

LENA SCHIFFERDECKER
 CLAUDIA GÄRTNER
 PEER ABILGAARD
 MICHAEL SCHIFFERDECKER

Traumatisierte Patienten in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung

Die Belastungssymptomatik als Ausdruck traumatischer Erfahrungen

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass traumatische Erlebnisse tendenziell mit einer erhöhten Belastungssymptomatik einhergehen. Von 109 PatientInnen gaben 93% an, mindestens eine traumatische Erfahrung im Laufe des Lebens gemacht zu haben. Am häufigsten wurde in der vorliegenden Stichprobe von emotionaler Gewalt und emotionaler Vernachlässigung berichtet. Womöglich sind es allgemein häufiger die emotionalen und weniger die sexuellen Misshandlungen, die in psychiatrischen Kliniken präsent sind. Diese Erkenntnis trägt zu einem wesentlichen wissenschaftlichen Fortschritt bei und bietet die Basis für weiterführende Studien.

Schlüsselbegriffe

Trauma, emotionale Misshandlung, Vernachlässigung, Belastungssymptomatik, Posttraumatische Belastungsstörung

Einleitung

Psychische Traumatisierung und Traumafolgestörungen aufgrund einschneidender belastender Erlebnisse werden seit dem Ende des 19. Jahrhunderts diskutiert und in ihrer Ursächlichkeit und ihrem Einfluss auf die psychische Befindlichkeit immer wieder unterschiedlich interpretiert (Priebe, Nowak & Schmiedebach, 2002). In der akutpsychiatrischen Regelversorgung sind Patientinnen und Patienten mit traumatisch belasteten Biographien auch heutzutage allgegenwärtig, ohne dass dies den Behandlerinnen und Behandlern immer bewusst ist. Im klinischen Alltag werden die erhobenen psychopathologischen Befunde aus verschiedenen Gründen zumeist anderen Diagnose-Clustern zugeordnet (Wöller, 2014). Die Ursachen dafür sind vielfältig. Dabei spricht vieles dafür, den Zusammenhang unspezifischer Symptome, wie eine gestörte Stresstoleranz, Affektinstabilität, selbstverletzendes Verhalten etc., daraufhin zu untersuchen, inwieweit eine traumatisch belastete Biographie die psychische Erkrankung mit verursacht.

Viele Studien konzentrieren sich auf die Traumatisierung spezieller Gruppen, wie beispielsweise Migranten, Asylbewerber, kriegs- und folterüberlebende Flüchtlinge (Tagay et al., 2008; Ruf, Schauer & Elbert, 2010; Birck, 2004).

In der Literatur werden zum Verständnis von Misshandlungsfolgen regelmäßig bindungstheoretische Ansätze erwähnt (Bowlby, 1995; Main, 2001; Brisch, 2006). Der Forschungsüberblick zeigt den Einfluss von Vernachlässigung auf das Bindungsverhalten und thematisiert die erhöhte Vulnerabilität für Angststörungen, Phobien und auch schädigende Selbstkonzepte (Egle & Nickel, 2000; Main, 2001).

Weiter werden die aus den Misshandlungen resultierenden möglichen Konsequenzen psychopathologischer Auffälligkeiten (Herman, 2003; Flatten, Gast, Hofmann et al., 2011; Pennebaker & Beall, 1986), aber auch die Auswirkung von emotionaler Vernachlässigung und emotionaler Gewalt als wesentliche Prädiktoren für psychopathologische Konsequenzen diskutiert (Hawley,

Eingegangen: 26.09.2015
 Angenommen: 07.10.2015

Halle & Drasin et al., 1995; Spertus, Yehuda, Wong et al., 2003).

Laut der Bremer Jugendstudie mit 1035 Teilnehmern von Essau, Conradt und Petermann (1999) haben 22,5 % mindestens eine traumatische Erfahrung gemacht; 1,7 % erfüllten die Kriterien einer PTBS; allerdings nahm nur ein Bruchteil dieser Untergruppe psychologische Hilfe in Anspruch. Eine weitere Studie erforschte die Belastungssymptomatik ausschließlich weiblicher Befragter aus dem Krefelder Zentrum für Psychotraumatologie mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Bering, Eberhardt, Fischer & Pietrowsky, 2011).

Es gibt bis zum jetzigen Zeitpunkt allerdings nur wenige Studien, die traumatisch belastete Biographien aller Patienten und Patientinnen im klinischen Kontext überprüfen.

Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, zunächst eine Bestandsaufnahme hinsichtlich traumatisierter und nicht traumatisierter Patienten und Patientinnen in psychiatrischen Fachkliniken vorzunehmen und dann den möglichen Einfluss erlebter Traumata auf die Belastungssymptomatik aufzuzeigen.

Trauma und Komorbidität psychischer Störungen

Ein Trauma ist kein objektives Erlebnis, auf das unterschiedliche Individuen gleich reagieren, sondern es ist abhängig vom Entwicklungsstand eines jeden Menschen und der Interpretation bzw. Bewertung der traumatisierenden Situation (Streeck-Fischer, 2006).

Traumainduzierende Erlebnisse sind dementsprechend ausschlaggebend für die Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung. Aus unterschiedlichen Studien geht hervor, dass die Komorbiditätsrate bei der Prävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sehr hoch ist (Egle & Hardt, 2005; Butollo, Hagl & Krüsmann, 1999). So misst McFarlane (2000) der PTBS grundsätzlich hinsichtlich der Entwicklung schwerer psychischer Störungen eine hohe Bedeutung bei.

Besonders depressive Störungen, somatoforme Störungen, Substanzmittelabusus, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen weisen nach Naser und Müller (2011) eine hohe Komorbidität mit einer PTBS auf.

Traumatische Erfahrungen stehen auch in Zusammenhang mit einer erhöhten Komorbidität für körperliche Erkrankungen. Nachgewiesen ist die häufigere Inanspruchnahme von somatisch tätigen Ärzten (Jackson, Cushing, Gabrielli et al., 2015). Die körperlichen Beschwerden können sehr vielfältig sein und reichen von chronischen Schmerzsyndromen (Leisner, Gerhardt, Tesarz et al., 2014; Liedl & Kaevelsrud, 2008) mit konsekutiver Schmerzmittelabhängigkeit und Asthma (Bhan, Glymour, Kawachi et al., 2014) bis zu einem 6-fach erhöhten Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden (Boscarino, 2006; Sumner, Kubansky, Elkind et al., 2015). Bessel van der Kolk (1994) nennt diese Konstellation: »The Body keeps the Score«.

Empirische Studie

Die folgende empirische Studie will auf Basis der aktuellen Forschungsergebnisse Zusammenhänge zwi-

schen der Art der Traumatisierung und der Belastungssymptomatik, wie sie sich bei stationären und teilstationären Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Kliniken präsentiert, aufzeigen und damit für die Beachtung traumatischer Biographien in der akuten psychiatrischen Versorgung sensibilisieren.

Studiendesign

Es liegt eine klinische Fragebogenstudie vor. Die verwendeten Fragebögen basieren auf einer retrospektiven Befragungsmethode, bei der die PatientInnen zum einen angeben mussten, ob sie bestimmte Symptome innerhalb der letzten sieben Tage hatten (SCL-90-S) und zum anderen, ob sie bestimmten traumatischen Situationen im Laufe ihres Lebens ausgesetzt waren (TEC).

Material

Zur Erfassung traumatischer Ereignisse wurde die Traumatic experience Checklist (TEC) von E. R. S. Nijenhuis verwendet, ein 29 Items umfassender retrospektiver Fragebogen mit fünf Subskalen: 1) emotionale Vernachlässigung, 2) emotionale Gewalt, 3) körperliche Bedrohung, 4) sexuelle Belästigung, 5) sexuelle Gewalt. Ein Summenscore (total trauma score/tectot) gibt Auskunft über die Anzahl der traumainduzierenden Erlebnisse, die im Laufe des Lebens erfahren wurden. Auf Basis der Items wird im Folgenden die jeweilige traumatische Erfahrung definiert.

Um die allgemeine Belastungssymptomatik der gleichen Stichprobe zu erfassen, wurde der SCL-90-S verwendet. Der Selbstbeurteilungsfragebogen wird weltweit am häufigsten eingesetzt und ist kein In-

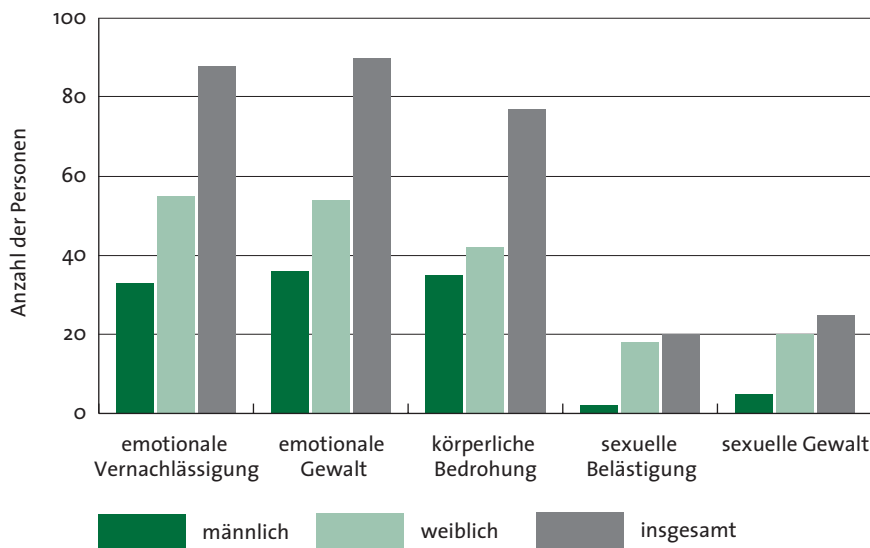


Abbildung 1: Traumaerfahrung, getrennt nach Geschlecht

strument, um eine Diagnose zu erstellen. Er besteht aus 90 Items und neun Subskalen Somatisierung, Ängstlichkeit, Aggressivität, Unsicherheit im Sozialkontakt, Psychotizismus, Zwanghaftigkeit, paranoides Denken, Phobische Angst, Depressivität. Die Werte der einzelnen Subskalen geben Aufschluss über die Schwere der Belastungssymptomatik. Weiter gibt es drei globale Kennwerte, welche die psychische Belastung der vergangenen sieben Tage festhält (GSI, PSDI, PST).

Datenerhebung

Vor Beginn der Datenerhebung wurde ein positives Ethikvotum bei der Ärztekammer Nordrhein eingeholt. Im Zeitraum von Januar bis März 2014 wurden den PatientInnen in vier psychiatrischen Facheinrichtungen beide Fragebögen ausgehändigt. In der Auswertung wurden die Angaben von 135 PatientInnen berücksichtigt. Die Stichprobengröße kann sich aufgrund fehlender Angaben zu traumatischen Erlebnissen

(TEC) unterscheiden und wird in diesen Fällen explizit angegeben. PatientInnen, die nicht zu allen Subskalen Aussagen gemacht haben, werden beim Summenscore (total trauma score/tectot) nicht berücksichtigt.

Die deskriptive Datenanalyse wurde mit dem Statistikprogramm »statistical package of the social science 21« durchgeführt. Es wurden t-Tests, Korrelationen und Regressionen durchgeführt.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Die Probanden der vorliegenden Studie waren stationäre oder teilstationäre Patientinnen und Patienten (N = 135) des Fliedner Krankenhauses in Ratingen, der Fliedner Klinik in Gevelsberg, der Fliedner Klinik Düsseldorf und der Helios St. Vinzenz Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Gerontopsychiatrie in Duisburg. 57 Patienten und 78 Patientinnen mit einem Durchschnittsalter von 41,23 (SD = 13.31) Jahren

wurden in dem oben genannten Zeitraum befragt.

Von den 135 befragten PatientInnen, machten 109 Angaben zu allen erfassten traumatischen Erlebnissen. Von ihnen gaben 93 % an, mindestens ein traumatisches Erlebnis im Laufe des Lebens erfahren zu haben, wobei durchschnittlich 6.2 (SD = 4.42) Traumata erlebt wurden (Minimum: 0; Maximum: 21). Männer erlebten durchschnittlich weniger traumainduzierende Erlebnisse (M = 5.71, SD = 4.13) als Frauen (M = 6.6, SD = 4.64). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern erwies sich aber als nicht signifikant. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigt folgende Abbildung 1 hinsichtlich der Traumaerfahrungen und der Anzahl der Personen, die spezifische Traumata erlebten.

Die Auswertung der erlebten traumatischen Erfahrungen anhand der fünf Subskalen zeigt, dass emotionale Gewalt am häufigsten von den PatientInnen (88 von N = 129) berichtet wurde, gefolgt von emotionaler Vernachlässigung (90 von N = 132). Körperliche Bedrohung wurde im Durchschnitt von weniger als jedem zweiten bestätigt (77 von N = 121), wohingegen über sexuelle Belästigung (20 von N = 129) und sexualisierte Gewalt (25 von N = 132) selten berichtet wurde.

50 % der PatientInnen benannten familiäre Probleme in Form von Armut, alkohol- bzw. drogensüchtigem Elternteil oder psychiatrischen Erkrankungen bei Familienmitgliedern. 5,2 % der Befragten gaben darüber hinaus an, einen Krieg miterlebt zu haben.

Betrachtet man die gestellten Diagnosen hinsichtlich einer posttrau-

matischen Belastungsstörung, so zeigt sich, dass trotz Vorliegen einer häufig erheblich traumabelasteten Biographie die Diagnose der PTBS nur einmal in der Hauptdiagnose und lediglich 12-mal in der Nebendiagnose vergeben wurde.

Diagnosegruppen und erlebte Traumata

Um die Prävalenz traumatischer Lebensereignisse nach Störungsbildern zu differenzieren, wurden die unterschiedlichen Traumaarten nach Diagnosegruppen unterteilt (Abb. 2).

PatientInnen mit einer Diagnose aus der Gruppe der affektiven Störung (F3, N = 75) schildern im Durchschnitt 6.95 (SD = 4.83) Traumata. Emotionale Vernachlässigung, emotionale Gewalt und körperliche Bedrohung waren hier die primären Traumaerfahrungen.

PatientInnen aus der Diagnosegruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6, N = 7) gaben durchschnittlich 6.43 (SD = 4.55) traumainduzierende Erlebnisse im Laufe ihres Lebens an. Am häufigsten wird von emotionaler Vernachlässigung und emotionaler Gewalt berichtet. Auffällig hoch sind auch die Angaben zur sexuellen Belästigung und sexualisierten Gewalt.

Von körperlicher Bedrohung und emotionalen Gewalterfahrungen ist die Diagnosegruppe der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1, N = 15) geprägt. Im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen sind sexualisierte Gewalterfahrungen häufig erlebt worden. Die PatientInnen berichten von durchschnittlich 4.87 (SD = 2.53) traumatischen Erlebnissen.

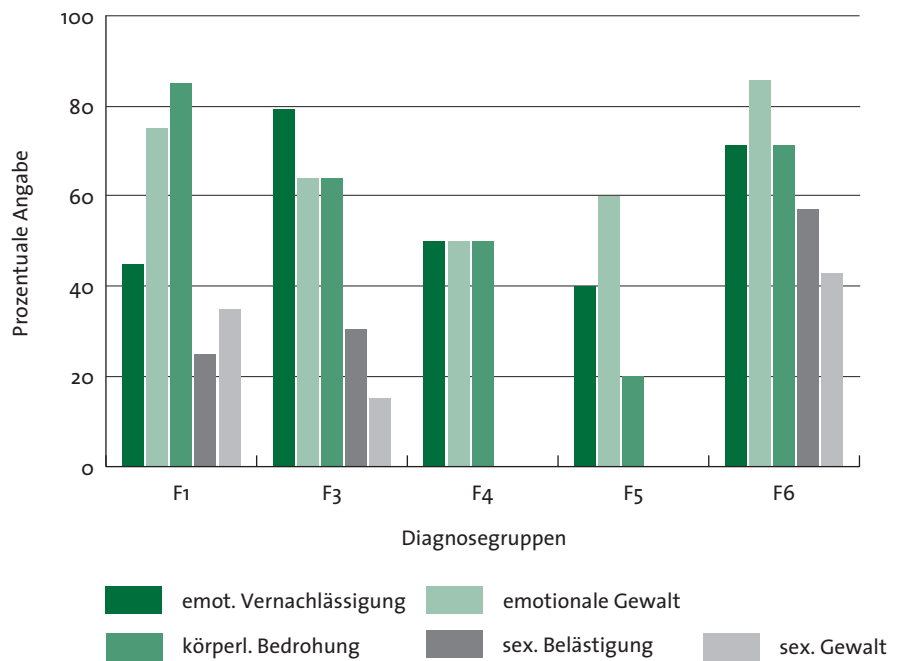


Abbildung 2: Traumatische Erfahrungen, getrennt nach Diagnosegruppen

Bei den PatientInnen mit Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4, N = 6) wurden im Durchschnitt 4.67 (SD = 4.11) Traumata erlebt, welche am häufigsten in Form von emotionaler Gewalt, körperlicher Bedrohung und emotionaler Vernachlässigung erfahren wurden.

Zwischen ein bis zwei Traumata (M = 1.5, SD = 1.29) erlebten PatientInnen aus der Diagnosegruppe mit Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5, N = 4). Hier wird am häufigsten von emotionalen Gewalterfahrungen berichtet.

Belastungssymptomatik bei traumatisierten und nicht-traumatisierten PatientInnen

Die Belastungssymptomatik der gesamten Stichprobe lässt sich durch die globalen Kennwerte des SCL-90-S ausdrücken. Die grundsätzliche

psychische Belastung (GSI) liegt durchschnittlich zwischen »ein wenig« und »ziemlich« belastend (M = 1.25), während die Intensität der Antworten, wenn eine Belastung vorliegt (PSDI) bei »ziemlich« belastend eingeordnet wird (M = 2.04). Im Durchschnitt wurden 52 Symptome der möglichen 90 von der Stichprobe als belastend angegeben (PST).

Vergleicht man die PatientInnen mit traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit (total trauma score > 0) mit den nicht-traumatisierten PatientInnen (total trauma score = 0), so ist eine höhere Belastungssymptomatik bei allen Subskalen des SCL-90-S zu verzeichnen. Eine Ausnahme bildet die Subskala »Zwanghaftigkeit« aufgrund einer Patientin mit überdurchschnittlich hohem Summenscore. Die psychische Belastung insgesamt (GSI) war bei traumatisierten PatientInnen

	PTBS-Diagnose		keine PTBS-Diagnose	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Somatisierung	0,71	1,95	1,05	1,11
Zwanghaftigkeit	0,85	1,83	1,47	1,51
Unsicherheit	1,22	1,72	1,22	1,38
Depressivität	1,53	2,09	1,51	1,68
Ängstlichkeit	0,75	2,01	1,19	1,27
Aggressivität/Feindseligkeit	0,83	1,53	0,97	0,92
Phobische Angst	0	1,34	0,76	0,86
Paranoides Denken	0,92	1,73	1,13	1,26
Psychotizismus	0,25	1,2	0,87	0,78

Tabelle 1: PTBS-Diagnose und die Belastungssymptomatik, getrennt nach Geschlecht

ebenfalls höher als bei nicht traumatisierten PatientInnen. Hingegen war die Intensität der Antworten, wenn eine Belastung vorlag (PSDI), bei nicht traumatisierten PatientInnen höher.

PTBS-Diagnose und Belastungssymptomatik

Die Mittelwerte der Subskalen des Belastungsbogens der PatientInnen mit einer PTBS-Diagnose wurden mit denen der PatientInnen ohne PTBS-Diagnose verglichen. Die Belastungssymptomatik der einzelnen Subskalen war bei den PatientInnen mit einer PTBS-Diagnose auffallend höher als bei der übrigen Stichprobe. Besonders zeichnet sich der Mittelwertsunterschied bei den Subskalen »Somatisierung«, »Ängstlichkeit« und »Aggressivität« aus. Wie Tabelle 1 zeigt, ist die Belastungssymptomatik bei Frauen mit einer PTBS-Diagnose höher als bei Frauen ohne eine PTBS-Diagnose. Alternierend ist die Symptombelastung bei den Männern mit und ohne PTBS-Diagnose. Die Belastungssymptomatik der Frauen mit einer PTBS-Diagnose

ist zudem bei allen Subskalen im Vergleich zu den Männern sichtbar höher.

Zusammenhänge zwischen Traumaart und Belastungssymptomatik

Zusammenhänge zwischen der Traumatisierungsart und der Symptombelastung klärt die folgende Tabelle 2 auf. Hier wird deutlich, dass die Subskalen »Somatisierung«, »Unsicherheit«, »Aggressivität«, »Paranoides Denken« positiv mit den jeweiligen traumatischen Erfahrungen korrelieren. Es handelt sich allerdings um niedrige bis mittlere signifikante Korrelationen.

Traumatisierung insgesamt (tectot)

- Somatisierung ($r = .33, p = .001$)
- Unsicherheit ($r = .25, p = .008$)

Emotionale Vernachlässigung

- Somatisierung ($r = .25, p = .003$)
- Unsicherheit ($r = .24, p = .006$)
- Aggressivität ($r = .27, p = .002$)

Emotionale Gewalt

- Paranoides Denken ($r = .23, p = .009$)

Sexuelle Gewalt

- Paranoides Denken ($r = .23, p = .01$)

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

Tabelle 2: Korrelationen zwischen Traumaart und Belastungssymptomatik

Um die Zusammenhänge der Symptombelastung und der Traumatisierungsart zu untersuchen sind die globalen Kennwerte (GSI, PSDI, PST) des SCL-90-S mit einbezogen worden. Hierbei wurde deutlich, dass die psychische Belastung insgesamt (GSI) gleichermaßen signifikant mit der Traumatisierung insgesamt (tectot) ($r = .23, p < .05$), der emotionalen Vernachlässigung ($r = .20, p < .05$) und der emotionalen Gewalt ($r = .20, p < .05$) korreliert. Ebenso hochsignifikant verhält es sich mit der Korrelation zwischen der Traumatisierung insgesamt (tectot) ($r = .26, p < .01$) und der Anzahl der Items bzw. Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (PST).

Die emotionale Vernachlässigung steht auch in einem signifikanten Zusammenhang zu dem globalen Kennwert, der die Anzahl der Symptombelastungen (PST) misst ($r = .23, p < .01$). Bei der emotionalen Gewalt lässt sich ebenfalls ein sehr signifikanter Zusammenhang feststellen ($r = .23, p < .01$).

Abschließend ist zu erwähnen, dass die Intensität der Antworten, bei denen eine Belastung vorliegt (PSDI), mit der Subskala der sexuellen Belästigung signifikant ($r = .19, p < .03$) und der sexualisierten Gewalt ($r = .29, p = .001$) hoch signifikant korreliert.

Traumatische Erlebnisse als Grundlage der Vorhersage einer Belastungssymptomatik

Mit Hilfe der linearen Regressionsanalyse sollten wesentliche Prädiktoren im Hinblick auf die Symptombelastung erfasst werden. Für die allgemeine psychische Belastung

ANZEIGE

war die Anzahl der Traumatisierungen insgesamt (tectot) ein signifikanter Prädiktor mit $F(1,107) = 5.99$ und $p = .016$, und sie konnte 5,3 % der Varianz aufklären. Ähnliche Ergebnisse ließen sich bei emotionaler Vernachlässigung mit $F(1,126) = 5.38$ und $p = .022$ und emotionaler Gewalterfahrung mit $F(1,129) = 5.49$ und $p = .021$ im Hinblick auf die allgemeine Belastung (GSI) festhalten. Beide Prädiktoren trugen mit 4,1 % Varianzaufklärung zu einer signifikanten Modellverbesserung bei.

Für die Anzahl der Items, bei denen eine Belastung vorlag (PST) stellt sich die Anzahl der Traumatisierungen (tectot) erneut als signifikanter Prädiktor heraus. Mit $F(1,107) = 7.44$ und $p = .007$ kann bis zu 6,5 % der Varianz aufgeklärt werden. Die emotionale Vernachlässigung fungiert als weiterer Prädiktor mit $F(1,126) = 7.56$ und $p = .008$ und klärt dadurch 5,4 % der Varianz auf. Die emotionale Gewalt stellt in dem Zusammenhang auch einen signifikanten Prädiktor dar, da mit $F(1,129) = 7.17$ und $p = .008$, 5,3 % mehr Varianz aufgeklärt werden konnte.

Alleinige Prädiktoren für die Intensität der Antworten, bei denen eine Belastung vorliegt (PSDI), sind die sexuelle Belästigung mit $F(1,126) = 4.72$ und $p = .03$ mit einer Varianzaufklärung von 3,6 % und die sexualisierte Gewalt, welche einen wesentlicheren Anteil zur Modellverbesserung mit 8,5 % und $F(1,129) = 11.91$ ($p = 001$) leistet.

Zusammenfassend lässt sich folgern, dass die wesentlichen Prädiktoren für die Subskalen der Symptom-Checkliste (Somatisierung, Unsicherheit, Aggressivität) die emo-

tionale Vernachlässigung, die emotionale Gewalt und die Anzahl der Traumatisierungen insgesamt (tectot) sind.

Diskussion

PatientInnen mit traumatisch belasteten Biographien scheinen in der akutpsychiatrischen Regelversorgung gehäuft vorzukommen. Dennoch finden die erlebten traumatischen Lebensereignisse im klinischen Alltag häufig zu wenig oder gar keine Beachtung (Abilgaard, 2013). Die Ergebnisse der Traumatic Experience Checklist (TEC) zeigen, dass PatientInnen in psychiatrischen Kliniken im Laufe ihres Lebens oft traumainduzierende Erfahrungen gemacht haben, obwohl eine PTBS-Diagnose fehlt.

Rund 93 % von 109 PatientInnen gaben an, traumatische Erfahrungen gemacht zu haben, obwohl nur insgesamt 13 Patienten und Patientinnen eine PTBS-Diagnose aufwiesen. Geht man davon aus, dass die Hälfte der Personen, die traumatische Erlebnisse bezüglich Missbrauch oder Folter-, Kriegs-, oder Vertreibungserfahrungen haben, eine PTBS entwickelt und die Wahrscheinlichkeit für andere Traumata bei 10–50 % liegt, ist diese Diagnose in der vorliegenden Stichprobe deutlich zu selten vertreten (Flatten, Gast, Hofmann et al., 2011). Vergleicht man die hohe Traumatisierungsrate in der vorliegenden Stichprobe mit der Untersuchung von Essau, Conradt und Petermann (1999), welche 1035 Jugendliche befragten, von denen lediglich 22,5 % über mindestens ein traumatisches Erlebnis berichteten, wird der Unterschied noch deutlicher.

Die fehlende diagnostizierte PTBS ist eventuell darauf zurückzuführen, dass in der Anamnese nicht explizit auf traumatische Vorerfahrungen eingegangen wird, es sei denn, der Patient oder die Patientin spricht diese Erlebnisse von sich aus an. Im Vordergrund steht somit häufig die Hauptdiagnose, d.h., die PTBS könnte in der vorliegenden Stichprobe durch die »affektive Störung« ($n = 75$) überlagert worden sein. Insbesondere bei komplexen Traumafolgestörungen werden, aufgrund der fehlenden Klassifikation im ICD-10 als eigenständige Störung, die zugehörigen Einzelsymptome unabhängig voneinander wie komorbide Störungsbilder kodiert (Wöller, 2014). Es ist folglich unklar, wie die Diagnosen-Verteilung aussähe, wenn zu Beginn der Aufnahme oder wenigstens im Verlauf der stationären oder teilstationären Behandlung nach traumatischen Ereignissen im Leben der Patienten/Patientinnen gefragt würde. Ob der Patient oder die Patientin sich in dem Fall anvertrauen möchte, bleibt allerdings individuell unterschiedlich (Flatten, Gast, Hofmann et al., 2011).

Von 109 PatientInnen bestätigten 101, mindestens eine traumatische Erfahrung im Laufe ihres Lebens gemacht zu haben. Davon waren 44 männlich und 57 weiblich, was sich statistisch als nicht signifikant herausstellte. Äquivalent zur Studie von Cuffe et al. (1998) ließ sich die Tatsache replizieren, dass Frauen über mehr traumatische Erfahrungen berichten als Männer ($M(w) = 6.6$; $M(m) = 5.71$). Dies ist nicht grundsätzlich auf ein höheres Risiko, Opfer einer Traumatisierung zu werden, zurückzuführen, sondern kann

auch an der erhöhten Bereitschaft liegen, über Erlebtes zu sprechen.

Allein 88 PatientInnen von $N = 129$ ($m = 33$; $w = 55$) gaben an, emotional vernachlässigt worden zu sein, was fast zwei Drittel der gesamten Stichprobe entspricht. 90 Patientinnen ($N = 56$) und Patienten ($N = 34$) von insgesamt $N = 132$ erlebten emotionale Gewalt durch Herabsetzungen oder verbale Angriffe. Bezugnehmend auf die Forschungsergebnisse ist somit nicht nur die emotionale Gewalt, sondern auch die emotionale Vernachlässigung ein wesentlicher Prädiktor für psychopathologische Konsequenzen (Hawley, Halle, Drasin et al., 1995; Spertus, Yehuda, Wong et al., 2003). Dieses Ergebnis ist ein wichtiger Hinweis für die Therapieplanung.

Körperliche Bedrohung haben 77 Patienten ($N = 35$) und Patientinnen ($N = 42$) von $N = 121$ bis zum Zeitpunkt der Erhebung erlebt. Das macht knapp weniger als die Hälfte der gesamten Stichprobe aus. Vergleicht man die vorliegenden Ergebnisse mit der Studie von Häuser et al. (2011), bei der 87,8 % keine körperlichen Gewalterfahrungen erlebt haben, weichen die vorliegenden Ergebnisse deutlich davon ab. Ein möglicher Grund hierfür könnte an der Zusammensetzung der Stichprobe liegen. Es nahmen zahlreiche Patientinnen und Patienten aus der Suchtklinik an der Studie teil, die sich aufgrund einer Substanzgebrauchsstörung in stationärer Behandlung befanden. Gerade mit Substanzabhängigkeit und insbesondere bei Alkoholmissbrauch jedoch sind Gewalterfahrungen häufig assoziiert und finden sich in solchen Familien transgenerational.

Daher gilt es bei solchen PatientInnen besonders sensibel bezüglich traumatisch belasteter Biographien zu sein.

Traumata durch sexualisierte Misshandlungen, wozu nach dem TEC auch sexualisierte Gewalt und sexualisierte Belästigung gehören, erlebten deutlich mehr Frauen als Männer. Die Zahlen insgesamt scheinen eher über denen der Gesamtbevölkerung zu liegen, sind aber für eine klinische Stichprobe durchaus nachvollziehbar. Diese Ergebnisse zur Geschlechterverteilung lassen sich in Einklang mit den anderen Forschungsergebnissen bringen (Cuffe et al., 1998). Die Dunkelziffer ist bekanntermaßen viel höher als die Zahl der erfassten Misshandlungen (Pillhofer, Ziegenhain, Nandi et al., 2011).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass überdurchschnittlich viele der untersuchten Patientinnen und Patienten eine oder mehrere Traumatisierungen erlebten. Hervorzuheben sind die außerordentlich häufigen Angaben bezüglich der emotionalen Gewalterfahrungen und der empfundenen emotionalen Vernachlässigung.

Zusätzlich muss man bedenken, dass einige Patienten und Patientinnen absichtlich keine Angaben bei der Befragung gemacht haben oder auch einzelne Items nicht beantworten konnten oder wollten und dass einzelne Erlebnisse womöglich verdrängt wurden und sich somit nicht in den Ergebnissen widerspiegeln.

Betrachtet man die Ergebnisse des SCL-90-S mit Rücksicht auf traumatisierte und nicht traumatisierte PatientInnen, so wurde den traumatisierten Männern und Frauen fast ausnahmslos eine höhere Belastungssymptomatik zugeschrieben.

ANZEIGE

Die Annahme, dass PatientInnen mit einer PTBS-Diagnose höheren Belastungen hinsichtlich der Subskalen des SCL-90-S ausgesetzt sind als PatientInnen ohne PTBS-Diagnose, wurde bestätigt. Das bedeutet konkret, dass in diesem Kontext die traumatischen Erfahrungen bzw. die PTBS-Diagnose auf eine höhere psychische Belastung im Allgemeinen, aber auch hinsichtlich der einzelnen Subskalen auf häufiger vorkommende Symptome schließen lassen. Die Forschungsergebnisse der Studie von Bering et al. (2011) ließen sich allein dahingehend replizieren, dass Frauen mit einer PTBS-Diagnose die höchsten Symptomausprägungen auf den Subskalen »Depressivität« und »Ängstlichkeit« aufweisen.

Verbindet man die Angaben zur Traumatisierung und die Angaben zu belastenden Symptomen, werden nicht nur Zusammenhänge deutlich sondern auch Vorhersagen möglich, was ein wichtiges, praxisrelevantes Ergebnis der vorliegenden Studie darstellt. Wesentliche Ergebnisse waren, dass die Anzahl der Traumatisierungen insgesamt (tectot), die Werte für emotionale Vernachlässigung und für emotionale Gewalt sowohl signifikante Korrelationen hinsichtlich der Belastungssymptomatik hervorbringen als auch signifikante Prädiktoren für deren Ausprägungen darstellen. Hervorzuheben sind dabei die Subskalen »Somatisierung«, »Unsicherheit im Sozialkontakt« und »Aggressivität«.

Für die Praxis heißt das, je höher die Traumabelastung ist, desto höher ist auch der Mittelwert der Subskala »Somatisierung«. Letzteres kann da-

ran liegen, dass traumainduzierende Erlebnisse häufig zunächst verdrängt werden und durch somatisierende Symptome körperlich zum Vorschein kommen. Das Umwandeln in somatische Symptome kann als Abwehrmechanismus verstanden werden, um das psychische Gleichgewicht wiederherzustellen (Brown, 2004).

Auch die Folgen emotionaler Vernachlässigung äußern sich häufig in somatischen und psychosomatischen Beschwerden, was den positiven Zusammenhang zwischen der Subskala »emotionale Vernachlässigung« und der Subskala »Somatisierung« unterstreicht.

Die positive Korrelation der »Unsicherheit im Sozialkontakt« mit dem »total trauma score« (tectot) kann auf die gleichen Gründe zurückzuführen sein. Emotionale Vernachlässigung, insbesondere durch primäre Bindungspersonen, führt auf Dauer zu unsicher-vermeidendem, aber auch zu unsicher-ambivalentem Bindungsverhalten und im extremsten Fall zur desorganisierten Bindung, was die Vulnerabilität für Angststörungen, Phobien und auch schädigende Selbstkonzepte erhöhen kann (Egle & Nickel, 2000; Main, 2001). Es ist somit verständlich, dass Traumatisierungen, z. B. bei Misshandlungen oder Vernachlässigung, umso schlimmer sind, je näher die verursachende Person dem Opfer steht (Herpertz-Dahlmann, Hahn & Hempt, 2005).

Die zunehmende Relevanz von Prävention wird hier deutlich, da schon länger feststeht, dass nicht ausschließlich genetische Polymorphismen für die Stressvulnerabilität zuständig sind, sondern auch die in der Kindheit erlebten Überforderungen (Egle et al., 2015, in press).

Die wesentliche Bedeutung emotionaler Vernachlässigung, emotionaler Gewalt und die Anzahl der erlebten Traumatisierungen als relevante Prädiktoren zur Vorhersage der allgemeinen psychischen Belastung unterstützen noch einmal die Bedeutung vielfacher und häufig früher traumatischer Erlebnisse auf eine mögliche Ausprägung psychiatrischer Störungsbilder.

Im Rahmen dieser Studie konnte gezeigt werden, dass nicht nur sexualisierte Übergriffe und physische Gewalt im Fokus stehen dürfen. Emotionale Vernachlässigung und emotionale Gewalt treten wesentlich häufiger auf und bleiben im klinischen Kontext eher sekundär. Darüber hinaus gab es ganz klare Tendenzen zur höheren Belastungssymptomatik bei den traumatisierten PatientInnen, die sich bei den PatientInnen mit einer PTBS-Diagnose noch deutlicher zeigten. Es hat also folglich den Anschein, dass spezifische traumatische Erlebnisse die Entwicklung bestimmter psychischer Störungen bedingen, die sich dann in den einzelnen Diagnosegruppen wiederfinden lassen.

Die vorliegenden Ergebnisse sind auch für die hausärztlichen Praxen von Relevanz. Kuwert, Hornung, Freyberger et al. (2015) bestätigten, dass zahlreiche PatientInnen, die den Hausarzt zu Rate ziehen, vielfache traumatische Erfahrungen aufweisen.

Grundsätzlich gehöre zu einer traumatherapeutischen Expertise Stabilisierung und Würdigung des erfahrenen Leids (Reddemann, 2012), was jedoch nur mit spezifischer Ausbildung umgesetzt werden kann. In diesem Zusammenhang

sind nicht nur die hausärztlichen Praxen, sondern auch das daran angeknüpfte Versorgungssystem gefordert.

Reddemann, Leve, Eichenberg et al. (2014) kommen zu dem Schluss, dass eine Verbesserung der Versorgungskonzepte erforderlich ist.

Methodenkritische Diskussion

Anhand der vorliegenden Studie kann man zwar Schlüsse auf eine erhöhte Rate der emotionalen Vernachlässigung, emotionalen Gewalt und körperlichen Bedrohung im klinischen Kontext machen, jedoch müssen diese Ergebnisse zunächst vorsichtig interpretiert werden.

Da die Erfassung der traumatischen Ereignisse zum einen auf retrospektiven Methoden basiert und zum anderen die aussagekräftigen Subskalen der emotionalen Vernachlässigung und der emotionalen Gewalt nur auf jeweils drei Items zurückzuführen sind, kann man hier keine Kausalzusammenhänge beweisen, sondern nur vermuten. Die Durchführung einer Langzeitstudie wäre dafür erforderlich.

Die Traumatic Experience Checklist (TEC) ist daher eher für ein Screening oder die Individualdiagnostik einsetzbar. Die Tendenzen zu somatisierender Symptomatik, zu Unsicherheiten in interpersonellen Beziehungen, zu aggressiven Gedanken oder auch aggressivem Verhalten sowie paranoidem Denken sind aber nicht von der Hand zu weisen.

Grundsätzlich ist die Erfassung traumatisierender Erlebnisse mit der retrospektiven Methode dahingehend valide, dass nach konkreter Ereignisbefragung diese negiert oder

bestätigt werden kann. Trotzdem gibt es laut Brewin, Andrews & Gotlib (1993) drei potenzielle Gefahren, die mit dieser Methode einhergehen können und gerade im klinischen Zusammenhang relevant erscheinen: 1) eine generell niedrige reliable und valide Erinnerung hinsichtlich der autobiographischen Fakten, 2) Erinnerungsbeeinträchtigungen aufgrund psychischer Erkrankungen und 3) stimmungsbasierende Erinnerungsverzerrung aufgrund der vorliegenden Psychopathologie. In der vorliegenden Studie könnten alle genannten Effekte bzw. Verzerrungen stattgefunden haben, da diese nicht Gegenstand der Untersuchung waren.

Ausblick

Die Studienbefunde stellen wesentliche tendenzielle Zusammenhänge hinsichtlich der Belastungssymptomatik und der im klinischen Kontext vorkommenden Häufigkeit von Traumatisierungen dar. Aus den Angaben zur emotionalen Vernachlässigung und zur emotionalen Gewalterfahrung können wesentliche Vorhersagen bezüglich der Belastungssymptomatik abgeleitet werden; daher sollten beide Formen emotionaler Misshandlung in der Anamnese generell berücksichtigt werden. Vor allem auf die Symptomausprägung der Somatisierung, der Unsicherheit im Sozialkontakt, der Aggressivität und auch der psychischen Belastung im Allgemeinen können traumabelastete Biographien tendenziell einen moderierenden Einfluss haben. Um die vorliegenden Befunde genauer interpretieren zu können, wäre allerdings eine Kontrollgruppe notwendig, damit die hier vorhandenen Zusammenhänge statistisch verglichen

werden können. Des Weiteren wäre eine Längsschnittstudie erforderlich, um Kausalzusammenhänge zu prüfen. Zudem sollte bei zukünftigen Studien ein Fragebogen zur Erfassung einer PTBS-Diagnose in das Untersuchungsdesign aufgenommen werden, um auch hier mehr Klarheit bezüglich verdeckter PTBS-Erkrankungen zu erlangen.

Abschließend ist zu sagen, dass aufgrund der hier vorliegenden Ergebnisse dem Gebiet der Traumafolgestörung und dem Einfluss traumainduzierender Erlebnisse auf die Psychopathologie, insbesondere in der psychiatrischen Regelversorgung, mehr Aufmerksamkeit zu schenken ist.

Traumatized Psychiatric/ Psychotherapeutic Patients Undergoing Clinical Treatment – Strain symptomatology as an expression of traumatic life-events

Summary

This study shows that traumatic experiences tend to result in increased strain symptoms. Of the 135 patients questioned, 93 % stated they had been through at least one traumatic life-event. Most frequent were incidents involving emotional abuse and emotional neglect. One striking finding is that in psychiatric hospitals cases of earlier emotional abuse are more common than instances of sexual abuse. These findings represent a significant research advance and provide an excellent basis for further studies.

Keywords

trauma, emotional abuse, neglect, strain symptoms, posttraumatic stress disorder

Zur Person



Dr. Michael Schifferdecker, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Neurologie; vormals Ärztlicher Direktor des Fliedner Krankenhauses Ratingen, jetzt tätig in eigener Praxis. Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, Psychische Störungen bei Aids und Multipler Sklerose.

Zur Person



Prof. Dr. Peer Abilgaard, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Diplom Musikpädagoge. Chefarzt der Helios St. Vincenz Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Gerontopsychiatrie in Duisburg. Forschungsschwerpunkte: Ressourcenorientierung in der Traumatherapie, Nonverbale Psychotherapieverfahren, Akut-psychiatrische Notfallversorgung.

Zur Person



Lena Schifferdecker, Master of Science in Psychologie, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung für Wissenschaft & Forschung der Theodor Fliedner Stiftung. Forschungsschwerpunkte: Traumabelastung, Religiosität und Depression, Copingstrategien.

Kontaktadresse

*Lena Schifferdecker (M.Sc.)
Theodor Fliedner Stiftung –
Hauptverwaltung
Fliednerstraße 2
45481 Mülheim an der Ruhr
lena.schifferdecker@fliedner.de
Tel.: 02 084 843–135*

Zur Person



Dr. Claudia Gärtner; Studium der Psychologie. Leiterin der Abteilung für Wissenschaft & Forschung der Theodor Fliedner Stiftung in Mülheim an der Ruhr. Forschungsschwerpunkte: demenzielle Erkrankungen, Traumabelastung, psychische Erkrankungen bei geistiger Behinderung.

Literatur

- Abilgaard, P. (2013). Stabilisierende Psychotherapie in akuten Krisen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bhan, N., Glymour, M. M., Kawachi, I., & Subramanian, S. V. (2014). Childhood adversity and asthma prevalence: evidence from 10 US states (2009–2011). *BMJ Open Respiratory Research*, 1(1), e000016.
- Bering, R., Eberhardt, M., Fischer, G. & Pietrowsky, R. (2011). Kennwerte und Normierung der Symptom-Checkliste (SCL-90) an Frauen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4, 325–341.
- Bowlby, J. (1995). Zur Geschichte von Bindungstheorie und Bindungsforschung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 17–27). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Birck, A. (2004). Symptomatik bei kriegs- und folterüberlebenden Flüchtlingen, mit und ohne Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(2), 101–109.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological bulletin*, 113(1), 82–98.
- Brisch, K. H. (2006). Bindung und Traumaschutzfaktoren und Risiken für die Entwicklung von Kindern. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 7(04), 382–386.
- Brown, R. J. (2004). Psychological Mechanisms of Medically Unexplained Symptoms: An Integrative Conceptual Model. *Psychological Bulletin*, 130, 793–812.
- Boscarino, J. A. (2006). Posttraumatic stress disorder and mortality among US Army veterans 30 years after military service. *Annals of epidemiology*, 16(4), 248–256.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (2003). Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung: Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma (2. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Cuffe, S. P., Addy, C. L., Garrison, C. Z., Waller, J. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E. & Chilapagari, S. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(2), 147–154.

- Egle, U. (2015). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychisch traumatisierender und emotional deprivierender Entwicklungsbedingungen in Kindheit und Jugend. In U. Egle, P. Joraschky, A. Lampe, I. Seiffge-Krenke & M. Cierpka (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (4. Aufl., S. 24–49). Stuttgart: Schattauer GmbH, in press.
- Egle, U. & Hardt, J. (2005). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren für die spätere Gesundheit. In U. Egle, S. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (S. 20–39). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Egle, U. & Nickel R. (2000). Somatoforme Schmerzstörung. In U. Egle, S. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (S. 225–245). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27(1), 37–45.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). Leitlinienreport zur S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 5(3), 202–210.
- Hawley, T. L., Halle, T. G., Drasin, R. E. & Thomas, N. G. (1995). Children of addicted mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(3), 364–379.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Deutsches Ärzteblatt*, 108, 287–294.
- Herman, J. L. (2003). *Die Narben der Gewalt: traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* (3. Auflage). Paderborn: Junfermann Verlag GmbH.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hahn, F. & Hempt, A. (2005). Diagnostik und Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter. Aufgaben einer kinder- und jugendpsychiatrischen Traumaambulanz. *Nervenarzt*, 76, 546–556.
- Jackson, Y., Cushing, C. C., Gabrielli, J., Fleming, K., O'Connor, B. M. & Huffhines, L. (2015). Child Maltreatment, Trauma, and Physical Health Outcomes: The Role of Abuse Type and Placement Moves on Health Conditions and Service Use for Youth in Foster Care. *Journal of pediatric psychology*, jsv066.
- Kuwert, P., Hornung, S., Freyberger, H. Glaesmer, H. & Klauer, T. (2015). Trauma und posttraumatische Belastungssymptome bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen. *Der Nervenarzt*, 86, 807–817.
- Leisner, S., Gerhardt, A., Tesarz, J., Janke, S., Seidler, G. H. & Eich, W. (2014). Childhood abuse experiences and chronic low back pain. Direct and mediated effects of childhood abuse in different pain dimensions of nonspecific chronic low back pain. *Der Schmerz*, 28(6), 600–606.
- Liedl, D. P. A. & Knaevelsrud, C. (2008). PTBS und chronische Schmerzen: Entstehung, Aufrechterhaltung und Zusammenhang – ein Überblick. *Der Schmerz*, 22(6), 644–651.
- Main, M. (2001). Aktuelle Studien zur Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (S. 1–51). Göttingen: Hans Huber.
- McFarlane, A. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 15–20.
- Naser, M. & Müller, J. (2011). Diagnostik von Traumafolgestörung und komorbiden Erkrankungen. In G. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 155–165). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pennebaker, J. W. & Beall, S. K. (1986). Confronting a Traumatic Event: Toward an Understanding of Inhibition and Disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 274–281.
- Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Nandi, C., Fegert, J. M. & Goldbeck, L. (2011). Prävalenz von Kindesmisshandlungen und -vernachlässigung in Deutschland. *Annäherung an ein Dunkelfeld. Kindheit und Entwicklung*, 20(2), 64–71.
- Priebe, S., Nowak, M. & Schmiedebach, H.-P. (2002). Trauma und Psyche in der deutschen Psychiatrie. *Psychiat Prax*, 29, 3–9.
- Reddemann, L. (2012). *Psychodynamische Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, O., Leve, V., Eichenberg, C. & Herrmann, M. (2014). Zur Bedeutung von Traumafolgestörung in der hausärztlichen Praxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 90(3), 123–128.
- Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(3), 151–160.
- Streeck-Fischer, A. (2006). Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierung und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Sumner, J. A., Kubzansky, L. D., Elkind, M. S., Roberts, A. L., Agnew-Blais, J., Chen, Q., Cerda, M., Rexrode, K., Rich-Edwards, J. W., Spiegelman, D., Suglia, S. F., Rimm, E. B. & Koenen, K. C. (2015). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms predict onset of cardiovascular events in women. *Circulation*, 132(4), 251–259.
- Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S. & Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child abuse & neglect*, 27(11), 1247–1258.
- Tagay, S., Zararsiz, R., Erim, Y., Düllmann, S., Schlegl, S., Brähler, E. & Senf, W. (2008). Traumatische Ereignisse und posttraumatische Belastungsstörung bei türkischsprachigen Patienten in der Primärversorgung. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie (PPMP)*, 58, 155–61.
- Wöller, W. (2014). Sexuelle Traumatisierung. Psychodynamische Aspekte. In V. Köllner & B. Willms (Hrsg.), *Psychotherapie im Dialog. Sexuelle Traumatisierung* (Bd. 1, S. 22–27). Stuttgart: Thieme Verlagsgruppe.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5), 253–265.