

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar

(Direktor: Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen)

Unterschiede in Symptomatik, Beschwerdeerleben sowie Körperbild zwischen Patienten mit und ohne Traumafolgestörung

Kirsten Ameloh

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

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen
2. Priv.-Doz. Dr. V. Waldmann (schriftliche
Beurteilung)
Priv.-Doz. Dr. C. Lahmann (mündliche
Prüfung)

Die Dissertation wurde am 13.10.2010 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 15.12.2010 angenommen.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	1
1.1	Einführung	1
1.2	Posttraumatische Belastungsstörung	1
1.2.1	Historische Entwicklung	1
1.2.2	Diagnosekriterien	3
1.2.3	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	5
1.3	Das Körperbild – ein historischer Überblick	7
1.4	Fragestellung	8
2	Methoden	10
2.1	Patienten	10
2.2	Diagnosestellung	10
2.3	Fragebögen	10
2.3.1	Psy-BaDo (psychosomatische Basisdokumentation)	11
2.3.2	PHQ-D (Patient Health Questionnaire, deutsche Version)	11
2.3.3	PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale)	11
2.3.4	DESTAX (Dissociative Experiences Scale Taxon)	12
2.3.5	IES (Impact of Event Scale)	12
2.3.6	DKB-35 (Dresdner Körperbildfragebogen)	13
2.4	Statistische Auswertung	13
3	Ergebnisse	14
3.1	Stichprobenbeschreibung – soziodemographische Daten	15
3.1.1	Geschlechtsverteilung	15
3.1.2	Alter	15
3.1.3	Familienstand	16
3.1.4	Partnersituation	17
3.1.5	Ausbildung	18
3.1.6	Beschäftigung	19
3.1.7	Hauptdiagnose der Patienten ohne Traumafolgestörung	21

3.2	Auswertung der Fragebögen	22
3.2.1	Ergebnisse des Patient Health Questionnaire	22
3.2.2	Ergebnisse der Posttraumatic Diagnostic Scale	23
3.2.3	Ergebnisse des Dissociative Experiences Scale Taxon	23
3.2.4	Ergebnisse der Impact of Event Scale	24
3.2.5	Ergebnisse des Dresdner Körperbildfragebogen	25
3.2.6	Zusammengefasste Darstellung	26
4	Diskussion	28
4.1	Fragebogencharakteristika und Studiendesign	28
4.2	Soziodemographische Daten	29
4.3	PHQ-D	30
4.4	PDS	31
4.5	DESTAX	32
4.6	IES	33
4.7	DKB-35	34
4.8	Ausblick	35
5	Zusammenfassung	36
6	Literaturverzeichnis	37
	ANHANG	45
	DANKSAGUNG	

Abkürzungen

APA	American Psychiatric Association
DESNOS	Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified
DESTAX	Dissociative Experiences Scale Taxon
DKB-35	Dresdner Körperbildfragebogen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FDS	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen
FKB-20	Fragebogen zum Körperbild
ICD	International Classification of Diseases
IES	Impact of Event Scale
I-kPTSD	Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale
PHQ	Patient Health Questionnaire
Psy-BaDo	psychosomatische Basisdokumentation
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic stress disorder
SDQ-20	Somatoform Dissociation Questionnaire

1 Einleitung

1.1 Einführung

In den vergangenen Jahren haben Studien immer wieder belegen können, dass schwere traumatische Erfahrungen und die sich daraus ergebenden Folgen in der Bevölkerung keine Seltenheit sind. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD - posttraumatic stress disorder) ist ein durch traumatische Erlebnisse ausgelöster Beschwerdekomples mit den Symptombereichen Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und vegetativer Übererregbarkeit (Sack, 2004). In Abhängigkeit von Schwere und Art der Traumatisierung tritt die PTSD mit einer unterschiedlich hohen Prävalenz von 2-5% nach Verkehrsunfällen bis hin zu über 50% nach Vergewaltigungen und Gewaltverbrechen auf (Kessler et al., 1995; McFarlane et al., 2001). Das Risiko, im Laufe des Lebens einem traumatischen Erlebnis ausgesetzt zu sein, ist für beide Geschlechter zwar etwa gleich groß, es erkranken jedoch mehr als doppelt so viele Frauen (31%) wie Männer (13%) an einer PTSD (Breslau et al., 1997).

Traumatische Erfahrungen können starke Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche wie z.B. soziale und berufliche Lebensgestaltung, gestörte Affektregulation, Störungen der Sexualität haben und vielfältige psychiatrische, psychosomatische und somatische Erkrankungen nach sich ziehen (Felitti et al., 1998; Cloitre et al., 2009). Es gibt bereits viele Studien, die sich mit den Konsequenzen stressbedingter Folgen, die ein psychisches Trauma nach sich ziehen können, befassen, jedoch nur ein eingeschränktes Wissen darüber, wie sich das Trauma auf das Körperbild und das Beschwerdeerleben auswirkt.

1.2 Posttraumatische Belastungsstörung

1.2.1 Historische Entwicklung

„Obwohl schon Homer und Shakespeare in ihren Dichtungen um posttraumatischen Stress wussten, wurde dessen Existenz von der Psychiatrie erst seit 1980 allgemein anerkannt, als PTSD in das DSM-III aufgenommen wurde“ (van der Kolk, 1995). 1992 erfolgte dann auch die Aufnahme in die ICD-10 (Dilling et al., 1994). Damit wurde auf die Vielzahl an traumatisierten, heimgekehrten Vietnam-Soldaten reagiert, deren Beschwerden wie Alpträume, flash-backs und Übererregbarkeit ätiologisch eindeutig ihren schweren traumatischen Erfahrungen zuzuordnen waren.

Bereits in den Schriften des 19. Jahrhunderts finden sich an vielen Stellen Hinweise, die heute als Vorläufer der PTSD gelesen werden können: Der in Folge von Eisenbahnunglücken geprägte Begriff der „railway spine“ wurde 1883 von Page aufgrund der fehlenden somatischen Ursachen als „traumatische Hysterie“ beschrieben. Hawthorne (1863) und Da Costa (1871) beschrieben die psychovegetativen Veränderungen bei Soldaten des Amerikanischen Bürgerkrieges als „Soldatenherz“ bzw. „Herzneurose“. 1889 prägte dann Oppenheim als erster den Begriff der „traumatischen Neurose“, v.a. für neurologische Symptome (Priebe et al., 2002). Er beschrieb Desorientiertheit, Probleme, zu sprechen und Schlafstörungen aufgrund von Unfällen, womit er das belastende Ereignis als Ursache der Erkrankung und damit eine Entschädigungspflicht anerkannte (Seidler et al., 2002). In Frankreich gründete Charcot 1882 die erste neurologische Klinik Europas und wandte dort Hypnose an, um die seiner Meinung nach u.a. durch traumatische Erlebnisse verursachte Hysterie zu heilen. Auch Janet (1889) wies auf die Bedeutung von Traumata für die Entstehung von hysterischen Symptomen hin; er beschäftigte sich besonders mit dem Phänomen der Dissoziation als Folge traumatischer Erfahrungen. Er sah die Dissoziation als eine Strategie des Betroffenen, sich der Schwere des Traumas zu entziehen. Dies führte bei fortbestehender Dissoziation zu einer emotionalen Einschnürung mit der Folge verschiedener Psychopathologien (van der Kolk et al., 1989).

1896 benannte Freud, eine Zeitlang ein Schüler Charcots, in einem Vortrag „Zur Ätiologie der Hysterie“ die vorzeitigen sexuellen Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen als Ursache für Jahrzehnte später auftretende psychische Erkrankungen. Auch für Freud verloren im Laufe der Zeit die konkreten äußeren Traumata an Bedeutung und er maß dem subjektiven Erleben von traumatischen Ereignissen eine große Relevanz bei der Entstehung von hysterischen und insbesondere dissoziativen Phänomenen bei. Entgegen der also bis dahin vorherrschenden Meinung wurden traumatische Lähmungen nicht mehr als Folge von Verletzungen des Nervensystems betrachtet, sondern der „Nervenschock“ als ursächlich betrachtet. Zur Auswirkung eines Traumas auf die Persönlichkeit eines Menschen schrieb Freud 1895, dass "das psychische Trauma respektive die Erinnerung an dasselbe nach Art eines Fremdkörpers wirkt, welcher noch lange Zeit nach seinem Eindringen als gegenwärtig wirkendes Agens gelten muss" (Freud, 1895).

Nach dem ersten und zweiten Weltkrieg wurden bei Soldaten gehäuft posttraumatische Symptome diagnostiziert, die als „Schützengrabenneurose“, „Kriegszitterer“ oder „Gefechtsneurose“ in die Literatur eingingen. Der amerikanische Militärpsychiater Kardiner beschäftigte sich intensiv mit der Behandlung dieser traumatisierten Soldaten (Kardiner, 1941). Nach dem Vietnam-Krieg wurde das syndromale Störungsbild zunächst „Post Vietnam Syndrom“ genannt.

In den 50er- und 60er- Jahren begann man die psychischen Folgen von Natur- und Industriegatastrophen zu erforschen; seit den 70er- Jahren stehen besonders die Untersuchungen von Opfern sexueller und nichtsexueller Gewalt im Mittelpunkt.

Erkenntnisse über und die Behandlung von PTSD sind in der psychiatrischen Literatur aber bereits vor dem Vietnam-Krieg beschrieben worden. So erstellte z.B. schon Alexandra Adler 1943 eine umfangreiche Studie, die sich mit über 500 Überlebenden des "Coconut Grove-Fire" und den psychischen Folgen für die Betroffenen beschäftigte (van de Kemp, 2003).

Immer mehr festigte sich die Überzeugung, dass massive psychische Traumatisierungen zu relativ uniformen, oft persistierenden Symptombildungen und Persönlichkeitsveränderungen führen können.

In der deutschsprachigen Psychiatrie untersuchte man im Zuge der großangelegten Begutachtung von Kriegs- und KZ-Opfern intensiv die psychologischen und psychosomatischen Folgeerscheinungen nach Extremtraumatisierungen (Eitinger, 1965; Kapfhammer, 2000).

1.2.2 Diagnosekriterien

Nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) aus dem Jahr 1991 ist die Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) folgendermaßen definiert (Dilling et al., 1994):

Die PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder die Tatsache, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterungen, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein. Prämorbide Persönlichkeitsfaktoren wie bestimmte Persönlichkeitszüge (z.B. zwanghafte oder asthenische) oder neurotische Erkrankungen in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf verstärken, aber die letztgenannten Faktoren sind weder nötig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks, Träume oder Albträume) vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Üblicherweise findet sich Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die den Leidenden an das ursprüngliche Trauma erinnern könnten. Nicht selten kommt es zu

dramatischen akuten Ausbrüchen von Angst, Panik oder Aggression, ausgelöst durch plötzliche Erinnerung und/oder Wiederholung des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf. Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregbarkeit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert. Auch Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme und übermäßiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen.

Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma). Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Betroffenen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD 10 F 62.0) über.

Nach den diagnostischen Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) ist die Posttraumatische Belastungsstörung (309.81) von der American Psychiatric Association folgendermaßen definiert (1994):

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

1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten.

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

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

1. Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken und Wahrnehmungen umfassen können [...]

2. Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis [...]

3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten) [...]

4. Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern

5. *Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern*

C. *Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:*

1. *Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen*

2. *Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma hervorrufen*

3. *Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern*

4. *Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten*

5. *Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen*

6. *Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden)*

7. *Gefühl der eingeschränkten Zukunft [...]*

D. *Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:*

1. *Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen*

2. *Reizbarkeit oder Wutausbrüche*

3. *Konzentrationsschwierigkeiten*

4. *Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)*

5. *Übertriebene Schreckreaktion*

E. *Das Störungsbild (Symptome unter B, C und D) dauert länger als einen Monat*

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

1.2.3 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Da mit den Diagnosekriterien der PTBS das Symptompektrum von Patienten¹ mit schwersten und langanhaltenden Traumatisierungen nur unzureichend beschrieben werden konnte, erweiterte eine Expertengruppe um Judith Herman, Bessel van der Kolk, Susan Roth und David Pelkovitz (Herman, 1993) das Spektrum der Traumafolgestörungen um die Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (auch DESNOS genannt: Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Zu diesem Beschwerdebild gehören

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit wird auf die explizite weibliche Form verzichtet. Die kürzere Schreibweise meint immer beide Geschlechter.

neben den Störungen der Affektregulation - gelegentlich sogar als charakteristische Grundstörung angesehen (van der Kolk, 1996; Ford, 1999) - auch eine gestörte Selbstwahrnehmung, Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung, häufig verbunden mit Reinszenierungen traumatischer, unbewusster Beziehungsmuster (Wöller, 1998) sowie Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen. Den dissoziativen Symptomen (Gast, 2000) und der Somatisierung (van der Kolk et al., 1995; Bremner et al., 1996; Andreski et al., 1998) wird in letzter Zeit besondere Aufmerksamkeit zuteil. In diesem Zusammenhang spricht man neben der psychischen Dissoziation zunehmend auch von der somatoformen Dissoziation (Nijenhuis, 1999; Näring et al., 2005). Bei der psychischen Dissoziation können Phänomene, wie sie als Alltagserscheinung zum Beispiel in Tagträumen auftreten, von pathologischen Formen mit Symptomen wie Amnesien, Derealisation, Depersonalisation unterschieden werden. Unter somatischer Dissoziation werden Symptome wie Analgesie, Anästhesie und Verlust der motorischen Kontrolle verstanden.

Viele heterogene Symptome, die sonst als komorbide Störungsbilder einer PTSD zu klassifizieren wären, lassen sich so auf ein einheitliches ätiologisches Modell der komplexen PTSD zurückführen. Dadurch können die vielfältig auftretenden Symptome als Bewältigungsstrategien und nicht mehr in erster Linie als Defizite verstanden werden. Inwieweit depressive Störungen, Angststörungen, Zwangssymptome, Essstörungen und Abhängigkeitserkrankungen also "echte" Komorbiditäten darstellen oder als Symptome der Grunderkrankung der komplexen PTSD angesehen werden können, wird noch weiter untersucht (Ross, 2000; Luxenberg et al., 2001). Es liegen aber erste Ergebnisse vor, nach denen Patienten mit einer komplexen PTSD einen höheren Schweregrad der Symptomatik haben und häufiger spezifische Symptome wie dissoziative Symptomatik, Depressivität und allgemeine Ängstlichkeit aufweisen als Patienten, bei denen ausschließlich eine PTSD vorliegt (Boroske-Leiner et al., 2008).

Symptomatik	Klinische Diagnose
Intrusionen, Vermeidungsverhalten	Posttraumatische Belastungsstörung
Soziale Ängste, Phobien	Angststörungen
Suizidalität, Hoffnungslosigkeit	Depressive Störungen
Erschöpfung, Schmerzsyndrome, erhöhtes vegetatives Erregungsniveau	Somatoforme Störungen
Amnesien, Depersonalisation und Derealisation	Dissoziative Störungen
Beziehungsstörungen, Misstrauen, Impulsivität, Selbstverletzen, Scham und Schuldgefühle	Persönlichkeitsstörungen
Alkohol- und Medikamentenmissbrauch	Suchterkrankungen
Wasch- und Reinigungszwänge	Zwangsstörungen

Tabelle 1: Häufige Symptome und zugeordnete Diagnosen bei chronisch traumatisierten Patienten (Sack, 2004)

1.3 Das Körperbild – ein historischer Überblick

Der Neurophysiologe Pick beschrieb erstmalig das Körperbild als eine "Orientierung am eigenen Körper" (Pick, 1908; Pick, 1915). Er versuchte, die Funktion der Wahrnehmung des eigenen Körpers in spezifischen neuronalen Strukturen zu lokalisieren. Der englische Neurologe Head entwickelte ein neurophysiologisches Konzept des Körperschemas, das für ihn keine psychische Komponente besaß (Head, 1920), sondern eine somatosensorische Repräsentanz des eigenen Körpers darstellte. Damit entwarf er erstmals ein bis heute gültiges Unterscheidungskriterium zwischen Körperbild (bewusstes Phänomen – psychologischer Natur) und Körperschema (nicht bewusstes Phänomen – physiologischer Natur) (Gallagher, 1986). 1935 erweiterte der in die Vereinigten Staaten emigrierte österreichische Psychiater Paul Schilder das bis dahin eindimensionale Konzept des (neurophysiologischen) Körperbildes um eine psychologische sowie um eine soziokulturelle Komponente. Mit seiner ganzheitlichen Betrachtungsweise ("A body is always the expression of an ego and of a personality, and is in a world." (Schilder, 1950, S. 304)) machte er das Thema Körperbild sowohl der psychologischen als auch der psychopathologischen Forschung zugänglich. Seine biopsychosoziale Konzeption des Körperbildes hat die Zeit überdauert und findet sich auch heute noch in aktuellen Ansätzen wieder (Fisher, 1990; Thompson, 1990).

Weitere Autoren beschäftigten sich mit Teilaspekten des Körperbildes und trugen damit zu einer bis in die heutige Zeit hineinreichenden Verwirrung bezüglich verschiedener Bezeichnungen und einer oft schwierigen Abgrenzung bei. Beispiele dafür sind Secord und Jourard, die sich auf den psychologischen Aspekt der (Un-)Zufriedenheit mit dem Körper - body cathexis (Secord et al., 1953) - konzentrierten; Fisher und Cleveland entwickelten anhand zahlreicher projektiver Tests das Konstrukt der Körpergrenze - body image boundaries - (Fisher et al., 1958) und Shontz (1990) unterschied sieben Funktionen der Körpererfahrung, die auf vier Ebenen operierten - Körperschema, Körperselbst, Körperphantasie und Körperkonzept. Dieses und weitere komplexe, mehrdimensionale Konstrukte integrierte Thompson in seine Körperbildforschung. Er erstellte eine fundierte Zusammenfassung und Synthese aus der verstärkten Forschung um das Körperbild. Zusammen mit seinen Kollegen differenzierte er 16 Begriffe, die sich auf bestimmte Aspekte und Dimensionen des Körperbildes bezogen (Thompson, 1999). Dazu gehörten z.B. Definitionen von body satisfaction, body esteem, body dysmorphia, body schema und andere. Einige Jahre später gab er selber zu, dass diese Vielfalt an Begriffen, die Missverständnisse und ungenaue Benutzung eher noch weiter verschärft als geklärt hätten (Thompson, 2004). Meermann sprach bezüglich der Begriffsbestimmungen in der wissenschaftlichen Literatur von einer "geradezu 'babylonischen' Sprachverwirrung" (1985).

Auch Slade hatte versucht, die verschiedenen Begrifflichkeiten zu reduzieren und beschrieb das Körperbild (body image) als "(...) mental representation of the body's shape, form and size, which is influenced by a variety of historical, cultural and social, individual and biological factors (...)" (Slade, 1994).

Cash und Pruzinsky versammelten 1990 in einem ersten Handbuch zum Körperbild Beiträge der führenden Forscher auf diesem Gebiet in der Hoffnung, zu einer klareren Konzeptualisierung beizutragen (Cash et al., 1990). Zwölf Jahre später erschien eine Weiterführung zu diesem Thema; wiederum mit einer Vielzahl an verschiedenen Autoren zum Thema Körperbild mit Kapiteln über die Entwicklungspsychologie, individuelle und (sozio-)kulturelle Unterschiede, Körperbildstörungen im Kontext psychischer und somatischer Erkrankungen bis hin zu chirurgischen Eingriffen zur Veränderung des Körperbildes.

In dem Versuch die Begriffe auf zentrale Dimensionen zu reduzieren, formulierte Cash die Wahrnehmung und die Einstellung als zwei Hauptkomponenten, wobei sich letztere aus einem affektiven und kognitiv-behavioralen Anteil zusammensetzt. Er betonte, dass das Körperbild kein statisches Konstrukt ist, sondern sich intersubjektiv und in einem lebenslang andauernden Prozess weiterentwickelt und verändert. Interne und externe Einflüsse sind somit an einem im positiven Fall kohärenten Körperbild beteiligt (Cash et al., 2002).

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Körperbild synonym zum englischen body image verwendet.

1.4 Fragestellung

Wie oben bereits angedeutet, ist die Entstehung eines kohärenten Körperbildes ein langer Entwicklungsprozess. So erscheint es andererseits auch nicht verwunderlich, dass dieser Prozess zahlreichen Störungen unterworfen sein kann. Es wird davon ausgegangen, dass schwerwiegende Verletzungen der Körper-Selbst-Grenzen (Weiner et al., 1997) die Entstehung eines kohärenten Körperbildes verhindern. Dies kann zu Symptomen der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und einer eingeschränkten Vitalität führen. Als Auslöser sind in diesem Zusammenhang neben somatischen Erkrankungen v.a. (sexuelle) Traumatisierungen zu nennen, da sie neben dem Eingriff in einen sehr persönlichen Lebensbereich häufig auch hohe Raten an nachfolgenden Eingriffen und Störungen in anderen Aspekten des Lebens (Partnerschaft, Beruf, soziales Umfeld) nach sich ziehen (Banyard et al., 2001). Eine weitere Folge von schwerer Traumatisierung können dissoziative Symptome sein. Ging man bislang nur von psychoformen Dissoziationen (Amnesie, Tremor, Anfälle) aus, wird heute zwischen dieser und einer somatoformen Dissoziation unterschieden. Zu letzterer werden die Anästhesie, die Analgesie, der Verlust der motorischen Kontrolle, aber auch komplexe somatoforme Symptome gezählt (Nijenhuis, 1999; Näring et al., 2005). Dieser Zusammen-

hang würde auch die erhöhte Rate von psychosomatischen Beschwerden, Problemen in der Sexualität und das Auftreten emotionaler Dysregulation erklären, die bei schwer traumatisierten Patienten häufig auftritt (Price, 2007).

Aufgrund dieser Annahmen stellt sich die Frage, ob sich das Körperbild, die somatischen Beschwerden und die auftretenden Dissoziationen bei Patienten mit einer Traumafolgestörung von Patienten mit einer anderen psychischen Störung unterscheiden. Hierzu wurden für die vorliegende Studie ambulante Patienten einer traumaorientierten Spezialambulanz, bei denen eine Traumafolgestörung diagnostiziert wurde, mit denen einer psychosomatischen Allgemeinambulanz verglichen, bei denen keine Traumafolgestörung vorlag.

2 Methoden

2.1 Patienten

Die Teilnehmer an dieser Studie setzen sich zusammen aus Patienten, die in der Zeit von Februar 2008 bis September 2009 ein Erstgespräch in der psychosomatischen Ambulanz oder der traumaorientierten Spezialambulanz der Abteilung für Psychosomatik am Krankenhaus rechts der Isar der TU München wahrgenommen haben. In der psychosomatischen Allgemeinambulanz ist das Patientenaufkommen höher als in der Traumaambulanz, deshalb wurde von den Patienten der Allgemeinambulanz eine randomisierte, repräsentative Stichprobe erstellt.

2.2 Diagnosestellung

Die Verteilung auf die beiden Gruppen "mit Traumafolgestörung" oder "ohne Traumafolgestörung" erfolgte anhand der klinisch gestellten Hauptdiagnose. Diese wurde von erfahrenen Ärzten für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie der Ambulanzen anhand der ICD-10-Kriterien, ggf. unter Verwendung der ICD-10-Checklisten (Hiller et al., 1996), gestellt. In die erste Gruppe wurden Patienten mit der Diagnose "Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" (F 43.x nach ICD-10) oder "Dissoziative Störung des Bewusstsein" (F44.0 – F44.3 nach ICD-10) aufgenommen. Der zweiten Gruppe wurden die Patienten mit einer anderen als den zuvor genannten Diagnosen aus dem Kapitel F (Psychische und Verhaltensstörungen) nach ICD-10 zugeteilt.

2.3 Fragebögen

Den Patienten wurden vor dem diagnostischen Erstgespräch routinemäßig eine soziodemographische Basisdokumentation und verschiedene weitere Fragebögen ausgehändigt. Für die vorliegende Studie wurden die psychosomatische Basisdokumentation (Psy-BaDo), der PHQ-D (Patient Health Questionnaire), der DESTAX (Dissociative Experiences Scale Taxon), die IES (Impact of Event Scale), die PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale) und der DKB-35 (Dresdener Fragebogen zum Körperbild) ausgewertet. Die jeweiligen Fragebögen sind im Anhang beigefügt und werden im Folgenden näher beschrieben.

2.3.1 Psy-BaDo (psychosomatische Basisdokumentation)

Die Psy-BaDo ist ein standardisierter Bogen zur Erfassung soziodemographischer und krankheitsbezogener Merkmale, der einen Überblick über den Gesundheitszustand und die Lebensverhältnisse des Patienten vermitteln soll. Abgefragt werden persönliche Daten wie Alter, Familienstand, Partnersituation, beruflicher Werdegang und derzeitige Arbeitssituation. Desweiteren werden ambulante und stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen, der Anlass der Kontaktaufnahme und der gegenwärtige Gesundheitszustand sowie Probleme und Beschwerden erfragt.

2.3.2 PHQ-D (Patient Health Questionnaire, deutsche Version)

Der PHQ wurde als Selbstratinginstrument von dem amerikanischen Psychiater Robert L. Spitzer und dem Internisten Kurt Kroenke entwickelt (Spitzer et al., 1999). Am Heidelberger Universitätsklinikum wurde eine deutsche Fassung (PHQ-D) erarbeitet, deren Validität inzwischen in zahlreichen Studien an Patienten belegt werden konnte (Gräfe et al., 2004). Für die vorliegende Studie wurde den Patienten ein verkürzter Fragebogen ausgehändigt. Er beinhaltet das Depressionsmodul (9 Items), das Modul zu somatoformen Störungen (13 Items), das Panikmodul (15 Items) und das Modul zu anderen Angststörungen (7 Items). Abhängig vom jeweiligen Modul wird die Häufigkeit bzw. das Vorhandensein der Symptome mit 2, 3 oder 4 Antwortstufen abgefragt. Die Komplettversion erfragt noch Symptome der Essstörungen und des Alkoholabusus bzw. der – abhängigkeit.

Im Rahmen der Reliabilitätsmessungen ergab die innere Konsistenz für die kontinuierlichen Skalen: $\alpha = 0.88$ für das Depressionsmodul und $\alpha = 0.79$ für das Somatisierungsmodul. Die Test-Retest-Reliabilität des Depressionsmoduls lag zwischen $r_{tt} = 0.81$ und $r_{tt} = 0.96$ (Gräfe et al., 2004; Löwe et al., 2004; Löwe et al., 2004).

2.3.3 PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale)

Auch die PDS ist ein Selbstbeurteilungsbogen (Foa, 1995), der die mit einer PTSD assoziierten Symptome erfasst. Er wurde von Ehlers et al. (1996) ins Deutsche übersetzt und ist neben der IES der am häufigsten verwendete Fragebogen zur Erkennung und Bewertung einer PTSD, sowohl im klinischen als auch im Forschungsbereich. Anhand von 49 Items kann neben der Einschätzung des Schweregrades der PTSD-Symptome auch eine Beurteilung und Diagnostik nach den DSM-IV Kriterien vorgenommen werden. Die Patienten beurteilen die Symptombelastung auf einer 4-Punkt-Likert-Skala (0 = überhaupt nicht; 1 = manchmal; 2 = mehrmals pro Woche; 3 = fünfmal oder häufiger pro Woche/fast täglich) entsprechend

den DSM-IV-Kriterien B, C und D. Ob es in der Vergangenheit ein relevantes Trauma (DSM-IV-Kriterium A) gegeben hat, wird mit 12 Items durch Beantwortung dieser Fragen mit ja oder nein erfragt. Die PDS wurde an einer großen Zahl von traumatisierten Menschen validiert. Sie zeigt dabei eine hohe interne Konsistenz von $\alpha = 0,92$ und eine gute Test-Retest-Reliabilität von $rtt = 0,74$ (Foa et al., 1997).

Für die vorliegende Studie wurden nur die 12 Items benutzt, die beziehungsweise auf das DSM-IV-Kriterium A die relevanten Traumatisierungen in der Geschichte des Patienten erfragen.

2.3.4 DESTAX (Dissociative Experiences Scale Taxon)

Bernstein und Putnam entwickelten 1986 die Dissociative Experience Scale (DES) zum Screening dissoziativer Symptome mit Bezug zum DSM-III-R und DSM-IV. Getestet werden mit 28 Items dissoziative Symptome im Zusammenhang mit Gedächtnis, Identität, Bewusstsein und Kognition (Bernstein et al., 1986). 1999 wurde die DES als FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen) für den deutschen Sprachbereich übersetzt, adaptiert und um 16 Items erweitert. Diese decken entsprechend dem ICD-10 weitere dissoziative Symptome ab. Neben den pseudoneurologischen Konversionssymptomen werden Amnesie, Absorption und imaginative Erlebnisweisen sowie Derealisation und Depersonalisation erfragt (Freyberger et al., 1998). Die Items werden auf einer Skala von 0% (nie) bis 100% (immer) für die vergangenen 4 Wochen erfasst. Das arithmetische Mittel aller Items wird als allgemeines Dissoziationsmaß gewertet, wobei ein Cut-off-Wert von 25 als auffällig gilt. Der FDS wurde zur Erfassung eines Trait-Merkmals konzipiert, im Sinne eines Screenings auf möglicherweise vorliegende dissoziative Störungen. Die interne Konsistenz wird mit $\alpha = 0,91$ angegeben. Die Test-Retest-Reliabilität des FDS beträgt $rtt = 0,88$ (Spitzer et al., 1998).

In der vorliegenden Studie wurden aufgrund der großen Fülle aller angewandten Fragebögen nur die für pathologische Dissoziation spezifischen acht Items des FDS ausgegeben. Dieser Fragebogen wird auch DES-T genannt und wurde von Waller et al. entwickelt und validiert (1996).

2.3.5 IES (Impact of Event Scale)

Die Impact of Event Scale (Horowitz et al., 1979) wurde in der deutschen Übersetzung von Hütter und Fischer (Hütter et al., 1997) eingesetzt. Die IES ist das international am häufigsten gebrauchte Instrument zur Erfassung der Symptombelastung durch traumaspezifische Beschwerden und zur Verlaufsbeobachtung von Posttraumatischen Belastungsstörungen. Die IES konstituiert sich aus 2 Faktoren (Intrusion und Vermeidung), die mit insgesamt

15 Items erfasst werden. Die Antwortmöglichkeiten sind vierfach gestuft (überhaupt nicht – selten – manchmal – oft) und beziehen sich auf die letzten Tage. Die Antwortausprägungen sind gemäß der Empfehlung der deutschen Autoren nicht äquidistant, sondern mit 0, 1, 3 und 5 berechnet. Mit Hilfe einer Regressionsformel lässt sich ein Gesamtwert errechnen, für den ein Cut-off-Wert von 26 vorliegt, und der damit Hinweise auf eine Posttraumatische Belastungsstörung gibt. Die Teststatistik des Inventars wird insgesamt als gut eingeschätzt. Die interne Konsistenz wird für die Skalen "Intrusion" mit $\alpha = 0,82$ und "Vermeidung" mit $\alpha = 0,86$ angegeben. Die Test-Retest-Reliabilität liegt bei $r_{tt} = 0,81$.

2.3.6 DKB-35 (Dresdner Körperbildfragebogen)

Der Dresdner Körperbildfragebogen ist ein von Pöhlmann, Thiel und Joraschky (2007) neu entwickeltes, mehrdimensionales Selbsteinschätzungsverfahren zur Erfassung des Körperbildes. Mit 35 Items werden fünf Dimensionen der Einstellungen zum eigenen Körper erfasst: Vitalität, Selbstakzeptanz, sexuelle Erfüllung, Selbstaufwertung und Körperkontakt. Der Fragebogen weist sehr gute psychometrische Kennwerte und eine hohe Konstruktvalidität auf. Die Sensitivität der Skalen konnte in ersten Analysen belegt werden (Thiel, 2007). Die externe Validität muss noch in weiteren Studien geprüft werden. Der DKB-35 ist ein reliables, mehrdimensionales Verfahren, das auch klinische Aspekte erfasst, die in anderen Fragebögen zum Körperbild nicht enthalten sind, wie z.B. dem Fragebogen zum Körperbild (FBK-20) (Pöhlmann et al., 2008). Genauere Werte zur internen Konsistenz und der Test-Retest-Reliabilität sind zurzeit noch nicht publiziert.

2.4 Statistische Auswertung

Die statistischen Analysen der Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for Social Sciences), Version 18.0 für Windows durchgeführt.

Für kontinuierliche Variablen wurden Mittelwerte und Standardabweichungen sowohl für die Gesamtgruppe als auch für die Gruppen mit und ohne Traumafolgestörung errechnet. Die Daten wurden mittels t-Tests oder Varianzanalyse für unabhängige Stichproben auf Gruppenunterschiede untersucht. Nominaldaten wurden mit Hilfe des χ^2 -Tests auf unterschiedliche Verteilung überprüft. Nicht normalverteilte Daten wurden zusätzlich mit dem Mann-Whitney-U-Test getestet. Für kategoriale Variablen werden absolute und relative Häufigkeiten berichtet und mit dem χ^2 -Test auf Unabhängigkeit von der Gruppenvariablen geprüft. Alle Hypothesen wurden auf einem 5%-Signifikanzniveau getestet.

3 Ergebnisse

Die vorgelegten Fragebögen wurden von insgesamt N=367 Patienten ausgefüllt. Die Studienteilnehmer wurden aufgrund der klinisch gestellten Hauptdiagnose in zwei Gruppen eingeteilt:

1. *Gruppe mit Traumafolgestörung (n=128 Patienten)*

Patienten, die als Hauptdiagnose eine Traumafolgestörung im Sinne der "Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" (F 43.x nach ICD-10) oder "Dissoziative Störung des Bewusstsein" (F44.0 - F44.3 nach ICD-10) hatten.

2. *Gruppe ohne Traumafolgestörung (n=239 Patienten)*

Patienten, die als Hauptdiagnose eine Störung aus einem anderen der Kapitel F (Psychische und Verhaltensstörungen) nach ICD-10 erhalten hatten.

3.1 Stichprobenbeschreibung – soziodemographische Daten

3.1.1 Geschlechtsverteilung

Innerhalb der Gesamtstichprobe ergab sich folgende Geschlechtsverteilung: Von den N=367 Patienten waren n=119 Teilnehmer männlich, das entspricht 32,4%. Mit n=248 Teilnehmern (67,6%) waren die Frauen deutlich stärker vertreten. Die Gruppe ohne Traumafolgestörung setzte sich aus n=92 Männern (38,5%) und n=147 Frauen (61,5%) zusammen. In der Gruppe mit Traumafolgestörung befanden sich n=27 Männer (21,1%) und n=101 Frauen (78,9%) (Abb.1). Die Geschlechtsverteilung in der Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung unterschied sich signifikant von der Gruppe ohne Traumafolgestörung ($p = 0,001$; χ^2 -Test nach Pearson = 11,518; $df = 1$).

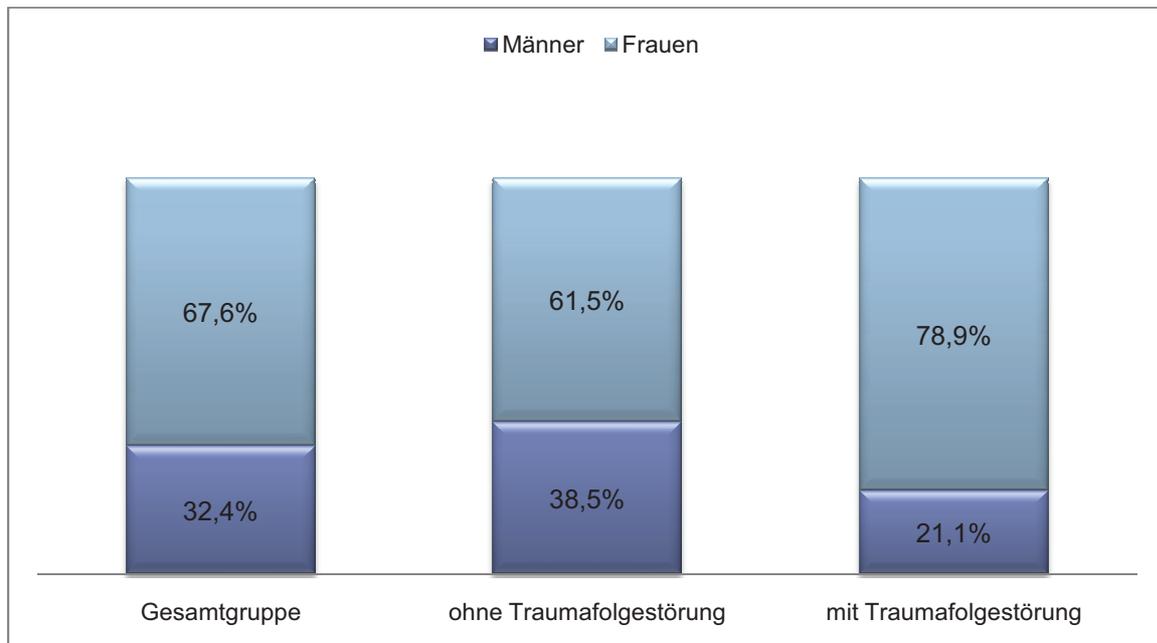


Abbildung 1: Geschlechtsverteilung

3.1.2 Alter

Das Alter der Patienten lag in der gesamten Stichprobe bei einem Mittelwert von $39,2 \pm 13,2$ Jahren, wobei der jüngste Patient 16 Jahre alt war, der älteste 79. Sowohl in der Gruppe ohne Traumafolgestörung ($39,8 \pm 13,4$ Jahre) als auch in der Gruppe mit Traumafolgestörung ($38,3 \pm 12,8$ Jahre) unterschied sich das Durchschnittsalter kaum von dem der Gesamtgruppe.

3.1.3 Familienstand

Wie aus der Tabelle 2 (vgl. auch Abb. 2) hervorgeht, war sowohl in der Gruppe ohne Traumafolgestörung als auch in der Gruppe mit Traumafolgestörung die Mehrzahl der Patienten ledig (51,5% vs. 48,4%). Auch waren in beiden Gruppen ca. ein Viertel der Teilnehmer verheiratet. In der Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung lag die Anzahl der Scheidungen höher als in der anderen Gruppe. Keiner der Werte war im Vergleich jedoch signifikant unterschiedlich ($p = 0,847$).

	gesamt N = 365		keine Traumafolgestörung n = 237		Traumafolgestörung n = 128	
	n	%	n	%	n	%
ledig	184	50,4	122	51,5	62	48,4
verheiratet	110	30,1	72	30,4	38	29,7
geschieden	68	18,6	41	17,3	27	21,1
verwitwet	3	0,8	2	0,8	1	0,8

Tabelle 2: Familienstand

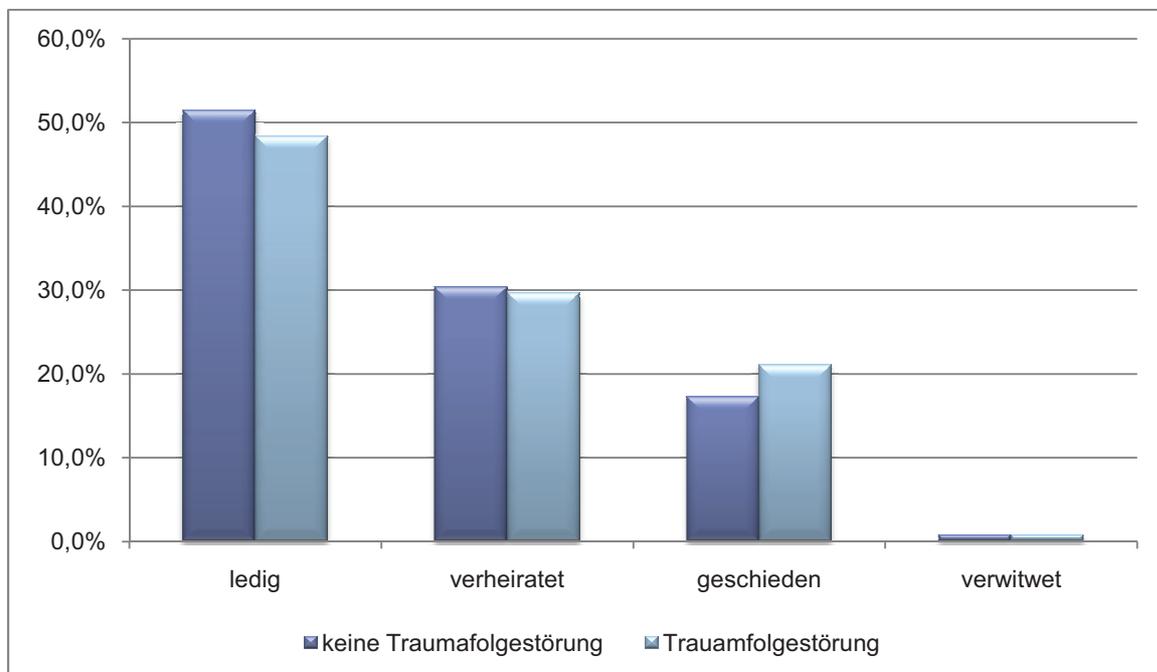


Abbildung 2: Familienstand

3.1.4 Partnersituation

Der Tabelle 3 (vgl. auch Abb. 3) ist zu entnehmen, dass fast die Hälfte aller Teilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung keinen festen Partner hatte. Diese Zahl erhöht sich noch einmal deutlich, wenn die Patienten, die zwar einen festen Partner haben, aber getrennt von diesem leben, mit einbezogen werden. Dann leben 61,7% der Patienten ohne Traumafolgestörung und 62,7% der Patienten mit Traumafolgestörung ohne festen Partner. In den beiden Gruppen gab es auch hinsichtlich des Merkmals Partnersituation keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,725$).

	gesamt N = 361		keine Traumafolgestörung n = 235		Traumafolgestörung n = 126	
	n	%	n	%	n	%
kein fester Partner	169	46,8	107	45,5	62	49,2
fester Partner						
getrennt lebend	55	15,2	38	16,2	17	13,5
zusammenlebend	137	38,0	90	38,3	47	37,3

Tabelle 3: Partnersituation

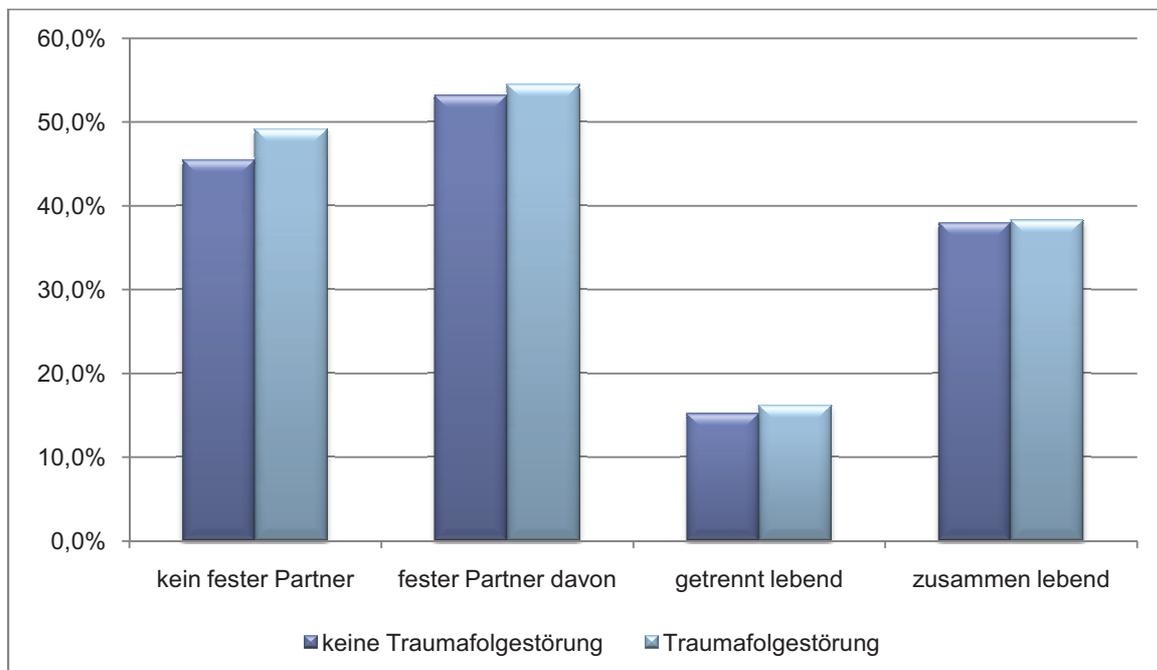


Abbildung 3: Partnersituation

3.1.5 Ausbildung

Bei diesem Merkmal ergab sich wieder ein signifikanter Unterschied bezogen auf den Hauptschulabschluss ohne abgeschlossene Lehre zwischen den beiden Gruppen (χ^2 -Test nach Pearson = 12,135; df = 5; p = 0,033).

Bei den Patienten mit Traumafolgestörung hatten 8,7% zwar einen Hauptschulabschluss, aber keine Lehre, im Gegensatz zu 2,5% in der anderen Gruppe. 3,9% gegenüber 0,8% hatten (noch) keinen Schulabschluss. Dafür hatten in der Gruppe ohne Traumafolgestörung 22,8% das Abitur oder die (Fach-) Hochschulreife gegenüber 17,3% bei den anderen Patienten. Rechnet man zu den Zahlen der Patienten mit dem Abitur oder der (Fach-) Hochschulreife noch diejenigen mit einem abgeschlossenen Studium, dessen Voraussetzung das Abitur ist, hinzu, ergaben sich dabei Werte von 51,1% in der Gruppe der Patienten ohne Traumafolgestörung gegenüber 44,1% der Teilnehmer mit Traumafolgestörung.

Daraus ergibt sich, dass Patienten mit einer Traumafolgestörung signifikant häufiger keine abgeschlossene Lehre oder einen weniger hohen Schulabschluss bzw. kein abgeschlossenes Studium haben (vgl. Tab. 4 und Abb. 4).

	gesamt N = 364		keine Traumafolgestörung n = 237		Traumafolgestörung n = 127	
	n	%	n	%	n	%
Hauptschule ohne Lehre	17	4,7	6	2,5	11	8,7
Hauptschule mit Lehre	52	14,3	34	14,3	18	14,2
Realschule oder gleich- wertiger Abschluss	110	30,2	73	30,8	37	29,1
Abitur, (Fach-) Hochschulreife	76	20,9	54	22,8	22	17,3
abgeschlossenes Studium	102	28,0	68	28,7	34	26,8
(noch) ohne Schulabschluss	7	1,9	2	0,8	5	3,9

Tabelle 4: Ausbildung

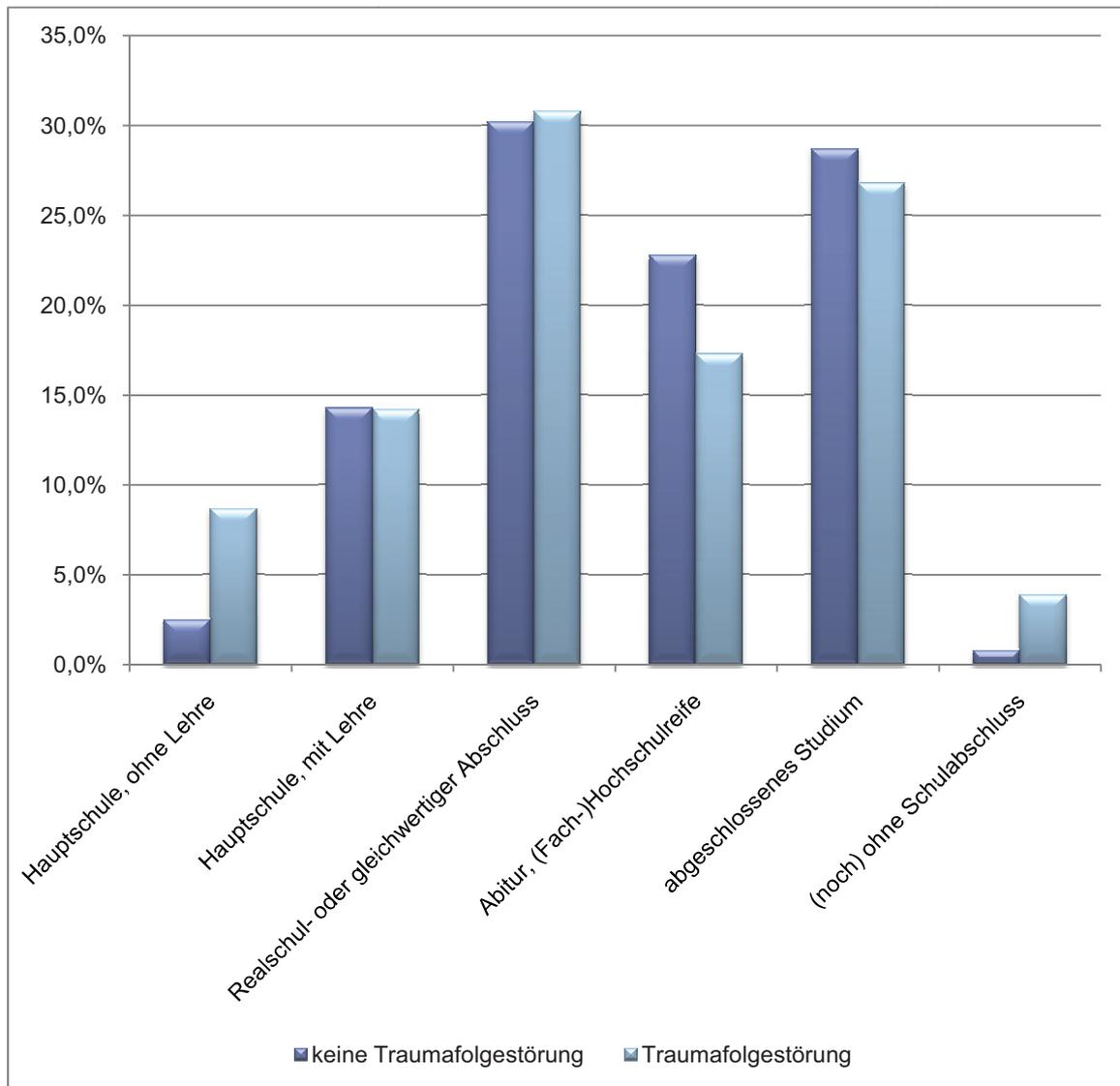


Abbildung 4: Ausbildung

3.1.6 Beschäftigung

Auffällig ist beim Merkmal des Beschäftigungsstatus, dass 33,5% der Patienten ohne Traumafolgestörung einer Vollzeitbeschäftigung nachgingen, aber nur 22,7% der Patienten mit dieser Störung. Dem gegenüber waren wiederum 18,0% dieser Gruppe arbeitslos, jedoch nur 12,3% in der Gruppe ohne Traumafolgestörung (vgl. Tab. 5 und Abb. 5). Die sich ergebenden Werte sind allerdings nicht signifikant ($p = 0,304$).

	gesamt N = 364		keine Traumafolgestörung n = 236		Traumafolgestörung n = 128	
	n	%	n	%	n	%
Vollzeit	108	29,7	79	33,5	29	22,7
Teilzeit	50	13,7	33	14,0	17	13,3
arbeitslos	52	14,3	29	12,3	23	18,0
Rentner/-in	36	9,9	25	10,6	11	8,6
Hausfrau/-mann	22	6,0	13	5,5	9	7,0
in Ausbildung	45	12,4	26	11,0	19	14,8
sonstiges	51	14,0	31	13,1	20	15,6

Tabelle 5: Beschäftigung

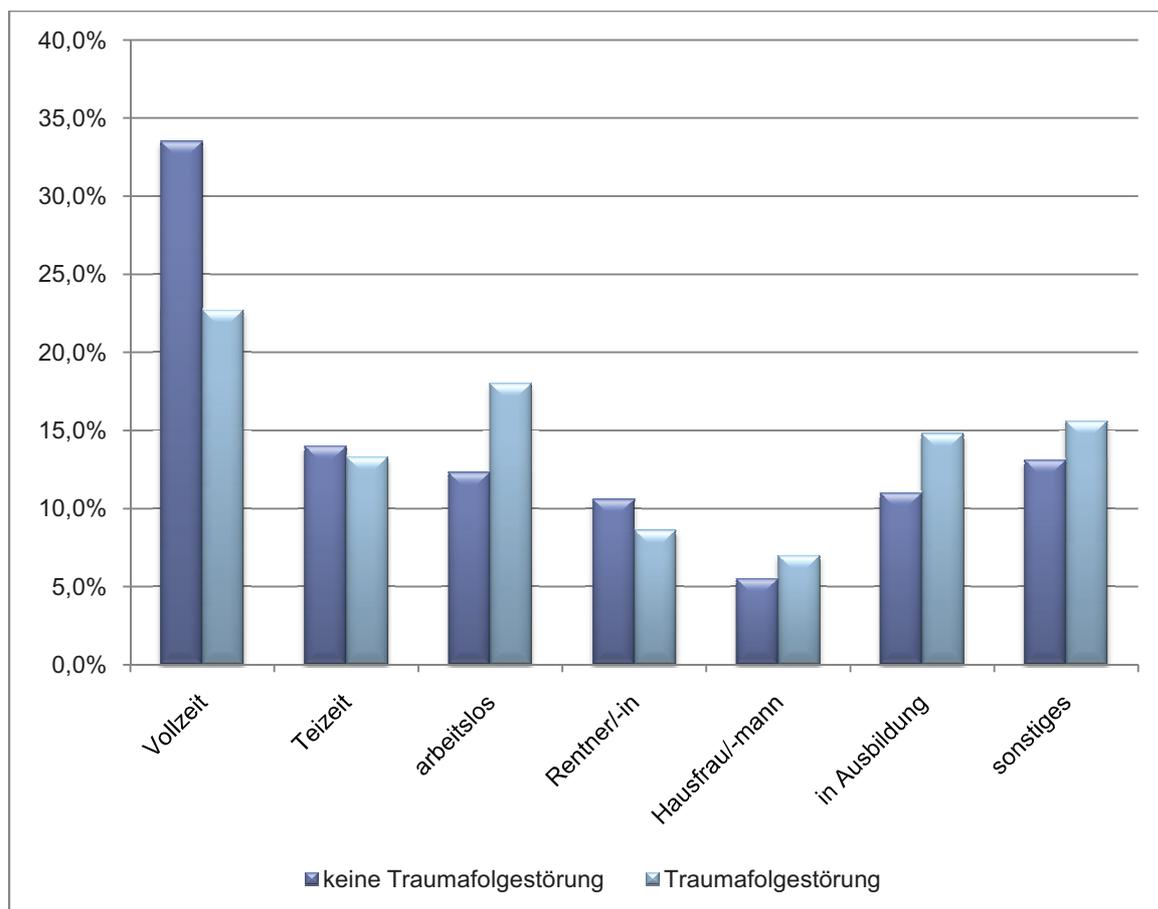


Abbildung 5: Beschäftigung

3.1.7 Hauptdiagnose der Patienten ohne Traumafolgestörung

Wurden in die Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung diejenigen aufgenommen, die eine Hauptdiagnose nach ICD-10 F 43.x oder F 44.0 - F 44.3 erhalten hatten, wurden der Gruppe der Patienten ohne Traumafolgestörung diejenigen zugeteilt, die eine andere als die gerade genannten Hauptdiagnosen aus dem Kapitel F (Psychische und Verhaltensstörungen) des ICD-10 erhalten hatten. Drei Patienten erfüllten nicht die klinischen ICD-10-Kriterien, um eine entsprechende Diagnose zu vergeben. Sie erhielten eine an ihre Beschwerden (Arbeitsprobleme bzw. Beziehungsprobleme) oder ihren Wunsch nach Therapievermittlung angelehnte "Problem"-Diagnose im Sinne einer Z-Diagnose² nach ICD-10. Bei n=100 Patienten (41,8%) wurde eine depressive Störung diagnostiziert, gefolgt von n=47 Patienten (19,7%) mit somatischen Beschwerden³ und Angststörungen bei 31 Patienten (13,0%). In die Gruppe "andere psychische Störungen" (n=29 Patienten, 12,1%) wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit die Patienten zusammengefasst, deren Diagnose nur wenige Male gestellt wurde. In diese Gruppe fallen z.B. die spezifischen Persönlichkeitsstörungen, außer der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Konversionssymptome und die Zwangsstörungen (vgl. Abb. 6).

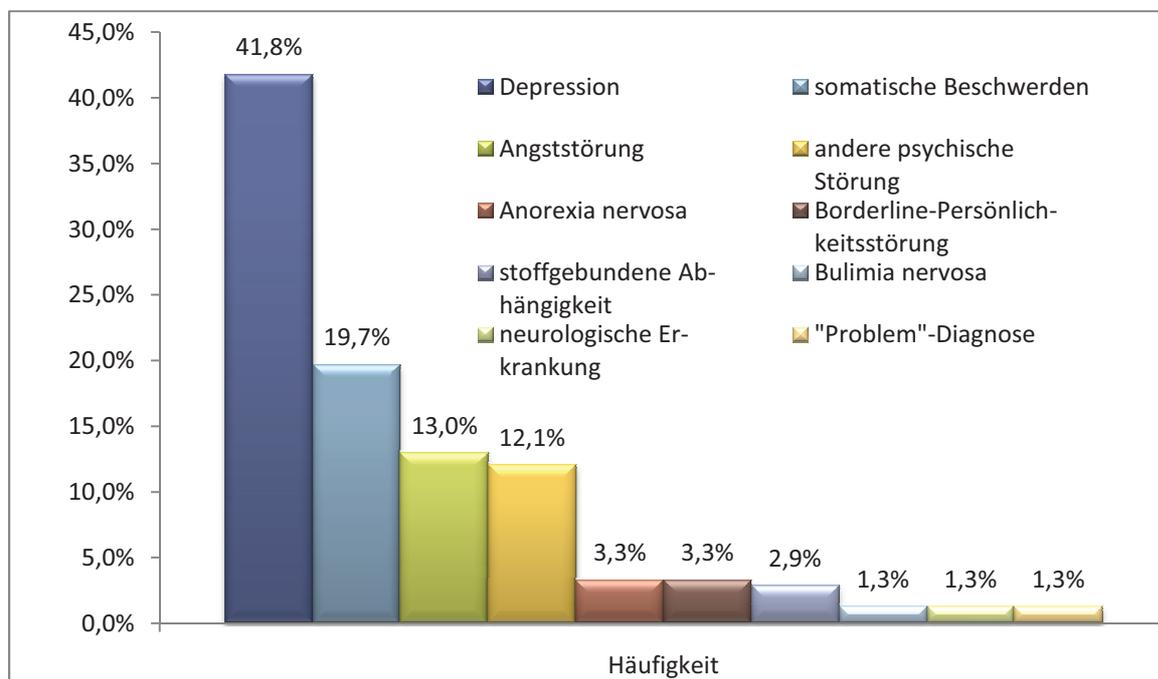


Abbildung 6: Hauptdiagnose bei Patienten ohne Traumafolgestörung

² Kapitel Z: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen.

³ Hierzu gehören die Patienten, bei denen körperliche Beschwerden im Vordergrund standen und die eine Diagnose nach ICD-10 F 45.x (somatoforme Störungen) oder F 54 (Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten) erhalten hatten.

3.2 Auswertung der Fragebögen

3.2.1 Ergebnisse des Patient Health Questionnaire

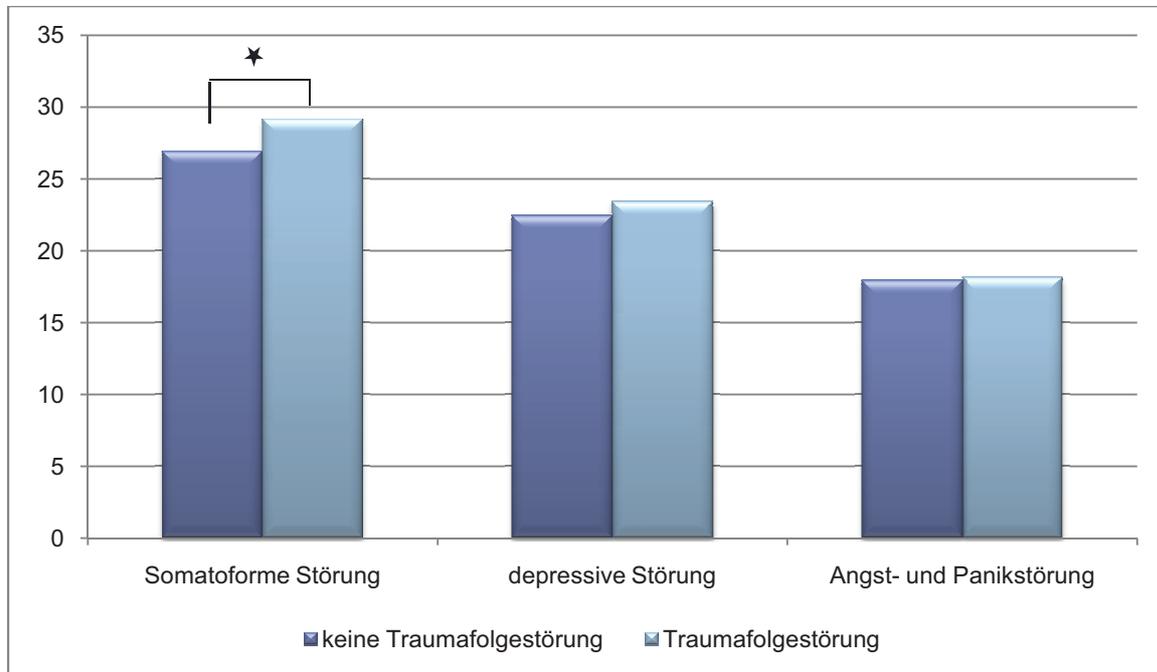


Abbildung 7: Mittelwerte des PHQ-D für die 3 getesteten Module

Der PHQ-D wurde von N=358 Patienten der Gesamtgruppe ausgefüllt; n=235 Patienten der Gruppe ohne Traumafolgestörung und n=123 Patienten der Gruppe mit Traumafolgestörung beantworteten die Fragen. Mit den Fragen werden die Häufigkeit bzw. das Vorhandensein der Symptome Depression, Angst und Panik sowie die somatoformen Beschwerden erfragt.

In Abbildung 7 werden die Mittelwerte von Patienten mit und ohne Traumafolgestörung, aufgeteilt auf die 3 getesteten Module des PHQ-D: somatoforme Störungen, Depressionsmodul und das Angst- einschließlich Panikmodul miteinander verglichen. In allen Modulen lag der Mittelwert bei Patienten mit Traumafolgestörung geringfügig über denen der anderen Gruppe.

Aber nur im Bereich des Moduls für somatoforme Störungen zeigten sich signifikante Unterschiede ($p = 0,002$) zwischen den beiden Gruppen: der Mittelwert in der Gruppe ohne Traumafolgestörung lag bei 26,91 ($\pm 6,57$), in der Gruppe mit Traumafolgestörung bei 29,17 ($\pm 6,70$).

Im Depressionsmodul ergaben sich in der Gruppe Patienten ohne Traumafolgestörung Mittelwerte von 22,44 ($\pm 6,54$) versus 23,41 ($\pm 5,53$) für die Gruppe mit Traumafolgestörung. Im Angstmodul lagen die Mittelwerte bei 17,92 ($\pm 5,53$) für die Patienten in der Gruppe ohne

Traumafolgestörung und bei 18,15 (\pm 5,07) in der Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung. Die Unterschiede waren nicht signifikant ($p = 0,165$ bzw. $p = 0,694$).

Aus den Werten kann geschlossen werden, dass die Patienten mit einer Traumafolgestörung vermehrt unter somatischen Beschwerden litten; sich im Hinblick auf depressive Störungen und Angst- und Panikstörungen aber nicht von den Patienten ohne Traumafolgestörung unterschieden.

3.2.2 Ergebnisse der Posttraumatic Diagnostic Scale

Mit der PDS wurden in dieser Studie nur die 12 Items abgefragt, die auf relevante Traumatisierungen in der Geschichte des Patienten Bezug nehmen. Die Items lehnen sich an die Kriterien A für Posttraumatische Belastungsstörungen nach dem DSM-IV an.

Die Mittelwerte der Patienten der Gruppe mit Traumafolgestörung unterschieden sich signifikant von denen der Patienten ohne Traumafolgestörung ($p < 0,001$). Lag der Mittelwert in der erstgenannten Gruppe bei 12,44 (\pm 1,86), ergab er in der zweiten Gruppe 11,56 (\pm 1,62).

Da dieser Fragebogen sich spezifisch mit der Frage nach relevanten Traumatisierungen auseinandersetzt, ist das Ergebnis in der Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung erwartungsgemäß ausgefallen.

3.2.3 Ergebnisse des Dissociative Experiences Scale Taxon

Der DESTAX-Fragebogen besteht aus den 8 für pathologische Dissoziation spezifischen Items des Fragebogens für dissoziative Symptome (FDS).

Auch bei der Auswertung dieses Fragebogens ergab sich ein signifikanter Unterschied in den getesteten Gruppen ($p = 0,003$).

In der Gruppe der Patienten ohne Traumafolgestörung lag der Mittelwert bei 6,22 (\pm 11,86). Die Patienten der Gruppe mit Traumafolgestörung erreichten einen Wert von 10,49 (\pm 13,49). Aus dem Ergebnis lässt sich ableiten, dass Patienten mit einer Traumafolgestörung auch vermehrt unter dissoziativen Symptomen leiden.

3.2.4 Ergebnisse der Impact of Event Scale

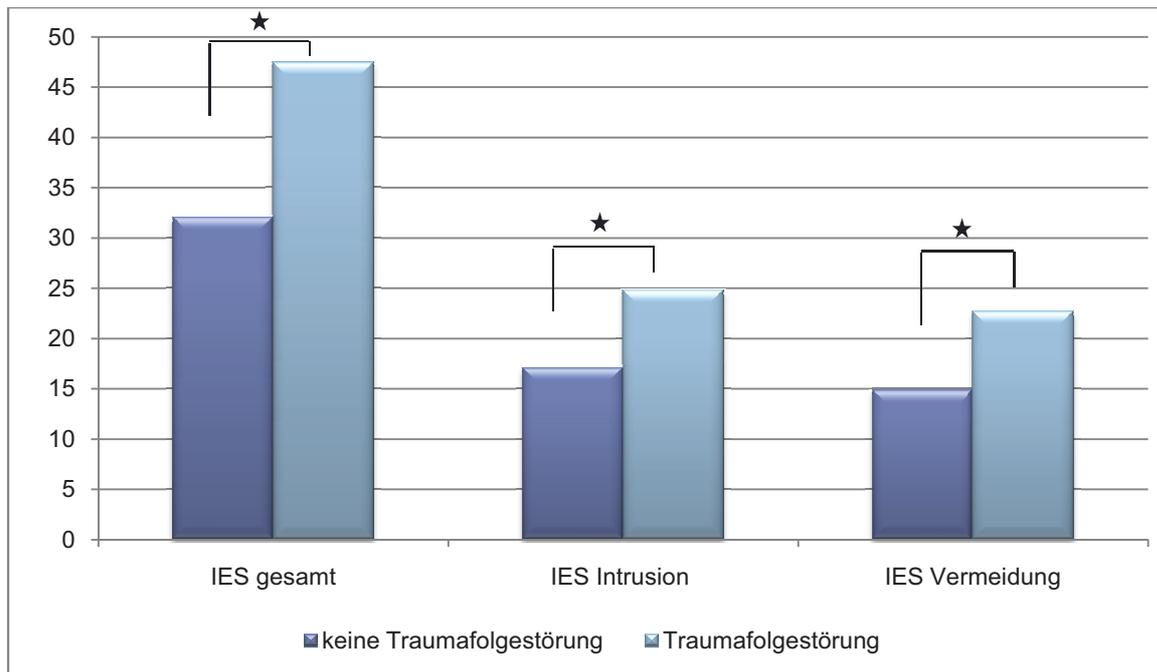


Abbildung 8: Mittelwerte der IES

Der IES ist ein Testinstrument, mit dem die Symptombelastung traumaspezifischer Beschwerden erfasst werden kann. Neben einem Gesamtergebnis können die Fragen in die zwei Faktoren Intrusion und Vermeidung aufgeteilt werden. Das Ergebnis in der vorliegenden Studie ergibt für alle 3 Bereiche einen signifikanten Unterschied in den zwei getesteten Gruppen (vgl. Abb. 8). Für den IES gesamt wurde ein Mittelwert für die Gruppe ohne Traumafolgestörung von 32,07 ($\pm 20,74$) gemessen, bei der Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung von 47,47 ($\pm 16,88$). Der Unterschied ist mit $p < 0,001$ hochsignifikant. Dieselben Signifikanzwerte ergaben sich auch jeweils für die Faktoren Intrusion und Vermeidung. Die dort gemessenen Mittelwerte ergaben in der Reihenfolge Intrusion / Vermeidung bei der Gruppe der Patienten ohne Traumafolgestörung 17,09 ($\pm 11,28$) / 14,88 ($\pm 11,16$) und in der Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung 24,82 ($\pm 8,57$) / 22,7 ($\pm 10,66$). Wie erwartet bestätigt sich, dass Patienten mit einer Traumafolgestörung gegenüber Patienten ohne eine Traumafolgestörung unter einer erhöhten Symptombelastung im Zusammenhang mit den traumaspezifischen Beschwerden leiden. Dieses Ergebnis bezieht sich sowohl auf das Gesamtergebnis als auch auf die beiden Einzelfaktoren Intrusion und Vermeidung.

3.2.5 Ergebnisse des Dresdner Körperbildfragebogen

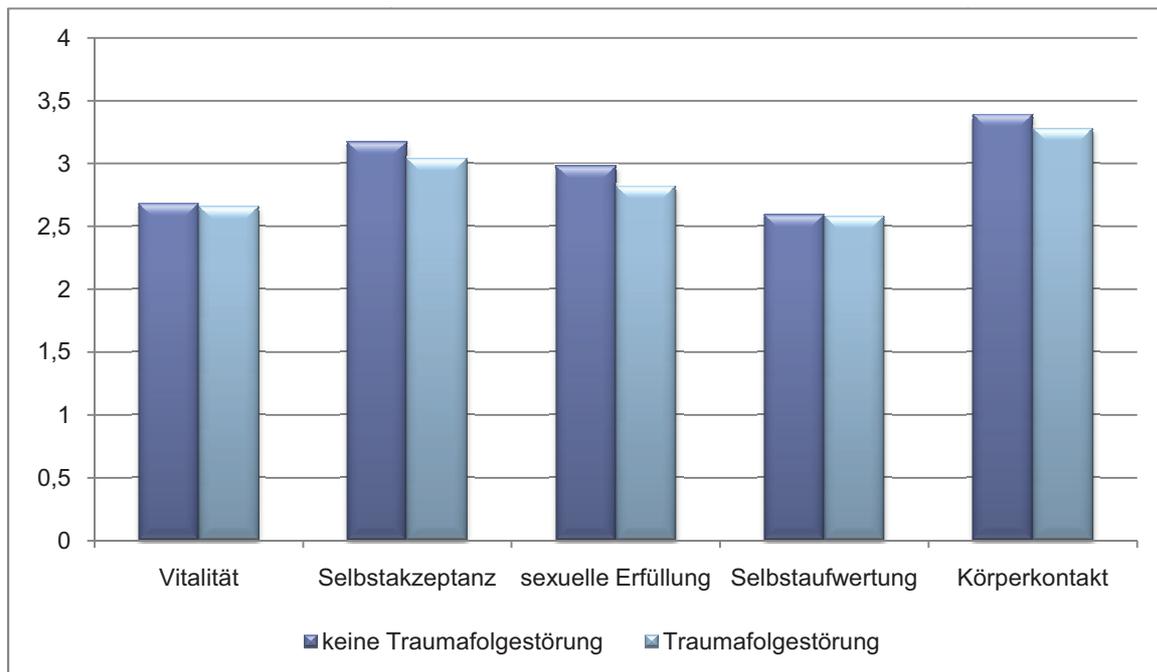


Abbildung 9: Mittelwerte des DKB-35

Mit dem DKB-35 werden das Körpererleben und das Körperbild betreffende Komponenten erfragt. Die im Rahmen dieser Studie erzielten Ergebnisse ergaben in keinem der 5 Bereiche Vitalität, Selbstakzeptanz, sexuelle Erfüllung, Selbstaufwertung und Körperkontakt signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen (vgl. Abb. 9).

In den Bereichen Vitalität und Selbstaufwertung waren die Werte in den beiden Gruppen nahezu identisch: bei der Gruppe der Patienten ohne Traumafolgestörung lagen die Mittelwerte bei 2,68 ($\pm 0,90$) für Vitalität und bei 2,59 ($\pm 0,72$) für Selbstaufwertung, in der zweiten Gruppe bei 2,66 ($\pm 0,89$) respektive bei 2,58 ($\pm 0,71$); Signifikanz $p = 0,826$ bzw. $p = 0,841$.

Die Mittelwerte für den Bereich Selbstakzeptanz lagen in der ersten Gruppe bei 3,17 ($\pm 0,88$), für den Bereich sexuelle Erfüllung bei 2,98 ($\pm 1,14$) und im Bereich Körperkontakt bei 3,39 ($\pm 0,93$). Bei der Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung ergaben sich folgende Mittelwerte in der gleichen Reihenfolge wie zuvor: 3,04 ($\pm 0,95$), 2,82 ($\pm 1,16$) und 3,28 ($\pm 0,92$). Die Signifikanzwerte lagen bei $p = 0,194$, $p = 0,200$ und $p = 0,277$.

Dieses Ergebnis bedeutet zusammengefasst, dass sich Patienten mit und ohne Traumafolgestörung nach dem DKB-35 in ihrem Körperbild und Körpererleben nicht signifikant voneinander unterscheiden.

3.2.6 Zusammengefasste Darstellung

In der folgenden Tabelle 6 sind noch einmal die Einzelergebnisse der vorangehenden Unterkapitel zusammengefasst. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde in der Abbildung 12 auf eine logarithmische Skalierung zurückgegriffen.

Patienten mit Traumafolgestörung unterscheiden sich signifikant in den Merkmalen somatoforme Störung des PHQ-D, der mit dem DESTAX gemessenen Belastung durch dissoziative Symptome, der Symptombelastung durch traumaspezifische Beschwerden (IES) und den relevanten Traumatisierungen in der Vorgeschichte (PDS) von den Patienten ohne Traumafolgestörung.

	Traumadiagnose F43.x/F44.0						Signifikanz p
	keine Traumafolgestörung			Traumafolgestörung			
	n	Mittelwert	Standardabweichung	n	Mittelwert	Standardabweichung	
PHQ somatoforme Störung	235	26,91	6,57	123	29,17	6,7	0,002
PHQ depressive Störung	235	22,44	6,54	123	23,41	5,75	0,165
PHQ Angst- und Panikstörungen	234	17,92	5,53	128	18,15	5,07	0,694
PDS	239	11,56	1,62	127	12,44	1,86	< 0,001
DESTAX	237	6,22	11,86	127	10,49	13,49	0,003
IES gesamt	163	32,07	20,74	110	47,47	16,88	< 0,001
IES Intrusion	167	17,09	11,28	111	24,82	8,57	< 0,001
IES Vermeidung	162	14,88	11,16	110	22,7	10,66	< 0,001
DKB Vitalität	239	2,68	0,9	128	2,66	0,89	0,826
DKB Selbstakzeptanz	233	3,17	0,88	127	3,04	0,95	0,194
DKB sexuelle Erfüllung	213	2,98	1,14	124	2,82	1,16	0,200
DKB Selbstaufwertung	231	2,59	0,72	124	2,58	0,71	0,841
DKB Körperkontakt	231	3,39	0,93	127	3,28	0,92	0,277

Tabelle 6: zusammengefasste Ergebnisse

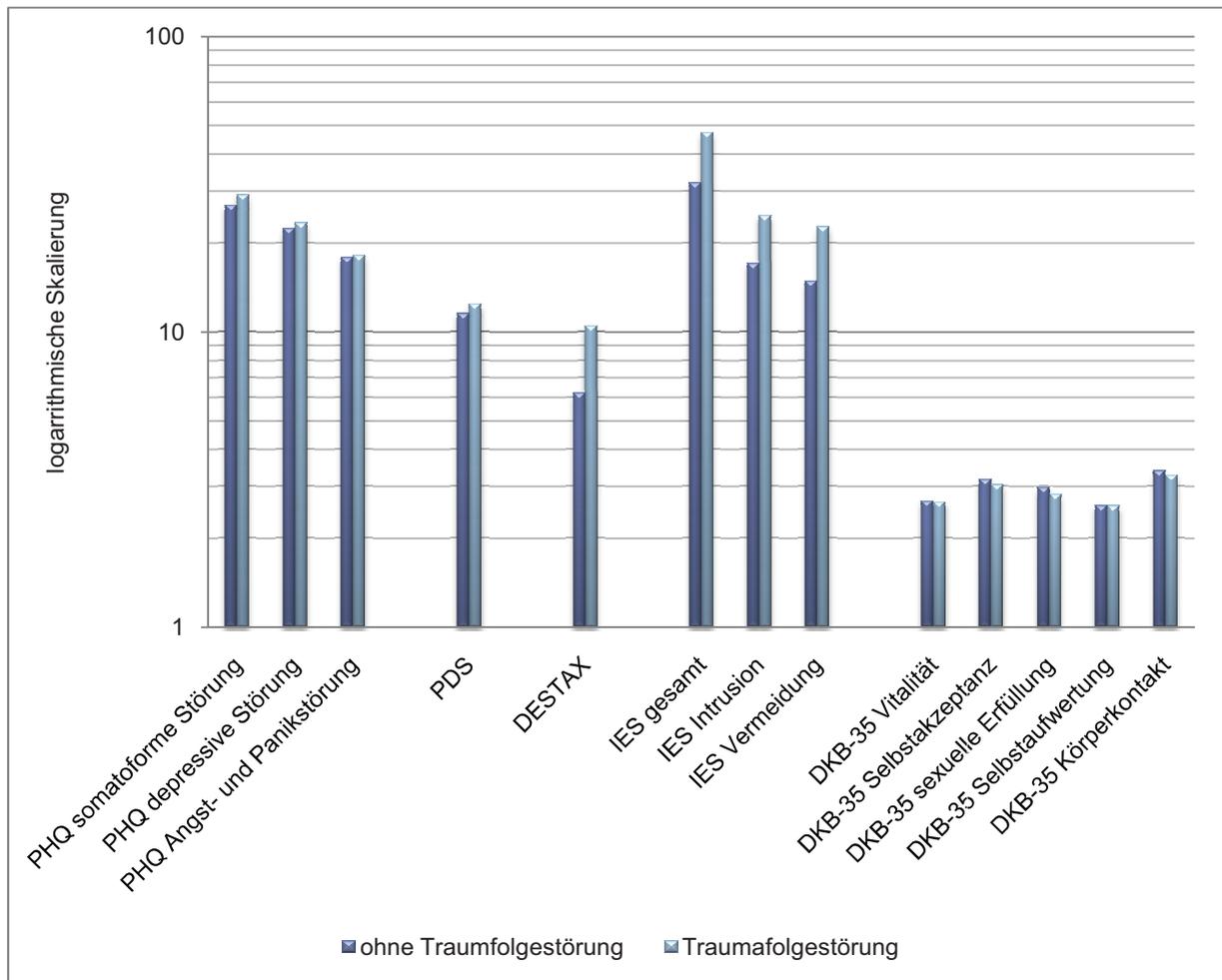


Abbildung 10: Zusammenfassung der Mittelwerte der ausgegebenen Fragebögen in einem Diagramm

4 Diskussion

Mit dieser Untersuchung sollten Patienten, die an einer Traumafolgestörung litten, im Hinblick auf verschiedene Symptome und Merkmale wie Beschwerdeerleben, Dissoziation, Körperbild mit Patienten ohne eine Traumafolgestörung verglichen werden. Die Daten wurden anhand von Selbstbeurteilungsfragebögen erhoben. Bei den Teilnehmern handelte es sich um Patienten, die zu einer Untersuchung entweder in der psychosomatischen Allgemeinambulanz oder in der traumaorientierten Spezialambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München gesehen worden waren.

4.1 Fragebogencharakteristika und Studiendesign

Diese Studie verwendete die im Methodenteil aufgeführten, standardisierten, psychometrischen Fragebögen. Für die Untersuchung wurde der PHQ-D, der DESTAX, die IES, der PDS und der DKB-35 benutzt.

Bezüglich einer rein psychometrischen Auswertung gibt es immer wieder auch kritische Stimmen. So ist z.B. nicht völlig geklärt, ob es sich bei den mit dem DESTAX gemessenen dissoziativen Phänomenen, um Darstellungen eines Zustandes (state) oder eines Persönlichkeitsmerkmals (trait) handelt (Spitzer et al., 2004).

Insgesamt konnte aber in vielen Studien nachgewiesen werden, dass Fragebögen eine gute Konstruktvalidität zu diagnostischen Interviews besitzen, sich leicht anwenden und vergleichen lassen und aussagekräftige Werte erzielen (Maercker et al., 1998).

Drei weitere methodische Kritikpunkte seien noch kurz erwähnt:

Es handelt sich um eine retrospektive Studie, die zwar auf mögliche Zusammenhänge hinweisen kann, aber keinen Nachweis eines kausalen Zusammenhangs liefert. Andererseits ist in dieser Art von Studien im Gegensatz zu den prospektiven Studien wie z.B. Kohorten- oder kontrollierte klinische Studien der Aufwand um einiges geringer und die Teilnehmerzahl wesentlich höher. Bei allen ausgehändigten Fragebögen handelt es sich allerdings um Selbstbeurteilungsinstrumente, bei denen die Unsicherheit besteht, inwieweit die Beantwortung der Fragen den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht oder einzelne Symptome oder Erlebnisse übersteigert oder verharmlosend dargestellt werden. Es könnte eine weitere Rolle spielen, dass die Bögen vor dem Erstgespräch ausgegeben werden und die Patienten ihre Beschwerden und Erlebnisse entsprechend den von ihnen erwarteten Folgen gravierender oder beschönigend darstellen.

Dadurch, dass die Studie an einer Universitätsklinik durchgeführt wurde, ergibt sich bereits im Vorfeld ein Selektionseffekt (sog. Selection bias), da die Patienten durch die von einem Haus- oder Facharzt veranlasste Überweisung bereits einer Vorauswahl unterliegen.

4.2 Soziodemographische Daten

Die beiden verglichenen Gruppen unterscheiden sich in den meisten Punkten nicht wesentlich im Hinblick auf soziodemographische Daten wie Alter, Familienstand, Partnersituation und Beschäftigung.

In der Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung finden sich jedoch signifikant mehr erkrankte Frauen als erkrankte Männer.

Dieses Ergebnis stimmt mit den Forschungsergebnissen von Breslau überein: Mit 31% erkrankten mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer (13%) an einer PTSD. Dagegen ergaben sich hinsichtlich der Möglichkeit, in seinem Leben traumatischen Ereignissen ausgesetzt zu sein, keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (Breslau et al., 1997). Anders die Ergebnisse, zu denen Kessler in seiner großangelegten Studie zur PTSD in der amerikanischen Bevölkerung kam. Er untersuchte 5877 Männer und Frauen zwischen 15 und 54 Jahren und stellte fest, dass 61% der Männer und 51% der Frauen mindestens einmal in ihrem Leben einem traumatischen Erlebnis ausgesetzt waren und kam damit zu einem anderen Ergebnis als Breslau. Auch in seiner Studie erkrankten jedoch deutlich mehr Frauen als Männer an einer PTBS (Kessler et al., 1995).

Zusammengefasst bedeutet das, dass Männer in ihrem Leben zwar häufiger einem traumatischen Ereignis ausgesetzt sind, aber mehr Frauen als Männer an einer Traumafolgestörung erkranken.

Neben diesem speziell auf die Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung bezogenen signifikanten Geschlechterverhältnis fällt in der vorliegenden Untersuchung weiter auf, dass auch in der Gruppe der Patienten ohne Traumafolgestörung das Verhältnis Frauen zu Männern ungefähr 3:2 beträgt. Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen ist, dass sich auch heute noch Frauen mit ihrer stärker ausgebildeten emotionalen Seite Probleme schneller eingestehen und eher Hilfe in Anspruch nehmen als Männer, bei denen der Versuch, keine Schwäche zu zeigen und durchzuhalten, den Gang zum Arzt verhindert oder hinauszögert (Nathanson, 1975). Zudem scheinen Frauen im Gegensatz zu Männern eher bereit, statt eines somatischen auch einen psychischen Hintergrund für ihre Beschwerden zu akzeptieren (Rudolf et al., 1983). Dieses Ergebnis ist nicht ungewöhnlich, sondern deckt sich mit in anderen psychosomatischen Institutionen gemachten Angaben (Tagay et al., 2004).

Der weitere signifikante Unterschied im Vergleich der beiden Gruppen ergab sich in Bezug auf das Ausbildungsniveau der Patienten. Nur 2,5% der Patienten ohne Traumafolgestörung

hatten trotz des Hauptschulabschlusses keine abgeschlossene Berufsausbildung absolviert, bei den Patienten mit Traumafolgestörung waren es 8,7% der Patienten in dieser Subgruppe. Da eine weitere Aufschlüsselung wegen der kleinen Fallzahlen und der fehlenden Vertiefung in den soziodemographischen Items kein weiteres Ergebnis brachte, kann an dieser Stelle nur darüber spekuliert werden, welchen Hintergrund es zu diesem Ergebnis gibt. Eine mögliche Erklärung ist das Alter, in dem es zu der oder den Traumatisierungen gekommen ist. Gäbe es beispielsweise einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit oder eine andere frühe Traumatisierung, würde das einen früheren Beginn der Symptomatik erklären können (Davis et al., 2000) und damit auch die negativen Auswirkungen auf die schulische und berufliche Laufbahn.

Werden unter der Voraussetzung, dass das Abitur oder die Fachhochschulreife unabdingbar für ein Studium sind, in den Ergebnissen diese beiden Zahlen addiert, ergibt sich ein Unterschied von 51,1% zu 45,1% in den beiden Gruppen ohne und mit Traumafolgestörung. Dieser ist zwar nicht signifikant, aber auffällig und könnte sich darauf zurückführen lassen, dass - wie in anderen Studien nachgewiesen (Perkonig et al., 2000) - das Risiko an einer PTSD zu erkranken, in den unteren sozialen Schichten erhöht ist.

4.3 PHQ-D

Der Patient Health Questionnaire ist ein Selbstbeurteilungs-Fragebogen, der in der in dieser Studie verwendeten Fassung - in Anlehnung an die ICD-10 - depressive, somatoforme sowie Angst- und Panikstörungen erfragt.

In Studien konnte die Komorbidität der PTBS mit depressiven, somatoformen und Angstsymptomen nachgewiesen werden (Andreski et al., 1998). Das gehäufte gemeinsame Vorkommen der PTSD mit vielfältigen anderen Symptomen führte dazu, dass der Begriff der komplexen PTBS oder auch DESNOS geprägt wurde (Herman, 1993; van der Kolk, 1996; Sack, 2004). Darunter wird ein Trauma-assoziiertes Symptomenkomplex verstanden, bei dem (nicht zwangsläufig gleichzeitig) affektive Dysregulation, chronisch selbstdestruktives Verhalten, dissoziative sowie somatoforme Symptome neben pathologisch veränderten Selbstkonzepten und Beziehungsstilen imponieren können (Kapfhammer, 2005).

Da in dieser Studie "nur" nach dem ICD-10 diagnostiziert wurde und unter den gestellten Diagnosen auch kein Patient mit einer der komplexen PTSD noch am nächsten kommenden andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F 62.0) war, beziehen sich die erhobenen Daten auf Patienten mit einer "einfachen" PTSD nach ICD-10.

In dieser Untersuchung ließ sich im Modul der somatoformen Beschwerden des PHQ-D ein signifikanter Unterschied in den beiden Gruppen der Patienten mit und ohne Traumafolgestörung aufzeigen. Auch zahlreiche andere Autoren sind in ihren Forschungen

zu diesem Ergebnis gekommen (Tagay et al., 2004; Kapfhammer, 2005; Sack et al., 2007). Inwieweit dies ein Hinweis auf das Vorliegen einer komplexen PTSD bei manchen der Patienten der Gruppe mit einer Traumafolgestörung sein könnte, bleibt aus den oben erwähnten Gründen unklar. Hinsichtlich der beiden anderen getesteten Module Depression und Angststörung ergab sich kein signifikanter Unterschied. Dieses Ergebnis entspricht insofern nicht den Erwartungen, als in zahlreichen Studien immer wieder bestätigt wurde, dass sowohl depressive Störungen als auch Angststörungen eine häufige Komorbidität der PTBS darstellen (Walker et al., 1992; Perkonig et al., 2000; Ouimette et al., 2004; Boroske-Leiner et al., 2008). Andererseits lag der Anteil der Patienten mit einer Depression bzw. einer Angststörung in der Gruppe ohne Traumafolgestörungen bei zusammengenommen fast 55% und wäre damit eine mögliche Erklärung für das Ergebnis, da nur der Vergleich zwischen den beiden Gruppen gemessen wurde.

4.4 PDS

Die Posttraumatic Diagnostic Scale wurde mit den 12 in dieser Untersuchung verwendeten Items benutzt, um relevante Traumatisierungen in der Geschichte der Patienten zu erfragen. Das Ergebnis zeigte einen signifikant erhöhten Wert in der Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung gegenüber denen ohne Traumafolgestörung, was dem erwarteten Ergebnis entspricht. Es liegt damit eine Bestätigung vieler früherer Studien vor, wonach traumatische Erfahrungen zu einer PTSD führen können, aber nicht müssen. Denn auch in der Gruppe der Patienten ohne eine Traumafolgestörung werden frequent sehr belastende oder traumatisierende Erlebnisse im Verlauf des Lebens berichtet. Die Patienten erfüllen aber mit ihrer Symptomatik nicht die Kriterien, die zur Diagnosestellung einer PTSD nach ICD-10 nötig gewesen wären. Im DSM-IV stärker als im ICD-10 wird die Relevanz der subjektiven Bedeutung hervorgehoben. In Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Biographie, der möglichen Vulnerabilität, der derzeitigen Lebenssituation und dem Bewältigungsvermögen können qualitativ vergleichbare Ergebnisse individuell unterschiedlich bewertet werden und so differierende pathogene Wirkung entfalten. Es kann an dieser Stelle aber nicht gesagt werden, ob es bei den Patienten in der Gruppe ohne Traumafolgestörung, die über erlebte belastende Ereignisse in ihrem Leben berichteten, einen Zusammenhang zwischen der psychischen Symptomatik, die zum Besuch der psychosomatischen Ambulanz geführt hatte, und dem belastenden Ereignis gibt.

4.5 DESTAX

Bei der Dissoziation handelt es sich um die Abspaltung von unverarbeitetem Material, das mit dem traumatischen Erlebnis verbundenen ist. Aufgrund mangelnder Integration(sfähigkeit) kann es in bestimmten Situationen, durch verschiedene Reize und Trigger ausgelöst, zu dissoziativen Symptomen kommen. Damit verbunden kommt es langfristig zu einem Bruch des Identitätsgefühls; die Dissoziation stellt somit ein misslungenes Abwehrmanöver dar (Eckhardt et al., 1997).

Mit dem DESTAX wurden acht für pathologische Dissoziationen spezifische Items des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen (FDS) verwendet, d.h. es wurde nach Symptomen wie Amnesie, Derealisation und Depersonalisation gefragt. Wurden früher dissoziative Phänomene als eng mit der Hysterie verbunden gesehen, wird seit der intensivierten Traumaforschung heute davon ausgegangen, dass es einen engen Zusammenhang zwischen Traumatisierung und dissoziativen Störungen gibt (Sanders et al., 1991; Zlotnick et al., 1996a). Das Ergebnis der vorliegenden Studie, dass bei Patienten mit einer Traumafolgestörung signifikant häufiger dissoziative Symptome nachgewiesen werden konnten als bei Patienten ohne eine solche Störung, untermauert diese Vorbefunde. Es wurde von einigen Autoren sogar vermutet, dass Dissoziationen, die ein pathologisches Maß erreichen, meistens traumainduziert sind (Van der Hart et al., 1991).

Neben den Untersuchungen der Komorbiditäten der PTSD wurde das Konzept der komplexen PTSD eingefügt und in Folgestudien bestätigt (Herman, 1993; Price, 2007).

Leider gibt es in den dieser Untersuchung zugrunde liegenden Daten keine über die ICD-10-Kriterien für eine PTBS hinausgehende Diagnostik. Es handelt sich um eine retrospektive Studie, ansonsten wäre es sinnvoll gewesen, das relativ neue Instrument des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS) mit zu verwenden (Boroske-Leiner et al., 2008). So kann trotz der hohen Werte für Dissoziation im DESTAX eine eventuell vorhandene komplexe Posttraumatische Belastungsstörung nur vermutet, aber nicht nachgewiesen werden.

Es gibt auch kritische Stimmen zum Vorhandensein einer kausalen Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma. So beschrieben Giesbrecht et. al. (2005) in ihrer Studie, dass dieser Zusammenhang nicht so eindeutig sei, wie andere Studien ihn darstellen würden, da wichtige weitere Einflussgrößen wie die Neigung zu phantasieren, kognitive Fehler, Suggestibilität und ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus mit ihren hohen Korrelationen zur Dissoziation keine Berücksichtigung fänden.

Bei den vorliegenden hochsignifikanten Ergebnissen fällt trotzdem der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ins Auge. Die Vermutung, dass dissoziative Phänomene ein Bestandteil des Symptomenkomplexes PTSD sind, jedoch umgekehrt nicht zwangsläufig jedes traumati-

sche Erlebnis dissoziative Phänomene hervorrufen muss, wird durch das vorliegende Ergebnis bestätigt.

Im Kontext des Ergebnisses des DESTAX sei noch ein weiteres Mal auf das Ergebnis des PHQ-D mit den signifikant höheren Werten im somatoformen Modul hingewiesen. Es darf angenommen werden, dass es sich bei einem Teil der somatoformen Beschwerden der Patienten um Störungen im Bereich somatoformer Dissoziation handelt. Hierzu forschen besonders die beiden Holländer Nijenhuis und Näring. Ihr Anliegen ist es aufzuzeigen, dass traumatische Erlebnisse nicht nur zu psychischer Dissoziation wie Amnesie, Derealisation und Depersonalisation führen können, sondern häufig auch mit somatoformen dissoziativen Symptomen wie Analgesie, Anästhesie, Bewusstlosigkeit und motorischen Beeinträchtigungen verbunden sein können (Nijenhuis, 1999; Näring et al., 2005). Sie haben dazu einen spezifischen Fragebogen, den Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) entwickelt, mit dem die somatoformen dissoziativen Symptome spezifischer als mit dem FDS untersucht werden können.

4.6 IES

Zur Symptomerfassung traumatischer Beschwerden und zur Verlaufsbeobachtung Posttraumatischer Belastungsstörungen hat sich die Impact of Event Scale zum international am häufigsten verwendeten Fragebogen entwickelt. Es wird die Einwirkung eines traumatischen Ereignisses im subjektiven Erleben des Betroffenen gemessen, und zwar in den Dimensionen Intrusion und Vermeidung. Die Ergebnisse besitzen Relevanz und Gültigkeit für weite Bereiche traumatischen Erlebens. Ihre Validität konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden (Horowitz et al., 1979; Hütter et al., 1997; Sack, 2004).

Das vorliegende Ergebnis zeigt einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den beiden getesteten Gruppen auf. In der Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung ergaben sich höhere Werte in den beiden Subskalen Intrusion und Vermeidung sowie auch im Gesamtergebnis. Die Patienten mit einer Traumafolgestörung waren durch die Symptome, die sie infolge des Traumas erlitten hatten, sehr viel stärker betroffen, die Intensität der posttraumatischen Beschwerden war größer. Patienten mit einer PTBS leiden stärker unter den Symptomen der Vermeidung und Intrusion als Patienten, die eine andere Diagnose erhalten haben, d.h. keine PTSD haben, aber trotzdem über ein schwer belastendes oder traumatisches Erleben berichteten. Mit der vorliegenden Untersuchung werden somit erneut Forschungsergebnisse bestätigt, dass traumatische Erlebnisse subjektiv unterschiedlich verarbeitet werden und nicht jedes traumatische Erlebnis zu einer PTBS führen muss. Sind aber die Kriterien für die Diagnose einer Traumafolgestörung bei Patienten erfüllt, leiden diese signifikant häufiger an Symptomen der Vermeidung und Intrusion.

4.7 DKB-35

Obwohl zahlreiche Studien vorliegen, in denen der Zusammenhang zwischen (sexueller) Traumatisierung und Essstörungen nachgewiesen werden konnte (Gustafson et al., 2004; Feldman et al., 2007; Kong et al., 2009), gibt es erst in der neueren Forschung Ansätze und Ergebnisse, die sich mit den Auswirkungen von Traumatisierungen auf das Körperbild auseinandersetzen (Gardner et al., 1990; Byram et al., 1995; Weiner et al., 1997; Thompson et al., 2001; Cash et al., 2002); wobei auch hier in erster Linie der Zusammenhang zwischen einer *sexuellen* Traumatisierung und dem Körperbild im Fokus steht. Trotz intensiver online-Recherche in PubMed, der U.S. National Library of Medicine, ließ sich kein Ergebnis für den Zusammenhang von anderen Traumatisierungen wie Naturkatastrophen, Unfällen oder Folter und body image finden. In einer aktuellen Studie, bei der der Fragebogen zum Körperbild (FKB-20) eingesetzt wurde, war das Ergebnis, dass sexuell traumatisierte Frauen im Bezug auf ihre Körperzufriedenheit ein signifikant negativeres Ergebnis vorwiesen als nicht-sexuell traumatisierte und nicht-traumatisierte Frauen (Sack et al., 2010).

Die Auswertung des Dresdner Körperbildfragebogens zeigte in keiner der fünf Dimensionen Sexualität, Vitalität, Selbstaufwertung, Körperkontakt und Selbstakzeptanz einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Traumafolgestörung.

Da in der vorliegenden Studie nicht zwischen sexuell und nicht-sexuell traumatisierten Patienten unterschieden wurde, muss die Frage offen bleiben, inwieweit das Ergebnis mit den anderen Studien übereinstimmt oder differiert. Zudem wurde mit dem DKB-35 ein recht neuer Fragebogen eingesetzt, dessen Dimensionen sich im Hinblick auf andere Fragebögen zum Körperbild unterscheiden und dessen externe Validität in weiteren Studien noch geprüft werden muss. In einer abgeschlossenen Studie konnten allerdings bisher gute psychometrische Werte belegt werden und es gelang eine Differenzierung zwischen der gesunden und klinischen Stichprobe (Pöhlmann et al., 2008)

4.8 Ausblick

Aus den diskutierten Ergebnissen ergeben sich einige weiterführende Themen, deren Erforschung sich an diese Studie anschließen könnte.

Zum einen stellt sich die Frage, ob sich aus den erhöhten Werten für somatoforme Störungen und Dissoziationen weitere Gemeinsamkeiten und Schnittpunkte ergeben würden, wie sie beispielsweise Näring und Nijenhuis (2005) mit ihrem Konzept der somatoformen Dissoziation postulieren. Dazu wäre z.B. der Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) ein geeignetes Messinstrument (Nijenhuis, 1999).

Eine weitere Fragestellung könnte darin bestehen, ob sich die in anderen Studien gefundenen Ergebnisse einer Körperbildstörung bei sexueller Traumatisierung auch anhand des DKB-35 nachweisen ließen. Und ob nicht auch andere als sexuelle Traumatisierungen zu Körperbildstörungen führen können.

Und als letztes ergibt sich immer wieder auch die Frage nach der komplexen PTSD und ihren Besonderheiten in Symptomatik, Krankheitserleben und vielleicht sogar im Hinblick auf ein gestörtes Körperbild, um sie irgendwann als eigene Diagnose auch im ICD-10 verankern zu können.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich in einer retrospektiven Untersuchung mit den Unterschieden in der Symptomatik, dem Beschwerdeerleben sowie dem Körperbild zwischen Patienten, die an einer Traumafolgestörung leiden und Patienten mit einer anderen psychischen Erkrankung. Aufgenommen wurden insgesamt N=367 Patienten, die sich zwischen Februar 2008 und September 2009 entweder in der psychosomatischen Allgemeinambulanz oder der traumaorientierten Spezialambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München zu einem Erstgespräch vorstellten.

Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 39,2 (\pm 13,2) Jahren. Anhand der gestellten Diagnosen befanden sich n=101 Frauen und n=27 Männer in der Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung, in der ohne Traumafolgestörung waren es n=147 Frauen und n=92 Männer.

Im Hinblick auf die soziodemographischen Daten wies die Gruppe der Patienten mit Traumafolgestörung signifikant höhere Werte für das Geschlechtsverhältnis zugunsten der Frauen auf (78,9% ♀ und 21,1% ♂ vs. 38,5% ♀ und 61,5% ♂) und es fanden sich signifikant mehr Patienten, die nach einem Hauptschulabschluss keine Lehre abgeschlossen haben (8,7% vs. 2,5%).

In dem über den PHQ-D erfragten Befinden gaben die Patienten mit Traumafolgestörung signifikant häufiger somatoforme Störungen an, unterschieden sich aber nicht im Hinblick auf depressive Symptome und Angst- bzw. Panikstörungen von den Patienten ohne Traumafolgestörung. Auch in den weiteren mit standardisierten und validen Fragebögen getesteten Komplexen gab es hochsignifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen: Sowohl bei den relevanten Traumatisierungen in der Geschichte der Patienten, die anhand der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) erfragt wurden, in der Ausprägung pathologischer dissoziativer Phänomene, wie sie mit dem Dissociative Experiences Scale Taxon (DESTAX) abgebildet werden, als auch im Beschwerdeerleben der Folgen der traumatischen Ereignisse, wie sie die Impact of Event Scale (IES) erfragt, zeigten sich die differenten Ergebnisse. Lediglich in den fünf Dimensionen, die der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35) darstellt, gab es keine signifikanten Abweichungen zwischen den beiden Gruppen.

Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse die Komplexität und Variabilität in der Ausprägung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Krankheit hat Einfluss auf verschiedene Lebensbereiche der Patienten und kann sich in überaus unterschiedlichen Symptomen äußern und erfordert auch in der Zukunft weitere Forschungsarbeiten.

6 Literaturverzeichnis

- Andreski, P., Chilcoat, H., Breslau, N.: Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res* 79 (1998): 131-138.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. APA Washington D.C., 1994.
- Banyard, V.L., Williams, L.M., Siegel, J.A.: The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *J Trauma Stress* 14 (2001): 697-715.
- Bernstein, E.M., Putnam, F.W.: Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 174 (1986): 727-735.
- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A., Sack, M.: Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychother Psych Med* 58 (2008): 192-199.
- Bremner, J.D., Southwick, S.M., Darnell, A., Charney, D.S.: Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry* 153 (1996): 369-375.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson, E.L., Schultz, L.R.: Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 54 (1997): 1044-1048.
- Byram, V., Wagner, H.L., Waller, G.: Sexual abuse and body image distortion. *Child Abuse Negl* 19 (1995): 507-510.
- Cash, T.F., Pruzinsky, T.: *Body images: Development, deviance, and change*. Guilford Press, New York, 1990.
- Cash, T.F., Pruzinsky, T.: *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press, New York, 2002.
- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., Kolk, B.V., Pynoos, R., Wang, J., Petkova, E.: A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress* (2009): 399-408.

- Davis, L., Siegel, L.J.: Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review and analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 3 (2000): 135-154.
- Dilling, H., Mombour, W., Organisation mondiale de la santé: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. H. Huber, Bern etc., 1994.
- Eckhardt, A., Hoffmann, S.O.: Dissoziative Störung als Folge von Misshandlung und Missbrauch in: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Egle, U. T., Hoffmann, S. O., Joraschky, P., Schattauer, Stuttgart, 1997, 225-236.
- Ehlers, A.: Posttraumatische Belastungsstörung - Fortschritte der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen, 1996.
- Eitinger, L.: Concentration camp survivors in Norway and Israel. *Isr J Med Sci* 1 (1965): 883-895.
- Feldman, M.B., Meyer, I.H.: Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *Int J Eat Disord* 40 (2007): 418-423.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S.: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 14 (1998): 245-258.
- Fisher, S.: The evolution of psychological concepts about the body. in: *Body images: Development, deviance, and change*. Cash, T. F., Pruzinsky, T., Guilford Press, New York, 1990.
- Fisher, S., Cleveland, S.E.: *Body image and personality*. Van Nostrand, Princeton, N.J., 1958.
- Foa, E.B.: *The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) manual*. National Computer Systems, Minneapolis, 1995.
- Foa, E.B., Cashamn, L., Jaycox, L., Perry, K.: The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assess* 9 (1997): 445-451.

- Ford, J.D.: Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *J Consult Clin Psychol* 67 (1999): 3-12.
- Freud, S.: Studien über Hysterie. GW I. 5. Aufl. Fischer 1977, Frankfurt a. M., 1895.
- Freyberger, H.J., Spitzer, C., Stieglitz, R.D., Kuhn, G., Magdeburg, N., Bernstein-Carlson, E.: Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES). *Psychother Psychosom Med Psychol* 48 (1998): 223-229.
- Gallagher, S.: Body image and body schema: a conceptual clarification. *The Journal of Mind and Behavior* 7 (1986): 541-554.
- Gardner, R.M., Gardner, E.A., Morrell, J.A., Jr.: Body image of sexually and physically abused children. *J Psychiatr Res* 24 (1990): 313-321.
- Gast, U.: Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen in: Praxis der Traumatherapie. Lamprecht, F. H., Pfeiffer, bei Klett-Cotta, Stuttgart, 2000, 164-211.
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H.: Über die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma. Ein kritischer Überblick. *Nervenarzt* 76 (2005): 20-27.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., Löwe, B.: Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostika* 50 (2004): 171-181.
- Gustafson, T.B., Sarwer, D.B.: Childhood sexual abuse and obesity. *Obes Rev* 5 (2004): 129-135.
- Head, H.: Studies in neurology. H. Frowde, Hodder & Stoughton, Ltd., London, 1920.
- Herman, J.: Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS) in: Posttraumatic Stress Disorder - DSM IV and beyond. Davidson, J. R., Foa, E. B., American Psychiatric Press, Washington, 1993, 213-228.
- Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W.: Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychother Psychosom Med* 41 (1979): 209-218.

- Hütter, B.O., Fischer, G.: Clinimetric evaluation of the German version of the Impact of Event Scale. Tagung der Europäischen Gesellschaft für Traumatische Stress Studien, Maastricht, 1997.
- Janet, P.: L'automatisme psychologique; essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Alcan, Paris, 1889.
- Kapfhammer, H.P.: Posttraumatische Belastungsstörung in: Psychiatrie und Psychotherapie. Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H. P., Springer-Verlag, Berlin, 2000, 1247-1273.
- Kapfhammer, H.P.: Somatisierung als Korrelat komplexer posttraumatischer Persönlichkeitsveränderungen. Persönlichkeitsstörungen 9 (2005): 116-126.
- Kardiner, A.: The traumatic neuroses of war. Washington, 1941.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 52 (1995): 1048-1060.
- Kong, S., Bernstein, K.: Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. J Clin Nurs 18 (2009): 1897-1907.
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Grafe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., Buchholz, C., Witte, S., Herzog, W.: Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. J Affect Disord 78 (2004): 131-140.
- Löwe, B., Unutzer, J., Callahan, C.M., Perkins, A.J., Kroenke, K.: Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. Med Care 42 (2004): 1194-1201.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.: Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) Diagnosis Part One: Assessment. Directions in Psychiatry 21 (2001): 373-394.
- Maercker, A., Schützwohl, M.: Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala - revidierte Version (IES-R). Diagnostika 44 (1998): 130-141.

- McFarlane, A.C., Bookless, C., Air, T.: Posttraumatic stress disorder in a general psychiatric inpatient population. *J Trauma Stress* 14 (2001): 633-645.
- Meermann, R.: Körperschemastörungen. unveröffentl. Habilitationsschrift, Universität Münster, 1985.
- Näring, G., Nijenhuis, E.R.: Relationships between self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform dissociation, and absorption, in two non-clinical populations. *Aust N Z J Psychiatry* 39 (2005): 982-988.
- Nathanson, C.A.: Illness and the feminine role: a theoretical review. *Soc Sci Med* 9 (1975): 57-62.
- Nijenhuis, E.R.S.: Somatoform dissociation: phenomena, measurement, and theoretical issues. Van Gorcum, Assen, The Netherlands, 1999.
- Ouimette, P., Cronkite, R., Henson, B.R., Prins, A., Gima, K., Moos, R.H.: Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients. *J Trauma Stress* 17 (2004): 1-9.
- Page, H.: Inquiries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion in: *Posttraumatic neurosis: From railway spine to wip splash*. Trimble, M. R., Churchill, London, 1883.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H.U.: Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 101 (2000): 46-59.
- Pick, A.: Über Störungen der Orientierung am eigenen Körper. *Arbeiten aus der Deutschen psychiatrischen Klinik Prag*. Krager, Berlin, 1908.
- Pick, A.: Zur Pathologie des Bewußtseins vom eigenen Körper. *Kriegsmed Neurol Centralbl*, 34 (1915): 257-264.
- Pöhlmann, K., Thiel, P., Joraschky, P.: Entwicklung und Validierung des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35) in: *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen*. Joraschky, P., Lasusberg, H., Pöhlmann, K. H., Psychosozial, Gießen, 2008, 57-72.

- Price, C.: Dissociation reduction in body therapy during sexual abuse recovery. *Complement Ther Clin Pract* 13 (2007): 116-128.
- Priebe, S., Nowak, M., Schmiedebach, H.P.: Trauma und Psyche in der deutschen Psychiatrie seit 1889. *Psychiatr Prax* 29 (2002): 3-9.
- Ross, C.: *The Trauma Model: a solution to the problem of comorbidity in psychiatry*. Manitou, Richardson, 2000.
- Rudolf, G., Stratman, H.: Psychogene Störungen bei Männern und Frauen. *Z Psychosom Psychother* 35 (1983): 201-219.
- Sack, M.: Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 75 (2004): 451-459.
- Sack, M., Boroske-Leiner, K., Lahmann, C.: Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 32 (2010): 315-320.
- Sack, M., Lahmann, C., Jaeger, B., Henningsen, P.: Trauma prevalence and somatoform symptoms: are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences? *J Nerv Ment Dis* 195 (2007): 928-933.
- Sanders, B., Giolas, M.H.: Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *Am J Psychiatry* 148 (1991): 50-54.
- Schilder, P.: *The image and appearance of the human body: studies in the constructive energies of the psyche*. International Universities Press, New York, N.Y., 1950.
- Secord, P.F., Jourard, S.M.: The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol* 17 (1953): 343-347.
- Seidler, G.H., Hofmann, A., Rost, C.: Der psychisch traumatisierte Patient in der ärztlichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt* 5 (2002): A-295/B-234/C-221.
- Shontz, F.C.: Body image and physical disability. in: *Body images: Development, deviance, and change*. Cash, T. F., Pruzinsky, T., Guilford Press, New York, 1990, 149-169.
- Slade, P.D.: What is body image? *Behav Res Ther* 32 (1994): 497-502.

- Spitzer, C., Freyberger, H.J., Stieglitz, R.D., Carlson, E.B., Kuhn, G., Magdeburg, N., Kessler, C.: Adaptation and psychometric properties of the German version of the Dissociative Experience Scale. *J Trauma Stress* 11 (1998): 799-809.
- Spitzer, C., Mestel, R., Klingelhofer, J., Gansicke, M., Freyberger, H.J.: Screening und Veränderungsmessung dissoziativer Psychopathologie: Psychometrische Charakteristika der Kurzform des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS-20). *Psychother Psychosom Med Psychol* 54 (2004): 165-172.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.: 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 (1999): 1737-1744.
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., Senf, W.: Trauma, posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 54 (2004): 198-205.
- Thiel, P.P.: Der Dresdner Körperbildfragebogen: Entwicklung und Validierung eines mehrdimensionalen Fragebogens. Unveröffentlichte Dissertation, Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden, 2007.
- Thompson, J.K.: *Body image disturbance: assessment and treatment*. Pergamon Press, Elmsford, N.Y., U.S.A., 1990.
- Thompson, J.K.: *Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association, Washington, DC, 1999.
- Thompson, J.K.: The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image* 1 (2004): 7-14.
- Thompson, J.K., Smolak, L., American Psychological Association.: *Body image, eating disorders, and obesity in youth : assessment, prevention, and treatment*. American Psychological Association, Washington, DC, 2001.
- van de Kemp, H. (2003): Alexandra Adler (1901 - 2001) (<http://www.psych.yorku.ca/femhop/Adler.htm>) (Stand: 24.08.2010).

- Van der Hart, O., Boon, S., Op den Velde, W.: Trauma und Dissoziation in: Trauma, Dissoziation und Hypnose. Van der Hart, O., Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse, 1991, 55-71.
- van der Kolk, B. (1995): Psychische Folgen traumatischer Erlebnisse: Psychologische, biologische und soziale Aspekte von PTSD. (<http://spiritsofsurvival.opfernetz.de/vanderKolk.htm>) [Stand 18.08.2010].
- van der Kolk, B.A.: The Complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development in: Traumatic Stress. The Effects of overwhelming experience on mind, body, and society. van der Kolk, B. A., McFarlane, A., Weisaeth, L. H., Guilford Press, New York, London, 1996, 182-214.
- van der Kolk, B.A., Fisler, R.: Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. J Trauma Stress 8 (1995): 505-525.
- van der Kolk, B.A., van der Hart, O.: Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. Am J Psychiatry 146 (1989): 1530-1540.
- Walker, E.A., Katon, W.J., Hansom, J., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Jones, M.L., Hickok, L., Jemelka, R.P.: Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. Psychosom Med 54 (1992): 658-664.
- Waller, N.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B.: Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analysis of dissociatives experiences. Psychol Methods 1 (1996): 300-321.
- Weiner, K.E., Thompson, J.K.: Overt and covert sexual abuse: relationship to body image and eating disturbance. Int J Eat Disord 22 (1997): 273-284.
- Wöller, W.: Die Bindung des Mißbrauchsopfers an den Mißbraucher. Psychotherapeut 43 (1998): 117-120.
- Zlotnick, C., Shea, M.T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., Begin, A.: The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. Compr Psychiatry 37 (1996a): 12-16.

ANHANG

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

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 letzten 4 Wochen 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 letzten 2 Wochen 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"/>

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

3 Fragen zum Thema „Angst“

NEIN

JA

- a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.

- b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?
- c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?
- d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?

4 Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

NEIN

JA

- a. Bekamen Sie schlecht Luft?
- b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?
- c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?
- d. Haben Sie geschwitzt?
- e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?
- f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?
- g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?
- h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?
- i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?
- j. Zitterten oder bebten Sie?
- k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?

5 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Überhaupt nicht

An einzelnen Tagen

An mehr als der Hälfte der Tage

- a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis

Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.

- b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt
- c. Leichte Ermüdbarkeit
- d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen
- e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen
- f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen
- g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit

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 | Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel) |
| 9. | JA | NEIN | Folter |
| 10. | JA | NEIN | Lebensbedrohliche Krankheit |
| 11. | 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. _____

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"/>

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen im Augenblick auf Sie zutreffen.

1. Ich bewege mich anmutig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
2. Ich bin häufig körperlich angeschlagen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
3. Mir fehlt es an Spannkraft und Elan.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
4. In der Sexualität spüre ich meinen Körper angenehm und intensiv.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
5. Körperkontakt ist mir wichtig, um Nähe auszudrücken.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
6. Ich fühle mich körperlich oft schlapp.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
7. Es gibt viele Situationen, in denen ich mit meinem Körper zufrieden bin.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
8. Ich bin körperlich fit.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
9. Ich bin mit meinem sexuellen Erleben sehr zufrieden.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
10. Andere Menschen finden mich attraktiv.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
11. Ich suche körperlich Nähe und Zärtlichkeit.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
12. Ich mag meinen Körper.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
13. Ich finde es angenehm und anregend, wenn jemand mich aufmerksam anschaut.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
14. Ich habe viel Energie	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
15. Ich wähle meine Kleidung bewusst so, dass sie meinen Körper verbirgt.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
16. Sexualität ist für mich ein wichtiger Lebensbereich.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
17. Ich bin körperlich leistungsfähig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
18. Ich fühle mich oft in meinem Körper unwohl.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
19. Ich mag es nicht, wenn man mich anfasst.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig

20. Wenn jemand meinem Körper Aufmerksamkeit schenkt, fühle ich mich aufgewertet.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
21. Ich kann sexuelle Situationen ungehemmt genießen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
22. Ich lasse mich gern in den Arm nehmen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
23. Ich wünsche mir einen anderen Körper.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
24. Ich vermeide es bewusst, andere Menschen zu berühren.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
25. Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
26. Ich komme körperlich schnell an meine Grenzen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
27. Ich kann meine Sexualität genießen	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
28. Wenn ich etwas an meinem Körper verändern könnte, würde ich es tun.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
29. Mein Körper ist ausdrucksvoll.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
30. Körperliche Berührungen lasse ich nur von wenigen Menschen zu.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
31. Ich setze meinen Körper ein, um Aufmerksamkeit zu erlangen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
32. Ich bin körperlich belastbar und widerstandsfähig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
33. Ich zeige meinen Körper gern.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
34. Ich stehe gern im Mittelpunkt.	nicht	Kaum	teilweise	weitgehend	völlig
35. Meine sexuellen Erfahrungen sind befriedigend für mich.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen sehr herzlich bedanken, die mich bei der Durchführung meiner Doktorarbeit unterstützt haben und ohne die die Erstellung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre:

An erster Stelle sei mein Betreuer Herr PD Dr. Claas Lahmann genannt. Vielen Dank für die hervorragende Betreuung, die großzügige Unterstützung und die Ermutigung bei der Erstellung meiner Arbeit.

Desweiteren bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. Peter Henningsen für die Überlassung des Themas.

Frau Marten-Mittag möchte ich für die geduldige und sehr hilfreiche Unterstützung bei der statistischen Datenauswertung danken.

Nicht genug danken kann ich meinen Freunden Walter Berger, Eva Mang, Stefanie Kuhn und Susanne Staudt für die liebevolle Unterstützung, die Diskussionen und die Korrekturen - nicht nur während der Zeit der Dissertation. Schön, dass es Euch gibt!

Auch Herrn Dr. Mathias Lohmer gilt mein Dank für seine ermutigende Unterstützung, mich der Herausforderung der Promotion zu stellen und dem steten Versuch der "Entängstigung".

Und ich möchte meiner Schwester Sabine Ameloh danken, die sich - ganz überraschend - für das Geheimnis und gegen die Neugier entschieden hat. Jetzt ist es gelüftet...

Schließlich möchte ich diese Gelegenheit nutzen, um mich bei meinen Eltern, Erika und Heinz Ameloh, für ihre Unterstützung während meiner gesamten Studienzeit herzlich zu bedanken: Ihnen widme ich meine Dissertation!

Und zu guter Letzt einen lieben Dank auch an meine Oma, Gerda Klaus.