
 - Ausbildungsstand

2. Unterscheiden sich fremduntergebrachte Patienten einer Traumaambulanz hinsichtlich psychischer Komorbiditäten sowie gesundheitsstabilisierender Ressourcen von nicht fremduntergebrachten Patienten einer Traumaambulanz? Berücksichtigt werden folgende psychopathologische Krankheitsbilder:
 - Somatische Störungen
 - Depressive Störungen
 - Dissoziative Störungen
 - Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
 - Persönlichkeitsstörungen
3. Lassen sich mögliche Unterschiede in der Lebensgestaltung von fremduntergebrachten Patienten einer Traumaambulanz durch verschiedene Merkmale der Fremdunterbringung erklären? Berücksichtigte Merkmale sind:
 - Alter bei der Fremdunterbringung
 - Wechsel der Unterbringung
 - Art der Unterbringung
 - Gewalterfahrungen während der Fremdunterbringung
 - Familienkontakt während der Fremdunterbringung

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte im Rahmen einer retrospektiven Studie mit Hilfe von Fragebögen aus der Routinediagnostik, die von Patienten der Sektion Traumafolgestörungen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin am Klinikum Rechts der Isar beantwortet wurden. Darüber hinaus wurde ein zusätzlicher Fragebogen entwickelt, welcher künftig in der Routinediagnostik der Sektion Traumafolgestörung Verwendung findet (siehe Punkt „5.2 Messinstrumente“). Auf Basis der Auswertung der erhobenen Daten soll die Dissertation helfen, auf derzeit noch nicht geklärte Fragen hinsichtlich dieser Thematik Antwort zu geben. Durch die Berücksichtigung der Ergebnisse in der therapeutischen Intervention soll für die betroffenen Patienten ein Nutzen entstehen und darüber hinaus die Relevanz der Thematik in der Medizin sowie in unserer Gesellschaft verdeutlicht werden.

5 Methodik

5.1 Studiendesign und Stichprobe

Mit der Dissertation soll die Frage geklärt werden, ob eine Fremdunterbringung in der Kindheit bei Patienten einer Traumaambulanz einen Einfluss auf deren Symptomatik hat. Um dies untersuchen zu können, wurden Patientendaten mittels Fragebögen aus der Routinediagnostik der Sektion Traumafolgestörungen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin am Klinikum Rechts der Isar rekrutiert. Die verwendeten Fragebögen sind dem Anhang beigefügt und werden in Punkt „5.2 Messinstrumente“ näher beschrieben. Bei dem Studiendesign handelt es sich um eine retrospektive Querschnittsstudie.

Die Teilnehmer der Studie setzten sich aus Patienten zusammen, welche im Zeitraum April 2014 - April 2015 ein diagnostisches Erstgespräch in der Sektion Traumafolgestörungen wahrgenommen haben. Diese Patienten wurden im Rahmen der Dissertation in folgende zwei Gruppen unterteilt:

- 1. Gruppe: Patienten, welche in ihrer Kindheit fremduntergebracht waren.
- 2. Gruppe: Patienten, welche in ihrer Kindheit nicht fremduntergebracht waren.

Von den insgesamt 420 Patienten, welche im beschriebenen Zeitraum in der Sektion Traumafolgestörungen ein Erstgespräch hatten, gaben 70 Patienten (16,6 %) eine Fremdunterbringung in ihrer Kindheit an. Dies ergab die erste, konsekutiv erhobene Patientengruppe. Hierzu wurde ein Kollektiv, bestehend aus 70 Patienten aus der Gruppe der nicht Fremduntergebrachten gebildet. In der Auswahl dieser 70 Patienten konzentrierte man sich auf vier aufeinander folgende Monate im beschriebenen Zeitraum (April 2014 - Juli 2014). Ein Matching der beiden Gruppen fand hierbei nicht statt.

Da traumatische Erlebnisse in der Kindheit, wie zum Beispiel Gewalterfahrungen, bei fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen keine Seltenheit sind, stellte die Sektion Traumafolgestörung der Klinik und Poliklinik

Methodik

für Psychosomatische Medizin am Klinikum Rechts der Isar einen geeigneten Ort für die Durchführung der Dissertation dar.

5.2 Messinstrumente

Vor jedem diagnostischen Erstgespräch in der Sektion Traumafolgestörungen erhalten Patienten einmalig Fragebögen, welche sie ausgefüllt zu ihrem Gespräch mitbringen. Hierdurch soll der behandelnde Arzt vor allem einen ersten Überblick über die Patienten und deren psychischen Komorbiditäten bekommen. Im Rahmen der Dissertation dienen die Fragebögen vor allem zur Überprüfung der in Punkt 4 „Hypothesen und Zielsetzung“ dargestellten Hypothesen. Dabei wurden die Patientenangaben der „Psychosomatischen Basisdokumentation (Psy-BaDo)“ (siehe unten) zur Beantwortung der ersten Hypothese herangezogen. Mit Hilfe des „Fragebogens zur Fremdunterbringung“ (siehe unten) konnte Hypothese 3 beantwortet werden. Die anderen in der Dissertation berücksichtigten Fragebögen wurden zur Beantwortung von Hypothese 2 benötigt. Im Folgenden sollen die einzelnen Fragebögen näher beschrieben werden.

„Psychosomatische Basisdokumentation (Psy-BaDo)“

Die „Psychosomatische Basisdokumentation (Psy-BaDo)“ ist ein standardisiertes Messinstrument, welches von verschiedenen psychotherapeutischen Fachgesellschaften mit dem Ziel der Qualitätssicherung entwickelt wurde (Heuft *et al.*, 1998). Die verschiedenen Teile des Fragebogens können sowohl partiell als auch im Gesamten verwendet werden (Heuft *et al.*, 1998). Im Rahmen der Dissertation wurde der Teil der Basisdokumentation verwendet, der einen Überblick über die Lebensgestaltung von Patienten durch die Erhebung soziodemographischer Daten gibt. Dafür werden interpersonelle Merkmale wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, Kinder, Ausbildung, derzeitige Beschäftigung bzw. Arbeitssituation betrachtet. Darüber hinaus werden Fragen über bereits erfolgte oder derzeit laufende ambulante oder stationäre psychiatrische und psychosomatische Behandlungen gestellt. Im Rahmen der Dissertation wurden jedoch lediglich Daten zu Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnersituation, Kinder und Ausbildung erhoben.

„Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“

Der „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“ ist ein psychodiagnostisches Messinstrument mit dessen Hilfe psychische Störungen auf syndromaler Ebene gescreent werden können (Löwe *et al.*, 2003). Er soll dazu beitragen, die häufigsten psychischen Störungen in der Primärversorgung von Patienten zu identifizieren und deren Diagnostik somit zu vereinfachen (Gräfe *et al.*, 2004; Löwe *et al.*, 2003). Die deutsche Version „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“ wurde am Heidelberger Universitätsklinikum (Löwe *et al.*, 2002) ausgehend von der amerikanischen Originalversion „Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)“ und deren Weiterentwicklung „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ (Gräfe *et al.*, 2004; Spitzer *et al.*, 1999) erstellt. Patienten der Sektion Traumafolgestörung erhalten die Kurzform des Fragebogens PHQ-D. Diese umfasst die Diagnostik von somatoformen Störungen, depressiven Störungen und Panikstörungen. Die Kompletterfassung erfasst zusätzlich Symptome von Essstörungen sowie von Alkoholabhängigkeit (Löwe *et al.*, 2002).

Auf Grund zu vieler fehlender Angaben bezüglich der Skala „Angst/Panik“ wurden im Rahmen der Dissertation nur die Skalen „Somatisierung“ und „Depression“ in der Auswertung der Daten berücksichtigt (Siehe Tabelle 2 Punkt „6.2.2 Hypothese 2“).

Je nach Krankheitsbild sollen die Patienten auf zwei- bis vierstufigen Antwortskalen die Schwere ihrer Beeinträchtigung durch im Fragebogen aufgeführte Beschwerden angeben. Dabei beziehen sich die Fragen auf die letzten zwei bis vier Wochen. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt standardisiert in Anlehnung an die diagnostischen Kriterien des DSM IV (Gräfe *et al.*, 2004).

Mit Hilfe einer klinischen Patientenstudie konnte die gute Validität der deutschen Fassung (PHQ-D) bestätigt werden (Gräfe *et al.*, 2004). Die kontinuierlichen Skalen zeigen eine innere Konsistenz von $\alpha = 0,88$ für die Depressionsskala sowie von $\alpha = 0,79$ für die Somatisierungsskala (Gräfe *et al.*, 2004).

„Dissociative Experience Scale Taxon (DES-T)“

Die von Bernstein und Putnam entwickelte „Dissociative Experience Scale (DES)“ dient dazu, Symptome dissoziativer Störungen bei Patienten in 28 Items zu erfassen (Bernstein *et al.*, 1986). Patienten der Sektion Traumafolgestörung erhalten eine aus acht Items bestehende Subskala der DES, die „Dissociative Experience Scale Taxon (DES-T)“ (Waller *et al.*, 1996; Waller *et al.*, 1997). Die acht Items konzentrieren sich auf die Erfassung von dissoziativen Identitätsstörungen und sind damit charakteristisch für die pathologische Dissoziation (Waller *et al.*, 1997). Auf einer Skala von 0 (= nie) bis 100 (= immer) sollen die Patienten angeben, wie oft die im Fragebogen beschriebenen Erfahrungen und Erlebnissen in den letzten vier Wochen vorkamen (siehe Anhang). Die Auswertung des Bogens erfolgt standardisiert, wobei der in der Dissertation verwendete Cut-off Wert für dissoziative Störungen bei 20 liegt.

„Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)“

Die „Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)“ wurde von Edna Foa entworfen. (Foa *et al.*, 1997). Sie ist in vier Teile gegliedert, welche in Anlehnung an das DSM IV diagnostische Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erfassen. Die PDS stellt damit ein Messinstrument zur Erkennung und Einschätzung einer PTBS dar (Foa *et al.*, 1997). Patienten der Sektion Traumafolgestörung erhalten im Rahmen der Routinediagnostik ausschließlich den ersten Teil der PDS, welcher sich in zwölf Items auf das DSM IV Kriterium A (Konfrontation mit einem traumatischen Erlebnis) bezieht (Foa *et al.*, 1997). Die Items stellen eine Liste mit potentiell traumatischen Erlebnissen dar. Die Patienten sollen für jedes der aufgelisteten Ereignisse mit „JA“ bzw. „NEIN“ angeben, ob sie in ihrem Leben persönlich oder als Zeuge schon einmal davon betroffen waren. Das zwölfte Item fragt nach dem Erlebnis, das für die Patienten die größte Belastung darstellt (siehe Anhang).

Für die Gesamtskala der PDS ist die Validität und Reliabilität mit einer internen Konsistenz von $\alpha = 0,92$ sowie einer Test Retest-Reliabilität von $r_{tt} = 0,74$ (Foa *et al.*, 1997) als gut einzuschätzen.

„Impact of event scale (IES)“

Die „Impact of event scale (IES)“, entworfen durch den Psychoanalytiker Horowitz, wurde von Ferring und Filipp ins Deutsche übersetzt (Ferring *et al.*, 1994; Horowitz *et al.*, 1979). Die IES wird international häufig verwendet, um das Auftreten charakteristischer Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und die dadurch entstehende Belastung für die Patienten zu ermesen (Horowitz *et al.*, 1979; Maercker *et al.*, 1998). Hierzu werden die Patienten in 15 Items nach typischen Reaktionen auf traumatische Erlebnisse befragt. Die Items gliedern sich dabei in zwei Subskalen, welche auf die PTBS-typischen Hauptsymptome, Intrusionen (Wiedererleben) und Vermeidungsverhalten Bezug nehmen (Ferring *et al.*, 1994; Horowitz *et al.*, 1979). Mit Hilfe von vier Antwortmöglichkeiten („überhaupt nicht“, „selten“, „manchmal“, „oft“) sollen Patienten angeben, wie häufig die jeweilige Aussage in den letzten Tagen auf sie zutraf (Ferring *et al.*, 1994). Aus den Angaben wird mittels einer Regressionsformel ein Gesamtwert ermittelt (Horowitz *et al.*, 1979), wobei der im Rahmen der Dissertation verwendete Cut off-Wert für das Vorliegen einer PTBS bei 27 liegt.

Angaben zur internen Konsistenz der deutschen Übersetzung bewegen sich zwischen $\alpha = 0,77-0,87$ für die Subskala Intrusionen und $\alpha = 0,67-0,76$ für die Subskala Vermeidung (Ferring *et al.*, 1994; Maercker *et al.*, 1998). Auch für die Originalversion (Horowitz *et al.*, 1979) zeigen Studien eine interne Konsistenz von $\alpha > 0,78$ (Horowitz *et al.*, 1979; Maercker *et al.*, 1998). Sowohl die Originalversion als auch die deutsche Fassung der IES weisen somit gute psychometrische Eigenschaften auf (Ferring *et al.*, 1994; Horowitz *et al.*, 1979; Maercker *et al.*, 1998).

„Hannover Selbstregulations-Inventar (HSRI)“

Das Hannover Selbstregulations-Inventar (HSRI) wurde an der Medizinischen Hochschule Hannover als Screening Instrument zur Einschätzung der Selbstregulationsfähigkeit von Patienten und deren Ich-Funktionen entworfen (Jäger *et al.*, 2012). Der Fragebogen besteht aus 35 Items, welche in fünf Skalen à sieben Items gegliedert sind (Jäger *et al.*, 2012). Die fünf Skalen „Beziehungsstörungen“, „Frustrationstoleranz und Impulskontrolle“, „Identitätsstörung“, „Affektdifferenzierung/Affekttoleranz“ und „Selbstwertregulation“ sind ein wesentlicher Auszug der Ich-Funktionen (Jäger *et al.*, 2012). Auf einer sechsstufigen Antwortskala sollen die Patienten angeben, wie häufig die jeweilige Aussage in den letzten vier Wochen auf sie zutraf (siehe Anhang). Zur Auswertung des HSRI werden für die einzelnen Skalen Skalenmittelwerte gebildet und diese zu einem Gesamtwert aufsummiert (Jäger *et al.*, 2012). Hohe Werte im HSRI sprechen für niedriges Strukturniveau, wobei Werte >15 für ein sehr niedriges Strukturniveau sprechen (Jäger *et al.*, 2012).

Die Validität des Fragebogens wird mit einer internen Konsistenz von $\alpha = 0,9$ sowie einer Test-Retest-Reliabilität zwischen $r_{tt} = 0,7$ und $r_{tt} = 0,9$ als gut beschrieben. (Jäger *et al.*, 2012).

„Ressourcenrealisierung aus der Selbstbeurteilungsperspektive (RES-40)“

Der Ressourcen-Selbsteinschätzungsbogen stellt als Teil des Berner Ressourceninventars (Trösken, 2002) ein ökonomisches Messinstrument zur Diagnostik von Ressourcenrealisierung dar. Der Fragebogen besteht aus mehreren voneinander unabhängigen Teilen, deren Items Aussagen zu konkreten Verhaltensweisen bzw. Erlebensweisen machen. Die in der Sektion Traumafolgestörung verwendete Kurzfassung des Fragebogens (RES-40) besteht aus insgesamt 40 Fragen und umfasst folgende thematischen Bereiche: „Realisierung von Wohlbefinden“, „Realisierung von Selbstwerterleben“, „Realisierung eines positiven Selbstkonzeptes“, „Realisierung von Sinnerleben“. Die Patienten sollen auf einer siebenstufigen Antwortskala (0= nie; 6= sehr häufig) angeben, wie häufig die gefragten Verhaltensweisen bzw. bestimmte Ereignisse in einem bestimmten Zeitraum (meist in den letzten vier Wochen) vorkamen.

„Fragebogen zur Fremdunterbringung“

Mit dem im Rahmen der Dissertation neu entwickelten „Fragebogen zur Fremdunterbringung“ werden deskriptive Merkmale der Fremdunterbringung erfasst. Dabei interessiert neben dem Alter bei der Fremdunterbringung, der Anzahl der Wechsel der Unterbringungsform und der Art der Unterbringungsform auch der familiäre Hintergrund zum Zeitpunkt der Fremdunterbringung (Kontakt zu den leiblichen Eltern; Zusammenleben der leiblichen Eltern). Außerdem werden die Patienten nach möglichen Gewalterfahrungen während der Fremdunterbringung gefragt. Mit den letzten Fragen werden die Patienten zur Auswirkung der Fremdunterbringung auf ihre heutige Lebensgestaltung befragt (siehe Anhang).

Da es sich bei diesem Messinstrument um einen neu entwickelten Fragebogen handelt, können derzeit noch keine Angaben zu Gütekriterien wie Reliabilität und Validität gemacht werden. Der Fragebogen wird zukünftig in der Routinediagnostik der Sektion Traumafolgestörung verwendet und den Patienten zusammen mit den anderen Fragebögen vor einem diagnostischen Erstgespräch ausgehändigt werden.

5.3 Statistische Auswertung

Die Kodierung, Auswertung und Darstellung der Daten erfolgte mit Hilfe der Statistik-Software SPSS (Version 22). Dabei erfolgte die Auswertung der Daten mittels SPSS in Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Abteilung der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin am Klinikum Rechts der Isar. Das Signifikanzniveau für die Überprüfung der Hypothesen wurde mit 0,05 festgelegt. Bei Gruppenunterschieden wurden nominale Merkmale mittels ChiQuadrat-Test geprüft. Höher skalierte Merkmale wurden mit t-Test und ggf. Anovas berechnet.

6 Ergebnisse

6.1 Deskriptive Daten

Zur Beantwortung der Hypothesen wurden im Rahmen der Dissertation Fragebögen von insgesamt N=140 Patienten in der Datenerhebung berücksichtigt. Untersucht wurden zwei gleich große Gruppen:

- 1. Gruppe: Konsekutive Patienten, welche in ihrer Kindheit fremduntergebracht waren und die Sektion Traumafolgestörung aufsuchten (N=70).
- 2. Gruppe: Konsekutive Patienten, welche in ihrer Kindheit nicht fremduntergebracht waren und die Sektion Traumafolgestörung aufsuchten (N=70).

Die Ergebnisse der Auswertung der erhobenen Daten sollen im Folgenden beschrieben und in Tabellen veranschaulicht werden.

6.1.1 Soziodemographische Daten

Geschlechtsverteilung

Von den insgesamt 140 Patienten waren 99 Patienten (70,7%) weiblich. Der Anteil des weiblichen Geschlechtes überwiegt damit deutlich. Es kann jedoch statistisch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bzgl. der Geschlechtsverteilung beobachtet werden.

Alter

Tabelle 1 zeigt u.a. die Altersverteilung der Patienten, welche sich in der Grundgesamtheit der Stichprobe zwischen 18 und 73 Jahren bewegt. Der Altersmittelwert für die Grundgesamtheit liegt bei 40,2 Jahren. Die zwei untersuchten Patientengruppen weisen eine ähnliche Altersverteilung auf (siehe Tabelle 1). Es ist kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich der Altersverteilung zwischen den beiden Gruppen feststellbar.

Familienstand

Auch den Familienstand betreffend sind keine signifikant unterschiedlichen Werte zwischen den zwei untersuchten Patientengruppen erkennbar. In der Gruppe der Fremduntergebrachten gaben 39 Patienten (55,7%) an ledig und 18 Patienten (25,7%) verheiratet zu sein. Dies entspricht mit 38 ledigen (54,3%) und 19 verheirateten (27,1%) Patienten nahezu den Angaben der nicht fremduntergebrachten Patienten. In beiden Gruppen gaben jeweils 10 Patienten (14,3%) an, geschieden zu sein und jeweils 3 Patienten (4,3%) waren verwitwet.

Partnersituation

Die Mehrheit der Patienten hatte zum Zeitpunkt der Datenerhebung keinen festen Partner (65 Patienten; 47,5%) oder einen festen Partner, mit dem sie zusammen lebte (55 Patienten; 40,2%). Dagegen gaben 17 Patienten (12,4%) an, einen festen Partner zu haben aber getrennt von ihm zu wohnen. Die Verteilung der Ergebnisse in den zwei untersuchten Patientengruppen entspricht der beschriebenen Verteilung in der Grundgesamtheit der Stichprobe (siehe Tabelle 1). Auch hier konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ermittelt werden.

Kinder

Insgesamt lebten 78 Patienten (55,7%) zum Zeitpunkt der Datenerhebung ohne Kinder. Somit war sowohl in der Grundgesamtheit, als auch in den zwei untersuchten Patientengruppen etwas mehr als die Hälfte der befragten Patienten kinderlos. Die 62 Patienten mit Kindern hatten bis zu vier Kindern, in der Mehrzahl ein oder zwei Kinder (siehe Tabelle 1). Es ist kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen nachweisbar.

Ausbildungsstand

Insgesamt gaben jeweils 44 Patienten (33,1%) an, einen Volksschulabschluss mit/ohne Lehre oder einen Realschulabschluss zu haben. Ein Abitur bzw. ein abgeschlossenes Studium hatten insgesamt 54 Patienten (33,8%). Zwischen den zwei untersuchten Patientengruppen sind die Ergebnisse bezüglich des Ausbildungsstandes divergent. In der Gruppe der fremduntergebrachten Patienten hatten nur 15 Patienten ein Abitur/ein abgeschlossenes Studium, während in der Gruppe der nicht fremduntergebrachten Patienten doppelt so viele (30 Patienten; 44,1%) ein Abitur/ abgeschlossenes Studium aufzeigten. Dagegen waren 26 der fremduntergebrachten Patienten (40%) auf einer Realschule, während in der anderen Gruppe nur 18 Patienten (26,5%) zur Realschule gingen. Zur Volks-Hauptschule mit/ohne abgeschlossene Lehre gingen 24 Patienten (36,9%) der fremduntergebrachten Gruppe und 20 Patienten (29,4%) der anderen Gruppe. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind statistisch signifikant.

Ergebnisse

Tabelle 1: Übersicht über soziodemographische Merkmale innerhalb der 2 Gruppen

soziodemographisches Merkmal	Fremdunterbringung	Keine Fremdunterbringung	Gesamt	p
	n	n	N	
Geschlecht				0,85
Weiblich	50 (71,4%)	49 (70,0%)	99 (70,7%)	
Familienstand				0,99
Ledig	39 (55,7 %)	38 (54,3%)	77 (55,0%)	
Verheiratet	18 (25,7%)	19 (27,1%)	37 (26,4%)	
Geschieden	10 (14,3%)	10 (14,3%)	20 (14,3%)	
Verwitwet	3 (4,3 %)	3 (4,3%)	6 (4,3 %)	
Partnersituation	*1			0,65
kein fester Partner	30 (44,8%)	35 (50,0%)	65 (47,5%)	
fester Partner, getrennt lebend	10 (14,9%)	7 (10%)	17 (12,4%)	
fester Partner, zus. Lebend	27 (40,3%)	28 (40%)	55 (40,2%)	
Ausbildung	*2	*3		0,03
Volksschule mit/ohne Lehre	24 (36,9%)	20 (29,4%)	44 (33,1%)	
Realschule	26 (40,0%)	18 (26,5%)	44 (33,1%)	
Abitur/Studium	15 (23,1%)	30 (44,1%)	45 (33,8%)	
Kinder				0,73
keine (0)	38 (54,3%)	40 (57,1%)	78 (55,7%)	
ein bis zwei Kinder	26 (37,1%)	25 (35,7%)	51 (36,4%)	
drei oder mehr Kinder	6 (8,6%)	5 (7,1%)	11 (7,9 %)	
	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	Range
Anzahl Kinder	1,8 (0,7)	1,8 (0,8)	1,8 (0,8)	0-4
Alter	40,4 (12,8)	40,0 (12,4)	40,2 (12,6)	18-73 0,89

Anmerkungen: n= Anzahl der Patienten; Prozent-Angaben in Klammern= Anzahl der Patienten (n) / Patientenangaben zum jeweiligen Merkmal (siehe Text);

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanz (signifikanter Wert fett geschrieben); Range = Spanne von Minimum bis Maximum;

*= Anzahl der fehlenden Angaben (von N=70) zum jeweiligen Merkmal; *1: 3;*2: 5;*3: 2

6.2 Ergebnisse zu den Hypothesen

6.2.1 Hypothese 1

Die Auswertungsergebnisse zur Hypothese 1 sind Punkt „6.1.1 Soziodemographische Daten“ zu entnehmen und werden in der nachfolgenden Diskussion in Punkt „7.2 Ergebnisse“ zusammenfassend dargestellt.

6.2.2 Hypothese 2

Um Hypothese 2 beantworten zu können wurden die in Punkt „5.2 Messinstrumente“ beschriebene Fragebögen (außer „PsyBaDo“ und „Neuer Fragebogen zur Fremdunterbringung“) berücksichtigt und ausgewertet. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Fragebögen dargestellt.

„Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“

Für den „PHQ-D“ lagen insgesamt Antworten von 131 Patienten vor. Die genaue Verteilung der Patientenangaben innerhalb der zwei Gruppen kann Tabelle 2 entnommen werden. Bezüglich des Vorhandenseins der untersuchten psychischen Krankheitsbilder (somatische Störungen, depressive Störungen) lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen erkennen. Die errechneten Mittelwerte liegen sowohl für somatische Störungen als auch für depressive Störungen im mittelhohen Bereich. Die Fremdunterbringung scheint diesen Ergebnissen zu Folge im untersuchten Kollektiv keinen signifikanten Einfluss auf das Auftreten dieser psychischen Krankheitsbilder zu haben.

Tabelle 2:: Auswertungsergebnisse zum Fragebogen PHQ-D

	Fremd-			Nicht Fremd-			Gesamt N=140			
	untergebracht N=70			untergebracht N=70						
	n	MW	SD	n	MW	SD	n	MW	SD	p
PHQ-D										
Somatisierung	66	13,9	6,8	65	14,8	6,3	131	14,33	6,5	0,43
Depression	65	14,8	5,8	67	15,4	6,7	132	15,13	6,2	0,57

Anmerkungen. N = Anzahl der in der Studie berücksichtigten Patientendaten; n=Anzahl der Patientenangaben zu diesem Item; MW = Mittelwert der Summe des jeweiligen Items; SD= Standardabweichung, p=Signifikanz

„Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS/1)“

Die „PDS“ wurde von allen 140 Patienten ausgefüllt. Hinsichtlich der Anzahl der Traumen ist ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Patientengruppen zu erkennen (siehe Tabelle 3). Dabei liegt der Mittelwert der Anzahl der Traumen in der fremduntergebrachten Patientengruppe (3,6) höher als der Mittelwert der Anzahl der Traumen in der nicht fremduntergebrachten Patientengruppe (2,9). Insgesamt haben zum Zeitpunkt der Datenerhebung 69 der fremduntergebrachten Patienten (99%) und 63 der nicht fremduntergebrachten Patienten (90%) eine traumatische Erfahrung gemacht (siehe Tabelle 3.1). Tabelle 3.2 gibt darüber hinaus Aufschluss über die Art der erlebten Traumen in den 2 Patientengruppen. Signifikante Unterschiede ergeben sich bezüglich der Items „Gewalttätiger Angriff in der Familie“, „Gewalttätiger Angriff durch fremde Person“ und „Anderes traumatisches Erlebnis“. Von diesen Gewaltarten waren jeweils die Patienten der fremduntergebrachten Gruppe häufiger betroffen als die nicht fremduntergebrachten Patienten. Hinsichtlich der anderen Gewaltarten ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (siehe Tabelle 3.2).

Ergebnisse

Tabelle 3.1: Auswertungsergebnisse zu den Fragebögen PDS/1

	FU N=70			Keine FU N=70			Gesamt N=140			
	n	MW der Item-Summe	SD	n	MW der Item-Summe	SD	n	MW der Item Summe	SD	p
PDS/1										
Trauma ja/nein	70	0,99	0,12	70	0,94	0,2	140	0,96	0,2	0,17
Anzahl der Traumata	70	3,6	1,7	70	2,94	1,9	140	3,3	1,9	0,04

Anmerkungen. N = Anzahl der in der Studie berücksichtigten Patientendaten; n = Anzahl der Patientenangaben zum jeweiligen Item; MW der Item Summe = Mittelwert der Summe des jew. Items; FU = Fremdunterbringung; SD = Standardabweichung; p = Signifikanz

Tabelle 3.2: PDS/1: Art der erlebten Traumata

Traumaart				FU Kollektiv		Kein FU Kollektiv		p
		Nein	JA	(ja)	%	(ja)	%	
Schwerer Unfall	N=136	77	59	33	55,90%	26	44,10%	0,29
Naturkatastrophe	N=135	118	17	11	64,70%	6	35,30%	0,18
Gewalttätiger Angriff in Familie	N=133	57	76	44	57,90%	32	42,10%	0,05
Gewalttätiger Angriff durch fremde P.	N=128	78	50	31	62,00%	19	38,00%	0,03
Sexueller Angriff in Familie	N=133	76	57	32	56,14%	25	43,86%	0,19
Sexueller Angriff durch fremde P.	N=130	83	47	24	51,06%	23	48,94%	0,75
Kampfeinsatz/Aufenthalt Kriegsgebiet	N=134	123	11	4	36,36%	7	63,64%	0,35
Gefangenschaft	N=132	120	12	3	25,00%	9	75,00%	0,08
Folter	N=131	115	16	7	43,75%	9	56,25%	0,62
Lebensbedrohliche Krankheit	N=131	99	32	17	53,13%	15	46,88%	0,72
Anderes tr. Erlebnis	N=131	51	80	45	56,25%	35	43,75%	0,09

Anmerkungen. N = Anzahl der Patienten, die zu diesem Item eine Angabe gemacht haben; FU=Fremdunterbringung;

„Impact of event scale (IES)“

Zu der „IES“ machten insgesamt 116 Patienten eine Angabe (siehe Tabelle 4). Bezüglich des Hinweises auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) lässt sich weder in den Subskalen (Vermeidungsverhalten, Intrusionen) noch in der Gesamtauswertung ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen feststellen. Insgesamt überschreitet jedoch in beiden Gruppen die Mehrheit der Patienten den Cut-off-Wert von 27, was für das Vorliegen einer PTBS spricht (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Ergebnisse zur Impact of event scale

	Keine Fremdunterbringung			Fremdunterbringung			
IES	n	MW	SD	n	MW	SD	p
Vermeidung	58	23	10	60	22,5	9,8	0,798
Intrusion	59	22	9	62	21,6	9	0,78
Gesamtscore	56	44,7	16,9	60	44,3	16,7	0,896
	n			n			p
IES-Wert							
<27	n=19	8		11			
>27	n=97	48		49			

Anmerkungen. n = Anzahl der Patienten; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanz

“Dissociative Experience Scale-Taxon (DES-T)”

Für die „DES-T“ lagen insgesamt 134 Patientenangaben vor (siehe Tabelle 5). Die errechneten „DES-T“ Mittelwerte liegen bei beiden Patientengruppen unter dem Cut-off-Wert für dissoziative Störungen von 20. Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Patientengruppen bezüglich des Hinweises auf dissoziative Störungen beobachtet werden.

„Hannover Selbstregulations-Inventar (HSRI)“

In der Interpretation der Ergebnisse zum „HSRI“ muss die jeweils unterschiedliche Anzahl von Patientenangaben zu den fünf Sub-Skalen berücksichtigt werden (siehe Tabelle 5). In keiner der fünf Sub-Skalen konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden. Der errechnete Gesamtmittelwert liegt in beiden Gruppen bei 15 und deutet somit auf ein sehr niedriges Strukturniveau der Patienten hin.

Tabelle 5: Auswertungsergebnisse zu den Fragebögen DES-T und HSRI

	FU N=70			Keine FU N=70			Gesamt N=140			p
	N	MW	SD	n	MW	SD	n	MW	SD	
DES-T										
DES Mittelwert	66	11,2	14,3	68	12,96	17,3	134	12,1	15,9	0,5
HSRI										
Beziehung	66	3	1,7	64	3,1	1,2	130	3,1	1,1	0,74
Frustrationstoleranz	66	3,3	1,1	64	3,2	1	130	3,2	1,1	0,48
Identitätsstörungen	65	2,2	1,1	63	2,3	1,1	128	2,2	1,1	0,75
Affektdifferenzierung/Toleranz	65	3,7	1	64	3,6	1,2	129	3,7	1,1	0,62
Selbstwertregulation	66	3,6	1,2	64	3,6	1,3	130	3,6	1,3	0,79
Gesamt	66	15,8	4,2	64	15,7	5	130	15,7	4,6	0,89

Anmerkungen. N = Anzahl der in der Studie berücksichtigten Patientendaten; n = Anzahl der Patientenangaben zum jeweiligen Item; MW = Mittelwert der Summe des jeweiligen Items; SD = Standardabweichung; p = Signifikanz; FU = Fremdunterbringung

„Ressourcenrealisierung aus der Selbstbeurteilungsperspektive (RES-40)“

Zum „RES-40“ machten insgesamt 135 Patienten eine Angabe (siehe Tabelle 6). Außer bei den Skalen „Selbstwernerleben“ und „RES-Gesamt“ lassen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen. Mit jeweils höheren Mittelwerten in diesen beiden Skalen scheint das fremduntergebrachte Patientenkollektiv jedoch über mehr Ressourcen zu verfügen als das Vergleichskollektiv (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Ressourcenrealisierung, Ergebnisse zum Fragebogen RES

Ressourcen	Keine Fremdunterbringung			Fremdunterbringung			p
	N	MW	SD	n	MW	SD	
Wohlbefinden	64	2,24	1,3	64	2,6	1,4	0,1
Selbstwernerleben	63	1,94	1,3	63	2,5	1,4	0,018
Persönliche Stärken	65	3	1,1	67	3,2	1,1	0,35
Sinnorientierung	64	2,7	1,3	65	2,97	1,3	0,19
RES Gesamt	66	2,4	1,1	69	2,9	1,2	0,043

Anmerkungen. n = Anzahl der Patientenangaben zum jeweiligen Item; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanz; signifikante Werte sind fett geschrieben.

6.2.3 Hypothese 3

Um diese Fragestellung beantworten zu können, wurde auf die Patientenangaben im „Neuen Fragebogen zur Fremdunterbringung“ zurückgegriffen. Die Auswertungsergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Merkmale der Fremdunterbringung

In der Interpretation der Ergebnisse sind auch bei diesem Fragebogen fehlerhafte Patientenangaben zu den verschiedenen Merkmalen zu berücksichtigen (siehe Tabelle 7). Zu dem Merkmal „Alter bei Fremdunterbringung“ machten 64 Patienten eine Angabe, wobei sich diese zwischen 0 und 17 Jahren bewegen. Die Mehrzahl der Patienten wurde im Pubertätsalter fremduntergebracht (siehe Tabelle 7). Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass es bei der Mehrheit der Patienten während der Fremdunterbringung zu einem Wechsel der Unterbringung kam. Dabei erlebte knapp die Hälfte der Patienten mindestens zwei oder mehr als zwei Wechsel der Unterbringung (44,3%) während nur 1/3 der Patienten (31,1%) die Unterbringung nicht wechseln mussten. Durch den Wechsel von Unterbringungen waren bezüglich des Merkmales „Betreuungsform“ Mehrfachnennungen möglich. Fast die Hälfte der Patienten (40,6%) markierte die Unterbringungsform „Andere“, womit z.B. Sozialpädagogische Einzelbetreuung, Inobhutnahmestellen, betreutes Einzelwohnen, Freunde oder Bekannte gemeint sind (siehe Anhang). Dagegen gaben 1/3 der Patienten (32,8%) Kinder- und Jugendheime als Form der Betreuung an (siehe Tabelle 7). Betreffend der Familiensituation während der Fremdunterbringung ergaben sich folgende Ergebnisse: bei der Mehrheit der fremdunterbrachten Patienten (55,6%) lebten die leiblichen Eltern zusammen. Außerdem zeigte sich, dass Patienten sehr viel häufiger Kontakt zu ihrer leiblichen Mutter hatten (44,3%) als zu ihrem leiblichen Vater (19,7%).

Tabelle 7: Merkmale der Fremdunterbringung

		n	N	MW	SD
Merkmale der FU					
Wechsel der Unterbringung			61	1,1	0,9
	0	19 (31,1%)			
	1	15 (24,6%)			
	2+	27 (44,3%)			
Betreuungsform			64		
	Pflegefamilie	14 (21,9%)		0,2	0,4
	Kinder- und Jugendheim	21 (32,8%)		0,3	0,5
	Wohngruppe	9 (14,1%)		0,1	0,4
	Internat	12 (18,8%)		0,2	0,2
	Unterbringung bei Verwandten	13 (20,3%)		0,2	0,4
	Andere	26 (40,6%)		0,4	0,5
Familiensituation während der FU					
Zusammenleben der Eltern			63	0,56	0,5
	Ja	35 (55,6%)		0,44	0,5
Kontakt zu Mutter			61	0,2	0,4
	Ja	27 (44,3%)			
Kontakt zu Vater			61		
	Ja	12 (19,7%)			
		n	N	MW	Range
Alter bei Fremdunterbringung			64	8,5	0-17
	0 Jahre	7 (11,0%)			
	1-4 Jahre	12 (18,8%)			
	6-9 Jahre	13 (20,3%)			
	10-13 Jahre	17 (26,6%)			
	14-17 Jahre	15 (23,4%)			

Anmerkungen. FU = Fremdunterbringung; n = Anzahl der Patienten; N = Anzahl der Angaben zum jeweiligen Merkmal, MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Range = Spanne zwischen Minimum und Maximum

Gewalterfahrungen während der Fremdunterbringung

Das Merkmal „Gewalterfahrungen während der Fremdunterbringung“ wird wegen seines inhaltlichen Umfangs in diesem separierten Unterpunkt betrachtet. Auch zu diesem Merkmal waren Mehrfachnennungen möglich. Die am häufigsten erlebte Gewaltform während der Fremdunterbringung war nach Angaben der Patienten die „emotionale Vernachlässigung“ (54,4%) gefolgt von der „psychischen Gewalt“ (47,8%). „Körperliche Gewalt“, „sexuelle Gewalt“ und „körperliche Vernachlässigung“ erlebten 1/4 der fremduntergebrachten Patienten, welche Angaben zu diesen Subskalen gemacht haben (siehe Tabelle 8). Insgesamt erlebte die Mehrzahl der Patienten verschiedene Formen von Gewalt. Nennenswert ist außerdem, dass Patienten mit „sexuellen“ oder „psychischen“ Gewalterfahrungen dreimal so oft Schuldgefühle bezüglich ihrer Kindheit entwickeln, als Patienten ohne diese Gewalterfahrungen. Dieser Zusammenhang ist statistisch signifikant.

Tabelle 8: Gewalterfahrung während der Fremdunterbringung und Auswirkungen der Gewalterfahrungen

			Falls ja: Schuldgefühle Kindheit						Falls ja: Schwierigkeiten Partnerschaft			
	Nein	Ja	Nein	Ja	P	OR	Nein	Ja	Nein	Ja	p	OR
Gewaltform												
körperlich	42	22	8	14	0,389	1,5	43	20	2	18	0,065	5,3
sexuell	47	17	4	13	0,05	3,4	46	17	4	13	0,72	1,4
psychisch	32	32	10	22	0,04	2,8	32	31	18	45	0,17	
Vernachlässigungsform												
emotional	31	34	11	23	0,07	2,5	29	25	10	25	0,65	1,13
körperlich	48	16	6	10	0,56	1,4	48	15	2	13	0,28	
Summe Gewalterfahrungen						0,19						0,57
0		26	14	12				27	10	17		
1		17	8	9				16	5	11		
2		9	4	5				8	2	6		
3		12	2	10	0,24			12	1	11		
Summe Vernachlässigung												0,53
0		29	16	13				27	9	18		
1		21	7	14				23	7	16		
2		14	5	9				13	2	11		

Anmerkungen. p = Signifikanz; OR = Odds Ratio

Lebensgestaltung von fremduntergebrachten Patienten

Es wurde bereits gezeigt, dass Schuldgefühle bezüglich der Kindheit in der untersuchten Stichprobe statistisch signifikant in Zusammenhang mit sexuellen bzw. psychischen Gewalterfahrungen stehen. Insgesamt hat knapp über die Hälfte der Patienten (56,9%) Schuldgefühle bezüglich ihrer Kindheit. Bezüglich der anderen untersuchten Merkmale der Fremdunterbringung konnte dagegen kein signifikanter Zusammenhang zur Entwicklung von Schuldgefühlen ermittelt werden (Tabelle 12). Die Ergebnisse zum Merkmal „Schwierigkeiten mit einer Partnerschaft“ (siehe Fragebogen im Anhang) zeigen, dass 69,7% der fremduntergebrachten Patienten Probleme damit haben, eine Partnerschaft einzugehen. Tabelle 11 zeigt jedoch, dass dies in keinem signifikanten Zusammenhang zu Merkmalen der Fremdunterbringung steht. Auch die Frage

Ergebnisse

nach „sexuellen Funktionsstörungen“ wurde von einem beachtenswerten Teil der fremduntergebrachten Patienten positiv beantwortet (51,6 % der Patienten, die eine Angabe dazu machten). Tabelle 9 zeigt außerdem, dass 50 der fremduntergebrachten Patienten zum Zeitpunkt der Datenerhebung Kinder haben oder sich Kinder wünschen. Dabei ist interessant, dass ein tendenziell signifikanter Zusammenhang zwischen dem Merkmal „Zusammenleben der Eltern“ und dem „Wunsch nach Kindern“ besteht (siehe Tabelle 10). Ähnlich verhält sich dies mit dem „Alter bei der Fremdunterbringung“, welches in statistisch hoch signifikantem Zusammenhang mit dem Wunsch nach Kindern zu sein scheint. Dabei haben Patienten, welche in jüngerem Alter fremduntergebracht wurden, häufiger den Wunsch nach Kindern bzw. haben schon Kinder, als Patienten, die erst mit einem höheren Alter fremduntergebracht wurden (siehe Tabelle 10).

Tabelle 9: Lebensgestaltung in der Gruppe der Fremduntergebrachten

	Fremduntergebrachte Patienten		
	n	N	MW (SD)
Schuldgefühle bezüglich Kindheit		65	
ja	37 (56,9%)		0,57 (0,5)
Schwierigkeiten mit Partnerschaft		66	
ja	46 (69,7%)		0,83 (1,1)
sexuelle Funktionsstörungen		64	
ja	33 (51,6%)		0,66 (1,1)
Kinder/Kinderwunsch		64	
ja	50 (78,1%)		0,78 (0,4)

Anmerkungen. n = Anzahl der Patienten; N = Anzahl der Patienten, die zu dieser Fragestellung eine Angabe gemacht haben; Prozent-Angabe in Klammern = n/N; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanz

Ergebnisse

Tabelle 10: Kinderwunsch zum Zeitpunkt der Befragung in Zusammenhang mit bestimmten Merkmalen der FU

			Falls ja: Kinderwunsch		
	Nein	Ja	Nein	Ja	p
Zusammenleben Eltern (N= 58)	25	33	9	24	0,06
Kontakt zu Mutter (N= 56)	31	25	4	21	0,75
Kontakt zu Vater (N= 56)	45	11	4	7	0,18
Gewalt Summe (N= 62)					0,26
0		27	5	22	
1		15	6	9	
2		9	2	7	
3		11	1	10	
Vernachlässigung Summe (N= 62)					0,85
0		26	5	21	
1		23	6	17	
2		13	3	10	
Alters-MW bei FU (N= 59)					0,005
			12,17	7,4	

N = Anzahl der Patienten, die eine Angabe zum jeweiligen Item gemacht haben; p = Signifikanz; signifikante Werte sind fett geschrieben; MW = Mittelwert; FU = Fremdunterbringung

Tabelle 11: Schwierigkeiten mit einer Partnerschaft in Zusammenhang mit verschiedenen Merkmalen der FU

			Falls ja: Schwierigkeiten mit Partnerschaft		
	Nein	Ja	nein	Ja	p
Betreuung Pflegefamilie (N = 61)	49	12	3	9	0,8
Betreuung KiJu-Heim (N = 61)	41	20	7	13	0,65
Betreuung Wohngruppe (N = 61)	53	8	3	5	0,82
Betreuung Internat (N = 61)	49	12	5	7	0,54
Betreuung Verwandte (N = 61)	49	12	2	10	0,46
Betreuung Andere (N = 61)	35	26	9	16	0,35
Zusammenleben Eltern (N = 60)	27	33	12	20	0,18
Kontakt zu Mutter (N = 59)	32	27	7	19	0,45
Kontakt zu Vater (N = 59)	47	12	5	7	0,49

N = Anzahl der Patienten die eine Angabe zum jeweiligen Item gemacht haben; p = Signifikanz

Ergebnisse

Tabelle 12: Schuldgefühle bzgl. der Kindheit zum Zeitpunkt der Befragung in Zusammenhang mit bestimmten Merkmalen der FU

			Falls Ja: Schuldgefühle bzgl. Kindheit		
	Nein	Ja	Nein	Ja	p
Betreuung Pflegefamilie (N= 61)	47	14	5	9	0,55
Betreuung KiJu-Heim (N= 61)	41	20	7	13	0,4
Betreuung Wohngruppe (N= 61)	52	9	3	6	0,54
Betreuung Internat (N= 61)	50	11	5	6	0,83
Betreuung Verwandte (N= 61)	48	13	6	7	0,77
Betreuung Andere (N= 61)	37	24	13	11	0,14
Zusammenleben Eltern (N= 60)	25	35	15	20	0,39
Kontakt zu Mutter (N= 58)	33	25	8	17	0,14
Kontakt zu Vater (N= 58)	47	11	5	6	0,94

N = Anzahl der Patienten die eine Angabe zum jeweiligen Item gemacht haben; p = Signifikanz

7 Diskussion

7.1 Statistische Methoden

7.1.1 Studiendesign und Stichprobe

Die Dissertation gestaltete sich als retrospektive Querschnittsstudie, welche Daten von insgesamt 140 Patienten der Sektion Traumafolgestörungen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin am Klinikum Rechts der Isar umfasste. Das Studiendesign sowie die Verwendung von Fragebögen aus der Routinediagnostik der Sektion Traumafolgestörungen ermöglichte eine zeitökonomische und kostensparende Durchführung der Dissertation. Einen Nachteil dieses Studiendesigns stellt der fehlende Einblick in die genauen Entwicklungsverläufe von Patienten dar. Hierzu wäre eine Längsschnittstudie geeigneter, mit der fremduntergebrachte Kinder und Jugendlichen von Anfang der Fremdunterbringung bis ins Erwachsenenalter zu mehreren Zeitpunkten der Fremdunterbringung befragt werden könnten. Ein solches Studiendesign stellt jedoch eine hohe zeitliche sowie kostenintensive Herausforderung dar. Anzumerken ist darüber hinaus eine mögliche Limitation der Dissertation durch die Konfundierung des Alters. Die Altersverteilung der Stichprobe bewegt sich zwischen 18 und 73 Jahren, der Altersmittelwert der Grundgesamtheit liegt bei 40,2 Jahren. In wie weit mögliche Unterschiede zwischen den zwei untersuchten Patientengruppen auf das Alter bzw. auf Generationenunterschiede zurückzuführen sind, bleibt demnach unklar. Zwischen den zwei untersuchten Patientengruppen zeigen sich allerdings keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Altersverteilung. Auch die Geschlechterverteilung zeigt zwischen den zwei Untersuchungsgruppen keine signifikanten Unterschiede auf, wobei zu berücksichtigen ist, dass das weibliche Geschlecht in beiden Patientengruppen deutlich überwiegt. Daher ist in der vorliegenden Dissertation kein großer Einfluss dieser Merkmalsverteilung auf die Ergebnisse zu erwarten. Um eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse durch ungleiche Geschlechtsverteilung bzw. Altersverteilung zu vermeiden, könnte in zukünftigen Studien jedoch ein vorausgehendes Matching dieser Merkmale hilfreich sein. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass das

Vergleichskollektiv, bestehend aus 70 nicht fremduntergebrachten Patienten, aus vier aufeinanderfolgenden Monaten innerhalb des gesamt betrachteten Zeitraumes (April 2014 - Juli 2014) gebildet wurde. Dies stellt ein deutlich kürzeres Zeitintervall dar, als es bei der fremduntergebrachten Patientengruppe (April 2014 - April 2015) der Fall ist. Diesbezüglich könnten saisonale Effekte einen Einfluss auf die Untersuchung haben, was hinsichtlich der Thematik dieser Dissertation jedoch sehr unwahrscheinlich ist. Generell gilt zu beachten, dass die Ergebnisse durch Faktoren beeinflusst werden können, welche uns derzeit nicht bekannt sind. Da die Dissertation in nur einer Institution, welche speziell mit traumatisierten Menschen arbeitet (Sektion Traumafolgestörungen), durchgeführt wurde, handelt es sich um eine sehr selektive klinische Stichprobe. Die ermittelten Ergebnisse haben daher vor allem für das untersuchte Patientenkollektiv Gültigkeit, weshalb nur sehr zurückhaltend verallgemeinernde Aussagen getroffen werden sollten. Die Durchführung einer weiteren Studie zu diesem Themenkomplex mit einer größeren und weiter gefächerten Stichprobe könnte daher in der Zukunft sinnvoll sein.

7.1.2 Messinstrumente

Zur Beantwortung der Hypothesen (siehe Punkt „4 Hypothesen und Zielsetzung“) wurden Patientenangaben zu verschiedenen Fragebögen berücksichtigt (siehe Punkt „5.2 Messinstrumente“). Die Fragebögen sind Gegenstand der Routinediagnostik der Sektion Traumafolgestörungen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin am Klinikum Rechts der Isar und damit standardisierte und validierte psychometrische Messinstrumente. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind jedoch unterschiedlich viele fehlende Werte in den einzelnen Skalen zu beachten, welche durch die Angaben der Fallzahlen in den Tabellen in Punkt „6 Ergebnisse“ entnommen werden können. Der „Neue Fragebogen zur Fremdunterbringung“ wurde in einem nicht validierten Zustand eingesetzt. Hinsichtlich dieses Fragebogens unterliegt die Studie einigen Einschränkungen. Die erste Limitation ergibt sich aus dem Einsatz des Fragebogens in einer ungeprüften Form. Es ist nicht sicher gewährleistet, dass alle Items des Fragebogens von den Patienten richtig verstanden wurden. In zukünftigen Studien sollte dies beispielsweise durch

Fragebogeninterviews mit den Patienten überprüft werden, um eine Verzerrung der Ergebnisse durch Missverständnis bzw. Fehlinterpretation der Fragen zu verhindern. Des Weiteren könnte das Erinnerungsvermögen der Patienten an ihre Kindheit zu einer Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse führen, da bei der Mehrheit der Patienten die Fremdunterbringung schon viele Jahre zurück liegt. Vor allem bei Patienten, die in einem sehr jungen Alter fremduntergebracht wurden, könnte das Erinnerungsvermögen an diese Zeit eingeschränkt sein. Damit kann die Zuverlässigkeit der Ergebnisse einzelner Items dieses Fragebogens nicht gänzlich sichergestellt werden. Dieses Problem könnte man am ehesten durch die Befragung anderer, in die Fremdunterbringung der Betroffenen involvierter Personen, wie zum Beispiel Pflegeeltern, Heimbetreuer oder auch leibliche Eltern, lösen. Eine weitere Verbesserungsmöglichkeit hinsichtlich dieser Problematik könnte eine schon angesprochene Änderung des Studiendesigns in eine Längsschnittstudie darstellen, mit der der zeitliche Verlauf einer Fremdunterbringung besser erfasst werden könnte und Messungen zu mehreren Zeitpunkten der Fremdunterbringung möglich wären. Außerdem sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass alle verwendeten Daten ausschließlich mittels einer Fragebogendiagnostik erhoben wurden. Die Zuverlässigkeit, Gewissenhaftigkeit und Gründlichkeit der Patienten beim Ausfüllen dieser Selbstbeurteilungsinstrumente könnte somit einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse haben. Für zukünftige Studien empfiehlt es sich daher, neben einer Fragebogendiagnostik auch eine Interviewdiagnostik durchzuführen, um eine noch höhere Validität zu erreichen.

7.2 Ergebnisse

Mit Hilfe der Dissertation soll die Frage beantwortet werden, ob eine Fremdunterbringung im Kindesalter einen Einfluss auf die Symptomatik von Patienten einer Traumaambulanz hat. Insgesamt wurden Daten von 140 Patienten berücksichtigt (siehe Punkt „5.1 Studiendesign und Stichprobe“). Zur Erhebung der Daten wurden Fragebögen aus der Routinediagnostik der Sektion Traumafolgestörungen berücksichtigt (siehe Punkt „5.2 Messinstrumente“). Im Folgenden sollen die ermittelten Ergebnisse in Verbindung zu den einzelnen Hypothesen diskutiert sowie im Vergleich zu schon bestehenden Studienergebnissen kritisch betrachtet werden.

7.2.1 Ergebnisse zu Hypothese 1

Hypothese 1 beschäftigt sich mit dem Vergleich der Lebensgestaltung von fremduntergebrachten bzw. nicht fremduntergebrachten Patienten einer Traumaambulanz. Hierfür wurden vor allem interpersonelle Merkmale betrachtet, welche mit Hilfe der „Psychosomatischen Basisdokumentation (PsyBaDo)“ (siehe Punkt „5.2 Messinstrumente“) untersucht wurden. Die Ergebnisse bezüglich der Altersverteilung und der Geschlechtsverteilung der Stichprobe können Punkt „5.1 Studiendesign und Stichprobe“ entnommen werden. In der Auswertung der Soziodemographischen Daten konnten für die Mehrzahl der untersuchten interpersonellen Merkmale keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen nachgewiesen werden. Die Angaben der fremduntergebrachten sowie der nicht fremduntergebrachten Patienten entsprechen sich bezüglich „Familienstand“, „Partnersituation“ und „Kinder“ weitestgehend. Ausschließlich hinsichtlich des Merkmales „Ausbildung“ zeigt sich eine nicht zufällige Verteilung der Daten (siehe Punkt „6.1.1 Soziodemographische Daten“). Die signifikanten Ergebnisse bezüglich dieses Merkmales geben einen Hinweis darauf, dass Fremdunterbringung einen Einfluss auf die Ausbildung von Patienten einer Traumaambulanz hat. Dabei scheinen von Fremdunterbringung betroffene Personen einen niedrigeren Ausbildungsstand zu besitzen als nicht fremduntergebrachte Patienten. Ähnliche Ergebnisse werden auch in anderen Studien berichtet. Es zeigte sich bereits, dass eine Vernachlässigung von Kindern, welche bei fremduntergebrachten Kindern oft zu beobachten ist (Münder *et al.*, 2000), zu einer Beeinträchtigung der kognitiven Entwicklung führen kann und diese Kinder in Leistungstests nicht selten schlechter abschneiden, sowie Probleme mit den Anforderungen in der Schule haben können (Deegener *et al.*, 2008; Hildyard *et al.*, 2002). Weitere Studien weisen auf Verhaltensauffälligkeiten bei Pflegekindern sowie Aufmerksamkeitsprobleme, eine Störung des Sozialverhaltens, dissoziative Verhaltensweisen sowie soziale Probleme bei den oft massiv belasteten Kindern hin (Arnold 2010; Oswald *et al.*, 2010, McMillen *et al.*, 2005; Zima *et al.*, 2000). Interessant hinsichtlich des Ausbildungsstandes wäre es, Faktoren zu ermitteln, welche sich bei

fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen positiv bzw. negativ auf deren schulische Entwicklung auswirken. Für eine Untersuchung dieser Art wäre wiederum ein längsschnittliches Studiendesign von Vorteil, um notwendige Informationen während der gesamten schulischen Laufbahn der fremduntergebrachten Kinder und Jugendlichen generieren zu können. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass die Anzahl an Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, die erst in höherem Alter aus ihrer Herkunftsfamilie herausgenommen werden, steigt (Arnold, 2010). Außerdem konnte gezeigt werden, dass die Anzahl traumatischer Erlebnisse sich auf das Aufmerksamkeitsvermögen betroffener Kinder auswirken kann (Arnold, 2010). Für die Zukunft empfiehlt es sich jedoch, mögliche Einflüsse auf die Ausbildung fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher genauer zu untersuchen, da dies für betroffene Personen von praktischer Relevanz sein könnte. Die Annahme in Untersuchungshypothese 1, dass fremduntergebrachte Patienten eine andere Lebensgestaltung aufweisen als nicht fremduntergebrachte Patienten, konnte damit im Rahmen der vorliegenden Dissertation nicht vollständig bestätigt werden. Die Aussagekraft des statistisch signifikanten Ergebnisses bezüglich des Ausbildungsstandes fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher wird durch diverse Studienergebnisse verstärkt. Ziel sollte es sein, mit Hilfe weiterer Untersuchungen Möglichkeiten zu finden, betroffene Kinder und Jugendliche präventiv in ihrer Ausbildung unterstützen zu können.

7.2.2 Ergebnisse zu Hypothese 2

Zur Beantwortung von Hypothese 2 wurden die in Punkt 6.2.2 erläuterten Auswertungsergebnisse der Fragebögen zu psychopathologischen Krankheitsbildern berücksichtigt. Dabei konnten weder im Hinblick auf Somatische Störungen, Depressive Störungen oder Dissoziative Störungen noch bezüglich der Angaben zu Ich-Funktionen und zur Selbstregulationsfähigkeit signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen nachgewiesen werden. In beiden untersuchten Patientengruppen jedoch liegen die in den Fragebögen ermittelten Werte im Durchschnitt in einem hohen, für die jeweilige Krankheit auffallenden Bereich. Dies lässt sich möglicherweise durch den Durchführungsort der Studie, der Sektion Traumafolgestörungen erklären. Diesbezüglich weisen diverse Studienergebnisse darauf hin, dass Posttraumatische Belastungsstörungen nicht selten mit anderen psychischen und physischen Erkrankungen vergesellschaftet sind (Frommberger *et al.*, 2014; Flatten *et al.*, 2011). Komorbide Störungen, wie die oben genannten, sind bei Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) demnach keine Ausnahme. Darüber hinaus konnten bereits höhere Prävalenzraten für psychische Störungen bei Pflegekindern beobachtet werden (Arnold, 2010; McMillen *et al.*, 2005; Zima *et al.*, 2000). Diese Beobachtung könnte eine weitere Erklärung für die ermittelten hohen Werte in den Fragebögen, zumindest im fremduntergebrachten Kollektiv, darstellen.

Der einzige signifikante Unterschied zwischen den Gruppen ergab sich in der Auswertung der „PDS/1“ hinsichtlich der Anzahl der Traumen (siehe Tabelle 3.1., „6.2.2 Hypothese 2“). Hierbei ist festzustellen, dass fremduntergebrachte Patienten zum Zeitpunkt der Datenerhebung häufiger multiplen traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren als nicht fremduntergebrachte Patienten. Dieses Ergebnis erhält Bestätigung durch verschiedene Forschungsarbeiten, die sich unter anderem mit der psychischen Belastung und mit Traumafolgestörungen bei fremduntergebrachten Kindern beschäftigen. Arnold (2010) konnte in ihrer Studie zur Prävalenz der PTBS bei Pflegekindern eine Traumaexposition von >90% in ihrer Stichprobe zeigen. Diese liegt damit weit über der der

Normalbevölkerung (Arnold, 2010). Auch Oswald *et al.* (2010) konnten mit ihrer Studie zu Traumafolgestörungen bei Pflegekindern nach Misshandlung und Vernachlässigung bestätigen, dass Gewalterfahrungen bei Pflegekindern kein einmaliges Erlebnis darstellen und Pflegekinder oft multiplen Traumata durch Vernachlässigung oder Misshandlung ausgesetzt sind. Hervorzuheben ist, dass sich nur hinsichtlich drei der erfragten Trauma Arten (siehe Tabelle 3.2 in Punkt „6.2.2 Hypothese 2“) statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Patientenkollektiven zeigten („Gewalttätiger Angriff in Familie“; „Gewalttätiger Angriff durch fremde Person“, „Anderes traumatisches Erlebnis“). Bezüglich der übrigen aufgeführten Trauma Arten ließen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede finden. Ein erheblicher Anteil der Patienten, welche ein traumatisches Erlebnis hatten, markierte das Item „Anderes traumatisches Erlebnis“ (siehe Tabelle 3.2 in Punkt „6.2.2 Hypothese 2). Aufgrund des Umfangs der Daten wurde in der Auswertung nicht berücksichtigt, um welche Erlebnisse es sich dabei am häufigsten handelte. Zudem ist anhand der vorliegenden Daten nicht ersichtlich, ob die Art des Traumas einen Einfluss auf die Entwicklung psychopathologischer Krankheitsbilder hat. Maercker *et al.* (2008) beobachteten beispielsweise im Rahmen ihrer Studie zu Posttraumatischen Belastungsstörungen in Deutschland, dass Vergewaltigung und Kindesmissbrauch die traumatischen Erfahrungen sind, die mit der höchsten Wahrscheinlichkeit mit der Entwicklung einer PTBS einhergehen (Maercker *et al.*, 2008). Die zukünftige Prüfung eines möglichen Zusammenhanges zwischen der Art des erlebten Traumas bei fremduntergebrachten sowie nicht fremduntergebrachten Patienten einer Traumaambulanz und der Entwicklung psychischer Krankheiten könnte für die Beantwortung der Frage, ob Fremdunterbringung einen Einfluss auf die Symptomatik hat, hilfreich sein.

Ein interessantes Ergebnis ergibt sich durch die Auswertung der „Impact of event scale (IES)“. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Patientengruppen bzgl. des Vorliegens einer PTBS. Dennoch liegen die Werte beider Patientengruppen über dem Cut-off-Wert für eine PTBS, was sich wiederum durch die Untersuchung in einer auf Trauma spezialisierten Institution erklären lässt. Darüber hinaus kann die Tatsache, dass kein signifikanter

Unterschied bzgl. des Vorliegens einer PTBS zwischen den Gruppen besteht, obwohl die fremduntergebrachten Patienten signifikant mehr multiplen Traumata ausgesetzt waren, mit Hilfe von Ergebnissen schon angesprochener Studien näher betrachtet werden. Nicht nur Arnold (2010) zeigte, dass die PTBS Prävalenz in ihrer untersuchten Stichprobe von Pflegekindern niedriger ist als erwartet, auch Oswald *et al.* ermittelte eine weitaus niedrigere Anzahl an Pflegekinder mit einer PTBS im Vergleich zu der Anzahl der Pflegekinder mit vorangegangener Trauma Exposition (Arnold, 2010; Oswald *et al.*, 2010). Interessant wäre zukünftig eine Untersuchung fremduntergebrachter Patienten in verschiedenen Institutionen, um den beschriebenen Selektionseffekt durch die Durchführung der Studie in der Sektion Traumafolgestörungen zu vermeiden und bessere Vergleichsmöglichkeiten zu bestehenden Studien herzustellen.

Bezüglich des Vorhandenseins von Ressourcen ergaben sich in der Auswertung des „RES-40“ in den Skalen „Selbstwörterleben“ sowie „RES Gesamt“ zwei signifikante Ergebnisse, die darauf hinweisen, dass das fremduntergebrachte Kollektiv in diesen beiden Skalen über mehr Ressourcen verfügt, als das nicht fremduntergebrachte Kollektiv (siehe Tabelle 6 in Punkt „6.2.2 Hypothese 2“). Wie dieses Ergebnis zustande kommt und in welchem zeitlichen Zusammenhang es steht, konnte mittels der eingesetzten Messinstrumente jedoch nicht weiter untersucht werden. Dennoch stellt es sich als ein signifikantes Ergebnis heraus, welches unter Berücksichtigung der bereits angesprochenen Limitationen der Studie jedoch sehr vorsichtig bewertet und in künftigen Studien überprüft werden sollte.

Zusammenfassend zu Hypothese 2 kann die Frage, ob fremduntergebrachte Patienten sich hinsichtlich psychischer Komorbiditäten von nicht fremduntergebrachten Patienten unterscheiden auf Basis der Datenlage weitgehend verneint werden. Ausschließlich in der Anzahl multipler Traumata scheinen fremduntergebrachte Patienten häufiger belastet als nicht fremduntergebrachten Patienten. Wie bereits in Punkt „5.2 Studiendesign und Stichprobe“ erwähnt, handelt es sich bei dem untersuchten Patientenkollektiv der Sektion Traumafolgestörungen um eine sehr selektive Stichprobe. Es gilt

daher nochmals zu betonen, dass die ermittelten Ergebnisse vor allem für das vorgestellte Patientenkollektiv gültig sind und für eine Verallgemeinerung der Aussagen größere und hinsichtlich des Untersuchungsortes breiter gefächerte Studien sinnvoll wären.

Auch hinsichtlich der Prüfung von Hypothese 2 würde es sich in zukünftige Studien anbieten, den zeitlichen Verlauf der Entwicklung psychischer Krankheitsbilder zu berücksichtigen. Anhand der vorliegenden Dissertationsergebnisse ist nicht eindeutig erkennbar, ob die Entwicklung der gefundenen psychopathologischen Erkrankungen in direktem zeitlichen Zusammenhang mit der Fremdunterbringung steht oder die Krankheiten sich auch unabhängig von der Fremdunterbringung entwickeln würden. Dieser Zusammenhang sollte in künftigen Studien berücksichtigt werden, um die Aussagekraft der Ergebnisse damit zu erhöhen.

7.2.3 Ergebnisse zu Hypothese 3

Der neu entwickelte „Fragebogen zur Fremdunterbringung“ wurde zur Prüfung von Hypothese 3 herangezogen. Es wurden mehrere Merkmale der Fremdunterbringung betrachtet und deren Einfluss auf die Lebensgestaltung von in der Kindheit fremduntergebrachten Patienten untersucht. Dazu gehörte das Alter der Patienten bei der Fremdunterbringung, wobei die Mehrheit der Patienten dieser Dissertation im Alter der Pubertät fremduntergebracht wurden (siehe Punkt „6.2.3 Hypothese 3“). Dass das Alter bei der Fremdunterbringung gewisse Auswirkungen auf die Lebensgestaltung von Betroffenen haben kann, wurde schon in Punkt „7.2.1 Ergebnisse zu Hypothese 1“ in Zusammenhang mit dem Ausbildungsstand von fremduntergebrachten Patienten näher beschrieben. Ein weiteres interessantes Ergebnis dieser Dissertation ist der hoch signifikante Zusammenhang zwischen dem Alter der betroffenen Patienten bei der Fremdunterbringung und ihrem Wunsch nach Kindern, wobei in jüngerem Alter fremduntergebrachte Patienten häufiger den Wunsch nach Kindern angeben bzw. Kinder haben als in höherem Alter fremduntergebrachte Patienten (siehe Tabelle 8 in Punkt „6.2.3 Hypothese 3“). Für den Einfluss des „Alters bei der Fremdunterbringung“ auf die Lebensgestaltung der Betroffenen könnten verschiedene Ursachen in Betracht gezogen werden. Arnold (2010) zeigte beispielsweise in ihrer Studie zur Prävalenz der PTBS bei Pflegekindern, dass Kinder, die länger in der Herkunftsfamilie lebten mehr traumatische Erfahrungen machten als Kinder, die bereits früh fremduntergebracht wurden (Arnold, 2010). Des Weiteren zeigte Arnold, dass spät fremduntergebrachte Kinder durch ein höheres soziales Rückzugsverhalten geprägt sind als früh fremduntergebrachte Kinder (Arnold, 2010). Um zu einem abschließenden Fazit bezüglich der Rolle des Alters bei der Fremdunterbringung zu gelangen empfiehlt es sich, in folgenden Studien weitere Faktoren zu berücksichtigen, die in diesem Zusammenhang eine Auswirkung auf die Lebensgestaltung von betroffenen Patienten haben könnten.

Hinsichtlich der Merkmale der Fremdunterbringung wurde des Weiteren untersucht, wie viele Wechsel der Unterbringung die Patienten während der Zeit der Fremdunterbringung erlebten. Die Mehrzahl der fremduntergebrachten

Patienten unserer Studie erlebte einen mehrmaligen Wechsel der Unterbringung (siehe Punkt 6.2.3 Hypothese 3). Dieses Ergebnis entspricht der aktuellen Studienlage, welche zeigt, dass es bei den meisten Fremdunterbringungen mindestens einmal zu einem Wechsel der Unterbringung kommt. Betroffene Kinder und Jugendliche erleben jedoch häufiger mehrmalige Wechsel ihrer Unterbringung (Arnold, 2010). In wie fern sich diese häufigen Unterbringungswechsel auf die Lebensgestaltung sowie die psychische und physische Gesundheit fremduntergebrachter Personen auswirken, wurde auf Grund des Umfangs der Datenlage in dieser Dissertation nicht näher untersucht. Arnold (2010) konnte in ihrer Studie, entgegen ihrer Erwartungen, keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Unterbringungen und der Belastung durch PTBS-Symptome feststellen. Allerdings gibt es durchaus auch Studien, die zeigen, dass häufige Wechsel der Fremdunterbringung mit höheren, allgemeinen psychopathologischen Beschwerden in Verbindung stehen (Rubin *et al.*, 2004). Interessant wäre in diesem Zusammenhang in zukünftigen Studien zu untersuchen, wie die betroffenen Kinder den Wechsel von Unterbringungen erlebt haben und inwiefern sie dadurch beeinträchtigt waren oder sind. Des Weiteren könnten die Gründe für einen Wechsel der Fremdunterbringung sowie die Folgen daraus für Betroffene interessant sein.

Als weiteres untersuchtes Merkmal der Fremdunterbringung ist die Betreuungsform zu nennen. Es zeigte sich, dass das Item „Andere“ von der Mehrheit der fremduntergebrachten Patienten markiert wurde gefolgt von „Kinder- und Jugendheimen“ (siehe Tabelle 11, Punkt „6.2.3 Hypothese 3“). Unter „Andere“ sind Sozialpädagogische Einzelbetreuung, Inobhutnahme-Stellen, betreutes Einzelwohnen sowie Freunde oder Bekannte gemeint (siehe Fragebogen im Anhang). Da dies im Fragebogen so beschrieben ist, wird angenommen, dass das Item von den Patienten richtig verstanden wurde. Am wenigsten häufig waren Patienten dieser Untersuchung in Internaten oder Wohngruppen untergebracht. Hierbei ist es jedoch vorstellbar, dass eine Unterbringung im Internat oder in Wohngruppen von vielen Patienten nicht als Fremdunterbringung verstanden wurde und von diesen Patienten daher keine Fremdunterbringung in der Kindheit angegeben wurde, was zu falsch negativen

Ergebnissen geführt haben könnte. Da die Daten jedoch in anonymisierter Form erhoben wurden, konnte dies nicht mehr überprüft werden. Generell zeigen Untersuchungen des Statistischen Bundesamtes, dass eine Umstrukturierung bezüglich der Hilfen innerhalb der Familien zu Lasten der Hilfen außerhalb der Familien stattgefunden hat sowie die Unterbringung in Heimen über die Jahre hinweg seltener geworden ist. (Statistisches Bundesamt, 2008). Bei der Interpretation der Ergebnisse zur Betreuungsform ist zu beachten, dass durch mögliche Wechsel der Unterbringung von vielen Patienten Mehrfachnennungen bezüglich der Unterbringungsform gemacht wurden. Auch hier wurde wegen der umfangreichen Daten nicht weiter untersucht, in wie fern sich die verschiedenen Betreuungsformen auf die Zeit der Fremdunterbringung von Betroffenen und deren Lebensgestaltung auswirken. Interessant wäre in diesem Kontext auch, ob das Alter der unterzubringenden Kinder und Jugendlichen einen Einfluss auf die Wahl der Betreuungsform hat. Es gilt zu beobachten, dass darauf geachtet wird, jüngere Kinder eher in Pflegefamilien oder anderen familiären Settings unterzubringen, während ältere Kinder eher in anderen pädagogisch qualifizierten Erziehungsstellen oder aber Kinder- und Jugendheimen untergebracht werden (Birtsch, V. In Kreft *et al.*, 2005). Diese Beobachtung und ihre Bedeutung für betroffene Kinder und Jugendliche könnte Gegenstand zukünftiger Studien werden.

Als weiteres Merkmal der Fremdunterbringung wurde das Familienleben der Patienten zum Zeitpunkt der Fremdunterbringung betrachtet. Bei knapp der Mehrheit der Patienten lebten die leiblichen Eltern zusammen (siehe Tabelle 10, Punkt „6.2.3 Hypothese 3“). Allerdings wurde ein Kontakt zur leiblichen Mutter während der Fremdunterbringung weitaus häufiger angegeben als ein Kontakt zum leiblichen Vater. Ob sich diese Beobachtung auf die aktuelle Lebensgestaltung der betroffenen Patienten auswirkt bzw. einen wesentlichen Einfluss auf die Zeit der Fremdunterbringung hat, gilt es in zukünftigen Studien zu untersuchen. Die aktuelle Studienlage zeigt jedoch widersprüchliche Ergebnisse bezüglich der Auswirkung eines Kontaktes zu den leiblichen Eltern während der Fremdunterbringung auf die psychische Belastung bzw. das Verhalten der Kinder und Jugendlichen. Während Arnold (2010) keine signifikanten Ergebnisse diesbezüglich finden konnte, wurde in anderen Studien

eine stärkere psychische Belastung sowie Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern beobachtet, die häufiger Kontakt zu den leiblichen Eltern hatten (u.a. 2008; Kötter *et al.*, 1997). Interessant in diesem Zusammenhang ist auch das Ergebnis in Arnolds Studie, dass der Kontakt zum leiblichen Vater häufiger in Zusammenhang mit internalisierenden und externalisierenden Verhaltensweisen von Kindern steht, als es bei einem Kontakt zur leiblichen Mutter der Fall ist (Arnold, 2010). Möglicherweise könnte diese Beobachtung mit dem Dissertationsergebnis, dass betroffene Patienten während der Fremdunterbringung häufiger Kontakt zur Mutter als zum Vater hatten, zusammenhängen. Weitere Zusammenhänge zwischen der familiären Situation und deren Auswirkung auf die Lebensgestaltung sowie psychische und physische Gesundheit Betroffener sollte Gegenstand zukünftiger Studien werden.

Das letzte wichtige untersuchte Merkmal bezieht sich auf mögliche Gewalterfahrungen während der Fremdunterbringung dar. Dass Gewalterfahrungen bei fremduntergebrachten Kindern häufig vorkommen, wurde bereits in Punkt „7.2.2 Hypothese 2“ dieses Kapitels gezeigt. In „7.2.2 Hypothese 2“ wird die Trauma Erfahrung von fremduntergebrachten und nicht fremduntergebrachten Patienten im Rahmen der Auswertung der „PDS/1“ dargestellt. Dabei wurden Patienten nach traumatischen Erlebnissen, die sie irgendwann in ihrem Leben hatten, befragt. Demnach ist nicht vorausgesetzt, dass diese traumatischen Erlebnisse im fremduntergebrachten Patientenkollektiv in direktem Zusammenhang mit der Fremdunterbringung stehen. Sie können auch außerhalb der Fremdunterbringung erlebt worden sein. Der neue „Fragebogen zur Fremdunterbringung“ fragt dagegen explizit nach Gewalterfahrungen während der Fremdunterbringung. Diesbezüglich ergänzt sich das beobachtete Ergebnis mit der aktuellen Studienlage, da die Mehrheit der Fremduntergebrachten mehrere bzw. verschiedene Formen von Gewalt während der Fremdunterbringung erlebten (siehe 7.2.2 Hypothese 2). Die dabei am häufigsten erlebte Gewaltform war die emotionale Vernachlässigung gefolgt von psychischer Gewalt. Limitationen bzgl. des Merkmales Gewalterfahrungen ergeben sich aus möglichen Verständnisproblemen bezüglich der Item-Formulierung im „Fragebogen zur

Fremdunterbringung“. Dass die Definitionen der aufgelisteten Gewaltformen allen Patienten bekannt waren, kann auf Grund fehlender Patienteninterviews nicht sichergestellt werden. Dadurch könnten falsche Angaben und damit eine Verzerrung der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden. Weiterhin ist vorstellbar, dass Patienten ihre Angaben nicht nur auf die Zeit der Fremdunterbringung bezogen haben, wie es die Fragestellung vorsah, sondern auch auf die Zeit davor bzw. danach. Um diese Limitationen einzugrenzen, sollte in Zukunft, wie schon erwähnt, ein Patienteninterview durchgeführt werden, um die Verständlichkeit des Fragebogens und damit die Aussagekraft der Ergebnisse zu sichern.

Zu diskutieren bleibt das Ergebnis, dass sexuelle und psychische Gewalterfahrungen signifikant oft zur Entwicklung von Schuldgefühlen bezüglich der Kindheit führen (siehe Tabelle 12 Punkt „6.2.3 Hypothese 3“). Warum gerade diese erlebten Gewaltformen und nicht die anderen untersuchten Gewaltformen zur Entwicklung von Schuldgefühlen beitragen, ist mit diesen Studienergebnissen nicht zu beantworten. Dennoch sollte die Entwicklung von Schuldgefühlen in nachfolgenden Studien berücksichtigt werden, um auf davon betroffene Patienten besser eingehen zu können. Interessant wäre auch zu wissen, aus welchen anderen Gründen fremduntergebrachte Patienten Schuldgefühle entwickeln. Dies betrifft in dieser Dissertation mit 56,9% immerhin mehr als die Hälfte der fremduntergebrachten Patienten. Es gibt Untersuchungen die zeigen, dass die Herausnahme vor allem kleiner Kinder aus ihrer Herkunftsfamilie einen massiven Eingriff in die Lebensgestaltung der Kinder darstellt. Die Kinder können den Vorgang der Herausnahme nicht einordnen und suchen folglich oft die Ursache dafür bei sich selbst. Unter der Annahme, dass das eigene Fehlverhalten zu der Fremdunterbringung geführt hat, konnte bei diesen Kindern die Entwicklung von Schuldgefühlen beobachtet werden (Kindler *et al.*, 2016). Um Patienten diesbezüglich besser unterstützen zu können sollte zukünftig untersucht werden, wie sich die Schuldgefühle genau äußern und inwiefern die Patienten dadurch in ihrer Lebensgestaltung bzw. ihrem Befinden eingeschränkt sind. Des Weiteren wäre es von Interesse, weitere Faktoren der Fremdunterbringung

bzw. der Erlebnisse in der Kindheit fremduntergebrachter Patienten zu finden, die mit der Entwicklung von Schuldgefühlen zusammenhängen.

Abschließend zu Hypothese 3 sollen weitere Ergebnisse zur Lebensgestaltung fremduntergebrachter Patienten kurz erwähnt werden, die mit Hilfe des „Neuen Fragebogens zur Fremdunterbringung“ ermittelt wurden und deren Zusammenhang zu Merkmalen der Fremdunterbringung untersucht wurde. Obwohl jeweils die Mehrheit der Patienten angibt Probleme damit zu haben, eine Partnerschaft einzugehen sowie sexuelle Funktionsstörungen zu haben, konnten keine signifikanten Zusammenhänge zu den erfragten Merkmalen der Fremdunterbringung gefunden werden. In der Interpretation dieser Ergebnisse ist wiederum ein mögliches Verständnisproblem der Items „Probleme mit einer Partnerschaft“ und „sexuelle Funktionsstörungen des „Fragebogens zur Fremdunterbringung“ zu berücksichtigen (siehe Anhang). Möglicherweise liegt die Ursache hinsichtlich der Probleme mit einer Partnerschaft in den traumatischen Erlebnissen der Kindheit und den unsicheren Bindungserfahrungen zu Bezugspersonen, die fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche häufig erleben. In mehreren Studien konnten Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern in verschiedenen Bereichen durch das Fehlen einer sicheren Bindung in der Kindheit sowie durch multiple frühe traumatische Erlebnisse gezeigt werden (u.a. Greenberg *et al.*, 1990; Moss *et al.*, 1996; Oswald *et al.*, 2010). Auch die sexuellen Funktionsprobleme könnten sich durch Erlebnisse vor oder während der Fremdunterbringung, wie zum Beispiel sexuellen Missbrauch, erklären lassen. Genaue Zusammenhänge bezüglich dieser Beobachtungen konnten jedoch mittels der zugrundeliegenden Messinstrumente nicht untersucht werden.

7.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Zusammenfassend kann anhand der Untersuchungsergebnisse festgestellt werden, dass die Fremdunterbringung in der Kindheit selbst scheinbar keinen Risikofaktor für die Entwicklung psychopathologischer Krankheiten darstellt. Dies trifft vor allem auf das im Rahmen dieser Dissertation untersuchte Patientenkollektiv zu. Auch auf die Lebensgestaltung fremduntergebrachter Patienten scheint im Vergleich zu nicht fremduntergebrachten Patienten kein wesentlicher Einfluss durch eine Fremdunterbringung zu zeigen, außer im Hinblick auf die Ausbildung. Hinsichtlich der Merkmale der Fremdunterbringung und deren Einfluss auf das Leben fremduntergebrachter Patienten konnten einige interessante Beobachtungen gemacht werden, deren Ursachen und Kausalitäten jedoch größtenteils noch mit Hilfe weiterer Studien überprüft werden sollten. Hierfür stellt die Datenlage dieser Dissertation eine gute Basis dar. Einschränkend ist dabei zu berücksichtigen, dass es sich um eine relativ kleine Stichprobe einer einzigen Institution handelt. Eine Untersuchung zu dieser Thematik in größer gestalteter Form, mittels einer größeren Stichprobe an mehreren Instituten, wäre daher sinnvoll. Des Weiteren ergeben sich Limitationen durch das bereits angesprochene Problem der Zeitachse. Diesbezüglich könnte ein anderes Studiendesign in Form einer Längsschnittstudie helfen, mögliche psychische Störungen von betroffenen Patienten in zeitliche Korrelation zu der Fremdunterbringung zu setzen. Dadurch könnten genauere Ergebnisse bezüglich der Auswirkung einer Fremdunterbringung auf die Symptomatik Betroffener erzielt werden.

8 Zusammenfassung

Fremdunterbringung bedeutet, dass Kinder und Jugendliche außerhalb ihrer Herkunftsfamilie, beispielsweise in Heimen oder Pflegefamilien aufwachsen. Gründe hierfür sind vielfältig und durchaus nicht selten. Im Jahr 2013 wurden in Deutschland nach Angaben des statistischen Bundesamtes 52.000 Kinder und Jugendliche außerhalb ihrer Herkunftsfamilien untergebracht. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen bereits, dass fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche eine Risikopopulation darstellen, die in ihrer Kindheit erheblichen belastenden Erlebnissen ausgesetzt ist. Diesbezüglich ist beispielsweise auf eine hohe Traumaprävalenz-Rate bei Pflegekindern hinzuweisen (u.a. Arnold 2010; Oswald *et al.*, 2010). In einigen Studien konnte zudem gezeigt werden, dass fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind sowie unter anderem Verhaltensauffälligkeiten, Aufmerksamkeitsdefizite sowie diverse soziale Probleme aufweisen (Zima *et al.*, 2000; McMillen *et al.*, 2005; Oswald *et al.*, 2010).

Inwiefern die Fremdunterbringung selbst einen Risikofaktor für die Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen darstellt, wurde in bisherigen Studien jedoch nicht ausreichend untersucht. Ziel der Dissertation ist es daher, den Einfluss der Fremdunterbringung selbst auf die Symptomatik von Patienten einer Traumaambulanz zu untersuchen. Hierzu wurde im Zeitraum April 2014 bis April 2015 eine retrospektive Untersuchung mittels Fragebögen aus der Routinediagnostik der Sektion Traumafolgestörungen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin am Klinikum Rechts der Isar durchgeführt. Insgesamt wurden Fragebögen von 140 Patienten anonymisiert erfasst und ausgewertet, wobei zu der Patientengruppe, die eine Fremdunterbringung in der Kindheit erlebte (N=70) ein passendes Vergleichskollektiv (N=70) gebildet wurde. Die zwei Patientengruppen wurden mit Hilfe der Fragebögen hinsichtlich ihrer psychopathologischen Komorbiditäten und ihrer aktuellen Lebensgestaltung verglichen. Außerdem wurde das fremduntergebrachte Kollektiv in einem neu entwickelten Fragebogen nach bestimmten Merkmalen der Fremdunterbringung befragt und deren Einfluss auf die Lebensgestaltung der Betroffenen untersucht.

Hinsichtlich der soziodemographischen Daten ließen sich bei der Mehrzahl der untersuchten Merkmale keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen ermitteln. Signifikant allerdings war der Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Ausbildungsstandes, welcher bei fremduntergebrachten Patienten niedriger war als bei nicht fremduntergebrachten Patienten. Auch die Auswertung der Fragebögen zu psychopathologischen Komorbiditäten ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, wobei die ermittelten Werte beider Patientengruppen meist in einem hohen, für die jeweilige Krankheit sprechenden Bereich lagen. Bemerkenswert ist der gefundene statistische Unterschied hinsichtlich der Anzahl der Traumata, welche bei der fremduntergebrachten Gruppe mit einem Mittelwert von 3,6 signifikant höher lag als bei dem Vergleichskollektiv (Mittelwert der Anzahl der Traumata 2,9). Bezüglich möglicher Einflüsse von Merkmalen der Fremdunterbringung auf die Lebensgestaltung der Betroffenen zeigten sich einige bemerkenswerte Ergebnisse, von denen die Wichtigsten kurz genannt werden sollen. Zum einen konnte gezeigt werden, dass multiple traumatische Belastungen durch Gewalterfahrungen während der Fremdunterbringung die Mehrheit der Patienten betrafen. Außerdem erlebte die Mehrzahl der fremduntergebrachten Patienten häufig einen mehrfachen Wechsel ihrer Unterbringung. Ein weiteres interessantes Ergebnis der Studie ist, dass das „Alter bei der Fremdunterbringung“ eine Auswirkung auf die Lebensgestaltung der Patienten zu haben scheint: Patienten, die in jüngerem Alter fremduntergebracht wurden, haben häufiger den Wunsch nach Kindern bzw. haben schon Kinder, als Patienten, die in einem höherem Alter fremduntergebracht wurden. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, dass sexuelle und psychische Gewalterfahrungen während der Fremdunterbringung im untersuchten Kollektiv signifikant häufig zu Schuldgefühlen bezüglich der Kindheit führen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Dissertation, dass zumindest im untersuchten Kollektiv die Fremdunterbringung selbst keinen Risikofaktor für die Entwicklung psychopathologischer Krankheiten darstellt und, den Ausbildungsstand der Patienten ausgenommen, keine signifikanten

Unterschiede in der Lebensgestaltung zwischen den beiden Patientengruppen gefunden wurden.

Viele Ergebnisse der Dissertation unterstützen Aussagen aktueller Forschungsarbeiten zu ähnlichen Fragestellungen. Dennoch bedürfen einige Ergebnisse einer weiteren Betrachtung und Bestätigung durch weitere Untersuchungen auf diesem Themengebiet. Dafür wäre es in zukünftigen Studien sinnvoll, mit Hilfe eines veränderten Studiendesigns den Entwicklungsverlauf von Kindern ab dem Zeitpunkt der Fremdunterbringung zu verfolgen sowie die Stichprobe auf mehr Institutionen und Teilnehmer zu erweitern. Des Weiteren könnte eine zusätzliche Interviewdiagnostik eine sinnvolle Ergänzung zu der Fragebogendiagnostik sein und zu noch genaueren Ergebnissen führen. Ziel sollte sein, durch Integration der Studienergebnisse in die Therapie und den Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen, häufig auftretenden Problemen, wie zum Beispiel Schwierigkeiten in der Ausbildung, frühzeitig entgegenzuwirken. Eine gezielte präventive Unterstützung könnte einen großen Benefit für die betroffenen Kinder und Jugendlichen darstellen.

Literaturverzeichnis

Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich. (2011). Verfügbar unter: https://weisser-ring.de/sites/default/files/domains/weisser_ring_dev/downloads/abschlussbericht_rtm.pdf [Stand: 10.01.2018].

Abschlussbericht des Runden Tisches „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ (2010). ISBN 978-3-922975-92-2. Verfügbar unter: https://www.fonds-heimerziehung.de/fileadmin/de.fonds-heimerziehung/content.de/dokumente/RTH_Abschlussbericht.pdf [Stand: 10.01.2018].

Arnold, J. (2010). *Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Pflegekindern: Psychische Belastung, posttraumatische Symptomatik und kindliche Verhaltensauffälligkeiten*. (Dissertation). Ludwig-Maximilians-Universität München: Fakultät für Psychologie und Pädagogik.

AWMF. (2008, 2009). S2 Leitlinie Kinderschutz der DGSPJ, übernommen von der DGKJ und DGKCh. Verfügbar unter: http://www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/AWMF-S2_Leitlinie_Kinderschutz_2008-2009.pdf [Stand 30.12.2017].

Bhatti-Sinclair, K. & Sutcliffe, C. (2012). What determines the out-of-home placement of children in the USA? *Children and Youth Services Review, 34*, 1749 – 1755.

Belsky, J., Fearon, R. M .P. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk and early development: A moderational analysis. *Development and Psychopathology, 14 (2)*, 293-310.

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986), Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 174 (12)*, 727–735.

- Birtsch, V. In Kreft, D., Mielenz, I. (Hrsg.) (2005). *Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik*. 325-327. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Birtsch, V., Münstermann, K., Trede, W. (Hrsg.). (2001). Handbuch Erziehungshilfen. Leitfaden für Ausbildung Praxis und Forschung. Münster. In Kreft, D., Mielenz, I. (Hrsg.) (2005). *Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik*. 325-327. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- BPtK- Bundespsychotherapeutenkammer (2015). BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf [Stand: 30.12.2017].
- B-UMF. Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge (2015). Inobhutnahmen von unbegleiteten Minderjährigen im Jahr 2014. Auswertung der Erhebung des Bundesfachverbands UMF zu Inobhutnahmen von unbegleiteten Minderjährigen im Jahr 2014. Verfügbar unter: <http://www.b-umf.de/images/inobhutnahmen-2015-web.pdf> [Stand: 30.12.2017].
- Conn, A. M., Szilagyi, M. A., Franke, T. M., Albertin, C. S., Blumkin, A. K., Szilagyi, P. G. (2013). Trends in child protection and out of home care. *Pediatrics*, 132, 712 – 719.
- Deegener, G., Körner W., (2008). Fortschreibung: „Vernachlässigte Vernachlässigung“. *Kindesmisshandlung und -Vernachlässigung*, 11, 62-88.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (2006). „Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis.“, Huber, Bern.
- Ferring, D., Philipp, SH. (1994). Teststatische Überprüfung der Impact of Event-Skala: Befunde zur Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica*, 40, 344–362.

- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann L., Wöller, W. (2011). *S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. *Trauma und Gewalt* 3: 202–210. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-abgelaufen.pdf [Stand: 30.12.2017].
- Foa, E.B., Cashman L., Jaycox L., Perry K. (1997). The Validation of a Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9 (4), 445–451.
- Franzen, E., Vinnerljung, B., Hjern, A. (2008). The epidemiology of out-of-home care for children and youth: A national cohort study. *British Journal of Social Work*, 38,1043 – 59.
- Frommberger, U., Angenendt, J., Berger, M. (2014). Posttraumatische Belastungsstörung-eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. Post-traumatic stress disorder- a diagnostic and therapeutic challenge. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (5), 59–65. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0059.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica*, 50 (4), 171–181.
- Greenberg, M.T., Cicchetti, D., Cummings, E.M. (1990); *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago, IL. University of Chicago Press.
- Heuft, G., Senf, W. (1998). Psy-BaDo-Basisdokumentation der Psychotherapie. Gemeinsam haben zehn psychotherapeutische Fachgemeinschaften ein Instrument zur Qualitätssicherung erarbeitet. *Deutsches Ärzteblatt* 95(43), 36-40.
- Hildyard, K.L., Wolfe, D.A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 26, 679-95
- Horowitz, M., Wilner N., Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 209–218.

- Ipsier, J., Seedat, S., Stein, D.J. (2006). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder- a systematic review and meta-analysis. *South African Medical Journal*, 96 (10), 1088-96.
- Jäger, B., Schmid-Ott, G., Ernst, G., Dölle-Lange, E., Sack, M. (2012). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zu Ich-Funktionen und zur Selbstregulationsfähigkeit (Hannover-Selbstregulations-Inventar, HSRI). Development and Validation of an Inventory of Ego Functions and Self Regulation (Hannover Self-Regulation Inventory, HSRI)]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 80(6), 336–343.
- Kessler, R., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C., (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048-60.
- Kindler H., Werner A., (2006). Wie verläuft eine altersgemäße kognitive und sozioemotionale Entwicklung? In H. Kindler (Hrsg.). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach§1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. S. 1-15. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Kötter, S., Cierpka, M., (1997). Besuchskontakte in Pflegefamilien. Eine empirische Untersuchung zur Dynamik im Beziehungsdreieck „Pflegeeltern-Pflegekind-Herkunftseltern“. *System Familie*, 10 (2), 75-80.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., Herzog, W. (2002). *PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. 2. Auflage. Manual Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“*. Verfügbar unter: https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf [Stand: 30.12.2017].
- Löwe B., Spitzer L., Zipfel S., Herzog W. (2003). PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 12(2), 90–93.
- Maercker, A., Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event-Skala-revidierte Version IES-R. *Diagnostica*, 44(3), 130–141.

- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt*, 5, 577–586.
- McMillen J.C., Zimba B.T., Scott LD J.R., Auslander W.F., Munson M.R., Ollie, M.T., Spitznagel E.L. (2005). Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44, 88-95.
- Moss, E., Parent S., Gosselin, C., Rousseau D., St.-Laurent D. (1996). Attachment and teacher-reported behavior problems during the preschool and early school-age period. *Development and Psychopathology*, 8 (3), 511-525.
- Münder, J., Muthke, B., Schone, R. (2000). *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln im Kindeswohlverfahren*. Münster: Votum.
- Oswald, S. H., Fegert, J. M., Goldbeck, L. (2010). Traumafolgestörungen bei Pflegekindern nach Misshandlung und Vernachlässigung. *Verhaltenstherapie*, 20(1), 37–44.
- Petermann, F., Besier, T., Büttner, P., Rücker, S., Schmid, M., Fegert, J. M. (2014). Vorläufige Schutzmaßnahmen für gefährdete Kinder und Jugendliche. Inobhutnahmen in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung*, 23(2), 124–133. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000138>.
- Pothmann, J. (2012). Regionale Unterschiede bei der "Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen" in Heimen und Pflegefamilien. Datenanalysen der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik. Bereich: Hilfen zur Erziehung. Verfügbar unter: <http://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/Analysen/HzE/hze4.pdf> [Stand: 30.12.2017].

- Reicherzer, M., Henrich, G., Huber, D. (2008). Prävalenz traumatischer Lebensereignisse bei Patienten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Poliklinik – Eine retrospektive Feldstudie. *Psychotherapie*, 13(2), 125–131.
- Resnick H., Acierno R., Waldrop A.E., King L., King D., Danielson C., Ruggiero K.J., Kilpatrick D. (2007), Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behave Res Ther*, 45, 2432-47
- Rubin, D.M., Alessandrini, E.A., Feudtner, C., Mandell, D.S., Localio A.R., Hadley, T. (2004). Placement stability and mental health costs for children in foster care. *Pediatrics*, 113 (5), 1336-41.
- Saß, H., Wittchen H.U., Zaudig, M., Houben, I. (2000). „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR): Textversion.“, Hogrefe-Verlag: Göttingen.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H. (2008). Reconsideration of Harm’s Way: Onsets and Comorbidity Patterns of Disorders in Preschool Children and Their Caregivers Folloing Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (3), 508-518.
- SGB VIII. „Das achte Buch Sozialgesetzbuch- Kinder- und Jugendhilfe- in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. September 2012 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 10 Absatz 10 des Gesetzes vom 30. Oktober 2017 (BGBl. I S. 3618) geändert worden ist.
- Simkiss, D. E., Stallard, N., Thorogood, M. (2013). A systematic literature review of the risk factors associated with children entering public care. *Child Care Health and Development*, 39, 628 – 642.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J.B.W. and the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of Prime-MD: The PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282 (18) 1737–1744.

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2008). *16 Jahre Kinder- und Jugendhilfegesetz in Deutschland. Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistiken Erzieherische Hilfen 1991 bis 2006 „Von der Erziehungsberatung bis zur Heimerziehung“*- Verfügbar unter:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/KinderJugendhilfegesetz5225111089004.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 30.12.2017].

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2013). *Statistiken der Kinder-und Jugendhilfe. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige, Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform –* Verfügbar unter:

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/HeimerziehungBetreuteWohnform5225113137004.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 30.12.2017].

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2015). *Pressemitteilung. Unbegleitetes Einreisen Minderjähriger aus dem Ausland lassen Inobhutnahmen 2014 stark ansteigen.* Verfügbar unter:

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15_340_225pdf.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 30.12.2017].

Stein, D.J., Ipser, J.C., Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTBS). *Cochrane Systematic Reviews, Issue 4*.

Suess, G.J., Grossmann, K.E., Sroufe, L. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaption in preschool: From dyadic to individual organisation of self. *International Journal of Behavioral Development*, 15(1), 43-65.

- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Trösken, A. (2002). *Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern, Institut für Psychologie.
- Waller, N. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative Types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1(3), 300–321.
- Waller, N. G., Ross C.A. (1997). The Prevalence and Biometric Structure of Pathological Dissociation in the General Population: Taxometric and Behavior Genetic Findings. *J Abnorm Psychol.*, 106(4), 499–510.
- Zima B.T., Bussing R., Yang X., Belin T.R. (2000). Help-seeking steps and service use for children in foster care. *J Behav Health Serv Res*, 27, 271-285.

Patientenfragebogen

 PMAMB PMTRA PMONK (P/A)


Technische Universität München

Name, Vorname, Geb.-Datum:

SAP-Nummer:

Datum:

Im Zusammenhang mit der Beratung hier im Hause benötigen wir einige Informationen für unsere Unterlagen. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen **sorgfältig und vollständig** auszufüllen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Bitte machen Sie jeweils ein Kreuz in das zutreffende kleine oder eine Eintragung in das große Antwortkästchen.

Vielen Dank!

1. Alter

 Jahre

2. Geschlecht

 männlich weiblich

3. Familienstand

 ledig geschieden
 verheiratet verwitwet

4. Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?

 kein fester Partner
 fester Partner - getrennt lebend
 fester Partner - zusammen lebend

5. Haben Sie Kinder?

 ja nein
 wenn ja, wieviele? Anzahl

6. Welche Ausbildung haben Sie?

 Volks-, Hauptschule ohne abgeschlossene Lehre
 Volks-, Hauptschule mit abgeschlossener Lehre
 Realschul- / gleichwertiger Abschluss (z.B. Mittlere Reife)
 Abitur, (Fach-)Hochschulreife
 abgeschl. Studium (z.B. Universität, Fachhochschule)
 (noch) ohne Schulabschluss

7. Wie sind Sie zur Zeit beschäftigt?

 Vollzeit erwerbstätig (über 36 Std. in der Woche)
 Teilzeit erwerbstätig (bis zu 36 Std.)
 arbeitslos / arbeitssuchend
 Rentner(in), Pensionär(in)
 Hausfrau / Hausmann
 in Ausbildung(z.B. Schule, Studium)
 sonstiges: _____

8. Falls Sie arbeitslos sind: Seit wievielen Wochen?

 entfällt
 seit Wochen

9. Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?

 ja nein *[nur für Erwerbstätige]*
 wenn ja, seit Wochen

10. Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

 nein
 Rentenanspruch gestellt
 Rentenstreit/Sozialgerichtsverfahren
 Zeitrente
11. Waren Sie schon einmal in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung? ja nein

wenn ja: Wie viele Monate waren Sie bisher insgesamt in einer psychosomatischen Klinik?

 Monate (Klinikaufenthalt)

Wie viele Monate waren Sie bisher insgesamt in einer psychiatrischen Klinik?

 Monate (Klinikaufenthalt)12. Sind/waren Sie schon einmal in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?
 nein *[Mehrfachangaben möglich]*
 ja, früher
 ja, zur Zeit
13. Sind/waren Sie schon einmal in ambulanter psychiatrischer Behandlung?
 nein *[Mehrfachangaben möglich]*
 ja, früher
 ja, zur Zeit

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fragen zum Thema „Angst“.		NEIN	JA		
a.	Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.		NEIN	JA		
a.	Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g.	Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h.	Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i.	Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j.	Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
k.	Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a.	Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dieser Fragebogen besteht aus 8 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse in den letzten 4 Wochen einschließlich heute gehabt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluß von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.

Bitte markieren Sie durch Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer.

1. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

2. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

3. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sie sich selbst tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachteten. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

4. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, daß sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

5. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, daß andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

6. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, daß ihr Körper oder ein Teil des Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

7. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, daß sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, daß sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

8. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen Dinge zu tun, oder die ihr Handeln kommentieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und Nein, wenn dies nicht der Fall war.

- | | | | |
|-----|----|------|--|
| 1. | JA | NEIN | Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück) |
| 2. | JA | NEIN | Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben) |
| 3. | JA | NEIN | Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schußwaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen) |
| 4. | JA | NEIN | Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schußwaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen) |
| 5. | JA | NEIN | Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung) |
| 6. | JA | NEIN | Sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung) |
| 7. | JA | NEIN | Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet |
| 8. | JA | NEIN | Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war (z.B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten) |
| 9. | JA | NEIN | Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel) |
| 10. | JA | NEIN | Folter |
| 11. | JA | NEIN | Lebensbedrohliche Krankheit |
| 12. | JA | NEIN | Anderes traumatisches Ereignis
Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis: |

Wenn Sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet:

Nr. _____

PDS/1

Im Folgenden sind Aussagen aufgeführt, die Menschen nach belastenden Lebensereignissen formuliert haben. Bitte beantworten Sie diese Fragen in Bezug auf Ihr belastendes Erlebnis (siehe vorhergehende Fragebogenseite).

Wenn Sie kein stark belastendes Ereignis erlebt haben, braucht dieser Fragebogen nicht ausgefüllt werden

Kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie häufig Sie innerhalb der letzten Tage zutraf. Wenn eines der beschriebenen Ereignisse während dieser Zeit nicht aufgetreten ist, kreuzen Sie bitte die Spalte 'überhaupt nicht' an.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Jede Art von Erinnerung weckte auch die Gefühle wieder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich hatte Mühe, einzuschlafen oder durchzuschlafen, weil mir Bilder davon oder Gedanken daran durch den Kopf gingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Andere Dinge erinnerten mich wieder daran	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich dachte daran, wenn ich nicht daran denken wollte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich unterdrückte meine Aufregung, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mir kam es vor, als wäre es nicht wahr oder als wäre es gar nicht passiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich blieb von allem fern, was mich daran erinnerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Bilder davon drängten sich mir in den Sinn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich versuchte, nicht daran zu denken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mir war zwar bewußt, daß ich noch gefühlsmäßig damit zu tun hatte, aber ich kümmerte mich nicht darum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich hatte deswegen starke Gefühlsaufwallungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich versuchte es aus meiner Erinnerung zu löschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich habe davon geträumt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich versuchte nicht darüber zu sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Meine Gefühle darüber waren wie betäubt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IES

Bitte geben Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen in den letzten 4 Wochen auf Sie zutrafen:

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	immer
1. Ich verliere zu schnell die Geduld	1	2	3	4	5	6
2. Ich verstehe meine Gefühle selber nicht	1	2	3	4	5	6
3. Beziehungen werden immer wieder so eng, dass ich sie abbrechen muss	1	2	3	4	5	6
4. Ich komme mir unwirklich vor	1	2	3	4	5	6
5. Meine Gefühle bringen mich ganz durcheinander	1	2	3	4	5	6
6. Ich bin ungeduldig	1	2	3	4	5	6
7. Wenn mir etwas misslingt, zweifle ich sofort an meiner ganzen Person	1	2	3	4	5	6
8. In Beziehungen erlebe ich ein ständiges Hin und Her	1	2	3	4	5	6
9. Ich rege mich schnell über andere auf	1	2	3	4	5	6
10. Ich fühle mich nutzlos	1	2	3	4	5	6
11. Die Nähe anderer Menschen kann ich nur schwer ertragen	1	2	3	4	5	6
12. Ich halte nicht viel von mir	1	2	3	4	5	6
13. In mir spüre ich nur Spannung und weiß gar nicht, wohin damit	1	2	3	4	5	6
14. Ich frage mich, warum mich manche Menschen zu mögen scheinen	1	2	3	4	5	6
15. Ich kann vor Wut nicht richtig denken	1	2	3	4	5	6
16. Lob kann ich ganz schwer annehmen	1	2	3	4	5	6
17. Ich bin von anderen Menschen so enttäuscht, dass ich am liebsten alleine bin	1	2	3	4	5	6
18. Ich tue aus Wut etwas, was ich hinterher bereue	1	2	3	4	5	6
19. Meine Stimmungen wechseln sehr schnell	1	2	3	4	5	6
20. Wenn ich mich mit anderen vergleiche, schneide ich schlecht ab	1	2	3	4	5	6
21. Ich habe viele gefühlsmäßige Höhen und Tiefen	1	2	3	4	5	6
22. Auch mir nahestehenden Menschen kann ich nur schwer vertrauen	1	2	3	4	5	6
23. Wenn ich nicht das bekomme, was ich möchte, könnte ich vor Wut platzen	1	2	3	4	5	6
24. Ich bin unsicher, ob ich wirklich da bin	1	2	3	4	5	6
25. Ich kann mich nicht beruhigen, obwohl ich mir das wünsche	1	2	3	4	5	6
26. Ich bin unsicher, ob meine Umgebung wirklich so ist, wie sie scheint	1	2	3	4	5	6
27. Ich erlebe starke Schwankungen in meinen Gefühlen der Abneigung oder Zuneigung zu nahestehenden Menschen	1	2	3	4	5	6
28. Ich verliere den Bezug zur Wirklichkeit	1	2	3	4	5	6
29. Ich habe das Gefühl, neben mir zu stehen	1	2	3	4	5	6
30. Meine Gefühle geraten mir außer Kontrolle	1	2	3	4	5	6
31. Meine Umgebung kommt mir unwirklich vor	1	2	3	4	5	6
32. Ich kann nur schlecht warten	1	2	3	4	5	6
33. Ich lehne Menschen ab, die ich eigentlich mag	1	2	3	4	5	6
34. Es fällt mir schwer, Realität und Phantasie zu unterscheiden	1	2	3	4	5	6
35. Ich zweifle daran, dass ich eine Aufgabe schaffe	1	2	3	4	5	6

Die nächsten Fragen enthalten Aussagen zu verschiedenen Bereichen, die im Zusammenhang stehen zum Wohlbefinden und zur Lebenszufriedenheit von Menschen. All diese Aussagen beinhalten Verhaltensweisen oder Situationen, die Sie von **nie** über **zeitweise** bis hin zu **sehr häufig** erleben können.

Bitte kreuzen Sie jeweils **eine** der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an.

Während der letzten 4 Wochen habe ich mich wohl gefühlt, weil.....	<i>nie</i>		<i>zeitweise</i>			<i>sehr häufig</i>	
	0	1	2	3	4	5	6
1. ...ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...ich mit Freunden oder Bekannten zusammen gewesen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...ich mit meiner/m PartnerIn oder meiner Familie zusammen gewesen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...ich meinem Hobby nachgegangen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...ich anregende und interessante Erlebnisse gehabt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...ich etwas für meine Gesundheit und Fitness getan habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...ich mir Zeit genommen habe, mich auf mich selbst zu besinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...ich religiöse oder spirituelle Erlebnisse gehabt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...ich mich bewusst entspannt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...ich etwas erledigt habe, was schon seit einiger Zeit angestanden hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...ich etwas geleistet habe, auf das ich stolz sein kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...ich etwas besonders Schönes unternommen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Während der letzten 4 Wochen bin ich stolz auf mich gewesen, weil.....	nie		zeitweise		sehr häufig		
	0	1	2	3	4	5	6
1. ...ich für andere da gewesen bin, wenn sie mich brauchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...ich von anderen Anerkennung bekommen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...ich eine gute Leistung erbracht habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...ich eigene Ängste überwinden konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...ich mir etwas gönnen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...ich etwas für mein Wohlbefinden getan habe (Hobby, Sport....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...ich mutig gewesen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...ich alles ruhiger und gelassener als sonst genommen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...ich mich auf eine wichtige Situation gut vorbereitet habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...ich meine Meinung gut vertreten konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...ich etwas Unangenehmes oder Aufgeschobenes erledigt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...ich kreativ gewesen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...ich mich gut konzentrieren konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es ist eine Stärke von mir, dass.....	<i>nie</i>		<i>zeit- weise</i>		<i>sehr häufig</i>		
	0	1	2	3	4	5	6
1. ...ich ein Hobby oder besondere Interessen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... ich geradlinig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...ich offen für neue Erfahrungen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...ich anderen Menschen Mitgefühl entgegen bringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...ich zuversichtlich in die Zukunft schaue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...ich viele schöne Sachen erleben kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...ich geduldig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...ich temperamentvoll bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...ich Phantasie habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...ich gut mit Menschen umgehen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...ich gut Probleme lösen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...ich selbstbewusst auftrete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...ich den Dingen kritisch auf den Grund gehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...ich eine rasche Auffassungsgabe habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ...ich körperlich fit bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...ich mich attraktiv kleide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...ich selbständig für mich sorgen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...ich einen guten Geschmack habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...ich zu meinen Schwächen stehen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...ich Humor habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ...ich zielstrebig handle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang

Zur Zeit finde ich Sinn in meinem Leben, indem....	<i>nie</i>		<i>zeit- weise</i>		<i>sehr häufig</i>		
	0	1	2	3	4	5	6
1. ich Einfluss – z.B. auf wichtige Entscheidungen nehme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...ich gute Leistungen erbringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...ich mich bemühe, mit anderen Menschen gut auszukommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...ich für andere da bin, wenn sie mich brauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...ich auf meine Gesundheit achte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...ich mich mit meinem Glauben oder Spiritualität auseinandersetze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...ich selbstständig mein Leben meistere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...ich mir konkrete Ziele setze, die ich erreichen möchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...ich mir für nahestehende Personen (PartnerIn, Familie, Freunde) viel Zeit nehme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...ich mein Hobby ausübe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...ich mich vielfältig interessiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...ich mich für die Entwicklung meiner Persönlichkeit engagiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RES-4

Fragebogen zur Fremdunterbringung im Kindesalter

1. Lebten Sie vor dem 16. Lebensjahr länger als 3 Monate außerhalb Ihrer Familie, z.B. bei Pflegeeltern oder in einem Heim?

- ja
 nein

Die folgenden Fragen bitte nur beantworten, wenn Sie vor dem 16. Lj. länger als 3 Monate außerhalb Ihrer Familien gelebt haben

2. In welchem Alter wurden Sie das erste Mal fremduntergebracht?

Alter.....

3. Wie viele verschiedene Male kam es zu einem Wechsel der Unterbringung (jeweils mindestens über einen Zeitraum von 3 Monaten)

Insgesamtx Wechsel der Unterbringung

4. Welche Form von Betreuung außerhalb der Familie haben Sie erfahren?
(Mehrfachnennung möglich)

- Pflegefamilie
 Kinder- und Jugendheim
 Wohngruppe
 Internat
 Unterbringung bei Verwandten (nicht Großeltern)
 Andere (z.B. Sozialpädagogische Einzelbetreuung (ISE), Inobhutnahmestelle, Clearingstelle, betreutes Einzelwohnen, Freunde/ Bekannte)

5. Lebten Ihre Eltern zusammen?

- ja
 nein

6. Hatten Sie während Ihrer Fremdunterbringung regelmäßig Kontakt zu ihrer leiblichen Mutter?

- ja
 nein

Anhang

7. Hatten Sie während Ihrer Fremdunterbringung regelmäßig Kontakt zu ihrem leiblichen Vater?

- ja
- nein

8. Mussten Sie eine oder mehrere der folgenden Erfahrungen während Ihrer Fremdunterbringung erleben? (Mehrfachnennung möglich)

- körperliche Gewalt
- sexuelle Gewalt
- psychische Gewalt
- Emotionale Vernachlässigung
- körperliche Vernachlässigung

9. Haben Sie in Bezug auf Ihre Kindheit selbst Schuldgefühle?

- ja
- nein

10. Haben sie heute Probleme damit, eine Partnerschaft einzugehen?

- ja
- nein

11. Leiden Sie unter sexuellen Funktionsstörungen?

- ja
- nein

12. Haben Sie Kinder oder haben Sie den Wunsch nach Kindern?

- ja
- nein

Danksagung

Danksagung

Danken möchte ich:

Meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Martin Sack für die Überlassung des Themas, die Betreuung und fachliche Unterstützung während meiner Dissertation.

Allen Mitarbeitern der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin am Klinikum Rechts der Isar, die mich in der Durchführung meiner Dissertation unterstützt haben. Ein großer Dank gilt dabei Herrn Dipl. Psych. Heribert Sattel, der mich in allen statistischen Angelegenheiten tatkräftig unterstützt hat.

Ein weiterer großer Dank gilt all denen, die mich mit viel Geduld, Zeit und guten Zusprüchen während der Durchführung meiner Dissertation aber auch während des Studiums unterstützt haben. Dabei ist vor allem meine Familie zu nennen, die mich in meiner gesamten Studienzeit darin bestärkte, alle Hürden nehmen zu können und Herausforderungen zu bewältigen.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meinen Eltern: Dafür, dass ihr mich bei allem, was ich tue, unterstützt. Dafür, dass ihr immer für mich da wart und es immer seid.

Meinen Geschwistern, Katrin und Peter. Für zwei großartige große Geschwister, für alle schönen und lustigen Zeiten aber auch für alle lehrreichen Momente.

Mein letzter Dank gilt:

- Maja. Für alle Tänze die wir zusammen tanzen durften und für alle Zeit, die wir gemeinsam hatten.
- Dani und Benni: für eure Freundschaft.
- Teresa, Lisa, Laura, Simone, Alex: für eine schöne und unvergessliche Zeit mit euch in München. Dank euch habe ich eine zweite Heimat gefunden.
- Fabi: für deine Hartnäckigkeit, deine Geduld und dein Vertrauen. Für deine Ausdauer während der vielen Bahnfahrten, den Beginn von etwas Großartigem in HH - und für alles was kommt!