



# UNIVERSITY *of* NICOSIA

Die Begutachtung von psychischen Schmerzperioden in der österreichischen Sachverständigentätigkeit mit Schwerpunkt auf der Posttraumatischen Belastungsstörung und die Entwicklung eines mehrdimensionalen Fragebogens zur Erfassung psychischer Schmerzen (FESSTE 30)

Mag. phil. Karin Flenreiss-Frankl

A thesis submitted to the University of Nicosia  
in accordance with the requirements of the degree of  
PhD (Doctor of Philosophy) in Psychology  
Department of Social Sciences  
School of Humanities and Social Sciences  
Clinical and Health Psychology

**July/2021**

## Abstract English

**Background:** Although the term “mental pain” is often the subject of expert opinions regarding claims for damages, there is still no standardized questionnaire in the German-speaking area to operationalize this concept. Therefore, the aim of this work is the development and validation of a self-assessment measurement for psychological pain after traumatic events.

**Methods:** A first version of the questionnaire was tested on a sample of the general population (N = 425). After performing an item analysis und exploratory factor analysis, the questionnaire was shortened and tested on a second sample (N = 619). This version was then evaluated and adapted using a confirmatory factor analysis. Finally, the newly developed questionnaire was related to the extent of traumatization (measured with the trauma checklist of the FESSTE) and already established instruments for the assessment of psychiatric symptom burden, which included the Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18) and the Posttraumatic-Stress-Scale (PTSS-10).

**Results:** The final version of the questionnaire for the assessment of mental pain after traumatic events (FESSTE) consists of a total of 30 items and covers the subscales "Somatization", "Depression", "Trauma Consequences", "Dissociation" and "Anxiety", and a total scale "Mental pain". Based on the confirmatory factor analysis, it is assumed that the latent factor structure of the FESSTE can be described as a bifactor-model. The final version shows a satisfactory model fit, high internal consistencies and strong correlations with the BSI-18 and PTSS-10, as well as the extent of traumatic experiences.

**Discussion:** The FESSTE, which is based on five subscales and one total score, is the first German language questionnaire enabling an objective operationalization of mental pain. What is more, the trauma checklist attached to the FESSTE allows for the standardized assessment of potentially traumatic experiences and the corresponding extent of these experiences. The results indicate that the FESSTE is an economical, reliable and valid self-assessment procedure for mental pain, which is suitable for use in research, treatment and in

expert practice.

**Keywords:** Trauma, mental pain, questionnaire development, validation.



## Zusammenfassung Deutsch

**Hintergrund:** Obwohl der Begriff des „seelischen Schmerzes“ häufig Gegenstand von Gutachten im Zuge von Schadensersatzforderungen ist, gibt es im deutschsprachigen Bereich bis heute keinen standardisierten Fragebogen zur Operationalisierung dieses Konzepts. Ziel dieser Arbeit ist daher die Entwicklung und Validierung eines Messinstruments zur Selbsteinschätzung von psychologischen Schmerzen nach traumatischen Ereignissen.

**Methoden:** Eine erste Fassung des Fragebogens wurde an einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung (N = 425) erprobt. Nach Durchführung einer Itemanalyse und explorativen Faktorenanalyse wurde der Fragebogen verkürzt und an einer zweiten Stichprobe getestet (N = 619). Anschließend wurde diese Version mit Hilfe einer konfirmatorischen Faktorenanalyse ausgewertet und adaptiert. Schließlich wurde der neu entwickelte Fragebogen in Beziehung zum Ausmaß der Traumatisierung (gemessen mit der Traumacheckliste des FESSTE) und bereits etablierten Messinstrumenten zur Einschätzung von psychiatrischer Symptombelastung, wie dem Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18) und der Posttraumatischen-Stress-Skala-10 (PTSS-10), gesetzt.

**Ergebnisse:** Die finale Version des *Fragebogens zur Erfassung von seelischem Schmerz nach traumatischen Ereignissen* (FESSTE) setzt sich aus insgesamt 30 Items zusammen und erfasst die Subskalen „Somatisierung“, „Depression“, „Traumafolgen“, „Dissoziation“ und „Angst“, sowie die Gesamtskala „Seelischer Schmerz“. Auf Basis der konfirmatorischen Faktorenanalyse kann davon ausgegangen werden, dass sich die latente Faktorenstruktur des FESSTE durch ein Bifaktor-Modell beschreiben lässt. Die Endfassung zeigt eine zufriedenstellende Modellpassung, hohe internale Konsistenz und starke Zusammenhänge mit dem BSI-18 und PTSS-10 sowie dem Ausmaß an traumatischen Erfahrungen.

**Schlussfolgerung:** Basierend auf fünf Subskalen und einer Gesamtskala ist der FESSTE der erste deutschsprachige Fragebogen, der eine objektive Operationalisierung von seelischem Schmerz ermöglicht. Darüber hinaus erlaubt die dem FESSTE beigefügte Traumacheckliste die standardisierte Einschätzung potenziell traumatischer Erfahrungen sowie die

Beurteilung des Ausmaßes dieser Erfahrungen. Die Ergebnisse zeigen, dass der FESSTE ein ökonomisches, zuverlässiges und valides Selbsteinschätzungsverfahren für psychische Schmerzen ist, das für den Einsatz in Forschung, Behandlung und in der gutachterlichen Praxis geeignet ist.

**Keywords:** Traumatisierung, seelischer Schmerz, Fragebogenentwicklung, Validation.



## Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich allen Menschen meinen großen Dank aussprechen, die mich bei der Anfertigung und Bearbeitung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Frau Mag. Dr. Ingrid Salem, Universität Klagenfurt für die hervorragende Betreuung bei der Umsetzung meiner gesamten Arbeit. Ebenso Dank schulde ich Dr. Franz Nechtelberger und Ao. Univ.-Prof. Mag. DDr. Andreas Hergovich, Bakk. für die hilfreiche Unterstützung im Rahmen meiner Arbeit.

Außerdem möchte ich Dr. Jürgen Fuchshuber und PD Mag. DDr. Human-Friedrich Unterrainer meinen Dank aussprechen, die mich auf meinem Weg zur Erstellung der vorliegenden Arbeit mit Rat, Anregungen und produktiven Gesprächen begleitet haben.

Meinen Mann Gerhard Flenreiss, meiner Tochter Laura Busch, meinen Eltern und Rosemarie Rieger danke ich für ihre Geduld und Ermutigung während der Arbeit an dieser Dissertation.

## Erklärung

Ich erkläre, dass die Arbeit in dieser Dissertation in Übereinstimmung mit den Vorschriften der Universität von Nikosia durchgeführt wurde. Diese Dissertation wurde ausschließlich von mir verfasst, sofern nicht anders durch Literaturverweise angegeben. Es wurde weder ganz noch teilweise bei dieser oder einer anderen Einrichtung für einen Abschluss, ein Diplom oder eine andere Qualifikation eingereicht.

Untersignet  .....

Karin Flenreiss-Frankl

Datum, 10.08.2021

# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| ABSTRACT ENGLISH .....   | I         |
| ZUSAMMENFASSUNG DEUTSCH .....  | III       |
| DANKSAGUNGEN .....   | V         |
| ERKLÄRUNG .....  | VI        |
| INHALTSVERZEICHNIS.....  | VII       |
| TABELLENVERZEICHNIS .....  | XII       |
| ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....  | XIII      |
| <b>KAPITEL 1 EINLEITUNG .....</b>  | <b>14</b> |
| 1.1 AUSGANGSPUNKT UND HINTERGRUND DER UNTERSUCHUNG.....  | 15        |
| 1.2 PROBLEM- UND FRAGESTELLUNGEN.....  | 16        |
| 1.3 AUFBAU DER ARBEIT.....   | 18        |
| <b>KAPITEL 2 RECHTSDISKURS DER ÖSTERREICHISCHEN GESETZGEBUNG</b><br>.....                                  | <b>20</b> |
| 2.1 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN .....   | 21        |
| 2.2 DER SCHOCKSCHADEN UND TRAUERSCHÄDEN ANGEHÖRIGER .....  | 24        |
| 2.3 DAS SCHMERZENGELD .....  | 25        |
| <b>KAPITEL 3 RICHTLINIEN DER GUTACHTENERSTELLUNG .....</b>   | <b>27</b> |
| <b>KAPITEL 4 ANMERKUNGEN ZUR GLAUBHAFTIGKEITSDIAGNOSTIK.....</b>   | <b>32</b> |
| <b>KAPITEL 5 GESCHICHTLICHE ASPEKTE SEELISCHER SCHMERZEN NACH</b><br><b>TRAUMATISCHEN EREIGNISSEN.....</b> | <b>38</b> |
| <b>KAPITEL 6 DIE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG.....</b>   | <b>43</b> |
| 6.1 ALLGEMEINE ANMERKUNGEN .....   | 44        |
| 6.2. KRITERIEN DER PTBS NACH ICD UND DSM .....   | 46        |
| 6.3 MODELLE ZUR ENTSTEHUNG UND AUFRECHTERHALTUNG DER PTBS .....  | 50        |
| 6.3.1 <i>Genetische Faktoren</i> .....   | 50        |



|   |           |
|---|-----------|
| 6.3.2 Psychobiologische Faktoren .....  | 51        |
| 6.3.3 Lerntheoretische Faktoren .....   | 51        |
| 6.3.4 Psychodynamische Faktoren .....   | 52        |
| 6.4 DAS MULTIFAKTORIELLE RAHMENMODELL BEI PTBS.....   | 54        |
| 6.5 DIAGNOSTIK DER POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS).....  | 56        |
| 6.6 SCHWIERIGKEITEN IN DER BEGUTACHTUNG DER POSTTRAUMATISCHEN<br>BELASTUNGSSTÖRUNG .....                                | 58        |
| <b>KAPITEL 7 KONZEPTUALISIERUNGEN DES SEELISCHEN SCHMERZES ....</b>   | <b>62</b> |
| 7.1. DIE PSYCHOLOGISCHE EBENE .....   | 63        |
| 7.2. NEUROWISSENSCHAFTLICHE EBENE .....   | 66        |
| <b>KAPITEL 8 DER CHRONISCHE SCHMERZ UND DER ZUSAMMENHANG MIT<br/>PTBS (POSTTRAUMATISCHER BELASTUNGSSTÖRUNG) .....</b>   | <b>69</b> |
| <b>KAPITEL 9 PERSÖNLICHKEITSMERKMALE UND IHR EINFLUSS AUF<br/>PSYCHISCHES LEID .....</b>                                | <b>73</b> |
| 9.2 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE IN DER SCHMERZSENSITIVITÄT .....  | 76        |
| 9.3 PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR ALS MEDIATOR FÜR PSYCHISCHE TRAUMAFOLGEN .....  | 78        |
| <b>KAPITEL 10 SCHMERZDIAGNOSTIK.....</b>  | <b>80</b> |
| 10.2 DIAGNOSTISCHE VERFAHREN ZUR ERHEBUNG VON CHRONISCHEM SCHMERZ UND<br>EINER POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG..... | 83        |
| 10.2.1 MULTIAXIALE SCHMERZKLASSIFIKATION (MASK) .....   | 83        |
| 10.2.2 MAINZER STADIENMODELL .....  | 85        |
| 10.2.3 DEUTSCHER SCHMERZFRAGEBOGEN.....   | 85        |
| 10.2.4 FRAGEBOGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND (SF-36) .....   | 86        |
| 10.2.5 SYMPTOMCHECKLIST (SCL-90).....   | 86        |
| 10.2.6 PAIN DISABILITY INDEX (PDI) .....  | 87        |
| 10.2.7 BRIEF SYMPTOM INVENTORY 18 (BSI-18).....   | 87        |
| 10.2.8 FRAGEBOGEN ZU PTBS-SYMPTOMEN (PTSS-10).....  | 87        |
| 10.2.9 CLINICAL-ADMINISTERED PTSD SCALE (CAPS).....   | 88        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>KAPITEL 11 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN .....</b>   | <b>89</b>  |
| 11.1 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN ZUR TESTKONSTRUKTION .....   | 90         |
| 11.2 VALIDITÄT DES FRAGEBOGENS ZUR ERFASSUNG VON SEELISCHEM SCHMERZ NACH<br>TRAUMATISCHEN ERLEBNISSEN .....                    | 90         |
| 11.3 DIE BEZIEHUNG ZWISCHEN TRAUMA, TRAUMAFOLGEN UND<br>PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR .....  | 91         |
| 11.4 WEITERE FRAGESTELLUNGEN .....   | 93         |
| <b>KAPITEL 12 METHODIK .....</b>   | <b>95</b>  |
| 12.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE .....   | 96         |
| 12.2 BESCHREIBUNG DER MESSINSTRUMENTE .....  | 98         |
| 12.3 STATISTISCHE AUSWERTUNG .....   | 99         |
| <b>KAPITEL 13 ERGEBNISSE .....</b>   | <b>102</b> |
| 13.1 KONZEPTION DER ERSTEN VERSION DES FRAGEBOGENS.....  | 103        |
| 13.1.1 BILDUNG VON KATEGORIEN UND FAKTOREN .....   | 103        |
| 13.1.2 <i>Konzeption der Items</i> .....   | 106        |
| 13.1.3 <i>Konzeption der Traumacheckliste</i> .....  | 107        |
| 13.2 ITEMSELEKTION .....   | 108        |
| 13.3 DESKRIPTIVE BESCHREIBUNG DER STICHPROBE DER ITEMSELEKTION.....  | 109        |
| 13.4 DESKRIPTIVE BESCHREIBUNG DER STICHPROBE DER VALIDIERUNGSPHASE.....  | 110        |
| 13.5 RELIABILITÄTSANALYSE UND ANALYSE DER FAKTORENSTRUKTUR DER<br>VORLÄUFIGEN FRAGEBOGENVERSION .....                          | 111        |
| 13.6 DIE LATENTE FAKTORENSTRUKTUR DES FESSTE .....   | 117        |
| 13.7 DESKRIPTIVE AUSWERTUNG DES AUSMAßES AN TRAUMATISIERUNG.....   | 119        |
| 13.8 VALIDITÄT DER 30-ITEMVERSION DES FRAGEBOGENS ZUR ERFASSUNG VON<br>SEELISCHEM SCHMERZ NACH TRAUMATISCHEN ERLEBNISSEN ..... | 121        |
| 13.9 EINFLUSS VON ALTER UND GESCHLECHT AUF SEELISCHEN SCHMERZ .....  | 123        |
| 13.10 ASSOZIATIONEN ZWISCHEN AUSMAß DER TRAUMATISIERUNG, SEELISCHEN<br>SCHMERZ UND PSYCHIATRISCHER SYMPTOMBELASTUNG.....       | 125        |

|   |            |
|---|------------|
| 13.11 DIE BEZIEHUNG ZWISCHEN TRAUMA, TRAUMAFOLGEN UND<br>PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR .....  | 125        |
| 13.11.1 Deskriptive Beschreibung der Stichprobe .....   | 125        |
| 13.11.2 Korrelative Ergebnisse .....  | 127        |
| 13.11.3 Ergebnisse der Pfadanalyse .....  | 128        |
| 13.12 WEITERE FRAGESTELLUNGEN .....   | 130        |
| 13.12.1 Unterscheiden sich Probanden ohne Traumatisierung und traumatisierte<br>Probanden hinsichtlich der Ausprägung im FESSTE? .....  | 130        |
| 13.12.2 Unterscheiden sich Probanden, die vor der Traumatisierung unter einer<br>psychiatrischen Störung litten, von Probanden, die vor der Traumatisierung keine<br>klinisch relevante Störung hatten? ..... | 131        |
| 13.12.3 Hat Partnerschaft und Beziehung einen positiven Effekt auf die Entwicklung<br>von seelischem Schmerz? .....   | 132        |
| 13.12.4 Besteht ein Zusammenhang zwischen Aktivitäten im beruflichen Feld und der<br>Schmerzintensität? .....   | 132        |
| 13.12.5 Beeinflusst die Art der Traumatisierung die Ausprägung des seelischen<br>Schmerzes? .....   | 132        |
| 13.12.6 Gibt es Unterschiede im seelischen Schmerz in Abhängigkeit der seit der<br>Traumatisierung vergangenen Zeit? .....  | 134        |
| 13.13 DIE VORLÄUFIGE NORMIERUNG DER 30-ITEMVERSION DES FESSTE .....   | 135        |
| <b>KAPITEL 14 DISKUSSION .....</b>  | <b>139</b> |
| 14.1 DISKUSSION DER KONSTRUKTION UND VALIDIERUNG DES FESSTE .....   | 140        |
| 14.2 DISKUSSION DER BEZIEHUNG ZWISCHEN TRAUMA, TRAUMAFOLGEN UND<br>PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR .....  | 144        |
| 14.3 DISKUSSION DER WEITEREN FRAGESTELLUNGEN.....   | 148        |
| 14.3.1 Unterschiede im Ausmaß des seelischen Schmerzes zwischen Probanden ohne<br>Traumatisierung und traumatisierten Probanden.....  | 148        |
| 14.3.2 Unterschiede im Ausmaß des seelischen Schmerzes zwischen Probanden mit<br>prätraumatischer psychiatrischer Diagnose und Probanden ohne einer solchen ....  | 148        |

|   |     |
|---|-----|
| 14.3.3 Einfluss von Partnerschaft auf das Ausmaß des seelischen Schmerzes .....               | 150 |
| 14.3.4 Zusammenhang zwischen seelischem Schmerz und Aktivität im beruflichen Bereich.....     | 150 |
| 14.3.5 Einfluss der Art der Traumatisierung auf die Ausprägung des seelischen Schmerzes ..... | 151 |
| 14.3.6 Einfluss des Zeitfaktors auf die Entwicklung des seelischen Schmerzes.....             | 152 |
| 14.4 VORLÄUFIGE NORMIERUNG.....   | 153 |
| 14.5 AUSBLICK UND WEITERE FORSCHUNGSPERSPEKTIVEN .....  | 153 |
| 14.6 ZUSAMMENFASSENDE SCHLUSSFOLGERUNG .....  | 154 |
| LITERATURVERZEICHNIS .....  | 155 |
| ANHANG.....   | 177 |
| 16.1 EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG .....  | 177 |
| 16.2 FRAGEBOGEN FESSTE (1. VERSION) .....   | 179 |
| 16.3 FRAGEBOGEN FESSTE (2.VERSION).....   | 185 |
| 16.4 FRAGEBOGEN ENDFASSUNG FESSTE (3.VERSION).....  | 190 |
| 16.5 FESSTE TRAUMACHECKLISTE.....   | 194 |
| 16.6 BST-18.....  | 196 |
| 16.7 OPD-SKF.....   | 198 |
| 16.8 PTSS 10 .....  | 199 |
| 16.9 ENTWURF DES STRUKTURIERTEN INTERVIEWS FESSTE (IN VORBEREITUNG).....                      | 200 |

## Tabellenverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| TABELLE 12.1: DESKRIPTIVE DARSTELLUNG DER STICHPROBE (ERPROBUNGS- UND VALIDIERUNGSPHASE).....  | 97  |
| TABELLE 13.1: ERGEBNIS DER EXPLORATIVEN FAKTORENANALYSE.....   | 113 |
| TABELLE 13.2: ITEMSTATISTIKEN FÜR DIE ERSTE FESSTE-VERSION MIT 52 ITEMS.....   | 115 |
| TABELLE 13.3: KONFIRMATORISCHE FAKTORENANALYSE DES FESSTE .....  | 117 |
| TABELLE 13.4: DESKRIPTIVE AUSWERTUNG DER BERICHTETEN TRAUMATISIERUNGEN.....  | 119 |
| TABELLE 13.5: INTERNALE KONSISTENZ UND INTERKORRELATION FESSTE 30 SKALEN..   | 121 |
| TABELLE 13.6: KORRELATION ZWISCHEN DEN FESSTE SKALEN UND INDIKATOREN FÜR SYMPTOMBELASTUNG .....  | 122 |
| TABELLE 13.7: FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG VON SEELISCHEM SCHMERZ NACH TRAUMATISCHEN ERFAHRUNGEN (FESSTE 30): MITTELWERTE, STREUUNG UND VERTEILUNGSMERKMALE.....   | 123 |
| TABELLE 13.8: HIERARCHISCHE MULTIPLE REGRESSION ZUR VORHERSAGE DES AUSMAßES DER TRAUMATISIERUNG KONTROLLIERT FÜR GESCHLECHT UND ALTER.....   | 124 |
| TABELLE 13.9: DESKRIPTIVE STATISTIKEN UND INTERKORRELATION ZWISCHEN DEN IM MODELL AUFGENOMMENEN VARIABLEN. ....  | 127 |
| TABELLE 13.10: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PROBANDEN MIT UND OHNE TRAUMATISIERUNG IN DER FESSTE GESAMTSKALA UND SUBSKALEN (ANOVA). ....  | 130 |
| TABELLE 13.11: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN PROBANDEN MIT UND OHNE PSYCHIATRISCHER DIAGNOSE VOR DEM TRAUMATISCHEN EREIGNIS (ANOVA) IN DER FESSTE-GESAMTSKALA, DEN SUBSKALEN UND DEM AUSMAß DER TRAUMATISIERUNG..... | 131 |
| TABELLE 13.12: VORLÄUFIGE PROZENTRANGNORMEN UND STANINE-WERTE FÜR DIE FESSTE-SKALEN (N = 1044).....  | 136 |
| TABELLE 13.13: ITEMS, SKALEN UND ITEMKENNWERTE DES FESSTE 30.....  | 137 |

## Abbildungsverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| ABBILDUNG 3.1: ANALYSE DER PROBLEMENTWICKLUNG.....  | 29  |
| ABBILDUNG 6.1: RAHMENBEDINGUNGEN DER ÄTIOLOGIE VON TRAUMAFOLGEN (MAERCKER 2013).....  | 55  |
| ABBILDUNG 8.1: DIE MECHANISMEN DES "MUTUAL MAINTENANCE MODEL" (NACH SHARP T. J., HARVEY A. G. 2011) .....   | 71  |
| ABBILDUNG 9.1: SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DES BIO-PSYCHO-SOZIALEN SCHMERZMODELLS UND MÖGLICHER EINFLUSSFAKTOREN AUF GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE BEIM SCHMERZ (MOD. NACH GATCHEL ET AL. 2007) .... | 76  |
| ABBILDUNG 11.1: PFADMODELL DER BEZIEHUNG ZWISCHEN AUSMAß DER TRAUMATISIERUNG, PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR UND PSYCHISCHEN TRAUMAFOLGEN; EIGENE DARSTELLUNG.....                                 | 92  |
| ABBILDUNG 11.2: PFADMODELL DER BEZIEHUNG ZWISCHEN TRAUMA, DEN EINZELNEN DIMENSIONEN DER OPD-PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR UND DEN TRAUMAFOLGEN; EIGENE DARSTELLUNG.....                           | 93  |
| ABBILDUNG 13.1: HÄUFIGKEITEN DER EINZELNEN KATEGORIEN IN ABSOLUTEN ZAHLEN .   | 105 |
| ABBILDUNG 13.2: SCREEPLOT DER EXPLORATIVEN FAKTORENANALYSE .....  | 112 |
| ABBILDUNG 13.4: BIFAKTOR-MODELL DER 30-ITEM-VERSION DES FRAGEBOGENS ZUR ERFASSUNG VON SEELISCHEM SCHMERZ NACH TRAUMATISCHEN EREIGNISSEN (N=619) .....                                       | 118 |
| ABBILDUNG 13.5: ERGEBNISSE DER PFADANALYTISCHEN BERECHNUNG DES ERSTEN MODELLS. ....   | 128 |
| ABBILDUNG 13.6: ERGEBNISSE DER PFADANALYTISCHEN BERECHNUNG DES ERSTEN MODELLS. ....   | 129 |
| ABBILDUNG 13.7: SEELISCHER SCHMERZ GEMESSEN MIT DEM FESSTE IN ABHÄNGIGKEIT ZUR ALS AM BELASTENDSTEN ERLEBTEN TRAUMATISIERUNG (N=888).....   | 134 |

## Kapitel 1 Einleitung



## **1.1 Ausgangspunkt und Hintergrund der Untersuchung**

In den letzten Jahren haben gerichtliche Aufträge mit der Fragestellung nach der Bemessung psychischen Schmerzes deutlich zugenommen. Damit einhergeht die zunehmende Anerkennung der Gerichte, dass Menschen nicht nur an körperlichen Schmerzen leiden können. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Notwendigkeit, ebendiese psychischen Schmerzen durch Sachverständige bewerten zu lassen, wider. Lange Zeit war es Praxis, die Beurteilung von seelischem Leid den Kompetenzen des Richters zu überlassen. Während früher die sogenannte „Unfallneurose“ nicht als Unfallfolge anerkannt wurde, findet sie in der derzeitigen Rechtsprechung vermehrt Berücksichtigung. Diese Entwicklung der Beziehung von Sachverständigen ist aus psychologischer Sicht zu begrüßen und stellt zugleich eine große Herausforderung für den Sachverständigen im jeweiligen gerichtlichen Auftrag dar. Die besondere Schwierigkeit eines solches Gutachtens resultiert daraus, dass es zum einen an spezifischen Fortbildungen für diesen Bereich mangelt, zum anderen an der Tatsache, dass die nötigen wissenschaftlichen Grundlagen zur Objektivierung von psychischen Schmerzen mangelhaft sind. Gutachter haben die Aufgabe, sich im komplexen System zwischen psychischen Faktoren und dem sozialen Kontext, der Biographie, den Persönlichkeitseigenheiten der betreffenden Person sowie dem Auftraggeber, dem Gericht angemessen zurechtzufinden. Gutachtern aus dem psychiatrischen Bereich fehlt es beispielsweise häufig an der Möglichkeit einer umfassenden testpsychologischen Untersuchung, zudem arbeiten sie überwiegend exploratorisch. Die hier speziell behandelte Frage nach dem psychischen Schmerz bzw. Leid, beinhaltet die Leistungsfähigkeit und die Beeinträchtigung in der Ausführung von Tätigkeiten, welche immer in einem kausalen Zusammenhang mit dem Geschehnis (z. B. Trauma) zu beurteilen sind. Um diese Frage beantworten zu können, braucht es erkenntnis- und handlungsleitende theoretische Konzepte über den psychischen Schmerz und in der Folge auch anwendbare psychometrische Verfahren.



## 1.2 Problem- und Fragestellungen

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit der Fragestellung nach Möglichkeiten, psychischen Schmerz (auch seelischen Schmerz genannt) zu klassifizieren bzw. folglich zu objektivieren. In der Literatur gibt es keine klare, einheitliche Definition des Begriffs „seelischer Schmerz“. Dies führt mitunter dazu, dass dieser im Zusammenhang mit gerichtlichen Aufträgen häufig mit einer psychischen Erkrankung gleichgesetzt wird. Der hier zu untersuchende psychische Schmerz stellt die Folge eines Geschehnisses, einer außergewöhnlichen Belastung, zum Beispiel im Rahmen einer posttraumatischen Reaktion, dar. Eine krankheitswertige Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Sinne des ICD-10 ist hierbei jedoch nicht Voraussetzung, um das Vorhandensein von psychischem Schmerz zu klassifizieren. Es wird angenommen, dass Krankheitsbilder – wie Belastungsreaktionen, Depressionen oder Anpassungsstörungen – ebenso psychische Schmerzen mit sich bringen.

Während seelische Schmerzen zuvor nur anerkannt wurden, wenn sie im Rahmen einer durch ein Trauma ausgelösten eigenständigen psychischen Erkrankung aufgetreten sind, ist nunmehr in der Spruchpraxis der Gerichte eine Anpassung an internationale Vorgehensweisen festzustellen, sodass auch für rein psychische Reaktionen bzw. psychische Begleitstörungen von Traumen immer häufiger Schmerzensgeld zuerkannt wird (Diemath, 2008, S. 185).

Die gutachterliche Fragestellung bezieht sich immer auf eine Analyse folgender Themenbereiche: (A) den Ablauf; (B) das subjektive Erleben, der psychopathologischen Symptomatik und (C) der Kausalität zwischen dem Ereignis und dem Antragsteller (Diemath, 2008). Um der Frage nach der Operationalisierbarkeit von psychischem Schmerz nachzugehen, wird in der vorliegenden Untersuchung eine qualitative Analyse von Gerichtsgutachten durchgeführt, deren Erkenntnisse anschließend in die Entwicklung des standardisierten Testverfahrens einfließen.

Die bisherigen Beurteilungskriterien für Schmerzen nach Holczabek (1976) wurden von Laubichler (1998) für den psychischen Bereich entsprechend angepasst. Professor Holczabek, ein medizinischer Gutachter, spricht ebenso von Schwierigkeiten in der Einteilung von seelischen Schmerzen. Laut seiner Auffassung erfolgt die gutachterliche

Erfassung von Schmerzen immer auf Basis von subjektiven Schätzungen, was einen Ausschluss von Irrtümern unmöglich macht (Holczabek, 1976). In seiner Einteilung von körperlichen Schmerzen weist Holczabek auch auf seelische Schmerzen und die damit verbundene, nochmals erschwerte Beurteilung hin. Der *Cut-off-Wert* zwischen den unterschiedlichen Ausprägungen von Schmerzen stellt die zentrale Frage der Untersuchung dar und ist grundsätzlich mit einer Vielzahl an weiteren Überlegungen verbunden: Wann spricht man von leichten, mittleren und starken Schmerzen und wie lauten die Kriterien hierfür? Ist die Einteilung in leichte, mittlere und starke psychische Schmerzen sinnvoll? Soll eine reine Anlehnung an das Bezugs-kriterium „Aktivität“ stattfinden – wie von Laubichler (1998) vorgeschlagen – oder sind andere Beeinträchtigungen bzw. Kriterien ebenso hinzuzuziehen? Hat die Persönlichkeitsstruktur Auswirkungen auf das subjektive Schmerzempfinden und wie ist dieses Kriterium in der Beurteilung zu berücksichtigen? In wie weit spielen Stressmechanismen bei der Entwicklung des Schmerzschweregrades eine Rolle?

Das menschliche Leid bei gegebenen unterschiedlichen Ressourcen und vergleichbaren seelischen Verletzungen einzuteilen, stellt regelmäßig eine große Herausforderung dar. Schlussendlich handelt es sich bei der Beurteilung von seelischen Schmerzperioden immer um eine subjektiv empfundene Gefühlsstörung, welche der Gutachter anhand objektiver, beobachtungsrelevanter Kriterien einzustufen hat.

Dem Sachverständigen bleibt es schlussendlich überlassen, inwieweit er Persönlichkeitsstruktur und Vorerkrankungen in die Beurteilung der Schmerzperioden miteinbezieht. Voraussetzung für eine Entschädigung durch den Verursacher ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Ereignis und dem Schaden. Im Zivilrecht wird für die Eingrenzungskriterien auf Fragen der Kausalität und der Zurechnung eingegangen, dies erfolgt anhand der *Adäquanztheorie*. Demnach muss der Schädiger nicht für Ereignisse haften, die – nach der normalen Lebensanschauung und nach objektiven Kriterien – außerhalb des zu Erwartenden liegen, wobei seltene Ereignisse davon nicht ausgeschlossen sind (Müller et al. 2012). Für die Frage nach der Kausalität zwischen dem Ereignis und dem seelischen Schmerz können jedoch besondere Umstände – wie eine prä-morbide

Persönlichkeitsstruktur, ein möglicher Krankheitsgewinn – sowie die objektive und subjektive Schwere des Geschehnisses relevant sein (Murer et al., 1993). In der Praxis ist es daher üblich, dass Menschen mit einer affektiven Vorerkrankung weniger Schmerzperioden zugesprochen bekommen als Menschen ohne Vorbelastungen (vgl.: Zur Auswirkung fehlender (körperlicher) Schmerzempfindung auf den Schmerzensgeldanspruch und dessen Bemessung s. ausf. Rz. 3.15ff). Das bereits vor dem Geschehnis bestehende Leid wird sozusagen vom gegenwärtig erfassbaren Leid abgezogen. Dies bringt zugleich ein ethisches Dilemma mit sich und es tun sich Fragestellungen auf wie, „Ist der Schmerz geringer, da vor der Belastung bereits ein gewisses Ausmaß an Schmerzen vorhanden war?“ und „Sollte nicht das Ausmaß an Schmerz, so wie es sich darstellt, erfasst und beurteilt werden?“ Ein Mensch mit Vorbelastungen bekäme bei derzeitiger Vorgehensweise weniger psychisches Schmerzensgeld zugesprochen als jemand ohne Vorbelastungen, unabhängig davon, ob sich das tatsächliche Schmerzausmaß vergleichbar darstellt oder nicht. Dieser Denkansatz stellt eine Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar.

Ansprüche auf seelisches Schmerzensgeld können ebenso von Zeugen eines Unglücks gestellt werden, etwa wenn diese durch den Tod eines nahen Angehörigen psychische Schäden davontragen. Hierfür muss die Schädigung jedoch über das erfahrungsmäßige Maß an Schock- und Trauerreaktionen hinausgehen. In der Begutachtung von seelischen Schmerzperioden ist die Frage der Aggravation und Simulation ebenso abzuklären (Müller et al. 2012).

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Im Folgenden wird zuerst ein theoretischer Überblick über das Phänomen des seelischen Schmerzes gegeben. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf rechtliche Rahmenbedingungen sowie den gutachterlichen Richtlinien in der Einschätzung von seelischem Schmerz liegen. Zudem beschäftigt sich der theoretische Teil dieser Arbeit mit der Darstellung von historischen Konzeptualisierungen des seelischen Schmerzes und verschiedenen Aspekten psychotraumatischer Störungen, welche ein besonderes

Näheverhältnis zum seelischen Schmerz nach traumatischen Erfahrungen aufweisen. Abschließend wird eine Auswahl der derzeit wichtigsten Messinstrumente zur Bewertung von chronischen Schmerzen und psychiatrischen Folgen von Traumatisierungen beschrieben. Der empirische Teil dieser Dissertation beschäftigt sich in weiterer Folge mit der Konstruktion und Validierung eines neuen Fragebogens zur Messung von seelischem Schmerz nach traumatischen Erfahrungen (für eine detaillierte Darstellung der angewendeten Methodik siehe Kapitel 12). Die in diesem Zusammenhang gesammelten Ergebnisse werden abschließend in Bezug zum derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Forschung gesetzt und kritisch diskutiert.



## **Kapitel 2 Rechtsdiskurs der österreichischen Gesetzgebung**



## 2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Das Schmerzensgeld - das sich aus der Buße des germanischen Rechts und in der Folge aus den Bußkatalogen einzelner mittelalterlicher Stadtrechte entwickelte und damit-„geschichtlich gesehen die älteste Form des Ersatzes ideeller Schäden“ darstellt- ist, wie schon aus der Bezeichnung unschwer ersichtlich ist, jene in Geld zu leistende Entschädigung, die einem Opfer im Falle der Erleidung einer Körperverletzung gebührt. (Danzl, 2019, S. 2-3).

Im normierten § 1325 ABGB wird aufgrund der nicht zu bewertenden körperlichen Integrität eine allgemeine Formulierung festgehalten, die besagt, der Geschädigte solle ein den erhobenen Umständen angemessenes Schmerzensgeld erhalten. Über die Umstände, welche im subjektiven Fall bei der Bemessung von Schmerzen zum Tragen kommen sollen, führt das Gesetz lediglich das Kriterium einer nicht näher bestimmten „Angemessenheit“ an. In der Entscheidung 2Ob 135/07b ZVR 2008/58 (Ch. Huber) heißt es:

Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes ist das Auffinden einer passenden Vorentscheidung von zentraler Bedeutung. Eine absolut richtige Höhe des Schmerzensgeldes gibt es nicht. Eine Formel, wie Schmerzen in Geld umzurechnen sind, wurde noch nicht erfunden und wird es auch nicht geben (können) (2Ob 135/07b ZVR 2008/58).

Der Richter hat:

[...] nach freier Überzeugung (§ 273 ZPO) unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles für alles (psychische wie psychische) Ungemach, das der Verletzte bereits erduldet hat und voraussichtlich noch zu erdulden haben wird, grundsätzlich global-also mit einem Kapitalbetrag iS einer pauschal bemessenen Schadenersatzsumme und ohne Möglichkeit späterer Erhöhungen bzw. Ergänzungen, was im Großteil jener Fälle, in denen die Verletzung verhältnismäßig gering (und ohne Dauerfolgen) war, schon deshalb für den Betroffenen unproblematisch ist, weil dieser in solchen Fällen oftmals schon wieder vollständig gesund und das den Schadenersatz auslösende Ereignis für ihn bereits abgeschlossen ist, bevor der Schadenersatz hierfür festgelegt wird- festzusetzen“ (Danzl, 2019, S. 7-8).

Als Rechtsgrundlage für die Begutachtung von seelischem Schmerz dient, neben dem Ärztegesetz 1998, das Psychologengesetz (BGBl. Nr.360/1990), welches das Aufgabengebiet des psychologischen Berufs unter anderem in der Ausübung von klinisch-psychologischer Diagnostik gemäß §3.(2) beschreibt, wobei eine Beschränkung auf jenen Bereich vorgesehen ist, für welchen nachweislich eine entsprechende Erfahrung vorgewiesen werden kann.

Der den Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen vorbehaltene Tätigkeitsbereich, der den gemäß Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, Musiktherapiegesetz, BGBl. I Nr. 93/2008, oder Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990, geregelten Berechtigungsumfang nicht berührt, umfasst die klinisch-psychologische Diagnostik in Bezug auf gesundheitsbezogenes und gesundheitsbedingtes Verhalten und Erleben sowie auf Krankheitsbilder und deren Einfluss auf das menschliche Erleben und Verhalten sowie aufbauend auf Z 1 die Erstellung von klinisch-psychologischen Befunden und Gutachten hinsichtlich der Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmale oder Verhaltensformen in Bezug auf psychische Störungen sowie in Bezug auf Krankheitsbilder, die das menschliche Erleben und Verhalten beeinflussen sowie in Bezug auf Krankheitsbilder, die durch menschliches Erleben und Verhalten beeinflusst werden (Psychologengesetz, 1990, §3(2)).

Der Sachverständige muss ebenso mit den Rechtgrundlagen vertraut sein und stellt nach § 125 (1) StPO eine Person mit besonderen Fachkenntnissen dar, welche als Helfer und fachkundiger Berater des Richters oder der Verwaltungsbeamten fungiert. Formal ist zudem der Befund, welcher die Feststellung und Beschreibung von Tatsachen beinhaltet, und das Gutachten, welches darüber hinaus eine Schlussfolgerung auf Grund des Fachwissens zieht, voneinander zu unterscheiden. Gutachten werden im Sozialversicherungswesen, bei staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren, im Straf- und Zivilprozess sowie im Verwaltungsverfahren angefordert. Gutachten werden üblicherweise ebenso für Privatpersonen erstellt und sind vor Gericht zu berücksichtigen (Maly et al., 2011).

Der Bemessung von seelischen Schmerzperioden kommt eine zunehmende Bedeutung in der Rechtsprechung zu. So formulierte Gutierrez-Lobos 2002 (Danzel, 2019) in der Zeitschrift „Richterwoche“, dass rund 50 % aller Menschen zumindest einmal in ihrem Leben einem potentiell psychotraumatischen Ereignis ausgesetzt sind. Die damit verbundenen seelischen Schmerzen sind aus medizinischer Sicht häufig einer krankheitswertigen posttraumatischen Belastungsstörung, Begleitreaktionen auf schwere körperliche Schädigungen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen sowie Anpassungsstörungen zuordenbar. Ebenso der Verlust der Lebensfreude und Lebensqualität durch Depressivität, Angstzustände, Schlafstörungen, Nervosität, Konzentrationsstörungen, psychosomatische Beschwerden, Antriebsstörungen und vegetative Veränderungen spielt hierfür eine Rolle. Ein Schadensanspruch kann auch im Falle, dass keine organische Ursache festzustellen ist, erwirkt werden.

Jeder Schmerz, sowohl körperlicher und umso mehr seelischer Schmerz, kann objektiv niemals exakt festgestellt werden, da es sich bei empfundenem Schmerz immer um eine subjektive und individuelle Einschätzung handelt. Die Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) liefert dazu folgende Definition: „Der Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserleben, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen solcher Schädigung beschrieben wird“ (Merskey, Bogduk, 1994). Diese Definition unterscheidet bewusst zwischen körperlichen und seelischen Schmerzen und deren Anteilen, da beispielsweise Körperverletzungen in der Regel medizinisch nachweis- und messbar sind. Gegen die Bemühung einer europaweiten Vereinheitlichung der Schmerzensgeldbeiträge sprach sich F. Bydlinski (2003) aus, da ihrer Ansicht nach die regionale Vielfalt an wirtschaftlichen Lebensverhältnissen in Europa für solch ein Vorhaben zu groß sei. Vereinheitlichungen sind nach Bydlinski nicht per se als Fortschritt zu betrachten. Eine starre Berechnung nach einem Tabellensystem für körperlichen und seelischen Schmerz ist demnach abzulehnen (OGH 28.4.2000, 1 Ob 94/00f).

Die Tagung der Europäischen Rechtsakademie, welche am 8./9. 6. 2000 in Trier stattfand, formulierte in Bezug auf den Umgang mit Schmerzensgeldforderungen folgende Empfehlungen an die Europäische Kommission, das Europäische Parlament und den Rat:

1. Der Schutz der Menschenwürde und der Gesundheit muss die Europäische Union und die Mitgliedsstaaten dazu veranlassen, jeder Person, die infolge eines Unfalls einer Schädigung erlitten hat, das Recht auf den Erhalt einer spezifischen Entschädigung für den daraus resultierenden immateriellen Schaden einzuräumen.
2. Die Entschädigung muss sich von derjenigen unterscheiden, die für Vermögensschäden und für Schädigungen, die nicht medizinisch feststellbar oder erklärbar sind, gewährt wird.
3. Der Gleichheitsgrundsatz verlangt eine objektive Bewertung dieses Schadens; es besteht diesbezüglich ein Anspruch der Opfer auf Gleichbehandlung.
4. Die medizinische Wissenschaft liefert die Grundlage für eine objektive Bewertung durch die Erstellung einer medizinischen Tabelle, nach der die Beeinträchtigung der physischen und /oder psychischen Unversehrtheit bewertet wird.
5. Das Ziel einer harmonisierten Entschädigung kann durch die Erstellung einer auf einem Punktesystem basierenden Entschädigungstabelle erreicht werden, die es jedem Mitgliedsstaat ermöglicht, dem Ergebnis einer medizinischen Bewertung einen entsprechenden Geldwert zuzuordnen.



Von großer Bedeutung sind Gutachten vor allem dem Zivilgericht, insbesondere bei Fragen nach dem Schmerzensgeld.

## **2.2 Der Schockschaden und Trauerschäden Angehöriger**

Die Verletzung oder der Tod einer Person kann auch an Dritten einen immateriellen Schaden verursachen, wodurch es Erst- und Zweitgeschädigte aus einem und demselben Ereignis geben kann. Abhängig davon, ob das seelische Leid des Zweitgeschädigten im Ausmaß einer Körperverletzung sich darstellt oder auch nicht, wird zwischen einem Trauerschaden und Schockschaden unterschieden.

Im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB) wird unter § 1325 Schmerzensgeld wie folgt definiert:

„Wer jemanden an seinem Körper verletzt, bestreitet die Heilungskosten des Verletzten, ersetzt ihm den entgangenen, oder, wenn der Beschädigte zum Erwerb unfähig wird, auch den künftigen entgehenden Verdienst; und bezahlt ihm auf Verlangen über dies ein den erhobenen Umständen angemessenes Schmerzensgeld.“

Schockschaden wird als Zustand verstanden, der nach dem Tod oder der sehr schweren Verletzung eines nahestehenden Menschen eintritt und die Grenze einer normalen Trauerreaktion überschreitet, sodass damit ein ärztlicher Behandlungsbedarf einhergeht. Als Ausgleich des damit verbundenen Leidens kann vom Geschädigten eine finanzielle Forderung an den Schädiger gestellt werden. Die entstandene psychische Beeinträchtigung ist als Verletzung des Rechtes auf körperliche Unversehrtheit zu beklagen. Psychische Beeinträchtigungen dieser Art werden häufig „schockartig“ verursacht, wie zum Beispiel durch einen Verkehrsunfall, eine Todesnachricht oder das Miterleben des Todes einer Person. Das familiäre Nahverhältnis, welches für gewöhnlich eine emotionale Bindung beinhaltet, ist Voraussetzung für den Anspruch auf Trauerschmerzensgeld.

Seit 1994 gibt es eine Änderung durch den OGH in seiner Rechtsprechung zum Schmerzensgeld für Schockschaden Dritter und durch Anerkennen des Schockschadens als Körperverletzung iSd § 1325 ABGB. Ab 2001 wurden Grundsätze für rein psychische Schäden in die Ermittlung miteinbezogen und seit dieser Zeit gibt es in Österreich den Ersatz

auf Trauerschäden oder Gefühlsschäden. Diese Entwicklung führte dazu, dass nahe Angehörige Ersatz für grobes Verschulden des Schädigers erhalten können. 2004 gab es z. B. seitens des OGH die Entscheidung, wonach ein erwachsener Sohn einer Getöteten einen Anspruch auf Schmerzensgeld aufgrund von Trauerschaden hat (Landolt, 2011; Stiegler, 2009).

Im Gegensatz zum Trauerschmerz bietet der Schockschaden einen objektiven Hinweis, in Form von eingetretenen Gesundheitsstörungen eines nahen Angehörigen, sowie einen objektiv feststellbaren und überprüfbaren Anhaltspunkt für das Vorliegen und den Umfang eines ideellen Schadens. Das psychische Leid erreicht somit nicht das Ausmaß einer Körperverletzung und die aufgetretenen Symptome bedürfen keiner medizinischen Behandlung.

### **2.3 Das Schmerzensgeld**

Das Schmerzensgeld hat die Aufgabe, eine Globalentschädigung für alle durch die eingetretenen und nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge zu erwartenden körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen zu gewähren, um dem Beschädigten als Abgeltung für entgangene und allenfalls noch entgehende Lebensfreude die Möglichkeit gewisser, die Lebensqualität erhöhender Anschaffungen zu eröffnen; maßgebend sind Art, Dauer und Intensität der Schmerzempfindungen nach deren Gesamtbild, wobei auch auf das Bewusstsein eines Dauerschadens Bedacht zu nehmen ist (Entscheidungstext OGH 30.10.2003 2 Ob 186/03x).

Klinische Psychologen beurteilen meist seelische Schmerzen, welche traditionell als Reaktion auf körperlichen Schmerzen oder auch als psychotraumatischer Leidenszustand von Krankheitswert gewertet werden (Lehrner et al., 2011, S.62)

Schmerzensgeld (Anm.: Wird in Österreich ohne Binnen-, „s“ geschrieben) stellt einen Schadenersatz für ein erlittenes Leid aufgrund einer Körperverletzung (z. B. nach einem Verkehrsunfall, Brand...) und/oder einer Verletzung im seelischen Bereich (z. B. Mobbing, sexueller Missbrauch...) dar, welche bereits erlitten wurde oder zukünftig zu erwarten ist. Ein durch Körperverletzung ausgelöster psychosomatischer wie pathologischer Leidenszustand von Krankheitswert, auch ohne nachweisbare körperliche Verletzungsfolge, stellt dann einen Anspruch auf Schmerzensgeld dar, wenn die psychische Beeinträchtigung

als behandlungsbedürftig gilt oder wenigstens ärztlich diagnostizierbar ist. Eine bloße Aufregung oder Empörung über einen Schaden ist hingegen nicht als seelischer Schmerz zu qualifizieren (Danzl et al., 2019). Die Entschädigung erfolgt in Form von Tagsätzen, welche häufig von Sachverständigen ermittelt werden. Das österreichische Rechtssystem erlaubt es, im Falle von Strafsachen, den Antrag auf körperliches Schmerzensgeld über den strafrechtlichen Weg einzubringen, im zivilrechtlichen Verfahren können Opfer einen ergänzenden Anspruch auf seelische Schmerzensgeldentschädigung stellen (Danzl et al., 2019).

Die Schmerzperioden werden derart bemessen, dass sie komprimiert auf einen 24-Stunden-Tag und in Folge in geraffter Form ermittelt werden, da ein Geschädigter zu Zeiten des Schlafes oder bei Schmerzmitteleinnahme nicht durchgehend, 24 Stunden am Tag, Schmerzen erleidet (OGH 1 Ob 5/09f JBI 2009). Für die Einstufung in die Kategorien der leichten, mittleren und schweren Schmerzen kommt eine Bewertungstabelle zur Anwendung. Danzl et al. (2019) halten fest, es sei eine Illusion zu glauben, dass ausgedehnte Schmerzperioden taggenau objektivierbar und herstellbar seien, da es sich letztlich immer um einen Schätzwert des Sachverständigen handle.

Seit dem 31.5.2009 haben Opfer einer schweren Körperverletzung auch die Möglichkeit, über das Verbrechenopfergesetz (VOG) Entschädigungsleistungen zu erhalten. Der Betrag variiert je nach Ausmaß der Körperverletzung zwischen 2.000 und 12.000 Euro und wird vom österreichischen Sozialministerium ausbezahlt. Hintergrund ist, dass Verurteilung und häufige Zahlungsunfähigkeit der Täter dazu führen, dass Opfer regelmäßig keine Entschädigungszahlungen erhalten. Mit dem VOG sollte hier rasche Abhilfe geschaffen werden.

Aufgrund eines nicht vorhandenen standardisierten Verfahrens für die Begutachtung von seelischen Schmerzperioden im deutschsprachigen Raum ist die vorliegende Arbeit von essenziellem Wert. Der neue entwickelte FEESTE dient somit einem hinzukommenden Qualitätskriterium zur Objektivierung von seelischen Schmerzperioden in der deutschsprachigen Sachverständigentätigkeit.

## **Kapitel 3 Richtlinien der Gutachtenerstellung**



Medizinische Schmerzdiagnostik im gerichtlichen Kontext verfolgt das Ziel, eine Globalentschädigung für alle bereits vorhandenen und nach dem erwartungsgemäßen Verlauf der Erkrankung hinzukommenden körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen einzuräumen (Barolin et al., 1994; Maier, 2006). Bei einer reinen psychologischen Schmerzdiagnostik ist eine Globalbemessung nicht möglich, da der körperliche Aspekt nicht beurteilt werden kann.

Die Richtlinien der Gutachtenerstellung beinhalten Kriterien, welche ein Gutachten formal zu erfüllen hat: Nach den anfänglich genannten, allgemeinen Daten folgt der gutachterliche Auftrag oder die Fragestellung. In Folge sind die Darstellung der Vorgeschichte – konkret psychologische Fragestellungen, Untersuchungsplan und -ablauf sowie die verwendeten psychologischen Verfahren – sowie die Darstellung der Ergebnisse und die Beantwortung der Fragestellung anzuführen. Als Abschluss des Gutachtens wird die Schlussfolgerung der erhobenen Daten angeführt. Hinzukommen die zitierte Literatur sowie ein Anhang mit relevanten Testformularen, Schriftstücken etc. (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

Zu den Anforderungen an ein Gutachten zählen Lesbarkeit und Verständlichkeit, Nachvollziehbarkeit, Neutralität, Objektivität, Unbestechlichkeit, Vertrautheit und Nachprüfbarkeit (Zuschlag, 2001, S. 14-16.)

Standardformalitäten zu Gliederung eines Gerichtsgutachtens müssen vom Sachverständigen berücksichtigt werden und können sich beispielsweise an der Gliederungssystematik nach Zuschlag (2001) orientieren. Zuschlag schlug diesbezüglich vor, zu Beginn mit formalen Angaben wie etwa Absender, Datum, Empfänger etc., das Gutachten zu eröffnen. Danach sind die Fragestellung und der Begutachtungsanlass zu erfassen. Die darauffolgende Sachverhaltsdarstellung dient der Nachvollziehbarkeit und der Möglichkeit der Nachprüfung des Gutachtens und enthält alle Informationen, die dem Sachverständigen bereits vor bzw. bei Beginn der Arbeit zur Verfügung stehen. Hier fließen auch Aktenanalysen, wie Voruntersuchungen, Tagungsprotokolle, psychiatrische oder psychotherapeutische Beurteilungen und Vorbefunde, mit ein. Bei Voruntersuchungen sollte der Gutachter auf mögliche Fehler und Mängel achten, wie z. B. die Verwendung von Tests mit geringer Validität oder veralteten Normen. Auch kommen sog. Gefälligkeitsgutachten

in der Praxis immer wieder vor. Positiv anzumerken sind meist bereits erhobene berufliche, familiäre oder gesundheitliche Anamnesen, welche zeitsparend genutzt werden können.

Die eigentliche Untersuchung ist der zentrale Bestandteil, auf den sich das Gutachten des Sachverständigen in der schlussendlichen Beurteilung bezieht. Diese besteht in der Regel aus einer ausführlichen Anamnese und Exploration, bei Bedarf auch Fremdanamnesen, einer Verhaltensbeobachtung und psychometrischen Testverfahren. Für die Beurteilung der Persönlichkeit können die Analyse der beruflichen Entwicklung, die Sozialisation, die eigene Familie und der Bildungsgrad aufschlussreich sein. Die Verhaltensbeobachtung im gutachterlichen Prozess richtet sich auf äußere, sichtbare Merkmale, wie z. B. motorische Unruhe, Sprache und Duktus, aber auch auf bestimmte Variablen. Dazu zählen Faktoren wie Pünktlichkeit, Einhaltung von Terminen, Geduld etc. Testverfahren sind in der Regel nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu wählen, wobei der Leistungsbereich und der Persönlichkeitsbereich zwei zentrale Untersuchungsschwerpunkte darstellen. In der Begutachtung von seelischen Schmerzperioden ist die Kausalitätsfrage vorrangig, d. h., mit welcher Wahrscheinlichkeit wurde das Leid durch den auslösenden Faktor bedingt oder spielen andere Variablen eine tragende Rolle? Für die Analyse der Problementwicklung (siehe Abbildung 3.1) sind Erfassung und Darstellung des aktuellen Zustandsbildes und die Ursache der Problementstehung erforderlich. Nach Zuschlag (2001, S. 169) kann die Analyse der Problementwicklung wie folgt ablaufen:

**Abbildung 3.1: Analyse der Problementwicklung**

|          |                          |                           |                         |                        |
|----------|--------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------|
| Ursache→ | Entstehung des Problems→ | Entwicklung des Problems→ | Aktuelles Zustandsbild→ | Künftiges Zustandsbild |
|----------|--------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------|

Bei der Beurteilung des auslösenden Traumas geht es primär um die Klärung folgender vier Fragen:

- 1) Wie war der konkrete Ablauf des Ereignisses?
- 2) Wie hat die betroffene Person dieses äußere Ereignis subjektiv und emotional erlebt?
- 3) Liegt eine beschreibbare, kriterienorientierte, diagnostizierbare psychopathologische Symptomatik vor?

- 4) Wie ist gegebenenfalls die Kausalität zwischen Ereignis/Erlebnis und psychopathologischer Symptomatik zu begründen (Haller 2019)?

Bei der Überprüfung des auslösenden Ereignisses darf nicht vergessen werden, dass nur wenige Menschen eine posttraumatische Belastungsstörung nach einem Ereignis erleiden. Vermutlich der Großteil der Menschen erlebt im Laufe seines Lebens unterschiedliche Traumata, ohne weitere krankheitswertige Entwicklungen. Als die drei häufigsten Ereignisse für eine spätere posttraumatische Belastungsstörung sind schwere Unfälle, körperliche sowie sexuelle Angriffe zu nennen.

Nachdem das Ereignis überprüft wurde, kommt im zweiten Schritt der Begutachtung die Analyse des Ereignisses in Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstruktur, welche das subjektive Erleben vor dem Hintergrund der Biographie und Lebenssituation darstellt, zum Tragen. Zu berücksichtigen sind bestimmte Dispositionen einer erhöhten Vulnerabilität bei Persönlichkeitsauffälligkeiten, wie etwa frühere Traumatisierungen, ein geringes Bildungsniveau oder schlechte soziale Umstände. Im dritten Schritt ist die Frage der Kausalitätsanforderung zu klären, die im Sinne der Adäquanztheorie betrachtet wird. Das heißt, es ist zu prüfen, ob ein adäquater Zusammenhang zwischen dem belastenden Ereignis und der Gesundheitsbeeinträchtigung besteht oder ob dieses als wesentliche Bedingung zum Auftreten der Störung beigetragen hat (Haller 2019). Nach der Adäquanztheorie bedeutet Zusammenhang, dass das auslösende Ereignis nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge generell geeignet sein muss, eine Wirkung dieser Art hervorzurufen. Die folgenden psychischen Reaktionen sind nach den allgemeinen Erfahrungssätzen einzuschätzen, d. h. eine derartige Schädigung würde bei den meisten Menschen die gleiche Konsequenz bewirken (Haller 2019). Ebenso führt Haller (2019) fort, dass bei der Zusammenhagsfrage zu klären sei, ob eine sogenannte konkurrierende Kausalität oder eine Teilkausalität vorliegen. Ein Beispiel für eine Teilkausalität wäre, wenn ein Alkoholabhängiger ein Schädel-Hirn-Trauma erleidet und daraus ein hirnormales Syndrom hervorgerufen wird. Bei der Feststellung einer Teilkausalität ist nicht nur das Unfallereignis, sondern auch andere, potenziell das Trauma mitbedingende Faktoren zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist eine exakte Analyse der primären Persönlichkeit und der Vulnerabilität

notwendig. Ist bereits vor Traumatisierung eine Störung vorhanden, besteht die Möglichkeit, dass sich die gesundheitlichen Folgen durch das traumatische Ereignis verschlimmern. Für Haller (2019) ist jedoch eine vorbestehende Disposition nicht für eine echte Kausalität ausreichend, weil die Störung auch ohne die Traumatisierung auftreten hätte können. Vor diesem Hintergrund kommt dem Ereignis möglicherweise eine überraschende Bedeutung als Teil- oder Gelegenheitsursache zu. Laut Widder (2005) ist der kausale Zusammenhang zwischen dem Ereignis und der Art und Schwere dann nicht gegeben, wenn der behauptete Unfall für die Art der folgenden Gesundheitsstörung ungeeignet ist.





## **Kapitel 4 Anmerkungen zur Glaubhaftigkeitsdiagnostik**



Bei der Erstellung gerichtlicher Gutachten geht es im strafrechtlichen Kontext um die Verminderung der Schuldfähigkeit, im zivilrechtlichen Kontext um den Schadenersatz für körperliche und psychische Schmerzen. Die Kausalität zählt zu den häufigsten Fragen im Zusammenhang mit PTBS. Der Gutachter muss unter Anwendung seiner Expertise mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einem kausalen Zusammenhang zwischen dem betreffenden Ereignis und den gesundheitlichen Auswirkungen im Einzelfall überzeugt sein. Eine traditionelle Herangehensweise von klinischen Psychologen stellt laut Maly (2011) die Beurteilung von seelischen Schmerzen als Reaktion auf Körperverletzungen dar oder aber auch als alleinigen psychotraumatischen Leidenszustand von Krankheitswert (Danzl et al., 2019).

Wird man als Sachverständiger in einem gerichtlichen Verfahren um eine Einschätzung ersucht, muss man in diesem Zusammenhang auch immer die Motivation des zu Untersuchenden berücksichtigen. Im Rahmen der Beschwerdevalidierung ist beispielsweise auf ein motivational verzerrtes Antwortmuster zu achten und zu untersuchen, inwieweit sich dieses vom Antwortmuster anderer Personen mit vergleichbarem Störungsbild unterscheidet. Die Annahme, eine reine Simulation sei sehr selten, kann bei fehlender empirischer Forschung nicht bestätigt werden. Individuelle Antworttendenzen, die Kontextabhängigkeit von Beschwerden oder auch intraindividuelle Konsistenzen sind nur mit Hilfe reliabler und valider Test- und Erhebungsverfahren zu beurteilen, welche notwendig sind, um sich der Realität anzunähern (Merten, 2013).

Negative Antwortverzerrungen können sich in Form einer verstärkten Beschwerdeschilderung oder Symptompräsentation zeigen, wobei beide Formen auch gemeinsam auftreten können. Derartige Verzerrungen lassen sich durch psychologischen Testverfahren feststellen, in dem z. B. keine kontinuierliche Leistungsminderung in den Verfahren sichtbar wird, sondern individuell starke Schwankungen auftreten. Diese Verfahren können in der Untersuchungssituation einen Aufschluss über die Kooperationsbereitschaft und die Aussagegültigkeit von Angaben geben. Dabei ist das Wissen über spezifische, kognitive Einschränkungen bei unterschiedlichen

Krankheitsbildern wesentlich. Inkonsistenzen zeigen sich laut Merten (2005) etwa durch Auffälligkeiten innerhalb der Beschwerdeschilderung, durch Unterschiede zwischen Schilderungen und Befunden, durch Anamnese oder durch eine bereits vorhandene Aktenlage bzw. auch durch Abweichungen zwischen der angegebenen Stärke der Beschwerden respektive der präsentierten Symptome und dem Ausmaß der Behinderung in der tatsächlichen Lebensführung.

Im Allgemeinen wird in der Praxis zwischen der Verdeutlichungstendenz, also dem unwillkürlichen Übertreiben von Beschwerden, um das Leid zu verdeutlichen, der Aggravation, sprich der absichtlichen Übertreibung von Beschwerden, und der Simulation, dem bewussten Vortäuschen von Beschwerden, unterschieden. Dreßing und Foerster (2015) haben hierzu Merkmale zur Unterscheidung einer simulierten PTBS und einer tatsächlich vorliegenden PTBS aufgestellt. Auszugsweise wäre zu nennen, dass bei einer Simulation Symptome übertrieben dargestellt, Flashbacks wenig plastisch beschrieben und vegetative Erregungen oder emotionale Zustände nicht beschrieben werden (Dreßing und Foerster, 2015).

Zusätzlich zu den bereits genannten Differenzierungsmerkmalen sind für die Begutachtung die sogenannten inhaltlichen Realkennzeichen nach Steller & Köhnken (1989), welche zur Erkennung von Simulation dienen, sehr wesentlich. Diese werden im Folgenden strukturiert aufgelistet und anschließend beschrieben:

1. Allgemeine Merkmale
  - a) Logische Konsistenz
  - b) Unstrukturierte Darstellung
  - c) Quantitativer Detailreichtum
2. Spezielle Inhalte
  - a) Räumlich-zeitliche Verknüpfung
  - b) Interaktionsschilderungen
  - c) Wiedergabe von Gesprächen
  - d) Schilderung von Komplikationen im Handlungsverlauf
3. Inhaltliche Besonderheiten

- a) Schilderung ausgefallener Einzelheiten
  - b) Schilderung nebensächlicher Einzelheiten
  - c) Phänomengemäße Schilderung unverstandener Handlungselemente
  - d) Indirekt handlungsbezogene Schilderungen
  - e) Schilderung eigener psychischer Vorgänge
  - f) Schilderung psychischer Vorgänge des Täters
4. Motivationsbezogene Inhalte
- a) Spontane Verbesserung
  - b) Eingeständnis von Erinnerungslücken
  - c) Einwände gegen die Richtigkeit der eigenen Aussage
  - d) Selbstbelastungen
  - e) Entlastungen des Angeschuldigten
5. Deliktspezifische Inhalte
- a) Deliktspezifische Aussageelemente

Diese Klassifizierung gründet auf der sogenannten „Undeutsch-Hypothese“, welche besagt, dass erlebnisbegründete Aussagen einen höheren Grad an Ausprägungen inhaltlicher Realkennzeichen besitzen (Steller et al., 1992).

Die erste Klassifizierung der allgemeinen Merkmale bezieht sich auf die gesamte Aussage und untersucht, ob diese Unstimmigkeiten enthalten und ob eine logische Konsistenz gegeben ist. Unstrukturierte Darstellungen sprechen für einen höheren Wahrheitsgehalt, da freie Erzählungen in der Wiedergabe sprunghafter sind und trotzdem logisch nachvollziehbar bleiben. Ein quantitativer Detailreichtum ergibt sich durch Erzählungen von Einzelheiten, welche durch das tatsächliche Erleben hervorgebracht werden, kann. Die „spezifische Inhaltsanalyse“ soll die Anschaulichkeit der Aussage untersuchen und die Einbettung des Geschehnisses in den biographischen Ablauf erfassen. Daneben sind Interaktionsschilderungen in indirekter oder wörtlicher Rede sowie Schwierigkeiten im Handlungsablauf durch spontanes Abbrechen oder Unterbrechen von Aussagen weitere Kennzeichen für einen hohen Wahrheitsgehalt. Die „inhaltlichen Besonderheiten“ fokussieren auf jene Merkmale, welche über die quantitativen Aspekte einer Aussage

Auskunft geben. Dazu gehört, dass die Schilderungen ausgefallene Einzelheiten, die sich auf originelle Details beziehen, beinhalten. Ebenso werden Aspekte hervorgehoben, welche für das Kerngeschehen keine wesentliche Funktion erfüllen. Das Merkmal der „phänomengemäßen Schilderung“ unverständener Handlungsdetails zeigt sich insbesondere bei Kindern und bedeutet, dass das Geschehen nicht verstanden oder begriffen wurde. Indirekte handlungsbezogene Schilderungen treten dann auf, wenn das Kerngeschehnis mit vergleichbaren Erlebnissen verbunden oder ein Bezug zu diesen hergestellt wird. In handlungsgeleitenden Aussagen werden ebenso häufig Schilderungen über eigene oder psychische Vorgänge des Täters angeführt. In der Regel wird dabei nach Erklärungen gesucht. Zu den „motivationsbezogenen Inhalten“ zählt das spontane Korrigieren einer Aussage und das Eingeständnis von Erinnerungslücken, welche sich auf Einzelheiten beziehen. Bezeichnet eine Person ihre Aussage als unrealistisch und gibt an, sie könne sich das Ereignis selbst nicht erklären, handelt es sich eventuell um das Merkmal der „Einwände gegen die Richtigkeit“, welches sich auf die selbstgetätigten Äußerungen bezieht. Selbstbelastungen liegen dann vor, wenn sich die Person für das Geschehnis selbst die Schuld zuschreibt. Häufig kommt es in diesem Zusammenhang auch zu einer Entlastung des eigentlichen Verursachers bzw. Täters. Die letzte Kategorie nach Steller und Köhnken (1989) bezieht sich auf die „deliktspezifischen Inhalte“ der Aussage. Gemeint sind Hinweise auf häufig vorkommende Tatmuster, die „dem alltäglichen Bild eines bestimmten Verbrechens widersprechen, aber dennoch zum typischen Tathergang zugordnet werden können“ (Maier, 2006).

Um die Glaubhaftigkeit einer Aussage korrekt beurteilen zu können, ist es zudem notwendig, dass Aussagezuverlässigkeit, Aussagetüchtigkeit und Aussagequalität von Seiten des Gutachters untersucht werden. Die Aussagezuverlässigkeit lässt sich weiters in psychologische Besonderheiten der aussagenden Person, motivationale Bedingungen und suggestive Beeinflussung unterteilen. Grundsätzlich geht man von der Grundhaltung aus, dass ein Befragter die Wahrheit sagen möchte. Um eine Falschaussage zu erfassen, kann eine Überprüfung von Konstanten – wie Übereinstimmungen, Widersprüchen, Ergänzungen oder Auslassungen – vorgenommen werden. Suggestive Beeinflussungen können so weit

gehen, dass der Befragte derart stark vom suggerierten Inhalt überzeugt ist, dass die Aussage als wahr angenommen werden muss. Die Anzahl der vorherigen Befragungen kann das Ausmaß der Suggestion maßgeblich mitbeeinflussen. Die Aussagetüchtigkeit bezieht sich auf die kognitive Fähigkeit der befragten Person, wobei sich das Kriterium der Tüchtigkeit aus Wahrnehmung, Speicherung und Wiedergabe von Erinnerungen zusammensetzt. Steck (2000) unterteilt die Faktoren zur Bestimmung der Aussagetüchtigkeit z. B. in Intelligenzdefizite, verminderte Gedächtnis- und Wahrnehmungsfähigkeit, Hirnschädigungen, Suggestion, toxische Faktoren oder affektive Effekte. All diese Aspekte können nach Steck die Aussagetüchtigkeit einer Person erheblich mindern. Die Aussagequalität bestimmt darüber, ob eine Aussage Merkmale beinhaltet, die von einer erlebnisfundierten, aber nicht erfundenen oder generierten Aussage zu erwarten sind (Steck, 2000). Dieser Teil des Analyseprozesses nennt sich kriterienorientierte Inhaltsanalyse, wie sie von Steller und Köhnken (1989) bereits angeführt wurde.

## **Kapitel 5 Geschichtliche Aspekte seelischer Schmerzen nach traumatischen Ereignissen**



In diesem Kapitel wird ein kurzer Überblick über die historischen Diskurse bezüglich der Schilderung und Einordnung von psychologischen Folgen traumatischer Erfahrungen gegeben.

Die erste Beschreibung von traumatischen Stresssymptomen findet sich bereits im *Gilgamesch-Epos*, welches im dritten Jahrtausend v. Chr. entstanden ist (Birmes et al., 2003). Im Epos wird Gilgamesch Zeuge des gewaltsamen Tods seines Gefährten Enkidu, was in ihm ein intensives Gefühl der Verzweiflung hervorruft (Tomb, 1994). Im Verlauf der Erzählung leidet der Held nicht nur an wiederkehrenden intrusiven Erinnerungen an dieses Ereignis, sondern auch an Gefühlen der Trauer und Hilflosigkeit.

Auch antike und mittelalterliche Chronisten, wie Herodot (484 - 425 v. Chr.), Lucretius (98 - 55 v. Chr.) und Froissart (1333 - 1404 n. Chr.), schildern ungewöhnlichen Verhaltensweisen wie stuporöse Zustände, Flashbacks, Agitation und Alpträume bei Menschen, die Zeuge von Krieg oder Naturkatastrophen geworden waren (Birmes et al., 2003).

Im 17. Jahrhundert stellt Descartes (1989) in seinem Werk *Les Passions de l'âme* fest, dass Ereignisse, die starke Angst hervorrufen, menschliches Verhalten auch noch lange nach ihrem Auftreten beeinflussen können (Tomb, 1994).

Bezugnahmen auf psychologische Traumata finden sich bis zum 18. Jahrhundert vorwiegend in Anekdoten prosaischer Literatur, Geschichtsschreibung und Philosophie, während die nosologische Bedeutung von Traumatisierungen innerhalb der Medizin lange Zeit vernachlässigt wurde.

Die Vorstellung, dass insbesondere psychische Erkrankungen im Menschen durch schädigende äußere Einflüsse verursacht werden, lässt sich jedoch mit der Dämonologie der antiken und mittelalterlichen Medizin in Verbindung bringen (Schott und Töle, 2006). Noch im 18. Jahrhundert war das vorherrschende Paradigma im christlichen Abendland, dass psychische Störungen durch die Besessenheit von bösen Geistern ausgelöst werden. Tatsächlich lässt sich im 19. Jahrhundert mit dem Auftritt der „romantischen Medizin“ im deutschsprachigen Raum sogar ein Wiedererstarken dieser mythologisierenden



Diskursbewegung beobachten, was sich beispielhaft an den Beiträgen im „Magazin für Erfahrungsseelenheilkunde“ von Karl Philipp Moritz (1756-1793), den Erzählungen „Heinrich von Ofterdingen“ von Novalis (1722-1801), oder „Das Fräulein von Scuderi“ von Ernst Theodor Amadeus Hoffmann (1776-1822) zeigt (Schott und Tölle, 2006).

Die Ansichten der „romantischen Psychiatrie“ verloren jedoch im Verlauf des 19. Jahrhunderts, insbesondere mit Aufkommen der klinischen Psychiatrie, zunehmend an Bedeutung. Im Vordergrund stehen nun moralische (z. B. Esquirol, 1845; Pinel, 1809) und naturwissenschaftlich-biologischen bzw. medizinisch-anatomische Überlegungen (z. B. Griesinger, 1867). Vor allem in den Schriften der „französischen Schule“ um Pinel und seinen Schüler Esquirol zeigte sich das erste aufkeimende Interesse am pathogenen Einfluss von traumatischen Erfahrungen (Birmes et al., 2003). Eine praktische Konsequenz dieser Überlegungen zum Zusammenhang zwischen psychologischen Stress und mentalen Störungen, findet sich in der von Pinel angestoßenen Reformierung des Umgangs mit geistig erkrankten Patienten ab dem Jahr 1793 und der angestrebten „Befreiung der Irren von ihren Ketten“ (Schott und Tölle, 2006).

Parallel zur Entstehung der Psychiatrie bieten zuerst die napoleonischen Kriege und etwas später der amerikanische Bürgerkrieg eine Vielzahl an Fällen von psychologischen Traumen, die von den Militärärzten beobachtet und beschrieben wurden (Briole et al., 1998; Hastings, 1986; Turnbull, 1998). Ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelten sich in der anglosächsischen Literatur, aus der Dokumentation der Folgen des amerikanischen Bürgerkriegs („Soldier's Heart“) und von Eisenbahnunfällen („Railroad Spine“), schließlich erste nosologische Kategorien, welche als Vorläufer der posttraumatischen Belastungsstörung interpretiert werden können (Bessel et al., 1994). 1857 publizierte Ambroise Tardieu mit seinem Buch *Une etude medicolegale sur les Attentats aux Moeurs* (Tardieu, 1857), die erste forensisch-medizinische Schrift über die Auswirkungen sexuellen Missbrauchs im Kindesalter. Wenige Jahre später stellte der Psychiater Briquet als erster vorsichtige Vermutungen über die Zusammenhänge zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und Symptomen von Hysterie im Erwachsenenalter auf (Mai und Merskey, 1980) und Azam veröffentlichte 1893 den ersten medizinischen Bericht über einen

Fall von multipler Persönlichkeitsstörung, welchen er mit früher Traumatisierung in Verbindung brachte.

Während die psychischen Folgen von traumatischen Ereignissen, insbesondere im angloamerikanischen, aber auch im deutschsprachigen Raum, anfangs vor allem auf organische Läsionen zurückgeführt wurden (z. B. Page, 1883; Oppenheim, 1889), rückte durch die Beiträge des Neurologen Charcot (1825 - 1893) am Ende des 19. Jahrhunderts die emotionale Bedeutung von Traumatisierungen zunehmend in das Zentrum ätiologischer Theorien von traumaassoziierten Erkrankungen wie *Hysterie* oder *Railroad Spine* (Charcot, 1879; Libbrecht und Quackelbeen, 1995). Die von Charcot gehaltenen Vorlesungen an der Salpêtrière übten in Folge einen starken Einfluss auf die Forschungen von Pierre Janet und Sigmund Freud aus, die maßgeblich an der weiteren Ausarbeitung des Traumabegriffs der Psychiatrie beteiligt waren (Kapfhammer et al., 2001).

Noch vor Freud war Janet (1894, 1889) der Erste, der die Beziehung zwischen Traumatisierung und Psychopathologie systematisch erforschte. Hinsichtlich des pathogenen Einflusses von Traumatisierungen ging Janet von einer Wechselwirkung zwischen prädisponierender Veranlagung und einer, durch das traumatisierende Ereignis ausgelösten, emotionalen Überlastung aus. Dies würde, seiner Ansicht nach, eine Integration der traumabezogenen Gedächtnisinhalte verhindern. Die dissoziativ abgespaltenen Erinnerungen entwickeln laut Janet eine pathologisch wirksame Eigendynamik.

Zunächst nahmen Freud und Breuer (1895/2000) einen sehr ähnlichen Standpunkt ein, der insbesondere die Entstehung der Hysterie auf dramatische äußere Vorfälle zurückführt, welche aufgrund der damit verknüpften, intensiven körperlichen und emotionalen Erregung nicht mehr vom Organismus integriert werden können. In den folgenden Jahrzehnten revidierte Freud jedoch die Position, dass psychische Erkrankungen durch zumeist sexuelle Traumatisierungen entstehen (sog. „Verführungs- bzw. Traumatheorie“) und betont zunehmend die ätiologische Rolle von unbewussten Phantasien und Triebkonflikten (sog. „Triebtheorie“; Greenberg, 1983). Auch nach dem Tod Freuds wurde die Frage, ob es sich bei den erinnerten Traumatisierungen der Patienten vorrangig um reale Ereignisse oder um Phantasien handelt, zwischen den psychoanalytischen Autoren kontroversiell und

vielschichtig diskutiert (vgl. Klein, 1946; Kernberg, 1967; Masson, 1984; Schimek, 1987; Winnicott, 1960).

Grundlegend für die moderne Diagnose der PTSB waren schließlich die Erfahrungen der beiden Weltkriege, die zum massenhaften Auftreten eines damals noch uneinheitlich u. a. als *Kriegsneurose*, *traumatische Neurose* oder *Shellshock* bezeichneten Phänomens führten (Birmes et al., 2003; Schott und Tölle, 2006). Die Beobachtungen an Frontsoldaten, aber auch an Überlebenden von Konzentrationslagern, führten schließlich zum Krankheitsbegriff der *gross stress reaction*, welcher in das DSM-I aufgenommen wurde (1952). Nach einer relativ langen Friedensperiode wurde diese Kategorie jedoch im DSM-II (1969) gestrichen und durch die stark abgeschwächte Diagnose der *transient adjustment reaction* ersetzt (Crocq und Crocq, 2000). Seit dem DSM-III (1980) setzte sich schließlich der Begriff der *posttraumatischen Belastungsstörung* durch, was als Reaktion auf die teils massiven und lang anhaltenden psychopathologischen Folgen des Vietnamkriegs zu verstehen ist.

## **Kapitel 6 Die posttraumatische Belastungsstörung**



## 6.1 Allgemeine Anmerkungen

Wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt, ist die Beobachtung, dass Menschen nach katastrophalen Ereignissen bestimmte Symptome aufzeigen, schon alt. Nach den beiden Weltkriegen wurde eine Anzahl von Bezeichnungen, wie Kriegsneurose, Kampfesmüdigkeit oder Granatenschock, welche diese Symptomanhäufung beschrieben, gefunden (Maercker et al., 2008). Auch nach Ende des 2. Weltkriegs konnten nach anderen traumatischen Erlebnissen ähnliche Symptome festgestellt werden (Herman, 2003). In Folge erkannte man, dass Menschen etwa auch nach sexuellem Missbrauch ähnliche psychische Störungsbilder aufwiesen. Nicht jede schwerwiegende menschliche Belastung muss „traumatisch“ verarbeitet werden. Zu einem psychischen Trauma, einer „seelischen Wunde“, wird ein Erlebnis erst durch die sehr persönliche Reaktion darauf. Gleichwohl zwischen dem Schweregrad einer Traumatisierung und der Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer PTBS eine positive Korrelation vorliegt, gibt es zugleich eine erheblich große Anzahl an Personen, welche trotz außergewöhnlicher Belastung keine Symptome einer Traumatisierung aufweisen (Bonanno, 2004; American Psychiatric Association, 2013).

Aufgrund der Erkenntnis, dass Traumen sehr heterogen sind, wurde eine Unterscheidung zwischen Typ-I- und Typ-II-Trauma konzipiert. Ein Typ-I-Trauma tritt bei einem unerwarteten, sehr heftigen Ereignis von kurzer Dauer auf (z. B. nach einem Verkehrsunfall oder einer Vergewaltigung). Die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Folgestörung steigt mit der Art, der Häufigkeit und den Umständen des traumatischen Erlebnisses erheblich an. Gewalt, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung oder häusliche Gewalt führen selten zu einer reinen Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung. Häufiger entstehen komplexe Erscheinungsbilder mit Affektproblemen, Störungen der Beziehung zu sich selbst und anderen diffusen Körperbeschwerden. Die Folgeerscheinungen von oft jahrelangen Gewalterfahrungen zeigen eine hohe Komorbidität zu anderen psychischen Erkrankungen auf (Schellong, 2013).

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Typ-II-Trauma) nach Herman (2003) fasst spezifische Folgesymptome in sechs Kategorien zusammen: Die Veränderung der

Regulation von Affekten, Veränderung in Aufmerksamkeit und Bewusstsein, Veränderung der Selbstwahrnehmung, Veränderung in Beziehungen, Somatisierung und Veränderung von Lebenseinstellungen. Weitere Merkmale gehen mit Bewusstseinsveränderungen einher, die als Hyperamnesie oder Amnesie der traumatischen Ereignisse durch zeitweise dissoziative Zustände, Depersonalisation oder Derealisation auftreten können. Das Trauma wird durch häufiges Wiederholen in Form von Intrusionen oder erhöhter Grübelneigung sichtbar.

Zu unterscheiden ist der Typ-II von der „andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen“ (ICD-10; F62.0). Dieses Bild bezeichnet einen chronischen Zustand nach einer Belastungssituation, mit den Merkmalen von Misstrauen, Entfremdung, sozialem Rückzug, Leere und Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Bedrohung und erhöhter Nervosität. Diese Entwicklung kann auch ohne vorherige PTBS auftreten und muss mindestens 2 Jahre andauern. Wichtig ist der Ausschluss einer prämorbidem Persönlichkeitsstörung oder anderen psychischen Erkrankung in der Biographie des Patienten. Im DSM-IV findet sich keine vergleichbare Kategorie. Dazu führt Herman (1992) aus, dass eine komplexe PTBS mit Folgeerscheinungen nicht mit den klassischen diagnostischen Kriterien einer PTBS übereinstimmen muss. Das Störungsbild der komplexen PTBS sei diffuser, andauernder und zeige eine erhöhte Vulnerabilität sowie Neigung zu Selbstverletzungen, welche besonders bei Opfern mit einer Traumatisierung in den sehr frühen Kindheitsjahren zu beobachten ist. Ebenso zeigen sich charakteristische Veränderungen in der Beziehungsgestaltung und der Persönlichkeit sowie verstärkte Schuldgefühle und eine kontaminierte Selbstwahrnehmung, welche zu einer Selbstfragmentation bis hin zu dissoziativen Zuständen der Identität reichen kann (Herman, 1992).

Dissoziative Störungsbilder sind lt. Gast (2004) eine menschliche Verarbeitungsstrategie bei erhöhten psychischen Belastungen und kein primär pathologischer Prozess. Im Zuge einer PTBS ist dieser Verarbeitungsmechanismus aber tragend und tritt besonders bei schweren Traumatisierungen häufig auf. Insbesondere die dissoziative Identitätsstörung (ICD-10; F44.81, DSM-IV, 300.14) ist in diesem Zusammenhang als mögliche Folge einer schwer aggressiven, mitunter auch sexuellen, Handlung in der Kindheit zu betrachten. Dieses

Störungsbild, nach dem ICD-10 auch als multiple Persönlichkeitsstörung bezeichnet, ist durch das Vorhandensein von meist zwei, oder auch mehreren Identitäten, gekennzeichnet, welche wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen, wobei das Auftreten der jeweils anderen Identität von einem zeitlich begrenzten Gedächtnisverlust begleitet wird. Eine dissoziative Amnesie ist durch die Unfähigkeit, sich an wichtige, traumatisierende Ereignisse zu erinnern, gekennzeichnet. Lebensbedrohliche Situationen werden mit Hilfe von frühen Abwehrmechanismen – einer Ausblendung des normalen Bewusstseinszustandes und dem Fallen in eine Art Trance – verarbeitet und sind demnach als Selbstschutzmechanismus zu sehen. Tritt eine dissoziative Fugue auf, bedeutet das für die Person, plötzlich und unerwartet aus dem gewohnten Umfeld wegzugehen, begleitet von einer großen Verwirrung über die eigene Identität, fehlenden Erinnerungen an die Vergangenheit und die Annahme einer neuen Identität. Solche massiven Zustandsbilder treten sehr selten auf.

Als weitere Reaktionen auf schwere Belastungen und außergewöhnliche Ereignisse ist die akute Belastungsreaktion bzw. die akute Belastungsstörung (ICD-10, F43.0; DSM-IV, 308.3) zu nennen. Dieses Störungsbild zeichnet sich durch eine vorübergehende Störung, die innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt, von beträchtlichem Ausmaß auf der körperlichen und/ oder seelischen Ebene aus. Auf die anfängliche Betäubung oder den Schockzustand folgt meist eine Phase geprägt von Depression, Angst, Wut, Rückzug oder Überaktivität. Für gewöhnlich sind diese Beschwerden nach drei Tagen nur mehr flüchtig vorhanden.

## **6.2. Kriterien der PTBS nach ICD und DSM**

Im Jahr (2006) beschrieb G. M. Rosen den inflationären Gebrauch des Begriffes „Trauma“ und weist darauf hin, dass immer häufiger, belastende Lebensereignisse als Trauma bezeichnet werden. Demnach haben sich in der Umgangssprache eine Vielzahl an Ereignissen als traumatisch etabliert, wie etwa eine Scheidung oder der Verlust des Arbeitsplatzes. Tatsächlich führen derartige Vorkommnisse in weniger als 1% der Fälle zu

einer PTBS. Damit einher geht die Erkenntnis, dass die Begrifflichkeit genau definiert und angesehen werden muss.

1980 nahm die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft die posttraumatische Belastungsstörung (PTB) in das Krankheitsklassifikationssystem DSM-III auf (American Psychiatric Association, 1980) und Anfang der 1990er-Jahre floss die Diagnose ins Internationale Krankheitsklassifikationssystem (ICD-10) der WHO ein (World Health Organization, 1992). Die Hauptkriterien der posttraumatischen Belastungsstörung bestehen aus fünf Kriterien, wobei das erste Hauptkriterium im DSM-IV als „potentielle oder reale Todesdrohungen, ernsthafte Verletzungen oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird, darstellt“, definiert wird (American Psychiatric Association, 1994). Das ICD-10 definiert das erste Kriterium als „kurz- oder langanhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (World Health Organization, 1992).

Die zweite Symptomgruppe umfasst den „Erinnerungsdruck“ dieser Intrusionen, welche Alpträume, Nachhallerinnerungen, Belastungen durch Trigger und physiologische Reaktionen beinhalten (Möller et al., 2007). Das DSM-IV beschreibt diese als „anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähnlich oder mit ihr im Zusammenhang stehen“. Intrusionen treten in Form von Bildern, lebhaften Eindrücken oder Geräuschen und Gerüchen, in einem wachen Bewusstseinszustand oder auch im Schlaf plötzlich und ohne Vorankündigung auf. Sie sind als massiv eindringlich erlebbar und können eine retraumatisierende Wirkung haben (Kunze et al., 2003).

Das dritte Kriterium wird im ICD-10 als „Vermeidung und emotionale Taubheit“ mit den Symptomen der „Gedanken- und Gefühlsvermeidung, Situations- oder Aktivitätenvermeidung, Entfremdung, Teil-Amnesie, eingeschränkter Affektspielraum und keine Zukunftsaussichten“ charakterisiert. Parallel dazu nennt das DSM-IV die Vermeidung von „Umstände, die der Belastung ähnlich oder mit ihr im Zusammenhang stehen“. Die



betroffenen Personen versuchen Orte zu vermeiden, welche an das Trauma erinnern, um überflutenden Gefühlen auszuweichen. Als Reaktion darauf wirken sie im Affekt häufig verflacht oder regelrecht apathisch. Die Betroffenen sind in ihrer Konzentration gestört und ziehen sich häufig zurück.

Weiters folgt im ICD-10 die Symptomgruppe der „chronischen Übererregung“ oder „Hyperarousal“ mit den Einzelsymptomen von erhöhter Reizbarkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, Hypervigilanz, Konzentrationsschwierigkeiten und übermäßigen Schreckreaktionen (Maercker et al., 2008). Das DSM-IV gleicht hier dem ICD-10. Aufgrund der gesenkten Erregungsschwelle des zentralen Nervensystems werden im Vergleich zum Zustand vor der Traumatisierung Belastungen früher wahrgenommen, intensiver erlebt und negativer interpretiert und führen zu stärkeren Erregungen.

Für die noch nicht in Kraft getretene ICD-11 ist eine Verengung der Diagnosekriterien der PTBS auf drei Kernsymptomcluster (Wiedererleben, Vermeidung von Erinnerungen an das Trauma und Übererregung) vorgesehen, während unspezifische Symptome wie Konzentrationsprobleme oder Schlafstörungen nicht mehr berücksichtigt werden (Brewin et al., 2017; Stein et al., 2014). Die PTBS wird zudem von der komplexen PTBS, welche durch eine Reihe weiterer schwerer Beeinträchtigung in den Funktionsbereichen Affektregulation, Selbstwert und Beziehung gekennzeichnet ist, abgegrenzt.

Zur Symptombdauer ist im DSM-IV zu lesen, dass für eine Diagnosestellung die Beeinträchtigung länger als ein Monat andauern muss. Das ICD-10 beschreibt lediglich, dass Symptome innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis aufkommen und es in einigen Fällen auch zu einem späteren Krankheitsausbruch kommen kann, jedoch sei dieser gesondert auszuweisen. Das ICD-10 weist zudem auf die klinisch bedeutsame Belastung oder Beeinträchtigung im sozialen bzw. beruflichen Umfeld sowie anderer wichtiger Funktionsbereiche hin. Im Gegensatz zum DSM-IV, treten dissoziative Symptome laut dem ICD-10 nur im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion auf. Im deutschsprachigen Raum ist die Darstellung der diagnostischen Kriterien nach DSM-IV eher zu vernachlässigen, da sie eine geringere praktische Relevanz aufweist. Die enger gefassten

Kriterien des DSM-IV haben zur Folge, dass die Prävalenzzahlen im Vergleich mit nach ICD-10 erhobenen Befunden um 50 % niedriger ausfallen.

Im aktuellen DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) wird die PTBS anhand von insgesamt fünf Kriterien definiert (Erfahrung eines traumatischen Ereignisses, Wiedererleben, Vermeidung, Taubheit und Übererregung). Im Vergleich mit dem DSM-IV sind insbesondere die Einteilung der Vermeidung und der Gefühlstabilitätssymptome in separate Cluster, sowie die Streichung des A2 Kriteriums, wonach Traumatisierung als subjektive Reaktion auf ein Ereignis, welches Angst, Hilflosigkeit oder Horror auslöst definiert wird, anzumerken (Stein et al., 2014). Das DSM-5 definiert Trauma als eine Konfrontation (d. h. persönliches Erleben, Zeugenschaft bzw. Bericht) mit dem tatsächlichen oder angedrohten Tod, ernsthafter Körperverletzung oder sexueller Gewalt.

Ausgehend von epidemiologischen Studien zur Posttraumatischen Belastungsstörung wird davon ausgegangen, dass bis zu 90 % der Bevölkerung mindestens einmal im Leben eine traumatische Erfahrung durchleben, wobei nur ein geringer Teil davon eine PTBS entwickelt. Frühere Studien deuteten auf zu hohe Prävalenzen, nämlich auf bis zu 39% hin (Leonhardt und Foerster, 2003). Heute wird das Risiko für die Entwicklung einer PTBS je nach Studie auf unter 10 % bis zu 25 % geschätzt. Opfer von Vergewaltigungen entwickelt nach der Untersuchung von Salamon et al. (2002) mit einer Wahrscheinlichkeit von rund 50 % eine PTBS, bei Unfällen und Katastrophen liegt die Wahrscheinlichkeit bei 5-10 % oder auch darunter (Möller et al., 2007). Häufiger treten Belastungsstörungen bei jenen Menschen auf, welche in ihren Lebensumgebungen häufig mit Traumatisierungen konfrontiert werden (Breslau et al., 1995).

Bezüglich des Auftretens und des Verlaufes einer PTBS ist der Blick auf die regionale Herkunft und die Periodenprävalenzen oft aufschlussreich. Studien aus Deutschland zeigen für die Gesamtlebensspanne (18 bis 97-Jährige) eine 1-Jahrespävalenz von 2,3 %. Dabei gab es keine signifikanten Geschlechtsunterschiede (Maercker et al., 2008). Mit zunehmendem Alter wurde jedoch ein Anstieg der Prävalenz festgestellt, was sich laut den Studienautoren durch die Nachwirkungen des Zweiten Weltkriegs erklären ließe. Eine Studie aus den USA von Kessler et al. (1995) ergab eine Lebenszeitprävalenz von 7,8 % mit deutlichen,

geschlechterspezifischen Unterschieden. Bei Frauen lag die Prävalenz bei 10,4 % und bei Männern bei 5,0 %.

Nach dem ursächlichen Erlebnis können PTBS in jeder Lebenslage und in jedem Alter auftreten. Unmittelbar nach dem Erlebnis herrscht häufig ein psychischer Schockzustand vor, welcher nach Stunden bzw. Tagen abklingt. Zum Auftreten der eigentlichen PTBS-Symptome kommt es üblicherweise innerhalb der ersten drei Monate. Laut Kessler et al. (1995) ist ein Drittel der Betroffenen nach rund einem Jahr beschwerdefrei, rund die Hälfte ist nach ca. vier Jahren störungsfrei. 10 Jahre nach den traumatischen Ereignissen besteht bei rund einem Drittel noch eine PTBS-Symptomatik. Personen, welche Therapie in Anspruch nehmen, können zur Hälfte nach rund drei Jahren beschwerdefrei leben. In seltenen Fällen, bei rund 7 %, kann es zu einer verzögerten Form kommen, wodurch sich die PTBS-Symptome erst mehrere Monate oder sogar Jahren nach dem entsprechenden Ereignis zeigen. Kritische Lebensereignisse können dabei als Auslöser oder Verstärker fungieren.

### **6.3 Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS**

In der Forschung gibt es unterschiedliche Erklärungsversuche zur Entstehung und Aufrechterhaltung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Diese werden in den folgenden Unterkapiteln diskutiert.

#### **6.3.1 Genetische Faktoren**

Bei Untersuchungen an Veteranen des Zweiten Weltkriegs wurde festgestellt, dass auch genetische Faktoren für die Diagnose einer PTBS eine Rolle spielen. Die Betroffenen erkrankten, obwohl das Ausmaß der Traumatisierung als nicht sehr schwerwiegend beurteilt wurde (Berger und Rintelen, 2018). Ebenso deuten Befunde aus der Zwillingsforschung auf eine genetisch bedingte, doppelt so hohe Prävalenzrate für PTBS hin. Weitere Studienergebnisse besagen, dass 30-40 % der Varianzen durch genetische Faktoren bedingt sein könnten. Schiele et al. (2018) zeigten auf, dass frühe Traumatisierungen oder Vernachlässigungen das Stresssystem für negative Stressverarbeitung regelrecht

epigenetisch programmieren und auch noch im Erwachsenenalter zu Belastungen führen können. Auch zeigen Frauen im Vergleich zu Männern eine erhöhte Prävalenz (3:1) in der Entwicklung einer PTBS.

### **6.3.2 Psychobiologische Faktoren**

Psychobiologische Modelle gehen von der Annahme aus, dass bei akutem Stress körpereigene Opioide freigesetzt werden, mit dem Ziel, eine Reduktion von Schmerz zu bewirken und die Angst zu mindern (Greenberg et al., 1989). In Folge von Stress finden hormonelle und neurologische Veränderungen (Kolb, 1987) statt, welche neuronale Anpassungen im Gehirn verursachen und zu einer Verschlechterung der Reizdiskrimination sowie der Lern- und Konzentrationsleistung führen (Yehuda et al., 1996). Ein Serotoninmangel könnte zu einer falschen Interpretation von emotionalen und sozialen Signalen führen, woraus sich wiederum eine Einschränkung in der Verarbeitung und Steuerung von sozial adäquaten Verhaltensweisen ableiten lässt (Southwick et al., 2005). Eine erhöhte Erregung in den neuronalen Systemen gilt als wesentlicher Faktor für das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung, wodurch es in Folge zur Entwicklung von Angststörungen kommen kann (McFarlane, 1992; Pitman, 1993).

Neue Ergebnisse sprechen von einer verstärkten Aktivität, im Sinne einer Hyperarousal des vorderen insularen Cortex und einer Reduktion im Bereich der rechten Amygdala (Moeller-Bertram et al., 2012). Die Amygdala hat vielfältige Auswirkungen im Bereich der Schmerzverarbeitung und kann sowohl schmerzstillend wie auch schmerzverstärkend wirken. Neugebauer (2007) beschreibt, dass langanhaltende negative Emotionen, wie Angst, Depression oder Stress zu einem verstärkten Schmerzerleben führen.

### **6.3.3 Lerntheoretische Faktoren**

Lerntheoretische Ansätze zur Genese der posttraumatischen Belastungsstörung gehen vielfach von der Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrers (1956; 1960) aus und erklären die traumatischen Symptome durch die Konzepte der klassischen und operanten

Konditionierung und einer anschließenden Stimulusgeneralisierung (Flatten et al., 2004). Während des traumatischen Erlebnisses kommt es zu einer Verknüpfung des Traumas mit physiologischen Zuständen wie Schreck, Angst oder Übererregung. Diese Situationen können in Folge als Trigger fungieren und Reaktionen, welche mit jenen, die im Rahmen des Traumas auftraten, vergleichbar sind, aktivieren (Foa und Davidson, 1993). Dadurch kommt es zur Begünstigung des Vermeidungsverhaltens. Kognitive Konzepte gehen davon aus, dass ein traumatisches Erlebnis die grundlegenden Überzeugungen, betreffend der subjektiv wahrgenommenen Sicherheit der Welt, aus den Fugen gleiten lässt, mit dem Resultat, dass unsichere und ängstliche Erwartungen in Bezug auf zukünftige Ereignisse entstehen (Ehlers und Clark, 2000). Dysfunktionale kognitive Schemata bewirken somit eine veränderte Wahrnehmung der Umwelt und daraus ergeben sich veränderte Verhaltensmuster (Horowitz, 1976). So können negative Bewertungen der eigenen Person zu einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit führen oder die Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung beeinflussen. Ehlers und Clark (2000) berichten davon, dass traumatisches Erleben zu einer Verzerrung und somit einer Nichtintegration in die eigene Biographie führt. Diese nicht-integrierten Inhalte sind besonders für eine Stimulation durch sogenannte Triggerreize anfällig.

#### **6.3.4 Psychodynamische Faktoren**

Psychodynamische Modelle der PTBS-Entstehung sind immer im Zusammenhang mit Freud zu nennen. Obwohl Freud mit den Begriffen der Aktualneurose, des Reizschutzes, der Reizschwelle und des Wiederholungszwangs (Freud, 1917, 1920/2010, 1939/2016), Werkzeuge für eine psychodynamische Konzeptualisierung von realen Traumatisierungen entwickelte, zeigte die Psychoanalyse lange Zeit ein eher geringes Interesse an einem systematischen ätiologischen Modell zu Traumafolgestörungen (Dümpelmann und Grimm, 2016). Dieser Umstand ist auch in den frühen Arbeiten von Freud selbst zu erkennen. Nach Abkehr von der „Verführungstheorie“ – die, wie weiter oben beschrieben, realen sexuellen Missbrauch als zentralen ätiologischen Faktor bei der Entstehung von Neurosen postulierte – führte Freud eine Unterscheidung zwischen Abwehrneurosen und Aktualneurosen ein (Freud, 1962; Verhaeghe und Vanheule, 2005). Während er als Ursache der

Abwehrneurosen primär sexuelle Konflikte in der Kindheit annahm, welche in Symptomen resultieren, die mit symbolischer Bedeutung aufgeladen sind, sieht er die Ursache der Aktualneurosen in der Gegenwart. Die mit der Aktualneurose assoziierten Symptome sind laut Freud hauptsächlich somatischer Natur und somit der Deutung und in weiterer Folge der Psychoanalyse nicht zugänglich (Laplanche und Pontalis, 1975). Die zentralen klinischen Charakteristiken der Aktualneurosen sind automatische Angst und Somatisierungsstörungen (Freud, 1962) und ähneln in ihrer Konzeptualisierung der PTBS-Diagnose des ICD-10 und DSM-IV (Verhaeghe und Vanheule, 2005).

In Freuds späterem Werk beschäftigte er sich erneut mit der Wirkungsweise von traumatischen Ereignissen, was zur Einführung der Theorie des *Reizschutzes* bzw. der *Reizschwelle* (Freud, 1920/2010) führte. In diesem Zusammenhang nahm Freud an, dass ein Trauma dann entsteht, wenn ein Ereignis so intensiv ist, dass die *Reizschwelle* des Individuums überlastet wird und es daher zu einer Überflutung des Organismus durch unkontrollierbare Impulse kommt, was schließlich die Funktionalität des psychischen Apparats stört.

Dieses Modell wurde später um das *Konzept des Wiederholungszwangs* erweitert (Freud, 1939/2016), um das Phänomen der repetitiven Wiederkehr traumatischen Materials – z. B. in der Form von Albträumen – insbesondere bei Kriegsveteranen des 1. Weltkrieges erklären zu können (Brett, 1993). Laut dieser Theorie kommt es durch die Überschreitung des Reizschutzes zu einer Regression, die den primitiven Abwehrmechanismus des Wiederholungszwangs auslöst. Diese Abwehrform kennzeichnet sich durch das wiederholte Durchleben des Ereignisses, mit dem unbewussten Ziel, dieses zu meistern. Dieser Vorgang führt das Individuum jedoch in einen *circulus virtiosus*, da jeder Versuch eine neue traumatische Erfahrung mit sich bringt (Fenichel, 1945/1995).

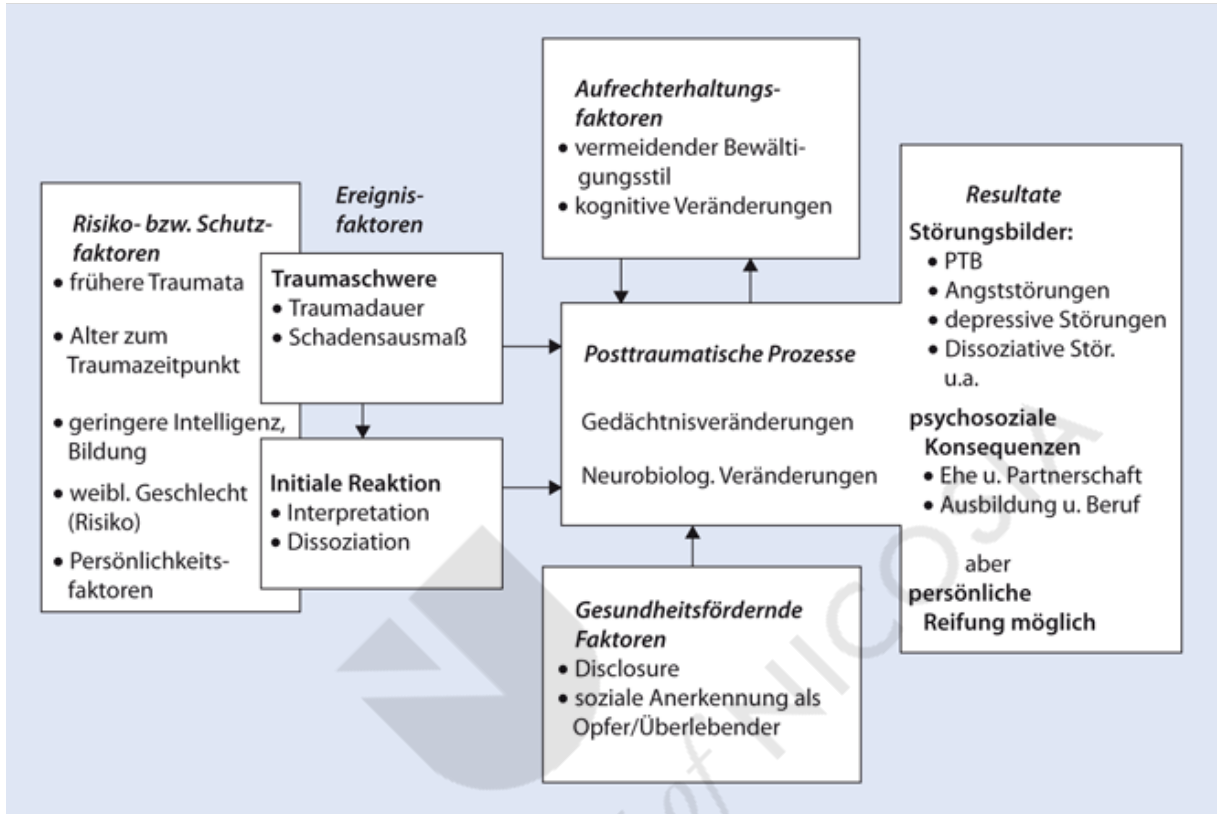
Auf Basis dieser Überlegungen, entwickelte Horowitz (1976; 1993) sein Modell des *Stress-Response Syndromes* weiter und übersetzte die Ideen Freuds in die Sprache der Informationsverarbeitung (Brett, 1993). Kernaussage von Horowitz ist die Überforderung hinsichtlich der Integration traumatischer Informationen in bestehende Schemata. Das psychische System zeigt eine Vervollständigungsneigung der Informationsverarbeitung und kommt erst zur Ruhe, wenn traumatische Erfahrungen integriert werden können. Die Krankheitsentwicklung und der Verlauf sind von sogenannten Risiko- und Schutzfaktoren abhängig. Zu den Risikofaktoren zählen eine unausgereifte Persönlichkeit, belastende Kindheitserfahrungen oder geringe Abwehr- und Belastungsressourcen. Schutz hingegen kann im Rahmen des sozialen Netzwerkes gegeben werden (Flatten et al., 2004; Mikulincer et al., 2015).

#### **6.4 Das multifaktorielle Rahmenmodell bei PTBS**

Einen umfassenden Überblick zur Ätiologie von Traumafolgen gibt das in Abbildung 6.1 dargestellte multifaktorielle Rahmenmodell von Maercker (2013). Es ist in fünf Faktoren unterteilt:

1. Risiko- bzw. Schutzfaktoren (prätraumatisch)
2. Ereignisfaktoren (peritraumatisch)
3. Aufrechterhaltungsfaktoren (posttraumatisch)
4. Ressourcen/gesundheitsfördernde Faktoren (posttraumatisch)
5. Posttraumatische Prozesse und Resultate

**Abbildung 6.1: Rahmenbedingungen der Ätiologie von Traumafolgen (Maercker 2013)**





Demnach ist es das spezifische Zusammenspiel der genannten Faktoren, welches die Auswirkungen und Folgen eines traumatischen Geschehnisses beeinflussen. Neben Risiko- bzw. Schutzfaktoren und der Traumaschwere ist die initiale Reaktion von großer Bedeutung. Maercker et al. (2013) zeigen, dass bei Vorhandensein eines Gefühls von Einflussnahme während des traumatischen Geschehens, die Folgen der Traumatisierung meist nicht so ausgeprägt sind. Hingegen kann die peritraumatische Dissoziation keine signifikanten Ergebnisse liefern. Aufrechterhaltende Faktoren der Traumatisierung drücken sich durch ein vermeidendes Verhalten aus, also dem Versuch, sich mit derartigen Situationen nicht mehr zu konfrontieren. Auch die sog. Überlebensschuld hält die Illusion der Kontrollierbarkeit der Traumaverursachung aufrecht und verhindert eine innerpsychische Integration. Gesundheitsfördernde Faktoren oder Ressourcen werden diejenigen genannt, welche zur Genesung der betroffenen Person beitragen. Die Metaanalyse von Brewin et al. (2000) fand heraus, dass das Ausmaß an sozialer Unterstützung, d. h., inwieweit eine Person integriert bzw. isoliert ist und das damit verbundene Ausmaß an Kommunikationsmöglichkeiten, die Ausprägung der Traumatisierung maßgeblich beeinflussen.

Allen Konzepten ist gemeinsam, dass es in Folge der Traumatisierung zu einer Veränderung von Hirnstrukturen und Funktionen kommt. Dies bringt ein Risiko für Persönlichkeitsveränderungen, komorbide psychische Erkrankungen, aber auch Veränderungen im sozialen Umfeld mit sich.

Diese Erkenntnisse sind für den diagnostischen Bereich, speziell um das Ausmaß der Traumatisierung zu beurteilen, aber auch um Simulationen aufzudecken, von großer Bedeutung.

## **6.5 Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)**

Bei der diagnostischen Abklärung einer PTBS stoßen auch erfahrene Kliniker immer wieder auf die Problematik, dass traumatische Ereignisse unterschiedliche Reaktionen auslösen können. Das Kriterium A (Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis), wie es im DSM-IV und ICD-10 definiert ist, kann, muss aber nicht in dieser Dimension vorliegen, um

weitere traumaspezifische Symptome zu entwickeln. Individuelle Unterschiede, beruhend auf spezifischer Vulnerabilität und Schutzfaktoren, bringen unterschiedliche Erscheinungsbilder hervor.

Das übliche Procedere der diagnostischen Abklärung wird häufig in folgender Reihenfolge durchgeführt: (1) Erhebung der Traumaanamnese, (2) Durchführung von Fragebogendiagnostik. Sind diese Verfahren nicht ausreichend aussagekräftig, folgt (3) die Durchführung eines diagnostischen Interviews, wie zum Beispiel das Strukturiertes klinische Interview zu DSM-IV, Modul PTSD (SKID-PTSD; Wittchen et al. 1997). Neben der ausführlichen Exploration des Traumageschehens und der initialen psychischen Reaktionen von betroffenen Personen, werden diagnostische Kriterien und deren Häufigkeit, Intensität, zeitlicher Verlauf und die aus den Symptomen resultierenden Beeinträchtigungen systematisch untersucht. Die Einbeziehung der Komorbidität auf Grund häufig auftretender Störungen, wie Angststörung, depressive Störung, Sucht oder dissoziative Störung, besitzt eine hohe Relevanz. Der Gutachter muss bei der differentialdiagnostischen Abklärung überprüfen, ob die Symptomatik einer Vermeidung, Empfindungslosigkeit und Hyperarousal bestanden hat (Egle et al., 2014).

Zur diagnostischen Abklärung eines Verdachtes auf eine posttraumatische Belastungsstörung stellen standardisierte Messinstrumente mit festen Kriterien eine weitere, wichtige Möglichkeit dar. Im deutschsprachigen Raum gibt es hierbei – im Vergleich zum angloamerikanischen Raum – noch Aufholbedarf. Zu den wohl bekanntesten diagnostischen Interviews zur Abklärung einer möglichen PTBS gehört das *Structured Clinical Interview* des DSM-IV, welches ein PTBS-Modul mit sehr guter Reliabilität und Validität darstellt (Wittchen et al. 1997). In den USA gehört es zum „Gold Standard“ in der Abklärung einer PTBS. Egle et al. (2014) empfehlen ebenso die Verwendung der Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al. 1990). Blake et al. veröffentlichten die CAPS 1990 ehe es 1998 von Nyberg und Frommberger ins Deutsche übersetzt wurde. Zusätzlich zu den DSM-IV Kriterien erfasst die CAPS noch acht weitere Items: Schuldgefühle, Desillusionierung, Erinnerungsprobleme, Gefühl des überwältigt-Werdens, Depressivität und aggressive

Gedanken. Für die einzelnen Items werden jeweils ihre Intensität und Frequenz erhoben. Im Diagnostische Interview bei

psychischen Störungen (DIPS; Schneider und Margraf, 2003) werden 17 Items bei einer Durchführungszeit von 30 bis 45 Minuten erhoben, die es ermöglichen, eine DSM-IV Diagnose einer ICD-10 Diagnose anzupassen.

Weiters wurden einige Selbstbeurteilungsverfahren entwickelt, welche jedoch vor allem zwei nennenswerte Probleme aufweisen. Zum einen sind die Verfahren auf den angloamerikanischen Raum und das DSM-IV ausgerichtet und zum anderen verwenden die Verfahren Zeitfenster, in denen die Symptome auftreten müssen. Trotz der genannten Schwierigkeiten weist zum Beispiel die PTSS-10 (Post Traumatic Stress Scale- 10; Weisæth, 1989), in der deutschen Übersetzung von Maercker (2002), eine gute Validität auf. Die PTSS-10 besteht aus 10 Fragen, welche allgemeine traumaspezifische Symptome, wie Schlafstörungen, Ängste oder Schreckhaftigkeit, erfassen. Weiter ist die PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale), erstellt von Foa et al. (1996), zu nennen. Neben den traumaspezifischen Symptomen zielt diese Skala auch auf Erfassung der sozialen Beeinträchtigung ab. Die IES (Impact of Event Scale) stammt von Horowitz et al. (1979) und erfasst in 15 Items Symptome der Kategorie der Vermeidung und der Intrusion. Das ETI (Essener Trauma-Inventar) wurde 2014 von S. Tagay und W. Senf entwickelt und stellt einen Fragebogen zur Identifikation von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen dar. Die Daten dazu weisen eine gute Validität auf und dienen ebenso der Erfassung einer akuten Belastungsstörung.

## **6.6 Schwierigkeiten in der Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung**

Als Modediagnose der letzten Jahrzehnte ist die PTBS zunehmend in den Forschungsmittelpunkt gerückt. Damit einhergeht auch, dass die anfängliche Euphorie in der Begutachtung hin zu einem differentialdiagnostischen Abklärungsprozess geführt hat. Generell ist diesbezüglich auf ein wichtiges Merkmal, wie man es aus der diagnostischen Praxis kennt, hinzuweisen: Die diagnostischen Kriterien sind im DSM-IV und ICD-10

unterschiedlich operationalisiert und führen daher bei korrekter Anwendung zu unterschiedlichen Ergebnissen. Wird nach dem DSM-IV diagnostiziert, ergeben sich um die Hälfte niedrigere Prävalenzzahlen für eine PTBS, als wenn der Untersuchende nach den ICD-10-Kriterien vorgeht (Peters et al., 1999). Eines der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale in der Klassifikation zwischen DSM-IV und ICD-10 stellt das Traumakriterium dar. Wann ist von einem Traumakriterium auszugehen und wann nicht? Das DSM-IV erfordert das Vorhandensein eines objektiven und subjektiven traumatischen Geschehnisses und erst dann, wenn beide Aspekte erfüllt sind, gilt das Kriterium als erfüllt. Im ICD-10 ist diese Trennung nicht so klar formuliert. „Eine Traumatisierung kann nicht allein aus dem subjektiven Erlebnis des Ereignisses begründet werden, ebenso wenig wie aus dem objektiven Schweregrad ohne entsprechende subjektive Perzeptionsqualitäten“ (Leonhardt und Foerster, 2003).

Das komplexe Zusammenspiel von Ereignis und Persönlichkeit eines Menschen stellt die grundlegende Problematik in der Psychotraumatologie dar. Die Apperzeption schwerer traumatischer Ereignisse ist ein Sonderfall in der ubiquitären Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt. Die Definition des A-Kriteriums liegt nur dann vor, wenn ein objektiv schweres Ereignis eine tiefgreifende verstörende, psychisch nicht zu integrierende Erfahrung hinterlässt. Für den Versuch der Objektivierung eines Ereignisses zeigen die Forschungsergebnisse, dass neben der objektiven Schwere die Bedeutung des Ereignisses mitbestimmend für das Ausmaß der Störung ist. Daraus folgt, dass der Gutachter das Geschehnis immer im Kontext mit der Biographie und dem Innenleben einer Person betrachten muss. Liegt keine PTBS vor, kann ein bestimmtes Geschehnis von belastendem Ausmaß ebenso den Auslöser für eine Depression oder Anpassungsstörung darstellen. Rechtlich ist dies ein spannendes Feld, auf das sich Gutachter begeben. Die PTBS ist besonders durch das A-Kriterium, sprich dem Umstand, dass ein traumatisches Geschehnis vorliegen muss, um die posttraumatischen Symptome zu erklären, bestimmt. Diese Besonderheit der Kausalität von Geschehnis und Erkrankung wird in keiner anderen Form so klar definiert, mit Ausnahme der Anpassungsstörung, welche Bezug auf eine Lebensveränderung nimmt. So kann ein belastendes, äußeres Ereignis, das keine

Traumatisierung auslöst, rechtlich gesehen Ursache einer Angststörung oder Depression sein, was dazu führt, dass die resultierenden Beeinträchtigungen entschädigungspflichtig sind (Leonhardt und Foerster, 2003).

Die Anamnese beinhaltet das grundsätzliche Problem der Erhebung subjektiver und objektiver Aspekte, peritraumatische Situationen und posttraumatische Kriterien retrospektiv zu erfassen, wobei der Gutachter nicht die Aufgabe der objektiven Überprüfung von Geschehnissen hat. Der subjektive Aspekt kann nur über die Rekonstruktion erfolgen, welche bei Begutachtungen im zeitlichen Verlauf durchaus Transformationen und Adaptionen unterliegen.

Systematische Untersuchungen Traumatisierter haben gezeigt, dass deren Schilderungen der akuten peritraumatischen Situation und Symptomatik zwei Jahre nach dem Ereignis starke Veränderungen zeigen, verglichen mit der Ausgangsschilderung. Betroffene mit geringen posttraumatischen Symptomen bei der Nachuntersuchung lassen bei der erneuten Schilderung des Ereignisses gravierende peritraumatische Symptome aus, die sie anfangs genannt hatten. Personen mit schweren posttraumatischen Symptomen nennen dagegen neue peritraumatische Symptome, die sie vorher nicht genannt hatten. D.h. die aktuelle Situation beeinflusst die retrospektive Erzählung des Geschehens (Leonhardt und Förster S.152).

Sieht man sich die Psychopathologie der PTBS an, werden spezifische Symptome oder sogenannte Kernsymptome, wie Intrusionen und das Vermeidungsverhalten von unspezifischen Symptomen, wie Übererregung oder Angst unterschieden. Bei der Frage nach der Kausalität von Ereignis und Symptom sind immer die Kernsymptome der PTBS traumaassoziiert, die unspezifischen bzw. komorbiden Symptome sind dagegen im Verlauf sehr wechselhaft und häufig nur indirekt mit der Traumatisierung verknüpft.

Im Rahmen der Anamneseerhebung kann es durch das Vermeidungsverhalten von traumatisierten Personen zu indirekten Widerständen bei der Rekonstruktion des Traumas kommen. Ein wichtiger Hinweis für das Vorhandensein einer PTBS für den Diagnostiker ist das An- und Abschwelen von Anspannung im Gesprächsverlauf. Dies kann, je nachdem wie nahe sich der Befragte am Inhalt bewegt hat, bis hin zur Abwendung vom Thema führen. Die Affektlage und die Art der Präsentation des traumatischen Geschehens geben weitere Hinweise auf das Vorhandensein bzw. den Ausprägungsgrad der PTBS. Ist ein Untersucher mit einer PTBS identifiziert, bzw. sieht er einen Nutzen in dem Vorhandensein einer

krankhaften Störung, kann dies mit einer lehrbuchartigen Schilderung des Symptomkatalogs einhergehen. Menschen mit einer traumatischen Erfahrung hingegen, versuchen tendenziell das Trauma vor dem Untersuchenden oder sich selbst zu verbergen.



## **Kapitel 7 Konzeptualisierungen des seelischen Schmerzes**



Im folgenden Kapitel soll der derzeitige Stand der psychologischen und neurowissenschaftlichen Forschung über das Phänomen des seelischen Schmerzes skizziert werden. Diese konzeptuelle Grundlage soll als ein Anhaltspunkt für die weitere Entwicklung eines Fragebogens zur Einschätzung von seelischem Schmerz dienen.

## **7.1. Die psychologische Ebene**

Obwohl die wissenschaftlich-psychologische Erforschung dieses Konzepts lange Zeit vernachlässigt wurde (Orbach et al., 2003), finden sich historisch betrachtet mehrere, relativ uneinheitliche Versuche, seelischen Schmerz zu definieren.

Freud thematisierte seelischen Schmerz bereits in seinen „Studien zur Hysterie“ (Freud und Breuer, 1895/2000). Hier brachte er die Vermeidung der Wahrnehmung der, durch traumatische Ereignisse hervorgerufenen, seelischen Schmerzen, in Zusammenhang mit der Entstehung hysterischer Symptome. In seinen späteren Schriften „Trauer und Melancholie“ (Freud, 1966), sowie „Hemmung, Angst und Symptom“ (Freud, 1926/1975) schreibt er seelischen Schmerzen eine Verbindung zu den spezifischen Trauergefühlen nach traumatischen Verlusterlebnissen zu. Laut Freud (1966, 1926/1975) steht der seelische Schmerz funktionell im Dienste der Ablösung libidinöser Energie vom verlorenen Liebesobjekt. Dies sieht er im Kontrast zum physischen Schmerz, der sich in der Auffassung Freuds durch einen Abzug narzisstischer Libido von eigenen Körperteilen kennzeichnet.

Auch Bakan (1968) betonte die wichtige Rolle von sozialen Verlusterlebnissen in der Entstehung von seelischem Schmerz. Laut seiner Definition bezeichnet seelischer Schmerz das Bewusstsein einer Störung der menschlichen Tendenz hin zu einem Zustand der Ganzheit und des sozialen Wohlbefindens.

Für Frankl (1963) steht seelischer Schmerz vordergründig im Zusammenhang mit dem Gefühl einer quälenden inneren Leere. Diese ist für ihn Folge eines Verlusts von Sinnhaftigkeit im eigenen Leben und ist daher ausschließlich über die Anpassung von Werten modulierbar, die es dem Individuum ermöglichen, seinem Leben einen neuen Sinn zu geben.



Eine weitere Definition findet sich bei den Psychoanalytikern Sandler (1962) und Joffe & Sandler (1965). Ihrer Konzeptualisierung nach ist seelischer Schmerz das Resultat aus einer Diskrepanz zwischen dem Ideal-Selbst und der Wahrnehmung des Real-Selbst. Diese Selbst-Repräsentationen setzen sich aus mentalen Bildern zusammen, die das Individuum über sich und seine soziale Rolle hat.

Eine ähnliche Herangehensweise findet sich bei Baumeisters (1990) Theorie über Suizid als Flucht vor dem eigenen Selbst. Für ihn wird seelischer Schmerz durch eine stark ausgeprägte Eigenwahrnehmung von Unzulänglichkeiten bedingt, die wiederum aus negativen Selbst-Zuschreibungen hinsichtlich der eigenen Misserfolge resultiert. Konkret bedeutet das, wenn der Anspruch beziehungsweise das Ideal-Selbst und die tatsächlichen Ergebnisse weit auseinanderliegen und diese Differenz dem eigenen Selbst zugeschrieben wird, nimmt dies das Subjekt als seelischen Schmerz wahr. Folglich ist für Baumeister der zugrundeliegende Affekt des seelischen Schmerzes die Enttäuschung über sich selbst.

Dem gegenüber steht die Konzeptualisierung von Herman (1992) und Janoff-Bulman (1992), die seelischen Schmerz als die Wahrnehmung von negativen Veränderungen innerhalb des Selbst definieren. Ähnlich wie Freud (1966, 1926/1975) und Bakan (1968) nehmen sie an, dass dies essentiell mit der Erfahrung von traumatischen Erlebnissen und Verlusterfahrungen im Zusammenhang steht.

Im Zuge seiner Arbeiten über Suizidalität beschäftigte sich Shneidman (1977; 1993, 1998) ausführlich mit dem Phänomen des seelischen Schmerzes, den er in seiner Terminologie als „psychache“ bezeichnet. Er geht davon aus, dass seelischer Schmerz durch die Frustrierung von essentiellen Bedürfnissen des Individuums – wie z. B. geliebt zu werden, Kontroll- und Sicherheitsbedürfnisse, Schutz des Selbstbildnisses, Vermeidung von Scham und dem Bedürfnis nach Verständnis – gespeist wird. Werden diese Grundbedürfnisse nicht in ausreichenden Maßen befriedigt, kommt es zu einer Mischung von verschiedenen negativen emotionalen Zuständen, wie Schuld, Scham, Verlust, Verzweiflung, Einsamkeit, Trauer, Hoffnungslosigkeit und Wut (Shneidman, 1993). In diesem Zusammenhang wird von Shneidman betont, dass die Vielfalt an negativen Emotionen in einen generalisierten und kaum aushaltbaren psychischen Schmerz münden können. Erreicht dieser Schmerz eine zu

hohe Intensität, ohne dass sich für das Individuum in absehbarer Zukunft eine Änderung vorhersagen lässt, bedingt dies häufig den Versuch, sich diesem Zustand durch Suizid zu entziehen. Vor diesem Hintergrund findet sich bei Shneidman (1999) auch der erste Versuch einer fragebogengestützten Operationalisierung des seelischen-Schmerz-Konzepts. Die ursprüngliche *Psychological Pain Assessment Scale* (PPAS; Shneidman (1999)) wurde jedoch nie empirisch validiert. Auf Basis von Shneidmans Arbeit entwickelten (Holden et al., 2001) die *Psychache Scale*, die mit Hilfe von 13 Items, welche auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden, die Intensität von seelischem Schmerz erfasst. Empirische Befunde zeigten eine hohe internale Konsistenz der einfaktoriellen Skala und bestätigten die Konstruktvalidität von Shneidmans Konzept, insbesondere hinsichtlich der angenommenen Zusammenhänge mit Depressivität, Hoffnungslosigkeit, psychiatrischer Symptombelastung und erhöhter Suizidalität (Holden et al., 2001; Mills et al., 2005). Allerdings liegt eine deutschsprachige Version dieses Fragebogens bisher nicht vor.

Ein weiterer Ansatz zur Erforschung seelischen Schmerzes wurde von Bolger (1999) entwickelt. Der Ausgangspunkt ihrer Definition bildet die qualitative Analyse von narrativen Schilderungen emotionalen Schmerzes durch traumatisierte Individuen. Auf Basis dieser Auswertungen versteht sie seelischen Schmerz als zerrissenes Selbst (engl. „brokenness of the self“). Diese Zerrissenheit setzt sich aus verschiedenen Determinanten zusammen und beinhaltet ein Gefühl der Verletzung, die Trennung von geliebten Menschen, Verlust des Selbstgefühls, Kontrollverlust und Angst. Bolger entwickelt jedoch kein standardisiertes Messinstrument zur Erfassung von seelischem Schmerz.

Ebenfalls auf Basis einer qualitativen Inhaltsanalyse, jedoch von Narrativen psychiatrisch stationär behandelte Patienten und zufällig ausgewählten gesunden Probanden (n = 120; Orbach und Mikulincer, 2002), wurde von Orbach et al. (2003) ein Fragebogen zur Erfassung seelischen Schmerzes entwickelt. Orbach et al. (2003; 2002) definieren seelischen Schmerz als weites Spektrum subjektiver Wahrnehmung von negativen Veränderungen innerhalb des Selbst und seiner Funktionen. Diese Wahrnehmung ist von intensiven negativen Gefühlen begleitet und wird somit häufig als Qual erlebt. Die *Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale* (OMMP; Orbach et al., 2003) verfügt über neun Faktoren, die

mit Hilfe von 44 Items erfasst und auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden. Die operationalisierten Skalen sind im Einzelnen: *Irreversibilität, Kontrollverlust, narzisstische Wunden, emotionale Überflutung, Erstarrung, Selbstentfremdung, Verwirrung, soziale Distanzierung* und *Leere*. Im Rahmen der Validierung (Orbach et al., 2003) zeigte die OMMP zufriedenstellende Gütekriterien. Zudem legen die Ergebnisse von Orbach et al. (2003) signifikante Zusammenhänge zwischen der OMMP und erhöhter Suizidalität sowie Hoffnungslosigkeit nahe, was im Einklang mit den konzeptuellen Formulierungen von Baumeister (1990), Shneidman (1998) und Frankl (1963) steht. Diese Zusammenhänge wurden zudem in einem kürzlich erschienenen, systematischen Review von Verrocchio et al. (2016) bestätigt. Auch für die OMMP liegt noch keine deutschsprachige Adaption vor.

## **7.2. Neurowissenschaftliche Ebene**

Innerhalb der letzten Jahrzehnte widmete sich die psychologische Forschung verstärkt der Erforschung neurologischer Korrelate von mentalem Schmerz. Mee et al. (2006) waren die ersten, die annahmen, dass es spezifische Gehirnareale gibt, die für die Entstehung von psychologischem Schmerz eine besondere Rolle spielen. Ausgehend von Studien, die sich mit Trauer, sozialer Exklusion und induzierter Traurigkeit beschäftigten, schlussfolgerten sie eine Überlappung von neuronalen Netzwerken für physiologischen und psychologischen Schmerz. Dieses System besteht laut Mee et al. (2006) insbesondere aus der Insula, dem präfrontalen Kortex und dem anterioren cingulären Kortex. Demgegenüber steht der somatosensorische Kortex, der nur bei der Entstehung physiologischer Schmerzen involviert ist.

Der aktuelle systematische Review von Meerwijk et al. (2013) befasst sich mit Studien, die mit Hilfe von funktionellen, bildgebenden Verfahren neuronale Vorgänge bei der Induktion von seelischem Schmerz beobachten. Seelischer Schmerz wurde hierfür als ein überdauerndes, unaushaltbares und unlustvolles Gefühl definiert, das aus einer negativen Bewertung eines Unvermögens oder Mangels des Selbst resultiert. Die Autoren fassten in dieser Übersichtsarbeit 18 Studien zusammen, in denen sich Probanden entweder an

autobiographische Ereignisse erinnern sollten, welche mit seelischem Schmerz assoziiert sind (z. B. Verlust eines nahen Angehörigen oder Freundes, zerbrochene Beziehungen, etc.), oder in denen ProbandInnen mit hohem seelischem Schmerzwerten mit ProbandInnen mit niedrigen Werten hinsichtlich ihrer Ruheaktivität verglichen wurden. Auf Basis dieser Studien postulieren Meerwijk et al. (2013) ein vorläufiges neuronales Netzwerk, welches den Thalamus, den anterioren und posterioren cingulären Cortex, den präfrontalen Kortex, das Cerebellum und den Gyrus parahippocampalis einschließt. Dieses Netzwerk überlappt sich auch in ihrer Auffassung zu großen Teilen mit der Neuroanatomie von physiologischem Schmerz. Im Gegensatz zu Mee et al. (2006) gehen sie jedoch davon aus, dass die Insula, der Caudatus und das Putamen bei psychischem Schmerz eine wesentlich geringere Rolle spielen als bei physischem. Zudem schlussfolgern die Autoren mit Hinblick auf die Studien über die Ruheaktivitätsmuster bei psychischem Schmerz, dass erinnerte *Trauer* (engl. *grief*) eher psychologischem Schmerz im engeren Sinn entspricht als z. B. erinnerte *Traurigkeit* (engl. *sadness*).

Dieses Ergebnis erinnert nicht nur an Freuds (1966) Auffassung über die Beziehung zwischen Trauer und psychologischen Schmerz, sondern bietet auch Berührungspunkte zum Diskurs der affektiven Neurowissenschaft (Coenen et al., 2011; Panksepp, 1998; Panksepp und Biven, 2012; Watt und Panksepp, 2009). Ausgehend von Versuchen mit intrakraniellen Stimulationen am Tiermodell und der Tiefenhirnstimulation bei Menschen, postulieren die Autoren, dass die neuroanatomischen Grundlagen für psychologischen Schmerz im sogenannten *PANIC/GRIEF* oder *Trennungsdistress*-Netzwerk liegen (Panksepp und Biven, 2012). Dieser vorwiegend durch endogene Opiode gesteuerte Schaltkreis lässt sich in allen Säugetieren und manchen Vogelarten nachweisen. Bei der Aktivierung – etwa durch soziale Isolation oder direkte Hirnstimulation – werden spezifische Verhaltensmuster ausgelöst, die ein Bedürfnis nach Fürsorge ausdrücken (Nelson und Panksepp, 1998). Dies beinhaltet sogenannte „Trennungsrufe“ sowie panikartiges und initial verstärktes Suchverhalten, ähnlich der von Bowlby (1969) beschriebenen Protestphase des Trennungsdistresses. Länger anhaltende Aktivierung führt dagegen zu einem Abschalten des Such- und Panikverhaltens und mündet in einem stuporösen Zustandsbild, das in etwa

der „Verzweiflungsphase“ des Trennungsdistresses entspricht (Bowlby, 1969; Panksepp, 2011). Auf einer subjektiv-affektiven Ebene ist die Aktivierung dieses Netzwerkes mit intensiven Gefühlen von Panik, Trauer, und psychologischem Schmerz assoziiert (Solms und Turnbull, 2002; Coenen et al., 2011). Neuroanatomisch setzt sich das PANIC/GRIEF System aus dem anterioren cingulären Kortex, dem Bed Nucleus der Stria Terminalis, dem präoptischen Areal des Hypothalamus, dem dorsomedialen Thalamus und dem dorsalen periaquäduktalen Grau zusammen (Panksepp, 2011). Insbesondere das im Mesencephalon lokalisierte periaquäduktalen Grau scheint für die Entstehung und Integration von physischen und psychologischen Schmerzen eine elementare Rolle einzunehmen (Bittar et al., 2005; Linnman et al., 2012). Eindrucksvolle Hinweise darauf bieten mehrere, seit den 1960er-Jahren durchgeführte Tiefenhirnstimulationsstudien, in denen – in Abhängigkeit von Intensität der Impulse und der Lokalisierung der im periaquäduktalen Grau angebrachten Elektroden – sowohl analgetische Effekte als auch physiologischer und psychologischer Schmerz evoziert werden konnte (Nashold Jr et al., 1969; Hosobuchi et al., 1977; Richardson und Akil, 1977a, 1977b).

## **Kapitel 8 Der chronische Schmerz und der Zusammenhang mit PTBS (Posttraumatischer Belastungsstörung)**

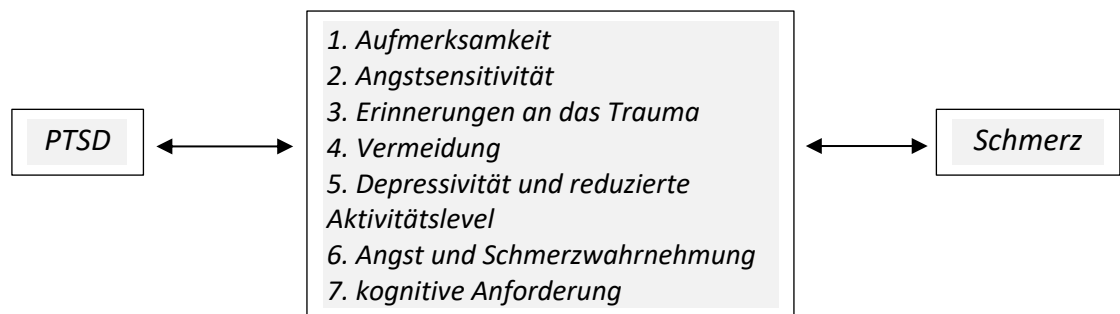


Nach Liedl et al. (2008) wird Schmerz allgemein als eine „unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung“ definiert, die „mit tatsächlicher oder potentieller Gewebeschädigung zusammenhängend oder in den Worten einer solchen Schädigung beschrieben wird“. Als Ursache für die Entstehung und Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen werden häufig schmerzbezogene Kognitionen, Selbstwirksamkeitserwartungen und Bewältigungsstrategien herangezogen (Liedl und Knaevelsrud, 2008). Schmerzen können als adaptive Fähigkeit beschrieben werden, die für die Person eine Gefahr signalisieren und damit projektive Reaktionen auslösen. Schmerz ist somit ein überlebenswichtiger Impuls.

Bei chronischen Schmerzen ist der ursprüngliche Anlass nicht mehr vorhanden und es entwickelt sich ein eigenständiges Krankheitsbild. Die Mechanismen der Chronifizierung von Schmerz sind sehr komplex, da neben somatischen Ursachen auch psychische Komponenten, wie maladaptive Lern- und Gedächtnisprozesse mitverantwortlich sind (Flor, 2012). Hirnstrukturen, welche an der Verarbeitung von Schmerz beteiligt sind, sind auch teilweise bei psychiatrischen Erkrankungen verändert und könnten eine Erklärung liefern, warum eine sehr enge Beziehung zwischen psychiatrischen Erkrankungen und der Verarbeitung und Beurteilung von Schmerz besteht. In Untersuchungen von Bär (2003; 2011) wurde berichtet, dass Menschen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung eine verminderte Schmerzwahrnehmung, jedoch viele Schmerzbeschwerden aufweisen.

Das „mutual maintenance model“ von Sharp und Harvey (2001) geht von einer gegenseitigen Beeinflussung der Aufrechterhaltung von Schmerzsymptomen und posttraumatischen Symptomen aus. Sieben Mechanismen beeinflussen wechselhaft die Symptomaufrechterhaltung (siehe Abbildung 8.1).

**Abbildung 8.1: Die Mechanismen des "mutual maintenance model" (nach Sharp T. J., Harvey A. G. 2011)**



Seekatz et al. (2013) bestätigten den Einfluss von Depressivität auf den Chronifizierungskreislauf von Schmerz. Seit Beginn der Schmerzforschung ist Depression ein zentrales Thema und von großer Bedeutung. „Auslösung, Chronifizierung, Behandlungsziele und -ergebnisse hängen mit dessen Ausprägung zusammen“ (Nilges und Essau, 2015). Depressivität wirkt sich auf somatische, affektive und kognitive Aspekte des Erlebens aus und kann den Zusammenhang von Schmerz und Ausmaß der Beeinträchtigung von Lebensqualität beeinflussen. Die meisten Studien, welche den Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und chronischem Schmerz untersuchen, geben Prävalenzzahlen in der Größenordnung von 30 bis 60 % an (Komarahadi et al., 2004). Zudem werden gemeinsame biologische Grundlagen von Depressivität und Schmerz angenommen (Baumeister und Härter, 2011; Zellner et al., 2011). Im *fear-avoidance*-Modell von Vlaeyen und Linton (2000) wird der Teufelskreis aus Schmerzempfinden und psychischen Faktoren, speziell den maladaptiven Schmerzkognitionen, wie Angst-Vermeidungsverhalten und Depressivität, beschrieben.

Laubichler (1998) hob in seiner Definition der psychischen Schmerzeinteilung ebenso Depressivität und Angst hervor. Die Ähnlichkeit von Symptomen aus den Krankheitsbildern der Depressivität und Angststörung bei chronischem Schmerz und psychischem Schmerz lassen einen gewissen Zusammenhang zwischen der Entstehung und der Aufrechterhaltung vermuten. Wird chronischer Schmerz als unangenehme sensorische sowie emotionale Erfahrung beschrieben, ist dieser immer auf eine potentielle oder tatsächliche



Gewebeschädigung zurückzuführen (Liedl und Knaevelsrud, 2008). Als Synonym für den psychischen Schmerz kann daraus folgende Definition abgeleitet werden: Psychischer Schmerz ist eine unangenehme emotionale Erfahrung, welche mit einer tatsächlichen oder potentiellen psychischen Schädigung durch ein Geschehnis (z. B. eines Traumata) einhergeht. Ein Auszug aus dem Fragebogen für deutschsprachige Patienten mit chronischem Schmerz (Nagel et al., 2012) zeigt die Parallelen zum psychischen Schmerz auf. Unter den 21 Fragen ist zu lesen „Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben“, „Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen“, „Ich fühlte mich als Person nicht viel wert“ oder „Ich empfand das Leben als sinnlos“.

Zetl et al. (2004) untersuchten die Folgen eines traumatisierenden Unfalls über zwei Jahre hinweg und kam zum Ergebnis, dass rund 50 % der Überlebenden unter chronischen Schmerzen und Angstzuständen litten. Rund 40-50 % hatten Einschränkungen bezüglich Alltagstätigkeiten und der allgemeinen Mobilität. Beim Vergleich von chronischen Schmerzen mit einer PTBS sind ähnliche Prädiktoren zu finden, wodurch die Annahme, dass ebendiese Prädiktoren auch für psychisches Leid vorliegen, naheliegt. Chronische Schmerzen werden in der Untersuchung von Koleck et al. als komplexes und multifaktorielles Problem betrachtet (Liedl und Knaevelsrud, 2008). Die wichtigsten Prädiktoren oder Faktoren für eine PTBS sind nach Brewin et al. (2000) die Traumaintensität sowie posttraumatische Faktoren wie zusätzliche Traumata und fehlende soziale Unterstützung. Bei der Aufrechterhaltung von chronischen Schmerzen sind kognitive Bewältigungsstrategien und die wahrgenommene Selbstwirksamkeit entscheidend. So spielen sowohl bei der PTBS als auch dem chronischem Schmerz Vermeidungsverhalten, ein erhöhter somatischer Fokus, emotionale Instabilität und Übererregung sowie Ängste eine entscheidende Rolle. Depression konnte als Mediator zwischen chronischem Schmerz und der PTBS aufgezeigt werden (Poundja et al., 2006).

## **Kapitel 9 Persönlichkeitsmerkmale und ihr Einfluss auf psychisches Leid**



## 9.1. Grundlegende Zusammenhänge

Als psychologische Merkmale, sogenannte „Traits“, werden häufig Persönlichkeitseigenschaften, die gewohnheitsmäßig Verarbeitungsformen des Erlebens und Tuns aktivieren, bezeichnet. Die Trait-Konzepte ermöglichen eine eingeschränkte Vorhersage des Verhaltens und Erlebens, da auch der situative Kontext immer eine maßgebliche Rolle spielt. Die Traits zeigen sich auch in habituellen Verarbeitungsstilen hinsichtlich des Umgangs mit Schmerz. Erlebte Hilflosigkeit, Übersteigerung negativer somatosensorischer Wahrnehmungen und eine Grübeltendenz sind die häufigsten Merkmale, die zu einer erhöhten Schmerzintensität führen. Untersuchungen zeigten zudem, dass diese Variablen die Schmerzstärke vorhersagen können und mit allgemeiner Angst und Depressivität korrelieren (Kröner-Herwig, 2014). Mit Beginn der Schmerzforschung wurde ein besonderes Augenmerk auf die Chronifizierung von Schmerz gelegt, die durch spezifische psychologische Merkmale von Betroffenen erklärt werden sollten. Einfache Typologien wie die „Schmerzpersönlichkeit“ oder „Migränepersönlichkeit“ sollten dabei helfen, eine Vorhersage zu treffen und erklären, weshalb sich gelegentlich auftretender Schmerz zu einem Dauerschmerz entwickelt. Kein psychopathologisches Modell konnte bisher dauerhafte und wesentliche Beiträge zur Frage der Chronifizierung leisten (Nilges und Traue, 2007). Als Chronifizierung kann man eine Ausbreitung der Problematik auf somatische, psychische und soziale Dimensionen des Schmerzes bezeichnen, wobei die damit verbundenen Einschränkung im Alltag zu einer erhöhten Belastung beitragen (Gerbershagen et al., 2002). Bei Chronifizierung von Schmerz weisen psychische Komponenten, wie erhöhte Angst, Neigung zur Katastrophisierung, empfundene Hilflosigkeit und Depressivität signifikante Zusammenhänge auf.

In der Theorie des *pain coping* (Kraaimaat und Evers, 2003) wird die Wirkung von psychologischen Faktoren auf die Schmerzbewältigung diskutiert. Pain coping bezeichnet ein Konstrukt, das sich auf die Verarbeitung und den Umgang mit Stressoren, darunter eben auch Schmerz, bezieht. Die wichtigste Aussage ist, dass eine Situation erst dann zum Stressor wird, wenn sie vom Individuum als bedrohlich interpretiert wird und auf dysfunktionale Weise damit umgegangen wird. Die Persönlichkeitsstruktur bestimmt also

mit, zu welchen Konsequenzen eine Belastungssituation führt. Insgesamt beeinflussen ungünstige Copingstrategien das Ausmaß des Leidens und damit auch den Grad der Schmerzen und der Beeinträchtigung.

Dem zu Folge bringen Persönlichkeitsveränderungen, wie etwa die depressive oder ängstliche Persönlichkeitsstruktur, eine größere Anfälligkeit, Leiden zu entwickeln mit sich. Van Damme et al. (2008) beschreiben die Bedeutung des Copings für die Anpassung an Schmerz und stellen fest, dass insbesondere passive, vermeidende oder auch emotional gesteuerte Bewältigungsstrategien den Verlauf des Schmerzes ungünstig beeinflussen.

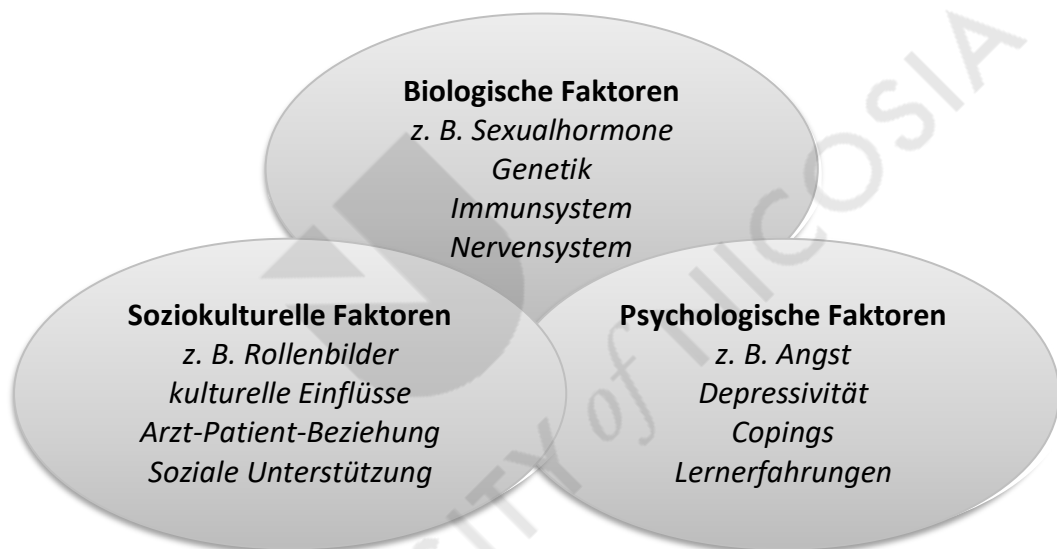
Ob bestimmte Persönlichkeitseigenschaften das Risiko für die Entstehung einer PTBS erhöhten oder nicht, kann bis heute nicht abschließend beantwortet werden. Es ist methodisch sehr schwierig zu erfassen, wie sich die Persönlichkeitsstruktur vor dem Trauma dargestellt hat und inwieweit es zu Veränderungen kam. Eine Studie von Breslau et al. (1995) konnten ein signifikantes Ergebnis dahingehend aufzeigen, dass zwischen Neurotizismus sowie Extraversion und der Anzahl an später erlebten traumatischen Geschehnissen ein signifikanter Zusammenhang besteht (Maercker 2009).

Die Rechtsprechung ist stets bemüht, die Einstufung von Schmerzperioden anhand eines objektiven Maßstabs vorzunehmen. So muss nach heutiger Meinung ein von der Durchschnittsnorm abweichender subjektiv-individueller Grad an seelischen oder körperlichen Empfindsamkeiten eines Verletzten unerheblich bleiben. Besondere Schmerzempfindung darf daher ebenso wenig an Berücksichtigung aufweisen wie eine besonders schwere Schmerzindifferenz (Danzl et al., 2019). Ein besonders schwerer Unrechtsgehalt wäre zu Gunsten des Verletzten zu berücksichtigen, wenn dieser den seelischen Schmerz des Betroffenen vertieft, aber nicht anlage- bzw. persönlichkeitsbedingt ausgelöst wird.

## 9.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Schmerzsensitivität

Wie in Abbildung 9.1 dargestellt, gehen zeitgenössische Schmerzmodelle von einem vielfältigen Zusammenspiel von biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren sowie ebensolchen Wechselwirkungen aus (George und Engel, 1980; Borrell-Carrió et al., 2004).

**Abbildung 9.1: Schematische Darstellung des bio-psycho-sozialen Schmerzmodells und möglicher Einflussfaktoren auf Geschlechtsunterschiede beim Schmerz (mod. nach Gatchel et al. 2007)**



Unter *biologische Faktoren* fallen Sexualhormone, endogene Schmerzhemmung und das zentrale sowie das periphere Nervensystem. Zu den *soziokulturellen Faktoren* gehören die Erwartungen an die Geschlechter sowie Traumatisierungen. Die *psychologischen Faktoren* bestehen aus kognitiven Elementen wie Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Coping oder auch dem Katastrophisieren sowie affektiven Faktoren wie Angst und Depression. Auch in diesem Modell ist der Zusammenhang von Angst und Depression bei Schmerz deutlich erkennbar. Unter der Annahme, dass die angeführten Aspekte die unterschiedlichen Stadien der Schmerzverarbeitung beeinflussen können, wird deutlich, dass es einen

geschlechtsspezifischen Unterschied geben muss. Allein für die hormonelle Disposition, speziell die Sexualhormone, können bereits Unterschiede in der Funktionsweise und somit ein Einfluss auf die Schmerzkontrolle und das Neurotransmittersystem angenommen werden. Ausreichende kognitive Fähigkeiten beeinflussen die Selbstwirksamkeitserwartung und den Grad der Schmerztoleranz positiv. Bei Angst und Depression zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei Frauen besteht ein engerer, stärkerer Zusammenhang zwischen Depressionen und Schmerzen als bei Männern. Soziale Rollenmodelle leisten ebenso einen bedeutsamen Einfluss auf die Empfindung und den Ausdruck von Schmerz. Von Männern wird eine Rolle erwartet, welche zur Schmerzunterdrückung neigt. Frauen hingegen wird zugestanden, Schmerz nach außen zu tragen und sich Hilfe sowie Unterstützung im sozialen Umfeld zu suchen. Daraus ergibt sich vermutlich auch, dass Frauen eine 1,5fach erhöhte Prävalenz von Schmerz aufweisen (Kröner-Herwig et al., 2011).

### 9.3 Persönlichkeitsstruktur als Mediator für psychische Traumafolgen

In den Jahrzehnten des ausgehenden 20. Jahrhunderts wurden psychodynamische Theorien zunehmend für ihre hermeneutischen und oft ausufernden Theoriegebäude kritisiert, die sich einer wissenschaftlich-empirischen Überprüfung entziehen (Schwartz, 2018). Die Entwicklung und Etablierung der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD-2; Arbeitskreis OPD-2, 2008) im deutschsprachigen Raum ist als Reaktion auf den dadurch einsetzenden Bedeutungsverlust psychodynamischer Psychologie zu verstehen. Diese erfasst als System zur Diagnostik und Behandlungsplanung die fünf Achsen *Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Persönlichkeitsstruktur* und berücksichtigt zusätzlich die deskriptive Störungsdiagnose des ICD-10 bzw. DSM-V. Hinsichtlich der psychodynamischen Theorie der Entstehung von Traumfolgestörungen ist insbesondere die Achse der Persönlichkeitsstruktur bedeutsam. Diese wird als Gesamtheit der biographisch erworbenen Funktionen verstanden, die der Steuerung, Wahrnehmung, Bindung und Kommunikation der eigenen Innenwelt und des Verhältnisses zu anderen Menschen dienen (Ehrenthal et al., 2012). Es wird davon ausgegangen, dass frühe Traumatisierungen und Deprivation zu Defiziten in basalen psychischen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten führen, was in der Terminologie der OPD als „niedriges strukturelles Integrationsniveau“ bezeichnet wird. Ein niedriges Integrationsniveau ist unter anderen durch eine verringerte Kapazität zur Emotionsregulierung gekennzeichnet, was wiederum als signifikanter Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung einer PTBS nach einem traumatischen Ereignis angesehen wird (Baie et al., 2020). Der mögliche Zusammenhang zwischen der Konzeptualisierung der Persönlichkeitsstruktur gemäß OPD und den psychischen Folgen von traumatischen Ereignissen wurde auf quantitativ-empirischen Weg bisher kaum untersucht. Baie et al. (2020) fanden in der bisher einzigen Studie zu dieser Fragestellung deutliche Hinweise auf eine signifikante Rolle des strukturellen Integrationsniveaus für den Schweregrads der PTBS-Symptombelastung nach einer Traumatisierung.

Diese Studie wurde jedoch nicht hinsichtlich der Möglichkeit einer Mediatorrolle der

Persönlichkeitsstruktur in der Beziehung zwischen dem Ausmaß an traumatischen Erfahrungen und den anschließenden psychischen Traumafolgen ausgewertet. In der vorliegenden Dissertation wurde daher das Ausmaß an Traumatisierungen als Summe der, von den Probanden angegebenen, (potentiell) traumatisierenden Lebensereignisse erhoben und ausgewertet.

In der Literatur der letzten Jahre zeigen sich vereinzelte Hinweise darauf, dass der Einfluss von Traumatisierungen auf eine psychiatrisch relevante Symptomatik signifikant durch die traumatische Verminderung von Ich-Funktionen und damit verknüpfter Emotionsregulierung vermittelt wird (Granieri et al., 2018; Fuchshuber et al., 2018). So legen die Ergebnisse der Studie von Granieri et al. (2018) einen deutlichen Einfluss von Traumatisierung auf das Funktionsniveau der Persönlichkeit nahe, welcher partiell durch das Vorherrschen von dissoziativen Abwehrmechanismen mediiert wird. Fuchshuber et al. (2018) beobachteten einen vermittelnden Einfluss der Persönlichkeitsorganisation und der primären Emotionsstruktur auf die Beziehung zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und Symptomen von Substanzgebrauchsstörungen und Depression im Erwachsenenalter. Schließlich finden sich ähnliche Ergebnisse aus dem verwandten Gebiet der Bindungsforschung, welche einen medierenden Einfluss von internalisierten Bindungsrepräsentationen betonen (Fonagy, 2010; Sandberg et al., 2010; Ferrajão und Oliveira, 2015).



## Kapitel 10 Schmerzdiagnostik



Für eine zuverlässige Schmerzdiagnostik benötigt es eine Vielfalt an diagnostischen Zugängen, die neben Instrumentarien zur Diagnose auch Selbstanamnese, Fremdbeurteilung und Verhaltensbeobachtung beinhaltet.

### **10.1 Modelle zur allgemeinen Bewertung von Schmerzen vor Gericht**

Die Schmerzeinschätzung im gerichtlichen Auftrag umfasst, neben den körperlichen, auch die seelischen Schmerzen (Diemath et al. 2014). Die medizinische Sichtweise auf Schmerz unterscheidet grundsätzlich den Schmerzreiz, die Schmerzleitung, die Schmerzwahrnehmung und die Schmerzempfindung. Für die Schmerzempfindung und im Weiteren auch für das Leid oder Schmerzerlebnis sind weitere Regelkreise verantwortlich. Schmerz löst zweifelsohne bei jeder betroffenen Person unterschiedliche Reaktionen aus und ein fremdverursachter Schmerz, mit dem häufig auch Rechtsansprüche einhergehen, wird von den Betroffenen in der Regel anders beurteilt als ein Schmerz anderer Herkunft. Bei der Einschätzung von Schmerzen orientiert sich der medizinische Gutachter an der Unterteilung von Holczabek (1976):

- **Starke Schmerzen:** Ein starker Schmerzzustand ist dann anzunehmen, wenn Schmerz- und Krankheitsgefühl den oder die Verletzte so beherrschen, dass er/ sie trotz Behandlung oder gerade wegen dieser nicht in der Lage ist, sich selbst von diesem Zustand zu befreien, in dem er/sie sich –verständlicher ausgedrückt- nicht ablenken und an nichts erfreuen konnte, in dem er nur im wahrsten Sinne des Wortes ein Leidender, ein Schwerkranker war.
- **Mittelstarke Schmerzen:** Ein mittelstarker Schmerz bzw. Leidenszustand ist dann anzunehmen, wenn sich dieser mit der Fähigkeit, von ihm zu abstrahieren, die Waage hält. Wenn der/ die Kranke bzw. Verletzte also schon zu gewissen Interessensverwirklichungen bereit und fähig ist.
- **Leichte und abklingende Schmerzen:** Bei dem leichten Schmerzzustand kann der/ die Verletzte/ Patient(in) über seinen/ ihren Leidenszustand dominieren, wenn er/ sie sich zerstreuen und ablenken kann, er/ sie kann sogar vielleicht einer der Situation entsprechenden vernünftigen Arbeit nachgehen, er/ sie ist aber keineswegs frei von Schmerzen und Unlustgefühlen Holczabek (1976).

Diese Einteilung geht bereits auf den seelischen Schmerz ein und stellt laut Diemath (2008) auch einen Fortschritt in der gerechten Beurteilung von Schmerz dar.

Die österreichische Judikatur erkennt das Vorhandensein von seelischem Schmerz zunehmend an und schlägt statt des Begriffes den Ausdruck „psychotraumatischer Leidenszustand von Krankheitswert“ vor. Dieser Zustand soll nur dann angenommen werden, wenn ohne vorangegangene körperliche Schädigung ein eindeutiges Trauma, sprich eine psychische Verletzung vorliegt. Dieser psychische Zustand muss in einem eindeutig nachweisbaren Zusammenhang mit dem Ereignis stehen (Barolin et al., 1994).

Wie bereits weiter oben angemerkt, hat Laubichler (1998) – in Analogie zur zuvor genannten Gliederung nach Holczabek (1976) – eine Quantifizierung der seelischen Schmerzen vorgenommen:

- Bei starken seelischen Schmerzen vermag sich der Betroffene von diesen überhaupt nicht zu lösen, ist diesen total ausgeliefert und daher auch zu keiner nutzbringenden Tätigkeit fähig, d.h. die seelischen Schmerzen sind so vordergründig, dass sie den gesamten Bewusstseinsraum einnehmen.
- Bei mittelgradigen seelischen Schmerzen halten die Fähigkeiten, irgendwelche Aktivitäten in beruflicher oder anderer Hinsicht durchzuführen und das Unvermögen hierzu einander die Waage, das bedeutet, dass die Tätigkeiten zwar möglich, jedoch deutlich beeinträchtigt sind.
- Bei leichten seelischen Schmerzen besteht nur eine geringe Behinderung der Arbeitsfähigkeit, da leichte seelische Schmerzen nur zwischenzeitig und nebenbei auftreten; das bedeutet beispielsweise, dass Depressivität, Ängste und Befürchtungen ausreichend vom Betroffenen bewältigt werden können (Laubichler 1998).

Schneider et al. (2015) führt in seiner Bewertung der störungsbedingten Minderung relevante klinische Faktoren und Aktivitäts- bzw. Partizipationsdimensionen an. Die krankheits- bzw. störungsbedingte Minderung der zu bewertenden beruflichen Funktionsfähigkeit wird umso stärker ausgeprägt sein,

- je spezifischer sich klinische Symptome aufzeigen lassen.
- je stärker die psychische, psychosomatische oder soziale Störung chronifiziert ist.
- je stärker das Leid an der Symptomatik ausgeprägt ist. Dabei ist „Leid nicht mit dem Ausmaß an Klageverhalten innerhalb oder außerhalb der Untersuchungssituation gleichzusetzen, sondern bemisst sich an dem Ausmaß, in dem sich die Symptomatik oder das Symptomverhalten der willentlichen Beeinflussung durch den Betroffenen über eine längere Zeit entzogen hat und Steuerungs- und Kontrollbemühungen zur Überwindung

der Beschwerden in der Vergangenheit wiederholt oder regelmäßig gescheitert sind“.

- je mehr Versuche der Betroffene zur Überwindung der psychischen oder psychosomatischen Beschwerden und zur Erlangung seiner Funktions- und Leistungsfähigkeit unternommen hat (Schneider et al. 2015).

## **10.2 Diagnostische Verfahren zur Erhebung von chronischem Schmerz und einer Posttraumatischen Belastungsstörung**

Im Folgenden werden, in einer kurzen Übersicht, beispielhaft diagnostische Verfahren zur Schmerzvalidierung dargestellt. Es handelt sich dabei überwiegend um Verfahren, welche speziell zur Erfassung von chronischem Schmerz entwickelt wurden. Angemerkt sei jedoch, dass hinsichtlich der diagnostischen Abklärungsprozesse im Rahmen von gerichtlichen Aufträgen bzw. bei Fragestellungen nach dem psychischem Schmerzausmaß, eine bedeutend größere Vielfalt an methodischen Zugängen existiert und auch zur Anwendung kommt. Neben der klassifikatorischen Diagnostik und den bereits erwähnten Fragebögen zur Schmerzdiagnostik sind Verfahren zur Überprüfung der Funktionsbeeinträchtigung, der psychosozialen Beeinträchtigung, der Leistungsdiagnostik sowie Testverfahren zur Beschwerdevalidierung mit Kontrollskalen zur Überprüfung von Simulation, Aggravation und Verdeutlichungstendenz indiziert. Diese Vielfalt macht deutlich, dass Schmerz mit einer einzelnen Skala nicht hinreichend erfasst werden kann. „Die Schwierigkeit, Schmerz zu messen, scheitert zumeist an der Darstellung des „Empirischen Relativs“ (Pioch, 2005). Daraus ergibt sich die Frage, was Schmerz meint. Die Antworten darauf werden je nach Disziplin und Ansatz unterschiedlich ausfallen.

### **10.2.1 Multiaxiale Schmerzklassifikation (MASK)**

Die MASK von Klinger et al. stellt einen Ansatz zur Klassifikation chronischer Schmerzen dar. Sie besteht aus zwei Teilen, dem Band 1 (MASK-P) zur Erhebung von psychologischen

Faktoren und dem Band 2 (MASK-S), welcher den somatischen Bereich ermittelt. Die Forschende geht dabei von der Annahme aus, dass psychologische Faktoren, welche im Zusammenhang mit chronischem Schmerz wesentlich sind, ebenso für die Klassifikation von psychischem Schmerz herangezogen werden können.

Schmerzen werden im ICD-10 unterschiedlichen Krankheitsbildern zugeordnet und es gibt kein einheitliches Zuordnungssystem für chronischen Schmerz. In der Regel lassen sich Schmerzen nur dichotom, entweder als somatisch oder psychogen, zuordnen, wodurch ein integratives Zusammenführen beider Faktoren des Schmerzsyndroms kaum möglich ist. Der Komplexität des Schmerzsyndroms wird auf diesem Wege nicht Rechnung getragen. Aus diesem Grund wurde die MASK entwickelt. Sie stellt eine spezifische Systematisierung und Klassifikation chronischer Schmerzen dar (Klinger et al., 2000).

Das MASK-P umfasst 10 Achsen und beschreibt die psychosoziale Dimension der multiaxialen Schmerzklassifikation. Die psychologischen Achsen beinhalten Auffälligkeiten im Übergangsbereich zwischen unauffälligem und psychopathologischem Verhalten. Es wird dabei davon ausgegangen, dass diese Auffälligkeiten einen schlechten, aufrechterhaltenden Einfluss auf die Schmerzen ausüben und zwar unabhängig von der jeweiligen Art des Zusammenhangs. Die psychologischen Beschreibungsdimensionen setzen sich aus den Teilbereichen „motorisch-verhaltensmäßige Ebene“, „emotionale Ebene“, „kognitive Ebene“, „Stressoren“, „habituelle Personenmerkmale“ sowie den zwei Zusatzebenen „funktionale Zusammenhänge“ und „Angaben über die Notwendigkeit einer DSM-II-R Diagnose“ zusammen. Die ersten drei Ebenen erfassen Erkrankungssituationen, den Umgang mit dem Schmerzproblem und krankheitsunabhängige Belastungen im Alltag. Beobachtbares Verhalten wird auf der motorisch-verhaltensmäßigen Ebene erfasst. Unter emotionaler Auffälligkeit wird die Besonderheit des affektiven Erlebens der betroffenen Person verstanden, welche häufig wiederkehrende gefühlsmäßige Zustände oder länger anhaltende Gefühlslagen als unangenehm empfindet. Zu den kognitiven Auffälligkeiten gehören Besonderheiten in der subjektiven Wahrnehmung, Bewertung und Bewältigung von Ereignissen. Die Stressorenebene befasst sich mit belastenden Ereignissen in der aktuellen Lebenssituation des Menschen, welche sich auf der innerpsychischen oder/und äußeren

Ebene darstellen können. Die Ebene der habituellen Personenmerkmale umschreibt relativ zeitstabile Verhaltensmuster und Einstellungen einer Person. Die Zusatzebene der funktionalen Zusammenhänge stellt Hypothesen über aufrechterhaltende Faktoren im Zusammenhang mit chronischem Schmerz auf. Auf der zweiten Zusatzebene kann der Vermerk einer möglich relevanten ICD-10 oder DSM-III-R gemacht werden (Hildebrandt et al., 1992).

### **10.2.2 Mainzer Stadienmodell**

Das Mainzer Stadiensystem nach Gerbershagen sowie die Graduierung nach Korff beschreiben die Ausprägung von Schmerzchronifizierung in drei Stadien, welche über einfache schmerzbezogene Inhalte definiert werden. Höhere Chronifizierungen korrelieren stark mit psychischer Komorbidität, psychischem Befinden und sozialen Folgen der Schmerzerkrankungen. Die Merkmale der Chronifizierung werden auf vier Ebenen – der zeitlichen und räumlichen Ebene, dem Medikamenteneinnahmeverhalten und der Patientenkarriere – erfasst (Nilges und Traue, 2007). Die Gesamtpunkteanzahl entscheidet über den Graduierungsumfang.

### **10.2.3 Deutscher Schmerzfragebogen**

Der Deutsche Schmerzfragebogen der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. (Nagel et al., 2012) enthält neben zahlreichen Fragen zur allgemeinen und biographischen Anamnese auch ein Körperschema zum Einzeichnen der Lokalisation des Schmerzes. Umfangreiche Fragen beschäftigen sich mit der mechanistischen und phänomenologischen Charakteristik des vorliegenden Schmerzproblems. Visuelle Analogskalen zur Festhaltung der Intensität von Schmerz sowie ein umfangreiches Verfahren zur Dokumentation bisheriger, angewandter Therapiemaßnahmen sind ebenso Teil der Deutschen Schmerzfragebogens. Weiters sind Angaben zu individuellen Besonderheiten, Begleiterkrankungen und Medikation vorgesehen und psychometrische Testskalen zum allgemeinen Wohlbefinden, Depressivität

und Stimmung, zur schmerzbedingten Einschränkung alltäglicher Aktivitäten, zu Affekten, zum Angstepfinden und zur allgemeinen Lebensqualität auszufüllen.

#### **10.2.4 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)**

Der SF-36 ein Messinstrument, das eine krankheitsübergreifende Erfassung ermöglicht und aus 36 Items zur Erhebung der Lebensqualität hinsichtlich der allgemeinen Gesundheit von Patienten besteht (Bullinger und Morfeld, 2008). Die acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit gliedern in folgende Kategorien: Körperliche Schmerzen, körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, Vitalität, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Diese Skalen lassen sich den Grunddimensionen körperliche und psychische Gesundheit zuordnen. In der Kurzversion werden nur 12 Items abgefragt (Wirtz et al., 2018).

#### **10.2.5 Symptomchecklist (SCL-90)**

Die SCL-90 (Derogatis, 1975) ist für einen breiten differentialdiagnostischen Bereich geeignet und wird auch in der Schmerzdiagnostik eingesetzt, wenngleich sie nicht zur standardisierten Schmerzdiagnostik zählt. „Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die Subskalen einen ausreichenden Hinweis auf Störungen oder psychische Belastungen im Sinne eines Screeninginstruments (es kann damit keine Diagnose gestellt werden) erbringen können“ (Pioch, 2005). Neben den neun Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus) gibt der globale Kennwert GSI (Global Severity Index) Auskunft über das Maß der grundsätzlichen psychischen Belastung. Der PSDI (Positiv Symptom Distress Index) stellt das Maß für die Intensität der Belastungsbereiche dar und der PST (Positiv Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegen könnte.

### **10.2.6 Pain Disability Index (PDI)**

Der PDI erfasst die subjektiv erlebte Beeinträchtigung als Folge von Schmerz in sieben Bereichen der Alltagsaktivität und kann durch die Angaben der Person subjektiv empfundene Behinderungsgrade darstellen. Im ambulanten Bereich ist der PDI ungeeignet, da sich die Fragen auf soziale Aspekte und das Erleben beziehen, für eine außerstationäre Verlaufskontrolle oder im gutachterlichen Bereich ist er jedoch gut geeignet. Der PDI erfasst das Ausmaß an schmerzbedingter Behinderung, wobei Behinderung als „the extent to which chronic pain interferes with a person’s ability to engage in various life activities“ (Pioch, 2005) verstanden wird. Die Dimensionen erfassen die sozialen Aktivitäten, den familiären und häuslichen Bereich, die Erholung, den Beruf, das Sexualleben, die Selbstversorgung und lebensnotwendige Tätigkeiten. Diese Dimensionen sind auch für die Beurteilung von psychischem Schmerz von Relevanz.

### **10.2.7 Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)**

Das Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18; Derogatis und Fitzpatrick, 2004) wurde als Kurzversion basierend auf dem Brief Symptom Inventory-53 (BSI-53; Derogatis und Fitzpatrick, 2004) entwickelt, welches selbst bereits eine Kurzversion der Symptom Checkliste (SCL-90; Derogatis, 1975) darstellt. Die drei Sechs-Item-Skalen beinhalten die Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit sowie den globalen Kennwert GSI. Die postulierte Drei-Faktoren-Struktur zeichnet sich sowohl in der explorativen als auch konfirmatorischen Faktorenanalyse durch eine hohe faktorielle Validität aus.

### **10.2.8 Fragebogen zu PTBS-Symptomen (PTSS-10)**

Der Fragebogen zu PTBS-Symptomen (PTSS-10) wurde von Holen et al. 1990 entwickelt. Dieser sehr kompakte Fragebogen erhebt spezifische traumatischen Erfahrungen, welche



PTBS-Symptome ausdrücken, unabhängig von einem traumatischen Geschehen. In einer von Stoll et al. (1999) durchgeführten Validierungsstudie ergab sich – trotz des geringen Umfangs von nur 10 Fragen – eine gute Konstruktvalidität. Ein weiterer Vorteil ist die kurze Bearbeitungszeit von wenigen Minuten.

### **10.2.9 Clinical-Administered PTSD Scale (CAPS)**

Die Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) stellt ein valides und reliables strukturiertes Interview dar, das von Blake et al. (1990) erstmals veröffentlicht wurde. 1995 wurde es in revidierter Form ausgegeben (Blake et al., 1995). Das Interview erfasst die PTBS-Symptomatik nach DSM-IV anhand von 17 Items und beinhaltet zusätzlich 8 ergänzende Items, wie z. B. dissoziative Symptome. Zur Beurteilung wird dem Probanden zu Beginn eine Checkliste mit schwerwiegenden Ereignissen vorgegeben, dann werden für die zwei belastetsten Ereignisse relevante Zusatzinformationen erhoben, sowie die Häufigkeit und Intensität der vorhandenen Symptome auf einer fünfstufigen Skala erfasst. Die Fragen beziehen sich sowohl auf den letzten Monat als auch die gesamte Lebenszeit. In der internationalen Forschung wird CAPS häufig zur Erfassung der PTBS verwendet, da es hervorragende Kennwerte hinsichtlich der Reliabilität und Validität aufweist (Bonne et al., 2001). Die Anwendung der CAPS sollte nach Blake et al. (1990; 1995) durch erfahrene Untersuchende erfolgen, um nicht Häufigkeit und Schwere der Störung zu überschätzen. Schnyder und Mörgeli (2002) führten die Validierung der deutschsprachigen Version der CAPS durch.

## **Kapitel 11 Fragestellung und Hypothesen**



Im Folgenden werden die Fragestellungen und Hypothesen zu den verschiedenen Aufgabenstellungen dieses Dissertationsprojekts formuliert. Im Zentrum dieser Dissertation steht eine Überprüfung der Gütekriterien und der Faktorenstruktur des neu entwickelten Fragebogens. Des Weiteren werden Fragestellungen und Hypothesen zu den Zusammenhängen von seelischen Schmerzen, psychiatrischer Symptombelastung, PTBS und Persönlichkeitsstruktur sowie zu Unterschieden hinsichtlich sozioökonomischer Parameter erstellt.

## **11.1 Fragestellung und Hypothesen zur Testkonstruktion**

### **11.1.1 Reliabilität und Faktorenstruktur des Fragebogens zur Erfassung von Seelischem Schmerz nach Traumatischen Erlebnissen**

Lässt sich die aus der qualitativen Inhaltsanalyse abgeleitete Faktorenstruktur des Fragebogens zur Erfassung von seelischem Schmerz nach traumatischen Erlebnissen (FESSTE) empirisch bestätigen und weisen die Gesamtskala und Subskalen eine akzeptable Messgenauigkeit auf?

**Hypothese 1:** Die 5-faktorielle Struktur des FESSTE lässt sich anhand des empirischen Datensatzes bestätigen.

**Hypothese 2:** Die Gesamt- und Subskalen zeigen eine zufriedenstellende interne Konsistenz.

### **11.2 Validität des Fragebogens zur Erfassung von Seelischem Schmerz nach Traumatischen Erlebnissen**

In welchem Ausmaß korrelieren die Gesamtskala und die Subskalen des FESSTE mit vergleichbaren Messinstrumenten und finden sich Zusammenhänge zwischen der Gesamtskala und Subskalen des FESSTE mit dem Ausmaß der erfahrenen Traumatisierung?

**Hypothese 3:** Der FESSTE zeigt eine hohe Korrelation mit den Vergleichsinstrumenten BSI-18 und PTSS-10, welche psychiatrische Symptombelastung messen, sowie eine moderate Korrelation mit dem OPD-SFK, der das Funktionsniveau der Persönlichkeitsstruktur erfasst.

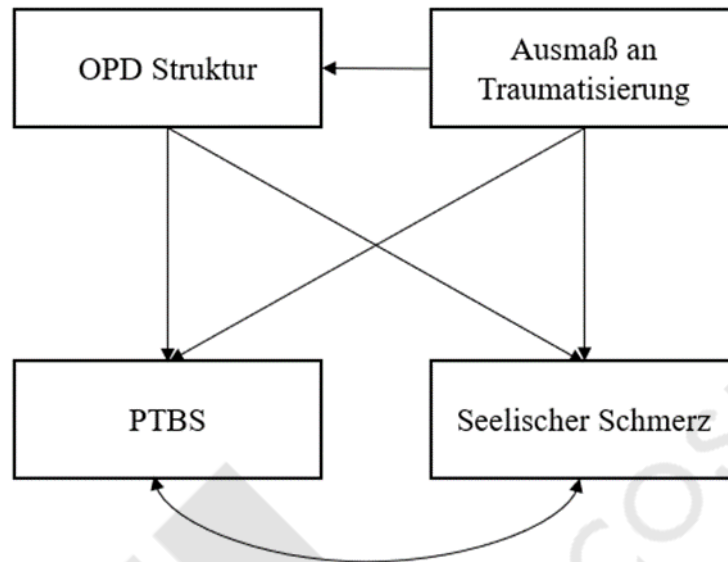
**Hypothese 4:** Es zeigen sich substantielle Korrelationen zwischen der Gesamtskala und den Subskalen des FESSTE mit dem Ausmaß der erfahrenen Traumatisierung.

Zudem wird die Fragestellung überprüft werden, ob der FESSTE in der Vorhersage des Ausmaßes der Traumatisierung eine höhere Varianzaufklärung ermöglicht als die vergleichbaren Messinstrumente PTSS-10 und BSI-18.

### **11.3 Die Beziehung zwischen Trauma, Traumafolgen und Persönlichkeitsstruktur**

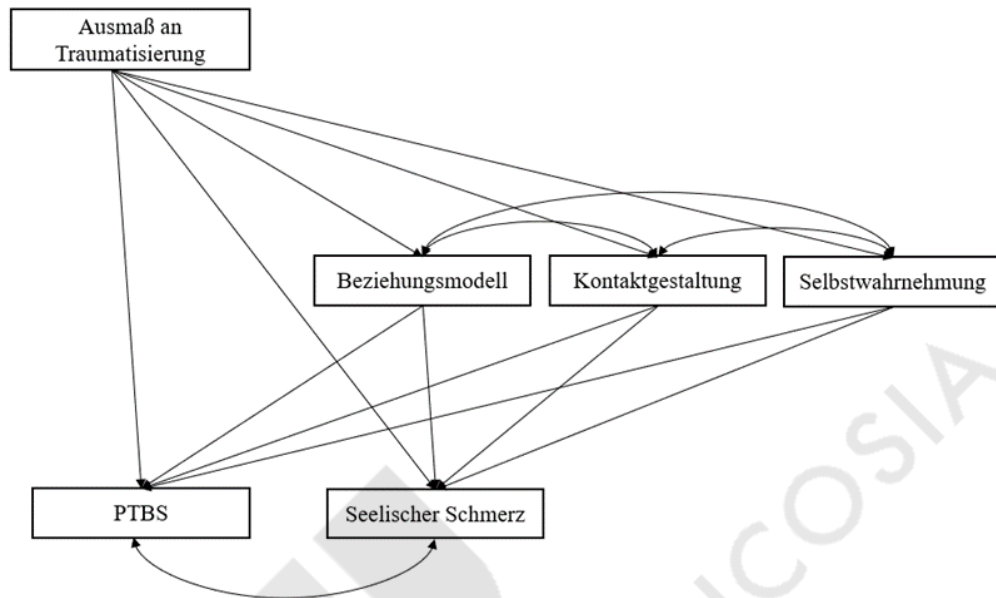
Ein weiteres Ziel dieser Arbeit ist es, die Beziehung zwischen Ausmaß der Traumatisierung, psychischen Traumafolgen (d. h. seelischen Schmerz und PTBS-Symptomatik) und Persönlichkeitsstruktur zu erforschen. Basierend auf dem derzeitigen Forschungsstand wird mit Hilfe der Pfadanalysetechnik die Hypothese überprüft, ob das Ausmaß an traumatischen Erfahrungen mit seelischem Schmerz, PTBS-Symptomatik und der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsstruktur assoziiert sind, während Defizite innerhalb der Persönlichkeitsfunktionen die Intensität der psychischen Traumafolgen vorhersagen. Zudem wird davon ausgegangen, dass seelischer Schmerz und PTBS-Symptomatik einen signifikanten Zusammenhang aufweisen. Des Weiteren wird angenommen, dass die Persönlichkeitsstruktur in der Beziehung zwischen dem Ausmaß an traumatischen Erfahrungen und der psychischen Traumafolgen als Mediator wirkt (siehe Abbildung 11.1).

**Abbildung 11.1: Pfadmodell der Beziehung zwischen Ausmaß der Traumatisierung, Persönlichkeitsstruktur und psychischen Traumafolgen; Eigene Darstellung.**



Schließlich wird in einem zweiten Modell überprüft, ob die einzelnen Dimensionen der Persönlichkeitsstruktur einen differentiellen Effekt in der Beziehung zwischen Traumatisierung und psychischen Traumafolgen ausüben (siehe Abbildung 11.2).

**Abbildung 11.2: Pfadmodell der Beziehung zwischen Trauma, den einzelnen Dimensionen der OPD-Persönlichkeitsstruktur und den Traumafolgen; Eigene Darstellung.**



## 11.4 Weitere Fragestellungen

Zudem widmet sich die vorliegende Dissertation einer Reihe an explorativen Fragestellungen, die im Folgenden genannt werden. In diesem Zusammenhang wird ausgewertet, ob die Gesamtskala des neu entwickelten Fragebogens in der Lage ist, zwischen Probanden ohne Traumatisierung und traumatisierten Probanden zu differenzieren. Eine weitere Fragestellung ist, ob sich Probanden mit und ohne psychiatrische Erkrankung vor dem traumatischen Ereignis im Bereich des seelischen Schmerzes unterscheiden. Außerdem werden im empirischen Teil potenzielle Geschlechts- und Alterseffekte hinsichtlich seelischer Schmerzen untersucht. Zudem wird geprüft werden, inwieweit ein Zusammenhang zwischen Aktivitäten im privaten und beruflichen Feld und der Intensität der seelischen Schmerzen besteht. Ebenfalls wird der zeitliche Verlauf der seelischen Schmerzen ausgewertet. Außerdem wird der Einfluss von Partnerschaft und Beziehung auf

die Ausprägung von seelischen Schmerzen analysiert. Schließlich wird der Frage nachgegangen, welche traumatischen Ereignisse mit der höchsten Schmerzintensität einhergehen.



## Kapitel 12 Methodik





## 12.1 Beschreibung der Stichprobe

Die in der Erprobungsphase untersuchte Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung setzte sich aus 425 deutschsprachigen Probanden (88 % weiblich; Alter: 18 - 76 Jahre) zusammen. In der Validierungsphase wurde eine Stichprobe aus 619 Probanden (90 % weiblich; Alter: 18 - 72 Jahre) untersucht. Die deskriptiven Stichprobencharakteristiken sind in Tabelle 12.1 dargestellt.

Die Anwerbung der Teilnehmer erfolgte jeweils durch Anzeigen in öffentlichen Foren, sozialen Netzwerken (z. B. Facebook) und Anfragen im Bekanntenkreis. Die Erhebung der Daten erfolgte über die Onlinestudienplattform LimeSurvey. Eine informierte Einwilligung wurde bei allen Probanden vor der Bearbeitung eingeholt. Die Onlinetestung setzte sich aus verschiedenen demographischen Fragen (z. B. nach Geschlecht, Alter, Bildung und psychiatrische Diagnosen) sowie den in Kapitel 12.2 beschriebenen standardisierten Testverfahren zusammen. Die Teilnehmer erhielten keine Aufwandsentschädigung. Allgemeines Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Onlinebefragung war ein Alter zwischen 18 und 99 Jahren. Teilnehmer blieben während und nach der Zeit der Studienteilnahme vollständig anonym. Die Studie erfolgte in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki. Von der Universität von Nikosia liegt ein positives Ethikvotum vor.

**Tabelle 12.1: Deskriptive Darstellung der Stichprobe (Erprobungs- und Validierungsphase)**

| Stichprobe                                  | Erprobungsphase                                   | Validierungsphase                                 |
|---|---|---|
| Gesamtzahl                                  | N = 425   | N = 619   |
| Geschlecht                                  | N = 374 weiblich/                                 | N = 555 weiblich/                                 |
|   | N = 44 männlich                                   | N = 64 männlich                                   |
| Alter                                       | M = 35 (SD = 13 Jahre)                            | M = 35 (SD = 11 Jahre)                            |
| Mindestens ein traumatisches Lebensereignis | N = 383 ja/                                       | N = 600 ja/                                       |
| Höchster Bildungsabschluss                  | N = 42 nein                                       | N = 19 nein                                       |
|   | N = 161 Abitur/                                   | N = 185 Abitur/                                   |
|   | N = 103 Magister oder Master an einer Hochschule/ | N = 140 Magister oder Master an einer Hochschule/ |
|   | N = 67 Bachelor an einer Hochschule/              | N = 121 Bachelor an einer Hochschule/             |
|   | N = 53 Lehraabschluss/                            | N = 119 Lehraabschluss/                           |
| Berufstätigkeit                             | N = 21 Doktorat/                                  | N = 10 Doktorat/                                  |
|   | N = 17 Hauptschulabschluss/                       | N = 39 Hauptschulabschluss/                       |
|   | N = 3 kein Schulabschluss                         | N = 5 kein Schulabschluss                         |
|   | N = 210 berufstätig/                              | N = 365 berufstätig/                              |
|   | N = 128 in Ausbildung/                            | N = 141 in Ausbildung/                            |
|   | N = 65 arbeitssuchend/                            | N = 81 arbeitssuchend/                            |
|   | N = 22 in Pension                                 | N = 32 in Pension                                 |
| Beziehungsstatus                            | N = 156 ledig/                                    | N = 201 ledig/                                    |
|   | N = 134 in Partnerschaft/                         | N = 222 in Partnerschaft/                         |
|   | N = 84 verheiratet/                               | N = 118 verheiratet/                              |
| Nationalität                                | N = 45 geschieden/                                | N = 69 geschieden/                                |
|   | N = 6 verwitwet                                   | N = 9 verwitwet                                   |
|   | N = 353 österreichisch/                           | N = 532 österreichisch/                           |
| Psychiatrische Diagnose                     | N = 40 deutsch/                                   | N = 59 deutsch/                                   |
|   | N = 32 andere Nationalität                        | N = 28 andere Nationalität                        |
| Psychiatrische Diagnose                     | N = 336 nein                                      | N = 542 nein                                      |
|   | N = 89 ja   | N = 77 ja   |

## 12.2 Beschreibung der Messinstrumente

*12-Item-Version des OPD-Strukturfragebogens* (OPD-SFK; Ehrental et al., 2015):

Die OPD-SFK ist die Kurzversion des OPD-SF (Ehrental et al., 2012) und ist ein Selbsteinschätzungsinstrument zur Beurteilung der Funktionalität der Persönlichkeitsstruktur. Letztere wird als biographisch erworbenen Fähigkeiten zur Wahrnehmung, Steuerung, Bindung und Kommunikation bezüglich der eigenen Innenwelt sowie anderer Menschen, verstanden (Arbeitskreis OPD-2, 2008). Die OPD-SFK besteht aus 12 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden (von 0 = „trifft gar nicht zu“ bis 4 = „trifft völlig zu“). Der Fragebogen umfasst die Subskalen *Selbstwahrnehmung*, *Beziehungsmodell* und *Kontaktgestaltung*. Die Items der Skala *Selbstwahrnehmung* stammen aus den Bereichen *Identität*, *Selbstreflexion*, *Affektdifferenzierung* und *Affekttoleranz* der Langfassung und erfassen damit Merkmale, die im Zusammenhang mit Affektregulierung und Mentalisierung stehen (Ehrental et al., 2015). *Beziehungsmodell* orientiert sich an den theoretischen Modellen der Objektbeziehungstheorie und wurde aus den Items der Skalen *Internalisierung*, *Selbst-Objekt-Differenzierung* und *Realistisch Objektwahrnehmung* der Langfassung gebildet. Sie operationalisiert die funktionale Repräsentation von Beziehungserfahrungen und die damit verknüpften Erwartungen an neue Beziehungen. In der Skala *Kontaktgestaltung* sind Items der Langfassungssubskalen *Selbstwertregulation*, *Antizipation*, *Kontaktaufnahme* und *Affektmitteilung* zusammengefasst. Inhaltlich erfasst diese Skala damit Fertigkeiten im interpersonellen Bereich und damit verknüpfter Selbstsicherheit. Der Gesamtscore bildet das generelle Ausmaß an funktionaler Beeinträchtigung der Persönlichkeitsstruktur ab.

*Brief Symptom Inventory* (BSI-18; Derogatis, 2001; deutsche Version: Spitzer et al., 2011):

Das BSI-18 ist eine Kurzversion der Symptom-Checklist SCL-90-R (Derogatis, 1975). Das Selbsteinschätzungsverfahren dient der Erfassung von psychologischen Disstress innerhalb der letzten sieben Tage und besteht aus 18 Items. Der Fragebogen umfasst die Subskalen *Depressivität*, *Angst* und *Somatisierung* sowie eine Gesamtskala zur Einschätzung der

generellen Symptombelastung („GSI“). Die einzelnen Items werden mit Hilfe einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet, die von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“) reicht.

Die *Posttraumatische-Stress-Skala-10* (PTSS-10; Holen et al., 1990; deutsche Version: Maercker, 2002) ist ein Screeninginstrument zur Messung von PTBS Symptomen. Sie umfasst 10 Items, die in der aktuellen Fassung auf einer 7-stufigen Likert-Skala beantwortet werden (von 0 = „nie“ bis 6 = „immer“). Probanden werden dabei nach dem Ausmaß von PTBS typischen Symptomen innerhalb der letzten Woche befragt. Der Fragebogen erfasst folgende Problembereiche: (1) Schlafprobleme; (2) Alpträume; (3) Depressionen; (4) Schreckhaftigkeit; (5) Rückzugtendenzen; (6) Gereiztheit; (7) Stimmungsschwankungen; (8) Schuldgefühle; (9) Angst und (10) Muskelverspannungen.

### **12.3 Statistische Auswertung**

Die statistische Auswertung erfolgt mit Hilfe der Programme *SPSS 25.0* und *AMOS 26.0*. *SPSS 25.0* wird für das Datenmanagement und die Berechnungen der deskriptiven Statistiken, Reliabilitäten, explorativen Faktorenanalyse sowie bivariaten Korrelationen verwendet. Die Berechnung der konfirmatorischen Faktorenanalyse erfolgt mit *AMOS 26.0*. Für die Berechnung der Itemschwierigkeit wird das Programm *Excel* verwendet.

Zur Analyse der Konstruktvalidität wird die Stichprobe von 1044 Probanden in zwei Gruppen (A = 425; B = 619) geteilt. In der Gruppe A wird eine explorative Faktorenanalyse (Oblimin-Rotation, Analyse der 5-faktoriellen Lösung) und die Berechnung von Aspekten der konvergenten Validität durchgeführt. Mit den Daten von Gruppe B wird eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt. Deskriptive Statistik und Reliabilität der finalen FESSTE Skalen werden anhand der Gesamtstichprobe erhoben.

In Übereinstimmung mit Bühner (2011) werden die folgenden Kennwerte für die Itemselektion und Reliabilitätsanalyse verwendet: Bezüglich der Itemschwierigkeit werden Items mit einer mittleren Itemschwierigkeit ( $p_i > 20$ ;  $< 80$ ) bevorzugt. Um Deckeneffekten vorzubeugen, wird jedoch auf eine gewisse Streuung insbesondere im hohen

Schwierigkeitsbereich ( $p_i < 20$ ) geachtet. Hinsichtlich der Trennschärfe werden Items mit einer zu geringen Trennschärfe ( $r_{i(t-i)} > 0.32$ ) aus der Skala entfernt. Items mit einer Trennschärfe von  $r_{i(t-i)} > 0.5$  werden in der Itemselektion bevorzugt behandelt. Für die Skalen und Subskalen des FESSTE wird ein Chronbachs  $\alpha > 0.8$  als hinreichend hohe Messgenauigkeit angenommen.

Die explorative Analyse der Faktorenstruktur erfolgt - nach der Voraussetzungsprüfung durch das Kaiser-Meyer-Olkin Verfahren sowie dem Bartlett Test auf Sphärizität - durch Anwendung einer Hauptachsenanalyse mit Oblimin-Rotation. Um eine möglichst hohe Homogenität der Dimensionalität der Faktorenstruktur zu gewährleisten, werden Items mit einer Faktorladung  $< .3$ , und Items, die auf mehreren Faktoren laden, ausselektiert (vgl. Bühner, 2011).

Für die Auswertung der Validitätsanalyse werden – bezüglich der Korrelationshypothesen – bivariate Korrelationen nach Pearson sowie einfaktorielle ANOVAs für die Berechnung der Unterschiedshypothesen angewendet.

Für den Vergleich der Vorhersagekraft hinsichtlich der erfahrenen Traumatisierung zwischen der FESSTE und den bereits etablierten Verfahren wird eine hierarchische multiple Regression angewendet.

Mit Hinblick auf die konfirmatorische Faktorenanalyse werden folgende Fit-Indizes als Hinweise für eine akzeptable Modellpassung angenommen (Kline 2015): Ein (a) Comparative Fit Index (CFI)  $> .90$ ; (b) Tucker-Lewis Index (TLI)  $> .90$ ; (c) Normed Fit Index (NFI)  $> .90$ ; (d) Square Root Error of Approximation (RMSEA)  $< 0.08$  mit der oberen Grenze des 90%- Konfidenzintervalls  $< 1$ ; sowie ein (e)  $\chi^2/df < 3$ . Die Passung mit konkurrierenden Modellen wurde durch den Vergleich der AIC-Werte operationalisiert. Dabei wird das Modell mit dem kleinsten AIC-Wert bevorzugt. Ein  $\Delta AIC > 2$  wird als Indiz für einen signifikanten Unterschied zwischen den Modellen angesehen (Cheung und Rensvold 2002; Jovanović 2015). Im Fall einer mangelhaften Modellpassung werden die Items mit den niedrigsten Trennschärfen bezüglich der zugeordneten Faktoren aus dem Modell entfernt. Um den deskriptiven Wert der Skalen zu erhalten, wird auf eine

gleichmäßige Anzahl der Items pro Faktor geachtet. Dieser Vorgang wird so lange wiederholt, bis das Modell eine zufriedenstellende Passung erreicht.



## Kapitel 13 Ergebnisse



## 13.1 Konzeption der ersten Version des Fragebogens

### 13.1.1 Bildung von Kategorien und Faktoren

Die Skalen wurden auf Basis einer qualitativen Inhaltsanalyse von 18 psychiatrischen Gutachten erstellt. Im ersten Schritt wurde hierzu auf Grundlage der Gutachten ein Kategoriensystem entwickelt, in welchem erfasst wurde, welche Indikatoren von psychiatrischen bzw. psychologischen Gutachtern dazu verwendet werden, seelischen Schmerz zu diagnostizieren. Aus der Analyse ergaben sich insgesamt folgende 28 Kategorien:

Depressivität; Panik; Somatisierung; Schlafstörung; Verminderung der beruflichen Leistungsfähigkeit; Behandlung; Rumination/Sorgen; Angst; Vermeidungsverhalten; Intrusionen; Verwirrung/verminderte kognitive Leistungsfähigkeit; histrionisches Verhalten/ Simulation; PTBS; Anpassungsstörung/akute Belastungsreaktion; unspezifische emotionale Belastung; nicht ereigniskausale Prädisposition; Suizidgedanken/Versuche; Selbstmedikation; Reizbarkeit/Wut; Kontrollverlust; Trauer; sozialer Rückzug; kompensatorisches Risikoverhalten; andauernde Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach Extrembelastung; Beziehungskonflikte; Schuldgefühle; Sprachstörungen.

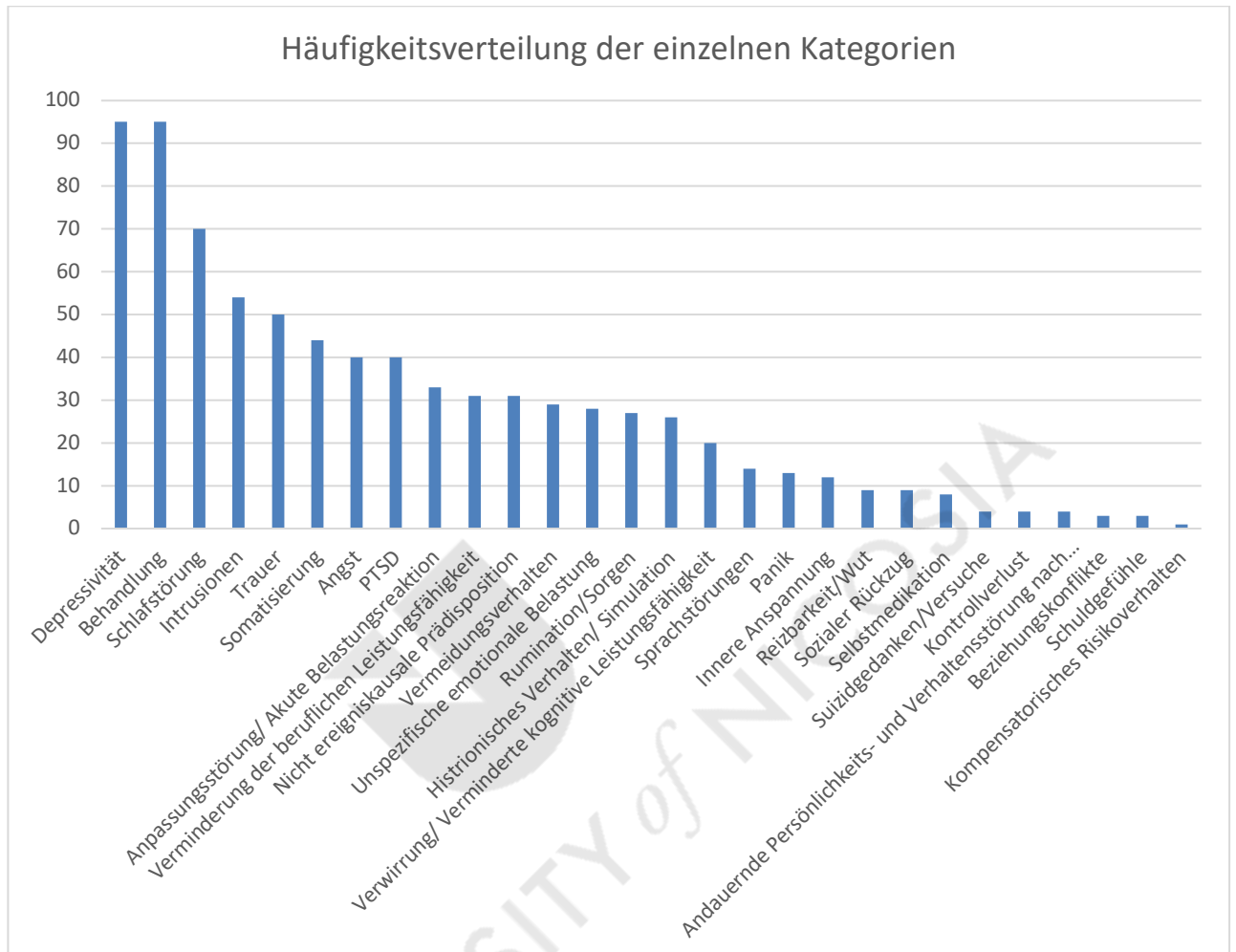
Die Kategorien „nicht ereigniskausale Prädisposition“ sowie „histrionisches Verhalten/Simulation“ beziehen sich auf negativ gepolte Indikatoren. Das heißt, die Gutachter verwendeten diese Merkmale als Gegengewicht zum diagnostizierten seelischen Schmerz. Ein hohes Ausmaß an histrionischem Verhalten bzw. Simulation und nicht ereigniskausaler Prädisposition wirken sich verringern auf den gutachterlich bescheinigten seelischen Schmerz aus.

Im nächsten Schritt wurde eine Häufigkeitsverteilung der einzelnen Kategorien erstellt, die in Abbildung 13.1 graphisch dargestellt ist. Anmerkung: Zahlen in Klammern = absolute Häufigkeit.



Dies ergab folgende Verteilung: 1. Depressivität (95); 2. Behandlung (95); 3. Schlafstörung (70); 4. Intrusionen (54); 5. Trauer (50); 6. Somatisierung (44) 7. Angst (40); 8. PTBS (40); 9. Anpassungsstörung/akute Belastungsreaktion (33); 10. Verminderung der beruflichen Leistungsfähigkeit (31); 11. nicht ereigniskausale Prädisposition (31); 12. Vermeidungsverhalten (29); 13. Unspezifische emotionale Belastung (28); 14. Rumination/Sorgen (27); 15. Histrionisches Verhalten/ Simulation (26); 16. Verwirrung/verminderte kognitive Leistungsfähigkeit (20); 17. Sprachstörungen (14); 18. Panik (13); 19. Innere Anspannung (12); 20. Reizbarkeit/Wut (9); 21. Sozialer Rückzug (9); 22. Selbstmedikation (8); 23. Suizidgedanken/Versuche (4); 24. Kontrollverlust (4); 25. andauernde Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach Extrembelastung (4); 26. Beziehungskonflikte (3); 27. Schuldgefühle (3); 28. Kompensatorisches Risikoverhalten (1).

**Abbildung 13.1: Häufigkeiten der einzelnen Kategorien in absoluten Zahlen**



Anschließend wurden die einzelnen Kategorien übergeordneten Faktoren zugeteilt. Dabei wurden insgesamt 8 Faktoren identifiziert:

**Vegetative Symptomatik** mit den Kategorien *Somatisierung* und *Schlafstörung*.

**Behandlung** mit der Kategorie *Behandlung*.

**Kompensationsverhalten** mit den Kategorien *kompensatives Risikoverhalten*, *Selbstmedikation* und *Beziehungskonflikte*.

**Vulnerabilität** mit den Kategorien *histrionisches Verhalten/ Simulation* sowie *nicht ereigniskausale Prädisposition*.

**Angstsymptomatik** mit den Kategorien *Kontrollverlust, Angst, Panik, Vermeidungsverhalten* und *Rumination/ Sorgen*.

**Traumafolgestörung** mit den Kategorien *andauernde Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach Extrembelastung, PTBS, Anpassungsstörung/akute Belastungsreaktion, Intrusionen, Sprachstörungen, innere Anspannung* und *Reizbarkeit/Wut*.

**Depression** mit den Kategorien *Depressivität, sozialer Rückzug, Trauer, Suizidgedanken/ Versuche, Schuldgefühle, Verwirrung/verminderte kognitive Leistungsfähigkeit* und *Verminderung der beruflichen Leistungsfähigkeit*.

**Befindlichkeitsstörung** mit dem Indikator *unspezifische Emotionale Belastung*.

Die oben genannten Faktorendimensionen und untergeordneten Kategorien wurden im nächsten Schritt als Basis für die Konstruktion der einzelnen Skalen verwendet. Aufgrund fehlender Aussagekraft wurde die Faktorendimension „Befindlichkeitsstörung“ von der weiteren Skalenkonstruktion ausgeschlossen.

### 13.1.2 Konzeption der Items

Für die einzelnen Faktorendimensionen wurden – je nach Umfang der theoretischen Konzepte – zwischen 3 und 23 Items formuliert. Die Auswahl und Formulierung der Items orientierte sich, neben den erarbeiteten Kategorien, am ICD-10 sowie an bereits etablierten Fragebögen zu den einzelnen Konzepten, wie der Symptom-Check-List-90 (SCL-90; Derogatis, 1975), dem WHO-ASSIST (Humeniuk et al., 2008) und dem Essener Trauma-Inventar (ETI; (Tagay et al., 2007)). Zudem wurden die Items in Aussageform formuliert. Besonderer Wert wurde auf die Einhaltung der Formulierungsregeln gelegt, um die Verständlichkeit und in weiterer Folge die Messgenauigkeit zu erhöhen (vgl. Bühner, 2011). Zu diesen Regeln zählen nach Bühner (2011) u. a. die Vermeidung von doppelten

Verneinungen, die Verwendung von kurzen, eindeutigen Sätzen und der Verzicht auf Fremdwörter oder Fachbegriffe.

Aufgrund von empirischen Ergebnissen, die nahe legen, dass eine Skalierung mit 5-7-stufigem Antwortformat die Reliabilität des Messinstruments maximiert (Bühner, 2011) wurde zur Einschätzung der einzelnen Items eine 5-Punkt Likert-Skala verwendet. Als Antwortformat wurde die Beschriftung „überhaupt nicht - sehr stark“ gewählt. Ausgenommen davon sind Items der Faktorendimensionen Vulnerabilität und Behandlung, die auf einer 2-Stufigen, „ja - nein“ Skala beantwortet werden können. Um eine zeitliche Einschätzung des seelischen Schmerzes zu ermöglichen, kann am Ende des Fragebogens angegeben werden, ob sich die Belastung auf „die ersten 4 Wochen“, „zwischen dem 2. und 4. Monat“, „zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr“ und „seit dem 3. Jahr“ nach dem Ereignis bezieht. Diese Einteilung orientierte sich an der Klassifikation des ICD-10 hinsichtlich Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.). Ausnahme hierzu bilden Items des Faktors „Vulnerabilität“, da sich die Aussagen dieses Konstrukts auf prä-traumatische Eigenschaften der untersuchten Personen beziehen, sowie Fragen bezüglich der Skala „Behandlung“.

### **13.1.3 Konzeption der Traumacheckliste**

Zu Beginn des Fragebogens wird eine Liste mit potentiell traumatischen Ereignissen abgefragt, die auf Basis der Ergebnisse von epidemiologischen Daten von Perkonig et al. (2000) und der aktuellen Definition von traumatischen Ereignissen des DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) erstellt wurde. Die einzelnen Items können – hinsichtlich der Frage, ob sie dem Testungsteilnehmer widerfahren sind – mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Die Kategorie „Ja“ ist dann weiters unterteilt in die Subkategorien „persönlich“ und „als Zeuge“. Die Liste der Ereignisse umfasst im Detail:

1. Folter; 2. Aufenthalt in Kriegsgebiet; 3. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion; 4. Naturkatastrophe; 5. Schwere Krankheit oder Verletzung; 6. Plötzlicher oder unerwarteter

Tod eines nahen Angehörigen oder einer wichtigen Bezugsperson; 7. Flucht und Migration; 8. Gefangenschaft; 9. Vernachlässigung oder Verwahrlosung; 10. Sexuelle Gewalt durch eine fremde Person als Erwachsener; 11. Sexuelle Gewalt durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis; 12. Sexuelle Gewalt als Kind oder Jugendlicher durch eine fremde Person; 13. Sexuelle Gewalt als Kind oder Jugendlicher durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis; 14. Gewalttätiger Angriff durch eine fremde Person; 15. Gewalttätiger Angriff durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis; 16a. Andere belastende Lebensereignisse. Wird 16a. mit „Ja“ beantwortet wird der Testungsteilnehmer im Anschluss aufgefordert, das Ereignis bzw. die Ereignisse kurz und in Stichpunkten zu beschreiben. Den Angaben wird jeweils ein Punktwert zugewiesen: 2 = „Ja, persönlich“; 1 = „Ja, als Zeuge“; 0 = „Nein“. Die Berechnung des Summenwerts der ersten 15 Items ergibt das *Ausmaß an traumatischen Erfahrungen*.

Danach folgt die Frage „Welches der traumatischen Ereignisse, die Sie mit Ja beantwortet haben, war für Sie das schlimmste Ereignis?“. Dieses Ereignis soll anschließend vom Testungsteilnehmer zeitlich eingeordnet werden.

Schließlich wird der Teilnehmer darauf aufmerksam gemacht, dass sich die folgenden Aussagen des Fragebogens (die einzelnen Fragebogenitems) auf dieses schlimmste Ereignis beziehen.

### **13.2 Itemselektion**

Der weiter oben beschriebene Item-Grundstock mit 77 Items und 5 a priori festgelegten Dimensionen wurde einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung vorgegeben (N = 425). Auf Basis dieser Daten wurde mit Hilfe einer explorativen Faktorenanalyse, sowie Berechnungen zur Itemschwierigkeit und Trennschärfe, eine erste Version des Inventars mit 52 Items festgelegt.

Aufgrund der geringen Trennschärfe der Items hinsichtlich der FESSTE-Gesamtskala, der geringen internalen Konsistenz der Skala (Chronbach's alpha = .75), fehlender empirischer

Haltbarkeit des Faktors, sowie der vergleichsweise schwachen theoretischen Fundierung, wurde schließlich die Faktorendimension „Kompensationsverhalten“ mit ihren 7 Items aus der weiteren Verwendung ausgeschlossen. Dagegen legten die Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse nahe, dass die ursprünglich konzipierte Dimension/Skala „Traumafolgestörung“ sinnvollerweise in die zwei Faktoren „Traumafolgen“ (Beispielitem: „Ich habe wiederkehrende Albträume über das Ereignis.“) und „Dissoziation“ (Beispielitem: „Es gibt Momente, in denen ich mich so fühle, als sei ich nicht Teil von dem, was passiert.“) aufgespalten werden kann. Folglich wurde eine neue Skala „Dissoziation“ gebildet, die sich aus 7 Items zusammensetzt.

### **13.3 Deskriptive Beschreibung der Stichprobe der Itemselektion**

Die Stichprobencharakteristiken sind in Tabelle 12.1, mit jeweiliger Darstellung der Daten aus Entwicklungs- und Validierungsphase, zusammengefasst. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer der Stichprobe in der Entwicklungsphase (Stichprobe A; N = 425) war 35 Jahre (SD = 13 Jahre; Spannweite = 18 - 76 Jahre). 374 (88 %) der Teilnehmer waren weiblich. 381 (89.6 %) gaben in der Befragung an, mindestens eine traumatische Erfahrung in ihrem Leben gemacht zu haben. Der größte Teil der Probanden gab als höchsten Bildungsabschluss einen für höhere Bildung qualifizierenden Abschluss an (z. B. Matura oder Abitur; n = 161; 37.9 %). 103 (24.2 %) der Teilnehmer gaben als höchsten Abschluss einen Magister oder Masterabschluss an einer Hochschule an, während 67 (15.8 %) einen Bachelor an einer Hochschule oder Fachhochschule anführten. 21 (4.9 %) Teilnehmer hatten ein Doktorat abgeschlossen. Des Weiteren hatten 53 (12.5 %) der Teilnehmer eine abgeschlossene Lehre und 17 (4.0 %) einen Hauptschulabschluss bzw. einen Abschluss an einer neuen Mittelschule. 3 (0.7 %) gaben an, keinen Schulabschluss zu besitzen.

Der Großteil der Teilnehmer war zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig (n = 210; 49.5 %), während 128 (30.1 %) sich in Ausbildung befanden. 65 (15.3 %) Probanden waren auf Arbeitssuche und 22 (5.2 %) in Pension. Mit Hinblick auf den Beziehungsstatus waren 156

(36.7 %) der Teilnehmer ledig, 134 (31.5 %) in einer Partnerschaft, 84 (19.8 %) verheiratet, 45 (10.6 %) geschieden und 6 (1.4 %) verwitwet.

Die Nationalität der meisten Teilnehmer war entweder österreichisch ( $n = 353$ ; 83.1 %), oder deutsch ( $n = 40$ ; 9.4 %). 32 (7.5 %) gaben eine andere Nationalität an. 78 (20.4 %) der traumatisierten Probanden gaben an, bereits vor dem traumatischen Ereignis an einer psychiatrischen Störung gelitten zu haben, während 12 (27.3 %) der nicht traumatisierten Probanden eine psychiatrische Diagnose berichteten. Schließlich befanden sich 118 (27.8 %) der traumatisierten Probanden in ärztlicher oder psychologischer Behandlung, aufgrund von Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis stehen, und 120 (28, 2%) gaben an, dass ihnen aufgrund ihrer traumatisch bedingten Beschwerden Medikamente verordnet wurden.

### **13.4 Deskriptive Beschreibung der Stichprobe der Validierungsphase**

Wie in Tabelle 12.1 dargestellt, war das Durchschnittsalter der Stichprobe der Validierungsphase (Stichprobe b;  $N = 619$ ) 35 Jahre ( $SD = 11$  Jahre; Spannweite = 18 – 72 Jahre). Auch in dieser Stichprobe waren ein Großteil der Teilnehmer weiblich ( $n = 555$ ; 89 %). 600 (69.9 %) gaben in der Befragung an, mindestens eine traumatische Erfahrung in ihrem Leben gemacht zu haben. Der größte Teil der Probanden gab als höchsten Bildungsabschluss einen für höhere Bildung qualifizierenden Abschluss an (z. B. Matura oder Abitur;  $n = 185$ ; 29.9 %).

Der Großteil der Teilnehmer war zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig ( $n = 365$ ; 59 %). Der größte Teil der Teilnehmer war zudem in einer Partnerschaft ( $n = 134$ ; 35.8 %).

Die Nationalität der meisten Teilnehmer war entweder österreichisch ( $n = 532$ ; 85.9 %), oder deutsch ( $n = 59$ ; 9.5%). Schließlich gaben 77 (12.4 %) der Probanden an, an einer psychiatrischen Störung zu leiden.

### **13.5 Reliabilitätsanalyse und Analyse der Faktorenstruktur der vorläufigen Fragebogenversion**

Die Voraussetzung für die explorative Faktorenanalyse wurde mit dem Kaiser-Meyer-Olkin Verfahren (KMO) sowie dem Bartlett Test auf Sphärizität geprüft. Die Stichprobeneignung betrug  $KMO = .95$ , der Bartlett Test kann mit  $\chi^2 = 15496.48$  ( $df = 1326$ ;  $p < .001$ ) angegeben werden. Beide Kennwerte zeigen damit an, dass eine Berechnung der Faktorenanalyse gerechtfertigt ist.

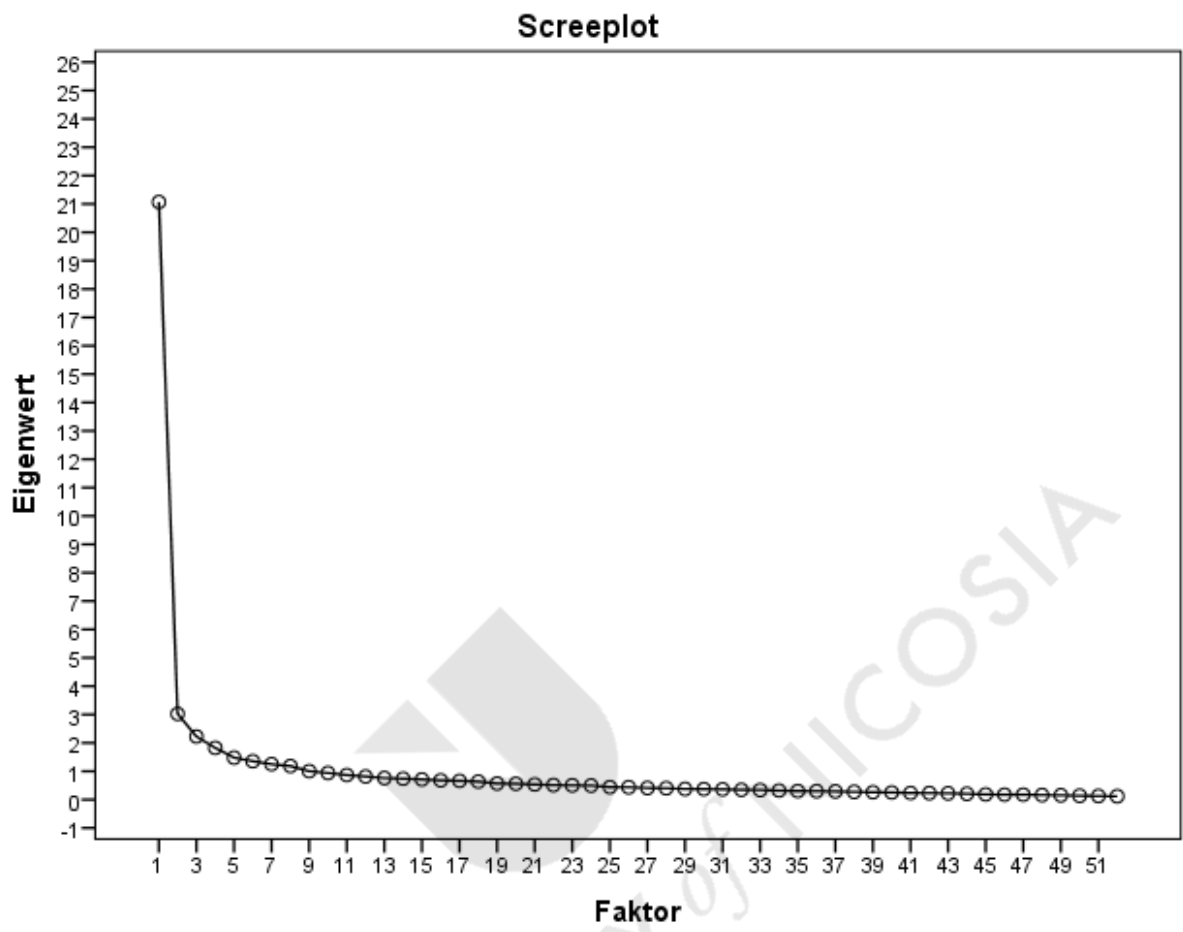
Die Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse der ersten Fassung des FESSTE mit insgesamt 52 Items, sowie die Itemstatistiken sind in Tabelle 13.1 und 13.2 dargestellt.

Die Faktorenanalyse wurde auf Basis der Hauptachsenanalyse mit einer Oblimin-Rotation durchgeführt und ist a priori auf fünf Faktoren festgelegt. Durch die fünf Faktoren ergibt sich eine Varianzaufklärung von insgesamt 52.58 %. Der Screeplot der unrotierten Lösung ist in Abbildung 13.2 dargestellt. In der Oblimin rotierten Faktorenlösung zeigte der erste Faktor „Depressive Symptome“ einen Eigenwert von 20.62 und eine Varianzaufklärung von 39.65 %.

Der weitere Faktorenverlauf kann mit Eigenwerten von 2.59 (4.97 %) für „Angst“, 1.74 (3.34 %) für „Vegetative Symptome“, 1.38 (2.64 %) für „Traumafolgen“, und 1.03 (1.98 %) für „Dissoziation“ angegeben werden.



Abbildung 13.2: Screeplot der explorativen Faktorenanalyse



**Tabelle 13.1: Ergebnis der explorativen Faktorenanalyse**

| Item   | Explorative Faktorenanalyse |    |    |    |      |
|--|-----------------------------|----|----|----|------|
|  | f1                          | f2 | f3 | f4 | f5   |
| <b>Skala 1: Depressive Symptome</b>  |                             |    |    |    |      |
| Ich interessiere mich für nichts mehr.   | 0.72                        |    |    |    |      |
| Ich fühle mich einsam.   | 0.72                        |    |    |    |      |
| Ich fühle mich schwermütig.  | 0.71                        |    |    |    |      |
| Ich habe das Gefühl nichts mehr wert zu sein.  | 0.77                        |    |    |    |      |
| Ich mache mir Gedanken darüber, mein Leben zu beenden.                                     | 0.68                        |    |    |    |      |
| Wenn ich an die Zukunft denke, fühle ich mich hoffnungslos.                                | 0.80                        |    |    |    |      |
| Ich weine häufig.  | 0.46                        |    |    |    |      |
| Ich mache mir Selbstvorwürfe.  | 0.59                        |    |    |    |      |
| Ich habe das Gefühl, keine Energie mehr zu haben.  | 0.67                        |    |    |    |      |
| Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren.  | 0.47                        |    |    |    |      |
| Mein Interesse an Sexualität hat sich vermindert.  | 0.33                        |    |    |    |      |
| Meine berufliche Leistungsfähigkeit hat sich verringert.                                   | 0.47                        |    |    |    |      |
| Ich fühle mich reizbar.  | 0.42                        |    |    |    |      |
| Ich habe das Gefühl, die Kontrolle über mein Leben verloren zu haben.                      | 0.55                        |    |    |    |      |
| <b>Skala 2: Dissoziation</b>   |                             |    |    |    |      |
| Es gibt Momente, in denen ich mich so fühle, als sei ich nicht Teil von dem, was passiert. |                             |    |    |    | 0.59 |
| Mein Zeitgefühl hat sich verändert.  |                             |    |    |    | 0.46 |
| Die Realität scheint mir unwirklich, wie in einem Traum oder einem Film.                   |                             |    |    |    | 0.62 |
| Es gibt Momente, in denen ich in den Spiegel schaue und mich nicht erkenne.                |                             |    |    |    | 0.75 |
| Ich habe das Gefühl, mein eigener Körper gehört nicht zu mir.                              |                             |    |    |    | 0.68 |
| Es kommt mir so vor, als wäre ich gefühlstaub.   | 0.30                        |    |    |    | 0.33 |
| <b>Skala 3: Angstsymptome</b>  |                             |    |    |    |      |
| Ich bin sehr schreckhaft.  | 0.35                        |    |    |    |      |
| Auch wenn es keinen Grund dafür gibt, bin ich sehr wachsam.                                | 0.34                        |    |    |    |      |
| Ich habe Angst auf der Straße oder vor offenen Plätzen.                                    | 0.81                        |    |    |    |      |
| Ich erschrecke, obwohl es keinen Grund dafür gibt.   | 0.44                        |    |    |    |      |
| Ich fürchte mich davor, allein aus dem Haus zu gehen.                                      | 0.69                        |    |    |    |      |
| Ich habe Herzklopfen oder Herzjagen.   | 0.37                        |    |    |    |      |
| Ich habe Angst vor Fahrten mit dem Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug.                      | 0.80                        |    |    |    |      |

|   |      |
|---|------|
| Ich vermeide bestimmte, für mich wichtige Orte, Tätigkeiten oder Dinge, weil ich von diesen erschreckt werde. | 0.56 |
| Ich fürchte mich vor Menschenmengen.  | 0.57 |
| Ich leide unter Panikanfällen.  | 0.48 |
| Es macht mich sehr nervös, wenn ich allein gelassen werde.  | 0.36 |
| Wenn ich in der Öffentlichkeit bin, habe ich Angst, dass ich in Ohnmacht fallen könnte.                       | 0.49 |

#### **Skala 4: Traumafolgen**

|  |      |       |
|--|------|-------|
| Es fällt mir schwer, einzuschlafen.  | 0.34 | -0.43 |
| Mir fällt es schwer, in der Nacht durchzuschlafen.   |      | -0.52 |
| Ich habe das Gefühl, dass ich mich seit dem Ereignis verändert habe.   |      | -0.42 |
| Mein Schlaf ist unruhig.   |      | -0.62 |
| Ich habe wiederkehrende Alpträume über das Ereignis.   |      | -0.67 |
| Ich muss das Ereignis immer wieder durchleben.   |      | -0.65 |
| Wenn ich mich an das Ereignis erinnere, treten körperliche Reaktionen bei mir auf (Schweißausbrüche, Zittern, usw.). |      | -0.55 |
| Ich muss immer wieder an das Ereignis denken, obwohl ich es nicht will.  |      | -0.77 |
| Ich versuche Situationen zu vermeiden, die mich an das Ereignis erinnern.  |      | -0.63 |
| Ich versuche, nicht an das Ereignis zu denken.   |      | -0.58 |
| Ich versuche, nicht über das Ereignis zu reden.  |      | -0.45 |

#### **Skala 5: Vegetative Symptome**

|  |      |
|--|------|
| Ich leide unter Schwindel und Ohnmachtsgefühlen.                   | 0.37 |
| Ich leide unter Brustschmerzen.                                    | 0.51 |
| Ich habe Rückenschmerzen.  | 0.53 |
| Ich leide unter Übelkeit.  | 0.33 |
| Ich habe Muskelschmerzen.  | 0.63 |
| Ich habe Schwierigkeiten bei der Atmung.                           | 0.39 |
| Ich leide unter Schwächegefühlen in bestimmten Körperteilen.       | 0.62 |
| Ich leide unter Kribbeln oder Taubheit in bestimmten Körperteilen. | 0.51 |
| Ich leide unter Hitzewallungen oder Kälteschauern.                 | 0.42 |

Anmerkung. N = 425; Extraktionsmethode: Hauptachsenanalyse mit Oblimin Rotation; berücksichtigt wurden ausschließlich Faktorladungen  $\geq .30$  bzw.  $\leq -.30$ .

**Tabelle 13.2: Itemstatistiken für die erste FESSTE-Version mit 52 Items**

| Item   | M    | SD   | $r_{i(t-i)}$ | $\alpha$ ohne<br>Indexitem |
|--|------|------|--------------|----------------------------|
| <b>Skala 1: Depressive Symptome</b>  |      |      |              |                            |
| Ich interessiere mich für nichts mehr.   | 0.92 | 1.19 | 0.74         | 0.94                       |
| Ich fühle mich einsam.   | 1.48 | 1.46 | 0.76         | 0.94                       |
| Ich fühle mich schwermütig.  | 1.50 | 1.41 | 0.82         | 0.94                       |
| Ich habe das Gefühl nichts mehr wert zu sein.  | 1.21 | 1.43 | 0.80         | 0.94                       |
| Ich mache mir Gedanken darüber, mein Leben zu beenden.                                     | 0.58 | 1.06 | 0.68         | 0.94                       |
| Wenn ich an die Zukunft denke, fühle ich mich hoffnungslos.                                | 1.11 | 1.32 | 0.80         | 0.94                       |
| Ich weine häufig.  | 1.24 | 1.32 | 0.65         | 0.94                       |
| Ich mache mir Selbstvorwürfe.  | 1.33 | 1.39 | 0.73         | 0.94                       |
| Ich habe das Gefühl, keine Energie mehr zu haben.  | 1.80 | 1.41 | 0.81         | 0.94                       |
| Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren.  | 1.42 | 1.25 | 0.71         | 0.94                       |
| Mein Interesse an Sexualität hat sich vermindert.  | 1.43 | 1.44 | 0.52         | 0.95                       |
| Meine berufliche Leistungsfähigkeit hat sich verringert.                                   | 1.23 | 1.36 | 0.68         | 0.94                       |
| Ich fühle mich reizbar.  | 1.36 | 1.28 | 0.67         | 0.94                       |
| Ich habe das Gefühl, die Kontrolle über mein Leben verloren zu haben.                      | 0.93 | 1.25 | 0.75         | 0.94                       |
| <b>Skala 2: Dissoziation</b>   |      |      |              |                            |
| Es gibt Momente, in denen ich mich so fühle, als sei ich nicht Teil von dem, was passiert. | 1.19 | 1.41 | 0.69         | 0.81                       |
| Mein Zeitgefühl hat sich verändert.  | 0.72 | 1.16 | 0.58         | 0.83                       |
| Die Realität scheint mir unwirklich, wie in einem Traum oder einem Film.                   | 0.90 | 1.22 | 0.74         | 0.80                       |
| Es gibt Momente, in denen ich in den Spiegel schaue und mich nicht erkenne.                | 0.56 | 1.04 | 0.68         | 0.82                       |
| Ich habe das Gefühl, mein eigener Körper gehört nicht zu mir.                              | 0.60 | 1.04 | 0.66         | 0.82                       |
| Es kommt mir so vor, als wäre ich gefühlstaub.   | 0.84 | 1.12 | 0.47         | 0.85                       |
| <b>Skala 3: Angstsymptome</b>  |      |      |              |                            |
| Ich bin sehr schreckhaft.  | 1.24 | 1.43 | 0.68         | 0.91                       |
| Auch wenn es keinen Grund dafür gibt, bin ich sehr wachsam.                                | 1.54 | 1.52 | 0.69         | 0.91                       |
| Ich habe Angst auf der Straße oder vor offenen Plätzen.                                    | 0.61 | 1.08 | 0.77         | 0.91                       |
| Ich erschrecke, obwohl es keinen Grund dafür gibt.   | 0.78 | 1.22 | 0.67         | 0.91                       |
| Ich fürchte mich davor, allein aus dem Haus zu gehen.                                      | 0.46 | 0.96 | 0.70         | 0.91                       |
| Ich habe Herzklopfen oder Herzjagen.   | 0.91 | 1.23 | 0.63         | 0.91                       |
| Ich habe Angst vor Fahrten mit dem Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug.                      | 0.51 | 1.10 | 0.69         | 0.91                       |

|  |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|
| Ich vermeide bestimmte, für mich wichtige Orte, Tätigkeiten oder Dinge, weil ich von diesen erschreckt werde.        | 0.51 | 1.03 | 0.68 | 0.91 |
| Ich fürchte mich vor Menschenmengen.   | 0.99 | 1.33 | 0.74 | 0.91 |
| Ich leide unter Panikanfällen.   | 0.89 | 1.27 | 0.68 | 0.91 |
| Es macht mich sehr nervös, wenn ich allein gelassen werde.   | 0.88 | 1.32 | 0.60 | 0.91 |
| Wenn ich in der Öffentlichkeit bin, habe ich Angst, dass ich in Ohnmacht fallen könnte.                              | 0.31 | 0.86 | 0.50 | 0.92 |
| <b>Skala 4: Traumafolgen</b>   |      |      |      |      |
| Es fällt mir schwer, einzuschlafen.  | 1.63 | 1.46 | 0.63 | 0.91 |
| Mir fällt es schwer, in der Nacht durchzuschlafen.   | 1.66 | 1.62 | 0.66 | 0.91 |
| Ich habe das Gefühl, dass ich mich seit dem Ereignis verändert habe.   | 2.07 | 1.49 | 0.63 | 0.91 |
| Mein Schlaf ist unruhig.   | 1.64 | 1.55 | 0.78 | 0.90 |
| Ich habe wiederkehrende Albträume über das Ereignis.   | 0.94 | 1.34 | 0.69 | 0.91 |
| Ich muss das Ereignis immer wieder durchleben.   | 0.97 | 1.26 | 0.70 | 0.91 |
| Wenn ich mich an das Ereignis erinnere, treten körperliche Reaktionen bei mir auf (Schweißausbrüche, Zittern, usw.). | 1.28 | 1.46 | 0.69 | 0.91 |
| Ich muss immer wieder an das Ereignis denken, obwohl ich es nicht will.  | 1.47 | 1.45 | 0.75 | 0.90 |
| Ich versuche Situationen zu vermeiden, die mich an das Ereignis erinnern.  | 1.47 | 1.56 | 0.73 | 0.91 |
| Ich versuche, nicht an das Ereignis zu denken.   | 1.59 | 1.49 | 0.63 | 0.91 |
| Ich versuche, nicht über das Ereignis zu reden.  | 1.28 | 1.40 | 0.54 | 0.92 |
| <b>Skala 5: Vegetative Symptome</b>  |      |      |      |      |
| Ich leide unter Schwindel und Ohnmachtsgefühlen.   | 0,85 | 1.06 | 0.56 | 0.84 |
| Ich leide unter Brustschmerzen.  | 0,66 | 0.95 | 0.56 | 0.84 |
| Ich habe Rückenschmerzen.  | 1,57 | 1.34 | 0.57 | 0.84 |
| Ich leide unter Übelkeit.  | 0,75 | 1.12 | 0.53 | 0.84 |
| Ich habe Muskelschmerzen.  | 0,99 | 1.26 | 0.63 | 0.83 |
| Ich habe Schwierigkeiten bei der Atmung.   | 0,71 | 1.02 | 0.53 | 0.84 |
| Ich leide unter Schwächegefühlen in bestimmten Körperteilen.   | 0,80 | 1.19 | 0.67 | 0.83 |
| Ich leide unter Kribbeln oder Taubheit in bestimmten Körperteilen.   | 0,81 | 1.20 | 0.57 | 0.84 |
| Ich leide unter Hitzewallungen oder Kälteschauern.   | 1,00 | 1.30 | 0.57 | 0.84 |

Anmerkung. N = 425;  $r_i(t-i)$  = Trennschärfe.

## 13.6 Die latente Faktorenstruktur des FESSTE

**Tabelle 13.3: Konfirmatorische Faktorenanalyse des FESSTE**

| Modell                     | $\chi^2$ (df)  | $\chi^2$ /df | RMSEA (90% CI)     | CFI | NFI | TLI | AIC     |
|----------------------------|----------------|--------------|--------------------|-----|-----|-----|---------|
| <b>52-Item Version</b>     |                |              |                    |     |     |     |         |
| Ein-Faktor                 | 8737.39 (1280) | 6.83         | .098 (.096 - .100) | .58 | .54 | .56 | 8933.39 |
| Fünf-Faktor                | 4897.27 (1264) | 3.87         | .069 (.067 - .071) | .80 | .74 | .76 | 4897.27 |
| Ein Faktor höherer Ordnung | 4948.04 (1269) | 3.90         | .069 (.067 - .071) | .79 | .74 | .78 | 5166.04 |
| Bifaktor                   | 4656.32 (1228) | 3.79         | .069 (.066 - .070) | .80 | .76 | .79 | 4956.32 |
| <b>30-Item Version</b>     |                |              |                    |     |     |     |         |
| Ein-Faktor                 | 3465.33 (405)  | 8.56         | .112 (.108 - .115) | .68 | .65 | .65 | 3465.33 |
| Fünf-Faktor                | 1331.76 (395)  | 3.37         | .063 (.059 - .066) | .90 | .87 | .89 | 1471.76 |
| Ein Faktor höherer Ordnung | 1359.48 (400)  | 3.40         | .063 (.059 - .067) | .90 | .86 | .89 | 1489.49 |
| Bifaktor                   | 1031.03 (375)  | 2.75         | .054 (.050 - .058) | .93 | .90 | .92 | 1211.03 |

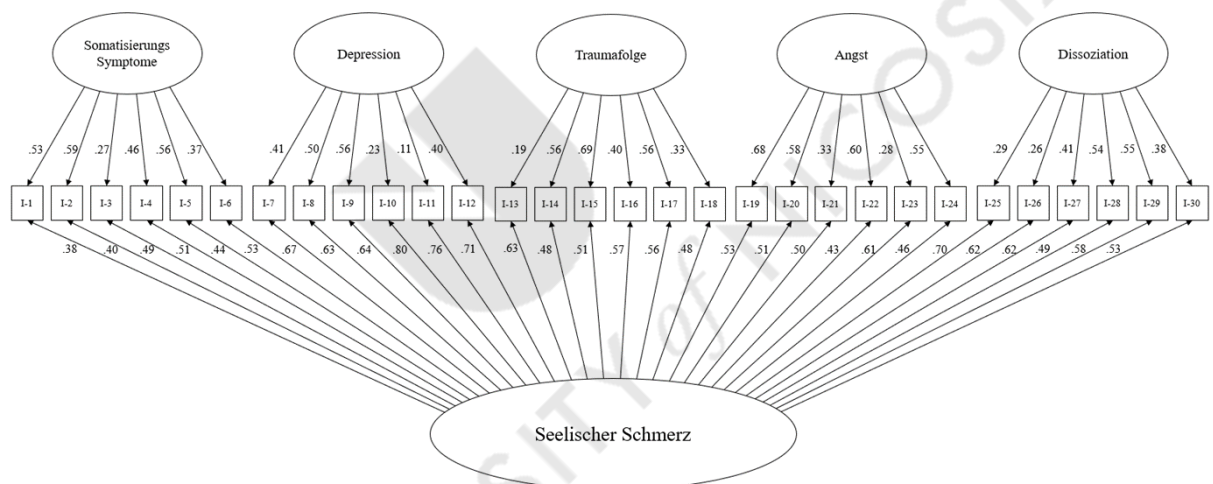
Anmerkung. N = 619.

Nach Abschluss der Reliabilitätsanalyse und der explorativen Faktorenbestimmung, wurde zur konfirmatorischen Analyse der Faktorenstruktur die vorläufige 52-Itemversion des FESSTE einer zweiten Stichprobe von Probanden vorgelegt (N = 619). Anschließend wurden mehrere denkbare Faktorenstrukturen des FESSTE konstruiert und hinsichtlich ihrer globalen Fit-Indizes getestet. Berücksichtigt wurden: Ein Ein-Faktor Modell, in dem alle Items des FESSTE auf einen Gesamtfaktor laden; ein Fünf-Faktoren Modell, welches nur die fünf korrelierten Subfaktoren mit ihren jeweiligen Items erfasst; ein Modell mit einem Gesamtfaktor höherer Ordnung, auf den fünf untergeordneten Subfaktoren laden, auf denen wiederum die jeweiligen Items der Subfaktoren laden; sowie ein Bifaktor-Modell, in dem die einzelnen Items sowohl jeweils einem Subfaktoren als auch auf dem Gesamtfaktor zugewiesen sind.

Wie in Tabelle 13.3 dargestellt, zeigt kein Modell der 52-Item-Fassung des FESSTE eine zufriedenstellende Passung (alle Modelle: CFI < .90; TLI < .90; NFI < .90;  $\chi^2$ /df > 3). In

einem nächsten Schritt wurden daher die Itemanzahl der jeweiligen Faktoren schrittweise reduziert. In der 30-Item Version sind den einzelnen Subskalen des FESSTE die Items mit der höchsten Trennschärfe in der ursprünglichen Fassung zugeordnet. Dieses Vorgehen führte insgesamt zu einem substantziellen Anstieg der Modellpassung. Die besten Kennwerte wurden mit dem Bifaktormodell der 30-Item Version des FESSTE erzielt. In diesem Modell liegen alle globalen Fit-Indices in einem zufriedenstellenden Bereich: RMSEA = 0.05 (90% CI: 0.05, 0.06); TLI = 0.92; CFI = 0.93; NFI = 0.90; AIC = 1211.03.

**Abbildung 13.3: Bifaktor-Modell der 30-Item-Version des Fragebogens zur Erfassung von seelischem Schmerz nach traumatischen Ereignissen (N=619)**



Wie in Abbildung 13.4 dargestellt, zeigt das Bifaktor-Modell der 30-Item-Version auf lokaler Ebene einen starken Gesamtfaktor „Seelischer Schmerz“, der mit allen Items der Gesamtskala signifikant assoziiert ist ( $\beta = .38 - .80$ ; alle  $p < .001$ ). Insgesamt sind die Ladungen der Subfaktoren auf die jeweiligen Items etwas geringer ausgeprägt. Hinsichtlich der Subskalen, zeigt „Angst“ signifikante Assoziationen im Bereich zwischen  $\beta = .28 - .68$  (alle  $p < .001$ ). Die Regressionskoeffizienten der Skala „Traumafolge“ liegen zwischen  $\beta = .19 - .69$  (alle  $p < .001$ ). „Depression“ ist mit den zugeordneten Items im Bereich  $\beta = .11 - .50$  ( $p < .01 - .001$ ) assoziiert. Die Assoziationen zwischen den Items und dem latenten

Faktor „Dissoziation“ liegen zwischen  $\beta = .29 - .55$  (alle  $p < .001$ ). Schließlich zeigt die Skala „Somatisierung“ Assoziationen im Bereich  $\beta = .27 - .56$  (alle  $p < .001$ ).

### 13.7 Deskriptive Auswertung des Ausmaßes an Traumatisierung

Wie in Tabelle 13.4 detailliert dargestellt, war das am häufigsten berichtete traumatische Ereignis ein plötzlicher Tod eines nahen Angehörigen oder einer wichtigen Bezugsperson (A:  $n = 212$ ; B:  $n = 328$ ). Häufig angegeben wurde zudem das persönliche Erleben von gewalttätigen Angriffen durch Personen aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (A:  $n = 107$ ; B:  $n = 208$ ), und schwerer Erkrankung oder Verletzung (A:  $n = 105$ ; B:  $n = 191$ ). Eine große Anzahl von Teilnehmern berichtete zudem von einer Form von sexuellem Missbrauch. In diesem Zusammenhang wurde in beiden Gruppen „Sexuelle Gewalt durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis als Kind oder Jugendlicher“ am häufigsten genannt (A:  $n = 76$ ; B:  $n = 127$ ). Ein substantieller Anteil an Probanden gab zudem die Erfahrung eines anderen nicht im Fragebogen aufgeführten belastenden Ereignisses an (A:  $n = 130$ ; B:  $n = 219$ ).

**Tabelle 13.4: Deskriptive Auswertung der berichteten Traumatisierungen**

| Stichprobe                            | Erprobungsphase (N = 381) |           | Validierungsphase (N = 600) |           |
|---------------------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|
|                                       | Persönlich                | Als Zeuge | Persönlich                  | Als Zeuge |
| Art der Traumatisierung               |                           |           |                             |           |
| Folter                                | 11                        | 13        | 25                          | 11        |
| Aufenthalt in Kriegsgebiet            | 12                        | 9         | 12                          | 12        |
| Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion | 58                        | 61        | 92                          | 82        |
| Naturkatastrophe                      | 13                        | 28        | 44                          | 34        |
| Schwere Krankheit oder Verletzung     | 105                       | 148       | 191                         | 187       |



|  |     |    |     |    |
|--|-----|----|-----|----|
| Plötzlich/Unerwarteter Tod eines nahen Angehörigen oder einer wichtigen Bezugsperson               | 212 | 54 | 328 | 82 |
| Flucht und Migration   | 14  | 42 | 10  | 34 |
| Gefangenschaft   | 10  | 8  | 11  | 11 |
| Vernachlässigung oder Verwahrlosung  | 67  | 49 | 115 | 51 |
| Sexuelle Gewalt durch eine fremde Person als Erwachsener   | 50  | 10 | 91  | 22 |
| Sexuelle Gewalt durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis als Erwachsener            | 66  | 16 | 116 | 13 |
| Sexuelle Gewalt durch eine fremde Person als Kind oder Jugendlicher                                | 51  | 9  | 86  | 10 |
| Sexuelle Gewalt durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis als Kind oder Jugendlicher | 75  | 14 | 138 | 14 |
| Gewalttätiger Angriff durch eine fremde Person   | 76  | 55 | 127 | 60 |
| Gewalttätiger Angriff durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis                      | 107 | 24 | 208 | 36 |
| Andere belastende Ereignisse   | 130 | 14 | 213 | 12 |

### 13.8 Validität der 30-Itemversion des Fragebogens zur Erfassung von seelischem Schmerz nach Traumatischen Erlebnissen

**Tabelle 13.5: Internale Konsistenz und Interkorrelation FESSTE 30 Skalen**

| Variable              | 1    | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| 1. Somatisierung      | -    |      |      |      |      |      |
| 2. Traumafolgestörung | .52* | -    |      |      |      |      |
| 3. Angst              | .53* | .58* | -    |      |      |      |
| 4. Depression         | .52* | .62* | .55* | -    |      |      |
| 5. Dissoziation       | .47* | .57* | .54* | .70* | -    |      |
| 6. FESSTE Gesamtskala | .74* | .83* | .78* | .86* | .81* | -    |
| Cronbachs $\alpha$    | 0.82 | 0.86 | 0.87 | 0.91 | 0.86 | 0.95 |

Anmerkung. N = 1044; \*  $p < .001$ ; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

Die Gesamtskala zeigt eine exzellente interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha = 0.95$ ; vgl. Tabelle 13.5). Auch die Subskalen weisen insgesamt eine zufriedenstellende internale Konsistenz auf (Cronbachs  $\alpha = 0.82 - 0.91$ ). In Tabelle 13.5 finden sich ebenfalls die Korrelationen der Subskalen mit der Gesamtskala und die Interkorrelationen der Subskalen. Hinsichtlich des Korrelationsmusters ist festzuhalten, dass die Subskalen des FESSTE untereinander geringer korrelieren als mit dem Gesamtskalenwert, was im Sinne einer vorläufigen Bestätigung der abgeleiteten Faktorenstruktur interpretiert werden kann. Internale Konsistenzen und Interkorrelationen sind bei jedem Testverfahren zur Beurteilung der Homogenität von Bedeutung.

**Tabelle 13.6: Korrelation zwischen den FESSTE Skalen und Indikatoren für Symptombelastung**

| Variable                      | FESSTE 30 | FESSTE 30          | FESSTE 30  | FESSTE 30 | FESSTE 30    | FESSTE 30                    |
|-------------------------------|-----------|--------------------|------------|-----------|--------------|------------------------------|
|                               | Gesamt    | Soma-<br>tisierung | Depression | Angst     | Dissoziation | Trauma-<br>folge-<br>störung |
| Ausmaß der<br>Traumatisierung | .49*      | .45*               | .39*       | .39*      | .43*         | .38*                         |
| BSI Depressivität             | .78*      | .50*               | .90*       | .55*      | .65*         | .58*                         |
| BSI Angst                     | .83*      | .63*               | .72*       | .79*      | .63*         | .68*                         |
| BSI Somatisierung             | .73*      | .80*               | .54*       | .59*      | .52*         | .61*                         |
| GSI (BSI-18)                  | .91*      | .72*               | .86*       | .74*      | .70*         | .72*                         |
| PTSS-10                       | .88*      | .67*               | .81*       | .70*      | .69*         | .75*                         |

Anmerkung. N = 425; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; GSI = BSI-18 Globalwert.

Wie in Tabelle 13.6 dargestellt, weisen die Subskalen und die Gesamtskala des FESSTE mittlere bis hohe positive Zusammenhänge mit den erhobenen Außenkriterien ( $r = .39$  - $.91$ ; alle  $p < .001$ ) und dem berichteten Ausmaß der Traumatisierung auf ( $r = .38$  - $.49$ ; alle  $p < .001$ ; vgl. Cohen, 1992). Sehr hohe Zusammenhänge zeigen sich insbesondere zwischen dem FESSTE

Gesamtscore und dem BSI-18 ( $r = .91$ ;  $p < .001$ ) und dem PTSS-10 ( $r = .88$ ;  $p < .001$ ).

Anhand der Prüfung der Verteilungsmerkmale mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung bzw. Schiefe und Kurtosis, kann davon ausgegangen werden, dass keine der Skalen eine Normalverteilung aufweist (vgl. Tabelle 13.7).

**Tabelle 13.7: Fragebogen zur Erfassung von seelischem Schmerz nach Traumatischen Erfahrungen (FESSTE 30): Mittelwerte, Streuung und Verteilungsmerkmale**

| Variable              | M     | SD    | Min | Max | Schiefe | Kurtosis | Prüfung auf Normalverteilung |      |
|-----------------------|-------|-------|-----|-----|---------|----------|------------------------------|------|
|                       |       |       |     |     |         |          | z                            | p    |
| 1. Somatisierung      | 6.47  | 5.42  | 0   | 24  | .84     | -.08     | 4.23                         | .000 |
| 2. Traumafolgestörung | 9.02  | 6.76  | 0   | 24  | .46     | -.82     | 3.28                         | .000 |
| 3. Angst              | 4.85  | 5.58  | 0   | 24  | 1.38    | 1.19     | 6.22                         | .000 |
| 4. Depression         | 8.87  | 6.98  | 0   | 24  | .48     | -.90     | 3.78                         | .000 |
| 5. Dissoziation       | 5.71  | 5.79  | 0   | 24  | 1.04    | .27      | 5.24                         | .000 |
| 6. FESSTE Gesamtskala | 34.94 | 24.67 | 0   | 114 | .54     | -.47     | 2.75                         | .000 |

Anmerkung. N = 1044; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; \* Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest.

Die Subskalen sowie die Gesamtskalen zeigen in einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung eine deutlich rechtsschiefe Verteilung. Hinsichtlich der Kurtosis weisen die Skalen „Somatisierung“, „Traumafolgen“, „Depression“ und die Gesamtskala eine abgeflachte Verteilung auf, während die Skalen „Angst“ und „Dissoziation“ eine spitze Verteilung zeigen.

### 13.9 Einfluss von Alter und Geschlecht auf seelischen Schmerz

Mit Hinblick auf Alterseffekte in den Ausprägungen der FESSTE-Skalen, zeigen sich leicht ausgeprägte negative Zusammenhänge zwischen dem Alter und den Subskalen „Traumafolgestörung“ ( $r = -.07$ ;  $p < .05$ ), „Angst“ ( $r = -.06$ ;  $p < .05$ ) und „Dissoziation“ ( $r = -.10$ ;  $p < .05$ ). Ein schwacher positiver Zusammenhang besteht mit dem Ausmaß der Traumatisierung ( $r = -.07$ ;  $p < .05$ ). Keine signifikanten Zusammenhänge finden sich

zwischen dem Alter der Probanden und der FESSTE-Gesamtskala ( $r = -.04$ ;  $p = .21$ ) sowie der Subskala „Depressive Symptome“ ( $r = -.04$ ;  $p = .17$ ).

In der Gesamtskala und allen Subskalen zeigen weibliche Probanden höhere Werte ( $F = 22.96 - 57.63$ ; alle  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .02 - .05$ ). Auch gaben Frauen ein geringfügig höheres Ausmaß an Traumatisierung an ( $F = 5.36$ ;  $p < .05$ ;  $\eta^2 = .01$ )

**Tabelle 13.8: Hierarchische multiple Regression zur Vorhersage des Ausmaßes der Traumatisierung kontrolliert für Geschlecht und Alter.**

|           | Variable          | R <sup>2</sup> | $\Delta R^2$ | $\Delta F$ | $\beta$ |
|-----------|-------------------|----------------|--------------|------------|---------|
| Schritt 1 |                   | .03            | .03          | 6.95**     |         |
|           | Geschlecht        |                |              |            | -.16*** |
|           | Alter             |                |              |            | .10*    |
| Schritt 2 |                   | .22            | .19          | 50.96***   |         |
|           | Geschlecht        |                |              |            | -.05    |
|           | Alter             |                |              |            | .12**   |
|           | PTSS-10           |                |              |            | .32***  |
|           | GSI               |                |              |            | .15*    |
| Schritt 3 |                   | .26            | .04          | 23.48***   |         |
|           | Geschlecht        |                |              |            | -.04    |
|           | Alter             |                |              |            | .13**   |
|           | PTSS-10           |                |              |            | .10     |
|           | GSI               |                |              |            | .16     |
|           | FESSTE Gesamtwert |                |              |            | .55***  |

Anmerkung. N = 425; Kriterium = Ausmaß der berichteten Traumatisierung; Geschlecht wurde kodiert als: Weiblich = 0; Männlich = 1; GSI = BSI-18 Globalwert; \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

## **13.10 Assoziationen zwischen Ausmaß der Traumatisierung, seelischen Schmerz und psychiatrischer Symptombelastung**

Im Vergleich hinsichtlich der Vorhersage des Ausmaßes an Traumatisierung zwischen den etablierten Messinstrumenten PTSS-10 und BSI-10 sowie dem neu entwickelten FESSTE zeigt sich, dass der FESSTE eine signifikant höhere Varianzaufklärung ermöglicht als die beiden Vergleichsinstrumente ( $\beta = .55$ ;  $\Delta R = .04$ ;  $p < .001$ ; vgl. Tabelle 13.8.).

## **13.11 Die Beziehung zwischen Trauma, Traumafolgen und Persönlichkeitsstruktur**

### **13.11.1 Deskriptive Beschreibung der Stichprobe**

Die Analyse dieser Fragestellung wurde anhand der Subsamples der Stichprobe A berechnet. Hierzu wurden ausschließlich Probanden der Stichprobe A berücksichtigt, die angegeben hatten, mindestens ein potentiell traumatisches Lebensereignis erlebt zu haben ( $N = 381$ ). Das Durchschnittsalter dieser Teilnehmer war  $M = 36$  Jahre ( $SD = 13$  Jahre; Spannweite = 18 – 76 Jahre). 340 (89 %) der Teilnehmer waren weiblich. Der größte Teil der Probanden gab als höchsten Bildungsabschluss einen für höhere Bildung qualifizierenden Abschluss an (z. B. Matura oder Abitur;  $n = 136$ ; 35.7%). 92 (24.1%) der Teilnehmer berichteten als höchsten Abschluss einen Magister oder Master Abschluss an einer Hochschule, während 63 (16.5%) einen Bachelor an einer Hochschule oder Fachhochschule anführten. 21 (5.5%) Teilnehmer hatten ein Doktorat abgeschlossen. Des Weiteren hatten 49 (12.9%) der Teilnehmer eine abgeschlossene Lehre und 17 (4.5%) einen Hauptschulabschluss bzw. einen Abschluss an einer neuen Mittelschule. 3 (0.8%) gaben an, keinen Schulabschluss zu besitzen.

Der Großteil der Teilnehmer war zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig ( $n = 195$ ; 51.2%), während 105 (27.6%) sich in Ausbildung befand. 30 (7.9%) Probanden waren auf

Arbeitssuche und 18 (4.7%) in Pension. 33 (8.7%) der Befragten gab als derzeitige Beschäftigung „Sonstiges“ an.

Mit Hinblick auf den Beziehungsstatus waren 139 (36.5%) der Teilnehmer ledig, 117 (30.7%) in einer Partnerschaft, 76 (19.9%) verheiratet, 43 (11.3%) geschieden und 6 (1.6%) verwitwet.

Die Nationalität der meisten Teilnehmer war entweder österreichisch (n = 316; 82.9%), oder deutsch (n = 34; 8.9%). 31 (8.1%) gaben eine andere Nationalität an. Des Weiteren gaben 78 (20.4%) der Probanden an, bereits vor dem traumatischen Ereignis an einer psychiatrischen Störung gelitten zu haben. Zudem befanden sich zum Zeitpunkt der Testung 118 (31.1%) der traumatisierten Probanden in ärztlicher oder psychologischer Behandlung, aufgrund von Beschwerden die im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis stehen, und 120 (31,4%) gaben an, dass ihnen aufgrund ihrer traumatisch bedingten Beschwerden Medikamente verordnet wurden.

### 13.11.2 Korrelative Ergebnisse

**Tabelle 13.9: Deskriptive Statistiken und Interkorrelation zwischen den im Modell aufgenommenen Variablen.**

| Variable                          | 1      | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       | 7       | 8    | 9      | 10  |
|-----------------------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|--------|-----|
| 1. Ausmaß der Traumatisierung     | -      |         |         |         |         |         |         |      |        |     |
| 2. Seelischer Schmerz (FESSTE)    | .44*** | -       |         |         |         |         |         |      |        |     |
| 3. PTSS 10                        | .41*** | .88***  | -       |         |         |         |         |      |        |     |
| 4. OPD Selbstwahrnehmung          | .37*** | .72***  | .72***  | -       |         |         |         |      |        |     |
| 5. OPD Kontaktgestaltung          | .28*** | .61***  | .64***  | .72***  | -       |         |         |      |        |     |
| 6. OPD-Beziehungsmodell           | .37*** | .61***  | .65***  | .65***  | .65***  | -       |         |      |        |     |
| 7. OPD-SFK gesamt                 | .38*** | .73***  | .76***  | .89***  | .89***  | .87***  | -       |      |        |     |
| 8. Geschlecht                     | -.12** | -.24*** | -.26*** | -.25*** | -.20*** | -.26*** | -.27*** | -    |        |     |
| 9. Alter                          | .06    | -.10    | -.06    | -.32*** | -.23*** | -.19*** | -.28*** | .13* | -      |     |
| 10. Vergangene Zeit seit Ereignis | .14*   | -.09    | -.03    | -.07    | -.02    | .02     | -.03    | .13* | .40*** | -   |
| M                                 | 6.28   | 59.72   | 23.14   | 5.54    | 6.43    | 8.37    | 20.34   | 340  | 35.61  | 521 |
| SD oder %                         | 3.91   | 42.40   | 15.13   | 4.68    | 4.48    | 4.94    | 12.48   | 89.2 | 12.64  | 551 |
| Cronbachs $\alpha$                | .66    | .95     | .90     | .85     | .81     | .77     | .92     | -    | -      | -   |

Anmerkung. N = 381; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; \*\*\* p < .001; \*\* p < .01; \* p < .05; Geschlecht kodiert mit: Weiblich = 0; Männlich = 1; Vergangene Zeit seit Ereignis: In Wochen.

In Tabelle 13.9 finden sich die deskriptiven Statistiken, internale Konsistenzen und Interkorrelation der untersuchten Variablen. Es zeigen sich insgesamt moderate Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an traumatischen Erfahrungen und den psychischen Traumafolgen sowie der Persönlichkeitsstruktur ( $r = .28 - .44$ ; alle  $p < .001$ ).

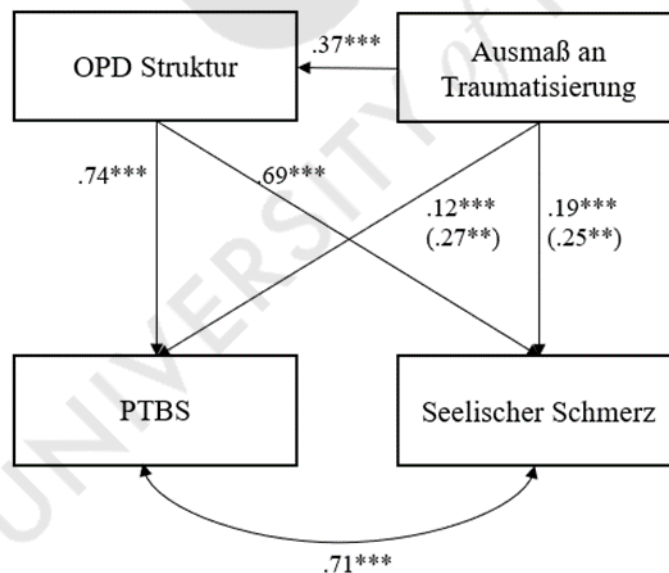
Wie erwartet, deuten die Ergebnisse auf eine signifikante Beziehung zwischen einem erhöhten Maß an Traumatisierung und einer verstärkten Beeinträchtigung der Persönlichkeitsstruktur, einer erhöhten PTBS-Symptombelastung und verstärktem seelischen Schmerz hin. Zudem zeigen alle erhobenen Skalen zufriedenstellende bis exzellente internale Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha = .66 - .95$ ).



### 13.11.3 Ergebnisse der Pfadanalyse

Wie in Abbildung 13.5 dargestellt, legen die Ergebnisse der Pfadanalyse nahe, dass das Ausmaß an traumatischen Erfahrungen sowohl signifikant mit einer stärkeren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsstruktur ( $\beta = .37$ ;  $p < .001$ ), als auch mit dem Schweregrad des seelischen Schmerzes ( $\beta = .19$ ;  $p < .001$ ) und der PTBS-Symptomatik ( $\beta = .12$ ;  $p < .001$ ) direkt assoziiert ist. Des Weiteren sind Defizite in der Persönlichkeitsstruktur positiv mit erhöhten seelischen Schmerzen ( $\beta = .69$ ;  $p < .001$ ) und ausgeprägteren PTBS-Symptomatik ( $\beta = .74$ ;  $p < .001$ ) verknüpft. Hinsichtlich der Bootstrap-Analyse zeigt sich, dass der indirekte Effekt von Traumatisierung und Lebensereignissen auf seelische Schmerzen ( $\beta = .25$ ;  $p < .001$ ) und PTBS-Symptomatik ( $\beta = .27$ ;  $p < .001$ ) durch das Persönlichkeitsstrukturniveau mediiert wird. Insgesamt kann daher von einer partiellen Mediationsbeziehung ausgegangen werden (vgl. dazu Kline, 2015).

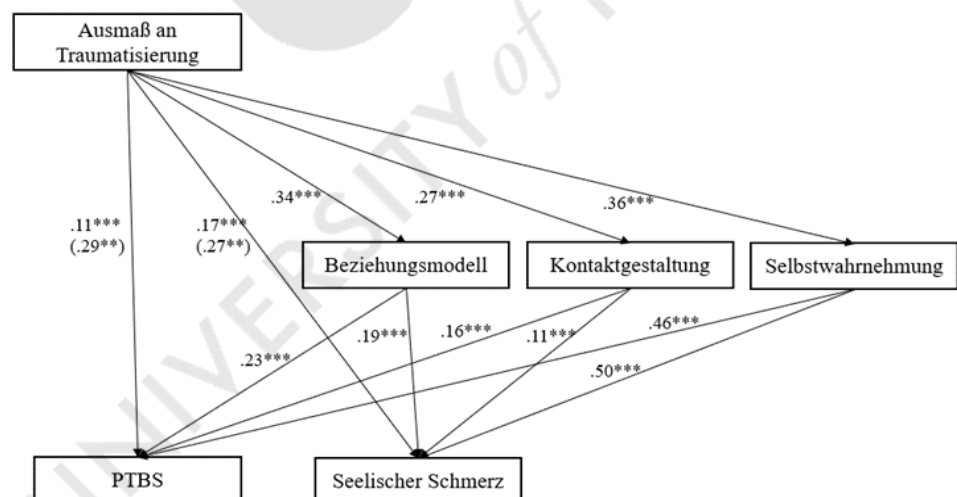
**Abbildung 13.4: Ergebnisse der pfadanalytischen Berechnung des ersten Modells.**



*Anmerkung: Indirekte Effekte in Klammern;  $**p < .01$ ;  $***p < .001$ ; Modell wurde kontrolliert für Alter, Geschlecht und vergangener Zeit seit dem traumatischen Ereignis; Eigene Darstellung.*

Im nächsten Schritt wurde die Beziehung zwischen Traumatisierung, seelischem Schmerz und Persönlichkeit auf der Ebene der OPD-SFK-Subskalen untersucht (Abbildung 13.6). Hier zeigt sich, dass das Ausmaß an traumatischen Erfahrungen sowohl mit dem Beziehungsmodell, der Kontaktgestaltung und auch der Selbstwahrnehmung signifikant assoziiert ist ( $\beta = .27 - .36$ ; alle  $p < .001$ ). Hinsichtlich der Beziehung zwischen seelischem Schmerz und den OPD-SFK-Subskalen zeigt die Skala „Selbstwahrnehmung“ die stärkste Assoziation ( $\beta = .50$ ;  $p < .001$ ), während die Skalen „Beziehungsmodell“ ( $\beta = .19$ ;  $p < .001$ ) und „Kontaktgestaltung“ ( $\beta = .11$ ;  $p < .001$ ) zwar signifikante, aber geringe Assoziationsstärken aufweisen. Ein sehr ähnliches Muster lässt sich zudem zwischen PTBS-Symptomatik und den Dimensionen des OPD-SFK erkennen. Zusammengefasst legen diese Ergebnisse nahe, dass der Effekt von Traumatisierung auf seelischen Schmerz und PTBS-Symptomatik insbesondere durch die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung partiell mediiert wird (beide  $p < .01$ ).

**Abbildung 13.5: Ergebnisse der pfadanalytischen Berechnung des ersten Modells.**



*Anmerkung: Indirekte Effekte in Klammern;  $**p < .01$ ;  $***p < .001$ ; Modell wurde kontrolliert für Alter, Geschlecht und vergangener Zeit seit dem traumatischen Ereignis; Für eine bessere Übersichtlichkeit wurden die Korrelationen zwischen den Variablen nicht dargestellt; Eigene Darstellung.*

## 13.12 Weitere Fragestellungen

### 13.12.1 Unterscheiden sich Probanden ohne Traumatisierung und traumatisierte Probanden hinsichtlich der Ausprägung im FESSTE?

Wie in Tabelle 13.10 dargestellt, zeigen Probanden, die nach eigenen Angaben keine Traumatisierung erlebt hatten, signifikant geringere Werte in den Skalen des FESSTE, als Probanden, die von mindestens einer Traumatisierung berichteten (alle  $p < .001$ ). Dabei zeigen sich hinsichtlich aller Skalen insgesamt schwache Effektstärken ( $F = 26.09 - 56.09$ ; alle  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .02 - .05$ ).

**Tabelle 13.10: Unterschiede zwischen Probanden mit und ohne Traumatisierung in der FESSTE Gesamtskala und Subskalen (ANOVA).**

| Skala              | Keine Traumatisierung<br>(n = 63) |       | Mind. eine<br>Traumatisierung<br>(n = 981) |       | F <sub>(1, 1042)</sub> | p    | $\eta^2$ |
|--------------------|-----------------------------------|-------|--|-------|------------------------|------|----------|
|                    | M                                 | SD    | M  | SD    |                        |      |          |
| Angstsymptome      | 0.90                              | 1.42  | 5.08                                       | 5.65  | 32.79                  | .000 | .031     |
| Depression         | 4.47                              | 5.60  | 9.15                                       | 6.97  | 26.09                  | .000 | .024     |
| Somatisierung      | 2.20                              | 2.43  | 6.73                                       | 5.45  | 40.97                  | .000 | .038     |
| Traumafolge        | 3.08                              | 4.09  | 9.39                                       | 6.69  | 51.51                  | .000 | .047     |
| Dissoziation       | 1.72                              | 2.88  | 5.96                                       | 5.83  | 31.16                  | .000 | .029     |
| FESSTE Gesamtskala | 12.37                             | 13.81 | 36.32                                      | 24.53 | 56.09                  | .000 | .051     |

Anmerkungen. N = 1044.

### 13.12.2 Unterscheiden sich Probanden, die vor der Traumatisierung unter einer psychiatrischen Störung litten, von Probanden, die vor der Traumatisierung keine klinisch relevante Störung hatten?

Es zeigen sich keine Unterschiede im Ausmaß der Traumatisierung zwischen Teilnehmern mit einer vor dem traumatischen Ereignis bestehenden psychiatrischen Diagnose im Vergleich zu Probanden ohne eine psychiatrische Diagnose ( $p > .05$ ). Dagegen weisen Probanden mit einer vortraumatisch aufgetretenen psychiatrischen Erkrankung erhöhte Werte in allen FESSTE-Skalen auf (alle  $p < .05$ ; vgl. Tabelle 13.11). Die ausgeprägtesten Unterschiede finden sich in der Skala „Depression“ ( $F = 14.96$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = 0.02$ ) und der Gesamtskala ( $F = 11.22$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = 0.01$ ; siehe Tabelle 13.11).

**Tabelle 13.11: Unterschiede zwischen Probanden mit und ohne psychiatrischer Diagnose vor dem traumatischen Ereignis (ANOVA) in der FESSTE-Gesamtskala, den Subskalen und dem Ausmaß der Traumatisierung.**

| Skala                      | Mind. eine psychiatrische Diagnose vor traumatischem Ereignis (n = 150) |           | Keine psychiatrische Diagnose vor traumatischem Ereignis (n = 831) |           | $F_{(1, 979)}$ | p    | $\eta^2$ |
|----------------------------|---|-----------|--|-----------|----------------|------|----------|
|                            | <i>M</i>  | <i>SD</i> | <i>M</i>   | <i>SD</i> |                |      |          |
| Ausmaß der Traumatisierung | 7.48  | 4.58      | 7.01   | 4.14      | 1.34           | .248 | -        |
| Angstsymptome              | 6.07  | 6.27      | 4.90   | 5.51      | 5.58           | .018 | .006     |
| Depression                 | 11.14   | 7.45      | 8.79   | 6.82      | 14.96          | .000 | .015     |
| Somatisierung              | 7.58  | 5.75      | 6.57   | 5.38      | 4.43           | .035 | .004     |
| Traumafolge                | 10.61   | 6.90      | 9.16   | 6.63      | 6.13           | .013 | .006     |
| Dissoziation               | 6.97  | 6.29      | 5.77   | 5.73      | 5.47           | .020 | .006     |
| FESSTE Gesamtskala         | 42.39   | 26.81     | 35.19  | 23.93     | 11.22          | .001 | .011     |

Anmerkungen. N = 981.

### **13.12.3 Hat Partnerschaft und Beziehung einen positiven Effekt auf die Entwicklung von seelischem Schmerz?**

Die Ergebnisse der ANOVA legen nahe, dass eine bestehende Partnerschaft nur einen geringen Einfluss auf die Ausprägung von seelischem Schmerz nimmt. Im Vergleich zwischen den Probanden, die zum Befragungszeitpunkt nicht in einer Beziehung waren ( $n = 558$ ) und den Probanden in einer Partnerschaft ( $n = 486$ ), zeigt sich nur in der Depressionsskala ein signifikanter Unterschied ( $F = 6.76$ ;  $p < .01$ ;  $\eta^2 = 0.01$ ). In allen übrigen Skalen gibt es keine Unterschiede ( $F = 0.00 - 2.80$ ; alle  $p > .05$ ). Wird der Einfluss des Ausmaßes der Traumatisierung als Kontrollvariable in einer partiellen Korrelation verwendet, finden sich in keiner Skala Zusammenhänge mit der Partnerschaft (alle  $p > .05$ ).

### **13.12.4 Besteht ein Zusammenhang zwischen Aktivitäten im beruflichen Feld und der Schmerzintensität?**

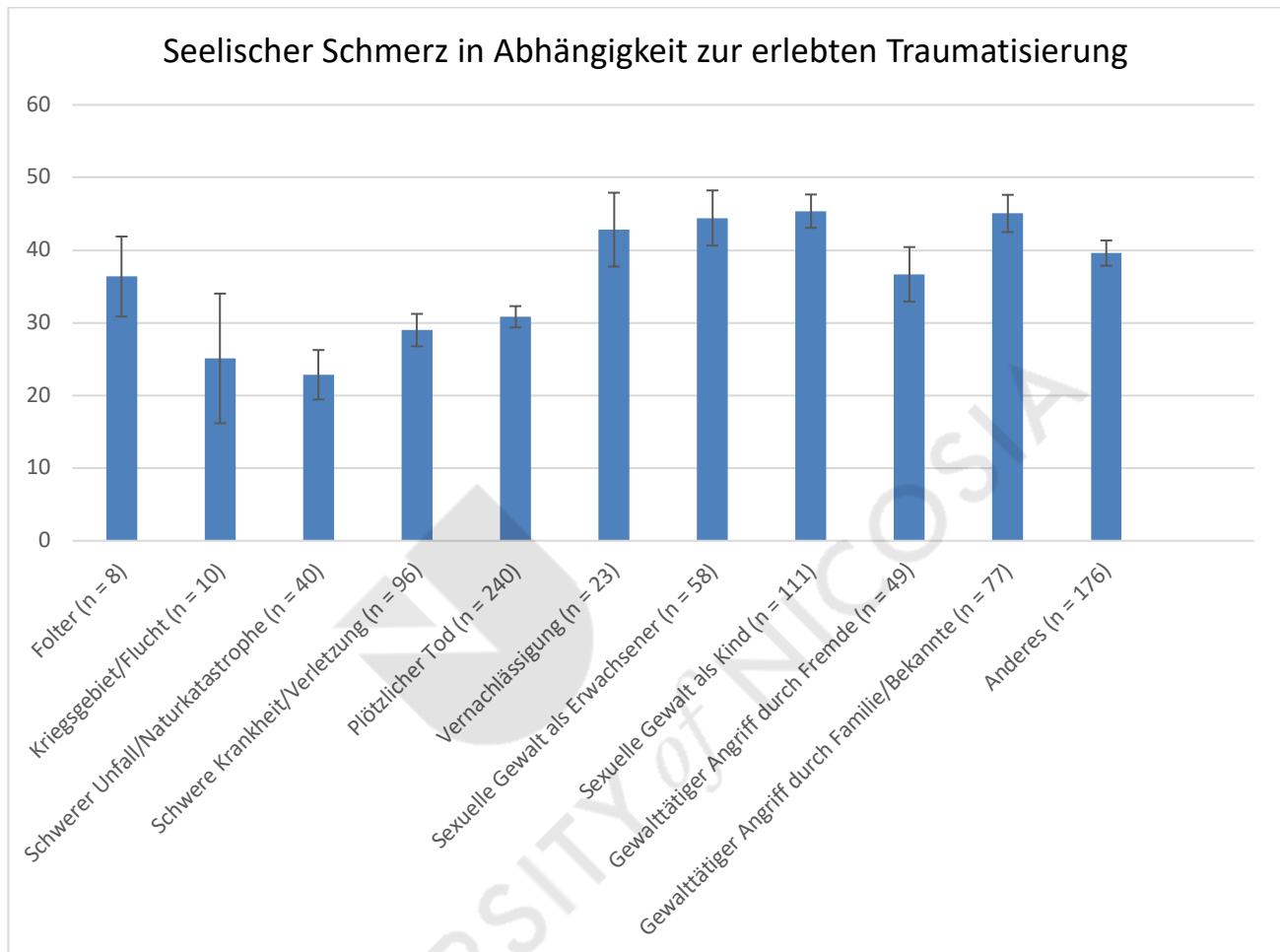
Zur Beantwortung dieser Frage wurden nur Probanden herangezogen, die angaben, jünger als 60 Jahre zu sein, um den Einfluss einer möglichen Pensionierung zu kontrollieren. Anschließend wurde eine Gruppe gebildet (Gruppe A;  $n = 837$ ), mit Probanden, die derzeit einem Beruf nachgehen oder sich in Ausbildung befinden, und eine Gruppe (Gruppe B;  $n = 170$ ), mit Probanden, die entweder frühpensioniert oder arbeitssuchend sind. In allen Subskalen ( $F = 76.18 - 30.19$ ; alle  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .03 - .07$ ) und der Gesamtskala des FESSTE ( $F = 75.87$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = .07$ ) zeigt Gruppe A geringere Werte als Gruppe B. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass eine erhöhte Schmerzintensität mit einer verminderten Aktivität im beruflichen Feld einher geht.

### **13.12.5 Beeinflusst die Art der Traumatisierung die Ausprägung des seelischen Schmerzes?**

Wie in Abbildung 13.7 dargestellt, zeigen sich signifikante Unterschiede im seelischen Schmerz in Abhängigkeit zur Art jener erlebten Traumatisierung, welche von den Probanden

als am schlimmsten empfunden wurde ( $F = 7.68$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2 = 0.01$ ). Um eine sinnvolle Auswertung zu gewährleisten, wurden eng verwandte Kategorien zusammengefasst. Da die Kategorie „Gefangenschaft“ nur von einem Probanden angegeben wurde, wird sie in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt. Aufgrund der Ungleichverteilung der Zellen, wurde das Games-Howell-Verfahren als Posttest verwendet. Es zeigt sich, dass sexuelle Gewalt als Kind und Erwachsener und ein gewalttätiger Angriff durch Familie oder Bekannte mit den höchsten Ausprägungen von seelischen Schmerzen assoziiert sind. Probanden, die sexuelle Gewalt als Erwachsener oder Kind sowie Gewalt im Familien- oder Bekanntenkreis als schlimmstes Trauma angaben, zeigen signifikant höheren seelischen Schmerz als Probanden, die einen schweren Unfall bzw. eine Naturkatastrophe, eine schwere Krankheit oder den plötzlichen Tod eines Angehörigen erlebt hatten (alle  $p < .05$ ).

**Abbildung 13.6: Seelischer Schmerz gemessen mit dem FESSTE in Abhängigkeit zur als am belastendsten erlebten Traumatisierung (N=888)**



### 13.12.6 Gibt es Unterschiede im seelischen Schmerz in Abhängigkeit der seit der Traumatisierung vergangenen Zeit?

Mit einer vergleichsweise hohen Streuung ( $SD = 585$  Wochen), gaben die Teilnehmer ( $N = 984$ ) an, dass im Durchschnitt 570 Wochen seitdem als am schlimmsten eingeschätzten Trauma vergangen waren. Kontrolliert für die das Ausmaß an Traumatisierung, das einen geringen Zusammenhang mit der vergangenen Zeit zeigt ( $r = .16$ ;  $p < .001$ ), weisen die

Skalen „Traumafolge“ ( $r = -.11$ ;  $p < .001$ ) und Dissoziation ( $r = -.08$ ;  $p < .05$ ) geringe negative Zusammenhänge mit der vergangenen Zeit auf. Die weiteren Skalen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge ( $p > .05$ ). Auch mit den Gesamtskalen des BSI-18 und des PTSS-10 gibt es keine signifikanten Zusammenhänge mit der vergangenen Zeit ( $p > .05$ ;  $N = 381$ ).

Die Teilnehmer wurden zudem danach gefragt, wie sehr sie sich im Allgemeinen durch die auf sie zutreffenden Symptome im FESSTE innerhalb (a) der ersten 4 Wochen; (b) zwischen dem 2. und 4. Monat nach dem Ereignis; (c) zwischen dem 5. Monat und 2. Jahr nach dem Ereignis; und (d) seit dem 3. Jahr nach dem Ereignis beeinträchtigt fühlen (Beantwortbar zwischen: 1 = überhaupt nicht; 5 = sehr stark). Innerhalb der Teilnehmer, die alle 4 Zeitstufen beantworten konnten ( $N = 482$ ), wiesen die Zeitperioden (a;  $M = 3.70$ ;  $SD = 1.56$ ) und (b;  $M = 3.62$ ;  $SD = 1.50$ ) die größte Beeinträchtigung durch seelischen Schmerz auf. Während (a) und (b) im Bonferroni post-hoc Test keine Unterschiede aufweisen ( $p > .05$ ), sind (a) und (b) mit stärkeren seelischen Schmerz assoziiert als (c) und (d) ( $F = 66.19$ ;  $\eta^2 = .12$ ; alle  $p < .001$ ). Die Zeitstufe (c) zeigt zudem eine höhere Ausprägung der Beeinträchtigung durch seelischen Schmerz als (d) ( $p < .001$ ).

### **13.13 Die vorläufige Normierung der 30-Itemversion des FESSTE**

In Tabelle 13.12 findet sich die vorläufige Normierung der FESSTE-Skalen anhand der Gesamtstichprobe. Da die Skalen – wie weiter oben beschrieben – in der Allgemeinbevölkerung keine Normalverteilung aufweisen, werden die vorläufigen Normen des FESSTE nur anhand der Prozentränge und Stanine-Werte angegeben (vgl. Bühner, 2011).



**Tabelle 13.12: Vorläufige Prozentrangnormen und Stanine-Werte für die FESSTE-Skalen (N = 1044)**

| Prozent-rang | Stanine | FESSTE gesamt | Soma-tisierung | Depressio n | Angst   | Trauma-folge | Dissoziati on |
|--------------|---------|---------------|----------------|-------------|---------|--------------|---------------|
| 0 - 4        | 1       | 0             | -              | -           | -       | -            | -             |
| > 4 - 11     | 2       | 1 - 4         | -              | 0           | -       | 0            | -             |
| > 11 - 23    | 3       | 5 - 12        | 0              | 1           | -       | 1 - 2        | 0             |
| > 23 - 40    | 4       | 13 - 23       | 1              | 2 - 4       | 0 - 1   | 3 - 5        | 1 - 2         |
| > 40 - 60    | 5       | 24 - 39       | 2 - 3          | 5 - 9       | 2 - 3   | 6 - 9        | 3 - 5         |
| > 60 - 77    | 6       | 40 - 52       | 4 - 6          | 10 - 14     | 4 - 7   | 10 - 14      | 6 - 9         |
| > 77 - 89    | 7       | 53 - 68       | 7 - 10         | 15 - 18     | 8 - 12  | 15 - 18      | 10 - 13       |
| > 89 - 96    | 8       | 69 - 80       | 11 - 12        | 19 - 21     | 13 - 17 | 19 - 21      | 14 - 17       |
| > 96 - 100   | 9       | 81 - 114      | 13 - 24        | 22 - 24     | 18 - 24 | 22 - 24      | 18 - 24       |

In Tabelle 13.13 wird die finale Version des FESSTE 30 zusammen mit den Trennschärfen der einzelnen Items dargestellt.

**Tabelle 13.13: Items, Skalen und Itemkennwerte des FESSTE 30**

| Nr. | Dim. | Item   | M    | SD   | $r_{it}$ | $r_{iT}$ |
|-----|------|--|------|------|----------|----------|
| 1   | SO   | Ich habe Rückenschmerzen.  | 1.64 | 1.30 | 0.57     | 0.45     |
| 2   | SO   | Ich habe Muskelschmerzen.  | 1.08 | 1.28 | 0.64     | 0.46     |
| 3   | SO   | Ich habe Schwierigkeiten bei der Atmung.   | 0.81 | 1.10 | 0.49     | 0.50     |
| 4   | SO   | Ich leide unter Schwächegefühlen in bestimmten Körperteilen.   | 0.87 | 1.21 | 0.63     | 0.54     |
| 5   | SO   | Ich leide unter Kribbeln oder Taubheit in bestimmten Körperteilen.   | 0.96 | 1.27 | 0.63     | 0.49     |
| 6   | SO   | Ich leide unter Hitzewallungen oder Kälteschauern.   | 1.10 | 1.33 | 0.54     | 0.56     |
| 7   | DE   | Ich fühle mich schwermütig.  | 1.64 | 1.41 | 0.77     | 0.68     |
| 8   | DE   | Ich habe das Gefühl nichts mehr wert zu sein.  | 1.38 | 1.48 | 0.75     | 0.67     |
| 9   | DE   | Wenn ich an die Zukunft denke, fühle ich mich hoffnungslos.  | 1.21 | 1.34 | 0.78     | 0.66     |
| 10  | DE   | Ich habe das Gefühl, keine Energie mehr zu haben.  | 1.91 | 1.42 | 0.79     | 0.74     |
| 11  | DE   | Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren.  | 1.61 | 1.37 | 0.68     | 0.67     |
| 12  | DE   | Ich habe das Gefühl, die Kontrolle über mein Leben verloren zu haben.  | 1.13 | 1.35 | 0.76     | 0.70     |
| 13  | TR   | Mein Schlaf ist unruhig.   | 1.85 | 1.54 | 0.60     | 0.66     |
| 14  | TR   | Ich habe wiederkehrende Alpträume über das Ereignis.   | 1.08 | 1.39 | 0.70     | 0.58     |
| 15  | TR   | Ich muss das Ereignis immer wieder durchleben.   | 1.18 | 1.35 | 0.74     | 0.61     |
| 16  | TR   | Wenn ich mich an das Ereignis erinnere, treten körperliche Reaktionen bei mir auf (Schweißausbrüche, Zittern, usw.). | 1.43 | 1.44 | 0.69     | 0.64     |
| 17  | TR   | Ich muss immer wieder an das Ereignis denken, obwohl ich es nicht will.  | 1.69 | 1.47 | 0.74     | 0.61     |
| 18  | TR   | Ich versuche, nicht an das Ereignis zu denken.   | 1.80 | 1.50 | 0.55     | 0.53     |
| 19  | AN   | Ich habe Angst auf der Straße oder vor offenen Plätzen.  | 0.74 | 1.17 | 0.80     | 0.62     |
| 20  | AN   | Ich fürchte mich davor, allein aus dem Haus zu gehen.  | 0.52 | 0.97 | 0.71     | 0.58     |

|    |    |  |      |      |      |      |
|----|----|--|------|------|------|------|
| 21 | AN | Ich erschrecke, obwohl es keinen Grund dafür gibt.   | 0.94 | 1.24 | 0.55 | 0.53 |
| 22 | AN | Ich habe Angst vor Fahrten mit dem Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug.                      | 0.57 | 1.13 | 0.71 | 0.53 |
| 23 | AN | Ich leide unter Panikanfällen.   | 1.01 | 1.27 | 0.61 | 0.63 |
| 24 | AN | Ich fürchte mich vor Menschenmengen.   | 1.06 | 1.35 | 0.70 | 0.58 |
| 25 | DI | Es gibt Momente, in denen ich mich so fühle, als sei ich nicht Teil von dem, was passiert. | 1.38 | 1.45 | 0.70 | 0.66 |
| 26 | DI | Mein Zeitgefühl hat sich verändert.  | 0.92 | 1.29 | 0.61 | 0.59 |
| 27 | DI | Die Realität scheint mir unwirklich, wie in einem Traum oder einem Film.                   | 1.01 | 1.25 | 0.73 | 0.62 |
| 28 | DI | Es gibt Momente, in denen ich in den Spiegel schaue und mich nicht erkenne.                | 0.70 | 1.14 | 0.66 | 0.56 |
| 29 | DI | Ich habe das Gefühl, mein eigener Körper gehört nicht zu mir.                              | 0.73 | 1.15 | 0.70 | 0.61 |
| 30 | DI | Es kommt mir so vor, als wäre ich gefühlstaub.   | 0.96 | 1.23 | 0.54 | 0.53 |

*Anmerkung.* Nr.: Nummer im Fragebogen; Dim.: SO = Somatisierung; DE = Depression; TR = Traumafolge; AN = Angst; DI = Dissoziation; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung;  $r_{it}$ =Korrelation des Items mit der jeweiligen Subskala  $r_{iT}$  = Korrelation des Items mit der Gesamtskala.

## Kapitel 14 Diskussion



## 14.1 Diskussion der Konstruktion und Validierung des FESSTE

Das zentrale Anliegen der vorliegenden Arbeit war es, ein Messinstrument zur Operationalisierung von seelischen Schmerzen zu entwickeln und zu validieren, da diesem Konzept in der gutachterlichen Praxis zwar eine hohe Bedeutung zukommt, bisher jedoch keine standardisierten Fragebögen existieren, die dieses Konstrukt erfassen.

Auf Basis qualitativer Auswertungen von gerichtlichen Gutachten wurden ursprünglich 8 Faktorendimensionen angenommen, die im Verlauf der empirischen Testentwicklung auf einen Gesamtfaktor und fünf Subfaktoren reduziert werden konnten. Mit Hinblick auf die Ergebnisse der faktorenanalytischen Auswertungen ergibt sich für die Operationalisierung des seelischen Schmerzes ein Bifaktor-Modell mit einem zentralen Faktor „seelischer Schmerz“ und den fünf domänenspezifischen Faktoren „Somatisierung“, „Depression“, „Angst“, „Traumafolge“ und „Dissoziation“. Die Dimensionen „Kompensationsverhalten“ und „Vulnerabilität“ konnten nicht bestätigt werden. Der für die gutachterliche Praxis wichtige Aspekt „Behandlung“ wird im Fragebogen deskriptiv erfasst, fließt jedoch nicht in die Berechnung des Gesamtscores mit ein. Der Gesamtwert „seelischer Schmerz“ bildet sich in der vorliegenden Endfassung des Fragebogens durch die Aufsummierung der fünf Subskalen ab, denen jeweils sechs Items zugeordnet sind.

Ursprünglich wurden auf Basis theoretischer Überlegungen und den Beobachtungen aus der qualitativen Inhaltsanalyse von psychiatrischen Gutachten 77 Items konstruiert. 43 Items wurden aufgrund der Resultate der Itemanalyse und der Analyse der Faktorenstruktur eliminiert. Trotz dieser Itemreduktion weisen die Werte der internalen Konsistenz, welche für die vorläufige Endfassung mit 30 Items in einem durchgehend zufriedenstellenden Bereich liegen, auf eine hohe Reliabilität hin (Bühner, 2011). Zur Ermittlung der Stabilität des FESSTE müssen jedoch weitere Studien zur Erhebung der Retest-Reliabilität durchgeführt werden.

Die durch explorative Faktorenanalyse gewonnene vorläufige Testversion mit 52 Items und fünf Faktorendimensionen, konnte in einer darauffolgenden konfirmatorischen Faktorenanalyse nicht bestätigt werden. Durch eine weitere Itemreduktion, die mit Hilfe

einer Trennschärfeanalyse erfolgte, konnte jedoch eine 30-Item-Fassung des Fragebogens mit einer zufriedenstellenden Modellpassung erstellt werden. Im direkten Vergleich zwischen mehreren denkbaren Modellen, erwies sich das Bifaktor-Modell als jene Faktorenstruktur, welche hinsichtlich der empirisch gewonnenen Daten den höchsten Fit aufweist. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass sich der FESSTE aus einer Gesamtskala „seelische Schmerzen“ sowie fünf Residualfaktoren, die als untergeordnete Faktoren interpretiert werden können, zusammensetzt (Chen et al., 2006). In diesem Zusammenhang sind auch die hohen Interkorrelationen zwischen den einzelnen Subfaktoren zu verstehen (Cohen, 1992), die dem Zusammenhangsmuster der Subskalen des BSI ähneln (Franke et al., 2011), welcher laut neueren Befunden ebenfalls eine latente Bifaktor-Struktur aufweist (Thomas, 2012; Urbán et al., 2014).

Des Weiteren sprechen die Ergebnisse dieser Studie für einen hohen Zusammenhang zwischen dem FESSTE und den etablierten Messinstrumenten für posttraumatische Belastungsstörung und generelle psychiatrische Symptombelastungen. Diese Resultate lassen auf ein hohes Maß an konvergenter Validität schließen (Bühner, 2011). Insbesondere befindet sich die Überlappung zwischen der Globalskala des BSI-18 und des FESSTE in einem Bereich, der die Frage nach einer Abgrenzung zwischen dem, mit dem BSI gemessenen, generellen psychiatrischen Disstress und dem Konzept der seelischen Schmerzen aufwirft. Anzumerken ist, dass sich in der jüngeren psychiatrischen Literatur ein zunehmender Trend dahingehend zeigt – anstelle einer rein kategorialen Trennung zwischen psychischen Erkrankungen – sowohl breite unspezifische Faktoren als auch domänenspezifische Faktoren hinsichtlich der latenten Struktur von psychiatrischen Phänomenen anzuerkennen (Goodkind et al., 2015; Tackett et al., 2008; Watson, 2005). In diesem Zusammenhang lässt sich vermuten, dass der mit dem FESSTE gemessene seelische Schmerz auch auf konzeptueller Ebene eine hohe Überschneidung mit der, mit dem BSI gemessenen, globalen Symptomschwere besitzt. Die weiterführenden Berechnungen mit einer hierarchischen multiplen Regression zeigen jedoch, dass der FESSTE sowohl dem PTSS-10 als auch dem BSI-10 hinsichtlich der Vorhersage des Ausmaßes an traumatischen Erfahrungen überlegen ist. Die in dieser Studie generierten Daten lassen somit den

Rückschluss zu, dass der FESSTE für gutachterliche Arbeiten ein geeigneteres Messinstrument darstellt. Zur weiteren Untersuchung der Validität des FESSTE könnten zukünftige Studien Zusammenhänge mit der Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP, Orbach et al., 2003), sowie mit erhöhter Suizidalität (vgl. Shneidman, 1998) untersuchen.

Der Gesamtscore des FESSTE zeigt keine signifikanten Alterseffekte und auch die FESSTE-Subskalen weisen – wenn überhaupt – nur vernachlässigbare Zusammenhänge mit dem Alter auf. Dem gegenüber stehen leichte bis mittelstarke Geschlechtsunterschiede in der Beantwortung des FESSTE, die ein höheres Maß an seelischen Schmerzen bei Frauen nahelegen. Dieser Befund steht im Einklang mit epidemiologischen Studien, die eine höhere Prävalenz von internalisierenden Störungen – wie Depression und PTBS – bei Frauen nachweisen (Bangasser und Valentino, 2014; Kessler, 2003), während Männer eine höhere Wahrscheinlichkeit für externalisierende Störungen – wie zum Beispiel Suchterkrankungen – zeigen (Grant et al., 2015). Letztere werden in der vorliegenden Fassung des FESSTE nicht erhoben. Eine ursprünglich angelegte Skala, die externalisierendes „Kompensationsverhalten“ erfasst hätte, wurde aufgrund mangelhafter psychometrischer Eigenschaften entfernt. Da traumatisch bedingte Suchtentwicklungen und andere externalisierende Störungen jedoch, wenn auch in selteneren Fällen, in der Begutachtung von seelischen Schmerzen eine Rolle spielen, könnte eine diesbezügliche Erweiterung des FESSTE sinnvoll sein.

Der FESSTE verfügt in seiner derzeitigen Version über eine Traumacheckliste, die sich an den Ergebnissen von Perkonig et al. (2000) orientiert. Gutachtern ermöglicht dies eine ökonomische und strukturierte Einschätzung des Ausmaßes der Traumatisierung. Die Ergebnisse legen nahe, dass die erfahrene Traumatisierung in einem hohen Zusammenhang mit den selbsteingeschätzten seelischen Schmerzen steht. Die im Rahmen dieser Dissertation angestellten weiteren Analysen zeigen jedoch, dass dieser Zusammenhang substantiell durch die strukturelle Integrität der Persönlichkeitsstruktur mediiert wird. Die durch Traumatisierungen ausgelösten seelischen Schmerzen sollten daher vor dem Hintergrund

eines Zusammenspiels von stattgefundenen Ereignissen und einer interindividuell variierender Resilienz beziehungsweise Vulnerabilität verstanden werden.

Eine Limitation der vorliegenden Validierungsstudie des FESSTE ergibt sich aus dem Ungleichgewicht des Geschlechtsverhältnisses innerhalb der Stichprobe. So nahmen vergleichsweise wenig Männer ( $N = 200$ ) an den Untersuchungen teil, was eine nach Geschlechtern getrennte Normierung des Fragebogens verhindert. Für die fortführende Ausarbeitung von Normwerten ist es daher unumgänglich, dass weitere Studien unternommen werden, um mehr Daten von männlichen Teilnehmern zu sammeln. Da die Anwendung des Fragebogens zudem an eine ausreichende Kompetenz hinsichtlich der deutschen Sprache gebunden ist, könnte ein zukünftiger Schritt in der Entwicklung des FESSTE eine Übersetzung und Validierung in weiteren Sprach- und Kulturkreisen sein.

Des Weiteren ist der FESSTE, ähnlich wie vergleichbare Selbsteinschätzungsverfahren, anfällig für bewusste Verfälschungen. Hier könnte der Einsatz von geeigneten Kontrollverfahren zu sozial erwünschten Antwortstilen eine mögliche Ergänzung darstellen. Da diese Instrumente jedoch nur eine begrenzte Effektivität besitzen (van de Mortel, 2008), scheint dem gutachterlichen Gespür und der Erfahrung eine wichtige Rolle zuzukommen.

Eingeschränkt ist zudem die Fähigkeit des FESSTE hinsichtlich der zeitlichen Einschätzung von seelischen Schmerzen nach Traumatisierungen. Hierzu ist die Entwicklung eines standardisierten Interviews vorgesehen, welches auf Basis des Fragebogens erstellt wird und eine Einschätzung der jeweiligen Symptomgruppen anhand zeitlicher Kategorien ermöglichen soll.

Neben der Erstellung eines auf den Ergebnissen des FESSTE aufbauenden standardisierten Interviews ist zudem die Entwicklung einer Kurzversion des FESSTE geplant, welche dazu geeignet sein könnte, die psychometrischen Eigenschaften und die ökonomische Validität des FESSTE weiter zu schärfen.

In dieser Studie, die anhand von Daten der Allgemeinbevölkerung erstellt wurde, zeigte sich keine Normalverteilung der FESSTE-Skalen. Vergleichbare Messinstrumente, wie der BSI, zeigten jedoch ähnliche Ergebnisse (Gilbar und Ben-Zur, 2002; Spitzer et al., 2011).



Dagegen ist in klinischen Populationen eine Normalverteilung der FESSTE-Skalen zu erwarten, was in weiteren Studien überprüft werden sollte.

## **14.2 Diskussion der Beziehung zwischen Trauma, Traumafolgen und Persönlichkeitsstruktur**

Ein weiteres Ziel dieser Dissertation war es, das Verständnis der Beziehung zwischen dem Ausmaß an traumatischen Erfahrungen und den psychischen Folgen von Traumatisierungen zu erweitern. Die Ergebnisse legen nahe, dass sich dieser Zusammenhang zum Teil durch den vermittelnden Einfluss der Persönlichkeitsstruktur erklären lässt. Eine detailliertere Analyse zeigt zudem, dass sich der mediiierende Einfluss der Persönlichkeitsstruktur insbesondere auf die Assoziation zwischen Traumatisierungen und einer beeinträchtigten Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung bezieht.

Wie bereits in der Arbeit von Baie et al. (2020) demonstriert werden konnte, legen auch die Resultate dieser Studie einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Schwere des strukturellen Defizits und der Schwere der Ausprägung von Traumafolgen nahe. Während jedoch Baie et al. (2020) vermuten, dass ein geringes Funktionsniveau der Persönlichkeitsstruktur keine Folge der traumatischen Belastung darstellt, deuten die vorliegenden Befunde auf eine substantielle Assoziation zwischen der strukturellen Integrität und dem Ausmaß der Traumatisierungen hin. Aufgrund des Querschnittsdesigns lassen sich hinsichtlich der Interpretation dieses Ergebnisses jedoch nur vorläufige Vermutungen anstellen. Denkbar wäre eine, durch das traumatische Ereignis hervorgerufene, Überlastung von innerpsychischen Funktionen, welche sich auf diagnostischer Ebene als niedriges Persönlichkeitsstrukturniveau manifestiert und in weiterer Folge eine psychopathologische Entwicklung begünstigt. Diese Erklärung steht im Einklang mit Ergebnissen der Bindungsforschung, nach denen ebenfalls moderate Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß von Traumatisierungen und Bindungsmustern im Erwachsenenalter nachgewiesen werden können (Ferrajão und Oliveira, 2015; Sandberg et al., 2010). Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass ein Teil der Probanden in dieser

Studie von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit berichten. Es ist daher nicht auszuschließen, dass sich der Einfluss der traumatischen Belastung auf das Persönlichkeitsstrukturniveau – zumindest teilweise – auf frühe traumatische Erfahrungen zurückführen lässt. Der schädliche Einfluss von Kindheitstraumen auf Ich-Funktionen und Persönlichkeit konnte in mehreren Studien und einer Vielzahl klinischer Beobachtungen nachgewiesen werden (Fuchshuber et al., 2019; Kernberg, 1985; Granieri et al., 2018; Löffler-Stastka et al., 2009). Eine strikte Trennung des Einflusses von Kindheitstrauma und Traumatisierung im Erwachsenenalter gestaltet sich in der Praxis jedoch schwierig, da ein traumatisierendes Umfeld in der Kindheit häufig mit Reviktimisierungen im Erwachsenenalter einhergeht (Breslau et al., 1995; Kernberg, 1985; Klest, 2012).

Hinsichtlich des zweiten untersuchten Modells zeigte sich vor allem die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung als ein wichtiger Prädiktor von Traumafolgen. Dieses Ergebnis fügt sich in eine wachsende Anzahl von Arbeiten ein, welche die Bedeutung der, mit diesem Konzept eng verknüpften, *Mentalisierungsfähigkeit* hinsichtlich der Behandlung von psychischen Erkrankungen betonen (Fonagy, 2018; Rossouw und Fonagy, 2012; Bateman und Fonagy, 2013). Mentalisierung wird als Fähigkeit zur Interpretation von eigenem oder fremdem Verhalten durch die Zuschreibung von mentalen Zuständen definiert und stellt einen zentralen Baustein für die Regulierung von Emotionen und Affekten dar (Fonagy, 2018).

Die vorliegenden Ergebnisse bieten insgesamt Hinweise auf die Bedeutsamkeit einer sorgsam Berücksichtigung von strukturellen Beeinträchtigungen bei der Behandlung von PTBS und seelischen Schmerzen im Zusammenhang mit Traumatisierungen. Eine mögliche Konsequenz für die therapeutische Praxis stellt die Zurückhaltung bezüglich affektmobilisierender Techniken dar, bei gleichzeitiger Fokussierung auf eine Stabilisierung des Selbst (Arbeitskreis OPD-2, 2008). In diesem Kontext scheint insbesondere bei Deutungen hinsichtlich unbewusster Motive Vorsicht geboten. Zu empfehlen wären hingegen Techniken, die den Patienten in der Entwicklung einer realistischen Selbst- und Objektwahrnehmung unterstützen, wie etwa Spiegeln, Aufzeigen, Differenzieren und Konfrontieren (Rudolf et al., 2012).

Des Weiteren zeigt sich in dieser Studie ein hoher Zusammenhang zwischen der PTBS-Symptomatik und seelischem Schmerz. Dieses Ergebnis betont die starke konzeptionelle Ähnlichkeit zwischen beiden Konstrukten. Zudem unterstreicht die substantielle Assoziation zwischen dem seelischen Schmerz und dem mit der Traumacheckliste gemessenen Ausmaß an traumatischen Erfahrungen, die Validität des neu entwickelten Fragebogens (vgl. Flenreiss-Frankl et al. (im Druck) für eine differenziertere Darstellung der Testkennwerte).

Ein unerwartetes Ergebnis zeigte sich hinsichtlich des fehlenden Zusammenhangs zwischen der Zeitspanne, von dem traumatischen Ereignis bis zur Untersuchung, und der Schwere des seelischen Schmerzes sowie der Ausprägung der PTBS-Symptomatik. Eine Erklärung könnte die Berücksichtigung von schweren traumatischen Kindheitserlebnissen sein, welche, wie bereits weiter oben angesprochen, möglicherweise Wechselwirkungen mit späteren Traumatisierungen aufweisen und somit ein niedriges Persönlichkeitsstrukturniveau begünstigen.

Eine Unterscheidung zwischen Typ-I-Trauma, das plötzlich und unerwartet auftritt, und Typ-II-Trauma, das durch anhaltendes und wiederholtes Auftreten von traumatischen Erfahrungen gekennzeichnet ist (z. B.: sexueller Missbrauch in der Kindheit) liegt vor. Hermann (2003) spricht dann von einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung oder einer Störung nach extremen Stresssituationen, wenn die Belastung über einen längeren Zeitraum andauert. Diese Personen zeigen häufig Störungen in der Affektregulation, Bewusstseinsveränderungen, Selbstwahrnehmungsstörungen und eine gestörte Wahrnehmung zum Täter (Hermann 2003). Im ICD-10 wird diese Symptombelastung in der Kategorie der „andauernden Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastungen“ als irreversible, chronische Folge von Belastungen sichtbar. Schlussfolgernd aus den vorliegenden Ergebnissen kann es sich somit um eine nicht unwesentliche Anzahl an Personen mit einer Traumatisierung von Typ-II handeln. Weitere Studien werden jedoch benötigt, um dieses Resultat im Detail aufzuklären.

Einschränkend muss angemerkt werden, dass diese Studie auf Basis von querschnittlich erhobenen Daten einer anfallenden Stichprobe der Allgemeinbevölkerung erstellt wurde. Aussagen über kausale Zusammenhänge sind daher nicht zulässig. Zukünftige

Forschungsarbeiten sollten deshalb darauf abzielen, die in dieser Studie entwickelten Hypothesen im Rahmen von Längsschnittstudien zu untersuchen. Hierzu könnten auch klinische Gruppen herangezogen werden.

Zudem handelt es sich bei der OPD-SFK um ein Selbsteinschätzungsmaß. Auch wenn zwischen Selbsteinschätzungsverfahren und dem halbstrukturierten Interview zur Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur nach der OPD hohe Übereinstimmungen beobachtet wurden (Ehrenthal et al., 2012), könnte die Validität der Ergebnisse – insbesondere mit Hinblick auf mögliche Verzerrungen durch mangelnde Selbstbeobachtungsfähigkeiten – durch Fremdeinschätzungen erhöht werden.

Eine weitere Einschränkung der Generalisierbarkeit dieser Studie ergibt sich aus dem unausgeglichene Geschlechterverhältnis der Stichprobe. Nur eine sehr geringe Anzahl an Männern nahm an dieser Untersuchung teil. Obwohl das untersuchte Modell hinsichtlich möglicher Einflüsse des Geschlechts kontrolliert wurde, sollten zukünftige Studien auf eine höhere Repräsentation von Männern in der Stichprobe Wert legen, um potenzielle Geschlechtsunterschiede besser erfassen zu können.

Auch wenn die Befragung vollständig anonymisiert durchgeführt wurde, muss zudem kritisch angemerkt werden, dass die Teilnehmer zum Teil aus dem Bekanntenkreis der Forschenden rekrutiert wurde.

Trotz der genannten Einschränkungen betonen die Ergebnisse dieser Dissertation die Signifikanz der Persönlichkeitsstruktur für die Entstehung von psychischen Traumafolgen. Für die psychotherapeutische Praxis scheint damit eine strukturfokussierte Vorgangsweise empfohlen. Im Speziellen könnte die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung einen wichtigen Ansatzpunkt zur Behandlung von PTBS-Symptomen und seelischem Schmerz nach Traumatisierungen bieten.

## **14.3 Diskussion der weiteren Fragestellungen**

### **14.3.1 Unterschiede im Ausmaß des seelischen Schmerzes zwischen Probanden ohne Traumatisierung und traumatisierten Probanden**

Weitere Analysen zeigen, dass sich Probanden, die angaben, keine Erinnerungen an traumatische Erfahrungen zu haben, im FESSTE einen deutlich geringer ausgeprägten seelischen Schmerz zeigen, als jene die von traumatischen Erfahrungen berichten. Dieses Ergebnis spricht zusätzlich für eine hohe Kriteriumsvalidität des neu entwickelten Fragebogens. Einschränkend muss hier jedoch angemerkt werden, dass in dieser Studie nur eine geringe Anzahl von nicht traumatisierten Probanden teilnahmen. Dies lässt sich zum einem damit erklären, dass die dem FESSTE angefügte Traumacheckliste ein sehr breites Spektrum an potenziell traumatisierenden Ereignissen erfasst, die von schwer traumatisierenden Erlebnissen bis hin zu potentiell traumatisierenden psychosozialen Belastungen reicht. Zum anderen fragt die Traumacheckliste in Anlehnung an die Ergebnisse von Perkonigg et al. (2000) auch nach Erlebnissen, bei denen der Befragte nur Zeuge und nicht direkt selbst betroffen war. Vor diesem Hintergrund entspricht es den Erwartungen, dass nur ein geringer Prozentsatz einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung angibt, keinerlei potenziell traumatische Erfahrungen gemacht zu haben.

### **14.3.2 Unterschiede im Ausmaß des seelischen Schmerzes zwischen Probanden mit prätraumatischer psychiatrischer Diagnose und Probanden ohne einer solchen**

Die angestellten Berechnungen legen eine höhere Ausprägung des seelischen Schmerzes bei Probanden nahe, die bereits vor dem traumatischen Ereignis mit einer psychiatrischen Erkrankung diagnostiziert wurden. Jedoch zeigten sich bei den gefundenen Unterschieden in allen Subskalen und der Gesamtskala nur geringe Effektstärken ( $\eta^2 = .01 - .02$ ; vgl. Cohen, 1992).

Bedeutsam scheint dieses Ergebnis insbesondere für die Fragestellung, inwieweit prätraumatische psychische Erkrankungen in der Begutachtung aktueller seelischer Schmerzen subtrahiert werden sollen.

Hierbei handelt es sich jedoch um ein kontrovers diskutiertes Thema, welches auch unter ethischen Gesichtspunkten betrachtet werden muss. In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass es eine unzulässige Diskriminierung darstellt, wenn der seelische Schmerz von Menschen, die bereits vor dem traumatischen Ereignis an einer psychischen Erkrankung litten, von vornherein geringer eingeschätzt wird als bei Menschen, die vor der Traumatisierung keine derartige Diagnose erhalten hatten.

Trotzdem scheinen die vorliegenden Ergebnisse auf den ersten Blick die gängige Praxis zu bestätigen, dass Menschen mit psychischen Vorerkrankungen weniger Schmerzengeld zugesprochen wird als Menschen ohne Vorbelastung. Die teilweise vernachlässigbar geringen Effektstärken hinsichtlich der Unterschiede im aktuellen seelischen Schmerz relativieren jedoch diese Schlussfolgerung und betonen die Notwendigkeit einer exakten Abschätzung des Einflusses von Vorerkrankungen durch den Sachverständigen. Die Anwendung des FESSTE kann hierbei eine wichtige Stütze des Sachverständigen zur Objektivierung darstellen, da der Fragebogen vergleichsweise gut in der Lage ist, aktuelle traumatisch bedingte seelische Schmerzen von chronischen seelischen Schmerzen aufgrund psychischer Vorerkrankungen zu differenzieren.

Im Zusammenhang mit der Bewertung der prätraumatischen Konstitution soll noch einmal auf die in dieser Arbeit gefundene partielle Mediationsbeziehung zwischen dem Ausmaß der Traumatisierung, der Persönlichkeitsstruktur und dem seelischen Schmerz hingewiesen werden. Wie bereits weiter oben ausführlich beschrieben, legt dieses Ergebnis die Vermutung nahe, dass Traumatisierungen eine Verschlechterung des Persönlichkeitsstrukturniveaus bedingen können, welches sich wiederum auf die Ausprägung des seelischen Schmerzes auswirkt. Vor dem Hintergrund einer potentiellen Veränderbarkeit der Persönlichkeitsfunktionen durch traumatische Ereignisse, erscheint eine gutachterliche Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur zur Begründung einer verminderten Einschätzung der Schmerzperioden, nicht in jedem Fall zweckmäßig.

### **14.3.3 Einfluss von Partnerschaft auf das Ausmaß des seelischen Schmerzes**

Hinsichtlich des Einflusses einer bestehenden Partnerschaft, zeigte sich lediglich in der Subskala „Depression“ ein leicht ausgeprägter Unterschied im seelischen Schmerz nach traumatischen Erfahrungen. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die protektive Wirkung von Partnerschaften hinsichtlich des Ausprägungsgrads von seelischen Schmerzen zu vernachlässigen ist. Dies ist insbesondere mit Hinblick auf die Erkenntnisse der Bindungsforschung, welche Beziehungen als wichtigen Resilienzfaktor einschätzt (Bretherton, 1992), ein überraschender Befund. Die Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses ist jedoch stark eingeschränkt, da in der vorliegenden Untersuchung weder die Beziehungsqualität der Partnerschaft noch soziale Beziehungen abseits von romantischen Paarbeziehungen erfragt wurden. Auch wurden keine Bindungsstile erhoben. Diese wiederum stehen in einem engen Zusammenhang mit der affektregulierenden Funktionalität der Beziehungsgestaltung (Ainsworth und Bell, 1970; Bowlby, 1998, 1969; Fonagy, 2018). Weitere Studien mit einer detaillierteren Datenerhebung sind daher für eine abschließende Beantwortung dieser Fragestellung nötig.

### **14.3.4 Zusammenhang zwischen seelischem Schmerz und Aktivität im beruflichen Bereich**

Außerdem ergab die Auswertung, dass Probanden, die keine aktuelle berufliche Aktivität ausübten, auf allen Skalen des FESSTE signifikant höhere Werte erreichten. Das Ergebnis einer Assoziation zwischen verminderter beruflicher Aktivität und erhöhtem seelischem Schmerz steht damit im Einklang mit der Definition nach Laubichler (1998), wonach fehlende Arbeitsfähigkeit als Merkmal starker seelischer Schmerzen definiert ist. Es handelt sich bei dieser Analyse jedoch um eine querschnittliche Untersuchung, was die Möglichkeit zur kausalen Interpretation dieses Ergebnisses einschränkt. In der Forschungsliteratur wird angenommen, dass zwischen psychischer Gesundheit und Arbeitslosigkeit eine wechselseitige Beziehung besteht (Milner et al., 2014; Paul und Moser, 2009). Empirisch zeigt sich, dass Arbeitslosigkeit sowohl psychische Belastungen hervorruft, als auch dass psychische Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitslosigkeit erhöhen (Paul und

Moser, 2009). Allgemein spricht dieses Ergebnis für die Kriteriumsvalidität des FESSTE. Trotzdem sollten zukünftige Studien unternommen werden, welche exaktere Messinstrumente zur Operationalisierung der beruflichen Aktivität und Arbeitsfähigkeit verwenden.

#### **14.3.5 Einfluss der Art der Traumatisierung auf die Ausprägung des seelischen Schmerzes**

Des Weiteren weisen die Auswertungen dieser Dissertation darauf hin, dass Probanden, die sexuelle Gewalt als Kind oder Erwachsener oder Gewalt in der Familie oder im Bekanntenkreis erlebten und dieses als schlimmstes traumatisches Ereignis einschätzten, die höchste Intensität an seelischen Schmerzen zeigen. Signifikant stärkerer seelischer Schmerz zeigt sich hier insbesondere im Vergleich zu Probanden, die als schlimmstes Trauma einen schweren Unfall bzw. eine Naturkatastrophe, eine schwere Krankheit oder den plötzlichen Tod eines Angehörigen berichteten. In der wissenschaftlichen Literatur wurde der Zusammenhang zwischen der Art des Traumas und der Intensität des seelischen Schmerzes bisher nicht erforscht. Trotzdem deuten die Ergebnisse in eine ähnliche Richtung. Die epidemiologischen Studien von Kessler et al. (1995) und Breslau et al. (1998) identifizierten Erfahrungen von sexueller und physischer Gewalt als stärkste Prädiktoren für eine Entwicklung einer PTBS. Die in der PTBS-Forschung häufig vorgenommene Trennung von aggressiv-interpersonalen und nicht-interpersonalen Traumatisierungen (Breslau et al., 1998; Green et al., 2000; I.-T. Kolassa et al., 2010), scheint damit vor dem Hintergrund der Ergebnisse auch im Bereich des seelischen Schmerzes angezeigt.

Verkompliziert wird die Interpretation dieser Ergebnisse jedoch durch den Umstand, dass ein Großteil der Befragungsteilnehmer von mehreren traumatischen Lebensereignissen zugleich berichtete. Es ist daher nicht ausgeschlossen, dass die Intensität des seelischen Schmerzes zusätzlich durch eine Reihe weiterer Traumatisierungen (mit-) bedingt wird. Zudem handelt es sich bei der Traumacheckliste des FESSTE um ein eher grobes Instrument zur deskriptiven Erfassung traumatischer Ereignisse. Für eine exaktere Auswertungen dieser Fragestellungen, sollten zukünftige Studien unternommen werden, die im einfachsten Fall



nur Teilnehmer berücksichtigen, die ausschließlich eine der angegebenen Traumatisierungen erlebt haben. Ein erhöhter Informationsgehalt könnten dagegen durch eine qualitative Erfassung der Traumatisierungen erzielt werden, welche anschließend in Beziehung zu seelischen Schmerzen gesetzt wird.

#### **14.3.6 Einfluss des Zeitfaktors auf die Entwicklung des seelischen Schmerzes**

In dieser Arbeit konnte zwischen dem Zeitraum des Eintritts des als am belastendsten wahrgenommenen, traumatischen Ereignisses und der Durchführung der Befragung, nur teilweise ein Zusammenhang nachgewiesen werden. Wurde der zeitliche Verlauf anhand von a priori festgelegten Zeitstufen erfragt ((a) der ersten 4 Wochen; (b) zwischen dem 2. und 4. Monat nach dem Ereignis; (c) zwischen dem 5. Monat und 2. Jahr nach dem Ereignis; und (d) seit dem 3. Jahr nach dem Ereignis), gaben Probanden, deren Trauma mehr als 2 Jahre zurück lag, in den beiden ersten Zeitstufen höheren seelischen Schmerz an. Die signifikant geringste Beeinträchtigung durch seelischen Schmerz fand sich in dem Zeitraum nach dem 3. Jahr nach der Traumatisierung. Wurden jedoch die Probanden darum gebeten, die vergangene Zeit seit dem am schlimmsten bewerteten traumatisierenden Lebensereignis selbständig einzuschätzen, ergaben sich, auch unter Berücksichtigung des Ausmaß an Traumatisierung, nur vernachlässigbare negative Zusammenhänge mit einzelnen Subskalen des FESSTE.

Aus der Forschungsliteratur ist bisher wenig zum zeitlichen Verlauf von seelischem Schmerz nach Traumatisierungen bekannt. Im verwandten Feld der PTBS-Forschung wird davon ausgegangen, dass es bei 50 % bis 65 % der Menschen, die unter PTBS leiden, zu einer Spontanremission innerhalb von 50 Monaten nach der Traumatisierung kommt (Karamustafalioglu et al., 2006; Perkonig et al., 2005). Es ist noch nicht vollständig klar, warum es bei einigen Patienten zu einer Chronifizierung der Symptomatik kommt, die auch nach Jahrzehnten weiter bestehen kann (I.-T. Kolassa et al., 2010). Als Risikofaktoren erscheinen jedoch ein hohes Ausmaß an Vermeidung, wiederkehrende Traumatisierungen und eine Reaktivierung der Traumatisierung durch Stressoren wahrscheinlich (I. Kolassa et al., 2010; Perkonig et al., 2005). Abgeleitet von dieser Forschung, wäre eine statistisch

signifikante Reduktion der seelischen Schmerzen in Abhängigkeit der vergangenen Zeit zu erwarten. Über die Ursache der in dieser Arbeit festgestellten Diskrepanz zwischen der mit Zeitintervallen gemessenen Verringerung der seelischen Schmerzen und dem fehlenden Zusammenhang mit der frei eingeschätzten vergangenen Zeit zur Traumatisierung, lassen sich momentan nur Vermutungen anstellen. Denkbar wäre, dass es den Teilnehmern schwerfällt, die vergangene Zeit zur Traumatisierung selbständig einzuschätzen, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führt. Ein Lösungsansatz, der eine valide Einschätzung des zeitlichen Verlaufs seelischer Schmerzen nach traumatisierenden Ereignissen ermöglicht, könnte die Anwendung des FESSTE in Form eines strukturierten Interviews sein. Ein strukturiertes Interview, das auf Basis der 30-Itemversion des FESSTE erstellt wird, befindet sich derzeit in Ausarbeitung.

#### **14.4 Vorläufige Normierung**

Die im Rahmen dieser Dissertation veröffentlichte Normierung des FESSTE ist vorläufig und derzeit – entsprechend der in dieser Arbeit erhobenen Stichprobe – für die grobe Einschätzung einer Population der Allgemeinbevölkerung geeignet. Insbesondere wird es Aufgabe zukünftiger Forschungsbemühungen sein, Normwerte für bestimmte Altersgruppen zu erstellen. Zudem lassen die vorliegenden Daten noch keine nach Geschlecht getrennte Normierung zu. Besonderes Augenmerk sollte daher auf die Vorgabe des FESSTE bei männlichen Teilnehmern liegen. Schließlich sollten für die Erweiterung der Normwerte umfassende Erhebungen in klinischen Populationen stattfinden.

#### **14.5 Ausblick und weitere Forschungsperspektiven**

In der vorliegenden Arbeit ist es erstmalig gelungen, auf Basis einer qualitativen und quantitativen Datenanalyse, ein repräsentatives Konstrukt zum Thema „Seelischer Schmerz“ festzulegen, welches mit Hilfe von 30 Items erhoben werden kann.

Für eine valide Erfassung des zeitlichen Verlaufs im Rahmen von Berechnungen der seelischen Schmerzperioden im gerichtlichen Kontext sowie der Ausprägung in den einzelnen zeitlichen Abschnitten bedarf es jedoch eines ergänzenden strukturierten Interviews. Dazu ist im Anhang (siehe 20.9) eine Erstversion zu finden. Als Forschungsperspektive ist in naher Zukunft, in Anlehnung an die CAPS, eine Normierung für die Erhebung von seelischen Schmerzperioden geplant.

## **14.6 Zusammenfassende Schlussfolgerung**

Hauptziel dieser Arbeit war es, einen Fragebogen zur Einschätzung von seelischen Schmerzen nach traumatischen Erfahrungen zu entwickeln. Mit dem FESSTE steht nun ein entsprechendes Instrument zur Verfügung, das eine standardisierte Einschätzung von traumatisch bedingten mentalen Schmerzen auf Basis von fünf Subskalen und einer Gesamtskala ermöglicht. Die dem FESSTE beigefügte Traumacheckliste gestattet außerdem die Erfassung potentiell traumatischer Erfahrungen. Insbesondere zeichnet sich der Fragebogen durch sehr hohe internale Konsistenzen seiner Subskalen und der Gesamtskala aus. Zudem belegen die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse die zufriedenstellende strukturelle Validität der Fragebogenkonstruktion. Darüber hinaus zeugen die starken Assoziationen mit relevanten Außenkriterien – wie psychiatrischer Symptomatik und dem Ausmaß an erlebten traumatischen Erfahrungen – von einer hohen Kriteriumsvalidität des neuen Verfahrens. Schließlich lässt sich der FESSTE ohne hohen ökonomischen Aufwand einsetzen, was ihn zu einem nützlichen Instrument für die Erforschung des seelischen Schmerzes nach traumatischen Ereignissen macht. Zusammengefasst handelt es sich beim FESSTE, trotz vorhandener Limitationen, um ein ökonomisches, zuverlässiges und valides Selbsteinschätzungsverfahren, das sowohl für den Einsatz in der Forschung als auch der gutachterlichen Praxis geeignet ist.

## Literaturverzeichnis

- Ainsworth, Mary D. Salter; Bell, Silvia M. (1970): Attachment, exploration, and separation. Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. In: *Child Development* 41 (41), S. 49–67.
- American Psychiatric Association (1952): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM–I. Washington DC: American Psychiatric Association. In: *A Guide to Treatments that Work*, S. 301–335.
- American Psychiatric Association (1969): DSM–II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM–III. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM–IV. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM–5®): American Psychiatric Pub.
- Arbeitskreis OPD–2 (2008): Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD–2: Manual of diagnosis and treatment planning. Göttingen: Hogrefe Publishing.
- Azam, Eugène (1893): Hypnotisme et double conscience: origine de leur étude et divers travaux sur des sujets analogues: Ancienne Librairie Germer Baillière et Cie.
- Baie, Lara; Hucklenbroich, Katharina; Hampel, Nicola; Ehrenthal, Johannes C.; Heuft, Gereon; Burgmer, Markus (2020): Steht das strukturelle Integrationsniveau nach OPD–2 in Zusammenhang mit der Symptomschwere einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)–Eine Kohortenstudie bei Patienten einer Trauma–Ambulanz. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 66 (1), S. 5–19.

- Bakan, David (1968): *Disease, pain, & sacrifice: Toward a psychology of suffering*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bangasser, Debra A.; Valentino, Rita J. (2014): Sex differences in stress-related psychiatric disorders: neurobiological perspectives. In: *Frontiers in Neuroendocrinology* 35 (3), S. 303–319.
- Bär, K. J.; Greiner, W.; Letsch, A.; Köbele, R.; Sauer, H. (2003): Influence of gender and hemispheric lateralization on heat pain perception in major depression. In: *Journal of Psychiatric Research* 37 (4), S. 345–353.
- Bär, Karl-Jürgen; Terhaar, Janneke; Boettger, Michael Karl; Boettger, Silke; Berger, Sandy; Weiss, Thomas (2011): Pseudohypoalgesia on the skin: a novel view on the paradox of pain perception in depression. In: *Journal of clinical psychopharmacology* 31 (1), S. 103–107.
- Barolin, G. S.; Griebnitz, E.; Mitterauer, B.; Quatember, R.; Scherzer, E.; Spiel, W. (1994): Die Begutachtung sogenannter seelischer Schmerzen. In: *Der Sachverständige* 2.
- Bateman, Anthony; Fonagy, Peter (2013): Mentalization-based treatment. In: *Psychoanalytic Inquiry* 33 (6), S. 595–613.
- Baumeister, H.; Härter, M. (2011): Psychische Komorbidität bei muskuloskelettalen Erkrankungen. In: *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz* 54 (1), S. 52–58.
- Baumeister, Roy F. (1990): Suicide as escape from self. In: *Psychological Review* 97 (1), S. 90–113.
- Berger, Mathias; Rintelen, Henriette (2018): *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie-enhanced ebook*: Fischer Gustav Verlag GmbH & Company KG.
- Bessel, Kolk; Herron, Nan; Hostetler, Ann (1994): The history of trauma in psychiatry. In: *Psychiatric Clinics* 17 (3), S. 583–600.
- Birmes, Philippe; Hatton, Leah; Brunet, Alain; Schmitt, Laurent (2003): Early historical literature for post-traumatic symptomatology. In: *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress* 19 (1), S. 17–26.

- Bittar, Richard G.; Kar–Purkayastha, Ishani; Owen, Sarah L.; Bear, Renee E.; Green, Alex; Wang, ShouYan; Aziz, Tipu Z. (2005): Deep brain stimulation for pain relief: a meta–analysis. In: *Journal of Clinical Neuroscience* 12 (5), S. 515–519.
- Blake, D.; Weathers, F.; Nagy, L.; Kaloupek, D.; Klauminzer, G.; Charney, D.; Keane, T. (1990): Clinician–administered PTSD scale (CAPS). In: *Boston (Mass)* 7.
- Blake, Dudley David; Weathers, Frank W.; Nagy, Linda M.; Kaloupek, Danny G.; Gusman, Fred D.; Charney, Dennis S.; Keane, Terence M. (1995): The development of a clinician–administered PTSD scale. In: *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies* 8 (1), S. 75–90.
- Bolger, Elizabeth (1999): Grounded theory analysis of emotional pain. In: *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research* 9 (3), S. 342–362.
- Bonanno, George A. (2004): Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? In: *American psychologist* 59 (1), S. 20–28.
- Bonne, Omer; Brandes, Dalia; Gilboa, Asaf; Gomori, J. Moshe; Shenton, Martha E.; Pitman, Roger K.; Shalev, Arieh Y. (2001): Longitudinal MRI study of hippocampal volume in trauma survivors with PTSD. In: *American Journal of Psychiatry* 158 (8), S. 1248–1251.
- Borrell–Carrió, Francesc; Suchman, Anthony L.; Epstein, Ronald M. (2004): The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. In: *The Annals of Family Medicine* 2 (6), S. 576–582.
- Bowlby, John (1969): *Attachment and Loss. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, John (1998): *Loss. Sadness and depression*. New York: Random House.
- Breslau, Naomi; Davis, Glenn C.; Andreski, Patricia (1995): Risk factors for PTSD–related traumatic events: a prospective analysis. In: *The American Journal of Psychiatry*.
- Breslau, Naomi; Kessler, Ronald C.; Chilcoat, Howard D.; Schultz, Lonni R.; Davis, Glenn C.; Andreski, Patricia (1998): Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the

- 1996 Detroit Area Survey of Trauma. In: *Archives of General Psychiatry* 55 (7), S. 626–632.
- Bretherton, Inge (1992): The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In: *Developmental Psychology* 28 (5), S. 759–775.
- Brett, Elizabeth A. (1993): Psychoanalytic contributions to a theory of traumatic stress. In: *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Springer, S. 61–68.
- Brewin, Chris R.; Andrews, Bernice; Valentine, John D. (2000): Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (5), S. 748–766.
- Brewin, Chris R.; Cloitre, Marylène; Hyland, Philip; Shevlin, Mark; Maercker, Andreas; Bryant, Richard A. et al. (2017): A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. In: *Clinical Psychology Review* 58, S. 1–15.
- Briole, Guy; Lebigot, François; Lafont, Bernard (1998): *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle: FeniXX*.
- Bühner, Markus (2011): *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. Hallbergmoos: Pearson Deutschland GmbH.
- Bullinger, M.; Morfeld, M. (2008): Der SF-36 health survey. In: *Gesundheitsökonomische Evaluationen*: Springer, S. 387–402.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): *Richtlinie zur Erstellung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befunden und Gutachten*. Wien.
- Bydlinski F. (2003): In *Liber Amicorum Pierre Widmer (Tort and Insurance Law Vol 10)* 27 (39) FN 21.
- Charcot, Jean Martin (1879): *Lectures on the diseases of the nervous system: delivered at la Salpêtrière*. Paris.
- Chen, Fang Fang; West, Stephen G.; Sousa, Karen H. (2006): A comparison of bifactor and second-order models of quality of life. In: *Multivariate behavioral research* 41 (2), S. 189–225.

- Coenen, Volker A.; Schlaepfer, Thomas E.; Maedler, Burkhard; Panksepp, Jaak (2011): Cross-species affective functions of the medial forebrain bundle—implications for the treatment of affective pain and depression in humans. In: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 35 (9), S. 1971–1981.
- Cohen, Jacob (1992): Statistical power analysis. In: *Current directions in psychological science* 1 (3), S. 98–101.
- Crocq, Marc-Antoine; Crocq, Louis (2000): From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2 (1), S. 47–55.
- Danzl, Karl-Heinz; Gutiérrez-Lobos, Karin; Müller, Otto F. (2019): Das Schmerzengeld: in medizinischer und juristischer Sicht;[mit Entscheidungsteil]. Wien: Manz Verlag.
- Danzl, Karl-Heinz (2019): Handbuch Schmerzengeld. Wien: Manz Verlag.
- Derogatis, Leonard R. (1975): SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual. London: NCS Pearson.
- Derogatis, Leonard R. (2001): Brief symptom inventory 18. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Derogatis, Leonard R.; Fitzpatrick, Maureen (2004): The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. In: *In M. E. Maruish (Ed.), The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults (p. 1–41)*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Descartes, René (1989): Passions of the Soul. Indianapolis: Hackett Publishing.
- Diemath, Hans Erich (2008): Das ärztliche Gutachten. Wien: Verlag-Haus der Ärzte.
- Dreßing, Harald; Foerster, Klaus (2015): Begutachtung bei posttraumatischen Belastungsstörungen. In: *Fortschritte der Neurologie·Psychiatrie* 83 (10), S. 579–591.
- Dümpelmann, Michael; Grimm, Simone (2016): Traumatische Störungen. In: *Neuropsychodynamische Psychiatrie*. Berlin: Springer, S. 333–345.



- Egle, U. T.; Frommberger, U.; Kappis, B. (2014): Begutachtung bei Posttraumatischer Belastungsstörung mit Leitsymptom Schmerz. In: *Der Schmerz* 28 (4), S. 354–364.
- Ehlers, Anke; Clark, David M. (2000): A cognitive model of posttraumatic stress disorder. In: *Behaviour research and therapy* 38 (4), S. 319–345.
- Ehrenthal, Johannes C.; Dinger, Ulrike; Horsch, Lena; Komo–Lang, Miriam; Klinkerfuß, Mathias; Grande, Tilman; Schauenburg, Henning (2012): Der OPD–Strukturfragebogen (OPD–SF). Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 62 (01), S. 25–32.
- Ehrenthal, Johannes C.; Dinger, Ulrike; Schauenburg, Henning; Horsch, Lena; Dahlbender, Reiner W.; Gierk, Benjamin (2015): Entwicklung einer Zwölf–Item–Version des OPD–Strukturfragebogens (OPD–SFK)/Development of a 12–item version of the OPD–Structure Questionnaire (OPD–SQS). In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61 (3), S. 262–274.
- Esquirol, Etienne (1845): *Mental maladies; A treatise on insanit.* Philadelphia: Lea and Blanchard.
- Fenichel, Otto (1945/1995): *The psychoanalytic theory of neurosis*: WW Norton & Company.
- Ferrajão, Paulo Correia; Oliveira, Rui Aragão (2015): Attachment patterns as mediators of the link between combat exposure and posttraumatic symptoms: A study among Portuguese war veterans. In: *Military Psychology* 27 (3), S. 185–195.
- Flatten, G.; Hofmann, A.; Reddemann, L.; Liebermann, P. (2004): Ätiopathogenetische Modelle der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext* (2., aktualisierte u. erw. Aufl., S. 71–84). Stuttgart: Schattauer.
- Flenreiss–Frankl, Karin; Unterrainer, Human Friedrich; Fuchshuber, Jürgen (im Druck): Die Konstruktion und Validierung des Fragebogens zur Erfassung von seelischem Schmerz nach traumatischen Ereignissen (FESSTE).
- Flor, Herta (2012): New developments in the understanding and management of persistent pain. In: *Current opinion in psychiatry* 25 (2), S. 109–113.

- Foa, E. B.; Cashman, L.; Jaycox, L.; Perry, K. (1996): The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS). In: *Philadelphia: Medical College of Pennsylvania & Hahnemann University*.
- Foa, Edna B.; Davidson, Jonathan R. T. (1993): Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Fonagy, Peter (2010): Attachment, trauma, and psychoanalysis. Where psychoanalysis meets neuroscience. In: Jorge Canestri, Marianne Leuzinger-Bohleber und Mary Target (Hg.): Early development and its disturbances. Clinical, conceptual and empirical research on ADHD and other psychopathologies and its epistemological reflections. London: Karnac Books, S. 53–75.
- Fonagy, Peter (2018): Affect regulation, mentalization and the development of the self. Abingdon: Routledge.
- Franke, Gabriele Helga; Ankerhold, Annegret; Haase, Matthais; Jäger, Susanne; Tögel, Christfried; Ulrich, Cornelia; Frommer, Jörg (2011): Der Einsatz des brief symptom inventory 18 (BSI-18) bei Psychotherapiepatienten. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 61 (02), S. 82–86.
- Frankl, Viktor (1963): Viktor Frankl: Güthersloh: Bertelsmann.
- Freud, Sigmund (1917): Die gemeine Nervosität. In: *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Studienausgabe (1982), Bd 1*, S. 367–379.
- Freud, Sigmund (1920/2010): Jenseits des Lustprinzips. Scotts Valley: Frankfurt: Fischer.
- Freud, Sigmund (1926/1975): Hemmung, Symptom und Angst. Frankfurt: Fischer.
- Freud, Sigmund (1939/2016): Abriss der Psychoanalyse. Köln: Anaconda Verlag.
- Freud, Sigmund (1962): On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description 'anxiety neurosis'. In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume III (1893–1899): Early Psycho-Analytic Publications*, S. 85–115.

- Freud, Sigmund (1966): Mourning and melancholia. In: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume I (1886–1899): Pre–Psycho–Analytic Publications and Unpublished Drafts, Bd. 11, 244–258.
- Freud, Sigmund; Breuer, Josef (1895/2000): Studies on hysteria. New York: Basic Books.
- Fuchshuber, J.; Hiebler–Ragger, M.; Kresse, A.; Kapfhammer, H. P.; Unterrainer, H. F. (2019): The influence of attachment styles and personality organization on emotional functioning after childhood trauma. In: *Frontiers in Psychiatry* 2019 (10), S. 643. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00643.
- Fuchshuber, Jürgen; Hiebler–Ragger, Michaela; Kresse, Adelheid; Kapfhammer, Hans–Peter; Unterrainer, Human F. (2018): Depressive symptoms and addictive behaviors in young adults after childhood trauma: The mediating role of personality organization and despair. In: *Frontiers in Psychiatry* 9, S. 318. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00318.
- Gatchel, Robert; Peng, Yuan Bo; Peters, Madelon; Fuchs, Perry & Turk, Dennis. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, (133), S. 581–624.
- Gast, Ulrike (2004): Die Dissoziative Identitätsstörung. In: *Dissoziative Bewusstseinsstörungen–Theorie, Symptomatik, Therapie*. Stuttgart: Schattauer, S. 195–225.
- George, E.; Engel, L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. In: *American Journal of Psychiatry* 137 (5), S. 535–544.
- Gerbershagen, H. U.; Lindena, G.; Korb, J.; Kramer, S. (2002): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit chronischen schmerzen. In: *Der Schmerz* 16 (4), S. 271–284.
- Gilbar, Ora; Ben–Zur, Hasida (2002): Adult Israeli community norms for the brief symptom inventory (BSI). In: *International Journal of Stress Management* 9 (1), S. 1–10.
- Goodkind, Madeleine; Eickhoff, Simon B.; Oathes, Desmond J.; Jiang, Ying; Chang, Andrew; Jones–Hagata, Laura B. et al. (2015): Identification of a common neurobiological substrate for mental illness. In: *JAMA psychiatry* 72 (4), S. 305–315.

- Granieri, Antonella; Guglielmucci, Fanny; Costanzo, Antonino; Caretti, Vincenzo; Schimmenti, Adriano (2018): Trauma-related dissociation is linked with maladaptive personality functioning. In: *Frontiers in Psychiatry* 9, S. 206.
- Grant, Bridget F.; Goldstein, Risë B.; Saha, Tulshi D.; Chou, S. Patricia; Jung, Jeesun; Zhang, Haitao et al. (2015): Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. In: *JAMA psychiatry* 72 (8), S. 757–766.
- Green, Bonnie L.; Goodman, Lisa A.; Krupnick, Janice L.; Corcoran, Carole B.; Petty, Rachel M.; Stockton, Patricia; Stern, Nicole M. (2000): Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. In: *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies* 13 (2), S. 271–286.
- Greenberg, Jay (1983): Object relations in psychoanalytic theory. Harvard: Harvard University Press.
- Greenberg, M. S.; Orr, S. P.; Pitman, R. K. (1989): Endogenous opioids, stress induced analgesia, and posttraumatic stress disorder. In: *Psychopharmacology bulletin* 25 (3), S. 417–421.
- Griesinger, Wilhelm (1867): Die pathologie und therapie der psychischen krankheiten: für aerzte und studirende: Stuttgart: Verlag von Adolph Krabbe.
- Haller (2019): Die forensisch-psychiatrische Bewertung seelischer Schmerzen. In: Das ärztliche Gutachten, S.185–199
- Harvey, Allison G.; Bryant, Richard A. (2000): Memory for acute stress disorder symptoms: A two-year prospective study. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 188 (9), S. 602–607.
- Hastings, Max (1986): The Oxford book of military anecdotes. Oxford: Oxford University Press on Demand.
- Herman, J. L. (1992): Trauma and Recovery. New York: Basic Books.
- Herman, Judith Lewis (2003): Die Narben der Gewalt–Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann Verlag.

- Hildebrandt, J.; Pflingsten, M.; Maier, C.; Klinger, Regine; Hasenbring, Monika (1992): Zum Problem der Klassifikation chronischer Schmerzsyndrome. In: *AINS–Anästhesiologie· Intensivmedizin· Notfallmedizin· Schmerztherapie* 27 (06), S. 366–373.
- Holczabek, W. (1976): Gerichtsmedizinische Grundlagen der Schmerzbestimmung. In: *Forschung und Praxis d. Begutachtung* 12, 11–44.
- Holden, Ronald R.; Mehta, Karishma; Cunningham, E. Jane; McLeod, Lindsay D. (2001): Development and preliminary validation of a scale of psychache. In: *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement* 33 (4), S. 224–232.
- Holen, A.; Sund, A.; Weisaeth, L. (1990): The Alexander Kielland Disaster March 27<sup>th</sup> 1980: psychological reactions among the survivors. University of Oslo., Oslo.
- Horowitz, Mardi (1976): Stress response syndromes: Character style and dynamic psychotherapy. In: *Archives of General Psychiatry* 31 (6), S. 768–781.
- Horowitz, Mardi; Wilner, Nancy; Alvarez, William (1979): Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. In: *Psychosomatic Medicine* 41 (3), S. 209–218.
- Horowitz, Mardi J. (1993): Stress–response syndromes. In: *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Springer, S. 49–60.
- Hosobuchi, Yoshio; Adams, John E.; Linchitz, Rita (1977): Pain relief by electrical stimulation of the central gray matter in humans and its reversal by naloxone. In: *Science* 197 (4299), S. 183–186.
- Humeniuk, Rachel; Ali, Robert; Babor, Thomas F.; Farrell, Michael; Formigoni, Maria L.; Jittiwutikarn, Jaroon et al. (2008): Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). In: *Addiction* 103 (6), S. 1039–1047.
- Janet, Pierre (1889): *L’automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l’activité humaine*. Paris: Alcan.
- Janet, Pierre (1894): *État mental des hystériques: les accidents mentaux*. Paris: Rueff.
- Janoff–Bulman, R. (1992): *Toward a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

- Joffe, W. G.; Sandler, Joseph (1965): Notes on pain, depression, and individuation. In: *The psychoanalytic study of the child* 20 (1), S. 394–424.
- Kapfhammer, Hans–Peter; Dobmeier, Peter; Ehrentraut, H. B.; Rothenhäusler, Hans–Bernd (2001): Trauma und Dissoziation–eine neurobiologische Perspektive. In: *Persönlichkeitsstörungen* 5, S. 4–27.
- Karamustafalioglu, Oguz K.; Zohar, Joseph; Güveli, Mustafa; Gal, Gilad; Bakim, Bahadir; Fostick, Leah et al. (2006): Natural course of posttraumatic stress disorder: A 20–month prospective study of Turkish earthquake survivors. In: *The Journal of Clinical Psychiatry* 67 (6), S. 882–889.
- Kernberg, Otto (1967): Borderline personality organization. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15 (3), S. 641–685.
- Kernberg, Otto F. (1985): Borderline conditions and pathological narcissism. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Kessler, Ronald C. (2003): Epidemiology of women and depression. In: *Journal of affective disorders* 74 (1), S. 5–13.
- Kessler, Ronald C.; Sonnega, Amanda; Bromet, Evelyn; Hughes, Michael; Nelson, Christopher B. (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: *Archives of General Psychiatry* 52 (12), S. 1048–1060.
- Klein, Melanie (1946): Notes on some schizoid mechanisms. In: *The International Journal of Psycho–Analysis* 27, S. 99–110.
- Klest, Bridget (2012): Childhood trauma, poverty, and adult victimization. In: *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 4 (3), S. 245–251.
- Kline, Rex B. (2015): Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford publications.
- Klinger, R.; Hasenbringer, M.; Pfingster, M.; Hürter, A.; Maier, Ch; Hidebrandt, J. (2000): Die multiaxiale Schmerzklassifikation: MASK: Dt. Schmerzverl., DGSS.

- Kolassa, Iris; Ertl, Verena; Eckart, Cindy; Glöckner, Franka; Kolassa, Stephan; Papassotiropoulos, Andreas et al. (2010a): Association study of trauma load and SLC6A4 promoter polymorphism in posttraumatic stress disorder: evidence from survivors of the Rwandan genocide. In: *Journal of Clinical Psychiatry* 71 (5), S. 543–547.
- Kolassa, Iris–Tatjana; Ertl, Verena; Eckart, Cindy; Kolassa, Stephan; Onyut, Lamaro P.; Elbert, Thomas (2010b): Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. In: *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2 (3), S. 169–174.
- Kolb, Lawrence C. (1987): A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. In: *The American Journal of Psychiatry* 144(8), S. 989–995.
- Komarahadi, F. L.; Maurischat, C.; Härter, M.; Bengel, J. (2004): Zusammenhänge von Depressivität und Ängstlichkeit mit sozialer Erwünschtheit bei chronischen Schmerzpatienten. In: *Der Schmerz* 18 (1), S. 38–44.
- Kraaimaat, Floris W.; Evers, Andrea W. M. (2003): Pain–coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the pain–coping inventory (PCI). In: *International journal of behavioral medicine* 10 (4), S. 343–363.
- Kröner–Herwig, B. (2014): Einfluss von kognitiv–emotionalen Prozessen auf Schmerz und Funktionsbeeinträchtigung. In: *Der Schmerz* 28 (5), S. 537–546.
- Kröner–Herwig, Birgit; Frettlöh, Jule; Kröner–Herwig; Frettlöh, J.; Klinger, Regine; Kroner–Herwig, Birgit; Nilges, Paul (2011): *Schmerzpsychotherapie*. Berlin: Springer.
- Landolt, Hardy (2011): *Ersatzpflicht für «Schockschäden»*. Zürich/St.Gallen: Dike.
- Laplanche, Jean; Pontalis, J–B (1975): *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Laubichler, W. (1998): Schmerzengeld aus neurologisch–psychiatrischer Sicht. In: *Das ärztliche Gutachten. ÖÄK Verlag, Wien*, S. 267–278.
- Lehrner, Johann; Fertl, Elisabeth; Kryspin–Exner, Ilse; Pusswald, Gisela; Strubreither, Wilhelm (2011): *Klinische neuropsychologie*. Berlin: Springer.

- Leonhardt, M.; Foerster, K. (2003): Probleme bei der Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung. In: *Der Medizinische Sachverständige* 99, S. 150–155.
- Libbrecht, Katrien; Quackelbeen, Julien (1995): On the early history of male hysteria and psychic trauma. In: *Journal of the history of the behavioral sciences* 31 (4), S. 370–384.
- Liedl, A.; Knaevelsrud, C. (2008): PTBS und chronische Schmerzen: Entstehung, Aufrechterhaltung und Zusammenhang–ein Überblick. In: *Der Schmerz* 22 (6), S. 644–651.
- Linnman, Clas; Moulton, Eric A.; Barmettler, Gabi; Becerra, Lino; Borsook, David (2012): Neuroimaging of the periaqueductal gray: state of the field. In: *NeuroImage* 60 (1), S. 505–522.
- Löffler–Stastka, Henriette; Szerencsics, Margit; Blüml, Victor (2009): Dissociation, trauma, affect regulation and personality in patients with a borderline personality organization. In: *Bulletin of the Menninger Clinic* 73 (2), S. 81–98.
- Maercker, Andreas: Posttraumatische–Stress–Skala–10 (PTSS–10). In: *Angstdiagnostik–Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer, S. 401–403.
- Maercker, Andreas (2013): Posttraumatische Belastungsstörungen. Mit 40 Tabellen. 4., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl. Berlin: Springer.
- Maercker, Andreas; Forstmeier, Simon; Wagner, Birgit; Glaesmer, Heide; Brähler, Elmar (2008): Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. In: *Der Nervenarzt* 79 (5), S. 577–586.
- Mai, Francois M.; Merskey, Harold (1980): Briquet’s treatise on hysteria: a synopsis and commentary. In: *Archives of General Psychiatry* 37 (12), S. 1401–1405.
- Maier, Barbara (2006): Glaubhaftigkeitsdiagnostik von Zeugenaussagen: eine diskriminanzanalytische Untersuchung. Saarbrücken: VDM–Verlag Müller.
- Maly, Joachim; Strubreither, Wilhelm; Wurzer, Walter (2011): Das neuropsychologische Gutachten. In: *Klinische Neuropsychologie*: Springer, S. 55–71.
- Masson, Jeffrey Moussaieff (1984): Freud, the assault on truth: Freud’s suppression of the seduction theory. Leipzig: Faber & Faber.



- McFarlane, Alexander C. (1992): Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* 80(7), 439–445.
- Mee, Steven; Bunney, Blynn G.; Reist, Christopher; Potkin, Steve G.; Bunney, William E. (2006): Psychological pain: a review of evidence. In: *Journal of Psychiatric Research* 40 (8), S. 680–690.
- Meerwijk, Esther L.; Ford, Judith M.; Weiss, Sandra J. (2013): Brain regions associated with psychological pain: implications for a neural network and its relationship to physical pain. In: *Brain Imaging and Behavior* 7 (1), S. 1–14.
- Merskey H., Bogduk N.(1994): Classification of Chronic PAin: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. Seatle: IASP Press.
- Merten, Thomas (2005): Der Stellenwert der Symptomvalidierung in der neuropsychologischen Begutachtung. In: *Zeitschrift für Neuropsychologie* 16 (1), S. 29–45.
- Merten, Thomas (2013): Beschwerdvalidierung: Hogrefe Verlag.
- Mikulincer, Mario; Shaver, Phillip R.; Solomon, Zahava (2015): An attachment perspective on traumatic and posttraumatic reactions. In: Marilyn Safir (Hg.): Future directions in post-traumatic stress disorder. New York: Springer, S. 79–96.
- Mills, Jeremy F.; Green, Kate; Reddon, John R. (2005): An evaluation of the Psychache Scale on an offender population. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35 (5), S. 570–580.
- Milner, Allison; Page, Andrew; Lamontagne, Anthony D. (2014): Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. In: *Psychological Medicine* 44 (5), S. 909–917.
- Moeller–Bertram, Tobias; Keltner, John; Strigo, Irina A. (2012): Pain and post traumatic stress disorder–review of clinical and experimental evidence. In: *Neuropharmacology* 62 (2), S. 586–597.
- Möller, H–J; Laux, Gerd; Kapfhammer, H–P (2007): Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer–Verlag.

- Mowrer, O. Hobart (1956): Two-factor learning theory reconsidered, with special reference to secondary reinforcement and the concept of habit. In: *Psychological Review* 63 (2), S. 114–128.
- Mowrer, Orval (1960): Learning theory and behavior.
- Murer E., Kind H., Binder HU (1993): Kriterien zur Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges bei erkenntnisreaktiven (psychogenen) Störungen nach Unfällen. *Schweiz. Z. Sozialvers. Berufl. Vers.*, 37: 121–234
- Müller, J.L.; Nedopil, N.(2012): Forensische Psychiatrie, Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Leipzig: Thieme Verlag
- Nagel, B.; Pfingsten, M.; Lindena, G.; Nilges, P. (2012): Deutscher Schmerzfragebogen. In: *Handbuch. Berlin: Deutsche Schmerzgesellschaft eV.*
- Nashold Jr, Blaine S.; Wilson, William P.; Slaughter, D. Graham (1969): Sensations evoked by stimulation in the midbrain of man. In: *Journal of Neurosurgery* 30 (1), S. 14–24.
- Nelson, Eric E.; Panksepp, Jaak (1998): Brain substrates of infant–mother attachment: contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. In: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 22 (3), S. 437–452.
- Neugebauer, Volker (2007): The amygdala: different pains, different mechanisms. In: *Pain* 127 (2), S. 1–12.
- Nilges, P.; Essau, C. (2015): Die Depressions–Angst–Stress–Skalen. In: *Der Schmerz* 29 (6), S. 649–657.
- Nilges, Paul; Traue, Harald C. (2007): Psychologische Aspekte des Schmerzes. In: *Verhaltenstherapie Verhaltensmedizin* 28, S. 302–322.
- Oppenheim, H. (1889): Die traumatischen Neurosen. Berlin: Hirschwald.
- Orbach, I.; Mikulincer, M. (2002): Mental pain and pathology. In: *Unpublished study, Department of Psychology, Bar–Ilan University, Israel.*

- Orbach, Israel; Mikulincer, Mario; Gilboa-Schechtman, Eva; Sirota, Pinhas (2003): Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior* 33 (3), S. 231–241.
- Page, Herbert William (1883): Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion, and nervous shock: In their surgical and medico–legal aspects. London: J. & A. Churchill.
- Panksepp, Jaak (1998): Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotions. Oxford: Oxford university press.
- Panksepp, Jaak (2011): Cross–species affective neuroscience decoding of the primal affective experiences of humans and related animals. In: *PloS one* 6 (9), e21236. DOI: 10.1371/journal.pone.0021236.
- Panksepp, Jaak; Biven, Lucy (2012): The archaeology of mind. Neuroevolutionary origins of human emotions. New York: WW Norton & Company.
- Paul, Karsten I.; Moser, Klaus (2009): Unemployment impairs mental health: Meta–analyses. In: *Journal of Vocational behavior* 74 (3), S. 264–282.
- Perkonigg, Axel; Kessler, Ronald C.; Storz, S.; Wittchen, H-U (2000): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community. Prevalence, risk factors and comorbidity. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101 (1), S. 46–59.
- Perkonigg, Axel; Pfister, Hildegard; Stein, Murray B.; Höfler, Michael; Lieb, Roselind; Maercker, Andreas; Wittchen, Hans–Ulrich (2005): Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. In: *American Journal of Psychiatry* 162 (7), S. 1320–1327.
- Peters, Lorna; Slade, Tim; Andrews, Gavin (1999): A comparison of ICD10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. In: *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies* 12 (2), S. 335–343.
- Pinel, Philippe (1809): *Traité médico–philosophique sur l’aliénation mentale, ou la manie. Avec figures représentant les formes de crâne ou des portraits d’aliénés.*

- Pioch, Erdmute (2005): *Schmerzdokumentation in der Praxis*. Berlin: Springer.
- Pitman, Roger K. (1993): Biological findings in posttraumatic stress disorder: Implications for DSM–IV classification: Jonathan RT Davidson & Edna B. Foa (Hg.), *Posttraumatic stress disorder: Implications for DSM–IV classification*.
- Poundja, Joaquin; Fikretoglu, Deniz; Brunet, Alain (2006): The co-occurrence of posttraumatic stress disorder symptoms and pain: Is depression a mediator? In: *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies* 19 (5), S. 747–751.
- Richardson, Donald E.; Akil, Huda (1977a): Long term results of periventricular gray self-stimulation. In: *Neurosurgery* 1 (2), S. 199–202.
- Richardson, Donald E.; Akil, Huda (1977b): Pain reduction by electrical brain stimulation in man: Part 2: chronic self-administration in the periventricular gray matter. In: *Journal of Neurosurgery* 47 (2), S. 184–194.
- Rosen, Gerald M. (2006): DSM’s cautionary guideline to rule out malingering can protect the PTSD data base. In: *Journal of Anxiety Disorders* 20 (4), S. 530–535.
- Rossouw, Trudie I.; Fonagy, Peter (2012): Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 51 (12), S. 1304–1313.
- Rudolf, Gerd; Jakobsen, Thorsten; Keller, Wolfram; Krawietz, Bärbel; Langer, Monika; Oberbracht, Claudia et al. (2012): Umstrukturierung als Ergebnisparadigma der psychodynamischen Psychotherapie–Ergebnisse aus der Praxisstudie analytische Langzeittherapie. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 58 (1), S. 55–66.
- Sandberg, David A.; Suess, Eric A.; Heaton, Jessica L. (2010): Attachment anxiety as a mediator of the relationship between interpersonal trauma and posttraumatic symptomatology among college women. In: *Journal of interpersonal violence* 25 (1), S. 33–49.

- Sandler, Joseph (1962): Psychology and psychoanalysis. In: *British Journal of Medical Psychology* 35 (2), S. 91–100.
- Schellong, Julia (2013): Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen. In: Martin Sack (Hg.): *Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*: Schattauer Verlag, S. 42–58.
- Schiele, M. A.; Domschke, K. (2018): Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. In: *Genes, Brain and Behavior* 17 (3), S. 1–15.
- Schimek, Jean G. (1987): Fact and fantasy in the seduction theory: A historical review. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 35 (4), S. 937–965.
- Schneider, Silvia; Margraf, Jürgen (2003): Klassifikatorische Diagnostik, Strukturierte Interviews und Therapieindikation. In: *Lehrbuch der klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*, S. 39–60.
- Schneider, Wolfgang; Henningsen, Peter; Dohrenbusch, Ralf; Freyberger, Harald J.; Irle, Hanno; Köllner, Volker; Widder, Bernhard (2015): *Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: autorisierte Leitlinien und Kommentare*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schnyder, Ulrich; Moergeli, Hanspeter (2002): German version of clinician-administered PTSD scale. In: *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies* 15 (6), S. 487–492.
- Schott, Heinz; Tölle, Rainer (2006): *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: CH Beck.
- Schwartz, Joseph (2018): *Cassandra's daughter: A history of psychoanalysis*. Abingdon: Routledge.
- Seekatz, B.; Meng, K.; Faller, H. (2013): Depressivität als Mediator im Angst–Vermeidungs–Modell. In: *Der Schmerz* 27 (6), S. 612–618.
- Shneidman, Edwin (1977): *Definition of suicide*. Lanham: Jason Aronson.
- Shneidman, Edwin S. (1993): Commentary: Suicide as psychache. In: *Journal of Nervous and Mental Disease* 181(3), 145–147.

- Shneidman, Edwin S. (1998): *The suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Shneidman, Edwin S. (1999): The psychological pain assessment scale. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior* 29 (4), S. 287–294.
- Solms, Mark; Turnbull, Oliver (2002): *The brain and the inner world: An introduction to the neuroscience of subjective experience*. London: Karnac Books.
- Southwick, Steven M.; Rasmusson, Ann; Barron, Jill; Arnsten, Amy (2005): Neurobiological and Neurocognitive Alterations in PTSD: A Focus on Norepinephrine, Serotonin, and the Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis. In: In J. J. Vasterling & C. R. Brewin (Eds.), *Neuropsychology of PTSD: Biological, cognitive, and clinical perspectives* (S. 27–58). New York: Guilford Press.
- Spitzer, C.; Hammer, S.; Löwe, B.; Grabe, H. J.; Barnow, S.; Rose, M. et al. (2011): Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI–18). Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. In: *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie* 79 (09), S. 517–523.
- Steck, P. (2000): Die Beurteilung der Glaubwürdigkeit von zeugenaussagen in der polizeilichen Vernehmung. In: *Aktencheck Polizei– Psychologie– Kaufen, Halten, Verkaufen.*, 2000, 50–64.
- Stein, Dan J.; McLaughlin, Katie A.; Koenen, Karestan C.; Atwoli, Lukoye; Friedman, Matthew J.; Hill, Eric D. et al. (2014): DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: Investigating “narrow” and “broad” approaches. In: *Depression and Anxiety* 31 (6), S. 494–505.
- Steller, M.; Koehnken, G. (1989): Criteria–based statement analysis, w: D. Raskin (red.). In: *Psychological methods in criminal investigatoin and evidence*. New York: Springer.
- Steller, Max; Wellershaus, Petra; Wolf, Thomas (1992): Realkennzeichen in Kinderaussagen: Empirische Grundlagen der Kriterienorientierten Aussageanalyse. In: *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*.

- Stiegler, Anita Maria (2009): Schmerzensgeld für Schock- und Trauerschäden. Rechtsvergleichende Analyse des Angehörigenbegriffes und der Mitverschuldensanrechnung. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- Stoll, C.; Kapfhammer, H. P.; Rothenhäusler, H. B.; Haller, M.; Briegel, J.; Schmidt, M. et al. (1999): Sensitivity and specificity of a screening test to document traumatic experiences and to diagnose post-traumatic stress disorder in ARDS patients after intensive care treatment. In: *Intensive care medicine* 25 (7), S. 697–704.
- Tackett, Jennifer L.; Quilty, Lena C.; Sellbom, Martin; Rector, Neil A.; Bagby, R. Michael (2008): Additional evidence for a quantitative hierarchical model of mood and anxiety disorders for DSM-V: The context of personality structure. In: *Journal of Abnormal Psychology* 117 (4), S. 812–825.
- Tagay, S.; Senf, W. (2014): Essener Trauma-Inventar. In: *Eine Verfahrensfamilie zur Identifikation von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen*. Hogrefe, Göttingen.
- Tagay, Sefik; Erim, Yesim; Stoelk, Babette; Möllering, Andrea; Mewes, Ricarda; Senf, Wolfgang (2007): Das Essener Trauma-Inventar (ETI)–Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. In: *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin* 1, S. 75–89.
- Tardieu, Ambroise (1857): Etude médico-légale sur les attentats aux moeurs. Paris: J. – B. Bailliere et Fils.
- Thomas, Michael L. (2012): Rewards of bridging the divide between measurement and clinical theory: Demonstration of a bifactor model for the Brief Symptom Inventory. In: *Psychological Assessment* 24 (1), S. 101–113.
- Tomb, David A. (1994): The phenomenology of post-traumatic stress disorder. In: *Psychiatric Clinics* 17 (2), S. 237–250.
- Tossani, Eliana (2013): The concept of mental pain. In: *Psychotherapy and psychosomatics* 82 (2), S. 67–73.

- Turnbull, Gordon J. (1998): A review of post-traumatic stress disorder. Part I: Historical development and classification. In: *Injury* 29 (2), S. 87–91.
- Urbán, Róbert; Kun, Bernadette; Farkas, Judit; Paksi, Borbála; Kökönyei, Gyöngyi; Unoka, Zsolt et al. (2014): Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. In: *Psychiatry Research* 216 (1), S. 146–154.
- van Damme, Stefaan; Crombez, Geert; Eccleston, Christopher (2008): Coping with pain: a motivational perspective. In: *Pain* 139 (1), S. 1–4.
- van de Mortel, Thea F. (2008): Faking it: social desirability response bias in self-report research. In: *Australian Journal of Advanced Nursing, The* 25 (4), S. 40–48.
- Verhaeghe, Paul; Vanheule, Stijn (2005): Actual neurosis and PTSD: The impact of the other. In: *Psychoanalytic Psychology* 22 (4), S. 493–507.
- Verrocchio, Maria Cristina; Carrozzino, Danilo; Marchetti, Daniela; Andreasson, Kate; Fulcheri, Mario; Bech, Per (2016): Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. In: *Frontiers in Psychiatry* 7, S. 108–122.
- Vlaeyen, Johan W. S.; Linton, Steven J. (2000): Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. In: *Pain* 85 (3), S. 317–332.
- Watson, David (2005): Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. In: *Journal of Abnormal Psychology* 114 (4), S. 522–536.
- Watt, Douglas F.; Panksepp, Jaak (2009): Depression. An evolutionarily conserved mechanism to terminate separation distress? A review of aminergic, peptidergic, and neural network perspectives. In: *Neuropsychanalysis* 11 (1), S. 7–51.
- Weisæth, Lars (1989): Torture of a Norwegian ship's crew: The torture, stress reactions and psychiatric after-effects. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80, S. 63–72.
- Widder, Hausotter, Marx, Puhlmann, Wallesch (2002): Empfehlungen zur Scherzbegutachtung, Der medizinische Sachverständige 98(1), S.27–34.



- Winnicott, D. W. (1960): The theory of the parent–infant relationship. In: *The International Journal of Psycho–Analysis* 41, S. 585–595.
- Wittchen, H.–U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM–IV. Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Wirtz, Markus Antonius; Morfeld, Matthias; Glaesmer, Heide; Brähler, Elmar (2018): Normierung des SF–12 Version 2.0 zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. In: *Diagnostica* 64, S. 215–226.
- World Health Organization (1992): The ICD–10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.
- Yehuda, Rachel; Levengood, Robert A.; Schmeidler, James; Wilson, Skye; Guo, Ling Song; Gerber, Douglas (1996): Increased pituitary activation following metyrapone administration in post–traumatic stress disorder. In: *Psychoneuroendocrinology* 21 (1), S. 1–16.
- Zellner, Margaret R.; Watt, Douglas F.; Solms, Mark; Panksepp, Jaak (2011): Affective neuroscientific and neuropsychanalytic approaches to two intractable psychiatric problems. Why depression feels so bad and what addicts really want. In: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 35 (9), S. 2000–2008.
- Zettl, R. P.; Ruchholtz, S.; Lewan, U.; Waydhas, C.; Nast–Kolb, D. (2004): Lebensqualität polytraumatisierter Patienten 2 Jahre nach Unfall. In: *Notfall & Rettungsmedizin* 7 (8), S. 547–553.
- Zuschlag, B. (2001): *Das Gutachten des Sachverständigen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

## Anhang

### 16.1 Einverständniserklärung

Sie werden gebeten, an einem Forschungsprogramm teilzunehmen. Im Folgenden (siehe **„Informationen für PatientInnen und/oder Freiwillige“**) werden Ihnen – in einfachen Worten - alle Details und Erläuterungen bzgl. Ihrer Teilnahme an der Studie dargebracht. Weiters wird erklärt, welche Erfahrungen Sie machen werden, wenn Sie sich zur Teilnahme bereiterklären. Alle möglichen Gefahren, die im Falle einer Teilnahme für Ihre Rechte und Ihre Gesundheit bestehen können, werden Ihnen detailliert erklärt. Weiters werden Sie über mögliche Unannehmlichkeiten, welche Sie erleiden könnten, aufgeklärt. Sie werden informiert, welche Daten und Materialien Sie freiwillig bereitstellen sollen und wer Zugang zu diesen Daten und Materialien erhält. Sie erhalten Auskunft über die zeitliche Dauer, in welcher diese Informationen für die Forscher zur Verfügung stehen. Die Ziele der Studie werden Ihnen erklärt, und es wird dargestellt, welche Ziele durch Ihre Teilnahme erreicht werden sollen. Die Vorteile für die ForscherInnen und UnterstützerInnen, welche aus der Studie entstehen können, werden beschrieben. **Sie sollten Ihr Einverständnis zur Studienteilnahme nicht geben, wenn Sie irgendwelche Zweifel bzgl. der Studie, Ihrer Rechte bzw. bzgl. Ihrer Gesundheit haben. Sie sollten Ihr Einverständnis zur Teilnahme nicht geben, wenn Sie die Studie für unklar erachten.** Sollten Sie sich zur Teilnahme entschließen, müssen Sie darüber informieren, ob Sie innerhalb der letzten 12 Monate an anderen Studien teilgenommen haben. Sollten Sie eine PatientIn sein, so hat es keinerlei Auswirkungen auf Ihre Behandlung, ob Sie an dieser Studie teilnehmen, oder nicht. **Sie sind frei, die Teilnahme an der Studie zu jedem Zeitpunkt abubrechen.**

#### **INFORMATIONEN FÜR PATIENTINNEN UND/ODER FREIWILLIGE**

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr!

Vorab möchte ich mich recht herzlich für Ihr Interesse an meiner Studie bedanken.

Die Testung besteht aus mehreren Fragebögen zu dem Thema "Erleben nach traumatischen Erfahrungen und psychischer Gesundheit". Die Bearbeitungszeit der Umfrage beträgt ca. 5-10 Minuten.

Ziel der Studie ist es, einen Fragebogen zu entwickeln, der dabei helfen soll, Folgen von Traumatisierungen wissenschaftlich zu erfassen. Dies soll dabei helfen, Opfern von traumatischen Ereignissen bei der Durchsetzung ihrer Rechte zu stärken.

In der Umfrage bitte ich Sie einige Fragen zu Ihrer Person zu beantworten. Ihre Daten werden durch einen Code anonymisiert und streng vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie alle Fragen möglichst offen und aufrichtig.

Zu dieser Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission der Universität Nicosia eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

Falls Sie noch Fragen oder Anmerkungen im Nachhinein haben, kontaktieren Sie mich bitte unter der E-Mailadresse [office@psychologin-wien.at](mailto:office@psychologin-wien.at)



## 16.2 Fragebogen FESSTE (1. Version)

Im Folgendem werden verschiedene Beschwerden und Probleme aufgelistet, die Menschen manchmal nach der Erfahrung von schwerwiegenden oder traumatischen Ereignissen in ihrem Leben haben. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr diese innerhalb der letzten 4 Wochen auf Sie zutreffen. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten.

|  | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
|--|-------------------------------|-----------|----------|-------|------------|
|  | überhaupt nicht               | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|  | <b>Trifft auf mich zu ...</b> |           |          |       |            |
| 1. Ich leide unter Kopfschmerzen.                                      | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 2. Ich leide unter Schwindel und Ohnmachtsgefühlen.                    | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 3. Ich leide unter Brustschmerzen.                                     | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 4. Ich habe Rückenschmerzen.   | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 5. Ich habe einen schlechten Appetit.                                  | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 6. Ich leide unter Übelkeit.   | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 7. Ich habe Muskelschmerzen  | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 8. Ich habe Schwierigkeiten bei der Atmung.                            | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 9. Es fällt mir schwer, einzuschlafen.                                 | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 10. Ich leide unter Schwächegefühlen in bestimmten Körperteilen.       | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 11. Ich leide unter Kribbeln oder Taubheit in bestimmten Körperteilen. | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 12. Mir fällt es schwer, in der Nacht durchzuschlafen.                 | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 13. Ich leide unter Hitzewallungen oder Kälteschauern.                 | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 14. Ich interessiere mich für nichts mehr.                             | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 15. Ich fühle mich einsam.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Ich fühle mich schwermütig.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ich habe das Gefühl nichts mehr wert zu sein.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ich mache mir Gedanken darüber, mein Leben zu beenden.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Wenn ich an die Zukunft denke, fühle ich mich hoffnungslos.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Ich habe das Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ich weine häufig.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Ich mache mir Selbstvorwürfe.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ich habe das Gefühl, keine Energie mehr zu haben.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Mein Interesse an Sexualität hat sich vermindert.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Ich habe das Gefühl, dass ich bestraft werde.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Es fällt mir schwer, Entscheidungen zu treffen.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Meine berufliche Leistungsfähigkeit hat sich verringert.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Ich unternehme kaum noch etwas mit anderen Menschen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Seit dem Ereignis hat sich meine Merkfähigkeit verschlechtert.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Ich habe das Gefühl, dass ich mich seit dem Ereignis verändert habe.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Mein Schlaf ist unruhig.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Ich habe wiederkehrende Albträume über das Ereignis.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Ich muss das Ereignis immer wieder durchleben.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Wenn ich mich an das Ereignis erinnere, treten körperliche Reaktionen bei mir auf (Schweißausbrüche, Zittern, usw.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 36. Ich muss immer wieder an das Ereignis denken, obwohl ich es nicht will.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Ich habe Wutausbrüche.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Ich fühle mich reizbar.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Ich fühle mich innerlich unruhig.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Ich bin sehr schreckhaft.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Auch wenn es keinen Grund dafür gibt, bin ich sehr wachsam.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Es gibt Momente, in denen ich mich so fühle, als sei ich nicht Teil von dem, was passiert. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Mein Zeitgefühl hat sich verändert.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Die Realität scheint mir unwirklich, wie in einem Traum oder einem Film.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Es gibt Momente, in denen ich in den Spiegel schaue und mich nicht erkenne.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. Ich habe das Gefühl, mein eigener Körper gehört nicht zu mir.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Ich versuche Situationen zu vermeiden, die mich an das Ereignis erinnern.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. Ich kann mich an bestimmte Teile des Ereignisses nicht mehr erinnern.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Ich versuche, nicht an das Ereignis zu denken.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Ich versuche, nicht über das Ereignis zu reden.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Es kommt mir so vor, als wäre ich gefühlstaub.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Seit dem Ereignis habe ich Aktivitäten eingeschränkt, die mir vorher wichtig               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Ich habe Angst auf der Straße oder vor offenen Plätzen.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Ich erschrecke, obwohl es keinen Grund dafür gibt.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. Ich fürchte mich davor, allein aus dem Haus zu gehen.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. Ich habe Herzklopfen oder Herzjagen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 57. Ich habe Angst vor Fahrten mit dem Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58. Ich vermeide bestimmte, für mich wichtige Orte, Tätigkeiten oder Dinge, weil ich von diesen erschreckt werde.        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59. Ich fürchte mich vor Menschenmengen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60. Ich leide unter Panikanfällen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61. Ich fühle mich so ruhelos, dass ich nicht stillsitzen kann.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62. Es macht mich sehr nervös, wenn ich allein gelassen werde.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 63. Wenn ich in der Öffentlichkeit bin, habe ich Angst, dass ich in Ohnmacht fallen                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64. Es gibt Dinge, über die ich mir ständig Sorgen mache.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 65. Es ist mir nicht möglich, meine Sorgen abzuschalten oder zu kontrollieren.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66. Ich habe das Gefühl, die Kontrolle über mein Leben verloren zu haben.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67. Ich fühle mich hilflos.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 68. Seit dem Ereignis konsumiere ich mehr Tabakprodukte (Zigaretten, Kautabak, Zigarren usw.).                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 69. Seit dem Ereignis konsumiere ich mehr alkoholische Getränke (Bier, Wein, Spirituosen usw.).                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 70. Seit dem Ereignis konsumiere ich mehr Cannabis (Marihuana, Haschisch usw.).  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 71. Seit dem Ereignis konsumiere ich mehr illegale Drogen (Kokain, Speed, Heroin,  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72. Seit dem Ereignis konsumiere ich mehr Beruhigungsmittel oder Schlaftabletten (Diazepam, Alprazolam, Midazolam usw.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 73. Seit dem Ereignis setze ich mich vermehrt Situationen aus, von denen ich weiß, dass sie für mich gefährlich sind.    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74. Seit dem Ereignis habe ich mehr Konflikte mit Menschen, die mir nahestehen.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75. Ich fühle mich zerstreut oder verwirrt.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

76. Mir wurde von Freunden oder Bekannten gesagt, ich hätte mich seit dem Ereignis verändert. 1 2 3 4 5

---

77. Ich leide unter Sprachstörungen. 1 2 3 4 5

---

Wie sehr fühlten Sie sich im Allgemeinen, **durch die auf Sie zutreffenden Symptome**, in den (ungefähr) ersten 4 Wochen, zwischen dem 2. und 4. Monat, zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr und seit dem 3. Jahr nach dem Ereignis beeinträchtigt? Sollte weniger Zeit seit dem traumatischen Ereignis vergangen sein, lassen die betreffende(n) Zeile(n) frei.

|   | <b>Die Beeinträchtigung</b> |   |   |   |   |
|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| Ca. innerhalb des 1. Monats nach dem Ereignis           | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ca. zwischen dem 2. und 4. Monat nach dem Ereignis      | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ca. zwischen dem 5. Monat und 2. Jahr nach dem Ereignis | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ca. seit dem 3. Jahr nach dem Ereignis                  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |

---

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr diese auf Sie zutreffen.

|  | <b>Trifft auf mich zu ...</b> |      |
|--|-------------------------------|------|
|  | Ja                            | Nein |
| 78. Ich befinde mich in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung aufgrund von Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen. |                               |      |

---

|  |    |      |
|--|----|------|
| 79. Mir wurden aufgrund psychischer Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen, Medikamente verordnet. | Ja | Nein |
|--|----|------|

---

|  |    |      |
|--|----|------|
| 80. Ich befinde mich aufgrund psychischer Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen, in Behandlung. | Ja | Nein |
|--|----|------|

---

|  |    |      |
|--|----|------|
| 81. Bereits vor dem Ereignis war ich aufgrund psychischer Probleme in medizinischer oder psychologischer Behandlung. | Ja | Nein |
|--|----|------|

---

|   | <b>Trifft auf mich zu ...</b> |      |
|---|-------------------------------|------|
|   | Ja                            | Nein |
| 82. Bereits vor dem Ereignis wurde bei mir mindestens eine psychische Störung diagnostiziert. |                               |      |

---



83. Wenn ja, welche Störung/Störungen wurden bei Ihnen diagnostiziert?

Bitte hier beantworten:

---

---

84. Leiden Sie unter zusätzlichen Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen, die im Fragebogen nicht genannt wurden?

Bitte hier beantworten:

---

---

---

---

---

---



### 16.3 Fragebogen FESSTE (2.Version)

Im Folgendem werden verschiedene Beschwerden und Probleme aufgelistet, die Menschen manchmal nach der Erfahrung von schwerwiegenden oder traumatischen Ereignissen in ihrem Leben haben. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr diese innerhalb der letzten 4 Wochen auf Sie zutreffen. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten.

|  | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
|--|-------------------------------|-----------|----------|-------|------------|
|  | überhaupt nicht               | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|  | <b>Trifft auf mich zu ...</b> |           |          |       |            |
| 1. Ich leide unter Schwindel und Ohnmachtsgefühlen.                      | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 2. Ich leide unter Brustschmerzen.                                       | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 3. Ich habe Rückenschmerzen.   | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 4. Ich habe einen schlechten Appetit.                                    | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 5. Ich leide unter Übelkeit.   | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 6. Ich habe Muskelschmerzen  | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 7. Ich habe Schwierigkeiten bei der Atmung.                              | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 8. Ich leide unter Schwächegefühlen in bestimmten Körperteilen.          | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 9. Ich leide unter Kribbeln oder Taubheit in bestimmten Körperteilen.    | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 10. Ich leide unter Hitzewallungen oder Kälteschauern.                   | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 11. Es fällt mir schwer, einzuschlafen.                                  | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 12. Mir fällt es schwer, in der Nacht durchzuschlafen.                   | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 13. Seit dem Ereignis hat sich meine Merkfähigkeit verschlechtert.       | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 14. Ich habe das Gefühl, dass ich mich seit dem Ereignis verändert habe. | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 15. Mein Schlaf ist unruhig.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Ich habe wiederkehrende Albträume über das Ereignis.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ich muss das Ereignis immer wieder durchleben.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Wenn ich mich an das Ereignis erinnere, treten körperliche Reaktionen bei mir auf (Schweißausbrüche, Zittern, usw.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Ich muss immer wieder an das Ereignis denken, obwohl ich es nicht will.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Ich versuche Situationen zu vermeiden, die mich an das Ereignis erinnern.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ich versuche, nicht an das Ereignis zu denken.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Ich versuche, nicht über das Ereignis zu reden.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ich bin sehr schreckhaft.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Auch wenn es keinen Grund dafür gibt, bin ich sehr wachsam.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Ich habe Angst auf der Straße oder vor offenen Plätzen.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Ich erschrecke, obwohl es keinen Grund dafür gibt.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Ich fürchte mich davor, allein aus dem Haus zu gehen.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Ich habe Herzklopfen oder Herzjagen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Ich habe Angst vor Fahrten mit dem Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Ich vermeide bestimmte, für mich wichtige Orte, Tätigkeiten oder Dinge, weil ich von diesen erschreckt werde.        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Ich fürchte mich vor Menschenmengen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Ich leide unter Panikanfällen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Es macht mich sehr nervös, wenn ich allein gelassen werde.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Wenn ich in der Öffentlichkeit bin, habe ich Angst, dass ich in Ohnmacht fallen                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 35. Ich interessiere mich für nichts mehr.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Ich fühle mich einsam.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Ich fühle mich schwermütig.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Ich habe das Gefühl nichts mehr wert zu sein.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Ich mache mir Gedanken darüber, mein Leben zu beenden.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Wenn ich an die Zukunft denke, fühle ich mich hoffnungslos.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Ich weine häufig.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Ich mache mir Selbstvorwürfe.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Ich habe das Gefühl, keine Energie mehr zu haben.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Mein Interesse an Sexualität hat sich vermindert.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. Meine berufliche Leistungsfähigkeit hat sich verringert.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Ich fühle mich reizbar.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. Ich habe das Gefühl, die Kontrolle über mein Leben verloren zu haben.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Es gibt Momente, in denen ich mich so fühle, als sei ich nicht Teil von dem, was | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Mein Zeitgefühl hat sich verändert.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Die Realität scheint mir unwirklich, wie in einem Traum oder einem Film.         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Es gibt Momente, in denen ich in den Spiegel schaue und mich nicht erkenne.      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Ich habe das Gefühl, mein eigener Körper gehört nicht zu mir.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Es kommt mir so vor, als wäre ich gefühlstaub.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. Seit dem Ereignis habe ich Aktivitäten eingeschränkt, die mir vorher wichtig     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Wie sehr fühlten Sie sich im Allgemeinen, **durch die auf Sie zutreffenden Symptome**, in den (ungefähr) ersten 4 Wochen, zwischen dem 2. und 4. Monat, zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr und seit dem 3. Jahr nach dem Ereignis beeinträchtigt? Sollte weniger Zeit seit dem traumatischen Ereignis vergangen sein, lassen die betreffende(n) Zeile(n) frei.

|   | <b>Die Beeinträchtigung</b> |   |   |   |   |
|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| Ca. innerhalb des 1. Monats nach dem Ereignis           | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ca. zwischen dem 2. und 4. Monat nach dem Ereignis      | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ca. zwischen dem 5. Monat und 2. Jahr nach dem Ereignis | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ca. seit dem 3. Jahr nach dem Ereignis                  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr diese auf Sie zutreffen.

|  | <b>Trifft auf mich zu ...</b> |      |
|--|-------------------------------|------|
| 56. Ich befinde mich in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung aufgrund von Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen. | Ja                            | Nein |
| 57. Mir wurden aufgrund psychischer Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen, Medikamente verordnet.                           | Ja                            | Nein |
| 58. Ich befinde mich aufgrund psychischer Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen, in Behandlung.                             | Ja                            | Nein |
| 59. Bereits vor dem Ereignis war ich aufgrund psychischer Probleme in medizinischer oder psychologischer Behandlung.                           | Ja                            | Nein |
| 60. Bereits vor dem Ereignis wurde bei mir mindestens eine psychische Störung diagnostiziert.  | Ja                            | Nein |

61. Wenn ja, welche Störung/Störungen wurden bei Ihnen diagnostiziert?

Bitte hier beantworten:

---



---

62. Leiden Sie unter zusätzlichen Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen, die im Fragebogen nicht genannt wurden?

Bitte hier beantworten:

---

---

---

---

---



## 16.4 Fragebogen Endfassung FESSTE (3.Version)

Im Folgendem werden verschiedene Beschwerden und Probleme aufgelistet, die Menschen manchmal nach der Erfahrung von schwerwiegenden oder traumatischen Ereignissen in ihrem Leben haben. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr diese innerhalb der letzten 4 Wochen auf Sie zutreffen. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten.

|   | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
|---|-------------------------------|-----------|----------|-------|------------|
|   | überhaupt nicht               | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|   | <b>Trifft auf mich zu ...</b> |           |          |       |            |
| 1. Ich habe Rückenschmerzen.  | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 2. Ich habe Muskelschmerzen.  | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 3. Ich habe Schwierigkeiten bei der Atmung.                               | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 4. Ich leide unter Schwächegefühlen in bestimmten Körperteilen.           | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 5. Ich leide unter Kribbeln oder Taubheit in bestimmten Körperteilen.     | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 6. Ich leide unter Hitzewallungen oder Kälteschauern.                     | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 7. Ich fühle mich schwermütig.  | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 8. Ich habe das Gefühl nichts mehr wert zu sein.                          | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 9. Wenn ich an die Zukunft denke, fühle ich mich hoffnungslos.            | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 10. Ich habe das Gefühl, keine Energie mehr zu haben.                     | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 11. Es fällt mir schwer, mich zu konzentrieren.                           | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 12. Ich habe das Gefühl, die Kontrolle über mein Leben verloren zu haben. | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 13. Mein Schlaf ist unruhig.  | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |
| 14. Ich habe wiederkehrende Albträume über das Ereignis.                  | 1                             | 2         | 3        | 4     | 5          |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 15. Ich muss das Ereignis immer wieder durchleben.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Wenn ich mich an das Ereignis erinnere, treten körperliche Reaktionen bei mir    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ich muss immer wieder an das Ereignis denken, obwohl ich es nicht will.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ich versuche, nicht an das Ereignis zu denken.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Ich habe Angst auf der Straße oder vor offenen Plätzen.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Ich fürchte mich davor, allein aus dem Haus zu gehen.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ich erschrecke, obwohl es keinen Grund dafür gibt.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Ich habe Angst vor Fahrten mit dem Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ich leide unter Panikanfällen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Ich fürchte mich vor Menschenmengen.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Es gibt Momente, in denen ich mich so fühle, als sei ich nicht Teil von dem, was | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Mein Zeitgefühl hat sich verändert.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Die Realität scheint mir unwirklich, wie in einem Traum oder einem Film.         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Es gibt Momente, in denen ich in den Spiegel schaue und mich nicht erkenne.      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Ich habe das Gefühl, mein eigener Körper gehört nicht zu mir.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Es kommt mir so vor, als wäre ich gefühlstaub.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



Wie sehr fühlten Sie sich im Allgemeinen, **durch die auf Sie zutreffenden Symptome**, in den (ungefähr) ersten 4 Wochen, zwischen dem 2. und 4. Monat, zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr und seit dem 3. Jahr nach dem Ereignis beeinträchtigt? Sollte weniger Zeit seit dem traumatischen Ereignis vergangen sein, lassen die betreffende(n) Zeile(n) frei.

|   | <b>Die Beeinträchtigung</b> |   |   |   |   |
|---|-----------------------------|---|---|---|---|
| Ca. innerhalb des 1. Monats nach dem Ereignis           | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ca. zwischen dem 2. und 4. Monat nach dem Ereignis      | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ca. zwischen dem 5. Monat und 2. Jahr nach dem Ereignis | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ca. seit dem 3. Jahr nach dem Ereignis                  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr diese auf Sie zutreffen.

|  | <b>Trifft auf mich zu ...</b> |      |
|--|-------------------------------|------|
|  | Ja                            | Nein |
| 31. Ich befinde mich in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung aufgrund von Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen. |                               |      |
| 32. Mir wurden aufgrund psychischer Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen, Medikamente verordnet.                           | Ja                            | Nein |
| 33. Ich befinde mich aufgrund psychischer Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen, in Behandlung.                             | Ja                            | Nein |
| 34. Bereits vor dem Ereignis war ich aufgrund psychischer Probleme in medizinischer oder psychologischer Behandlung.                           | Ja                            | Nein |
| 35. Bereits vor dem Ereignis wurde bei mir mindestens eine psychische Störung diagnostiziert.  | Ja                            | Nein |

36. Wenn ja, welche Störung/Störungen wurden bei Ihnen diagnostiziert?

Bitte hier beantworten:

---



---

37. Leiden Sie unter zusätzlichen Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen, die im Fragebogen nicht genannt wurden?

Bitte hier beantworten:

---

---

---

---

---



## 16.5 FESSTE Traumacheckliste

Im Folgenden sind eine Reihe von schwerwiegenden oder traumatischen Lebensereignissen aufgelistet, wie z. B. Erfahrungen mit körperlichem oder seelischem Missbrauch, Katastrophen oder Krieg. Geben sie bitte für jedes Ereignis an, ob Sie es erlebt haben, und wenn ja, ob es Ihnen persönlich passierte oder Sie Zeuge dieses Ereignisses wurden.

|  | Nein | Ja         |           |
|--|------|------------|-----------|
|  |      | Persönlich | Als Zeuge |
| 1. Folter  |      |            |           |
| 2. Aufenthalt in Kriegsgebiet  |      |            |           |
| 3. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion   |      |            |           |
| 4. Naturkatastrophe  |      |            |           |
| 5. Schwere Krankheit oder Verletzung   |      |            |           |
| 6. Plötzlicher oder unerwarteter Tod eines nahen Angehörigen oder einer wichtigen Bezugsperson         |      |            |           |
| 7. Flucht und Migration  |      |            |           |
| 8. Gefangenschaft  |      |            |           |
| 9. Vernachlässigung oder Verwahrlosung   |      |            |           |
| 10. Sexuelle Gewalt durch eine fremde Person als Erwachsener   |      |            |           |
| 11. Sexuelle Gewalt durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis                            |      |            |           |
| 12. Sexuelle Gewalt als Kind oder Jugendlicher durch eine fremde Person                                |      |            |           |
| 13. Sexuelle Gewalt als Kind oder Jugendlicher durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis |      |            |           |
| 14. Gewalttätiger Angriff durch eine fremde Person   |      |            |           |
| 15. Gewalttätiger Angriff durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis                      |      |            |           |
| 16a. Andere traumatische Ereignisse  |      |            |           |

16b. Wenn Sie 16a. mit Ja beantwortet haben, beschreiben Sie bitte dieses Ereignis oder diese Ereignisse in kurzen Stichpunkten:

---

---

---

---

---

17. Welches der traumatischen Ereignisse, die Sie mit „Ja, persönlich“ oder „Ja, als Zeuge“ beantwortet haben, war für Sie das schlimmste Ereignis?

(1-16)

18. Wie viel Zeit ist seit dem schlimmsten Erlebnis ungefähr vergangen?

Wochen:

Monate:

Jahre:



## 16.6 BST-18

Sie finden hier eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie **während der vergangenen 7 Tage bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort, den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach die richtige Zahl an. **Bitte beantworten Sie jede Frage!**

|  | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
|--|-------------------------------|-----------|----------|-------|------------|
|  | überhaupt nicht               | ein wenig | ziemlich | stark | sehr stark |
|  | <b>Trifft auf mich zu ...</b> |           |          |       |            |
| 1. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen                             | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 2. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren                  | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 3. Nervosität oder innerem Zittern                               | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 4. Herz- und Brustschmerzen                                      | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 5. Einsamkeitsgefühlen   | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 6. dem Gefühl gespannt oder aufgeregt zu sein                    | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 7. Übelkeit oder Magenverstimmungen                              | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 8. Schwermut   | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 9. plötzlichem Erschrecken ohne Grund                            | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 10. Schwierigkeiten beim Atmen                                   | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 11. dem Gefühl, wertlos zu sein                                  | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 12. Schreck- oder Panikanfällen                                  | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 13. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen             | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 14. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts Ihrer Zukunft | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |
| 15. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht still sitzen können | 0                             | 1         | 2        | 3     | 4          |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 16. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Gedanken, sich das Leben zu nehmen       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Furchtsamkeit                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |



## 16.7 OPD-SKF

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen verschiedene Eigenschaften von Personen beschrieben werden. Bitte geben Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die im Allgemeinen auf Sie am besten zutrifft. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch im Erleben anders ist. Manche Aussagen beziehen sich auf Partnerschaften. Bitte beantworten Sie auch hier die Fragen so, wie sie sich normalerweise in einer Partnerschaft erleben. Wenn Sie noch keinen Partner / keine Partnerin hatten, dann stellen Sie sich vor, Sie wären in einer Partnerschaft.

|  | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
|--|-------------------------------|----------------------|--------------|----------------|------------------|
|  | trifft gar nicht zu           | trifft eher nicht zu | teils/ teils | trifft eher zu | trifft völlig zu |
|  | <b>Trifft auf mich zu ...</b> |                      |              |                |                  |
| 1. Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person.  | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
| 2. Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung.                               | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
| 3. Wenn man andere zu nahe an sich heranlässt, kann das gefährlich werden.                         | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
| 4. Ich kann mich anderen oft schwer verständlich machen.   | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
| 5. In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben könnte.         | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
| 6. Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt.                           | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
| 7. Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet.   | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
| 8. Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme.                                | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
| 9. Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte.            | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
| 10. Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen.   | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
| 11. Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein.   | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |
| 12. Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben. | 0                             | 1                    | 2            | 3              | 4                |

## 16.8 PTSS 10

Die folgende Skala bezieht sich auf Ihr momentanes Befinden und fragt nach typischen Reaktionen, die bei vielen Menschen nach Belastungen auftreten können. Markieren Sie bitte die Zahl, die das ausdrückt, was für Sie am Ehesten zutrifft. Markieren Sie bitte die 0, wenn der Zustand nicht aufgetreten ist, die 1, wenn andeutungsweise, bis hin zur 6, wenn Sie immer mit dem Problem zu tun haben, und dies für Sie sehr belastend ist.

*Ich habe in den letzten Tagen bzw. ich leide an...*

|   | 0                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6     |
|---|---------------------------|---|---|---|---|---|-------|
|   | nie                       |   |   |   |   |   | immer |
|   | <b>Trifft auf mich zu</b> |   |   |   |   |   |       |
| 1. Schlafprobleme.  | 0                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6     |
| 2. Alpträume von einem belastenden Ereignis.  | 0                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6     |
| 3. Depression, fühle mich bedrückt.   | 0                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6     |
| 4. Schreckhaftigkeit, d.h. ich erschrecke leicht, wenn ich plötzlich Geräusche höre oder plötzliche Bewegungen wahrnehme. | 0                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6     |
| 5. Das Bedürfnis, mich von anderen zurückzuziehen.  | 0                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6     |
| 6. Gereiztheit, d.h. ich werde schnell gereizt oder ärgere mich.  | 0                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6     |
| 7. Stimmungsschwankungen.   | 0                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6     |
| 8. Ein schlechtes Gewissen, mache mir Selbstvorwürfe, habe  | 0                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6     |
| 9. Angst vor Stellen oder Situationen, die mich an das belastende Ereignis erinnern.                                      | 0                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6     |
| 10. Muskelverspannungen.  | 0                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6     |



## 16.9 Entwurf des strukturierten Interviews FESSTE (in Vorbereitung)

---

| <b>Somatisierung</b> |  |      |
|----------------------|--|------|
| 1                    | Leiden Sie unter Rückenschmerzen?  |      |
|                      | Ja   | Nein |
| 2                    | Leiden Sie unter Muskelschmerzen?  |      |
|                      | Ja   | Nein |
| 3                    | Haben Sie Schwierigkeiten bei der Atmung?                                |      |
|                      | Ja   | Nein |
| 4                    | Leiden Sie unter Schwächegefühlen in bestimmten Körperteilen?            |      |
|                      | Ja   | Nein |
| 5                    | Haben Sie Gefühle von Kribbeln oder Taubheit in bestimmten Körperteilen? |      |
|                      | Ja   | Nein |
| 6                    | Leiden Sie unter Hitzewallungen oder Kälteschauern?                      |      |
|                      | Ja   | Nein |

---

---

**Zeitlicher Verlauf: Somatisierung**

---

**Zeitliche Dauer: Wie häufig sind diese Beschwerden bei ihnen aufgetreten?**

In den ersten 4 Wochen

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

**Intensität: Wie viel Unbehagen verursachten diese Beschwerden? Wie sehr schränken Sie diese in Ihrem Leben ein?**

In den ersten 4 Wochen

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Zwischen dem 2. und 4. Monat

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Zwischen dem 2. und 4. Monat

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Seit dem 3. Jahr

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Seit dem 3. Jahr

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

**Depression**

---

|    |   |      |
|----|---|------|
| 7  | Fühlen Sie sich schwermütig?  |      |
|    | Ja  | Nein |
| 8  | Haben Sie das Gefühl nichts mehr wert zu sein.                        |      |
|    | Ja  | Nein |
| 9  | Wenn Sie an die Zukunft denken, fühlen Sie sich hoffnungslos?         |      |
|    | Ja  | Nein |
| 10 | Haben Sie das Gefühl, keine Energie mehr zu haben?                    |      |
|    | Ja  | Nein |
| 11 | Fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren.                         |      |
|    | Ja  | Nein |
| 12 | Haben Sie das Gefühl, die Kontrolle über ihr Leben verloren zu haben? |      |
|    | Ja  | Nein |

---



---

### Zeitlicher Verlauf: Depression

---

**Zeitliche Dauer:** Wie häufig sind diese Beschwerden bei ihnen aufgetreten?

**Intensität:** Wie viel Unbehagen verursachten diese Beschwerden? Wie sehr schränken Sie diese in Ihrem Leben ein?

In den ersten 4 Wochen

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

In den ersten 4 Wochen

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Zwischen dem 2. und 4. Monat

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Zwischen dem 2. und 4. Monat

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Seit dem 3. Jahr

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Seit dem 3. Jahr

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

### Traumafolgen

---

|    |  |    |      |
|----|--|----|------|
| 13 | Ist ihr Schlaf unruhig?  | Ja | Nein |
| 14 | Haben Sie wiederkehrende Albträume über das Ereignis?  | Ja | Nein |
| 15 | Müssen Sie das Ereignis immer wieder durchleben?   | Ja | Nein |
| 16 | Wenn Sie sich an das Ereignis erinnern, treten körperliche Reaktionen bei Ihnen auf (Schweißausbrüche, Zittern, usw.)? | Ja | Nein |
| 17 | Müssen Sie immer wieder an das Ereignis denken, obwohl Sie es nicht wollen?  | Ja | Nein |
| 18 | Versuchen Sie, nicht an das Ereignis zu denken?  | Ja | Nein |

---



---

### Zeitlicher Verlauf: Traumafolgen

---

**Zeitliche Dauer: Wie häufig sind diese Beschwerden bei ihnen aufgetreten?**

In den ersten 4 Wochen

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

**Intensität: Wie viel Unbehagen verursachten diese Beschwerden? Wie sehr schränken Sie diese in Ihrem Leben ein?**

In den ersten 4 Wochen

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Zwischen dem 2. und 4. Monat

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Zwischen dem 2. und 4. Monat

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Seit dem 3. Jahr

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Seit dem 3. Jahr

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

### Angst

|    |  |      |
|----|--|------|
| 19 | Haben Sie Angst auf der Straße oder vor offenen Plätzen?               |      |
|    | Ja   | Nein |
| 20 | Fürchten Sie sich davor, allein aus dem Haus zu gehen?                 |      |
|    | Ja   | Nein |
| 21 | Erschrecken Sie, obwohl es keinen Grund dafür gibt?                    |      |
|    | Ja   | Nein |
| 22 | Haben Sie Angst vor Fahrten mit dem Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug? |      |
|    | Ja   | Nein |
| 23 | Leiden Sie unter Panikanfällen?  |      |
|    | Ja   | Nein |
| 24 | Fürchten Sie sich vor Menschenmengen?                                  |      |
|    | Ja   | Nein |

UNIVERSITY of NICOSIA

---

**Zeitlicher Verlauf: Angst**

---

**Zeitliche Dauer: Wie häufig sind diese Beschwerden bei ihnen aufgetreten?**

**Intensität: Wie viel Unbehagen verursachten diese Beschwerden? Wie sehr schränken Sie diese in Ihrem Leben ein?**

In den ersten 4 Wochen

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

In den ersten 4 Wochen

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Zwischen dem 2. und 4. Monat

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Zwischen dem 2. und 4. Monat

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Seit dem 3. Jahr

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Seit dem 3. Jahr

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer



---

**Dissoziation**

---

|    |   |    |      |
|----|---|----|------|
| 25 | Gibt es Momente, in denen Sie sich so fühlen, als seien Sie nicht Teil von dem, was passiert? | Ja | Nein |
| 26 | Hat sich Ihr Zeitgefühl verändert?  | Ja | Nein |
| 27 | Scheint Ihnen die Realität unwirklich, wie in einem Traum oder einem Film?                    | Ja | Nein |
| 28 | Gibt es Momente, in denen Sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen?                 | Ja | Nein |
| 29 | Haben Sie das Gefühl, Ihr eigener Körper gehört nicht zu Ihnen?                               | Ja | Nein |
| 30 | Kommt es Ihnen so vor, als wären Sie gefühlstaub?   | Ja | Nein |

---



---

**Zeitlicher Verlauf: Dissoziation**

---

**Zeitliche Dauer: Wie häufig sind diese Beschwerden bei ihnen aufgetreten?**

In den ersten 4 Wochen

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

**Intensität: Wie viel Unbehagen verursachten diese Beschwerden? Wie sehr schränken Sie diese in Ihrem Leben ein?**

In den ersten 4 Wochen

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Zwischen dem 2. und 4. Monat

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Zwischen dem 2. und 4. Monat

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Zwischen dem 5. Monat und dem 2. Jahr

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer

---

Seit dem 3. Jahr

0 nie

1 Anzahl der geschätzten Tage.....

Beispiele/Beschreibung:

Seit dem 3. Jahr

0 gar nicht

1 leicht

2 mittelgradig

3 schwer