Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. D. Naber

Frühe Traumatisierungen und elterliche Erziehungsgewohnheiten bei Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin (Dr. med.)

Der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Sandra Köhler
aus Leer

Hamburg 2008

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 05.01.2009

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Naber
Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. Haasen
Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: Prof. Dr. Berner

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung…… 04
1.1 Problemstellung……..... 04
1.2 Literaturrecherche……..... 04
1.3 Literaturrückblick…… 05
1.4 Theoretische Annäherung und empirische Forschungsergebnisse…… 07
1.4.1 Frühe interpersonale Einflüsse und psychische Störungen…….. 07
1.4.1.1 Elterliches Erziehungsverhalten…… 07
1.4.1.2 Kindliche interpersonale Traumatisierungen…….. 09
1.4.1.2.1 Traumabegriff…….. 09
1.4.1.2.2 Sexueller Missbrauch……..... 10
1.4.1.2.3 Physische Misshandlung…… 11
1.4.1.2.4 Emotionale Misshandlung…….. 12
1.4.1.2.5 Emotionale und Physische Vernachlässigung…. 13
1.4.1.2.6 Folgen kindlicher interpersonaler Traumatisierung…… 14
1.4.2 Frühe interpersonale Einflüsse bei Patienten mit Zwangsstörungen.16
1.4.2.1 Erziehungsverhalten der Eltern von Patienten mit Zwangsstörungen…… 16
1.4.2.1.1 Auswirkungen auf Symptomatik und Verlauf…... 20
1.4.2.2 Traumatisierungen bei Patienten mit Zwangsstörungen….21
1.4.2.2.1 Traumatische Erfahrungen als Ursache für Zwangsstörungen…… 22
1.4.2.2.2 Prävalenzraten traumatischer Erfahrungen bei Patienten mit Zwangsstörungen…….. 24
1.4.2.2.3 Einfluss von Traumatisierungen auf Symptomatik und Verlauf…….. 26
1.4.2.2.4 Posttraumatische Belastungsstörung…….. 27
1.4.2.2.5 Dissoziation…….. 30
1.5 Fragestellungen und Hypothesen……..... 33
1.5.1 Fragestellungen…… 33
1.5.2 Hypothesen…….. 34
1.6 Ziele der Arbeit……..... 35

2. Methodik……..... 36
2.1 Wahl des Forschungsdesigns……... 36
2.2 Wahl der Untersuchungszeitpunkte…….. 36
2.3 Wahl des Datenerhebungsverfahrens..... 37
2.4 Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche..... 38
2.4.1 Soziodemographische Daten…… 38
2.4.2 Potenziell traumatische Erlebnisse…….. 38
2.4.3 Elterliches Erziehungsverhalten…… 38
2.4.4 Psychopathologie…… 38
2.4.5 Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf…… 38
2.5 Operationalisierungen..... 39
2.5.1 Soziodemographische Daten…… 39
2.5.2 Potenziell traumatische Erlebnisse…….. 39
2.5.3 Elterliches Erziehungsverhalten…… 42
2.5.4 Psychopathologie……... 43
2.5.4.1 Diagnose nach ICD-10..... 43
2.5.4.2 Zwangssymptome..... 44
2.5.4.3 Depressive Symptome..... 45
2.5.4.4 Dissoziative Symptome…….. 46
2.5.4.5 Allgemeine Symptombelastung..... 47
2.5.5 Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf…… 49
2.6 Stichprobenansatz…….. 49
2.7 Datenerhebung…… 49
2.8 Auswertungsverfahren…… 52

3. Ergebnisse…… 53
3.1 Art der Ergebnisdarstellung…….. 53
3.2 Darstellung der Stichprobe……... 53
3.3 Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche innerhalb
der Gesamtstichprobe..... 54
3.3.1 Soziodemographische Daten…… 54
3.3.2 Potenziell traumatische Erlebnisse…….. 55
3.3.2.1 Potenziell traumatische Erlebnisse im Kindesalter…… 55
3.3.2.2 Potenziell traumatische Erlebnisse in späteren
Lebensabschnitten…….. 58
3.3.3 Elterliches Erziehungsverhalten…….. 59

3.3.4 Psychopathologie…… 60
3.3.5 Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf…… 62
3.4 Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche im Gruppenvergleich…… 63
3.4.1 Soziodemographische Daten…… 63
3.4.2 Elterliches Erziehungsverhalten…… 64
3.4.3 Psychopathologie……... 66
3.4.4 Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf…… 70
3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse…….. 71

4. Diskussion…… 74
4.1 Diskussion der gewählten Methodik…… 74
4.1.1 Forschungsansatz und Studiendesign…… 74
4.1.2 Stichprobenselektion……... 77
4.2 Diskussion der Befunde…….. 79
4.2.1 Allgemeine Lebenssituation…… 79
4.2.2 Prävalenzen potenziell traumatischer Erlebnisse im Kindesalter…. 80
4.2.3 Prävalenzen potenziell traumatischer Erlebnisse in späteren Lebensabschnitten…….. 85
4.2.4 Elterliches Erziehungsverhalten…… 86
4.2.5 Psychopathologie und Krankheitsverlauf…… 88
4.3 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick…… 93

5. Literaturverzeichnis…… 95

Danksagung…… 126
Lebenslauf…….. 127
Eidesstattliche Versicherung…… 128
Hinweis auf Publikationen…… 129

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Traumatisierungen stellen einen der wichtigsten psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen dar. Dementsprechend finden sich bei Patienten[1] mit psychischen Störungen hohe Raten traumatischer Erfahrungen in der Kindheit. Klinisch zeigen diese Patienten häufig schwerere Krankheitsverläufe, schlechtere Therapieausgänge sowie komorbide Traumastörungen wie etwa dissoziative Störungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Die Bedeutung traumatischer Erlebnisse für die Entstehung, den Verlauf und die Therapie psychischer Erkrankungen wird dabei zunehmend deutlich. Obgleich das wissenschaftliche und klinische Interesse im Bereich der Psychotraumatologie in den letzten Jahren immer stärker zugenommen hat, liegen bislang nur wenige Untersuchungen zur Bedeutung von Traumatisierungen und Traumafolgestörungen bei Patienten mit Zwangsstörungen vor.

1.2 Literaturrecherche

In die Suche einbezogen wurden die Datenbanken MEDLINE, Embase und Psyndex. Zunächst wurde dabei der Suchterm „obsessive-compulsive-disorder“ oder „obsess*“ oder „OCD“ oder „obsessionality“ und „child*“ oder „childhood“ eingesetzt. Anschließend wurde mit Hilfe des Suchterms „trauma*“ oder „abuse“ oder „neglect“ oder „parent-child relationship“ oder „rearing practices“ oder „rearing attitude“ die Suche weiter eingegrenzt. Darüber hinaus wurde durch die Suchbegriffe „sex*“ oder „posttraumatic stress“ oder „overprotection“ oder „parents*“ oder „family*“ oder „traits*“ differenziert. Ebenso erfasst wurden Termini wie „interpersonal trauma“, „sexual abuse“, „emotional abuse/neglect“, „physical abuse/neglect“, „psychiatric disorder“, „anxiety disorder“, „posttraumatic stress disorder“ und „PTSD“.
Weitere Referenzen wurden nach dem Schneeballsystem identifiziert bzw. durch Durchsicht verschiedener Monographien und Lehrbücher.

[1] In der vorliegenden Arbeit bezieht sich die Bezeichnung „Patient/en“ auf gemischt-geschlechtliche Stichproben.

1.3 Literaturrückblick

Die aktuelle Forschungsliteratur zur Bedeutung von Traumatisierungen bei Patienten mit Zwangsstörungen ist äußerst begrenzt. So liegen nur wenige Untersuchungen vor, die Rückschlüsse auf die Häufigkeit von Traumatisierungen bei dieser Diagnosegruppe zulassen. Dabei standen im Hinblick auf die Form der Traumatisierung bisher der sexuelle Missbrauch sowie die physische Misshandlung in der Kindheit im Fokus der Forschungsarbeit. Die Vergleichbarkeit der vorliegenden Studien leidet unter der bisher fehlenden einheitlichen internationalen Definition der verschiedenen Missbrauchsformen oder fehlenden Angaben zu den zugrundeliegenden Definitionen. Als ebenso variabel erweisen sich die Erhebungsmethoden, welche sich über Fallstudien (Freeman & Leonard, 2000), Befunde anhand selbstentwickelter Interviews (Stein et al., 1996) bis zur Anwendung gängiger Instrumente erstrecken (Lochner et al., 2002; Saunders, Villeponteaux, Lipovsky, Kilpatrick & Veronen, 1992). Mehrheitlich liegen der Erhebung kindlicher Traumatisierungen Stichproben zugrunde, die im Hinblick auf die Diagnose gemischt sind (Lochner et al., 2002; Saunders et al., 1992; Stein et al., 1996). So gibt es Untersuchungen, die die Beziehung von traumatischen Erfahrungen und Angststörungen beleuchten, in denen gemäß DSM-IV (APA, 1994) auch die Zwangsstörung mitberücksichtigt wird (Stein et al., 1996).

In einem Lehrbuch über sexuellen Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung benennt Csef (1997) in seinem Beitrag über Zwangserkrankungen Gründe für den Mangel an Untersuchungen von interpersonalen Traumatisierungen bei Zwangspatienten. Er macht dabei auf die wissenschaftlich-methodisch begründete Besonderheit aufmerksam, dass Zwangserkrankungen häufiger verschwiegen werden (Fichter, 1985; Yaryura-Tobias & Neziroglu, 1993). Darüber hinaus kommen Zwangssymptome bei traumatisierten Patienten selten monosymptomatisch vor. Oft rücken andere Symptome wie etwa Depression, Sucht oder Essstörungen in den Vordergrund. Komorbide Störungen gelangen so in den Fokus der Therapie oder aber erschweren den Therapieerfolg. Dies deckt sich mit klinischen Beobachtungen über die verschiedenen psychiatrischen Diagnosegruppen hinweg. Diese Patienten zeigen häufig schwerere Krankheitsverläufe, komorbide Traumafolgestörungen und schlechtere Therapieausgänge.

Einige Fallberichte befassen sich mit Zusammenhängen zwischen posttraumatischen Belastungs- und Zwangsstörungen. Dies geschieht überwiegend in Form von Fallstudien (Becker, 2002; De Silva & Marks, 1999; Freeman & Leonard, 2000; Gershuny, Baer, Radomsky, Wilson & Jenike, 2003; Kimble, 2000; Pitman, 1993;

Sasson et al., 2005; Somasundarum, 1998). Eine andere Gruppe von Arbeiten setzt sich mit der Rolle von elterlichen Erziehungsgewohnheiten und Charaktereigenschaften bei der Entwicklung von Zwangsstörungen auseinander. Ein Vergleich der vorliegenden Studien ergibt jedoch unterschiedliche Ergebnisse. Diese heterogene Datenlage lässt sich zum einen durch die ungleichen Stichprobengrößen und vielfältigen Erhebungsformen erklären, zum anderen wird eine uneinheitliche Fokussierung deutlich. Erst mit Einführung und Anwendung standardisierter Instrumente, die Erziehungsstile abbilden und dementsprechende Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken herausarbeiten, rückte die elterliche Beziehung zum Kind mehr in den Mittelpunkt der Forschungsarbeit (Parker, Tupling & Brown, 1979; Perris, Jacobsson, Lindström, Von Knorring & Perris, 1980). Einzelne Studien stellten auf diese Weise einen Zusammenhang zwischen spezifischen Merkmalen elterlicher Erziehungsgewohnheiten und der Entwicklung von Zwangsstörungen her (Cavedo & Parker, 1994; Hafner, 1988; Kimidis, Minas, Ata & Stuart, 1992; Turgeon, O´Connor, Marchand & Freeston, 2002; Vogel, Stiles & Nordahl, 1997; Yoshida, Taga, Matsumoto & Fukui, 2005).

Bei zusammenfassender Betrachtung wird deutlich, dass bisher keine Untersuchung vorliegt, die in einer homogenen Stichprobe von Zwangsstörungen ein breites Spektrum von interpersonalen Traumatisierungen berücksichtigt, die Schwere der Krankheitssymptomatik und klinische Verlaufsparameter beurteilt und darüber hinaus das familiäre Umfeld, die elterlichen Erziehungsgewohnheiten sowie mögliche Reviktimisierung im Erwachsenenalter mit einbezieht.

1.4 Theoretische Annäherung und empirische Forschungsergebnisse

1.4.1 Frühe interpersonale Einflüsse und psychische Störungen

1.4.1.1 Elterliches Erziehungsverhalten

Elterliches Verhalten, besonders die Fähigkeit betreffend, Affekte und emotionale Wärme auszudrücken, übermäßige Kontrolle, Schutz und Kritik zu vermeiden, ist offensichtlich bedeutend für die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit (Alonso et al., 2004). Seit längerem besteht Einigkeit über die allgemeine Theorie, dass „anormale“ elterliche Eigenschaften und Erziehungsgewohnheiten später zu psychopathologischen Symptomen bei den Kindern führen können (Fonaghy et al., 1996; Mickelson, Kessler & Shaver, 1997; Parker, 1983). Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu weiterführenden ätiologischen Hypothesen ist dabei, zu klären, ob derartige Erfahrungen eines Kindes einen unspezifischen Risikofaktor für alle Formen von Psychopathologie im Erwachsenenalter darstellen oder sogar spezifisch sind für bestimmte Störungen. Theorien von elterlichem Einfluss auf die Entwicklung von psychischen Störungen heben vor allem Kontrolle und Ablehnung hervor (Bowlby, 1977; Cavedo & Parker, 1994). Dementsprechend assoziiert man ablehnende und kontrollierende Erziehungsstile mit verschiedenen Formen von Psychopathologie, einschließlich Depression, Schizophrenie, Angststörungen, Substanzmissbrauch und Essstörungen (De Ruiter, 1994; Gerlsma & Emmelkamp, 1990; Parker, Kiloh & Hayward, 1987). Zumeist standen dabei Angststörungen und Depression im Mittelpunkt der Untersuchungen. In einer Übersicht zur potenziellen Rolle von elterlichen Erziehungspraktiken bei diesen Störungen unterscheidet Rapee (1997) zwei unterschiedliche Faktoren, die im Rahmen der Erziehung von besonderer Bedeutung sind. Zum einen eine Verhaltensform, die er „rejection" oder „criticism“ nennt und die durch negative oder feindliche Gefühle gegenüber dem Kind charakterisiert ist, zum anderen einen als „control“ oder „protection“ bezeichneten Typus, der sich durch Schutz des Kindes vor möglichem Schaden auszeichnet. Ein Erziehungsstil geprägt von verminderter elterlicher Zuwendung und erhöhter elterlicher Kontrolle ist nach Rapee mit Angststörungen und Depression assoziiert, wobei die deutlichsten Ergebnisse für die soziale Phobie vorliegen. Einige Daten scheinen einen engeren Zusammenhang zwischen elterlicher Ablehnung und Depression sowie zwischen elterlicher Kontrolle und Angst zu zeigen. Nichtsdestotrotz unterliegt die Forschungsarbeit in diesem Bereich großen methodischen Diskrepanzen. Einige

Untersuchungen arbeiteten mit retrospektiven Selbstbeurteilungsbögen, andere Untersuchungen prüften elterliches Erziehungsverhalten durch direkte Befragung der Eltern. Wenige Befunde beruhen auf direkten Beobachtungen. Ebenso variabel gestalten sich die eingesetzten Erhebungsinstrumente, die Größe der Stichproben sowie die Auswahl geeigneter Kontrollgruppen. Trotz der methodischen Einschränkungen scheint sich der Einfluss von elterlichem Verhalten, das von Ablehnung und Kontrolle geprägt ist, auf die Entwicklung von psychischen Störungen über die Studien hinweg deutlich abzuzeichnen.

Einen wesentlichen Beitrag zur Verknüpfung von Veranlagung und Umwelt kann der von Bowlby (1975) entwickelte bindungstheoretische Ansatz leisten. Dieser besagt, dass der Säugling im Laufe des ersten Lebensjahres auf der Grundlage eines biologisch angelegten Verhaltenssystems eine starke emotionale Bindung zu einer Hauptbezugsperson entwickelt, die er bei Schmerz oder Gefahr aufsucht. Dieses Bindungssystem bleibt während des gesamten Lebens aktiv. Nach Bowlby besteht eine enge kausale Beziehung zwischen den Erfahrungen eines Kindes mit seinen Hauptbezugspersonen und seinen späteren Fähigkeiten, affektive Bindungen zu entwickeln. Sicheres Bindungsverhalten von Kindern sei empirisch verbunden mit feinfühliger und verständnisvoller Zuwendung, während unsicheres Bindungsverhalten verknüpft sei mit vernachlässigender Fürsorge (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1982; Hesse & Main, 1999). Verlaufsstudien belegen, dass dieses früh erworbene Bindungsverhalten bis ins junge Erwachsenenalter relativ stabil bleibt, den Grundstein für Bindungen im Erwachsenenalter legt und das spätere Sozial-, Eltern- und Partnerverhalten beeinflusst (Collins & Feeney, 2000; Collins & Read, 1990; Ognibene & Collins, 1998). Unsicheres Bindungsverhalten vor dem Hintergrund gestörter Eltern-Kind-Beziehungen kann zu affektiven wie auch kognitiven Entwicklungsdefiziten führen (Esser, Schmidt & Blanz, 1993) und sich vermutlich auf die gesamte psychische Strukturbildung des Kindes schädigend auswirken. Die Entwicklung eines sicheren Bindungsverhaltens in der frühen Kindheit wird heute allgemein als ein protektiver Faktor in später auftretenden Belastungssituationen angesehen. Eine sichere Bindungsqualität kann in derartigen Situationen konstruktive und soziale Bewältigungsstrategien aktivieren (Farber & Egeland, 1987).
Die Untersuchung einer großen national repräsentativen Stichprobe zeigte, dass frühkindlicher interpersonaler Stress mit unsicherem Bindungsverhalten bei Erwachsenen assoziiert ist, welches sich wiederum in verschiedenen Formen von Psychopathologie widerspiegelt (Mickelson et al., 1997). Fonagy und Kollegen (1996)

betrachteten eine Stichprobe von 82 Patienten mit affektiven Störungen, Angststörungen (Zwangsstörungen darin eingeschlossen), Substanzmissbrauch, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen und fanden unter diesen Patienten häufiger unsicheres Bindungsverhalten als in der Kontrollgruppe. Ebenso waren Kinder nach Misshandlung und Vernachlässigung in der frühen Kindheit häufiger unsicher gebunden als Kinder, bei denen keine Misshandlung vorlag (Crittenden, 1985, 1995, 1996; Lyons-Ruth, Connell & Zoll, 1989; Lyons-Ruth, Connell, Zoll & Stahl, 1987). Auch Drohungen und angstmachendes Verhalten der Bindungsperson gegenüber dem Kind können zu Bindungsunsicherheit mit desorientiertem und desorganisiertem Verhalten führen (Hesse & Main, 1999).

Die Grenzen zwischen üblichen und weitgehend tolerierten Praktiken (z.B. Liebesentzug) und psychisch schädigendem Elternverhalten, wie etwa Ablehnung und Abwertung des Kindes, sind fließend. Auch in der Literatur besteht keine Einigkeit darüber, was als „angemessenes“ oder gerade noch tolerierbares Elternverhalten angesehen werden kann und welche elterlichen Verhaltensmuster zu Beeinträchtigungen in der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung und damit zur Bindungsunsicherheit führen. Alle diese Aspekte tragen zu erheblichen Schwierigkeiten bei, die Begriffe der psychischen oder emotionalen Misshandlung sowie der emotionalen Vernachlässigung zu definieren.

1.4.1.2 Kindliche interpersonale Traumatisierungen

1.4.1.2.1 Traumabegriff

Unglücklicherweise sind traumatische Erlebnisse nicht ungewöhnlich (Elliott, 1997). Viele Menschen in unserer Bevölkerung machen irgendeine traumatische Erfahrung in ihrem Leben, verbunden mit potenziell zerstörerischen akuten und/oder chronischen Effekten auf die psychische Integrität. Eine große repräsentative Befragung von 1245 amerikanischen Erwachsenen identifizierte 23% als Opfer physischer oder sexueller Übergriffe oder als Zeugen von Gewalt gegen andere (Kilpatrick, Saunders, Resnick & Smith, 1995). In einer weiteren großen Untersuchung in der Allgemeinbevölkerung zeigten Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes und Nelson (1995), dass 61% der Männer und 51% der Frauen in ihrem Leben mindestens ein traumatisches Erlebnis hatten.

Bei nachhaltig schädigenden Entwicklungseinflüssen handelt es sich zumeist um interpersonale traumatische Konstellationen, die relevanten Einfluss auf die

Entwicklung elementarer psychischer Funktionen und damit auf die Gesamtpersönlichkeit nehmen (Resch, 1996). Neben sexuellem Missbrauch und physischer Misshandlung zählen zu den interpersonalen Traumatisierungen auch emotionale Misshandlungen sowie passive Formen, wie etwa körperliche und emotionale Vernachlässigung.

1.4.1.2.2 Sexueller Missbrauch

Bislang existiert für den sexuellen Missbrauch keine allgemein gültige Definition. Amann und Wipplinger (2005) haben eine umfangreiche Übersicht der vorherrschenden Definitionen sowie Kriterien für ein Vorliegen des sexuellen Missbrauchs zusammengestellt. Je nach Autor werden Faktoren wie die Person des Täters, das Alter und Geschlecht des Opfers oder die Art und die Folgen der sexuellen Handlung unterschiedlich selektiert und gewichtet. In der Vielfältigkeit der Definitionen liegt einer der hauptsächlichen Gründe für die divergenten Prävalenzraten des sexuellen Missbrauchs. Die große Anzahl der vorhandenen Definitionen lässt sich jedoch nach verschiedenen Systemen unterteilen und klassifizieren, beispielsweise in „enge“ und „weite“ Definitionen. Diese Unterteilung ist zumeist Grundlage empirischer Studien, unterliegt allerdings auch zahlreichen Interpretationsmöglichkeiten. Grundsätzlich und übereinstimmend beschreibt die „enge“ Definition den sexuellen Missbrauch als direkten eindeutig als sexuell identifizierbaren Körperkontakt zwischen Täter und Opfer, vom unmittelbaren Hautkontakt mit der Brust oder dem Genital eines Kindes bis zur vaginalen, analen oder oralen Vergewaltigung. Bagley (1995) hofft, dass durch eine „enge“ Definition eine Beschränkung auf diejenigen Handlungen möglich sei, die mit großer Wahrscheinlichkeit Schaden und psychische Beeinträchtigungen verursache. Unklar bleibt der Aspekt der Altersgrenze bzw. des Altersunterschiedes. Der Zeitraum, mit dem die Kindheit endet, reicht in der Literatur von 14 bis 18 Jahren unabhängig von der individuellen Reife und Entwicklung. Bagley (1995) fordert eine Altersgrenze bei 17 Lebensjahren, Nash, Hulsey, Sexton, Harralson und Lambert (1993) zusätzlich einen Täter, der mindestens fünf Jahre älter ist. Sexuelle Gewalt unter Jugendlichen bleibt auf diese Weise unberücksichtigt (Bange, 2002). Allerdings gehen sexuelle Übergriffe nicht nur von Erwachsenen aus. In bis zu 30-45% sind die Täter nur wenig älter oder gelten noch als Jugendliche (Bange, 1992; Murphy & Peters, 1992). Schäfer, Schnack und Soyka (2000) rücken von der Eingrenzung durch einen Altersunterschied ab und ziehen ein bestehendes Machtgefälle zwischen Täter und

Opfer heran. Dieses Machtgefälle ist auch bei gleichaltrigen Jugendlichen möglich und stellt das Druckmittel zu ungewollten sexuellen Handlungen dar. Mehrheitlich besteht Einigkeit darüber, dass alle durch Drohungen oder körperliche Gewalt erzwungenen sexuellen Handlungen sexuellen Missbrauch bedeuten. Die „weite“ Definition bemüht sich, den sexuellen Missbrauch in seinem gesamten Kontext zu erschließen. Sie schließt die „enge“ Definition ein und erweitert diese um jegliche Form der sexuellen Übergriffigkeit wie verbale obszöne Belästigung, Exhibitionismus, Anleitung zur Prostitution oder Herstellung von pornografischem Material. Die „weite“ Definition berücksichtigt dementsprechend auch sexuelle Handlungen ohne Körperkontakt. McGee, Wolfe, Yuen, Wilson und Carnochan (1995) unterteilen den sexuellen Missbrauch in Schweregrade von „leicht“ über „mittelschwer“ bis „schwer“. Leichter sexueller Missbrauch entspricht dabei der „weiten“ Definition sowie schwerer sexueller Missbrauch der „engen“ Definition. Mittelschwerer sexueller Missbrauch präzisiert den Übergangsbereich zwischen „weiter“ und „enger“ Definition.
Neben der Begriffsbestimmung beeinflussen die Stichprobenauswahl und der Befragungsmodus die Prävalenzraten. Offensichtlich wird angenommen, dass bei der Erhebung von Prävalenzraten zu Traumatisierungen eher von einem „underreporting“ als von einem „overreporting“ auszugehen ist, insbesondere bei schriftlichen Befragungen. Bei Erhebungen dieser Art werden oftmals nicht alle Gewalterfahrungen erinnert oder preisgegeben (Drajer, 1990; Hardt & Rutter, 2004; Williams, 1994), darüber hinaus werden die Belastungsangaben genauer, je mehr und spezifischer die Fragen gestellt werden (Volbert, 1992).

1.4.1.2.3 Physische Misshandlung

Als einer der ersten beschrieb der amerikanische Kinderarzt C.H. Kempe (1962) die Kindesmisshandlung unter dem Begriff des „battered-child-syndrom“. Später unterschied Remschmidt (1986) die physische Misshandlung von der Vernachlässigung, der emotionalen Misshandlung und dem sexuellen Missbrauch. Bei der physischen Misshandlung steht zumeist der Züchtigungsversuch der Eltern gegenüber dem Kind im Vordergrund. Oftmals zieht eine Eskalation schwerwiegende Verletzungen oder sogar den Todesfall des Kindes nach sich. Wie beim sexuellen Missbrauch ist auch im Bereich der physischen Misshandlung bislang keine einheitliche internationale Definition existent. Übereinstimmende Grundlage aller bestehenden Definitionen ist die willentliche Handlung oder das bewusste Aussetzen

des Kindes der Gefahr einer Schädigung, welches mannigfaltige physische schädigende Verhaltensweisen wie etwa Schläge, Stöße, Verbrennungen oder Stiche beinhaltet und diverse körperliche Verletzungen unterschiedlichen Schweregrades nach sich zieht (Engfer, 1997; Sedlak & Broadhurst, 1996). Engfer (1997) betont dabei die Empfindlichkeit des Kindes entsprechend seines Alters, Dornes (1997) berücksichtigt die Häufigkeit der körperlichen Bestrafungen.
Abweichungen der empirischen Daten zu kindlicher physischer Misshandlung unterliegen den gleichen Umständen wie in der Forschung im Bereich des sexuellen Missbrauchs und sollen hier nicht weiter erörtert werden (vgl. 1.4.1.2.2).

1.4.1.2.4 Emotionale Misshandlung

Jede Form der Misshandlung beinhaltet in ihren Grundzügen eine emotionale Misshandlung. Dies gilt sowohl für die im Allgemeinen verstandene emotionale Misshandlung ohne körperliche Übergriffe, als auch für jede Form der physischen Misshandlung, zumal diese immer auch eine psychische Komponente enthält. So ist es nicht verwunderlich, dass die emotionale Misshandlung inzwischen als häufigste Form kindlicher Misshandlung gilt (Kaplan, Pelcovitz & Labruna, 1999). Dennoch ist diese Missbrauchsform bislang kaum Gegenstand empirischer Forschung gewesen. Dementsprechend gering ist die Befundlage.
In einem Themenheft von „Development and Psychopathology“ (1991) werden die Schwierigkeiten erörtert, die damit verbunden sind, den Begriff der emotionalen Misshandlung zu definieren. Die Grenzen zwischen üblichen Praktiken und psychisch schädigendem Elternverhalten sind fließend (Thompsen & Kaplan, 1996). Die Folgen von psychisch verletzenden elterlichen Handlungsweisen hängen stark vom Alter und der individuellen Reife des Kindes ab. Darüber hinaus gibt es kein einheitliches Kindverhalten, dass auf eine emotionale Misshandlung rückschließen lässt.
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass unter emotionaler Misshandlung alle Handlungen oder Unterlassungen von Eltern oder anderen Betreuungspersonen subsummiert werden, die Kinder ängstigen, überfordern, ablehnen und abwerten und ihnen dadurch das Gefühl der Wertlosigkeit vermitteln. Glaser (2002) erweitert ihre Definition durch entwicklungsunangemessene oder inkonsistente elterliche Verhaltensweisen gegenüber dem Kind - wie Überbehütung oder Einengung kindlicher Erfahrungsräume - und berücksichtigt ferner den mangelnden Respekt für die Individualität des Kindes.

Verschiedene empirische Studien kamen zu Prävalenzraten emotionaler Misshandlung in der Allgemeinbevölkerung von 6 bis 18%, ohne die zugrundeliegenden Definitionen zu erläutern, was Aussagekraft sowie Vergleichbarkeit der Untersuchungen deutlich schmälert (Government Statistical Service, 2000; US Department of Health and Human Services, 1998). Andere Studien basieren auf einer sehr engen, verhaltensgebundenen Operationalisierung im Sinne einer verbalen Misshandlung und/oder Androhung körperlicher Misshandlung (Johnson et al., 2001; Sedlack & Broadhurst, 1996). Johnson und Kollegen (2001) ermittelten vor diesem Hintergrund eine Prävalenzrate von 9,8% unter 793 Probanden in einer New Yorker Längsschnittstudie.

Da keine allgemein gültigen objektivierbaren Kriterien für eine emotionale Misshandlung vorliegen, die Beurteilung der kindlichen Schädigung im Vergleich zu anderen Missbrauchsformen schwieriger ist und zudem nicht ausgeschlossen werden kann, ob tatsächlich das elterliche Verhalten ausschlaggebend für die kindliche Beeinträchtigung ist, liegt der Fokus der Forschung überwiegend auf anderen Missbrauchsformen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Grenzen zwischen emotionaler und physischer Misshandlung schwer bestimmbar sind und darüber hinaus häufig mehrere Missbrauchsformen gleichzeitig vorliegen (Government Statistical Service, 1997).

1.4.1.2.5 Emotionale und physische Vernachlässigung

Auch die Begriffe der emotionalen und physischen Vernachlässigung sind nicht hinreichend in der Literatur festgelegt. Die emotionale Vernachlässigung ist nur schwer von der emotionalen Misshandlung abzugrenzen. Sie umfasst im Wesentlichen den Aspekt der mangelnden bzw. falschen Förderung der kindlichen Sozialkompetenz (Glaser, 2002). Im Gegensatz dazu ist die physische Vernachlässigung als eine passive Form der physischen Misshandlung zu sehen. Sie beinhaltet die Vernachlässigung der medizinischen Versorgung, der Bildung und der Ernährung sowie das Fehlen stimulativer und emotionaler Pflege und häuslichen Schutzes (Klaus, 1980). Dabei scheint die Verletzung der Aufsichtspflicht die häufigste Form von Vernachlässigung zu sein (Jonson-Reid, Drake, Chung & Way, 2003).

Während zu Rahmenbedingungen der emotionalen Vernachlässigung kaum empirische Daten vorliegen, ist die physische Vernachlässigung häufig mit niedrigem sozialen Status (Esser, 1994; Wolff, 1994) oder psychischen Erkrankungen der Eltern

wie Depressionen und Substanzabusus assoziiert (Lawton-Hawley & Disney, 1992). Auch hier muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden, da die Grenzen zur physischen Misshandlung fließend sind und die physische Vernachlässigung bei identifizierter physischer Misshandlung nicht genauer betrachtet wird.

1.4.1.2.6 Folgen kindlicher interpersonaler Traumatisierung

Die Konfrontation mit überwältigenden und lebensbedrohlichen Erlebnissen führt oft zu nachhaltigen Folgen für die Betroffenen. In einer großen epidemiologischen Untersuchung kamen Kessler und Kollegen (1995) zu einer Lebenszeitprävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung bei Männern von 8% und bei Frauen von 20%. Das Risiko unterschied sich dabei je nach Art des Stressors. Während Unfälle und Naturkatastrophen mit geringeren Risiken belastet waren, wurde die Wahrscheinlichkeit bei Vergewaltigungen (55,5%), Kriegserlebnissen (38,8%) und Kindesmisshandlungen (35,4%) sehr hoch eingeschätzt. Darüber hinaus ziehen frühe Traumatisierungen in der Regel tiefgreifendere Folgen nach sich als traumatische Erlebnisse im Erwachsenenalter. Frühe Traumatisierungen beeinträchtigen auf einschneidende Weise die psychoemotionale Entwicklung. Erst im Laufe des Heranwachsens werden Stabilität der Persönlichkeitsstruktur, des Selbstvertrauens und des Vertrauens in eine konstante Umwelt sowie Fähigkeiten zur Affektregulation als Folge einer stabilen und positiv erlebten Bindung an die Eltern erworben. Frühe Traumatisierungen sind besonders schädlich, wenn die primären Bezugspersonen mitbetroffen sind, wenn es zu einer Trennung von ihnen kommt, wenn ihre extreme Hilflosigkeit erlebt wird oder aber wenn sie selbst Verursacher der Traumatisierung sind (Egle, Hoffmann & Joraschky, 2005).
Allen oben beschriebenen Missbrauchsformen liegen bedrohliche Situationen zugrunde, die zumeist die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen, mit Gefühlen der Hilflosigkeit sowie der schutzlosen Preisgabe einhergehen und eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirken (Fischer & Riedesser, 2003). Während physische Misshandlungen und sexueller Missbrauch ein Übermaß an Stimulierung bieten, wirkt auch das Gegenteil, ein Mangel an Stimulierung, wie er beispielsweise bei Deprivationen vorliegt, hemmend auf die normale Entwicklung (Shengold, 1995). Den verschiedenen Formen kindlicher interpersonaler Traumatisierung und ihrem Zusammenwirken wird deshalb eine entscheidende Rolle im Hinblick auf Risikokonstellationen für die Entwicklung

psychischer Störungen zugemessen (Bryer, Nelson, Miller & Krol, 1987; Keaney & Farley, 1996; Kendler et al., 2000; Kessler, Davis & Kendler, 1997; Mulder, Beautrais, Joyce & Fergusson, 1998; Walker et al., 1992). In zahlreichen Übersichtsarbeiten wurde auf die verschiedenen Bereiche psychischer Funktionseinschränkungen eingegangen, die in der Folge traumatischer Erlebnisse auftreten können (Egle et al., 2005). Das Spektrum chronischer Traumafolgen beschränkt sich dabei keineswegs auf die sog. traumatypischen Syndrome (Posttraumatische Belastungsstörungen, dissoziative Störungen), sondern umfasst viele Beeinträchtigungen, die üblicherweise nicht direkt mit dem Erleben eines Traumas in Verbindung gebracht werden. Die Datenlage spricht dafür, dass kindliche interpersonale Traumatisierungen mit einer Vielzahl psychiatrischer Störungen assoziiert sind - wie Angststörungen, affektive Störungen, Suizidalität, Abhängigkeitserkrankungen, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen (Kendler et al., 2000). Opfer von Missbrauch oder Misshandlung weisen selten eine Monosymptomatik auf. Meist handelt es sich um komplexe multisymptomatische Krankheitsbilder, die derart vielgestaltig sind, dass sich kein typisches „Missbrauchssyndrom“ ableiten lässt (Beitchman et al., 1992). Darüber hinaus liegen zumeist verschiedene Missbrauchsformen parallel vor (Wolfe & McGee, 1994), so dass eine Zuordnung von Symptomen zu einzelnen Missbrauchsformen unmöglich ist.

Die Prognose nach traumatischen Erfahrungen hängt neben Art und Schwere der kindlichen Misshandlung unter anderem auch von Dauer und Häufigkeit sowie der Beziehung zum Täter ab (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993; Richter-Appelt, 1994). Ein nicht unerheblicher Teil der Opfer kindlicher interpersonaler Traumatisierungen weist allerdings im Erwachsenenalter keine psychosozialen Beeinträchtigungen auf. Verantwortlich dafür scheinen Schutzfaktoren zu sein, die eine positive Wirkung auf die Entwicklung des Opfers haben oder aber Auswirkungen von Risikofaktoren modifizieren (Örter, von Hagen, Röper & Noam, 1999). Garmezy (1985) unterscheidet drei Typen von Schutzfaktoren, die die kindlichen Coping-Strategien verstärken und so die Entwicklung von Folgen nach traumatischen Erfahrungen beeinflussen, und zwar die Persönlichkeit des Kindes, den familiären Zusammenhalt sowie das Vorhandensein externer Unterstützung.

1.4.2 Frühe interpersonale Einflüsse bei Patienten mit Zwangsstörungen

1.4.2.1 Erziehungsverhalten der Eltern von Patienten mit Zwangsstörungen

In frühen psychoanalytischen Thesen richtete bereits Freud seine Aufmerksamkeit auf die Rolle von elterlichem Erziehungsverhalten bei der Entwicklung von Zwangsstörungen (Freud, 1913). Seitdem gab es immer wieder Bemühungen, den Einfluss von elterlichen Charaktereigenschaften und Erziehungsverhalten auf die Entwicklung von Zwangsstörungen deutlich zu machen (Cavedo & Parker, 1994; Myhr, Sookman & Pinard, 2004; Rachman, 1976). Psychodynamische Theorien über Zwangsstörungen (und auch über die zwanghafte Persönlichkeitsstörung) heben dabei die Konstellation einer ungetrennten Beziehung zwischen Mutter und Kind und damit die nicht stattgefundene Trennung und Individualisierung hervor. Darüber hinaus bemerken Salzman und Thaler (1981), dass viele Neo-Freudianer eine gewisse Rigidität in der elterlichen Erziehung sähen und die Eltern als übermäßig kontrollierend und kompliziert wahrnähmen. Nicht auszuschließen ist ferner, dass elterliche Erziehungsgewohnheiten möglicherweise die Entwicklung von verzerrten Ansichten über Verantwortung, bedrohliche Situationen, Perfektionismus und Kontrolle von bzw. Toleranz für Zweideutigkeiten fördern (Steketee, Frost, Rheaume & Wilhelm, 1998). Elterliches Erziehungsverhalten beeinflusst so möglicherweise die Entwicklung von spezifischen Charaktereigenschaften, die für die Zwangsstörung typisch sind wie etwa Vermeidungsverhalten, wenig Kooperation und Spontaneität sowie Angst vor Veränderungen (Lyoo, Lee, Kim, Kong & Kwon, 2001). Allerdings finden diese Theorien bislang noch keine Unterstützung durch Daten empirischer Studien.

Insgesamt liegen nur wenige empirische Studien zum konkreten Verhalten der Eltern hinsichtlich Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken vor. In einer taiwanesischen Studie zeigte Tseng (1973) eine sehr enge Beziehung zwischen zehn zwanghaften Kindern und ihren Müttern und schätzte fünf der Mütter als überkritisch und überbehütend ein. Rachman (1976) präsentierte ein Modell, demzufolge konstitutionell prädisponierte, hypersensitive Kinder, die übermäßiger elterlicher Kontrolle und Sorge ausgesetzt waren, verschiedene Formen von Zwanghaftigkeit entwickeln. Rachman und Hodgson (1980) berichteten, dass Eltern von Zwangspatienten vermehrt als übermäßig kontrollierend, übermäßig beschützend und übermäßig kritisierend von ihren Kindern beschrieben wurden. 1985 stellte Rachman in einer Übersicht die Hypothese auf, dass es eine unspezifische genetisch bedingte

Vulnerabilität für die Entwicklung einer Zwangsstörung gebe, die mit familiären und sozialen Faktoren interagiere. Knölker (1986) fand in einer Studie an 52 zwangskranken Kindern und Jugendlichen ein überbehütendes und verwöhnendes Erziehungsverhalten der Mütter sowie einen strengen und autoritären Erziehungsstil der Väter. Als günstig postulierte er ein Elternverhalten, das von Verständnis, Konsequenz und Zuwendung geprägt sei. Diesen Erziehungsstil fand er nur bei 2% der Mütter und bei 17% der Väter.

Hafner wandte 1988 erstmals das „Parental Bonding Inventory“ (PBI; Parker et al., 1979) bei Patienten mit Zwangsstörungen an. Er untersuchte 93 Zwangspatienten einer australischen Selbsthilfegruppe und zeigte eindrucksvoll niedrige Scores für väterliche und mütterliche Fürsorge („parental care“) sowie signifikant erhöhte Werte für mütterliches Kontrollverhalten („overprotection“). Die methodischen Schwächen dieser Untersuchung liegen allerdings unter anderem darin begründet, dass die Probanden nicht persönlich befragt wurden, und die Diagnose ausschließlich auf der Basis der Ergebnisse von Fragebögen zur Selbstbeurteilung gestellt wurde. Hoekstra, Visser und Emmelkamp (1989) benutzten den Selbstbeurteilungsbogen „Egna Minnen Beträffande Uppfostran“ bzw. „Own Memories of Parental Rearing Experiences in Childhood“ (EMBU; Perris et al., 1980) zur Wahrnehmung von elterlichen Erziehungsgewohnheiten während der Kindheit und stellten fest, dass Zwangspatienten mehr Ablehnung und weniger emotionale Fürsorge durch ihre Eltern berichteten im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe. Höhere Werte für elterliche Kontrolle erreichten nur die Patienten, die unter einem Waschzwang litten. Kimidis und Kollegen (1992) entwickelten ein Instrument aus einer auf acht Items reduzierten Version des PBI kombiniert mit Fragen zur Psychopathologie und zeigten bei 631 australischen Erwachsenen eine signifikante Korrelation zwischen einem hohen Schweregrad für Zwangsgedanken bzw. Grübelneigung und einem niedrigen Score für elterliche (mütterliche und väterliche) Fürsorge sowie einem hohen Score für väterliches Kontrollverhalten. Zwangshandlungen korrelierten positiv mit elterlichem Kontrollverhalten. In einer Untersuchung von Cavedo und Parker (1994) wurden Verbindungen zwischen elterlichen Erziehungsgewohnheiten und Zwanghaftigkeit („obsessionality“) anhand des von Parker und Kollegen (1979) entwickelten PBI untersucht. Sie zeigte, dass übermäßig beschützende und kontrollierende Erziehungsformen positiv mit dem Schweregrad von Zwangssymptomen korrelierten. Diese Zusammenhänge blieben auch nach Kontrolle von Angst- und Depressionssymptomen bestehen. Die Autoren bemerkten darüber hinaus, dass Korrelationen zwischen elterlicher Fürsorge und Zwangssymptomatik unklar blieben.

Allerdings muss berücksichtigt werden, dass sich die Stichprobe aus gesunden Studenten einer amerikanischen Universität zusammensetzte. Selbst starke Ausprägungen von Zwangssymptomen sind hier nicht mit einer Zwangserkrankung gleichzusetzen.

Über diese Befunde hinaus existieren einige Studien, die neben Zwangserkrankungen zusätzlich weitere psychiatrische Diagnosegruppen umfassen, etwa Patienten mit Depression (Vogel et al., 1997; Yoshida et al., 2005) und Patienten mit Panikstörungen (Turgeon et al., 2002). So verglichen Vogel und Kollegen (1997) eine Gruppe von Zwangspatienten mit einer Gruppe von Patienten mit Depression sowie einer gesunden Vergleichsgruppe im Hinblick auf elterliche Fürsorge und Kontrolle anhand des PBI (Parker et al., 1979). Patienten mit der Diagnose einer Depression erfuhren signifikant mehr mütterliche Kontrolle und signifikant weniger elterliche Fürsorge im Vergleich zur Kontrollgruppe. Es wurden jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zwangspatienten und der Vergleichsgruppe gefunden. Auffällig war, dass die Gruppe von Zwangspatienten, die unter einer komorbiden Depression litt (46%), signifikant weniger elterliche Fürsorge und mehr elterliche Kontrolle berichtete. Daraus schlossen die Autoren, dass elterliche Erziehungsgewohnheiten als Vulnerabilitätsfaktor spezifischer auf die Entwicklung einer Depression als auf die Entwicklung einer Zwangsstörung wirken. Allerdings wurde hier nur eine Gruppe von 26 Zwangspatienten betrachtet, was vermutlich nicht ausreicht, um signifikante Unterschiede nachzuweisen. Turgeon und Kollegen (2002) untersuchten das wahrgenommene elterliche Erziehungsverhalten von 43 Patienten mit Zwangserkrankung, 38 Patienten mit Panikstörung sowie einer aus 120 Personen bestehenden Kontrollgruppe mit Hilfe des Parental Bonding Inventory (PBI; Parker et al., 1979) und des Own Memories of Parental Rearing Experiences in Childhood (EMBU; Perris et al., 1980). Die Untersuchung konnte zeigen, dass sowohl Patienten mit Zwangsstörung als auch Patienten mit Panikstörung ihre Eltern als besonders kontrollierend wahrnahmen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Methodische Schwächen dieser Untersuchung bestanden in der Tatsache, dass die Probanden durch Werbung in den Medien für die Studie gewonnen wurden, mit möglichen Auswirkungen auf die Repräsentativität der Stichprobe. Darüber hinaus wurde die gesunde Kontrollgruppe nicht direkt befragt, sondern in Bezug auf psychiatrische Diagnosen lediglich im Rahmen eines Telefonates „gescreent“.

Mit Ausnahme der Untersuchung von Vogel und Kollegen (1997) verzeichneten die

oben genannten Untersuchungen übereinstimmend einen Zusammenhang zwischen einer bestehenden Zwangsstörung und elterlichem Kontrollverhalten. Diese Ergebnisse wurden 2005 durch Yoshida und Kollegen bestätigt. Sie evaluierten elterliche Erziehungsgewohnheiten von vier verschiedenen Gruppen anhand des PBI (Parker et al., 1979): Depressive Patienten mit schweren sowie leichten zwanghaften Charaktereigenschaften, Zwangspatienten und eine gesunde Kontrollgruppe. Die Unterteilung der depressiven Patienten in eine Gruppe mit leichten und in eine Gruppe mit schweren zwanghaften Charaktereigenschaften erfolgte zuvor anhand eines Cut-off-Scores des „Maudsley Obsessional–Compulsive Inventory“ (Hodgson & Rachman, 1977; Tadai, Nakamura, Okazaki & Nakajima, 1995). Der Score für elterliches Kontrollverhalten war bei den depressiven Patienten mit schweren zwanghaften Charaktereigenschaften und den Zwangspatienten signifikant höher als bei den Patienten mit leichten zwanghaften Charaktereigenschaften und der gesunden Kontrollgruppe. Sie folgerten, dass elterliches Kontrollverhalten, vor allem durch den Vater, assoziiert sei mit der Entwicklung von Zwangsstörungen sowie von Depressionen in Verbindung mit zwanghaften Wesenszügen.

Auffällig ist, dass kaum Befunde zu Verbindungen zwischen entwicklungshemmenden Erziehungsstilen und manifesten Traumatisierungen wie physischer Misshandlung und sexuellem Missbrauch vorliegen. Die Ausnahme bildet eine empirische Untersuchung an 108 zwangskranken Erwachsenen (Csef, 1988), die das Bild eines kontrollierenden elterlichen Erziehungsstils ergab, ohne dass allerdings die Erziehungsgewohnheiten systematisch untersucht wurden. Darüber zeigte sich häufig massive körperliche Gewalt der Väter gegen die später zwangskranken Söhne.

Auch nach sorgfältiger Recherche waren in der Literatur keine Daten zu emotionaler Misshandlung bzw. Vernachlässigung in der Kindheit von Patienten mit Zwangsstörungen zu identifizieren. Entsprechend der Schwierigkeit, die Begriffe der emotionalen Misshandlung und Vernachlässigung zu definieren, sind die Grenzen zu potenziell entwicklungshemmenden Erziehungsstilen allerdings nur schwer zu ziehen (Engfer, 1997).

1.4.2.1.1 Auswirkungen auf Symptomatik und Verlauf

In der Mehrzahl der vorgestellten Untersuchungen wurden ausschließlich Dimensionen des elterlichen Erziehungsverhaltens vor dem Hintergrund einer bestehenden Zwangserkrankung betrachtet. Dabei wurde die Zwangserkrankung sehr variabel entweder durch Selbstrating der Patienten (Hafner, 1988), in verschiedenen Untersuchungen auch anhand gängiger Instrumente diagnostiziert (Turgeon et al., 2002; Vogel et al., 1997; Yoshida et al., 2005). Studien, die die Schwere der Zwangssymptomatik in Zusammenhang mit einzelnen Aspekten des elterlichen Erziehungsstils betrachten, sind deutlich unterrepräsentiert (Cavedo & Parker, 1994; Kimidis et al., 1992; Yoshida et al., 2005). Ebenso unbefriedigend ist die Befundlage zum Einfluss von entwicklungshemmenden Erziehungsstilen auf weitere klinische Parameter und den Krankheitsverlauf bei Patienten mit Zwangserkrankungen.

Eine Studie, die auch klinische Parameter mitberücksichtigte, ist die von Alonso und Kollegen (2004). Sie untersuchten Unterschiede in Bezug auf wahrgenommene elterliche Erziehungsgewohnheiten von Zwangspatienten und Probanden einer gesunden Kontrollgruppe. Dabei wurden Verbindungen zwischen elterlichen Eigenschaften, depressiven Symptomen und der Ausprägung einzelner Zwangssymptome beleuchtet. Ein Ergebnis der Untersuchung war, dass Zwangspatienten vermehrt ablehnendes Verhalten und weniger emotionale Fürsorge ihrer Väter wahrnahmen. Allerdings fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich wahrgenommener elterlicher Kontrolle zwischen Zwangspatienten und der Vergleichsgruppe. Sammelzwang war das einzige Zwangssymptom, das deutlich mit der Wahrnehmung verminderter emotionaler Wärme der Eltern assoziiert war. Ansonsten konnten keine signifikanten Verbindungen zwischen bestimmten Zwangsformen und einer der drei Dimensionen elterlicher Erziehungsstile gemäß EMBU (Perris et al., 1980) nachgewiesen werden. Der Schweregrad depressiver Symptome bei Zwangspatienten korrelierte nicht mit den Scores charakteristischer elterlicher Erziehungsgewohnheiten. Zu erwähnen bleibt aber, dass keiner der in die Studie eingeschlossenen Zwangspatienten die Kriterien einer schweren depressiven Episode oder einer Dysthmie gemäß DSM-IV (APA, 1994) erfüllte, sondern ausschließlich leichte bis moderate depressive Symptome vorkamen.
Bei zusammenfassender Betrachtung fällt auf, dass keine Angaben über Zusammenhänge zwischen potenziell entwicklungshemmenden Erziehungspraktiken und Parametern des Krankheitsverlaufs von Zwangspatienten vorliegen, wie dem

Ersterkrankungsalter, der Anzahl stationärer Aufenthalte, der Behandlungsdauer und etwaiger Suizidalität.
Eine interessante Beobachtung betrifft das häufige Vorliegen von klinischen und subklinischen Zwangsmerkmalen sowie affektiven Störungen und Angststörungen bei Eltern von Zwangspatienten (Rasmussen & Tsuang, 1986). Diese Tatsache spielt möglicherweise eine bedeutende Rolle hinsichtlich elterlicher Erziehungsgewohnheiten, zumal der Zusammenhang zwischen elterlicher Psychopathologie und Erziehungsgewohnheiten das Verständnis von familiären Einflüssen auf die Entwicklung von Zwangsstörungen erweitern kann.

1.4.2.2 Traumatisierungen bei Patienten mit Zwangsstörungen

Im Rahmen der inzwischen stark entwickelten Forschung im Bereich der Psychotraumatologie wurden während der letzten Jahre auch die Zusammenhänge zwischen traumatischen Lebensereignissen und Zwangsstörungen verstärkt diskutiert. Zwangserkrankungen zählen jedoch zu den Störungen, für die bislang kaum Befunde zu frühen Traumatisierungen vorliegen. Obwohl in den ausführlichen und differenzierten Reviews von Browne und Finkelhor (1986) und von Moggi (1991) die einzelnen psychiatrischen Störungen sehr detailliert aufgeführt werden, finden sich keine Angaben über die Zwangserkrankung. Auch in der Monographie von Hirsch (1987) und bei Backe, Leick, Merrick und Michelsen (1986) bleibt die Zwangserkrankung unerwähnt. Zahlreiche Untersuchungen an stationären (Brown & Anderson, 1991) oder ambulanten (Surrey, Swett, Michaels & Levin, 1990; Swett, Surrey & Cohen, 1990) Patienten mit psychiatrischen Störungen, die Opfer von Missbrauch geworden sind, berichten ebenfalls nichts über Zwangsstörungen. Dennoch begann während der letzten Jahre eine sehr überschaubare Zahl wissenschaftlicher und klinischer Aktivitäten, die Verknüpfungen zwischen traumatischen Erfahrungen und Zwangsstörungen aufzugreifen und sich mit dieser Fragestellung auseinander zu setzen. Im Sinne einer Erweiterung des gängigen Diathese-Stress-Modells wurde von verschiedenen Autoren postuliert, dass Traumata bei Patienten einen entscheidenden Anteil an der Entstehung von solchen Vulnerabilitäten haben, die zur Entstehung späterer Zwangserkrankungen beitragen könnten (De Silva & Marks, 2001; Rachman, 1997; Rheaume, Freeston, Leger & Ladouceur, 1998). Empirische Unterstützung findet dieses Konzept u. a. durch eine Anzahl von Untersuchungen, die hohe Prävalenzraten traumatischer Erlebnisse bei

Zwangspatienten belegen können (Jordan et al., 1991; Khanna, Rajendra & Channabasavanna, 1988; Lochner et al., 2002; Saunders et al., 1992; Solomon, 1993; Stein et al., 1996; Toro, Cervera, Osejo & Salamero, 1992). Diese Studien untersuchten jedoch selten ausschließlich Zwangspatienten. Im Folgenden werden deshalb auch Studien berücksichtigt, deren Stichproben zusätzlich weitere psychiatrische Diagnosegruppen umfassten, etwa Patienten mit Angststörungen oder Trichotillomanie. Desweiteren wird deutlich, dass sich die Mehrzahl der Untersuchungen an Zwangspatienten mit der Prävalenz komorbider Traumastörungen im Sinne der aktuellen diagnostischen Kategorien nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) bzw. DSM-IV (APA, 1994) befasste, insbesondere der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

1.4.2.2.1 Traumatische Erfahrungen als Ursache für Zwangsstörungen

1879 wurde erstmals ein Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und Zwangsvorstellungen hergestellt. Von Krafft-Ebing beschrieb eine gewisse Zahl von Fällen, bei denen die Zwangsvorstellung an ein äußeres Ereignis von erschütterndem Einfluss anknüpfte, wie etwa der Anblick eines Mordes oder einer Hinrichtung, ein Brandunglück oder der Selbstmord einer nahe stehenden Person (zitiert nach Warda, 1905). Janet beobachtete 1903, dass sich eine Zwangsstörung auch akut bei gesunden Menschen unter mentalem oder körperlichem Stress entwickeln könne. Er beschrieb den Fall einer 59 Jahre alten Frau, die eine Zwangsstörung entwickelte, nachdem sie den Leichnam ihrer Tochter gesehen hatte, die in einem Feuer umgekommen war. Als weitere Beispiele nannte er Unfälle, Infektionen, Schwangerschaft und schweren emotionalen Schock. Darüber hinaus war er der Ansicht, dass es bei Bestehen einer gewissen Konstitution unter dem Einfluss eines mentalen oder physischen Traumas zu einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Exazerbation der Zwangssymptomatik bei bestehender Zwangserkrankung kommen könne (zitiert nach Pitman, 1987). Diese bereits im 19. und frühen 20. Jahrhundert formulierten Beobachtungen decken sich mit den Erkenntnissen, die später an verschiedenen Kriegsschauplätzen augenscheinlich wurden. In einer Studie über psychiatrische Störungen bei Vietnamkriegsveteranen konnten Jordan und Kollegen (1991) bei denjenigen, die schwere Kriegserfahrungen gemacht hatten, eine Prävalenz für Zwangsstörungen von 5,2% nachweisen. Diese Rate ist deutlich höher als in der Normalbevölkerung (1% nach Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005). Diese Befunde

stützen die These, dass Traumaerfahrungen von lebensbedrohlichem und katastrophisierendem Charakter - wie etwa Kriegserlebnisse - das Risiko erhöhen, chronische psychische Störungen zu entwickeln (Fairbank & Brown, 1987; Kolb, 1989). In Anlehnung an die Ergebnisse von Jordan und Kollegen (1991) beschrieb Pitman (1993) einen Fall von posttraumatischer Zwangsstörung eines Vietnamkriegsveteranen, der sowohl eine Zwangsstörung als auch eine PTBS unter der traumatischen Erfahrung des Krieges entwickelt hatte. Pitman schrieb dem erlittenen emotionalen Trauma eine potenzielle Rolle für die Pathogenese von Zwangssymptomen zu und stellte die Vermutung an, dass unter den Vietnamkriegsveteranen eine hohe Dunkelziffer an nicht-diagnostizierten Zwangserkrankungen zu finden sei. Darüber hinaus beklagte er, dass die traumabedingte Zwangsstörung bisher noch keine Aufmerksamkeit in der bestehenden Fachliteratur erhalten habe.

Eine Untersuchung von Solomon (1993) zeigte, dass israelitische Kriegsveteranen erhöhte Werte von Zwangssymptomen in der Symptom-Checklist-90-R (Derogatis, 1977) im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwiesen. Somasundaram (1998) beschrieb in seinem Artikel zwei Fälle, in denen sich nach einem schweren Trauma im bewaffneten Konflikt in Sri Lanka eine Zwangsstörung entwickelt hatte. Auch wenn Toro und Kollegen (1992) fanden, dass bei 53% aller Zwangspatienten dem Beginn der Erkrankung ein stressvolles Lebensereignis vorangegangen war, ist die Zwangsstörung nicht nur mit bestimmten Formen von stressvollen Lebensereignissen assoziiert, wie etwa Kriegshandlungen, wachsender Verantwortung durch die Geburt eines Kindes oder Verlusterlebnisse, sondern auch mit länger zurückliegenden traumatischen Erfahrungen (McKeon, Roa & Mann, 1984). So untersuchten Saunders und Kollegen (1992) Zusammenhänge zwischen kindlichem sexuellem Missbrauch und der Entwicklung von psychischen Störungen bei einer repräsentativen Stichprobe von Frauen aus der Allgemeinbevölkerung. Dabei wurden die verschiedenen Formen des sexuellen Missbrauchs entsprechend ihres Schweregrades in drei Gruppen kategorisiert (Vergewaltigung, sexuelle Belästigung mit Körperkontakt und sexuelle Belästigung ohne körperlichen Kontakt) und vor dem Hintergrund der verschiedenen psychischen Störungen betrachtet. Die Prävalenzrate für Zwangsstörungen lag bei Frauen ohne kindlichen sexuellen Missbrauch in der Vergangenheit bei 2,3%, während Frauen, die in ihrer Kindheit Opfer sexueller Belästigung mit körperlichem Kontakt geworden waren, eine Rate von 10,5% aufwiesen. Unter Frauen, die in ihrer Kindheit vergewaltigt worden waren, ließ sich sogar eine Rate von 15,4% feststellen. Im Gegensatz dazu fand sich bei Frauen, die sexuell belästigt worden, aber keinem

körperlichem Kontakt ausgesetzt waren, eine Prävalenzrate von 2,9%. Insgesamt fiel auf, dass sexuelle Angriffe, bei denen es nicht zu körperlichem Kontakt gekommen war, keinen Risikofaktor für eine psychische Störung darstellten. Diese Frauen wiesen zudem kein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer PTBS auf. Zusammenfassend hielten Saunders und Kollegen fest, dass das Lebenszeitrisiko für psychische Störungen nach sexuellen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit deutlich erhöht sei. Nach einer Vergewaltigung bestand ein sechsmal größeres Risiko, an einer Zwangsstörung zu erkranken, Opfer sexueller Belästigung in der Kindheit erlitten 4,5mal häufiger eine Zwangsstörung.
Bislang ist jedoch nicht erwiesen, ob ein kausaler Zusammenhang zwischen frühkindlichen Traumatisierungen und schweren psychischen Störungen bestehe oder darüber hinaus andere Faktoren, wie die Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht und/oder Substanzmissbrauch Einfluss nehmen (Goodman, Dutton & Harris, 1997).

1.4.2.2.2 Prävalenzraten traumatischer Erfahrungen bei Patienten mit Zwangsstörungen

In einer Studie, die sich nicht ausschließlich auf Zwangspatienten konzentrierte, untersuchten Stein und Kollegen (1996), ob sich frühkindliche interpersonale Traumatisierungen, wie etwa physische Misshandlung und sexueller Missbrauch, häufiger bei Menschen mit Angststörungen finden ließen als in einer Kontrollgruppe. Hierbei schlossen sie eine Patientengruppe von 125 Personen ein, die nach DSM-IV (APA, 1994) an Panikstörung, sozialer Phobie oder einer Zwangsstörung litten sowie eine nach Alter und Geschlecht gematchte Kontrollgruppe. Diese Untersuchung zeigte, dass sowohl bei Männern (15,5%) als auch bei Frauen (33,3%) mit Angststörungen signifikant mehr physische Misshandlung vorkam als bei der Kontrollgruppe (8,1%). Ferner hatten die Frauen mit der Diagnose Angststörung mehr sexuellen Missbrauch erlitten (45,1%) als die Frauen der Kontrollgruppe (15,4%), im Besonderen die Frauen mit Panikstörungen (60%) und die Frauen mit anderen Angststörungen, nämlich Zwangsstörungen oder sozialer Phobie (30,8%). Die Erhebung der kindlichen Traumatisierungen erfolgte durch ein selbstentwickeltes semi-strukturiertes Interview auf der Grundlage des „Dissociative Disorders Interview Schedule“ (Ross et al., 1989; Ross & Joshi, 1992). Lochner und Kollegen (2002) untersuchten mit Hilfe des „Childhood Trauma Questionnaire“ (Bernstein & Fink, 1998) kindliche Traumatisierung

bei Patientinnen mit Zwangsstörung und Trichotillomanie. Das CTQ ist ein Selbstbeurteilungsbogen, der fünf verschiedene Arten von Traumatisierungen unterscheidet: emotionale, physische und sexuelle Misshandlung („emotional abuse“, „physical abuse“ und „sexual abuse“) sowie emotionale und physische Vernachlässigung („emotional neglect“ und „physical neglect“). Die Stichprobe wurde aus einer Klinik für Angststörungen bzw. einem College rekrutiert und umfasste 74 Zwangspatienten, 36 Patienten mit Trichtillomanie (TTM) sowie eine 31köpfige gesunde Kontrollgruppe. Die Diagnose wurde gemäß DSM-IV (APA, 1994) anhand des „Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-1-Disorders“ (SCID-I/P; First, Spitzer, Gobbon & Williams, 1998) für die Zwangsstörung und anhand des „Structured Clinical Interview for the Diagnosis of OCD Spectrum Disorders“ (SCID-OCSD; Du Toit, van Kradenburg, Niehaus & Stein, 2001) für die Trichotillomanie (TTM) gestellt. Die Ergebnisse zeigten signifikant häufiger Formen von kindlicher Traumatisierung in der Patientengruppe (40,8% der Zwangspatienten, 41,8% der Patienten mit TTM) im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe (32,4%). Dabei ließen sich alle Formen von Traumatisierung signifikant häufiger unter den Patienten antreffen, speziell die emotionale Vernachlässigung war in beiden Patientengruppen höher vertreten, wobei sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten mit einer Zwangsstörung (10,1%) und den Patienten mit Trichotillomanie (10,3%) nachweisen ließ. Die physische Misshandlung lag bei den Patienten mit TTM mit einer Rate von 6,5% signifikant höher als bei den Zwangspatienten (5,9%) und der gesunden Kontrollgruppe (5,6%). Es muss jedoch erwähnt werden, dass in diese Studie nur Frauen eingeschlossen wurden, darüber hinaus eventuelle Komorbiditäten keine Berücksichtigung fanden. Drei Jahre später arbeiteten Lochner und Kollegen in einer größer angelegten Stichprobe (278 Patienten mit Zwangsstörung sowie 54 Patienten mit TTM) erneut Unterschiede zwischen Zwangsstörungen und Trichotillomanie (TTM) heraus und zeigten dabei im Gegensatz zu ihren Forschungsergebnissen von 2002, dass Zwangspatienten signifikant häufiger sexuellen Missbrauch gemäß CTQ berichteten als die Vergleichsstichprobe mit der Diagnose TTM. Da die Frage nach Traumatisierung in dieser Studie nur eine untergeordnete Rolle spielte, finden sich keine Angaben zu Prävalenzraten der verschiedenen Traumatisierungsformen.

Die Vergleichbarkeit der obigen Studien ist aufgrund vieler Faktoren wie der uneinheitlichen zugrundeliegenden Definitionen, der unterschiedlichen Erhebungsmethoden und der Heterogenität der Stichproben eingeschränkt. Hinsichtlich der Beschaffenheit der Stichprobe beeinflussen Parameter wie etwa Alter, Diagnosen oder soziale Schicht die Ergebnisse (Goodman, Dutton & Harris, 1995;

Davies-Netzley, Hurlburt & Hough, 1996).

1.4.2.2.3 Einfluss von Traumatisierungen auf Symptomatik und Verlauf

In verschiedenen Untersuchungen konnten Zusammenhänge zwischen kindlichen Traumatisierungen und einer deutlicher ausgeprägten Symptomatik bzw. einem schwierigeren Verlauf bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen festgestellt werden (Bryer et al., 1987; Muenzenmaier, Meyer, Struening & Ferber, 1993; Read, Agar, Argyle & Aderhold, 2003; Ross, Anderson & Clark, 1994; Swett et al., 1990). Dabei muss jedoch erwähnt werden, dass bei diesen Studien überwiegend andere Diagnosegruppen im Vordergrund standen (Ross et al., 1994; Read et al., 2003), chronisch psychiatrisch Erkrankte untersucht wurden (Muenzenmaier et al., 1993) oder Angaben zu den Diagnosen fehlten (Bryer et al., 1987). Bei zusammenfassender Betrachtung wird somit deutlich, wie wenig man über Unterschiede bei Zwangspatienten mit und ohne kindliche Traumatisierung im Hinblick auf Symptomatik, klinische Verlaufsparameter und Therapieausgang weiß.
Eine Untersuchung von Hartl, Duffany, Allen, Steketee und Frost (2005) befasste sich mit Komorbiditäten wie Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) und PTBS bei Patienten mit Sammelzwang. Obwohl der Sammelzwang bei zahlreichen psychischen Störungen beobachtet werden kann, so etwa bei organischen psychischen Störungen (Greenberg, 1987) oder bei Schizophrenie (Greenberg, Witztum & Levy, 1990), ist er doch am häufigsten mit der Zwangsstörung assoziiert und kommt in 18 bis 33% der Fälle von Zwangserkrankungen vor (Frost, Krause & Steketee, 1996). Eine Studie über den Therapieerfolg bei Zwangspatienten mit vs. ohne Sammelzwang wies auf schlechtere Therapieausgänge bei betroffenen Patienten hin (Black et al., 1998). Vor diesem Hintergrund prüften Hartl und Kollegen begleitende Symptome wie herabgesetzte Aufmerksamkeit, Hyperaktivität sowie verschiedene Typen von Traumatisierungen bei 26 Patienten mit Sammelzwang im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe. Der Schweregrad des Sammelzwangs wurde anhand des „Saving inventory-revised“ (SI-R; Frost, Steketee & Grisham, 2004) und der „Possessions comfort scale“ (PCS), die für diese Studie von den Autoren entwickelt wurde, erhoben. 16 unterschiedliche traumatische Erfahrungen wie etwa Autounfälle, Naturkatastrophen, physischer und sexueller Missbrauch erfragten sie mit Hilfe der „Traumatic events scale-lifetime“ (TES-L; Gershuny, Cloitre & Otto, 2002). Die ADHS-Symptome wurden durch den Selbstbeurteilungsbogen „Attention deficit/hyperactivity

disorder scale“ (ADHDS; Barkley & Murphy, 1998) erfasst, zusätzlich wurden Eigenschaften, wie Auffassungsgabe, Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit, mit dem „Cognitive failures questionnaire“ (CFQ; Broadbent, Cooper, FitzGerald & Parkes, 1982) geprüft. Dabei zeigte sich, dass 27% der Patienten mit Sammelzwang kindlichen sexuellen Missbrauch in Form von Vergewaltigung erlitten hatten, 31% in ihrer Kindheit zu sexuellen Handlungen gezwungen und 46% vor dem 18. Lebensjahr physisch misshandelt worden waren. In der gesunden Kontrollgruppe fanden sich Raten von 6% für körperliche Misshandlung vor dem 18. Lebensjahr sowie keine Form von kindlichem sexuellem Missbrauch. Parallel zu diesen hohen Prävalenzraten für kindliche interpersonale Traumatisierungen fanden sich in der Patientengruppe signifikant häufiger kognitive Defizite sowie Symptome eines ADHS.

Inzwischen zeichnen sich auch erste Bemühungen in der Forschung ab, Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und Zwangsinhalten herzustellen (Freeman & Leonard, 2000). So beschrieben Freeman und Leonard zwei Fälle von Kindern, die nach sexuellen Missbrauchserfahrungen unter Zwangsgedanken mit sexuellen und aggressiven Inhalten und/oder Waschzwängen litten.

Insgesamt gesehen liegen jedoch nicht nur wenige Daten zu Prävalenzen traumatischer Ereignisse bei Zwangspatienten vor, sondern es existieren keine klinischen Studien, die in einer homogenen Stichprobe von Zwangspatienten gezielt den Einfluss von Traumatisierungen auf Symptomunterschiede, Krankheitsverläufe und Therapieausgänge untersuchen. Zu qualitativen Aspekten der Zwangssymptomatik vor dem Hintergrund von interpersonalen Traumatisierungen ist die Datenlage bislang ebenso unergiebig.

1.4.2.2.4 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Beobachtung, dass schwere traumatische Erfahrungen mit psychischen Störungen in Zusammenhang stehen, schlug sich 1980 erstmals im DSM-III (APA, 1980) nieder, und zwar in Form der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Epidemiologische Untersuchungen zeigten, dass 79 bis 92% der PTBS-Patienten zusätzlich eine weitere Achse-I-Störung aufwiesen, und die PTBS eher selten als isoliertes Störungsbild vorlag (Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001; Creamer, Burgess & McFarlane, 2001; Kessler et al., 1995). In der oben erwähnten Studie von Creamer und Kollegen wurden sogar bei 50 bis 60% der Personen mit PTBS mindestens zwei weitere psychische Störungen diagnostiziert. Die genauen Angaben für Prävalenzen einzelner

Begleitdiagnosen variierten stark je nach Stichprobe, Art der Traumatisierung und Erhebungsmethode. An vorderster Stelle standen Depression, substanzinduzierte Störungen und Angststörungen (Creamer et al., 2001; Kessler et al., 1995; Meisler, 1996). Neben psychiatrischen Komorbiditäten scheint bei PTBS-Patienten auch das Risiko für somatische Beschwerden erhöht zu sein (Boscarino, 1997; Ehlers, 1999). Die hohen Prävalenzraten für komorbid bestehende Diagnosen bei PTBS zeigen, dass diese häufig als komplizierende Faktoren hinzukommen, und ihre Berücksichtigung in Therapien und Forschungsdesigns notwendig ist (Shalev et al., 1998).

Laut einer epidemiologischen Studie in der Allgemeinbevölkerung ist die Diagnose einer Zwangsstörung etwa zehnmal wahrscheinlicher, wenn eine PTBS vorliegt (Helzer, Robins & McEvoy, 1987). Zumeist wurden jedoch Zusammenhänge zwischen der posttraumatischen Belastungsstörung und Zwangsstörungen in Form von Fallstudien berichtet (Becker, 2002; de Silva & Marks, 1999, 2001; Gershuny et al., 2003; Kimble, 2000; Pitman, 1993; Riggs, 2000; Sasson et al., 2005). De Silva und Marks (1999) diskutierten in ihrem Artikel die Rolle von traumatischem Stress bei der Entstehung einer Zwangsstörung. Anhand von acht Fallbeispielen schilderten sie die ursächliche Rolle einer traumatischen Erfahrung, hier u. a. in Form eines tätlichen Angriffs oder einer Vergewaltigung, bei der Manifestation einer Zwangsstörung zusätzlich zu einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer signifikanten PTBS-Symptomatik. In einer weiteren Arbeit erörterten diese Autoren (2001) erneut die Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen, PTBS und Zwangsstörungen sowie mögliche Entstehungsmechanismen vor dem Hintergrund von sieben Fallbeispielen. Sasson und Kollegen (2005) beschrieben und diskutierten in ihrem Artikel den Zusammenhang zwischen Zwangsstörung und PTBS anhand von Fallstudien über 13 israelische Kriegsveteranen, die sowohl unter einer Zwangsstörung als auch unter einer PTBS litten. Im Hinblick auf die Psychopathologie zeigten sich Ähnlichkeiten bzw. Symptomüberlappungen zwischen Zwangsstörungen und der PTBS. Die Autoren schlugen deshalb vor, die traumaassoziierte Zwangsstörung als einen besonderen Subtyp der Zwangsstörung zu sehen.

Zum Spektrum der Reaktionsweisen auf traumatische Erlebnisse gehören u. a. Intrusionen (Horowitz, 1975; Rachman & de Silva, 1978), wobei Rachman (1997) die Meinung vertritt, dass „Intrusionen letztlich das Rohmaterial von Zwängen“ seien. Intrusionen im Rahmen einer PTBS wie auch einer Zwangsstörung drängen sich ungewollt ins Bewusstsein, können durch interne oder externe Faktoren getriggert sein

und verursachen Stress und Widerstand. Trotz der Versuche, ihnen zu widerstehen, persistieren sie und wiederholen sich. Die Intrusionen bei der Zwangsstörung und bei der PTBS gleichen sich in ihren formalen Eigenschaften (Lipinski & Pope, 1994; Solomon et al., 1991). Sasson und Kollegen (2005) wiesen darauf hin, dass die beiden Störungen dennoch nicht als dasselbe Phänomen missverstanden werden dürfen. Der Hauptunterschied liege in der Funktionalität und der kognitiven Bewertung der Intrusionen durch die Betroffenen (De Silva & Marks, 2001). Möglicherweise diene die Zwangssymptomatik der Vermeidung von emotionalem Unbehagen bzw. von Angst, die durch die traumatischen Erfahrungen hervorgerufen werden. Die Zwangssymptomatik werde durch die daraus resultierende Reduzierung der Ängste zusätzlich negativ verstärkt. Sie diene als Coping-Strategie bzw. als schützende Funktion hinsichtlich der traumabezogenen Erinnerungen, die das Opfer nicht anders verarbeiten könne. Hier wird deutlich, dass die Zwangssymptomatik nicht einfach die Symptome der PTBS ersetzt, sondern eine Form von Bewältigungsstrategie der Traumatisierung darstellt (Eysenck & Rachman, 1965; Rachman, de Silva & Roper, 1976). Von Dinn, Harris und Raynard (1999) wurde ein Drei-Faktoren-Modell der Entwicklung von „posttraumatischen Zwangsstörungen“ postuliert. Diese Autoren gehen davon aus, dass langanhaltende Exposition gegenüber traumatischem Stress ein erhöhtes Angstniveau bei Kindern während ihrer psychischen Entwicklung hervorrufe. Dies führe zu einer Sensibilisierung und übertriebenen Gefühlen von Bedrohung, magischem Denken sowie nachweisbaren Änderungen im Hirnstoffwechsel. Im Zuge der Adaption an diese Sensibilisierung entwickle das Individuum eine Vielzahl von Strategien, die schließlich in eine Zwangsstörung münden.

Unbestritten ist, dass posttraumatische Intrusionen und Zwangsgedanken diagnostisch schwierig voneinander abzugrenzen sind. Huppert und Kollegen (2005) ziehen daher die Möglichkeit in Betracht, dass die Ähnlichkeit der beiden klinischen Erscheinungsbilder die Zusammenhänge zwischen Zwangsstörung und PTBS artifiziell erhöhe. Aus Sicht von de Silva und Marks (1999) scheint es möglich, dass sich im Laufe der Zeit traumabedingte Intrusionen innerhalb einer PTBS in Zwänge umwandeln. Rachmann (1997) sieht Zwänge als „katastrophale Fehlinterpretation der Bedeutung von kognitiven Intrusionen“, insbesondere dann, wenn Intrusionen persistieren. Gerade die kontinuierliche Präsenz von Intrusionen unterhalte die Fehlinterpretation. Unklar ist, in welcher Weise komorbide Störungen nebeneinander bestehen, sich möglicherweise ergänzen oder sich gegenseitig unterhalten. So stellten

Gershuny und Kollegen (2003) vier Fälle von Patienten mit einer therapieresistenten Zwangsstörung vor, die vor Beginn ihrer Erkrankung ein traumatisches Ereignis erfahren hatten. Die Symptome der Zwangsstörung und der PTBS schienen insofern dynamisch miteinander verknüpft, als dass ein Anstieg der Zwangssymptome einen Abfall der PTBS-Symptome nach sich zog und umgekehrt. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, dass bei Existenz einer dynamischen Beziehung von Zwangsstörung und PTBS (Rachman, 1991), die isolierte Therapie der Zwangsstörung nicht den gewünschten Erfolg erreichen könne. In diesem Sinne beschrieb Pitman (1993) einen Mangel an signifikanter Verbesserung der Zwangs- und PTBS-Symptomatik trotz Medikation und Psychotherapie und folgerte daraus, dass es schwieriger sei, zwei gleichzeitig bestehende Störungen zu therapieren. Darüber hinaus wertete er die komorbide Diagnose einer PTBS als negativen Prädiktor für den Therapieausgang bei der Zwangsstörung. Gershuny, Baer, Jenike, Minichiello und Wilhelm (2002) zeigten in ihrer Untersuchung, dass Zwangspatienten mit der Komorbidität PTBS im Gegensatz zu den Zwangspatienten ohne PTBS keine signifikante Verbesserung ihrer Zwänge sowie ihrer depressiven Symptome durch die Therapie erfahren hatten.

Da die verbindenden Mechanismen von Zwang und PTBS bisher als spekulativ gelten, scheinen zukünftige Untersuchungen in diesem Bereich sinnvoll (Gershuny et al., 2003), um ein besseres Verständnis über die Wechselwirkungen beider Störungen zu erreichen, die Entwicklung erfolgreicher Therapieoptionen zu begünstigen sowie Aussagen zur Prognose zu verbessern (Rachman, 1991).

1.4.2.2.5 Dissoziation

Zahlreiche Studien befassten sich mit Dissoziation unter Patienten mit psychiatrischen Störungen. Dabei konnte in vielen Untersuchungen bei Patienten mit hohen dissoziativen Werten eine erhöhte Rate komorbider Störungen nachgewiesen werden. Horen, Leichner und Lawson (1995) zeigten einen Anteil von 47% mit komorbiden Störungen unter den Patienten mit hohen Dissoziationswerten, Allen und Coyne (1995) kamen sogar auf eine Rate von 100%. Hohe Dissoziationswerte stehen in engem Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vom Borderline-Typus (Horen et al., 1995; Modestin, Ebner, Junghan & Erni, 1996; Saxe et al., 1993), sowie mit posttraumatischen Belastungsstörungen (Allen & Coyne, 1995; Bremner et al., 1992; Saxe et al., 1993), somatoformen Störungen (Allen & Coyne, 1995; Guz et al.,

2004; Modestin et al., 1996), psychotischen Störungen (Freyberger, Spitzer & Stieglitz, 1999; Spitzer, Haug & Freyberger, 1997), Angststörungen (Ball, Robinson, Shekhar & Walsh, 1997; Modestin et al., 1996), Essstörungen (Demitrack, Putnam, Brewerton, Brandt & Gold, 1990; Goldner, Cockhill, Bakan & Birmingham, 1991) Depression und Substanzabusus (Horen et al., 1995; Saxe et al., 1993). Unter den Patienten mit hohen dissoziativen Werten fanden sich vermehrt Frauen (Friedl, Draijer & de Jonge, 2000; Kisiel & Lyons, 2001) und Personen jüngeren Alters (Gast, Rodewald, Nickel & Emrich, 2001; Modestin et al., 1996). Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Studien hinsichtlich dissoziativer Symptome in der Allgemeinbevölkerung (Freyberger et al., 1999).

Eine große Menge an Daten belegt die Bedeutung von frühen kindlichen Traumatisierungen als Risikofaktor für die Entwicklung von dissoziativen Symptomen bei Erwachsenen (Dancu, Riggs, Hearst-Ikeda, Shoyer & Foa, 1996; Draijer & Langeland, 1999; Strick & Wilcoxon, 1991). In der Tat kann man dissoziative Phänomene als eine der wichtigsten Komponenten oder Kennzeichen von posttraumatischem Stress bezeichnen (Foa & Riggs, 1995). Es wird angenommen, dass traumatisierende Ereignisse, besonders in der Kindheit, wenn die Fähigkeit der Dissoziation überaus hoch ist, eine bedeutende Rolle in der Entwicklung von dissoziativen Störungen einnehmen (Gershuny & Thayer, 1999). In einer Review von Van Ijzendoorn und Schuengel (1996) über 26 Studien mit insgesamt über 2000 psychiatrischen Patienten konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Dissoziation und verschiedenen Missbrauchsformen nachgewiesen werden. Allen und Coyne (1995) betrachteten eine Stichprobe von 98 stationär-psychiatrisch behandelten Frauen, die eine Traumatisierung in ihrer Vergangenheit erlitten hatten, und diagnostizierten bei 75% eine posttraumatische Belastungsstörung sowie bei 70% zusätzlich eine dissoziative Störung. Die Patientinnen, die nicht unter einer PTBS litten, wiesen dennoch in 62% der Fälle eine dissoziative Störung auf. Simeon, Guralnik, Schmeidler, Sirof und Knutelska (2001) beschrieben kindliche interpersonale Traumatisierungen, darunter insbesondere den emotionalen Missbrauch, als Prädiktor für die Diagnose einer Depersonalisationsstörung. Bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus zeigte sich die Depersonalisation als der vordringlichste Prädiktor eines kindlichen sexuellen Missbrauchs (Ogata et al., 1990).

Nur eine Minderheit von Untersuchungen hat sich bislang systematisch mit dem Zusammenhang zwischen Zwangsstörungen und Dissoziation befasst. Goff, Olin, Jenike, Baer und Buttolph (1992) beschrieben bei Patienten mit hohen dissoziativen Werten gemäß „Dissociative Experience Scale“ (DES; Bernstein & Putnam, 1986)

höhere Schweregrade von Zwangssymptomen auf dem „Maudsley Obsessional Compulsive Inventory“ (Hodgson & Rachman, 1977) sowie häufiger depressive Symptome als bei Patienten mit niedrigen dissoziativen Werten. Merckelbach und Wessel (2000) fanden bei 19 ambulanten Zwangspatienten signifikant höhere dissoziative Werte anhand der DES als bei einer gesunden Kontrollgruppe. Watson, Wu und Cutshall (2004) konnten eine enge Verbindung zwischen Dissoziation, gemessen mit Hilfe der DES, und der Zwangssymptomatik nachweisen. Allerdings umfasste die Stichprobe gesunde Probanden sowie ambulante psychiatrische Patienten, die keine Diagnose einer Zwangsstörung aufwiesen.

Einige Studien zeigten Zusammenhänge zwischen dissoziativen Symptomen und verschiedenen Subtypen von Zwangssymptomen. Hohe dissoziative Werte gemäß DES waren assoziiert mit Kontrollzwängen (Goff et al., 1992; Grabe et al., 1999; Rufer et al., 2006; Watson et al., 2004) und Ordnungszwängen (Grabe et al., 1999; Rufer et al., 2006).

Lochner und Kollegen (2004) untersuchten Verbindungen zwischen traumatischen Ereignissen und dissoziativen Erfahrungen bei einer Stichprobe von 110 Zwangspatienten sowie 32 Patienten mit Trichotillomanie (TTM) mit Hilfe der DES und des CTQ (Bernstein & Fink, 1998). Dissoziative Symptome wurden bei Werten ≥30 auf der DES als hoch klassifiziert, dementsprechend <30 als niedrig eingestuft. Insgesamt erfüllten 15,8% der Zwangspatienten sowie 18,8% der Patienten mit TTM die Kriterien für eine hochgradige dissoziative Symptomatik. In beiden Patientengruppen korrelierten die DES-Werte positiv mit den CTQ-Subscores für emotionalen, physischen und sexuellen Missbrauch sowie für Vernachlässigung. Unter den Zwangspatienten waren diejenigen, die hohe dissoziative Werte aufwiesen, signifikant jüngeren Alters als diejenigen mit niedrigen DES-Werten. Vor dem Hintergrund dieser Befunde gingen Rufer und Kollegen (2006) einen Schritt weiter. Sie untersuchten, ob die komorbide dissoziative Symptomatik bei Zwangspatienten mit einem Erfolg der angewandten Verhaltenstherapie interferierte. Die Stichprobe setzte sich aus 52 Patienten mit der Diagnose einer Zwangsstörung gemäß den DSM-IV-Kriterien zusammen, die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 9,5 Wochen. Die Schwere der Zwangssymptomatik wurde mit Hilfe der „Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale“ (Y-BOCS; Goodman et al., 1989b) festgelegt. Eine Beurteilung der dissoziativen Symptome erfolgte anhand der autorisierten deutschen Übersetzung der DES (Fragebogen zu dissoziativen Symptomen [FDS]; Freyberger et al., 1999), während das „Beck Depression Inventory“ (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) zur Einschätzung der depressiven Symptome diente. Diejenigen Patienten, die

die Therapie abbrachen (17%), fielen bei Behandlungsbeginn sowohl durch höhere dissoziative als auch durch höhere depressive Werte auf im Verhältnis zu denjenigen, die die Verhaltenstherapie regulär beendeten. Bei den verbliebenen Zwangspatienten (83%) korrelierte ein hoher Grad an dissoziativen Symptomen bei Behandlungsbeginn, vor allem in der Subskala Absorption, mit hohen Y-BOCS-Werten bei Therapieende. Auch nach Kontrolle der Ausgangswerte für depressive Symptome, komorbide Achse-I-Störungen sowie der begleitenden psychotropen Medikation konnten die nachgewiesenen hohen Schweregrade der Zwangssymptomatik gemäß der Y-BOCS bei Entlassung als Parameter für einen schlechteren Therapieausgang bei den durch anfangs hochgradige dissoziative Symptome beeinträchtigten Zwangspatienten aufrechterhalten werden.

1.5 Fragestellungen und Hypothesen

1.5.1 Fragestellungen

1. Mit welcher Häufigkeit sind bei stationär behandelten Patienten mit Zwangsstörungen verschiedene Formen kindlicher interpersonaler Traumatisierungen anzutreffen (sexuelle, physische und emotionale Misshandlung sowie physische und emotionale Vernachlässigung)?

2. Mit welcher Häufigkeit finden sich potenziell traumatische Erlebnisse in späteren Lebensabschnitten bei dieser Stichprobe?

3. Lassen sich zwischen Patienten mit und ohne interpersonale Traumatisierungen in der Kindheit Unterschiede im Hinblick auf wichtige klinische Verlaufsparameter identifizieren?

4. Lassen sich zwischen Patienten mit und ohne interpersonale Traumatisierungen in der Kindheit Unterschiede im Hinblick auf die Art und Schwere der Symptomatik bei Therapiebeginn identifizieren?

5. Lassen sich zwischen Patienten mit und ohne interpersonale Traumatisierungen in der Kindheit Unterschiede im Hinblick auf die Art und Schwere der Symptomatik bei Therapieende identifizieren?

6. Welche Zusammenhänge finden sich zwischen frühen interpersonalen Traumatisierungen und elterlichen Erziehungsgewohnheiten (Fürsorge, Kontrolle, Belohnungs- und Bestrafungsverhalten)?

1.5.2 Hypothesen

Hypothesen zu den Fragestellungen 1 und 2

Analog zu anderen Diagnosegruppen finden sich bei Patienten mit einer Zwangsstörung hohe Raten von sexuellem Missbrauch und/oder physischer Misshandlung im Alter von unter 16 Jahren sowie in späteren Lebensabschnitten (ca. 30% der Gesamtstichprobe). Frauen sind häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen als Männer, physische Misshandlung kommt bei beiden Geschlechtern gleich häufig vor.
Zu anderen Formen interpersonaler Traumatisierungen in der Kindheit kann aufgrund der zu geringen Datenlage keine spezifische Hypothese formuliert werden. Dieser Teil der Untersuchung hat explorativen Charakter.

Hypothese zu Fragestellung 3

Patienten mit frühen Traumatisierungen zeigen Unterschiede im Hinblick auf den Krankheitsverlauf (jüngeres Ersterkrankungsalter, häufigere stationäre Aufenthalte, längere stationäre Behandlungsdauer, erhöhte Raten von Suizidalität) verglichen mit solchen ohne Traumatisierungen in der Anamnese.

Hypothese zu Fragestellung 4

Patienten mit frühen Traumatisierungen weisen bei Aufnahme eine signifikant höhere Symptombelastung in Bezug auf die Zwangssymptomatik, sowie signifikant häufiger depressive und dissoziative Symptome auf als solche ohne interpersonale Traumatisierungen in der Anamnese.

Hypothese zu Fragestellung 5

Patienten mit frühen Traumatisierungen zeigen bei Entlassung eine signifikant geringere Verbesserung der Symptombelastung in Bezug auf die Zwangssymptomatik als solche ohne interpersonale Traumatisierungen in der Anamnese.

Hypothese zu Fragestellung 6

Zwischen interpersonalen Traumatisierungen und weiteren entwicklungshemmenden Erziehungsstilen finden sich signifikante Zusammenhänge. Patienten mit frühen Traumatisierungen berichten über ein geringeres Ausmaß an Fürsorge und Autonomieförderung, einen höheren Grad an elterlicher Kontrolle sowie mehr materielle Belohnung und mehr Bestrafung verglichen mit solchen ohne interpersonale Traumatisierungen.

1.6 Ziele der Arbeit

Die vorliegende Arbeit soll dazu dienen, Daten zur Prävalenz von potenziell traumatischen Erlebnissen im Kindesalter und in späteren Lebensabschnitten bei einer homogenen Stichprobe von Patienten mit Zwangsstörungen zu erhalten. Analog zu anderen Diagnosegruppen wird geprüft, ob sich in der betrachteten Stichprobe die aus der Literatur bekannten Unterschiede bei traumatisierten Patienten mit anderen psychiatrischen Störungen replizieren lassen, die sich in Psychopathologie, Krankheitsverlauf und Therapieausgang widerspiegeln. Darüber hinaus soll die vorliegende Studie Verbindungen zwischen frühen interpersonalen Traumatisierungen und entwicklungshemmenden elterlichen Erziehungsstilen untersuchen.
Unter Berücksichtigung der Erfordernisse in der Routineversorgung können die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit dazu beitragen, langfristig die Behandlung von betroffenen Patienten unter den Bedingungen des therapeutischen Alltags im Sinne einer spezifischen Diagnostik und der Berücksichtigung besonderer Versorgungsbedürfnisse zu verbessern.

2. Methodik

2.1 Wahl des Forschungsdesigns

Es handelte sich um ein klinisches, retrospektives Querschnittdesign, welches einen prospektiven Längsschnittansatz für bestimmte Merkmale beinhaltete. Im Längsschnittansatz wurden zu zwei Zeitpunkten im Behandlungsverlauf, nämlich bei Aufnahme und vor Entlassung, bestimmte Merkmale wie etwa Psychopathologie, Depression und die allgemeine Symptombelastung erhoben. Dies diente dazu, die akute Krankheitssymptomatik zum jeweiligen Zeitpunkt zu erfassen und damit das Ausmaß der Zwangsstörung sowie die Stärke der depressiven und allgemeinen Symptombelastung zu bestimmen. Auf diese Weise ließ sich die Belastung der Patienten mit positiver Traumaanamnese im Vergleich zu denjenigen Patienten ohne Traumatisierung in der Vorgeschichte, zum Aufnahmezeitpunkt sowie nach Abschluss der Therapie beurteilen. Ferner wurde es möglich, Rückschlüsse auf den jeweiligen Behandlungserfolg der beiden Patientengruppen zu ziehen.

2.2 Wahl der Untersuchungszeitpunkte

Nach Aufklärung über die Studie und Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung erfolgte in der ersten Woche nach Aufnahme die Eingangsuntersuchung (t1). Sie beinhaltete klinische Interviews zur Zwangs- und depressiven Symptomatik sowie zu weiteren Achse-I-Diagnosen (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale [Y-BOCS], Hamilton Rating Scale for Depression [HRSD], Mini International Neuropsychiatric Interview [M.I.N.I]) und Fragebögen zu weiteren Symptombereichen (Symptomcheckliste [SCL-90-R] und Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen [FDS]). Die Hauptuntersuchung (t2) mit Erhebung der Daten zu interpersonalen Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter (Structured Trauma Interview [STI], Childhood Trauma Questionnaire [CTQ]) sowie zu elterlichem Erziehungsverhalten (Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungs-praktiken [FEPS]) fand zu einem Zeitpunkt statt, zu dem die Patienten sich ausreichend stabilisiert hatten. Dieser Zeitpunkt variierte individuell je nach Krankheitsschwere und –verlauf, wurde in Absprache mit dem Behandlungsteam festgelegt und lag im Mittel bei etwa 10 Tagen (*M*=10,4; *SD*=11,6; *range*=6-16). Der stationäre Aufenthalt dauerte in der Regel acht bis zehn Wochen (*M*=58,7; *SD*=28,6;

range=16-157 [in Tagen]). Zum Entlassungszeitpunkt wurde ein Abschlussgespräch (t3) durchgeführt. Dieser Zeitpunkt wurde für die letzten beiden Tage vor der Entlassung der Patienten aus dem stationären Rahmen angestrebt. Er variierte ebenfalls leicht (*M*=2,4; *SD*=3,2; *range*=0-4) und hing vom individuellen Krankheitsverlauf, der Beurteilung des Behandlungsteams und den jeweiligen Wünschen der Patienten ab. Die Abschlussuntersuchung beinhaltete mit Ausnahme der Instrumente zu Traumaerfahrungen und Achse-I-Diagnosen im Wesentlichen die Instrumente der Eingangsuntersuchung.

2.3 Wahl des Datenerhebungsverfahrens

Als Instrument zur Datenerhebung wurde die wissenschaftliche Methode der Befragung gewählt. Die Wahl quantitativer Verfahren mit einem möglichst hohen Grad an Standardisierung sollte dabei die statistische Datenanalyse erleichtern und eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Studien herstellen. Bei der Auswahl der Befragungstechnik wurde zugunsten einer Mischung aus Selbstratinginstrumenten mit bekannten psychometrischen Eigenschaften und strukturierten Interviews entschieden. Dementsprechend erfolgte die Erhebung der Kindheitstraumata bewusst in Kombination eines Selbstbeurteilungsfragebogens mit einem persönlichen strukturierten Interview, um die Verlässlichkeit und Gültigkeit der Berichte zu verbessern und genauere Informationen zum zeitlichen Ablauf der Kindheitserlebnisse sowie zu Aspekten traumatischer Erlebnisse zu erhalten.

2.4 Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche

Die Merkmalsbereiche ließen sich in fünf Abschnitte untergliedern:

2.4.1 Soziodemographische Daten

-Aktuelle Lebenssituation:

- -Alter, Geschlecht
- -Familien- und Wohnsituation
- -Bildungs- und berufliche Situation

2.4.2 Potenziell traumatische Erlebnisse

-potenziell traumatische Erlebnisse im Kindesalter

-potenziell traumatische Erlebnisse in späteren Lebensabschnitten

2.4.3 Elterliches Erziehungsverhalten

-Elterliche Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken

2.4.4 Psychopathologie

-Diagnose nach ICD-10

-Zwangssymptome

-Depressive Symptome

-Dissoziative Symptome

-Allgemeine Symptombelastung

2.4.5 Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

-Erkrankungsbeginn und bisherige stationäre Behandlungen

-Stationäre Gesamtaufenthaltsdauer

-Suizidanamnese

2.5 Operationalisierungen

2.5.1 Soziodemographische Daten

Zur Erhebung der soziodemographischen Daten wurde ein für den Zweck der Studie zusammengestellter Fragebogen eingesetzt, der von den Patienten selbständig auszufüllen war. Er untergliederte sich in drei Kategorien, die neben soziodemographischen Variablen (u. a. Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation, Schulabschluss und momentane berufliche Situation), auch solche zu psychiatrischen Erkrankungen (u. a. Alter bei Erstmanifestation der Zwangserkrankung, Alter bei der ersten ambulanten bzw. stationären Behandlung, Komorbiditäten, Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte, Suizidalität) und der aktuellen Medikation beinhalteten.

2.5.2 Potenziell traumatische Erlebnisse

Childhood Trauma Questionnaire

Um potenziell traumatische Erlebnisse im Kindesalter zu erfassen, wurde das „Childhood Trauma Questionnaire“ (Bernstein & Fink, 1998) eingesetzt. Das CTQ ist ein aus 28 Items bestehender Selbstbeurteilungsbogen, der zur quantitativen Messung von kindlichen interpersonalen Traumatisierungen dient. Es gibt Aufschluss über die Schwere des erlittenen Traumas und ermöglicht eine genauere Charakterisierung des traumatischen Erlebnisses, indem er fünf verschiedene Arten von Traumatisierungen unterscheidet: sexueller Missbrauch, emotionale und physische Misshandlung („sexual abuse“, „emotional abuse“ und „physical abuse“) sowie emotionale und physische Vernachlässigung („emotional neglect“ und „physical neglect“). Ferner enthält das CTQ drei Items der Verharmlosungs-/Verleugnungsskala, um nicht angegebene Traumata bzw. falsch negative Berichte von Traumata aufzudecken. Die Fragen werden mit Hilfe einer fünfstufigen Skala (von 1=„stimmte nie“ bis 5=„stimmte sehr oft“) beantwortet. Zur Auswertung werden die jeweiligen Fragen der fünf Arten von Traumata summiert. So ergeben sich fünf Scores mit einem Minimum von fünf und einem Maximum von 25 Punkten. Je höher der einzelne Summenscore, desto schwerwiegender wird das jeweilige traumatische Erlebnis eingeschätzt. Dazu geben Bernstein und Fink (1998) für jede Form von Traumatisierung Schwellenwerte, sog. „Cut-Scores“, an, um Fälle

von Missbrauch und Vernachlässigung festzustellen und das Ausmaß der Misshandlung beurteilen zu können. Die Misshandlungsschwere wird dabei in jeweils vier Gruppen unterteilt: „None or Minimal“, „Low to Moderate“, „Moderate to Severe“ und „Severe to Extreme“. In der vorliegenden Studie werden die beiden Gruppen „None or Minimal“ und „Low to Moderate“ aus Gründen der Übersichtlichkeit zu einer Gruppe („None to Moderate“) zusammengefasst. Bei Gruppenvergleichen mit Patienten, die Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen in der Kindheit erfahren hatten, wurden ausschließlich Personen mit einem Schweregrad von mindestens "Severe" berücksichtigt.

Die psychometrischen Eigenschaften des CTQ wurden an sieben verschiedenen Stichproben getestet, u. a. auch an einer Gruppe ambulant und an einer Gruppe stationär psychiatrischer Patienten, wobei sich eine zufriedenstellende Reliabilität und Validität ergab. Vor diesem Hintergrund hat das CTQ in der Vergangenheit im anglo-amerikanischen Sprachraum eine breite Anwendung gefunden (Übersicht bei Bernstein & Fink, 1998).

Strukturiertes Trauma Interview

Das „Strukturierte Trauma Interview“ (STI; Draijer, 1989; deutsche Übersetzung von Schäfer, 2004) ist ein Instrument, das speziell für die Erhebung von traumatischen Ereignissen in epidemiologischen Untersuchungen entwickelt wurde. In dieser Studie kam eine an den Einsatz in klinischen Settings adaptierte Kurzversion des Strukturierten Trauma Interviews zur Anwendung. Das STI deckt unterschiedliche Bereiche traumatischer Kindheitserlebnisse ab. Dazu gehören der frühe Verlust oder die Trennung von den Eltern, das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern, sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung durch die Eltern, „elterliche Dysfunktion“ und „andere erschütternde Erlebnisse“. Neben dem Ziel des STI, sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung in der Kindheit zu messen, umfasst es auch Fragen zu körperlicher oder sexueller Viktimisierung im späteren Leben, d. h. nach dem Alter von 16 Jahren. Auf diese Weise vermittelt das Interview nicht nur einen allgemeinen Eindruck über den Schweregrad der Missbrauchsformen, sondern erlaubt zudem, Muster erneuter Viktimisierung zu erkennen (Draijer & Boon, 1989).

Im folgenden werden die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Definitionen und Operationalisierungen gemäß des Manuals des Strukturierten Trauma Interviews (Draijer, 2003) näher erläutert.

1. Körperliche Misshandlung beinhaltet körperliche Aggression durch Eltern oder andere Erziehungspersonen. Je nach Art der Gewalt, Häufigkeit, Dauer und eventuellen Verletzungen, wird ein Index des Schweregrades erstellt (von 0=„keine Aggression“ bis 3=„schwere Aggression“). Die Kategorie „leichte Aggression“ umfasst hauptsächlich gelegentliche Formen körperlicher Gewalt, wie etwa „manchmal mit oder ohne Gegenstand geschlagen werden“. Die Kategorie „mittelgradige Aggression“ betrifft Kombinationen von aggressiven Handlungen z.B. „Schlagen“ und „Faustschläge“. Die Kategorie „schwerwiegende Aggression“ betrifft chronische Formen von Kombinationen schwerwiegender physischer Gewalthandlungen. Der Schweregrad der Aggression wird nach dem Interview getrennt für die Mutterfigur und die Vaterfigur bewertet. Der Ausdruck „körperliche Aggression“ wurde in der vorliegenden Studie als Oberbegriff für alle Formen von oben beschriebener Gewalt benutzt und beschränkt sich dabei auf die mittelgradige und schwerwiegende Kategorie von körperlicher Aggression durch mindestens eine Erziehungsperson.
2. Sexueller Missbrauch ist definiert als jede Form von sexuellem Körperkontakt vor dem Alter von 16 Jahren. Darüber hinaus werden Kontakte, die Penetration einschlossen, von solchen ohne differenziert.
3. „Erschütternde Erlebnisse“ betrachtet das STI sowohl in der Kindheit (vor dem Alter von 16 Lebensjahren) als auch im Erwachsenenalter (nach dem Alter von 16 Jahren). Die Definition von erschütternden Erlebnissen ist in dieser Studie enger gefasst worden. Im Gegensatz zu den vorgegebenen Kriterien des STI werden hier nur diejenigen erschütternden Ereignisse gewertet, die den Traumakriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 entsprechen. Dabei handelt es sich um Ereignisse, die die Integrität des Patienten nachhaltig beeinträchtigen, wie etwa Naturkatastrophen, lebensbedrohliche Unfälle und Kriegserlebnisse. Erfahrungen sexueller oder körperlicher Gewalt im Erwachsenenalter wurden vor dem Hintergrund dieses Kriteriums erfasst.
4. Erwachsene sexuelle Viktimisierung umfasst sexuelle Erfahrungen mit Körperkontakt, die unter Druck oder Zwang nach dem Alter von 16 Jahren gemacht wurden.
5. Erwachsene körperliche Viktimisierung wird definiert als das Erlebnis, jemals geschlagen worden zu sein nach dem Alter von 16 Jahren.

2.5.3 Elterliches Erziehungsverhalten

Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken

Der „Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken“ (FEPS; Richter-Appelt, Schimmelmann & Tiefensee, 2004) ist die deutschsprachige Fassung des „Parental Bonding Instrument“ (PBI; Parker et al., 1979), das um zwei Skalen zum elterlichen Belohnungs- und Bestrafungsverhalten erweitert wurde. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 59 Items, die über vier Stufen von 0=„stimmt genau“ bis 3=„nein, überhaupt nicht“ beantwortet werden. Er bildet die wahrgenommene elterliche Beziehung zum Kind ab, die durch Erziehungsstile gekennzeichnet ist. Als Dimensionen des Erziehungsstils gelten Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken, die durch die Antworten auf die Items des FEPS reflektiert werden. Alle Items werden zweimal abgefragt und zwar sowohl für die erinnerte Beziehung zur Mutter als auch für die zum Vater. Die Faktoren- und Itemanalyse ergab vier Skalen: Die bereits von Parker und Kollegen (1979) gebildeten Skalen Fürsorge (care) und Kontrolle (overprotection) zur Dimension der elterlichen Bindung sowie die beiden sich auf konkrete Erziehungspraktiken beziehenden Skalen zum Belohnungs- und Bestrafungsverhalten. Parker und Kollegen beschreiben für die Skalen Fürsorge und Kontrolle jeweils zwei bipolare Dimensionen. Im FEPS wird der Faktor „Fürsorge“ durch 24 Items erfasst und enthält neben den entsprechenden Items des PBI noch zusätzliche Items aus den Fragebogenteilen zum Belohnungs- und Bestrafungsverhalten der Eltern, so dass ein aktiv ausgerichteter Aspekt der Ablehnung (im Sinne von Vernachlässigung und Ignoranz) bzw. Zuneigung (im Rahmen von Förderung und konstruktiver Unterstützung) integriert wird. Der positive Pol kann demnach als Affektivität, emotionale Wärme, Empathie, Nähe sowie als nicht-materielles Belohnungsverhalten interpretiert werden, während der negative Pol für Kälte, Indifferenz, Ablehnung und Bestrafungsverhalten steht. Der Faktor „Autonomie“ (im PBI „Kontrolle“) wird durch 14 Items definiert. Bei der positiven Ausprägung handelt es sich um den Aspekt Autonomie und Förderung der Selbständigkeit, der negative Pol wird als elterliche Kontrolle, Überprotektion, Eindringen, exzessive Kontakte, Verkindlichung und Verhinderung autonomen Verhaltens beschrieben. Der unipolare Faktor „geringe Bestrafung“ umfasst alle 14 Items, die die aktiven Formen der erlebten Bestrafungen des Kindes widerspiegeln, wie etwa Schlagen, Taschengeld- und Essensentzug. Vorwiegend passive elterliche Bestrafung meint die demütigende Reaktion als Erziehungsverhalten und findet sich unter Faktor 1

(Fürsorge/Vernachlässigung) wieder. Unter dem letzten Faktor „geringe materielle Belohnung“, der ebenfalls unipolar ausgerichtet ist, finden sich fünf Items, die das Belohnungsverhalten kennzeichnen und dabei vor allem materiell ausgerichtete und wenig emotional gefärbte Formen der Belohnung beschreiben, wie etwa länger fernsehen oder länger aufbleiben.
Die Skalen sind einheitlich positiv gepolt, was bedeutet, dass ein hoher Wert einen positiven, entwicklungsfördernden Erziehungsstil im Sinne eines hohen Ausmaßes an Fürsorge und Autonomieförderung sowie wenig materielle Belohnungen und wenig Bestrafungen widerspiegelt und umgekehrt.
Untersuchungen zur Reliabilität ergeben für die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen gute bis befriedigende Werte zwischen ,67 und ,94.
Erste Anwendungen zeigen, dass der FEPS gut zwischen unauffälligen und auffälligen Personen differenzieren kann. Darüber hinaus wurde in komplexen klinischen Fragestellungen nachgewiesen, dass spezifische Muster der vier Faktoren Fürsorge, Autonomie, geringe Bestrafung und geringe materielle Belohnung als Risikofaktor wirken und so die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen und Störungen begünstigen können (Richter-Appelt et al., 2004).

2.5.4 Psychopathologie

2.5.4.1 Diagnose nach ICD-10

Mini International Neuropsychiatric Interview

Das „Mini International Neuropsychiatric Interview“ (M.I.N.I; Sheehan et al., 1998) ist ein kurzes, strukturiertes diagnostisches Interview zur Erfassung von Achse-I-Störungen nach DSM-IV (APA, 1994). Es wurden Reliabilitäts- und Validierungsstudien durchgeführt, die das M.I.N.I. mit dem SCID-P für das DSM-III-R (Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1990) und mit dem CIDI für die ICD-10 (Wittchen, 1994) verglichen. Insgesamt fallen Reliabilität und Validität akzeptabel aus. Die Kürze und Einfachheit des Verfahrens bieten den entscheidenden Vorteil gegenüber den oben genannten Instrumenten. Das M.I.N.I. wurde in 43 Sprachen übersetzt und kommt in über 100 Ländern zum Einsatz. Die Achse-I-Diagnosen aus dem M.I.N.I. wurden anschließend der entsprechenden ICD-10-Diagnose zugeordnet.

Internationale Diagnose Checklisten für Persönlichkeitsstörungen

Die „Internationalen Diagnose Checklisten für Persönlichkeitsstörungen“ (IDCL-P; Bronisch, Hiller, Mombour & Zaudig, 1995) dienen der Erfassung von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 (Dilling et al., 1991) und DSM-IV (APA, 1994). Dabei sind die diagnostischen Kriterien in knapper und übersichtlicher Form angeordnet, der Wortlaut der einzelnen Kriterien entspricht dem Text des Klassifikationssystems. Die Diagnostik mit Hilfe des IDCL-P erfolgt im Fremdrating, in der vorliegenden Studie durch den behandelnden Therapeuten des jeweiligen Patienten, da die Kodierungen eine erfahrene klinische Beurteilung der vorliegenden Informationen aus Exploration, Fremdanamnese, Akten etc. nötig machen.
Die Retest-Reliabilität kann als befriedigend bezeichnet werden. Die globale Einschätzung des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung erreicht einen κ-Wert von ,62, während die κ-Werte für das Vorliegen einer spezifischen Persönlichkeitsstörung zwischen ,35 und ,73 liegen (Bronisch, Garcia-Borreguero, Flett, Wolf & Hiller, 1992). Die Übereinstimmungsvalidität fällt ebenfalls zufriedenstellend aus. Die Korrelation mit anderen Beurteilungsinstrumenten zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen beträgt für die Unterscheidung Persönlichkeitsstörung/keine Persönlichkeitsstörung einen κ-Wert von ,52, die κ-Werte für spezifische Persönlichkeitsstörungen liegen zwischen ,36 und ,68.

2.5.4.2 Zwangssymptome

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

Die „Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale“ (Y-BOCS; Goodman et al. 1989b; Übersetzung von Hand & Büttner-Westphal, 1991) gilt als eines der etabliertesten Fremdrating-Verfahren zur qualitativen Spezifizierung und Quantifizierung des Schweregrades von Zwangsstörungen nach DSM-III-R (APA, 1986). Es handelt sich um ein halbstandardisiertes Interview von ca. 30-60 Minuten Dauer. Der Schweregrad von Gedanken- und Handlungszwängen wird getrennt betrachtet und jeweils im Hinblick auf den Zeitaufwand, die Beeinträchtigung im Alltag, den empfundenen Leidensdruck, den eingesetzten Widerstand und die tatsächlich ausgeübte Kontrolle über die Symptome in fünf Stufen (von „nicht vorhanden“ bis „extrem ausgeprägt“) beurteilt. Sowohl die Darstellung von getrennten Scores für Gedanken- und

Handlungszwänge als auch die Ermittlung eines Gesamtscores, der zwischen 0 und 40 liegen kann, ist möglich.
Die Reliabilität der Y-BOCS kann entsprechend verschiedener Untersuchungen als zufriedenstellend bis gut bezeichnet werden. Goodman und Kollegen (1989b) beschreiben für die innere Konsistenz (Cronbachs α) einen Durchschnittswert von α= ,89, bei Woody, Steketee und Chambless (1995) ergeben sich Werte in einem Bereich von ,51 bis ,77. Die Interreliabilitätskoeffizienten für die ersten zehn Items sowie für den Gesamtscore befinden sich sowohl bei Goodman und Kollegen (1989b) als auch bei Nakagawa, Marks, Takei, De Araujo und Ito (1996) zwischen ,82 und ,96. Die Validität ist nach bisheriger Studienlage ebenfalls akzeptabel. Die Übereinstimmungsvalidität als Korrelation mit anderen Instrumenten zur Erfassung von Zwangssymptomatik erscheint nach Goodman et al. (1989a) zufriedenstellend bis hoch bei r = ,53 bis ,74.

2.5.4.3 Depressive Symptome

Hamilton Rating Scale for Depression

Die „Hamilton Rating Scale for Depression“ (HRSD) wurde 1960 von Max Hamilton entworfen und ist inzwischen eines der am weitesten verbreiteten und am meisten akzeptierten Fremdbeurteilungsverfahren zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression (Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum, 1996). Es existieren mehrere Versionen, die sich in der Itemzahl unterscheiden. Für diese Studie wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen Studien die 17-Item-Version gewählt. Die Hamilton Rating Scale for Depression erfasst depressive Stimmung, vegetative und kognitive Symptome einer Depression sowie Symptome von Angststörungen. Sie richtet sich dabei nach den diagnostischen Kriterien für eine depressive Episode nach DSM-IV mit Ausnahme von erhöhter Ermüdbarkeit, gesteigertem Appetit, Konzentrationsstörungen und Entscheidungsunfähigkeit. Depressive Symptome werden in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung beschrieben. Die Beurteilung der einzelnen Bereiche erfolgt 3- bzw. 5stufig. Aus den ersten 17 Items errechnet sich der Gesamtscore, die Items 18-21 geben weitere Informationen über die Depression, etwa das Vorliegen von paranoiden Symptomen. Grundlage der Beurteilung ist ein Interview mit dem Patienten. Das Interview sollte etwa 15-30 Minuten dauern, die Einschätzung bezieht sich dabei auf den Zeitraum der letzten

sieben Tage.
Die Reliabilität dieses Verfahrens kann nach verschiedenen Untersuchungen als gut beschrieben werden. Für die innere Konsistenz liegen die Schätzungen zwischen ,73 und ,88 (Cronbachs α) in einer Untersuchung von Baumann (1976) sowie zwischen ,52 und ,95 in der Übersichtsarbeit von Vieweg und Hedlund (1984). Die Inter-Rater-Reliabilitätskoeffizienten bewegen sich in einem Bereich von ,52 bis ,98. Die Übereinstimmungsvalidität als Korrelation mit anderen Beurteilungsinstrumenten depressiver Symptomatik ist nach bisherigen Studien befriedigend. Angloamerikanische Untersuchungen ergeben Korrelationen mit dem „Beck-Depressionsinventar“ (BDI; Beck et al., 1961; Beck & Steer, 1987; deutsche Fassung von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995) in einem Bereich zwischen ,61 und ,86 (Beck, Steer & Garbin, 1988), in deutschen Untersuchungen bewegen sich die Korrelationen eher am unteren Ende dieses Bereiches (Hautzinger et al., 1995).

2.5.4.4 Dissoziative Symptome

Fragebogen zu dissoziativen Symptomen

Der „Fragebogen zu dissoziativen Symptomen“ (FDS; Freyberger et al., 1999) ist ein 44 Fragen umfassendes Screeninginstrument zur Erfassung verschiedener dissoziativer Phänomene einschließlich Depersonalisation und Derealisation. Es handelt sich dabei um die deutsche Adaption der „Dissociative Experience Scale“ (DES) von Bernstein und Putnam (1986). Die DES basiert auf dem Dissoziationskonzept gemäß der Definition des DSM-III-R (APA, 1986) und bezieht sich somit in Form von 28 Items ausschließlich auf dissoziative Phänomene im Bereich des Bewusstseins, der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, der Identität und der Kognition (Subskalen: Amnesie, Derealisation, Absorption). Bei der deutschen Übersetzung wurde die Originalversion gemäß der ICD-10 um pseudoneurologische Symptome erweitert, die in erster Linie Konversionsphänomene im Bereich von Willkürmotorik, Sensibilität und Sensorik ergänzen (Subskala: Konversion). Der FDS bzw. die DES werden vor allem im Rahmen der dimensionalen Diagnostik dissoziativer Störungen verwendet, sind aber darüber hinaus Bestandteil bei der Erfassung entsprechender diagnostischer Kriterien von schizophrenen Störungen, phobischen und anderen Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der FDS basiert auf der Methode der

Selbstbeurteilung, operationalisiert als numerische Prozentskala (0% bis 100%) je Item. Bei der Auswertung werden ein Gesamtrohwert und ein Gesamtmittelwert sowie ein Score für die einzelnen Subskalen gebildet. Dies geschieht durch Addition der entsprechenden Items und anschließende Division durch die Anzahl der addierten Items. In der vorliegenden Studie wurden aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen ausschließlich die Werte und Subskalen der DES verwendet, d. h. die Subskalen Amnesie, Absorption und Derealisation betrachtet.

Ferner wurden in anderen Studien Mittelwerte zwischen 20 (vgl. Modestin et al., 1996; Ross, Anderson, Fleisher & Norton, 1991) und 30 (vgl. Chu & Dill, 1990; Lochner et al., 2004; Quimby & Putnam, 1991) als hohe dissoziative Scores angesehen. Um Vergleiche mit diesen Studien zu erleichtern, wird in der vorliegenden Arbeit zusätzlich die Verteilung von DES-Gesamtwerten >30 berücksichtigt.

Es wurden eine Vielzahl unterschiedlicher klinischer und nicht-klinischer Patienten- und Probandenstichproben untersucht, die als Referenzwerte genutzt werden konnten. Die innere Konsistenz (Cronbachs α) des Gesamttests liegt bei ,94, für die einzelnen Subskalen liegt sie zwischen ,78 und ,82. Die Retestreliabilität liegt nach zwei Wochen für den Gesamttest bei ,82, für die Subskalen liegt sie zwischen ,58 und ,83. Der FDS besitzt eine hohe diskriminative Validität, d. h. mit dem Testverfahren lassen sich verschiedene Stichproben (nichtklinische Probanden, Studierende, unselektierte neurologische und psychiatrische Patienten, Schizophrene sowie neurologische und psychiatrische Patienten mit dissoziativen Störungen) sehr gut unterscheiden. Darüber hinaus sind eine zufriedenstellende konvergente sowie divergente Validität nachgewiesen worden (Spitzer, Stieglitz & Freyberger, 2005).

2.5.4.5 Allgemeine Symptombelastung

Symptom-Checkliste 90-R

Die Symptom-Checkliste SCL-90-R von L.R. Derogatis ist ein weltweit sehr häufig eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der psychischen Symptombelastung (Derogatis, 1977; Franke, 1992, 1995, 2002). Sie misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Die Skala eignet sich zudem für die Erfassung therapiebedingter Veränderungen im Verlauf (Collegium

Internationale Psychiatriae Scalarum, 1996). Die Belastung wird durch 90 Items erfasst, die sich neun Subskalen (83 Items) und drei globalen Kennwerten (7 Items) zuordnen lassen. Die Subskalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Die drei globalen Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (positive symptom distress index) erfasst die Intensität der Antworten und der PST (positive symptom total) spiegelt die Anzahl der Symptome wider, bei denen eine Belastung vorliegt. Der Proband gibt auf einer fünfstufigen Skala (von 0=„überhaupt nicht“ bis 4=„sehr stark“) an, wie häufig er in den vergangenen sieben Tagen unter dem mit dem Item erfassten Symptom gelitten hat. Anschließend werden die Item-Antworten den neun Subskalen zugeordnet und pro Skala drei Werte bestimmt (Summenwert, Skalenwert, Belastungstendenz). Darüber hinaus werden die drei globalen Kennwerte GSI (arithmetisches Mittel der Itemantworten), PSDI (arithmetisches Mittel der Itemantworten, bei denen Beschwerden angegeben werden) und PST (Anzahl der angegebenen Beschwerden) ermittelt. Für die deutsche Bearbeitung stellt Franke (1992, 1995, 2002) für verschiedene klinische und nicht-klinische Stichproben eine gute bzw. befriedigende Reliabilität fest. Die internen Konsistenzen (Cronbachs α) der einzelnen Skalen liegen in der repräsentativen Eichstichprobe (*N*=2141) zwischen ,75 und ,97 sowie in einer klinischen Stichprobe von stationären Psychotherapieklienten (*N*=5057) zwischen ,74 und ,97. Die Retestreliabilität bei einem Zeitraum von einer Woche liegt für Studierende (deutsche Stichprobe) zwischen *r*= ,69 und *r*= ,92 (Franke, 2002). Untersuchungen zur Kriteriumsvalidität ergeben positive Korrelationen zwischen den Skalen der SCL-90-R und verschiedenen Befindlichkeits- und Persönlichkeitsmaßen. Darüber hinaus zeigen unterschiedliche Untersuchungen, dass die Skala sowohl zwischen gesunden und klinischen Stichproben als auch innerhalb verschiedener klinischer Patientengruppen diskriminieren kann (Franke, 1992, 1995, 2002).

2.5.5 Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

Anhand des „Fragebogens zur Erhebung soziodemographischer Daten“ (vgl. 2.5.1) wurden Erkrankungsbeginn und bisherige stationäre Behandlungen erfasst, Angaben zur Suizidalität gemacht sowie die stationäre Gesamtaufenthaltsdauer berechnet.

2.6 Stichprobenansatz

Die Stichprobe umfasste Zwangspatienten, die konsekutiv auf die Verhaltenstherapie-Station der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Zeitraum von September 2004 bis Mai 2006 aufgenommen worden waren. Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Untersuchung waren die Diagnose einer Zwangsstörung nach den Kriterien der ICD-10 (Dilling et al., 1991) und des DSM-IV (APA, 1994) sowie ein Mindestalter von 18 Jahren. Zu den Ausschlusskriterien zählten ungenügende Deutschkenntnisse, die eine zuverlässige Befragung unmöglich machten. Darüber hinaus musste ein blinder Patient ausgeschlossen werden, der aufgrund seiner Einschränkung nicht in der Lage war, die Fragebögen selbständig auszufüllen.

2.7 Datenerhebung

Die Datenerhebung gliederte sich in drei Abschnitte (siehe unter 2.2): die Eingangsuntersuchung (t1), die Hauptuntersuchung (t2) in der stabilen Phase sowie das Abschlussgespräch zum Entlassungszeitpunkt (t3).

Eingangsuntersuchung (t1)

Das Studiendesign sah vor, das initiale Interview in der ersten Woche nach Aufnahme durchzuführen. Die Patienten wurden über den Hintergrund der Studie aufgeklärt und unterzeichneten eine Einverständniserklärung. Im Rahmen der initialen Untersuchung wurde die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS, vgl. 2.5.4.2), die Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD, vgl. 2.5.4.3) sowie das Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I., vgl. 2.5.4.1) durchgeführt. Des weiteren wurden die Patienten gebeten, den Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer Daten

(vgl. 2.5.1), den Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (vgl. 2.5.4.4) und die Symptom-Check-List-90-R (vgl. 2.5.4.5) in den Tagen nach dem Erstkontakt auszufüllen. Beim Ausfüllen und Zurückgeben der Fragebögen stand die Untersucherin für eventuelle Fragen und Hilfestellungen zur Verfügung.

Hauptuntersuchung (t2)

In Absprache mit dem Behandlungsteam wurde der Zeitpunkt der Hauptuntersuchung gewählt. Im Mittel lag dieser bei 10,4 Tagen (*SD*=11,6; *range*=6-16) nach Aufnahme. Der Zeitpunkt war zum einen dann erreicht, wenn die Patienten stabilisiert genug schienen, den Belastungen des Interviews stand zu halten, zum anderen wurde Wert darauf gelegt, dass ein guter emotionaler Kontakt zur behandelnden Person hergestellt war, um mögliche durch das Interview ausgelöste Emotionen und negative Auswirkungen auffangen zu können. Wichtige Voraussetzungen für die Planung der Hauptuntersuchung waren ausreichend Zeit und eine entspannte Atmosphäre.
Zu Beginn des Termins erfolgte eine detaillierte Aufklärung über die Ziele der Hauptuntersuchung. Im Anschluss daran folgten die Instrumente zu potenziell traumatischen Erlebnissen und zu elterlichem Erziehungsverhalten. Dabei füllten die Patienten zunächst selbständig das Childhood Trauma Questionnaire (vgl. 2.5.2) und den Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (vgl. 2.5.3) aus. Dies erfolgte in Gegenwart der Untersucherin, um Rückfragen zu ermöglichen. Eine gemeinsame Durchsicht der Fragebögen ermöglichte es, einzelne Punkte nachträglich zu erörtern bzw. zu ergänzen. Anschließend begann das Strukturierte Trauma Interview (vgl. 2.5.2). Dieses Interview wurde auch durchgeführt, wenn im Selbstrating kein Anhalt für potenziell traumatische Erlebnisse gegeben war. Nach Beendigung des sog. Trauma-Interviews wurden die Patienten zu ihrer Gefühlslage befragt und erhielten die Information, bei Bedarf jeder Zeit die Hilfe von Mitgliedern des Behandlungsteams oder des behandelnden Therapeuten in Anspruch nehmen zu können. Die Untersucherin codierte im Anschluss an das Gespräch die Zeit für die Dauer des Interviews in Minuten und nahm sich Zeit, ihre Meinung zum emotionalen Eindruck des Gesprächs auf den Befragten schriftlich festzuhalten. Es folgte eine Übergabe über Inhalte des Interviews und den emotionalen Zustand des befragten Patienten an Mitglieder des Behandlungsteams.
Bei der Durchführung der Hauptuntersuchung zeigte sich, dass die vorgelegten Fragebögen zum Selbstrating von allen Patienten bearbeitet werden konnten, wobei nur in Ausnahmen Unterstützung durch die Untersucherin notwendig war. Die darauf

folgende Durchführung des Strukturierten Trauma Interviews war ebenfalls ohne Unterbrechung oder Zwischenfälle anderer Art möglich.
Für eine Patientin, die im sechsten Lebensjahr ihre Mutter durch einen Suizid verloren hatte, vom Vater emotional und physisch misshandelt und im späteren Leben auf mehrfache Weise Opfer von Gewalttaten und sexuellen Übergriffen geworden war, stellte das Interview für einige ihrer traumatischen Erlebnisse die erste Situation dar, in welcher sie mit einer anderen Person über diese Vorfälle sprach. Diese Patientin wies im Anschluss an das Interview dissoziative Symptome auf, die sie allerdings aus der Vergangenheit bereits kannte und die im Verlauf remittierten. Eine muslimische Patientin hatte in der Vergangenheit ausschließlich mit ihrer Mutter über die nach dem 16. Lebensjahr erlittenen physischen und sexuellen Misshandlungen sprechen können. Sie hatte ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ihre Scham ein Weitertragen ihrer traumatischen Erlebnisse an den behandelnden, ebenfalls muslimischen Therapeuten verbiete.
Die im Anschluss an das Gespräch erbetene Einschätzung hinsichtlich des emotionalen Eindrucks zeigte, dass das Interview bei 2 Patienten (3,8%) subjektiv einen „sehr großen“ Eindruck und bei 12 Patienten (23,1%) einen „großen“ Eindruck hinterlassen hatte. 4 Patienten (7,7%) gaben an, dass überhaupt kein emotionaler Eindruck zurückgeblieben sei. Die restlichen Patienten waren „mäßig“ bis „gering“ beeindruckt.

Abschlussgespräch (t3)

Eine Woche vor der geplanten Entlassung wurde ein erneuter Kontakt zum jeweiligen Patienten aufgenommen, um mit ihm das Abschlussgespräch zu verabreden und ihn um das Ausfüllen der Symptom-Check-List-90-R (vgl. 2.5.4.5) bis zum Abschlusstermin zu bitten. Ferner wurde der behandelnde Therapeut gebeten, ggf. die Diagnose einer Achse-II-Störung mittels den Internationalen Diagnose Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (vgl. 2.5.4.1) zu stellen. Der Zeitpunkt für die Abschlussuntersuchung wurde für die letzten beiden Tage vor der Entlassung des Patienten aus dem stationären Rahmen angestrebt (*M*=2,4; *SD*=3,2; *range*=0-4). Im Rahmen dieses Treffens wurden zunächst eventuelle Fragen und Hilfestellungen zum Ausfüllen des Fragebogens gewährleistet, im Anschluss daran ein zweites Mal die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS, vgl. 2.5.4.2) und die Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD, vgl. 2.5.4.3) durchgeführt.

2.8 Auswertungsverfahren

Die epidemiologisch orientierten Fragestellungen wurden mit den Methoden der deskriptiven Statistik in Form von statistischen Kennwerten und Tabellen beantwortet. Zur Überprüfung von Zusammenhängen kamen bivariate Korrelationen zur Anwendung, Unterschiede wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben untersucht. Psychopathologische Veränderungen in der Gesamtstichprobe wurden mittels t-Tests für abhängige Stichproben auf Signifikanz überprüft. Je nach Skalentyp der Variablen wurde dabei entweder die Rangkorrelation nach Spearman oder die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson angewendet. Einflüsse von Traumatisierungen auf den Therapieerfolg wurden mittels zweifaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung untersucht. Der Therapieerfolg wurde dabei zum einen als Differenz zwischen Y-BOCS-Werten zu Beginn und am Ende der Behandlung erfasst, zum anderen wurden Patienten als Responder klassifiziert, wenn sie eine Reduktion ihrer Zwangssymptomatik um mindestens 35% in der Y-BOCS erreichten. Die klinische Relevanz des letzten Kriteriums ist umstritten, wurde jedoch aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen verwendet.

Bei Gruppenvergleichen wurde immer die Patientengruppe ohne physische und sexuelle Traumatisierung mit derjenigen Patientengruppe verglichen, die gemäß STI eine physische Misshandlung von mindestens Schweregrad 2 oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlitten hatte (=Patienten mit Traumatisierung).

Den allgemeinen Konventionen folgend wurden Ergebnisse bzw. Zusammenhänge dann als signifikant anerkannt, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit 5% und weniger betrug ($p \leq ,05$). p-Werte zwischen ,05 und ,10 wurden maximal als Trend bewertet. Die Daten wurden mit Hilfe des „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS-PC, Version 13,0) analysiert. Die Manuskriptgestaltung erfolgte nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP, 1997). Ferner wurden gemäß diesen Empfehlungen für statistische Kennwerte die englischen Symbole verwendet. Prozentzahlen wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit gerundet.

3. Ergebnisse

3.1 Art der Ergebnisdarstellung

Zunächst wird die Stichprobe und Teilnehmerquote dargestellt (vgl. 2.6). Anschließend folgen die Ergebnisse zu den einzelnen Merkmalsbereichen, dargestellt entsprechend der unter „Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche“ in Kapitel 2.4 gewählten Gliederung. Bei Gruppenvergleichen wird im folgenden immer die Patientengruppe ohne physische und sexuelle Traumatisierung (=Patienten ohne Traumatisierung) mit derjenigen Patientengruppe verglichen, die gemäß STI (Draijer, 1989) eine physische Misshandlung von mindestens Schweregrad 2 oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlitten hat (=Patienten mit Traumatisierung). Ausnahmen werden entsprechend beschrieben.
Hinsichtlich elterlicher Erziehungsgewohnheiten werden zusätzlich Gruppenvergleiche zwischen Patienten mit emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung und solchen ohne derartige Erfahrungen angestellt. Dabei weist die jeweilige Substichprobe mit emotionaler Misshandlung, emotionaler Vernachlässigung oder physischer Vernachlässigung Werte im Cut-Score-Bereich „Severe to Extreme“ gemäß CTQ (Bernstein & Fink, 1998) auf.
Die verschiedenen Untersuchungszeitpunkte werden wie folgt benannt: „t1“ bezeichnet die Aufnahmeuntersuchung, „t2“ die Hauptuntersuchung und „t3“ die Abschluss-untersuchung.

3.2 Darstellung der Stichprobe

Stichprobengröße und Teilnehmerquote

Die Rekrutierungszeit der vorliegenden Studie erstreckte sich vom 01.09.2004 bis zum 04.05.2006. In diesem Zeitraum wurden 52 Patienten aufgenommen, die die Einschlusskriterien erfüllten. Von diesen 52 im o. g. Zeitraum aufgenommenen Patienten konnten 41 (78,8%) in die Untersuchung eingeschlossen werden. Sieben Patienten brachen den Aufenthalt innerhalb von zwei Wochen ab. Zwei Patienten wurden auf eine andere Station verlegt, da eine andere Grunderkrankung im Vordergrund stand und eine Reduzierung der Zwangssymptomatik nicht primäres Ziel der Behandlung war. Zwei Patienten lehnten eine Teilnahme am Strukturierten

Trauma-Interview ab. 37 Patienten schlossen die verhaltenstherapeutische Behandlung ab und konnten zu allen drei Erhebungszeitpunkten untersucht werden. Drei Patienten brachen die Therapie auf eigenen Wunsch vorzeitig ab, eine Patientin wurde wegen Verletzung der Stationsregeln vor Therapieende entlassen. Bei diesen vier Patienten konnte das Abschlussgespräch nicht mehr durchgeführt werden.

3.3 Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche innerhalb der Gesamtstichprobe

3.3.1 Soziodemographische Daten

Aktuelle Lebenssituation

Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 36,3 Jahre (*SD*=11,4; *range*=18-69), die Mehrheit der in die Untersuchung eingeschlossenen Patienten war weiblich (*n*=25; 61%). Ein Überblick über soziodemographische Daten (vgl. 2.5.1) findet sich in Tabelle 1 und Tabelle 2.

Tab. 1.
Familien- und Wohnsituation

		n	%
Familienstand	Ledig	21	51,2
	Feste Partnerschaft	8	19,5
	Verheiratet	7	17,1
	Scheidung/Trennung	5	12,2
Wohnsituation	Allein	19	46,3
	Partner und/oder Kinder	10	24,4
	Eltern	9	22,0
	Nicht-Verwandte	2	4,9
	Einrichtung	1	2,4

Anmerkungen. *N*=41.

Tab. 2.
Bildungs- und berufliche Situation

		n	%
Schulbildung	Sonderschule oder Hauptschule	15	36,6
	Realschule	17	41,5
	Gymnasium	1	2,4
Studium	Ohne Abschluss	6	14,6
	Mit Abschluss	2	4,9
Berufstätigkeit	Berufstätig	8	19,5
	Umschulung	1	2,4
	Arbeitslos	18	43,9
	Hausfrau/-mann	4	9,8
	SchülerIn/Studentin	5	12,2
	Rente	5	12,2

Anmerkungen. N=41.

3.3.2 Potenziell traumatische Erlebnisse

3.3.2.1 Potenziell traumatische Erlebnisse im Kindesalter

Interpersonale Traumatisierungen in der Kindheit wurden relativ häufig berichtet. Ein Drittel der Befragten gab an, vor dem 16. Lebensjahr Opfer von körperlicher Misshandlung durch eine Elternfigur, sexuellem Missbrauch oder beidem geworden zu sein (Tabelle 3).

Tab. 3.
Körperliche Misshandlung und/oder sexueller Missbrauch in der Kindheit*

	Männer (*n* =16)	Frauen (*n* =25)	Gesamt (*N* =41)
nicht vorhanden	8 (50,0%)	19 (76,0%)	27 (65,9%)
Körperlich	3 (18,7%)	2 (8,0%)	5 (12,2%)
Sexuell	4 (25,0%)	2 (8,0%)	6 (14,6%)
körperlich und sexuell	1 (6,3%)	2 (8,0%)	3 (7,3%)

Anmerkungen. *nach STI.

Sieben Patienten wurden chronisch misshandelt, d.h. täglich bis einige Male im Monat, einer gelegentlich, d.h. einige Male im halben Jahr oder seltener. Die körperliche Misshandlung erfolgte dabei häufiger durch den Vater (6 von 8 Befragten) als durch die Mutter (2 von 8 Befragten). Niemand wurde von beiden Elternteilen misshandelt. Alle Befragten gaben an, dass die Misshandlung eine große oder sehr große Belastung für sie darstellte. Lediglich ein Patient hatte sich als Kind einer Person bezüglich der Misshandlung anvertraut.

Auffällig ist die Geschlechterverteilung in der Stichprobe hinsichtlich traumatischer Erfahrungen durch sexuellen Missbrauch (bei kleinen Absolutzahlen). Während 16% der Frauen sexuellen Missbrauch berichteten, gaben mit nahezu einem Drittel deutlich mehr Männer sexuellen Missbrauch in der Kindheit an. Bei zwei Drittel der Betroffenen (*n*=6) beinhaltete der Missbrauch Berührungen, bei einem Drittel (*n*=3) verschiedene Formen von Penetration. Acht Befragte gaben an, dass der Missbrauch gelegentlich stattfand, eine Frau berichtete von chronischem Missbrauch (mehrmals die Woche). Bei sechs Personen handelte es sich um einen Täter, bei drei Personen um mehrere. Drei Personen berichteten intrafamiliären Missbrauch, fünf extrafamiliären Missbrauch. Als Täter innerhalb der Familie wurden je einmal Vater, Onkel, Schwager und Tante sowie zweimal der Bruder genannt. An extrafamiliären Tätern wurden je zweimal Bekannte und Fremde genannt sowie je einmal Nachbarin, Nachbarsjunge und Bekannte der Eltern. Aus den Angaben wird auch deutlich, dass es sich bei den Tätern zum einen im Wesentlichen (aber nicht nur) um Männer handelte, und zum anderen um Personen, die dem Opfer bekannt sind. Sechs Befragte gaben an, dass der Missbrauch eine große oder sehr große Belastung für sie darstellte, und nur eine Person hatte als Kind mit einer Vertrauensperson über den Missbrauch gesprochen.

Zusätzlich hatten 14,6% der Befragten andere „erschütternde Erfahrungen“ in ihrer Kindheit gemacht. Zwei Patienten erlebten eine Naturkatastrophe und eine weitere Patientin erlebte als Kind während des Zweiten Weltkrieges die Bombardierung ihres Elternhauses. Zwei Patienten überlebten schwere Autounfälle, wobei der eine dieser beiden Patienten miterleben musste, wie sein Bruder bei dem Verkehrsunfall verstarb. Ein weiterer Patient war Zeuge des Todes seines Großvaters.

Insgesamt wurde mit 41,5% der Gesamtstichprobe ein deutlicher Anteil der Befragten mindestens einmal Opfer einer Traumatisierungsform in der Kindheit (sexueller Missbrauch, physische Misshandlung oder „andere erschütternde Erfahrungen“), davon erlebten 11 Patienten (64,7%) eine Form von Traumatisierung, 6 Patienten

(35,3%) erfuhren zwei unterschiedliche Traumaformen. Unter den Befragten, die physisch misshandelt worden waren, fanden sich 37,5%, die zusätzlich sexuell missbraucht worden sind. Dieser Zusammenhang kann als statistisch hoch signifikant gewertet werden (r = ,57; $p \leq$,01). Umgekehrt gab es eine Rate von 33,3% unter den Opfern von kindlichem sexuellem Missbrauch, die ebenfalls physisch misshandelt worden waren. Auch hier besteht im Rahmen einer bivariaten Korrelation ein hoch signifikanter Zusammenhang (r = ,53; $p \leq$,01).

Die hohe Belastung durch interpersonale Traumatisierungen zeigte sich auch anhand des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; vgl. 2.5.2). Die Mittelwerte der fünf erfassten Formen betrugen 5,9 für sexuellen Missbrauch (*SD*=2,4), 10,9 für emotionale Misshandlung (*SD*=6,0), 7,2 für körperliche Misshandlung (*SD*=3,9), 12,6 für emotionale Vernachlässigung (*SD*=5,2) sowie 7,8 für physische Vernachlässigung (*SD*=3,4). Der Mittelwert des Gesamtscores lag bei 44,3 (*SD*=18,2).
Mit 43,2% war insbesondere die Rate von emotionaler Vernachlässigung (beispielsweise das Gefühl vermittelt zu bekommen, nicht geliebt zu werden) in der Gesamtstichprobe sehr hoch. Aber auch emotionale Misshandlung (wie etwa Beschimpfungen und Entwertungen durch Erziehungspersonen) wurden von nahezu einem Drittel der Befragten berichtet. Körperliche Vernachlässigung (wie nicht genug zu essen zu haben) wurde seltener erlebt. Über drei Viertel der Gesamtstichprobe gab an, körperlich ausreichend versorgt worden zu sein (Tabelle 4).

Tab. 4.
Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit nach CTQ

CTQ-Subskala	None to Moderate*	Moderate to Severe*	Severe to Extreme*
	n (%)	*n* (%)	*n* (%)
Emotionale Misshandlung	25 (67,6)	5 (13,5)	7 (18,9)
Emotionale Vernachlässigung	21 (56,8)	9 (24,3)	7 (18,9)
Körperliche Vernachlässigung	29 (78,4)	3 (8,1)	5 (13,5)

Anmerkungen. N=37. * “Cut-Scores" nach Bernstein & Fink (1998).

Fast die Hälfte der Patienten mit physischer und/oder sexueller Traumatisierung nach STI (46,2%) wiesen eine emotionale Misshandlung mit Werten im Cut-Score-Bereich „Severe to Extreme“ auf, gegenüber 4,2% der Patienten ohne sexuellen Missbrauch oder Misshandlung. Patienten mit diesen Formen von Traumatisierungen erwiesen sich fast dreimal so häufig als emotional vernachlässigt sowie über siebenmal so oft als

physisch vernachlässigt im Vergleich zu jenen ohne die entsprechenden Erfahrungen. Umgekehrt betrachtet fiel auf, dass 84,2% der Patienten mit emotionaler Traumatisierung und/oder Vernachlässigung im Cut-Score-Bereich „Severe to Extreme“ zusätzlich physisch misshandelt und/oder sexuell missbraucht worden waren. Lediglich drei Patienten berichteten isoliert eine emotionale Misshandlung bzw. eine emotionale oder physische Vernachlässigung des Schweregrades „Severe to Extreme“.

Mittels bivariater Korrelation erwies sich der Zusammenhang zwischen dem gleichzeitigen Vorliegen einer kindlichen sexuellen und/oder physischen Traumatisierung nach STI und einer emotionalen Traumatisierung und/oder Vernachlässigung im Cut-Score-Bereich „Severe to Extreme“ gemäß des CTQ als hoch signifikant (Emotionale Misshandlung: r = ,60; $p \leq$,01; Emotionale Vernachlässigung: r = ,54; $p \leq$,01; Physische Vernachlässigung: r = ,47; $p \leq$,01).

3.3.2.2 Potenziell traumatische Erlebnisse in späteren Lebensabschnitten

Nahezu die Hälfte der Gesamtstichprobe (48,8%) erlebte physische und/oder sexuelle Gewalt nach dem Alter von 16 Jahren (Definitionen für erwachsene sexuelle oder körperliche Viktimisierung siehe unter 2.5.2). Neun der 17 Patienten, die im Erwachsenenalter körperlicher Aggression ausgesetzt waren, erlebten körperliche Gewalt in Beziehungen oder durch die Familie, die übrigen acht Patienten sahen sich körperlichen Angriffen durch Fremde ausgesetzt. Sechs der acht Patienten, die sexuelle Gewalt berichteten, wurden vergewaltigt, zwei von ihnen mehrfach.
Zwei Drittel der Befragten, die in der Kindheit sexuell missbraucht worden waren, machten auch im Erwachsenenalter negative sexuelle Erfahrungen. Der Zusammenhang zwischen kindlichem sexuellem Missbrauch und zusätzlicher sexueller Traumatisierung im Erwachsenenalter erwies sich als hoch signifikant (r = ,61; $p \leq$,01).
Über ein Drittel der Opfer von physischer Misshandlung in der Kindheit waren darüber hinaus nach dem Alter von 16 Jahren körperlicher Aggression ausgesetzt, dieser Zusammenhang kann gleichfalls als statistisch hoch signifikant bezeichnet werden (r = ,57; $p \leq$,01).
Knapp 10% der Befragten gaben als potenziell traumatisierendes Erlebnis im Erwachsenenalter in einem Fall ein Brandunglück sowie in drei Fällen einen lebensbedrohlichen Unfall (Badeunfall, Bootsunglück, Reitunfall) an. Davon wurden

zwei Patienten im Erwachsenenalter zusätzlich sexuell missbraucht und physisch misshandelt.

Insgesamt haben 21 Patienten (51,2%) der Gesamtstichprobe im Erwachsenenalter mindestens ein potenziell traumatisierendes Erlebnis erfahren, welche den Traumakriterien des ICD-10 entsprechen. Davon wiesen 14 Patienten (66,7%) lediglich eine Traumaform auf, sechs Patienten (28,6%) erlebten zwei verschiedene Formen, ein Patient (4,8%) drei verschiedene Traumaformen im Erwachsenenalter.

Innerhalb der Gesamtstichprobe ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz für sämtliche traumatische Erlebnisse nach den Traumakriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 von 65,9% (*n*=27). Davon erlebten mit 51,9% (*n*=14) über die Hälfte dieser Patienten verschiedene Formen von Traumatisierungen, die restlichen Patienten wiesen zumindest eine Form traumatischer Erfahrungen auf.

3.3.3 Elterliches Erziehungsverhalten

Elterliche Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken

Tabelle 5 gibt eine Übersicht über die Mittelwerte der einzelnen Subskalen des FEPS (vgl. 2.5.3) innerhalb der Gesamtstichprobe.

Tab. 5.
Mittelwerte der FEPS- Subskalen innerhalb der Gesamtstichprobe

	FEPS-Subskalen	*M* / *SD*	*range*
Vater	Autonomie	29,7 / 9,6	16-52
	Fürsorge	59,9 / 15,8	34-90
	Bestrafung	27,5 / 10,9	14-52
	Belohnung	16,0 / 4,8	7-24
Mutter	Autonomie	29,0 / 9,1	16-55
	Fürsorge	50,7 / 15,8	27-95
	Bestrafung	25,5 / 10,9	14-54
	Belohnung	14,2 / 4,2	6-23

Anmerkungen. N=37.

3.3.4 Psychopathologie

Diagnose nach ICD-10

Die Einschlusskriterien der vorliegenden Studie beinhalteten die ICD-10-Diagnose einer F42-Störung. Ein Patient erfüllte die Diagnose F42.1, die übrigen 40 Patienten die Diagnose F42.2. 36 Patienten (87,8%) litten unter mindestens einer weiteren komorbiden Störung. Alle erfüllten die Kriterien für eine komorbide affektive Störung, davon wiesen 31 (75,6%) die Diagnose einer depressiven oder rezidivierenden depressiven Episode auf. 15 Patienten der Gesamtstichprobe (36,5%) wiesen zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung auf, ein Drittel davon erfüllte die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.
Insgesamt erfüllten drei Patienten (7,3%) zum Zeitpunkt des Interviews die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch bzw. physischer Misshandlung in der Kindheit). Drei weitere Patienten (7,3%) wiesen die Diagnose einer subsyndromalen PTBS auf (d.h. Intrusionen, sowie entweder Vermeidung oder vegetative Übererregung).

Zwangssymptome, depressive Symptome und allgemeine Symptombelastung

Die Mittelwerte der Subskalen sowie des Gesamtscores der Y-BOCS (vgl. 2.5.4.2) der Gesamtstichprobe zu beiden Untersuchungszeitpunkten finden sich in Tabelle 6. Über die Gesamtstichprobe hinweg, konnten die Zwangspatienten deutlich von der Behandlung profitieren. Im Vergleich zur Aufnahme ergaben sich bei Entlassung signifikant reduzierte Mittelwerte im Y-BOCS-Gesamtwert (t = 7,0; df = 36; $p \leq$,01). Tabelle 6 stellt ebenfalls den Mittelwert des Gesamtscores der Hamilton Depression Scale (HRSD; vgl. 2.5.4.3) der Gesamtstichprobe zu beiden Untersuchungszeitpunkten dar. Die Differenz der Mittelwerte der Testergebnisse von t1 und t3 erwies sich für die Gesamtstichprobe als hoch signifikant (t = 3,2; df = 36; $p \leq$,01). Demnach konnten die Zwangspatienten auch hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik deutlich von der angebotenen Therapie profitieren. Ferner zeigt Tabelle 6 den Mittelwert des Gesamtscores der Symptom-Check-List-90-R (vgl. 2.5.4.5) der Gesamtstichprobe zu beiden Untersuchungszeitpunkten. Die Differenz der Mittelwerte der Testergebnisse von t1 und t3 erwies sich gleichfalls als hoch signifikant (t = 4,9; df = 32; $p \leq$,01), d. h. die Patienten fühlten sich nach Beendigung der Therapie im Mittel psychisch stabiler

und weniger belastet als zum Aufnahmezeitpunkt.

Tab. 6.
Mittelwerte der Zwangssymptome nach Y-BOCS*, der depressiven Symptome nach HRSD* und der allgemeinen Symptombelastung nach SCL-90-R*

		t1			t3		
		M	/	*SD*	*M*	/	*SD*
Y-BOCS*	Gedankenzwänge	13,1	/	3,4	8,7	/	3,8
	Handlungszwänge	14,0	/	3,2	9,6	/	4,6
	Gesamtscore	27,1	/	6,1	18,2	/	8,0
HRSD*	Gesamtscore	15,1	/	6,1	11,6	/	6,9
SCL-90-R*	Gesamtscore	124,0	/	70,2	75,8	/	43,6

Anmerkungen. t1: *N*=41, t3: *N*=37. t1=Aufnahmeuntersuchung, t3= Abschlussuntersuchung.*Y-BOCS=Yale-Brown Obsessive Scale, HRSD=Hamilton Depression Scale, SCL-90-R=Symptom-Check-List-90-R.

Dissoziative Symptome

Tabelle 7 gibt eine Übersicht über die Mittelwerte des DES-Gesamtscores sowie der DES-Subskalen Amnesie, Absorption und Derealisation (vgl. 2.5.4.4) innerhalb der Gesamtstichprobe.

Tab. 7.
Mittelwerte des DES-Gesamtscores sowie der verschiedenen DES-Subskalen

Subskalen	*M* / *SD*
Amnesie	3,2 / 3,4
Absorption	16,4 / 14,0
Derealisation	5,0 / 7,2
Gesamtscore	33,4 / 28,6

Anmerkungen. N=40.

Insgesamt erfüllten 39,0% der Zwangspatienten die Kriterien für eine hochgradige dissoziative Symptomatik mit Werten ≥30 auf der DES-Gesamtskala.

3.3.5 Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

Erkrankungsbeginn und bisherige stationäre Behandlungen

Bei 11 Patienten der Gesamtstichprobe (26,8%) handelte es sich um den ersten stationären Aufenthalt, bei 19 Patienten (46,4%) um den zweiten bis vierten und bei fast einem Viertel der Patienten (*n*=10; 24,4%) um den mindestens fünften stationären Aufenthalt. Der Mittelwert der Anzahl der stationären Behandlungen der Gesamtstichprobe betrug 2,5 (*SD*=3,1; *range*=0-14).
Erste Zwangssymptome traten bei einem Großteil der Patienten (41,5%) vor Vollendung des 18. Lebensjahres auf, allerdings erlebten nur 10% ihren ersten stationären psychiatrischen Aufenthalt vor Vollendung des 18. Lebensjahres.

Stationäre Gesamtaufenthaltsdauer

Die Gesamtdauer des stationären Aufenthaltes erstreckte sich von 16 bis 157 Tagen und wies einen Mittelwert von 58,7 Tagen (*SD*=28,6) auf. Nur eine Minderheit (12,5%) schloss ihren stationären Aufenthalt innerhalb eines Monats ab. Auch zu einer Aufenthaltsdauer von mehr als drei Monaten kam es nur bei wenigen Patienten (9,8%). Die Hälfte der Befragten blieb bis zu zwei Monate zur stationären Therapie.

Suizidanamnese

Innerhalb des Fragebogens zur Erhebung soziodemographischer Daten (vgl. 2.5.1) wurden Daten zur Suizidalität erhoben. Dabei berichteten 78% von Suizidgedanken in der Vergangenheit, bei fast einem Drittel der Patienten hatte ein Suizidplan vorgelegen und etwa ein Viertel der Befragten hatte nach eigenen Angaben in der Vergangenheit Suizidversuche unternommen, davon fast alle Patienten (95,1%) mindestens zwei.

3.4 Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche im Gruppenvergleich

Zur Überprüfung von Zusammenhängen zwischen interpersonalen Traumaerfahrungen in der Kindheit und Krankheitssymptomatik wurden zwei Gruppen gebildet: eine Gruppe, die körperliche Misshandlung und/oder sexuellen Missbrauch erfahren hatte (Trauma-Gruppe) sowie eine zweite Gruppe, die dies nicht erlebt hatte (Kein-Trauma-Gruppe).

3.4.1 Soziodemographische Daten

Aktuelle Lebenssituation

Im Hinblick auf das Vorliegen eines kindlichen sexuellen Missbrauchs oder einer physischen Misshandlung zeigte sich, dass die Patienten mit Traumatisierung durchschnittlich etwas älter waren (39,6 Jahre) als jene ohne solche Erlebnisse (34,6 Jahre), was sich jedoch nicht als statistisch signifikant erwies (t = -1,3; df = 39; p = n.s.). Ein Gruppenvergleich der Patienten mit Traumatisierung in der Kindheit versus Patienten ohne Trauma in der Vorgeschichte ergab im Hinblick auf die Familien- und Wohnsituation, dass in etwa gleich viele Patienten der beiden definierten Gruppen ledig waren (50,0% vs. 51,9%)[1], die Patienten mit Traumatisierung zwar häufiger eine feste Partnerschaft aufwiesen (42,9% vs. 33,3%)[2], allerdings dennoch häufiger allein lebten (57,1% vs. 40,7%)[3]. Auch hier konnten keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede nachgewiesen werden ([1] t = -1,2; df = 39; p = n.s.; [2] t = -0,6; df = 39; p = n.s.; [3] t = -1,0; df = 39; p = n.s.). Hinsichtlich der Bildungs- und beruflichen Situation zeigte sich, dass Patienten mit Traumatisierung häufiger eine niedrige Schulbildung erfahren hatten (57,1% vs. 22,2%)[1] sowie seltener zu einem Abschluss auf einer Fachhochschule, einem Gymnasium oder auf einer Universität gekommen waren (14,3% vs. 25,9%)[2]. Der T-Test für unabhängige Stichproben ergab einen signifikanten Gruppenunterschied zwischen Patienten der Trauma-Gruppe und solchen ohne kindlichen sexuellen Missbrauch bzw. ohne physische Misshandlung hinsichtlich einer niedrigeren Schulbildung ([1] t = -2,3; df = 39; $p \leq ,05$; [2] t = 0,8; df = 39; p = n.s.). Bezüglich der aktuellen beruflichen Situation waren die Patienten mit Traumatisierung zwar deutlich seltener arbeitslos (28,6% vs. 51,9%)[1], aber auch weniger berufstätig (28,6% vs. 37,0%)[2] und häufiger berentet (Frührente oder Erwerbsunfähigkeitsrente) (28,6% vs. 0,0 %)[3]. Im Hinblick auf die Berentung konnte ein statistisch signifikanter

Gruppenunterschied nachgewiesen werden ([1] t = 1,4; df = 39; p = n.s.; [2] t = 0,5; df = 39; p = n.s.; [3] t = -2,4; df = 39; $p \leq$,05).

3.4.2 Elterliches Erziehungsverhalten

Elterliche Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken

Tabelle 8 zeigt die Mittelwerte des FEPS im Gruppenvergleich (Patienten mit Traumatisierung vs. Patienten ohne Traumatisierung). Der T-Test für unabhängige Stichproben ergab signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Patienten der Trauma-Gruppe und solchen ohne kindlichen sexuellen Missbrauch bzw. ohne physische Misshandlung hinsichtlich der einzelnen FEPS-Subskalen. Dabei deutete sich an, dass Patienten mit kindlichen Traumatisierungen insbesondere für die Väter auf der Subskala für Autonomie, auf der Subskala für Fürsorge wie auch auf den Subskalen für Bestrafungs- und Belohnungsverhalten niedrigere Werte angegeben haben. Niedrige Skalenwerte auf den Subskalen für Autonomie, Fürsorge und Bestrafungs- und Belohnungsverhalten entsprechen Überkontrolle, Ablehnung bzw. einer hohen Strafintensität und einem hohen Ausmaß an materieller Belohnung. Darüber hinaus beschrieben Patienten mit kindlichen Traumatisierungen ihre Mütter als ablehnender und damit als weniger fürsorglich.

Tab. 8.
Mittelwerte und Standardabweichungen
von FEPS-Subskalen im Gruppenvergleich

FEPS-Subskalen		Ohne Traumatisierung *M* / *SD*	Mit Traumatisierung* *M* / *SD*	Differenz *M* / *SD*	Prüfgröße/Signifikanz
Mutter	Autonomie	27,1 / 8,9	32,5 / 8,7	-5,3 / 3,1	t = -1,7; df = 35; n.s.
	Fürsorge	46,7 / 12,4	58,2 / 19,1	-11,6 / 5,2	t = -2,2; df = 35; $p \leq$,05
	Bestrafung	25,8 / 9,8	24,9 / 13,1	-0,9 / 3,8	t = 0,2; df = 35; n.s.
	Belohnung	13,3 / 3,5	16,0 / 4,9	-2,8 / 1,4	t = -2,0; df = 35; n.s.
Vater	Autonomie	25,5 / 5,6	36,4 / 10,8	-11,0 / 2,7	t = -4,0; df = 34; $p \leq$,01
	Fürsorge	53,2 / 12,0	70,3 / 15,8	-17,1 / 4,6	t = -3,7; df = 34; $p \leq$,01
	Bestrafung	24,3 / 8,4	32,5 / 12,7	-8,2 / 3,5	t = -2,3; df = 34; $p \leq$,05
	Belohnung	14,4 / 4,1	18,6 / 4,7	-4,2 / 1,5	t = -2,8; df = 34; $p \leq$,01

Anmerkungen. N=37. *=physisch u./o. sexuell misshandelt nach STI.

Die Tabellen 9-11 geben eine Übersicht über die Mittelwerte der FEPS-Subskalen im Vergleich zwischen Patienten mit emotionaler Misshandlung, emotionaler Vernachlässigung oder physischer Vernachlässigung gemäß CTQ mit einem Schweregrad von „Severe to Extreme“ und Patienten ohne eine dementsprechende Form von Traumatisierung. Der T-Test für unabhängige Stichproben ergab signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Patienten mit emotionaler Traumatisierung und/oder Vernachlässigung und denjenigen ohne solche traumatischen Erlebnisse hinsichtlich bestimmter FEPS-Subskalen.

Tab. 9.
Mittelwerte und Standardabweichungen von FEPS-Subskalen vor dem Hintergrund Emotionaler Misshandlung* (CTQ)

FEPS- Subskalen		Emotionale Misshandlung* Nein	Ja	Differenz	Prüfgröße/Signifikanz
		M / *SD*	*M* / *SD*	*M* / *SD*	
Mutter	Autonomie	27,3 / 7,4	39,5 / 11,7	-12,3 / 3,7	*t* = -3,3; *df* = 32; *p*≤ ,01
	Fürsorge	47,1 / 12,5	69,2 / 18,6	-22,0 / 6,1	*t* = -3,6; *df* = 32; *p*≤ ,01
	Bestrafung	24,0 / 9,0	34,7 / 16,4	-10,6 / 4,7	*t* = -2,3; *df* = 32; *p*≤ ,05
	Belohnung	13,9 / 4,3	16,5 / 4,5	-2,6 / 1,9	*t* = -1,3; *df* = 32; n.s.
Vater	Autonomie	26,4 / 7,0	43,7 / 6,4	-17,3 / 2,9	*t* = -6,0; *df* = 32; *p*≤ ,01
	Fürsorge	56,1 / 13,0	73,4 / 16,0	-17,4 / 5,8	*t* = -3,0; *df* = 32; *p*≤ ,01
	Bestrafung	24,6 / 9,3	38,3 / 11,9	-13,7 / 4,2	*t* = -3,3; *df* = 32; *p*≤ ,01
	Belohnung	15,2 / 4,3	18,3 / 5,7	-3,1 / 1,9	*t* = -1,6; *df* = 32; n.s.

Anmerkungen. *"Cut-Score-Bereich: Severe to Extreme" nach CTQ.

Tab. 10.
Mittelwerte und Standardabweichungen von FEPS-Subskalen vor dem Hintergrund Emotionaler Vernachlässigung* (CTQ)

FEPS- Subskalen		Emotionale Vernachlässigung* Nein	Ja	Differenz	Prüfgröße/Signifikanz
		M / *SD*	*M* / *SD*	*M* / *SD*	
Mutter	Autonomie	28,9 / 9,4	32,4 / 9,4	-3,5 / 4,6	*t* = -0,8; *df* = 32; n.s.
	Fürsorge	47,6 / 12,8	71,0 / 18,6	-23,4 / 6,6	*t* = -3,5; *df* = 32; *p*≤ ,01
	Bestrafung	25,0 / 10,3	31,4 / 15,3	-6,4 / 5,4	*t* = -1,2; *df* = 32; n.s.
	Belohnung	13,7 / 4,0	18,4 / 4,2	-4,7 / 2,0	*t* = -2,4; *df* = 32; *p*≤ ,05
Vater	Autonomie	27,6 / 8,6	40,7 / 8,5	-13,0 / 3,8	*t* = -3,3; *df* = 32; *p*≤ ,01
	Fürsorge	55,9 / 13,4	77,2 / 10,5	-21,3 / 5,8	*t* = -3,6; *df* = 32; *p*≤ ,01
	Bestrafung	24,8 / 9,1	39,5 / 12,9	-14,7 / 4,4	*t* = -3,3; *df* = 32; *p*≤ ,01
	Belohnung	15,3 / 4,5	18,3 / 4,9	-3,0 / 2,1	*t* = -1,5; *df* = 32; n.s.

Anmerkungen. *"Cut-Score-Bereich: Severe to Extreme" nach CTQ.

Tab. 11.
Mittelwerte und Standardabweichungen von FEPS-Subskalen
vor dem Hintergrund Physischer Vernachlässigung* (CTQ)

FEPS- Subskalen		Physische Vernachlässigung* Nein	Ja	Differenz	Prüfgröße/Signifikanz
		M / *SD*	*M* / *SD*	*M* / *SD*	
Mutter	Autonomie	28,8 / 9,1	35,3 / 11,9	-6,5 / 5,6	*t* = -1,2; *df* = 32; n.s.
	Fürsorge	50,0 / 14,5	61,3 / 29,2	-11,3 / 9,5	*t* = -1,2; *df* = 32; n.s.
	Bestrafung	25,6 / 10,2	29,3 / 21,5	-3,8 / 6,8	*t* = -0,6; *df* = 32; n.s.
	Belohnung	13,9 / 4,3	18,7 / 2,1	-4,7 / 2,5	*t* = -1,9; *df* = 32; n.s.
Vater	Autonomie	28,4 / 9,3	41,8 / 3,8	-13,4 / 4,8	*t* = -2,8; *df* = 32; *p*≤ ,01
	Fürsorge	57,6 / 14,1	75,3 / 15,3	-17,7 / 7,6	*t* = -2,3; *df* = 32; *p*≤ ,05
	Bestrafung	25,0 / 9,2	45,8 / 7,3	-20,8 / 4,8	*t* = -4,3; *df* = 32; *p*≤ ,01
	Belohnung	15,1 / 4,5	21,0 / 2,6	-5,9 / 2,3	*t* = -2,5; *df* = 32; *p*≤ ,05

Anmerkungen. *"Cut-Score-Bereich: Severe to Extreme" nach CTQ.

3.4.3 Psychopathologie

Komorbide Diagnosen nach ICD-10

Ein Vergleich der Substichproben (Patienten mit kindlicher Traumatisierung vs. Patienten ohne traumatische Erfahrung in der Kindheit) ergab, dass 50% der Patienten mit kindlicher Traumatisierung unter drei oder mehr komorbiden Störungen litten im Gegensatz zu 18,5% der Patienten ohne traumatische Erlebnisse in der Kindheit. Im Mittel wiesen Patienten der Trauma-Gruppe signifikant mehr komorbide Störungen auf als Patienten ohne diese Formen von Traumatisierungen (*M*=2,6 vs. *M*=1,6; *t* = -2,4; *df* = 39; *p* ≤ ,05). Eine affektive Störung war in beiden Subgruppen am häufigsten als komorbide Störung vertreten (85,7% der Patienten mit Traumatisierung vs. 77,8% der Patienten ohne Traumatisierung).

Zwangssymptome

Die Patienten der Trauma-Gruppe zeigten bei Aufnahme stärker ausgeprägte Handlungszwänge gemäß Y-BOCS als diejenigen der Kein-Trauma-Gruppe (*r* = ,34; *p* ≤ ,05), keine Unterschiede fanden sich hingegen in Bezug auf Zwangsgedanken (*r* = ,11; *p* = n.s.) oder die Gesamtsymptomatik bei Aufnahme (*r* = ,24; *p* = n.s.) sowie hinsichtlich der Handlungszwänge (*r* = ,15; *p* = n.s.), der Zwangsgedanken (*r* = ,31; *p* =

n.s.) und der Gesamtsymptomatik (r = ,23; p = n.s.) nach Ende der Therapie. In einer weiteren Analyse wurden Patienten der Trauma-Gruppe mit Patienten der Kein-Trauma-Gruppe hinsichtlich der Veränderungen in der Zwangssymptomatik verglichen. Patienten aus der Trauma-Gruppe waren sowohl zu Beginn als auch am Ende der Therapie tendenziell stärker von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen betroffen. Beide Gruppen profitierten jedoch gleichermaßen von der Behandlung bei vergleichbarer Behandlungsdauer (Trauma-Gruppe: M=58,6 (SD=28,5), Kein-Trauma-Gruppe: M=58,7 (SD=29,2); t = 0,0; df = 38, p = n.s.) (vgl. Tabelle 12).

Tab. 12.
Veränderungen in der Zwangssymptomatik bei Patienten mit und ohne kindliche Traumatisierungen im Gruppenvergleich

	Symptomatik	Ohne Traumatisierung (n =24)	Mit Traumatisierung* (n =13)	Prüfgröße/Signifikanz
		M / *SD*	*M* / *SD*	
t1	Zwangsgedanken	12,5 / 3,8	13,8 / 3,1	Trauma: F = 3,1; df = 1; p≤ ,10 Zeit: F = 35,8; df = 1; p≤ ,001
	Zwangshandlungen	13,0 / 3,3	15,7 / 3,0	Trauma: F = 3,1; df = 1; p≤ ,10 Zeit: F = 38,2; df = 1; p≤ ,001
t3	Zwangsgedanken	7,8 / 3,6	10,2 / 3,8	Trauma x Zeit: F = 0,7; df = 1; n.s.
	Zwangshandlungen	9,1 / 4,8	10,5 / 4,3	Trauma x Zeit: F = 0,7; df = 1; n.s.

Anmerkungen. *physisch u./o. sexuell misshandelt nach STI. t1=Aufnahmeuntersuchung, t3=Abschlussuntersuchung.

Tabelle 13 stellt das Vorkommen von bestimmten Zwangsformen im Gruppenvergleich dar. Kindliche Traumatisierungen gemäß dem STI waren nicht mit dem Vorkommen von bestimmten Zwangsformen assoziiert.

Tab. 13.
Vorkommen von bestimmten Zwangsformen im Gruppenvergleich

Zwangsformen	Ohne Trauma *M* / *SD*	Mit Trauma* *M* / *SD*	Differenz *M* / *SD*	Prüfgröße/Signifikanz
Aggressive Zwangsgedanken	0,63 / 0,49	0,71 / 0,47	-0,09 / 0,16	*t* = -0,5; *df* = 39; n.s.
Zwangsgedanken über Verschmutzung	0,78 / 0,42	0,71 / 0,47	0,06 / 0,15	*t* = 0,4; *df* = 39; n.s.
Waschzwänge	0,81 / 0,40	0,79 / 0,43	0,03 / 0,13	*t* = 0,2; *df* = 39; n.s.
Kontrollzwänge	0,81 / 0,40	0,86 / 0,36	-0,04 / 0,13	*t* = -0,3; *df* = 39; n.s.
Ordnungszwänge	0,33 / 0,48	0,50 / 0,52	-0,17 / 0,16	*t* = -1,0; *df* = 39; n.s.

Anmerkungen. *physisch u./o. sexuell misshandelt nach STI.

Tabelle 14 gibt Aufschluss über die Häufigkeiten der Therapie-Responder im Gruppenvergleich. Wurde das Ansprechen auf die Therapie aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen als eine Verbesserung um 35% im Gesamtscore der Y-BOCS bei Therapieende definiert, so erwies sich der Vergleich zwischen Patienten mit und ohne Traumatisierungen nicht als statistisch signifikant (t = -0,5; df = 35; p = 0,62).

Tab. 14.
Häufigkeit von Therapie-Respondern im Gruppenvergleich

	Ohne Traumatisierung (*n* =24)	Mit Traumatisierung* (*n* =13)
	n (%)	*n* (%)
Non-Responder	15 (62,5)	7 (53,8)
Responder	9 (37,5)	6 (46,2)

Anmerkungen. *physisch u./o. sexuell misshandelt nach STI.

Depressive Symptome und allgemeine Symptombelastung

Tabelle 15 zeigt die Mittelwerte der Gesamtscores der HRSD und der SCL-90-R im Vergleich zwischen den Patienten mit und ohne kindliche Traumatisierung.

Tab. 15.
Mittelwerte des HRSD- und SCL-90-R-Gesamtscores
im Gruppenvergleich

Gesamtscore	t1 Ohne Trauma (*n*=27)	t1 Mit Trauma* (*n*=14)	t3 Ohne Trauma (*n*=24)	t3 Mit Trauma* (*n*=13)
	M / *SD*	*M* / *SD*	*M* / *SD*	*M* / *SD*
HRSD	13,7 / 6,3	17,6 / 4,9	10,3 / 6,0	13,9 / 8,1
SCL-90-R	101,0 / 54,2	169,6 / 64,6	66,8 / 34,8	93,8 / 54,7

Anmerkungen. t1=Aufnahmeuntersuchung, t3=Abschlussuntersuchung.
*physisch u./o. sexuell misshandelt nach STI.

Zum Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung (t1) beklagten die Patienten der Trauma-Gruppe im Mittel tendenziell häufiger depressive Symptome (t1: t = -2,0; df = 39, p = 0,051; t3: t = -1,5; df = 35, p = n.s.) und fühlten sich im Allgemeinen schwerer durch ihre Symptome belastet (t1: t = -3,5; df = 38; $p \leq$,01; t3: t = -1,7; df = 31, p = n.s.).

Dissoziative Symptome

Tabelle 16 stellt die Mittelwerte des DES-Gesamtscores und der DES-Subskalen im Gruppenvergleich dar. Statistisch zeigt hier der Mittelwertsvergleich zwischen den Substichproben mittels eines T-Tests für unabhängige Stichproben eine statistische Signifikanz im Bereich Derealisation.

Tab. 16.
Mittelwerte und Standardabweichungen von
DES-Gesamtscore und Subskalen im Gruppenvergleich

DES-Subskalen	Ohne Traumatisierung	Mit Traumatisierung*	Differenz	Prüfgröße/Signifikanz
	M / *SD*	*M* / *SD*	*M* / *SD*	
Absorption	14,0 / 10,2	20,9 / 18,9	-7,0 / 4,6	t = -1,5; df = 38; n.s.
Derealisation	3,4 / 6,7	8,1 / 7,4	-4,8 / 2,3	t = -2,1; df = 38; $p \leq$,05
Amnesie	3,5 / 4,0	2,5 / 1,7	-1,0 / 1,1	t = 0,9; df = 38; n.s.
Gesamt	27,5 / 23,6	44,1 / 34,4	-16,6 / 9,2	t = -1,8; df = 38; n.s.

Anmerkungen. *N*=40. *physisch u./o. sexuell misshandelt nach STI.

Bei Betrachtung der beiden Substichproben (Patienten mit und ohne kindliche Traumatisierung) zeigt sich eine Verteilung der DES-Werte > 30 in Richtung der Patienten mit Traumatisierung (50,0% vs. 34,6%), es ergeben sich jedoch keine statistisch signifikanten Zusammenhänge (r = ,15; p = n.s.).

3.4.4 Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

Erkrankungsbeginn und bisherige stationäre Behandlungen

Bei den Patienten mit kindlicher Traumatisierung betrug der Mittelwert der stationären Behandlungen 3,6 (SD=4,1) im Gegensatz zu 1,9 (SD=2,3) bei denjenigen ohne traumatisches Erlebnis in der Kindheit. Dabei zeigte sich allerdings lediglich ein Trend zur statistischen Signifikanz (t = -1,7; df = 38; p = 0,10). Im Hinblick auf eine kindliche Traumatisierung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Alter zu Beginn der Zwänge (22,3 Jahre vs. 22,5 Jahre; t = -0,1; df = 39; p = n.s.) sowie beim ersten stationären Aufenthalt (30,4 Jahre vs. 33 Jahre; t =-0,8; df = 38; p = n.s.).

Stationäre Gesamtaufenthaltsdauer

Im Vergleich der beiden Substichproben (Patienten mit kindlicher Traumatisierung vs. Patienten ohne kindliche Traumatisierung) fand sich kein Unterschied in der durchschnittlichen stationären Gesamtaufenthaltsdauer (M=58,6 Tage vs. M=58,7 Tage; t = -0,001; df = 38; p = n.s.).

Suizidanamnese

Tabelle 17 zeigt die Angaben der Patienten bzgl. Vorkommen von Suizidgedanken, -plänen und -versuchen im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen in der Kindheit. Auffällig ist, dass Patienten mit kindlichen Traumatisierungen mehr als doppelt so häufig Suizidpläne und/oder Suizidversuche in ihrem Leben machten wie Patienten der Kein-Trauma-Gruppe (57,1% vs. 22,2%). Dieser Gruppenunterschied war statistisch signifikant (t = -2,3; df = 39; $p \leq$,05).

Tab. 17.
Suizidalität im Gruppenvergleich

		Ohne Traumatisierung (*n* =27)	Mit Traumatisierung* (*n* =14)
		n (%)	*n* (%)
Suizidgedanken	Ja	20 (74,1)	12 (85,7)
	Nein	7 (25,9)	2 (14,3)
Suizidplan	Ja	6 (22,2)	8 (57,1)
	Nein	21 (77,8)	6 (42,9)
Suizidversuch	Ja	5 (18,5)	5 (35,7)
	Nein	22 (81,5)	9 (64,3)

Anmerkungen. *physisch u./o. sexuell misshandelt nach STI.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei der untersuchten Stichprobe von Patienten mit Zwangsstörungen fand sich eine Prävalenzrate von sexuellem Missbrauch (mit Körperkontakt) bis zum 16. Lebensjahr von 21,9%. Eine kindliche physische Misshandlung fand sich bei 19,5% der Patienten. Ein Drittel der Befragten wies mindestens eine dieser Formen von interpersonalen Traumatisierungen in der Kindheit auf. Unter den Befragten, die physisch misshandelt worden waren, fanden sich 37,5%, die zusätzlich sexuell missbraucht worden sind (r = ,57; $p \leq$,01). Umgekehrt ergab sich eine Rate von 33,3% unter den Opfern von kindlichem sexuellem Missbrauch, die ebenfalls physisch misshandelt worden waren (r = ,53; $p \leq$,01).

Die Prävalenzraten für emotionale Misshandlung und emotionale Vernachlässigung, gemessen anhand des CTQ mit einem Schweregrad von „Severe to Extreme“, lagen in der untersuchten Stichprobe bei jeweils 18,9% sowie für körperliche Vernachlässigung bei 13,5%. Mittels bivariater Korrelation erwies sich der Zusammenhang zwischen dem gleichzeitigen Vorliegen einer kindlichen sexuellen und/oder physischen Traumatisierung nach STI sowie einer zusätzlichen emotionalen Traumatisierung und/oder Vernachlässigung im Cut-Score-Bereich „Severe to Extreme“ gemäß dem CTQ als hoch signifikant.

Im Hinblick auf potenziell traumatische Erlebnisse im Erwachsenenalter berichteten 7,3% von sexuellen, 29,3% von physischen sowie 12,2% von physischen und sexuellen Gewalterfahrungen. Dabei ergab sich ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen eines kindlichen sexuellen Missbrauchs und einer zusätzlichen sexuellen Traumatisierung im Erwachsenenalter einerseits (r = ,61; $p \leq$,01) und dem Vorliegen einer physischen Misshandlung in der Kindheit sowie einer

zusätzlichen physischen Traumatisierung nach dem Alter von 16 Lebensjahren andererseits (r = ,57; $p \leq$,01).

Innerhalb der Gesamtstichprobe ergab sich eine Lebenszeitprävalenz für traumatische Erlebnisse nach den Traumakriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 von 65,9%.

Anhand des FEPS beschrieben Patienten mit kindlichen Traumatisierungen sexueller oder physischer Art häufiger insbesondere das Verhältnis zu ihren Vätern als von Überkontrolle und Ablehnung geprägt bzw. sie berichteten ein höheres Maß an Strafintensität und materiellen Belohnungen als diejenigen Befragten ohne derartige traumatische Erfahrungen. Die Mütter wurden im Gruppenvergleich als ablehnender bewertet. Die Patienten, die gemäß CTQ eine physische Vernachlässigung in der Kindheit im Cut-Score-Bereich „Severe to Extreme“ erfahren hatten, berichteten häufiger von einem überkontrollierenden und ablehnenden Vater, der mit höherer Intensität Bestrafungen vollzog und materielle Belohnungen einsetzte als die Patienten ohne derartige Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen in der Anamnese. Die Patienten, die emotionaler Misshandlung eines Schweregrades von mindestens „Severe“ in der Kindheit ausgesetzt waren, beschrieben beide Elternteile als ablehnender, überkontrollierender und bestrafender. Dieses Ergebnis traf darüber hinaus auch auf die Väter der Patienten zu, die emotionale Vernachlässigung in ihrer Kindheit entsprechend des Cut-Score-Bereichs „Severe to Extreme“ erlebt hatten, während sich hier jedoch zusätzlich noch die mütterlichen Erziehungsgewohnheiten durch ein höheres Maß an materiellen Belohnungen und weniger Fürsorglichkeit auszeichneten.

Anhand ihrer soziodemographischen Daten konnte ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied zeigen, dass die Patienten mit kindlichem sexuellem Missbrauch bzw. physischer Misshandlung in der Vorgeschichte eine niedrigere Schulbildung erfahren hatten (t = -2,3; df = 39; $p \leq$,05) und häufiger berentet (Frührente oder Erwerbsunfähigkeitsrente) waren (t = -2,4; df = 39; $p \leq$,05). Im Hinblick auf die Krankheitssymptomatik zeigte sich, dass Patienten aus der Trauma-Gruppe sowohl zu Beginn als auch am Ende der Therapie tendenziell stärker von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen betroffen waren. Es ergab sich bei den Patienten mit kindlicher Traumatisierung ein signifikanter Zusammenhang im Bereich der Handlungszwänge zum Aufnahmezeitpunkt (r = ,34; $p \leq$,05). Bezüglich ihrer depressiven, dissoziativen und allgemeinen Symptombelastung beklagten die Patienten der Trauma-Gruppe zum Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung (t1) tendenziell häufiger depressive Symptome gemäß der HRSD (t1: t = -2,0; df = 39, p = 0,051), erreichten im Mittel höhere Werte im

Bereich Derealisation (t = -2,1; df = 38; $p \leq$,05) und nahmen ihre allgemeine Symptombelastung insgesamt als schlechter wahr (t1: t = -3,5; df = 38; $p \leq$,01).
Im Mittel wiesen Patienten der Traum-Gruppe signifikant mehr komorbide Störungen auf als Patienten der Kein-Trauma-Gruppe (M=2,6 vs. M=1,6; t = -2,4; df = 39; $p \leq$,05). Darüber hinaus machten Patienten mit kindlichen Traumatisierungen mehr als doppelt so häufig Suizidpläne und/oder Suizidversuche in ihrem Leben wie Patienten der Kein-Trauma-Gruppe (57,1% vs. 22,2%; t = -2,3; df = 39; $p \leq$,05).

4. Diskussion

4.1 Diskussion der gewählten Methodik

4.1.1 Forschungsansatz und Studiendesign

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen einige methodische Aspekte kritisch hinterfragt werden. Dies betrifft zunächst das gewählte Studiendesign. Aus den in Kapitel 2.1 und 2.3 genannten Gründen wurde bei der Untersuchung ein retrospektives Querschnittdesign gewählt, welches einen prospektiven Längsschnittansatz für bestimmte Merkmale beinhaltet. Im Längsschnittansatz wurden zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten verschiedene Merkmale im Behandlungsverlauf erhoben wie etwa Zwangssymptome, depressive Symptome und Daten zur allgemeinen Symptombelastung. Dies birgt die Gefahr von Messwiederholungsfehlern im Sinne von Erinnerungs-, Übungs- und Gewöhnungseffekten. Besonders bei der Merkmalserhebung zum Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung (t1) ist bei der Bearbeitung der selbst auszufüllenden Fragebögen eine Beeinflussung durch die akute Krankheitssymptomatik nicht auszuschließen. Das Querschnittdesign bezog sich auf die Erhebung von kindlichen interpersonellen Traumatisierungen und weiteren traumatischen Erfahrungen, elterlichen Erziehungsgewohnheiten, soziodemographischen Daten, Daten zur Suizidalität und zu dissoziativen Symptomen sowie Krankheitsverlaufsparametern. Um möglichst korrekte und vollständige Informationen zu erhalten, wurde im Hinblick auf potenzielle interpersonelle Traumatisierungen ein Selbstratinginstrument mit einem strukturierten Interview kombiniert. Auch während der Hauptuntersuchung (t2) muss trotz Erreichen einer ausreichenden psychischen Stabilität ein Einfluss durch die Krankheitssymptome in Betracht gezogen werden.

Grundsätzlich sind alle Patienten in den in Kapitel 2.2 angestrebten Zeiträumen untersucht worden. Nichtsdestotrotz ist es als unwahrscheinlich anzusehen, dass alle Patienten in einer identischen Krankheitsphase befragt wurden, was jedoch im Hinblick auf die Komplexität psychischer Erkrankungen kaum möglich erscheint. Gleichwohl muss dies bei der Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf Unterschiede in der Psychopathologie berücksichtigt werden.

Die Interaktion zwischen Untersucher und Patient könnte ebenfalls einen Einfluss auf die Ergebnisse der Studie genommen haben. Um einen Rosenthal-Effekt zu vermeiden, wurden die Interviewumstände möglichst konstant gehalten. So wurden

identische Instruktionen gegeben und dieselbe Abfolge der einzelnen Instrumente eingehalten. Vor dem Hintergrund der starken persönlichen Thematik dieser Studie und der zugrundeliegenden psychischen Erkrankungen der Patienten wurden die Befragungsinstrumente und die Befragung von derselben Untersucherin ausgehändigt bzw. durchgeführt. Somit sind eine vollständige Beobachtungsgleichheit gewährleistet und etwaige Verzerrungen minimiert worden. Dennoch bleibt die Auswirkung der therapeutischen Beziehung zwischen Untersucher und Patient auf die Studienmotivation und den Verlauf des stationären Aufenthaltes schlecht beurteilbar.

In dieser Studie liegt der Schwerpunkt auf potenziellen interpersonellen Traumatisierungen in der Kindheit. Inwieweit nicht erfasste Parameter wie protektive Faktoren im Sinne von Copingstrategien und familiärem Umfeld die Studienergebnisse zum kindlichen Missbrauch beeinflussen, lässt sich nicht abgrenzen, muss jedoch bei Untersuchungen von Psychopathologie und von Krankheitsverlaufsparametern zumeist in Kauf genommen werden.
Die Traumaanamnese erfolgte retrospektiv und eigenanamnestisch. Da es sich bei dieser Thematik um zum Teil mehrere Jahre oder Jahrzehnte zurückliegende Erlebnisse handelt, sind vollständige, ungenaue oder auch verfälschte Erinnerungsberichte nicht auszuschließen. Laut Briere und Runtz (1987) verleugnen oder unterdrücken einige Opfer die Erinnerungen an traumatische Erfahrungen aus bewussten oder unbewussten Gründen des Selbstschutzes. Andere zeigen dissoziative Symptome und leiden an Amnesie über das traumatische Ereignis. In diesen Fällen lassen sich Traumatisierungen in Form eines strukturierten Interviews nicht erfassen. Nur selten kann anhand von Zusatzinformationen objektiviert werden, wenn Personen berichten, missbraucht oder nicht missbraucht worden zu sein. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Patienten falsche Angaben machen und behaupten, missbraucht worden zu sein, auch wenn sie es nicht sind. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass es eher zu Unter- als Überschätzungen der gefundenen Prävalenzraten kommt (Drajer, 1990; Hardt & Rutter, 2004; Widom & Morris, 1997; Williams, 1994). So gibt es Patienten, die tatsächlich missbraucht worden sind und es niemals offenlegen, um den Täter zu schützen oder aus Angst, dass man ihnen nicht glauben könnte - oder solche, die verdrängt haben, dass sich jemals ein Missbrauch ereignet hat (Goodwin, Cauthorne & Rada, 1980). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass sich Erinnerungen über die Zeit verändern können. Hardt (2005) geht in seiner Übersicht über die Literatur davon aus, dass Berichte über das Vorliegen von Missbrauch und Misshandlung relativ valide sind, insbesondere bei schweren

Ereignissen, dass Details jedoch verändert werden können. Die Wahrscheinlichkeit von falsch positiven Erinnerungen sei dagegen deutlich geringer.
Es wird immer wieder der Einwand erhoben, dass psychiatrische Symptome mit eingeschränkter Erinnerungsfähigkeit assoziiert seien oder sehr frühkindliche Traumatisierungen nicht erinnert werden können (Maughan & Rutter, 1997). In der vorliegenden Studie konnte bei fünf Patienten eine Amnesie im Hinblick auf traumatische Ereignisse nicht ausgeschlossen werden, eine Patientin fiel durch Gedächtnislücken über den sexuellen Missbrauch durch ihren Vater auf. Eine andere Patientin klagte über dissoziative Symptome, die sie auch im Anschluss an das strukturierte Interview bot.

Bei der Auswahl der Befragungsmethoden wurde zugunsten einer Mischung aus Selbstbeurteilungsinstrumenten und eines strukturierten Interviews mit bekannten psychometrischen Eigenschaften entschieden. Die Erfassung von Zwangssymptomen, dissoziativen und depressiven Symptomen erfolgte mit bewährten Instrumenten, die in vielen anderen Studien bereits zur Anwendung gekommen waren. Ein grundsätzliches Problem bei der Beantwortung stellt bei akut zwanghaften Patienten die Beeinflussung durch die Krankheitssymptomatik dar. So wurde ein Patient bei der Beantwortung der Fragen immer wieder durch einen ritualisierten Schluckakt, der einige Zeit in Anspruch nahm, unterbrochen und in seiner Konzentration gestört. Eine andere Patientin wurde durch die Angst, etwas Falsches zu antworten, stark beeinflusst. Eine weitere Patientin konnte sich nur schwer von ihren Fragebögen trennen, da sie den Zwang verspürte, diese immer wieder überarbeiten zu müssen.
Bei einigen Patienten schienen beim Ausfüllen der Fragebögen, insbesondere des „Fragebogen zu dissoziativen Symptomen“ (FDS; Freyberger et al., 1999) und des „Fragebogen zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken“ (FEPS; Richter-Appelt et al., 2004) Konzentrations- und Motivationsstörungen vorzuliegen, was sich in einem verstärkten Zeitaufwand bei der Bearbeitung oder fehlender Beantwortung von einzelnen Fragen oder ganzen Seiten zeigte. Darüber hinaus schienen manche Fragen bzw. Antwortkategorien uneindeutig, missverständlich oder zu abstrakt formuliert, so dass von einigen Patienten mehrere Kategorien angekreuzt oder eigene Antwortkategorien eingeführt wurden bzw. eine Beantwortung in Textform vorgenommen wurde. So war immer eine genaue Durchsicht der Fragebögen durch den Untersucher und ggf. eine Unterstützung des Patienten notwendig. Unvollständige Fragebögen oder eine vom vorgegebenen Schema abweichende Beantwortung führten zu einer Nichtwertung derselben. Konzentrations- und Verständnisschwierigkeiten bei

der vollständigen Beantwortung der „Dissociative Experience Scale“ (DES; Bernstein & Putnam, 1986) wurden auch in der Studie von Horen und Kollegen (1995) beschrieben, was zu einem Ausschluss der meisten chronisch Erkrankten geführt habe. Paolo, Ryan, Dunn und Van Fleet (1993) untersuchten die DES auf die erforderlichen intellektuellen Anforderungen und stellten fest, dass zum Verständnis und zur Beantwortung von 43% der DES-Items ein hohes Bildungsniveau nötig sei.

Bei der Auswertung der Daten des „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ; Bernstein & Fink, 1998) fiel auf, dass nur 11,1% der Substichprobe, die im Strukturierten Trauma Interview (STI; Draijer, 1989) von einem sexuellen Missbrauch in der Kindheit berichtet hatten, auch im CTQ einen sexuellen Missbrauch eines Schweregrades von mindestens „Severe“ angaben. Bei den Patienten, die nach STI als physisch misshandelt galten, konnte bei 62,5% auch im CTQ eine physische Misshandlung von mindestens „Severe“ identifiziert werden. Umgekehrt gab es keinen Patienten, der im CTQ ein physisches oder sexuelles Trauma angab, im Strukturierten Trauma Interview dann aber keine derartigen Erlebnisse schilderte. Über die Gründe für diese Diskrepanz lässt sich nur spekulieren. Zum Teil kann sie vermutlich auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass das CTQ keine Fälle außerfamiliären sexuellen Missbrauchs erfasst. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass einige Patienten bei der Beantwortung der offenen Fragen im CTQ die vorgefallenen Ereignisse nicht als sexuellen Missbrauch oder physische Misshandlung bewerteten, ein wichtiger Grund für den zusätzlichen Einsatz von Interviews, die potenzielle Traumatisierungen handlungsbezogen erfragen.

4.1.2 Stichprobenselektion

Um eine repräsentative Stichprobe für Patienten mit einer Zwangsstörung nach ICD-10 in stationärer Behandlung zu erhalten, wurden alle Patienten, welche auf die Verhaltenstherapie-Station der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE) aufgenommen wurden, konsekutiv untersucht. Kritisch sind dabei mehrere Punkte zu erwähnen. So konnten 21,2% der Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllten, nicht in die Studie eingeschlossen werden. Bei anderen vergleichbaren Studien lagen die Quoten der ausgeschlossenen Patienten jedoch zwischen 33,3% (Horen et al., 1995) und 64,3% (Saxe et al., 1993), so dass die Quote dieser Studie mehr als akzeptabel erscheint. Dennoch bedürfen die

Stichprobenausfälle einer differenzierten Betrachtung. Unter den 11 nicht eingeschlossenen Patienten (21,2%) brachen sieben Patienten den Aufenthalt innerhalb von zwei Wochen ab. Zwei Patienten wurden auf eine andere Station verlegt, da eine andere Grunderkrankung im Vordergrund stand und eine Reduzierung der Zwangssymptomatik nicht primäres Ziel der Behandlung war. Zwei Patienten lehnten eine Teilnahme am Strukturierten Trauma-Interview ab. Es ist nicht auszuschließen, dass gerade die Gruppe der Patienten, die den Aufenthalt frühzeitig beendeten, weitere Patienten mit kindlichen Traumatisierungen enthielt, was in diesem Fall zu höheren Prävalenzraten von interpersonellen Traumatisierungen der Gesamtstichprobe geführt hätte.

Desweiteren handelt es sich bei der untersuchten Stichprobe mehrheitlich um Patienten, die aus den UKE zugehörigen Sektorgebieten und damit eher aus sozial stärkeren Stadtteilen stammen. Zudem ist in der vorliegenden Studie kein Patient ohne festen Wohnsitz vertreten. Die Stichprobe umfasst aber auch Patienten aus anderen Teilen Deutschlands, die sich über die verhaltenstherapeutische Ambulanz nach einer gewissen Wartezeit in stationäre Therapie begeben haben. Diese Tatsache limitiert mit großer Wahrscheinlichkeit die Verallgemeinerung der Untersuchungsergebnisse. Individuen, die sich nicht in eine Therapie begeben, zeigen wahrscheinlich eine höhere soziale Funktionalität und Kompetenz sowie eine geringere Symptomatik und haben unter Umständen weniger traumatische Erlebnisse in ihrer Kindheit erfahren. Die hohen Raten von Missbrauch und Vernachlässigung unter den Zwangspatienten, die in der vorliegenden Studie nachgewiesen werden konnten, betreffen lediglich Zwangspatienten mit einer Symptomatik und einem Leidensdruck, die eine psychiatrische Aufnahme in eine stationäre Behandlung rechtfertigten. Schließlich wurden aufgrund des Charakters einer Pilotstudie lediglich 41 Patienten eingeschlossen, was die Möglichkeit und Effektivität statistischer Berechnungen erheblich begrenzt. Allgemein muss bei den angewandten statistischen Verfahren erwähnt werden, dass vielfach Gruppenunterschiede oder –zusammenhänge erkennbar waren, jedoch relevante Effekte aufgrund zu geringer Stichprobengröße sowie zu kleiner oder ungleich verteilter Gruppengrößen keine Signifikanz erreicht haben könnten.

4.2 Diskussion der Befunde

4.2.1 Allgemeine Lebenssituation

Entsprechend der oben beschriebenen Stichprobenbeschaffenheit beinhaltete diese Stichprobe keine Patienten ohne festen Wohnsitz. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass der soziodemographische Status dieser Patientenstichprobe im Vergleich zu Patientenkollektiven anderer psychiatrischer Kliniken in Hamburg als eher überdurchschnittlich zu werten ist.

Im Hinblick auf Partnerschaft und Familiensituation zeigte sich, dass Patienten mit Traumatisierung in der Kindheit zwar häufiger eine feste Partnerschaft aufwiesen (42,9% vs. 33,3%; t = -0,6; df = 39; p = n.s.), allerdings dennoch häufiger allein lebten (57,1% vs. 40,7%; t = -1,0; df = 39; p = n.s.), allerdings konnten hier keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede nachgewiesen werden. Um einen Hinweis auf potenziell unsicheres Bindungsverhalten dieser Patienten gemäß der Bindungstheorie nach Bowlby (1975) zu erhalten sowie eine Vergleichbarkeit mit den Studien von Crittenden (1985, 1995) und Lyons-Ruth und Kollegen (1987, 1989) zu gewährleisten (siehe 1.4.1.1), ist sicherlich eine umfassendere Erhebung des jeweiligen Sozial-, Eltern- und Partnerverhaltens wünschenswert. Hinsichtlich der Bildungs- und beruflichen Situation zeigte sich, dass Patienten mit Traumatisierung insgesamt eine niedrigere Schulbildung erfahren hatten (57,1% vs. 22,2%; t = -2,3; df = 39; $p \leq ,05$). Dies erscheint passend zu Ergebnissen anderer Studien, die zeigten, dass frühkindlicher interpersonaler Stress mit einem niedrigen ökonomischen Status assoziiert ist (Bagley & Ramsay, 1986; Mullen, Martin, Anderson, Romans & Herbison, 1993). Unklar bleibt ein möglicher Zusammenhang von kindlicher Traumatisierung und sozialer Schicht der Herkunftsfamilie. So berichteten mehrere Autoren (Beitchman, Zucker, Hood, da Costa & Akman, 1991; Mullen et al., 1993) über ein gehäuftes Vorkommen von frühkindlicher Traumatisierung in sozial unterprivilegierten und zerrütteten Familien. Ulich (1988) fasste als Hauptrisiken für eine gestörte kindliche Entwicklung durch Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung neben einem niedrigem sozioökonomischem Status die chronische Disharmonie in der Herkunftsfamilie, große Familien auf sehr wenig Wohnraum, Kriminalität eines Elternteils und psychische Störungen der Mutter zusammen. Diese Aspekte fallen jedoch eher unter die Analyse von Belastungs- und Schutzfaktoren, die in der vorliegenden Studie nicht vordergründig untersucht wurden, jedoch für die zukünftige Forschung als durchaus sinnvoll erscheinen.

4.2.2 Prävalenzen potenziell traumatischer Erlebnisse im Kindesalter

Sexueller Missbrauch

Die vorliegende Studie ergab eine Prävalenzrate von sexuellem Missbrauch (mit Körperkontakt) bis zum 16. Lebensjahr von 21,9%. Die Geschlechterverteilung zeigte dabei eine Häufigkeit von 16% unter den Frauen sowie eine Rate von 31,3% bei den Männern. Damit liegen die Prävalenzraten für sexuellen Missbrauch der hier untersuchten Stichprobe vor allem für die Männer deutlich über den gefundenen Häufigkeiten sozialwissenschaftlicher Untersuchungen in Deutschland (Bange, 1992; Bange & Deegener, 1996; Elliger & Schötensack, 1991; Raupp & Eggers, 1993; Richter-Appelt, 1998; Richter-Appelt & Tiefensee, 1996a,b; Schötensack, Elliger, Gross & Nissen, 1992; Wetzels, 1997). Zusammenfassend fanden sich hier Prävalenzraten für Frauen zwischen 6% und 25% und für Männer zwischen 2% und 8%. Dies entspricht auch den Befunden internationaler Studien (Andrews, Corry, Issakidis, Slade & Swanston, 2001; Fergusson & Mullen, 1999; Finkelhor, 1998; Rind, Tromovitch & Bausermann, 1998). Zwangserkrankungen zählen zu den Störungen, für die bislang kaum Befunde zu frühen Traumatisierungen vorliegen (siehe 1.4.2.2). Am ehesten mit den Daten der vorliegenden Studie vergleichbar erscheinen die Untersuchungen von Stein und Kollegen (1996) sowie von Lochner und Kollegen (2002). Stein und Kollegen untersuchten in einer Studie, die sich nicht ausschließlich auf Zwangspatienten konzentrierte, u. a. die Häufigkeit von kindlichem sexuellem Missbrauch anhand eines selbstentwickelten semi-strukturierten Interviews und berichteten von einer Prävalenzrate von 30,8% bei Frauen mit einer Zwangsstörung oder einer sozialen Phobie. Lochner und Kollegen zeigten anhand des CTQ eine Prävalenzrate für sexuellen Missbrauch von 40,8% bei Zwangspatientinnen. Während bei Lochner und Kollegen nur Frauen in die Studie eingeschlossen wurden, fand die Prävalenzrate für kindlichen sexuellen Missbrauch unter den Männern mit einer Zwangsstörung bei Stein und Kollegen keine Erwähnung. So findet die auffällige Geschlechterverteilung in der vorliegenden Stichprobe hinsichtlich traumatischer Erfahrungen durch sexuellen Missbrauch mit 31,3% in Richtung der Männer (bei kleinen Absolutzahlen) leider keine Vergleichswerte.

Physische Misshandlung

Eine kindliche physische Misshandlung fand sich bei 19,5% der Patienten der erhobenen Stichprobe. Wie auch im Falle des sexuellen kindlichen Missbrauchs lassen sich die Ergebnisse anderer Studien, vordringlich aufgrund des Fehlens einer einheitlichen internationalen Definition, nur begrenzt mit der vorliegenden Prävalenzrate vergleichen. In unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen Studien fanden sich schwerwiegende und häufige Körperstrafen bei 10-15% der deutschen Eltern (Engfer, 1991; Esser, 1994; Richter-Appelt & Tiefensee, 1996b). Eine deutsche Studie von Wetzels (1997) bestätigte eine Prävalenzrate von 10,6% bei einer engen Definition von kindlicher physischer Misshandlung vor dem 16. Lebensjahr, die der in der vorliegenden Studie zu vergleichen war. Lochner und Kollegen (2002) untersuchten mit Hilfe des Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998) kindliche Traumatisierung bei Patientinnen mit Zwangsstörung und Trichotillomanie. Die physische Misshandlung lag bei Zwangspatienten mit 5,9% jedoch nicht signifikant höher als in der Kontrollgruppe (5,6%). Diese Studie umfasste allerdings eine sehr inhomogene Stichprobe mit ausschließlich weiblichen Patientinnen, wo zudem potenzielle Komorbiditäten keine Berücksichtigung fanden. Andere systematische Untersuchungen, die gezielt physische Gewalt in der Kindheit von Patienten mit Zwangsstörungen erheben, liegen bislang nicht vor.

Emotionale Traumatisierung und Vernachlässigung

In der vorliegenden Studie wurden mittels des CTQ (Bernstein & Fink, 1998) neben dem sexuellen Missbrauch und der körperlichen Misshandlung noch weitere Misshandlungsformen in der Kindheit erhoben - wie die emotionale Misshandlung, die emotionale Vernachlässigung und die physische Vernachlässigung. Dabei entfielen die höchsten Mittelwerte der Gesamtstichprobe auf die Subskalen für emotionale Vernachlässigung (M=12,6; SD=5,2) und für emotionale Misshandlung (M=10,9; SD=6,0). Mit Abstand folgten die Subskalen für physische Vernachlässigung (M=7,8; SD=3,4), für physische Misshandlung (M=7,2; SD=3,9) und für sexuellen Missbrauch (M=5,9; SD=2,4) bei einem CTQ-Summenscore von M=44,3 (SD=18,2). Auch an dieser Stelle sei gesagt, dass der CTQ nachweislich keine Fälle außerfamiliären

sexuellen Missbrauchs erfasst. Diese Mittelwerte der Subskalen und des CTQ-Summenscores sind im Vergleich zu Daten aus der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. So berichteten Scher, Stein, Asmundson, McCreary und Forde (2001) nach einer telefonischen CTQ-Erhebung bei 511 Frauen von deutlich geringeren Mittelwerten der einzelnen Subskalen (Emotionale Misshandlung: *M*=6,99; emotionale Vernachlässigung: *M*=6,78, physische Vernachlässigung: *M*=6,02). Die Mittelwerte der vorliegenden Studie fallen im Vergleich zu einer Stichprobe mit 47 psychiatrischen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder affektiven Störungen des „Bronx Veterans Administration Medical Centers“ (vgl. Bernstein & Fink, 1998) allerdings etwas geringer aus. Diese Stichprobe erreichte für die einzelnen Subskalen Mittelwerte von *M*=15,8 (*SD*=3,3) für die emotionale Vernachlässigung, von *M*=15,5 (*SD*=4,4) für die emotionale Misshandlung sowie von *M*=8,9 (*SD*=3,5) für die physische Vernachlässigung. Diese im Vergleich zur vorliegenden Studie leicht erhöhten Mittelwerte lassen sich am ehesten auf unterschiedliche Stichprobenmerkmale zurückführen. Beispielsweise wurde die Vergleichsstichprobe von Bernstein und Fink in einem für eine hohe Gewaltrate bekannten New Yorker Bezirk erhoben und beinhaltete mehrheitlich Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder affektiven Störungen, bei denen sich nach aktuellem Forschungsstand hohe kindliche Traumatisierungsraten finden lassen. Allerdings werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit durch vergleichbare Studien am Universitätsklinikum Eppendorf Hamburg zu anderen Diagnosegruppen bestätigt. Im Vergleich zu einer Stichprobe von 30 weiblichen Patienten mit Schizophrenie, einer schizophreniformen Störung oder einer schizoaffektiven Psychose (vgl. Schäfer et al., 2006) fallen die Mittelwerte nur wenig geringer aus. Diese Stichprobe erreichte für die einzelnen Subskalen Mittelwerte von *M*=13,0 (*SD*=5,5) für die emotionale Vernachlässigung, von *M*=11,5 (*SD*=5,6) für die emotionale Misshandlung sowie von *M*=8,7 (*SD*=3,4) für die physische Vernachlässigung. Ein Vergleich mit einer weiteren Stichprobe bestehend aus 100 Suchtpatienten des Universitätsklinikums Eppendorf Hamburg (vgl. Schäfer et al., 2007) ergibt allerdings übereinstimmende bis höhere Ergebnisse. Diese Stichprobe erreichte für die einzelnen Subskalen Mittelwerte von *M*=12,2 (*SD*=5,2) für die emotionale Vernachlässigung, von *M*=9,7 (*SD*=5,2) für die emotionale Misshandlung sowie von *M*=7,9 (*SD*=3,7) für die physische Vernachlässigung.

Mit jeweils 18,9% war die Rate von schwerer emotionaler Vernachlässigung und schwerer emotionaler Misshandlung in der Gesamtstichprobe der vorliegenden Untersuchung sehr hoch. Lochner und Kollegen (2002) untersuchten ebenfalls mit Hilfe

des Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998) kindliche Traumatisierungen bei Patientinnen mit Zwangsstörung und Trichotillomanie. Die emotionale Vernachlässigung lag bei Zwangspatienten mit 10,1% signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Allerdings machten die Autoren keine Angaben über die Misshandlungsschwere, so dass unklar bleibt, welche Schwellenwerte die jeweilige Traumatisierung festlegen.

Gemeinsames Auftreten von potenziellen kindlichen Traumatisierungen

Insgesamt wurde mit 41,5% der Gesamtstichprobe ein deutlicher Anteil der Befragten mindestens einmal Opfer einer Traumatisierungsform in der Kindheit (sexueller Missbrauch, physische Misshandlung oder „andere erschütternde Erfahrungen"). Unter den Befragten, die physisch misshandelt worden waren, fanden sich 37,5%, die zusätzlich sexuell missbraucht worden sind. Umgekehrt gab es eine Rate von 33,3% unter den Opfern von kindlichem sexuellem Missbrauch, die ebenfalls physisch misshandelt worden waren. Diese Ergebnisse entsprechen den mehrheitlichen Befunden in der Literatur zu kindlichen Traumatisierungen innerhalb der Allgemeinbevölkerung sowie bei psychiatrischen Patientengruppen. So fand sich in einer repräsentativen Studie von Wetzels (1997) bei 29,2% der Personen, die einen kindlichen sexuellen Missbrauch erlebt hatten, eine zusätzliche physische Misshandlung. Richter-Appelt (1994) zeigte in einer Hamburger Studie bei über 1000 Studenten einen deutlichen Zusammenhang zwischen beiden Traumatisierungsformen. Hier wiesen über 50% der Studenten, die kindlichen sexuellen Missbrauch erlebt hatten, zusätzlich eine physische Misshandlung auf. Allerdings bezogen sich die Ergebnisse lediglich auf eine Rücklaufquote von 35% bei einer eher weit gefassten Definition von sexuellem Missbrauch. Briere, Woo, McRae, Foltz und Sitzman (1997) konnten innerhalb einer gemischt-psychiatrischen Stichprobe ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zwischen physischer Misshandlung und sexuellem Missbrauch nachweisen. Fleming, Mullen und Bammer (1997) beschrieben in einer repräsentativen australischen Untersuchung an 710 Frauen die physische Misshandlung durch Eltern als aussagekräftigsten Prädiktor für kindlichen sexuellen Missbrauch. Insgesamt muss man betonen, dass die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen, die verschiedene Traumatisierungsformen betreffen, durch methodische Unterschiede, etwa im Hinblick auf die Definitionen, Stichprobenbeschaffenheiten und Erhebungsmethoden, stark eingeschränkt wird.

Das Vorkommen von emotionaler Misshandlung und verschiedenen Formen von Vernachlässigung gemäß CTQ neben physischer und/oder sexueller Traumatisierung erwies sich in der vorliegenden Studie als hoch signifikant. Nahezu die Hälfte der Patienten mit Traumatisierungen nach STI (46,2%) war zudem von einer schweren emotionalen Misshandlung betroffen im Gegensatz zu lediglich 4,2% der Patienten ohne kindliche Traumatisierung. Patienten mit körperlicher und/oder sexueller Traumatisierung berichteten fast dreimal so häufig eine emotionale Vernachlässigung sowie über siebenmal so oft eine physische Vernachlässigung im Vergleich zu jenen ohne kindliche traumatische Erfahrungen. Psychische Gewalt scheint überdurchschnittlich oft mit anderen Formen von Gewalt verknüpft zu sein. Allerdings gibt es kaum systematische sozialwissenschaftliche Untersuchungen zu zusätzlichen Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen und somit auch keine Prävalenzraten, die als Vergleich zu den hier erhobenen Raten herangezogen werden könnten. Claussen und Crittenden (1991) machten auf ein häufig gemeinsames Auftreten von emotionaler und physischer Misshandlung aufmerksam, betonten aber gleichzeitig, dass die emotionale Misshandlung auch als alleinige Misshandlungsform vorzufinden sei. Simeon und Kollegen (2001) untersuchten eine Stichprobe von 49 Patienten mit Depersonalisationsstörungen sowie komorbiden Diagnosen. Sie wiesen hier einen signifikanten Zusammenhang zwischen emotionaler und physischer Misshandlung nach und fassten die kindliche emotionale Misshandlung als signifikanten Prädiktor für die Diagnose einer Depersonalisationsstörung und für die Schwere der Störung auf.

Die Bedeutung emotionaler Traumatisierungen ist seit langem bekannt, stand jedoch kaum im Fokus der Forschung. Unklar bleibt deshalb, wie häufig begleitend psychische Misshandlungsformen bestehen und schon immer bestanden haben und welche der Auswirkungen im Erwachsenenalter auf die psychische Komponente der Gewalterfahrung zurückzuführen sind. Nicht zuletzt muss geklärt werden, inwieweit die emotionale Misshandlung von der greifbaren physischen und sexuellen Traumatisierung zu trennen ist. Das CTQ (Bernstein & Fink, 1998) weist zwar für alle Subskalen gute interne Konsistenzen auf, aber der Grad der Genauigkeit, mit dem es die einzelnen Subskalen, die es messen soll oder zu messen vorgibt, tatsächlich misst (mit Ausnahme der Subskala für sexuellen Missbrauch) bleibt test-statistisch nicht überzeugend (Kappis & Hardt, 2005). Sinnvoll für zukünftige Forschung erscheint daher mittels verbesserter Erhebungsmethoden, spezifischer und detaillierter zwischen den unterschiedlichen Missbrauchsformen zu unterscheiden und deren jeweiligen Folgen zu analysieren.

4.2.3 Prävalenzen potenziell traumatischer Erlebnisse in späteren Lebensabschnitten

Fast die Hälfte der Gesamtstichprobe erlebte physische und/oder sexuelle Gewalt nach dem Alter von 16 Jahren. Daraus ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz für sexuelle Traumatisierung von 26,8%, für physische Traumatisierung von 53,7%. Die Angaben zu Lebenszeitprävalenzen in der Allgemeinbevölkerung erstrecken sich bezüglich sexueller Traumatisierung von 3-17% (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Burnam, Stein & Golding, 1988; Kessler et al., 1995; Koss, Gidycz & Wisniewski, 1987; Norris, 1992; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1993) und hinsichtlich physischer Traumatisierung von 7-12%. Im Vergleich dazu liegen die Werte der vorliegenden Studie deutlich über denen der Allgemeinbevölkerung.

Im Hinblick auf psychiatrische Patienten wurden für sexuelle Traumatisierungen Lebenszeitprävalenzen von 20-47% angegeben (Carmen, Rieker & Mills, 1984; Darves-Bornoz, Lemperiere, Degiovanni & Gaillard, 1995; Jacobsen & Richardson, 1987). Ein Grund für die deutlich geringere Prävalenzrate von 20% bei Carmen und Kollegen liegt am ehesten in der Erhebungsmethode in Form von Durchsicht der Patientenakten begründet. Bezüglich der physischen Traumatisierung wurden Lebenszeitprävalenzen von 35% (Carmen et al., 1984) bis 76% (Jacobsen & Richardson, 1987) berichtet. Die ermittelten Lebenszeitprävalenzen der vorliegenden Studie sind daher im internationalen Vergleich am ehesten im Mittelfeld einzuordnen. Die hohe Prävalenzrate für physische Traumatisierung von Jacobsen und Richardson (1987) mag an vielerlei Faktoren liegen, vor allem daran, dass die genannte Untersuchung amerikanischer Herkunft ist und dort insgesamt eine höhere Rate an physischer Gewalt nachweisbar ist (Rosenberg & Fenley, 1991; Riess & Roth, 1993).

In der vorliegenden Untersuchung machten zwei Drittel der Befragten, die in der Kindheit sexuell missbraucht worden waren, auch im Erwachsenenalter negative sexuelle Erfahrungen. Dieser Zusammenhang erwies sich als hoch signifikant und deckt sich mit Ergebnissen anderer Studien, die hohe Retraumatisierungsraten bei Patienten mit kindlichem sexuellem Missbrauch nachweisen konnten (Briere et al., 1997; Darves-Bornoz et al., 1995; Goodman & Fallot, 1998; Muenzenmaier et al., 1993). Muenzenmaier und Kollegen sprachen bei einer Stichprobe mit gemischt-psychiatrischen Diagnosen von einem neunfach erhöhten Risiko für Patienten mit kindlichem sexuellem Missbrauch, im Erwachsenenalter erneut Opfer von sexuellem Missbrauch zu werden.

4.2.4 Elterliches Erziehungsverhalten

In den wenigen existierenden Studien, die elterliches Erziehungsverhalten bei Patienten mit Zwangsstörungen abbilden, fanden sich übereinstimmend Zusammenhänge zwischen einer bestehenden Zwangsstörung und elterlichem Kontrollverhalten und/oder mangelnder elterlicher Fürsorge (Cavedo & Parker, 1994; Hafner, 1988; Hoekstra et al., 1989; Kimidis et al., 1992; Turgeon et al., 2002; Yoshida et al., 2005). Während die genannten Untersuchungen überwiegend mit dem „Parental Bonding Inventory“ (PBI; Parker et al., 1979) und/oder mit dem „Own Memories of Parental Rearing Experiences in Childhood“ (EMBU; Perris et al., 1980) arbeiteten, liegen keine Befunde zu elterlichem Erziehungsverhalten bei Zwangspatienten auf der Grundlage des Fragebogens zu Erziehungseinstellungen und Erziehungspraktiken (FEPS; Richter-Appelt et al., 2004) vor, der eine erweiterte deutschsprachige Fassung des Parental Bonding Inventory darstellt und in der vorliegenden Studie eingesetzt wurde. Darüber hinaus lassen sich kaum systematische Untersuchungen über entwicklungshemmende Erziehungsstile und manifeste Traumatisierungen (wie physische Misshandlung und sexueller Missbrauch) vor dem Hintergrund psychiatrischer Störungen, insbesondere Zwangsstörungen, finden. Hier standen bislang die Diagnosegruppen Angststörungen und Depression im Vordergrund der Untersuchungen. So belegten einige Befunde den Zusammenhang zwischen kindlichem Missbrauch, dem Mangel an elterlicher Fürsorge und Depression im Erwachsenenalter (Bifulco, Brown & Adler, 1991; Fergusson, Lynskey & Horwood, 1996; Mullen et al., 1993). Gladstone, Parker, Wilhelm, Mitchell und Austin (1999) fanden in Familienuntersuchungen anhand des PBI (Parker et al., 1979) heraus, dass die Eltern depressiver Frauen mit sexuellem Missbrauch im Vergleich zu denjenigen ohne derartige Erfahrungen als ablehnender bewertet wurden. Ein kontrollierender elterlicher Erziehungsstil konnte nicht nachgewiesen werden. Csef (1988) ermittelte in einer empirischen Untersuchung an 108 zwangskranken Erwachsenen eine Prävalenzrate von etwa 10% für sexuellen Missbrauch vor dem Hintergrund eines kontrollierenden elterlichen Erziehungsstils. Die Erziehungsgewohnheiten sind hier allerdings nicht systematisch untersucht worden.

Die vorliegende Untersuchung konnte in Übereinstimmung mit dem klinischen Eindruck und den Befunden aus der Literatur zu elterlichem Erziehungsverhalten signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Patienten mit und ohne kindliche Traumatisierungen nachweisen. So beschrieben Patienten mit kindlichen Traumatisierungen sexueller oder physischer Art häufiger insbesondere das Verhältnis

zu ihren Vätern als von Überkontrolle und Ablehnung geprägt. Darüber hinaus berichteten sie ein höheres Maß an Strafintensität und materiellen Belohnungen durch die Väter als diejenigen Befragten ohne derartige traumatische Erfahrungen. Die Mütter wurden im Gruppenvergleich lediglich als ablehnender und damit als weniger fürsorglich bewertet. Aber auch die Patienten, die eine schwere physische Vernachlässigung in der Kindheit erfahren hatten, berichteten häufiger von einem überkontrollierenden und ablehnenden Vater, der mit höherer Intensität Bestrafungen vollzog und materielle Belohnungen einsetzte als die Patienten ohne derartige Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen in der Anamnese. Die Patienten, die einer schweren emotionalen Misshandlung in der Kindheit ausgesetzt waren, beschrieben beide Elternteile als ablehnender, überkontrollierender und bestrafender. Dieses Ergebnis traf darüber hinaus auch auf die Väter der Patienten zu, die eine schwere emotionale Vernachlässigung in ihrer Kindheit erlebt hatten, während sich hier jedoch die mütterlichen Erziehungsgewohnheiten lediglich durch ein höheres Maß an materiellen Belohnungen und weniger Fürsorglichkeit auszeichneten. Auch wenn diese Befunde aufgrund der kleinen Stichprobengröße zurückhaltend zu bewerten sind, führen die deutlichen Zusammenhänge verschiedener Traumatisierungstypen mit entwicklungshemmendem elterlichem Erziehungsverhalten zu grundlegenden Schwierigkeiten bei der Interpretation ihrer Auswirkungen. Wo sind die Grenzen zwischen emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung und anderen potenziell entwicklungshemmenden Erziehungsstilen zu ziehen? Kann derartiges elterliches Erziehungsverhalten die Wahrscheinlichkeit von emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung, aber auch von sexueller oder physischer Traumatisierung erhöhen (Bedürfnis nach Zuwendung, ungenügende Aufsicht, Vorkommen von pathologischen Persönlichkeiten in der Familie) oder aber die Fähigkeit, traumatisierende Ereignisse zu bewältigen, generell herabsetzen und damit die Entwicklung von psychiatrischen Störungen begünstigen? Sinnvoll für zukünftige Forschungen erscheint daher eine detailliertere Analyse von Zwangspatienten mit und ohne kindliche Traumatisierungen vor dem Hintergrund von entwicklungshemmenden Erziehungsstilen, aber auch von stabilen und befriedigenden Familienverhältnissen.

4.2.5 Psychopathologie und Krankheitsverlauf

Zwangssymptome

Die Durchsicht der empirischen Forschungsarbeiten macht deutlich, dass keine systematischen Untersuchungen über Unterschiede bei Zwangspatienten mit und ohne kindliche Traumatisierung hinsichtlich Symptomatik, klinische Verlaufsparameter und Therapieausgang vorliegen. In der vorliegenden Arbeit konnte allerdings bei Auswertung der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1989b) gezeigt werden, dass die Patienten mit sexuellen und/oder physischen Traumatisierungen bei Aufnahme stärker ausgeprägte Handlungszwänge aufwiesen als diejenigen Patienten ohne traumatische Erfahrungen. Dieser Befund scheint auf ähnliche Zusammenhänge zwischen frühen Traumatisierungen und einer höheren Symptomlast hinzudeuten, wie sie auch bei anderen Diagnosegruppen gefunden wurde (z.B. Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005). Allerdings fanden sich hinsichtlich der Inhalte der Zwangssymptomatik keine Unterschiede zwischen beiden Substichproben. Eine kürzlich erschienene Untersuchung von Zhong und Liljenquist (2006) wies bei einer gesunden Stichprobe die Verbesserung des seelischen Wohlbefindens im Sinne einer „Reinigung der Seele“ als Motivation für Reinigungshandlungen nach. Eine dementsprechende erhöhte Prävalenz von Waschzwängen konnte unter den traumatisierten Zwangspatienten jedoch nicht bestätigt werden. Auch Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg konnten in der vorliegenden Untersuchung nicht gezeigt werden. Die Zwangspatienten mit sexuellen und/oder physischen Traumatisierungen waren zwar nachweislich stärker beeinträchtigt, profitierten jedoch gleichermaßen gut von der Behandlung bei etwa gleicher Therapiedauer. Diese Befunde widersprechen dem klinischen Eindruck und Ergebnissen aus der Literatur zu Zwang und posttraumatischen Belastungsstörungen (Gershuny et al., 2002; Gershuny et al., 2003), nämlich dass insbesondere schwer traumatisierte Zwangspatienten schlechter von einer Therapie profitieren können. Allerdings muss hierzu angemerkt werden, dass in der vorliegenden Studie der Anteil von Zwangspatienten mit einer komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung mit 7% sehr gering ausfiel. Zudem hätte eine andere Definition von Therapieerfolg (in der vorliegenden Untersuchung Verringerung der Zwangssymptomatik um mindestens 35%) mögliche Unterschiede deutlicher zu Tage treten lassen können.

Depressive und allgemeine Symptombelastung

In der vorliegenden Studie konnte zu Therapiebeginn bei den Patienten mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen ein signifikant höherer Gesamtscore der SCL-90-R (Derogatis, 1977; Franke, 1992, 1995) festgestellt werden (vgl. 3.4.3), was ebenfalls im Sinne einer generell höheren Symptombelastung bei traumatisierten Patienten interpretiert werden kann. Weiter zeigte die Auswertung der Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD; Hamilton, 1960), dass zum Zeitpunkt der Aufnahmeuntersuchung die Patienten mit kindlichen Traumatisierungen tendenziell häufiger depressive Symptome beklagten. Diese Ergebnisse unterstützen die Theorie von Joraschky, Egle und Pöhlmann (2005), dass unter der Perspektive von Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch traumatische Faktoren wirken, die in der Regel im Wechselspiel mit Schutzfaktoren der Persönlichkeit zu einer besonderen Ausprägung von depressiven Symptomen beitragen. Der Zusammenhang insbesondere zwischen sexuellen Missbrauchserfahrungen und depressiven Erkrankungen bzw. depressiver Symptomatik wurde in Populationen in der Allgemeinbevölkerung (u. a. Bushnell, Wells & Oakley-Browne, 1992; Mullen, Romans-Clarkson, Walton & Herbison, 1988) sowie in ambulanten bzw. stationären psychiatrischen Populationsgruppen (u.a. Bagley & McDonald, 1984; Bryer et al., 1987; Pribor & Dinwiddie, 1992) untersucht. Diese Studien schlossen überwiegend Frauen bzw. Patientinnen ein, arbeiteten auf der Grundlage unterschiedlicher Definitionen von Missbrauchserfahrungen, verwendeten verschiedene Befragungsinstrumente und betrachteten im Hinblick auf das Auftreten von depressiven Symptomen unterschiedliche Zeiträume. Vor diesem Hintergrund sind die ermittelten Prozentwerte nur sehr eingeschränkt vergleichbar. Beispielhaft seien hier die Ergebnisse von insgesamt fünf Studien bei College-Studentinnen genannt (Briere & Runtz, 1988a,b; Gold, 1986; Sedney & Brooks, 1984; Yama, Tovey & Fogas, 1993), die belegen, dass bei Studentinnen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit signifikant häufiger depressive Symptome nachweisbar sind. Ebenso Erwähnung finden sollten an dieser Stelle vier Untersuchungen an Patientinnen psychiatrischer Kliniken (Bryer et al., 1987; Gorcey, Santiago & McCall-Perez, 1986; Pribor & Dinwiddie, 1992; Vize & Cooper, 1995), die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine depressive Symptomatik im Erwachsenenalter bei vorausgegangener sexueller Gewalt in der Kindheit aufzeigen. Unklar bleibt allerdings, in welchem Umfang Missbrauch, familiäre Umstände oder Vernachlässigung (Oakley-Browne, Joyce, Wells, Bushnell & Hornblow, 1995) für ein erhöhtes Risiko, depressive Symptome zu entwickeln, verantwortlich sind. Da meistens mehrere Einflussfaktoren aufeinander

wirken - wie elterlicher schlechter Gesundheitszustand, Armut, Gewalt und Stress in der Familie etc. (Kessler & Magee, 1993) - ist nicht abgrenzbar, ob die Entwicklung von depressiven Symptomen auf den Missbrauch oder andere Kindheitsbelastungsfaktoren zurückzuführen ist und in welchem Maße die Faktoren für den Anstieg des Risikos verantwortlich sind. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass affektive Störungen in der vorliegenden Studie sowohl bei den Patienten mit kindlicher Traumatisierung als auch bei denjenigen ohne derartige Erfahrungen am häufigsten als komorbide Störung vertreten waren (85,7% der Patienten mit Traumatisierung vs. 77,8% der Patienten ohne Traumatisierung) und Zusammenhänge zwischen der vorliegenden Zwangsstörung und depressiven Symptomen angenommen werden müssen.

Dissoziative Symptome

Zahlreiche Untersuchungen zeigen Zusammenhänge zwischen frühen kindlichen Traumatisierungen und der Entwicklung von dissoziativen Symptomen bei Erwachsenen (Draijer & Langeland, 1999; Putnam, 1985; Strick & Wilcoxon, 1991; Gershuny & Thayer, 1999). In einem Review von Van Ijizendoorn und Schuengel (1996) über 26 Studien mit insgesamt über 2000 psychiatrischen Patienten konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und verschiedenen Missbrauchsformen nachgewiesen werden. Einige wenige Untersuchungen haben sich zudem systematisch mit dem Zusammenhang zwischen Zwangsstörungen und Dissoziation auseinandergesetzt und konnten signifikant höhere dissoziative Werte bei Zwangspatienten belegen (Merckelbach & Wessel, 2000; Watson et al., 2004). Goff und Kollegen (1992) beschrieben bei Patienten mit hohen dissoziativen Werten gemäß „Dissociative Experience Scale“ (DES; Bernstein & Putnam, 1986) höhere Schweregrade von Zwangssymptomen auf dem „Maudsley Obsessional Compulsive Inventory“ (Hodgson & Rachman, 1977) sowie häufiger depressive Symptome als bei Patienten mit niedrigen dissoziativen Werten.
Am ehesten vergleichbar scheint die Untersuchung von Lochner und Kollegen (2004), die Verbindungen zwischen traumatischen Ereignissen und dissoziativen Erfahrungen bei einer Stichprobe von 110 Zwangspatienten sowie 32 Patienten mit Trichotillomanie (TTM) mit Hilfe der DES und des CTQ untersuchten. Dissoziative Symptome wurden bei Werten ≥ 30 auf der DES als hoch klassifiziert. Insgesamt erfüllten 15,8% der Zwangspatienten sowie 18,8% der Patienten mit TTM die Kriterien für eine

hochgradige dissoziative Symptomatik. In beiden Patientengruppen korrelierten die DES-Werte positiv mit den CTQ-Subscores für emotionalen, physischen und sexuellen Missbrauch sowie für Vernachlässigung. In der vorliegenden Studie konnte sogar bei 39,0% der Gesamtstichprobe ein hoher dissoziativer Score mit Werten ≥ 30 auf der DES nachgewiesen werden. Dabei zeigte die Verteilung der DES-Werte > 30 zwar deutlich in Richtung der Patienten mit kindlicher Traumatisierung (50,0% vs. 34,6%), ergab aber keinen signifikanten Zusammenhang. Eine weitere Betrachtung dieser beiden Substichproben ergab im Mittel signifikant höhere Werte im Bereich Derealisation unter den traumatisierten Zwangspatienten. Vergleichbar hohe Werte in der Subskala für Derealisation lassen sich nach gegenwärtigem Stand der Forschung nicht finden, was am ehesten auf die geringe Datenlage zur dissoziativen Symptomausprägung bei traumatisierten Zwangspatienten zurückzuführen ist. Simeon und Kollegen (2001) beschrieben die kindliche interpersonale Traumatisierung, darunter insbesondere die emotionale Misshandlung, als Prädiktor für die Diagnose einer Depersonalisationsstörung. Auch Holowka, King, Saheb, Pukall und Brunnet (2003) fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen emotionaler Misshandlung gemäß CTQ und einem hohen DES-Gesamtscore, allerdings unter 26 Patienten mit Schizophrenie. Grundsätzlich muss angemahnt werden, traumatische Situationen und zusätzliche Kindheitsbelastungsfaktoren differenzierter zu betrachten, um Zusammenhänge und Einflüsse von traumatischen Belastungen auf spätere psychopathologische Störungen besser beurteilen zu können. Auch in den beiden Substichproben der vorliegenden Studie kommen zusätzlich emotionale Misshandlungsformen und/oder Vernachlässigung vor, die im Hinblick auf dissoziative Symptome nicht differenziert betrachtet worden sind. Nach Eckhardt-Henn und Hoffmann (2005) scheint die Qualität des Missbrauchs (emotionale Misshandlung, Vernachlässigung, physische Misshandlung und/oder sexueller Missbrauch) in Wechselwirkung mit vielfältigen Faktoren die entscheidende Rolle für die spätere Ausprägung dissoziativer Symptome zu spielen.

Erkrankungsbeginn, bisherige stationäre Behandlungen und Aufenthaltsdauer

In der vorliegenden Studie lassen sich zwischen den Patienten mit und ohne Traumatisierungen keine nennenswerten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Anzahl der stationären Behandlungen, der durchschnittlichen stationären Gesamtaufenthaltsdauer, dem Alter zu Beginn der Zwänge sowie dem Alter beim

ersten stationären Aufenthalt machen. Somit konnten die in der Literatur beschriebenen Befunde hinsichtlich des Krankheitsverlaufs bei traumatisierten Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen nicht repliziert werden. Darves-Bornoz und Kollegen (1995) berichteten von einem früheren Ersterkrankungsalter bei traumatisierten Patienten mit Schizophrenie oder bipolaren Störungen, Goff, Brotman, Kindlon, Waites und Amico (1991) wiesen zusätzlich noch einen Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und der Häufigkeit von Krankheitsrückfällen nach. Hier handelte es sich um eine Stichprobe von Patienten mit chronischen psychiatrischen Störungen ohne Angaben über die zugrunde liegende Definition der erlittenen Traumatisierungen. Carmen und Kollegen (1984) berichteten von einer signifikant längeren stationären Gesamtaufenthaltsdauer bei Patienten mit kindlichen sexuellen und/oder körperlichen Traumatisierungen. Allerdings muss bedacht werden, dass diese Variable zusätzlich vom jeweiligen Krankenhaus abhängig ist. Da die genannten Untersuchungen mit einem deutlich größeren Stichprobenumfang arbeiteten als die vorliegende Studie, sind die mangelnden Gruppenunterschiede am ehesten durch die zu geringe Stichprobengröße zu erklären.

Suizidanamnese

Empirische Untersuchungen zeigten erhöhte Raten von Suizidversuchen vor dem Hintergrund von Missbrauchserfahrungen sowohl innerhalb von nicht-psychiatrischen Populationen (Garcia, Adams, Friedman & East, 2002; Richter-Appelt, Kolb, Becker & Kawski, 1995) als auch in psychiatrischen Stichproben (Briere et al., 1997; Bryer et al., 1987; Carmen et al., 1984; Kisiel & Lyons, 2001, Darves-Bornoz et al., 1995). Auch in der vorliegenden Stichprobe konnte diesbezüglich ein signifikanter Gruppenunterschied nachgewiesen werden. Patienten mit kindlichen Traumatisierungen machten mehr als doppelt so häufig Suizidpläne und/oder Suizidversuche in ihrem Leben wie Patienten ohne derartigen Erfahrungen. Kritisch angemerkt werden muss jedoch, dass es in der gängigen Literatur keine übereinstimmende Definition von Suizidversuchen und ebenso keine einheitlichen Erhebungsinstrumente für Suizidalität gibt. Nichtsdestotrotz bestätigt auch der klinische Eindruck, dass auffällig viele traumatisierte Patienten gehäuft Suizidgedanken haben und Suizidversuche unternehmen.

4.3 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Trotz der inzwischen stark entwickelten Forschung im Bereich der Psychotraumatologie liegen nur wenige Untersuchungen zur Bedeutung von Traumatisierungen und Traumafolgestörungen bei Patienten mit Zwangserkrankungen vor. So handelte es sich bei der vorliegenden Studie um die erste klinische Untersuchung einer konsekutiven homogenen Stichprobe von Patienten mit Zwangsstörungen zu frühkindlichen Traumatisierungen und elterlichem Erziehungsverhalten. Die Ergebnisse entsprachen dabei weitgehend den Prävalenzraten anderer Studien zu kindlichen Traumatisierungen innerhalb psychiatrischer Populationen und lagen erwartungsgemäß deutlich über den aus der Allgemeinbevölkerung bekannten Raten. Ein interessanter Befund betrifft die hohen Raten von schwerer emotionaler Misshandlung und schwerer emotionaler Vernachlässigung von jeweils fast 20% der Patienten, welche in den meisten Studien bislang nicht berücksichtigt wurden. Darüber hinaus war nahezu die Hälfte der Patienten mit kindlichen physischen und/oder sexuellen Traumatisierungen zusätzlich von schwerer emotionaler Misshandlung betroffen im Gegensatz zu lediglich rund 4% der Patienten ohne kindliche Traumatisierung. Die beträchtliche Überschneidung von körperlichem, emotionalem und sexuellem Missbrauch konnte übereinstimmend mit der Literatur zeigen, dass Kinder, die einer Form des Missbrauchs ausgesetzt waren, mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit auch andere Formen des Missbrauchs erleiden. Auch im Hinblick auf traumatische Ereignisse im Erwachsenenalter lagen die ermittelten Prävalenzraten deutlich über denen aus der Allgemeinbevölkerung. Dabei ergaben sich hoch signifikante Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen eines kindlichen sexuellen Missbrauchs bzw. einer physischen Misshandlung und einer zusätzlichen sexuellen bzw. physischen Traumatisierung im Erwachsenenalter. In Übereinstimmung mit dem klinischen Eindruck und den Befunden aus der Literatur zu elterlichem Erziehungsverhalten deckt die vorliegende Untersuchung Zusammenhänge zwischen einer bestehenden Zwangsstörung, verschiedenen Traumatisierungsformen und elterlichem Kontrollverhalten und/oder mangelnder elterlicher Fürsorge auf.

Ferner konnten sich in der betrachteten Stichprobe analog zu anderen Diagnosegruppen die aus der Literatur bekannten Unterschiede im Hinblick auf Schulbildung, Psychopathologie und komorbide Symptomkomplexe replizieren lassen. Traumatisierte Zwangspatienten hatten eine niedrigere Schulbildung erfahren und waren insgesamt psychisch stärker beeinträchtigt sowie tendenziell depressiver. Sie erlebten häufiger Derealisationsphänomene, wiesen mehr komorbide Störungen auf

und machten mehr als doppelt so häufig Suizidpläne und/oder Suizidversuche in ihrem Leben. Darüber hinaus waren Zwangssymptome bei gleicher Erkrankungsdauer in der Gruppe mit traumatischen Erfahrungen stärker ausgeprägt. Allerdings konnten diese Patienten bei gleicher Behandlungsdauer vergleichbar gut von der Behandlung profitieren. Dies erscheint jedoch gerade vor dem Hintergrund eines multimodalen verhaltenstherapeutischen Ansatzes plausibel, der die Funktionalität der Zwangssymptomatik insbesondere auch für Traumatisierungen im therapeutischen Setting berücksichtigt und symptomorientierte Techniken zur Reduktion der Zwänge erst dann in die Behandlung integriert, wenn andere Fähigkeiten durch soziales Kompetenztraining oder Strategien zur Emotionsregulation aufgebaut sind. Darüber hinaus muss dieser Befund aufgrund methodischer Aspekte (z.B. der gewählten Kriterien für das Ansprechen der Therapie) zurückhaltend beurteilt werden.

Ein schwererer Krankheitsverlauf, gemessen an der Anzahl der stationären Behandlungen, der durchschnittlichen stationären Gesamtaufenthaltsdauer, dem Alter zu Beginn der Zwänge sowie dem Alter beim ersten stationären Aufenthalt, ließ sich nicht nachweisen, wobei relevante Effekte aufgrund der geringen Stichprobengröße keine Signifikanz erreicht haben könnten. Dennoch lässt sich zusammenfassend sagen, dass Personen, die angaben, dass sie in der Kindheit missbraucht und/oder misshandelt worden waren, sich als Gruppe nicht nur durch größere Häufigkeit von Symptomen und Diagnosen, sondern auch durch weitere belastende Entwicklungsfaktoren von den Nicht-Traumatisierten unterschieden.

Hinsichtlich dieser trotz der geringen Stichprobengröße beobachteten Ergebnisse und Zusammenhänge in der vorliegenden Pilotstudie erscheint eine Folgestudie mit größeren Fallzahlen vielversprechend. Die hohen Prävalenzraten für emotionale Misshandlung und emotionale Vernachlässigung sowie die deutlichen Überschneidungen von sexueller und/oder physischer Gewalt mit anderen Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen sind gerade vor dem Hintergrund von entwicklungshemmendem elterlichem Erziehungsverhalten interessant und rechtfertigen, psychische Gewalt und elterliches Erziehungsverhalten in zukünftigen Studien umfassender mit einzubeziehen.

5. Literaturverzeichnis

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E & Wall S. (1978). Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home. Hillsdale.

Allen JG & Coyne L. (1995). Dissociation and vulnerability to psychotic experience. Journal of nervous and mental disease, 183 (10), 615-619.

Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D, PifarréJ , Urretavizcaya M, Crespo JM, Jiménez S, Vallejo G & Vallejo J. (2004). Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. Psychiatry research, 127, 267-278.

Amann G & Wipplinger R. (2005). Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. DGVT Verlag Tübingen.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM-III). 3rd ed, Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1986). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM-III-R). 3rd ed, Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM-IV). 4th ed, Washington, DC, American Psychiatric Association.

Andrews G, Corry J, Issakidis C, Slade T & Swanston H. (2001). Comparative risk assessment. Child sexual abuse. Final report. WHO.

Backe L, Leick N, Merrick J & Michelsen N (Hrsg). (1986). Sexueller Missbrauch von Kindern in Familien. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Bagley C. (1995). Child sexual abuse and mental health in adolescents and adults. British and Canadian perspectives. Aldershot: Avebury.

Bagley C & McDonald M. (1984). Adult mental health sequels of child sexual abuse, physical abuse and neglect in maternally separated children. Canadian journal of community mental health, 3, 15-26.

Bagley C & Ramsay R. (1986). Sexual abuse in childhood: Psychological outcomes and implications for social work practice. Journal of social work & human sexuality, 4, 33-47.

Ball S, Robinson A, Shekhar A & Walsh K. (1997). Dissociative symptoms in panic disorder. Journal of nervous and mental disease, 185 (12), 755-760.

Bange D. (1992). Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen. Ausmaß- Hintergründe- Folgen. Köln: Volksblatt Verlag.

Bange D. (2002). Definitionen und Begriffe. In: D Bange & W Körner (Hrsg), Handwörterbuch Sexueller Missbrauch, 47-52. Hogrefe: Göttingen.

Bange D & Deegener G. (1996). Sexueller Missbrauch an Kindern. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Barkley RA & Murphy KR. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Baumann U. (1976). Methodologic studies of the Hamilton rating scale for depression (author's transl). Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 222 (4), 359-375.

Beck AT & Steer RA. (1987). Beck Depression Inventory-Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck AT, Steer RA & Garbin MG. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical psychology review, 8, 77-100.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J & Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry, 4, 561-571.

Becker CB. (2002). Integrated behavioral treatment of comorbid OCD, PTSD and borderline personality disorder: a case report. Cognitive and behavioral practice, 9, 100-110.

Beitchman JH, Zucker KJ, Hood, JE, da Costa, GA & Akman D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. Child abuse & neglect, 15, 537-556.

Beitchman JH, Zucker KJ, Hood, JE, da Costa, GA, Akman D & Cassavia E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. Child abuse & neglect, 16, 101-118.

Bernstein DP & Fink L. (1998). Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report. Manual. The psychological corporation.

Bernstein EM & Putnam FW. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. Journal of nervous and mental disease, 174, 727-735.

Bifulco A, Brown GW & Adler Z. (1991). Early sexual abuse and clinical depression in adult life. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 159, 115-122.

Black DW, Monahan P, Gable J, Blum N, Clancy G & Baker P. (1998). Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. Journal of clinical psychiatry, 156, 1409-1416.

Boscarino JA. (1997). Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care. Psychosomatic medicine, 59 (6), 605-614.

Bowlby J. (1975). Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München.

Bowlby J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 130, 201-210.

Bowlby J. (1982). Attachment and loss: Vol 1, Attachment. New York: Basic Books.

Bremner JD, Southwick S, Brett E, Fontana A Rosenheck R & Charney DS. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. The American journal of psychiatry, 149 (3), 328-332.

Breslau N, Davis GC, Andreski P & Peterson E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of general psychiatry, 48, 216-222.

Briere J & Runtz M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. Journal of interpersonal violence, 2, 367-379.

Briere J & Runtz M. (1988a). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. Child abuse & neglect, 12, 331-341.

Briere J & Runtz M. (1988b). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. Child abuse & neglect, 12, 51-59.

Briere J, Woo R, McRae B, Foltz J & Sitzman R. (1997). Lifetime victimization history, demographics and clinical status in female psychiatric emergency room patients. Journal of nervous and mental disease, 185, 95-101.

Broadbent DE, Cooper PF, FitzGerald P & Parkes KR. (1982). The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates. The British journal of clinical psychology, 21, 1-16.

Bronisch T, Garcia-Borreguero D, Flett S, Wolf R & Hiller W. (1992). The Munich Diagnostic Checklists for the assessment of DSM-III-R personality disorders for use in routine clinical care and research. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 242, 77-81.

Bronisch T, Hiller W, Mombour W & Zaudig M. (1995). Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV (IDCL-P). Bern, Huber.

Brown GR & Anderson B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. The American journal of psychiatry, 148, 55-61.

Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR & Mancill RB. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. Journal of abnormal psychology, 110, 585-599.

Browne A & Finkelhor D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. Psychological bulletin, 99, 66-77.

Bryer JB, Nelson BA, Miller JB & Krol PA. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. The American journal of psychiatry, 144 (11), 1426-1430.

Burnam MA, Stein JA & Golding JM. (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. Journal of consulting and clinical psychology, 56, 843-850.

Bushnell JA, Wells JE & Oakley-Browne MA. (1992). Long-term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood. Acta psychiatrica Scandinavica, 85, 136-142.

Carmen E, Rieker P & Mills T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. The American journal of psychiatry, 141 (3), 378-383.

Cavedo LC & Parker G. (1994). Parental Bonding Instrument: Exploring for links between scores and obsessionality. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 29, 78-82.

Chu JA & Dill DL. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. The American journal of psychiatry, 147, 887-892.

Clausen AH & Crittenden PM. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. Child abuse & neglect, 15, 5-18.

Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum. (1996). Internationale Skalen für Psychiatrie, 4., überarb. u. erw. Auflage. Göttingen, Beltz.

Collins NL & Feeney BC. (2000). A safe haven: an attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationship. Journal of personality and social psychology, 78, 1053-1073.

Collins NL & Read SJ. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. Journal of personality and social psychology, 58, 644-663.

Creamer M, Burgess P & McFarlane AC. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the australian national survey of mental health and well-being. Psychological medicine, 31, 1237-1247.

Crittenden PM. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 26, 85-96.

Crittenden PM. (1995). Attachment and psychopathology. In: S Goldberg, R Mui & J Kerr (Hrsg.), Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives, 367-406. Hillsdale, NJ.

Crittenden PM. (1996). Entwicklung, Erfahrung und Beziehungsmuster: Psychische Gesundheit aus bindungstheoretischer Sicht. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 45, 147-155.

Csef H. (1988). Zur Psychosomatik des Zwangskranken. Berlin u.a.O: Springer.

Csef H. (1997). Zwangserkrankungen. In: UT Egle, SO Hoffmann & P Joraschky (Hrsg), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 172-182. Schattauer Stuttgart, 1. Auflage.

Dancu CV, Riggs DS, Hearst-Ikeda D, Shoyer BG & Foa EB. (1996). Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. Journal of traumatic stress, 9 (2), 253-267.

Darves-Bornoz JM, Lemperiere T, Degiovanni A & Gaillard P. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 30, 75-84.

Davies-Netzley S, Hurlburt MS & Hough R. (1996). Childhood abuse as a precursor to homelessness for homeless women with severe mental illness. Violence and victims, 11 (2), 129-142.

Demitrack MA, Putnam FW, Brewerton TD, Brandt HA & Gold PW. (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. The American journal of psychiatry, 147 (9), 1184-1188.

Derogatis LR. (1977). SCL-90: Administration, Scoring and Procedures Manual. Clinical Psychometric Research. Baltimore, Johns Hopkins University School of Medicine.

De Ruiter C. (1994). Anxious attachment in agoraphobia and obsessive- compulsive disorder: a literature review and treatment implications. In: C Perris, WA Arrindell & M Eisemann (Eds), Parenting and Psychopathology, 281-301. John Wiley and Sons, Chichester, UK.

De Silva P & Marks M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive- compulsive disorder. Behaviour research and therapy, 37, 941-951.

De Silva P & Marks M. (2001). Traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder. International review of psychiatry (Abingdon, England), 13, 172-180.

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Hrsg). (1997). Richtlinien zur Manuskriptgestaltung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Dilling H, Mombour W & Schmidt WH. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (Kapitel V). Bern, Huber.

Dinn WM, Harris CL & Raynard RC. (1999). Posttraumatic Obsessive-Compulsive Disorder: A Three-Factor Model. Psychiatry, 62, 313-324.

Dornes M. (1997). Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In: UT Egle, SO Hoffmann & P Joraschky (Hrsg), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 65-78. Schattauer Stuttgart, 1. Auflage.

Draijer N. (1989). Structured Trauma Interview (STI). Amsterdam, Vrije Universiteit, Department of Psychiatry.

Draijer N. (1990). Die Rolle von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung in der Ätiologie psychischer Störungen bei Frauen. System Familie, 3, 59-73.

Draijer N. (2003). Manual. Strukturiertes Trauma Interview (STI): Beschreibung, Anwendung und Auswertung. Amsterdam, Vrije Universiteit, Department of Psychiatry.

Draijer N & Boon S. (1989). Seksueel misbruik en fysieke mishandeling in de kinderjaren van psychiatrische patienten (Childhood sexual and physical abuse in psychiatric patients). In: L Staats, Incest en de huisartsenpraktijk, 36-48. Amsterdam: Egrifilm.

Draijer N & Langeland W. (1999). Childhood trauma and perceived parentaldysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. The American journal of psychiatry, 156, 379-385.

Du Toit PL, van Kradenburg J, Niehaus D & Stein DJ. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without cormorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. Comprehensive psychiatry, 42, 291-300.

Eckhardt-Henn A & Hoffmann SO. (2005). Dissoziative Störungen. In: UT Egle, SO Hoffmann & P Joraschky (Hrsg). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 393-408. Schattauer Stuttgart, 3. Auflage.

Egle UT, Hoffmann SO & Joraschky P (Hrsg). (2005). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer Stuttgart, 3. Auflage.

Ehlers A. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.

Elliger TJ & Schötensack K. (1991). Sexueller Missbrauch von Kindern- eine kritische Bestandsaufnahme. In: G Nissen (Hrsg). Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter, 143-154. Bern: Huber.

Elliott DM. (1997). Traumatic events: Prevalence and delayed recall in the general population. Journal of consulting and clinical psychology, 65, 811-820.

Engfer A. (1991). Prospective identification of violent mother-child relationships. Child outcome at 6,3 years. In: G Kaiser, H Kury, HJ Albrecht (eds). Victims and criminal justice. Vol. III. Special victimological issues. Particular groups of victims, 415-458. Freiburg: Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht.

Engfer A. (1997). Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: UT Egle, SO Hoffmann & P Joraschky (Hrsg), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 21-34. Schattauer Stuttgart, 1. Auflage.

Esser G. (1994). Ablehnung und Vernachlässigung im Säuglingsalter. In: P Kürner & R Nafroth (Hrsg). Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung und Armut in Deutschland, 72-80. Köln: PapyRossa.

Esser G, Schmidt MH & Blanz B. (1993). Effect of timing and chronicity of stressors on the emotional development of children and adolescents. Result of a prospective epidemiologic longitudinal study of 8 to 18years.

Eysenck HJ & Rachman S. (1965). The causes and cures of neuroses. London: Routledge & Keagan Paul.

Fairbank JA & Brown TA. (1987). Heterogeneity of posttraumatic stress reactions. Behavior therapy, 10, 242.

Farber EA & Egeland B. (1987). Invulnerability among abused and neglected children. In: EJ Anthony & B Cohler (Eds), The invulnerable child, 253-288. New York: Guilford Press.

Fergusson DM, Lynskey MT & Horwood LJ. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors

associated with sexual abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 1355-1364.

Fergusson DM & Mullen PE. (1999). Childhood Sexual Abuse: an evidence based perspective. Thousand Oaks: Sage Publications Inc..

Fichter MM. (1985). Magersucht und Zwangsneurose. Eine empirische Untersuchung. In: MM Fichter (Hrsg). Magersucht und Bulimia. Empirische Untersuchungen zur Epidemiologie, Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf. Berlin u. a. O.. Springer.

Finkelhor D. (1998). Zur internationalen Epidemiologie von sexuellem Missbrauch an Kindern. In: G Amann & R Wipplinger (Hrsg). Sexueller Missbrauch, 72-85. Tübingen: DGVT.

First MB, Spitzer RL, Gobbon M & Williams JBW. (1998). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-1-Disorders- Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0, 8/98 revision). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

Fischer G & Riedesser P. (Hrsg). (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie. UTB, Stuttgart, 3. Auflage.

Flemming J, Mullen P & Bammer G. (1997). A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. Child abuse & neglect, 21, 49-58.

Foa EB & Riggs D. (1995). Post-traumatic stress disorder following assault: Theoretic considerations and empirical findings. Current directions in psychological science: a journal of the American Psychological Society, 2, 61-65.

Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M & Gerber A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response of psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology, 64, 22-31.

Franke GH. (1992). Eine weitere Überprüfung der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. Diagnostica, 38, 160-167.

Franke GH. (1995). Die Symptom-Checkliste von Derogatis-Deutsche Version- (SCL-90-R). Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Franke GH. (2002). Die Symptom-Checkliste von Derogatis–Deutsche Version (SCL-90-R). 2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Freeman JB & Leonard HL. (2000). Sexual obsessions in obsessive-compulsive disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39 (2), 141-142.

Freud S. (1913). Die Disposition zur Zwangsneurose. In Studienausgabe,
Bd. VII. Frankfurt a.M. 1973: Fischer.

Freyberger HJ, Spitzer C & Stieglitz RD. (1999). Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS): ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Bern: Huber.

Friedl MC, Draijer N & de Jonge P. (2000). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in-patients: the impact of study characteristics. Acta psychiatrica Scandinavica, 102, 423-428.

Frost RO, Krause M & Steketee G. (1996). Hoarding and obsessive compulsive symptoms. Behavior modification, 20, 116-132.

Frost RO, Steketee G & Grisham J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. Behaviour research and therapy, 1163-1182.

Garcia J, Adams J, Friedman L & East P. (2002). Links between past abuse, suicide ideation, and sexual orientation among San Diego college students. Journal of American college health: J of ACH, 51, 9-14.

Garmezy N. (1985). Stress-resistant children: The search for protection factors. In: JF Stevenson (Ed). Recent research in developmental psychopathology, 213-233. Oxford: Pergamon Press.

Gast U, Rodewald F, Nickel V & Emrich HM. (2001). Dissociation in German psychiatric inpatients. The Journal of nervous and mental disease, 189, 249–257.

Gerlsma C & Emmelkamp PMG. (1990). Anxiety, depression and perception of early parenting: a meta-analysis. Clinical psychology review, 10, 251-277.

Gershuny BS, Baer L, Jenike MA, Minichiello WE & Wilhelm S. (2002). Comorbid posttraumatic stress disorder: Impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder. The American journal of psychiatry, 159, 852-854.

Gershuny BS, Baer L, Radomsky AS, Wilson, KA & Jenike MA. (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. Behaviour research and therapy, 41, 1029-1041.

Gershuny BS, Cloitre M & Otto MW. (2002). Peritraumatic dissociation and PTSD severity: Do event-related fears about death and control mediate their relation? Behaviour research and therapy, 41, 157-166.

Gershuny BS & Thayer JF. (1999). Relations among Psychological Trauma, Dissociative Phenomena, and Trauma-Related Distress: A Review and Integration. Clinical psychology review, 19 (5), 631-657.

Gladstone G, Parker G, Wilhelm K, Mitchell P & Austin MP. (1999). Characteristics of patients who report childhood sexual abuse. The American journal of psychiatry, 156, 431-437.

Glaser D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. Child abuse & neglect, 26, 697-714.

Goff D, Brotman A, Kindlon D, Waites M & Amico E. (1991). Self-reports of childhood abuse in chronically psychiatric patients. Psychiatry research, 37, 73-80.

Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L & Buttolph ML. (1992). Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. The Journal of nervous and mental disease, 180, 332-337.

Gold ER. (1986). Long-term effects of sexual victimization in childhood: An attributional approach. Journal of consulting and clinical psychology, 54, 471-475.

Goldner EM, Cockhill LA, Bakan R & Birmingham CL. (1991). Dissociative experiences and eating disorders. The American journal of psychiatry, 148 (9), 1274-1275.

Goodman LA, Dutton MA & Harris M. (1995). Physical and sexual assault prevalence among episodically homeless women with serious mental illness. The American journal of orthopsychiatry, 65 (4), 468-478.

Goodman LA, Dutton MA & Harris M. (1997). The relationship between violence dimensions and symptom severity among homeless, mentally ill women. Journal of traumatic stress, 10, 51-70.

Goodman LA & Fallot R. (1998). HIV risk behaviors and poor urban women with severe mental disorders: association with childhood physical and sexual abuse. The American journal of orthopsychiatry, 68, 73-83.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR & Charney DS. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, II: Validity. Archives of general psychiatry, 46, 1012-1016.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR & Charney DS. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use, and reliability. Archives of general psychiatry, 46, 1006-1011.

Goodwin J, Cauthorne CG & Rada RT. (1980). Cinderella syndrome: Children who simulate neglect. The American journal of psychiatry, 137 (10), 1223-1225).

Gorcey M, Santiago JM & McCall-Perez F. (1986). Psychological consequences for women sexually abused in childhood. Social psychiatry. Sozialpsychiatrie. Psychiatrie sociale, 21, 129-133.

Government Statistical Service. (1997). Children and young people on child protection registers. London: Department of Health.

Government Statistical Service. (2000). Children and young people on child protection registers. London: Department of Health.

Grabe HJ, Goldschmidt F, Lehmkuhl L, Gänsicke M, Spitzer C & Freyberger HJ. (1999). Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. Psychopathology, 32 (6), 319-324.

Greenberg D. (1987). Compulsive hoarding. American journal of psychotherapy, XLI, 409-416.

Greenberg D, Witztum E & Levy A. (1990). Hoarding as a psychiatric symptom. Journal of clinical psychiatry, 51, 417-421.

Guz H, Doganay Z, Ozkan A, Colak E, Tomac A & Sarisoy G. (2004). Conversion and somatization disorders; dissociative symptoms and other characteristics. Journal of psychosomatic research, 56 (3), 287-291.

Hafner RJ. (1988). Obsessive-compulsive disorder: a questionnaire survey of a self-help group. The International journal of social psychiatry, 34, 310-315.

Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry, 23, 56-62.

Hand I & Büttner-Westphal H. (1991). Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. Verhaltenstherapie, 1, 223-225.

Hardt J. (2005). Retrospektive Erfassung von Kindheitsbelastungen bei Erwachsenen. In: TB Egle, SO Hoffmann, P Joraschky (Hrsg), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 227-243. Schattauer, Stuttgart, 3. Auflage.

Hardt J & Rutter M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 45, 260-273.

Hartl TL, Duffany SR, Allen GJ, Steketee G & Frost RO. (2005). Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. Behaviour research and therapy, 43, 269-276.

Hautzinger M, Bailer M, Worall H & Keller F. (1995). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch. (2. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.

Helzer JE, Robins LN & McEvoy L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. The New England journal of medicine, 317, 1630-1634.

Hesse E & Main M. (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in non maltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behaviour. The Psychoanalytic inquiry, 19 (4), 481-540.

Hirsch M. (1987). Realer Inzest. Psychodynamik sexuellen Missbrauchs in der Familie. 3. Auflage Berlin u. a. O.: Springer 1994.

Hodgson RJ & Rachman S. (1977). Obsessional compulsive complaints. Behaviour research and therapy, 15, 389-395.

Hoekstra RJ, Visser S & Emmelkamp PMG. (1989). A social learning formulation of the etiology of obsessive- compulsive disorders. In: PMG Emmelkamp et al. (eds), Fresh perspectives on anxiety disorders, 115-123. Amsterdam: Swets & Zeitlinger. (Annual Series of European Research in Behavior Therapy. Vol. 4).

Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M & Brunnet A. (2003). Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. Schizophrenia research, 60, 87-90.

Horen SA, Leichner PP & Lawson JS. (1995). Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in canada. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 40, 185-191.

Horowitz M. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. Archives of general psychiatry, 32, 1457-1463.

Huppert JD, Moser JS, Gershuny BS, Riggs DS, Spokas M, Filip J, Hajcak G, Parker HA, Baer L & Foa EB. (2005). The relationship between obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples. Journal of anxiety disorders, 19, 127-136.

Jacobsen A & Richardson B. (1987). Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need of routine inquiry. The American journal of psychiatry, 144 (7), 908-913.

Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE, Brown J & Oldham JM. (2001). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. Comprehensive psychiatry, 42, 16-23.

Jonson-Reid M, Drake B, Chung S & Way I. (2003). Cross-type recidivism among child maltreatment victims and perpetrators. Child abuse & neglect, 27, 899-917.

Joraschky P, Egle UT & Pöhlmann K. (2005). Depressive Störungen und Suizidalität. In: UT Egle, SO Hoffmann & P Joraschky (Hrsg), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 282-296. Schattauer Stuttgart, 3. Auflage.

Jordan BK, Schlenger WE, Hough R, Kulka RA, Weiss D, Fairbank JA & Marmar CR. (1991). Lifetime and current prevalance of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. Archives of general psychiatry, 48, 207-215.

Kaplan SJ, Pelcovitz D & Labruna V. (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 Years. Part I: Physical and Emotional Abuse and Neglect. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38 (10), 1214-1222.

Kappis B & Hardt J. (2005). Standardisierte Verfahren zur retrospektiven Erfassung von Kindheitsbelastungen. In: UT Egle, SO Hoffmann & P Joraschky (Hrsg), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 211-226. Schattauer Stuttgart, 3. Auflage.

Keaney JC & Farley M. (1996). Dissociation in an outpatient sample of women reporting childhood sexual abuse. Psychological reports, 78 (1), 59-65.

Kempe CH, Silverman FN, Steele BB, Droegemueller W & Silver HK. (1962). The battered child syndrome. JAMA: the journal of the American Medical Association, 181, 17-24.

Kendall-Tackett KA, Williams LM & Finkelhor D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological bulletin, 113, 164-180.

Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J & Prescott CA. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. Archives of general psychiatry, 57 (10), 953-959.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O & Walters EE. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry, 62, 617-627.

Kessler RC, Davis CG & Kendler KS. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. Psychological medicine, 27 (5), 1101-1119.

Kessler RC & Magee WJ. (1993). Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey. Psychological medicine, 23, 679-690.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M & Nelson CB. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Archives of general psychiatry, 52, 1048-1060.

Khanna S, Rajendra P & Channabasavanna S. (1988). Life events and onset of obsessive-compulsive disorder. The International journal of social psychiatry, 113, 823-832.

Kilpatrick DG, Saunders BE, Resnick HS & Smith DW. (1995). The National Survey of Adolescents: Preliminary Findings of Lifetime Prevalence of Traumatic Events and Mental Health Correlates. Charleston: Medical University of South Carolina, National Crime Victims Research and Treatment Center.

Kimble MO. (2000). The case of Howard. Cognitive and behavioral practice, 7, 118-122.

Kimidis S, Minas IH, Ata AW & Stuart GW. (1992). Construct validation in adolescents of the brief current form of the Parental Bonding Instrument. Comprehensive psychiatry, 33, 378-383.

Kisiel CL & Lyons JS. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. The American journal of psychiatry, 158, 1034-1039.

Klaus SL. (1980). Selected reading on child neglect. In: Office of Human Development Services. Washington: Department of Health Education and Welfare (DHEW).

Knölker U. (1986). Zwangssyndrome im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Vandenhoek & Rupprecht.

Kolb HC. (1989). Heterogeneity of PTSD. The American journal of psychiatry, 146, 811-812.

Koss MP, Gidycz C & Wisniewski N. (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. Journal of consulting and clinical psychology, 55, 162-170.

Lawton-Hawley T & Disney ER. (1992). Crack´s children. The consequences of maternal cocaine use. Social Policy Report. Monographs of the Society for Research in Child Development, VI (4).

Lipinski JF & Pope HG. (1994). Do flashbacks represent obsessional imagery? Comprehensive psychiatry, 35, 245-247.

Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, Niehaus DJH & Stein DJ. (2002). Childhood Trauma in Obsessive-Compulsive Disorder, Trichotillomania, and Controlls. Depression and anxiety, 15, 66-68.

Lochner C, Seedat S, du Toit PL, Nel DG, Niehaus DJH, Sandler R & Stein DJ. (2005). Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison. BMC psychiatry, 5 (2).

Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJH, Moolman-Smook JC & Stein DJ. (2004). Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. Comprehensive psychiatry, 45 (5), 384-391.

Lyons-Ruth K, Connell DB & Zoll D. (1989). Patterns of maternal behavior among infants at risk for abuse: Relations with infant attachment behavior and infant development at 12 month of age. In: D Cicchetti & V Carlson (Hrsg), Child maltreatment, 464-493. Cambridge, MA.

Lyons-Ruth K, Connell DB, Zoll D & Stahl J. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior and infant behavior. Developmental psychology, 23, 223-232.

Lyoo IK, Lee DW, Kim YS, Kong SW & Kwon JS. (2001). Patterns of temperament and character in obsessive-compulsive disorder. The journal of clinical psychiatry, 62, 637-641.

Maughan B & Rutter M. (1997). Retrospective reporting of childhood adversity: Issues in assessing long- term recall. Journal of personality disorders, 11 (1), 19-33.

McGee RA, Wolfe DA, Yuen SA, Wilson SK & Carnochan J. (1995). The measurement of maltreatment: a comparison of approaches. Child abuse & neglect, 19 (2), 233-249.

McKeon J, Roa B & Mann A. (1984). Life events and personality traits in obsessive-compulsive neurosis. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 144, 185-189.

Meisler AW. (1996). Trauma, PTSD, and substance abuse. PTSD research quarterly, 7.

Merckelbach H & Wessel I. (2000). Memory for actions and dissociations in obsessive-compulsive disorder. The Journal of nervous and mental disease, 188, 846-848.

Mickelson KD, Kessler RD & Shaver PR. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. Journal of personality and social psychology, 73, 1092-1106.

Modestin J, Ebner G, Junghan M & Erni T. (1996). Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. Comprehensive psychiatry, 37 (5), 335-361.

Moggi F. (1991). Sexuelle Kindesmisshandlung: Definition, Prävalenz und Folgen: Ein Überblick. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie / im Auftrag der Görres-Gesellschaft, 39, 323-335.

Muenzenmaier K, Meyer I, Struening E & Ferber J. (1993). Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. Hospital & community psychiatry, 44, 666-670.

Mulder RT, Beautrais Al, Joyce PR & Fergusson DM. (1998). Relationship between dissociation, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. The American journal of psychiatry, 155, 806-811.

Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE & Herbison GP. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 163, 721-732.

Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton VA & Herbison GP. (1988). Impact of sexual and physical abuse on women´s mental health. Lancet, 16, 841-845.

Murphy WD & Peters JM. (1992). Profiling Child Sexual Abusers. Criminal justice and behavior, 19 (1), 24-37.

Myhr G, Sookman D & Pinard G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. Acta psychiatrica Scandinavica, 109, 447-456.

Nakagawa A, Marks IM, Takei N, De Araujo LA & Ito LM. (1996). Comparisons among the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, compulsion checklist, and other measures of obsessive-compulsive disorder. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 169 (1), 108-112.

Nash MR, Hulsey TL, Sexton MC, Harralson TL & Lambert W. (1993). Long-term sequelae of childhood sexual abuse: Perceived family environment, psychopathology, and dissociation. Journal of consulting and clinical psychology, 61, 267-283.

Norris FH. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic events. Journal of consulting and clinical psychology, 60, 409-418.

Oakley-Browne MA, Joyce PR, Wells JE, Bushnell JA & Hornblow AR. (1995). Adverse parenting and other childhood experiences as risk factors for depression in woman aged 18-44 years. Journal of affective disorders, 34, 13-23.

Örter R, von Hagen C, Röper G & Noam G (Hrsg). (1999). Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz.

Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D & Hill EM. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. The American Journal of psychiatry, 147 (8), 1008-1013.

Ognibene TC & Collins NL. (1998). Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. Journal of social and personal relationships, 15, 323-345.

Paolo AM, Ryan JJ, Dunn GE & Van Fleet J. (1993). Reading level of the Dissociative Experiences Scale. Journal of clinical psychology, 49 (2), 209-211.

Parker G. (1983). Parental overprotection. A risk factor in psychosocial developement. Grune and Stratton, New York.

Parker G, Kiloh L & Hayward L. (1987). Parental representations of neurotic and endogenous depressives. Journal of affective disorders, 13 (1), 75-82.

Parker G, Tupling H & Brown LB. (1979). A parental bonding instrument. The British journal of medical psychology, 52, 1-10.

Perris C, Jacobsson L, Lindström H, Von Knorring L & Perris H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. Acta psychiatrica Scandinavica, 61, 265-274.

Pitman RK. (1987). Pierre Janet on Obsessive-Compulsive Disorder (1903). Review and Commentary. Archives of general psychiatry, 44, 226-232.

Pitman RK. (1993). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: a case study. Comprehensive psychiatry, 34, 102-107.

Pribor EF & Dinwiddie SH. (1992). Psychiatric correlates in incest in childhood. The American journal of psychiatry, 149, 52-56.

Putnam FW. (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. In: RP Kluft (Ed), The childhood antecedents of multiple personality. Washington. American Psychiatric Press.

Quimby LG & Putnam FW. (1991). Dissociative symptoms and aggression in a state mental hospital. Dissociation, 4, 21-24.

Rachman J. (1985). An overview of clinical and research issues. In: M Mavissakalian, S Turner & L Michelson (Eds). Obsessive-compulsive Disorder: Psychological and Pharmacologic Treatment. New York: Plenum.

Rachman S. (1976). Obsessional-compulsive checking. Behaviour research and therapy, 14, 269-277.

Rachman S. (1991). A psychological approach to the study of comorbidity. Clinical psychology review, 11, 461-464.

Rachman S. (1997). A cognitive theory of obsessions. Behaviour research and therapy, 35, 793-802.

Rachman S & de Silva P. (1978). Abnormal and normal obsessions. Behaviour research and therapy, 16, 233-248.

Rachman S, de Silva P & Roper G. (1976). Spontaneous decay of compulsive urges. Behaviour research and therapy, 14, 445-453.

Rachman S & Hodgson R. (1980). Obsessions and Compulsions. Prentice Hall Inc, Englewood Cliffs, NJ.

Rapee RM. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. Clinical psychology review, 17, 47-67.

Rasmussen S & Tsuang M. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. The American journal of psychiatry, 143, 317-322.

Raupp U & Eggers C. (1993). Sexueller Missbrauch von Kindern. Eine regionale Studie über Prävalenz und Charakteristik. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 141, 316-322.

Read J, Agar K, Argyle N & Aderhold V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of halluzinations, delusions and thought disorder. Psychology and psychotherapy: therory, research and practice, 76, 1-22.

Read J, Van Os J, Morrison AP & Ross CA. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatrica Scandinavica, 112, 330-350.

Remschmidt H. (1986). Elterliche Kindesmisshandlung. Münchner Medizinische Wochenschrift, 128.

Resch F. (1996). Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE & Best CL. (1993). Prevalence of civilian trauma and PTSD in a representative sample of women. Journal of consulting and clinical psychology, 61, 985-991.

Rheaume J, Freeston MH, Leger E & Ladouceur R. (1998). Bad luck: an underestimated factor in the development of obsessive-compulsive disorder. Clinical psychology & psychotherapy, 5, 1-12.

Richter-Appelt H. (1994). Sexuelle Traumatisierungen und körperliche Misshandlungen. Eine Befragung von Studentinnen und Studenten. In: K Rutschky & R Wolff (Hrsg). Handbuch Sexueller Missbrauch. Hamburg: Klein.

Richter-Appelt H. (1998). Differentielle Folgen von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung. In: G Amann & R Wipplinger (Hrsg), Sexueller Missbrauch, 201-216. Tübingen: DGVT Verlag.

Richter-Appelt H, Kolb J, Becker C & Kawski S. (1995). Körperliche Misshandlung und sexuelle Traumatisierungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener (Forschungsbericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft). Hamburg: Universitätskrankenhaus Eppendorf, Abteilung für Sexualforschung.

Richter-Appelt H, Schimmelmann BG & Tiefensee J. (2004). Questionnaire on parental attitudes and rearing practices (FEPS). Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 54 (1), 23-33.

Richter-Appelt H & Tiefensee J. (1996a). Die Partnerbeziehung der Eltern und die Eltern-Kind-Beziehung bei körperlichen Misshandlungen und sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 46, 405-418.

Richter-Appelt H & Tiefensee J. (1996b). Soziale und familiäre Gegebenheiten bei körperlichen Misshandlungen und sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 46, 367-378.

Riess AJ & Roth JA. (1993). Understanding and preventing violence. Washington, DC: National Academy Press.

Riggs DS. (2000). Treatment of concurrent PTSD and OCD: a commentary on the case of Howard. Cognitive and behavioral practice, 7, 130-132.

Rind B, Tromovitch P & Bausermann R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. Psychological bulletin, 124, 22-53.

Rosenberg ML & Fenley MA. (1991). Violence in America: A public health approach. New York: Oxford University Press.

Ross CA, Anderson G & Clark P. (1994). Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. Hospital and community psychiatry, 45, 489-491.

Ross CA, Anderson G, Fleisher WP & Norton GR. (1991). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. The American journal of psychiatry, 148, 1717-1720.

Ross CA, Heber S, Norton GR, Anderson D, Anderson G & Burchet P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: a structured interview. Dissociation, 2, 169-189.

Ross CA & Joshi S. (1992). Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. Comprehensive psychiatry, 33, 269-273.

Rufer M, Held D, Cremer J, Fricke S, Moritz S, Peter H & Hand I. (2006). Dissociation as a Predictor of Cognitive Behavior Therapy Outcome in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Psychotherapy and psychosomatics, 75, 40-46.

Salzman L & Thaler FH. (1981). Obsessive-compulsive disorders: a review of the literature. The American journal psychiatry, 138 (3), 286-296.

Sasson Y, Dekel S, Nacasch N, Chopra M, Zinger Y, Amital D & Zohar J. (2005). Posttraumatic obsessive- compulsive disorder: A case series. Psychiatry research, 135, 145-152.

Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG & Veronen LJ. (1992). Childhood Sexual Assault as a Risk Factor for Mental Disorders Among Women: A Community Survey. Journal of interpersonal violence, 7 (2), 189-204.

Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G & Schwartz J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. The American journal of psychiatry, 150, 1037-1042.

Schäfer I. (2004). Manual Strukturiertes Traum Interview (STI): Beschreibung, Anwendung und Auswertung. Unveröffentlichtes Manuskript.

Schäfer I, Harfst T, Aderhold V, Briken P, Lehmann M, Moritz S, Read J & Naber D. (2006). Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. The journal of nervous and mental disease, 194 (2), 135-138.

Schäfer I, Reininghaus U, Langeland W, Voss A, Zieger N, Haasen C & Karow A. (2007). Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. Comprehensive psychiatry, 48 (6), 539-545.

Schäfer M, Schnack B & Soyka M. (2000). Sexual and physical abuse during early childhood or adolescence and later drug addiction. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 50 (2), 38-50.

Scher CD, Stein MB, Asmundson G, McCreary DR & Forde DR (2001). The Childhood Trauma Questionnaire in a community sample: psychometric properties and normative data. Journal of traumatic stress, 14 (4), 843-857.

Schötensack K, Elliger T, Gross A & Nissen G. (1992). Prevalence of sexual abuse of children in Germany. Acta Paedopsychiatrica, 55, 211-216.

Sedlack AJ & Broadhurst DD. (1996). The third national incidence study of child abuse and neglect (NIS-3). Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.

Sedney MA & Brooks B. (1984). Factors associated with a history of childhood experience in a non-clinical female population. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23, 215-218.

Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP & Pitman RK. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. The American journal of psychiatry, 155, 630-637.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R & Dunbar GC. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. The Journal of clinical psychiatry, 59 (suppl 20), 22-23.

Shengold L. (1995). Soul murder. Seelenmord- die Auswirkungen von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit. Frankfurt: Brandes und Apsel.

Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B & Knutelska M. (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalisation disorder. The American journal of psychiatry, 158, 1027-1033.

Solomon Z. (1993). Combat stress reactions: the enduring toll of war. New York: Plenum Press.

Solomon Z, Bleich A, Koslowsky M, Kron S, Lehrer B & Waysman M. (1991). Posttraumatic stress disorder: issues of comorbidity. Journal of psychiatric research, 25, 89-94.

Somasundaram D. (1998). Scarred minds: the psychological impact of war on Sri Lankan Tamils. Colombo: Vijitha Yapa.

Spitzer C, Haug HJ & Freyberger HJ. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. Psychopathology, 30 (2), 67-75.

Spitzer C, Stieglitz R & Freyberger HJ. (2005). FDS-Fragebogen zu dissoziativen Symptomen. Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Testmanual zur Kurz- und Langform. Aufl. 2, Bern: Verlag Hans Huber.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M & First MB. (1990). User´s Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). Washington, DC, American Psychiatric Press.

Stein MB, Walker JR, Anderson G, Hazen AL, Ross CA, Elridge G & Forde DR. (1996). Childhood Physical and Sexual Abuse in Patients with Anxiety Disorders and in a Community Sample. The American journal of psychiatry, 153, 275-277.

Steketee GS, Frost RO, Rheaume J & Wilhelm S. (1998). Cognitive theory and treatment of obsessive-compulsive disorder. In: MA Jenike et al. (Eds), Obsessive-compulsive Disorders, 368-399. Practical Management, 3rd ed. Mosby, Inc, St. Louis.

Strick FI & Wilcoxon SA. (1991). A comparison of dissociative experiences in adult female outpatients with and without histories of early incestuous abuse. Dissociation, 4, 193-199.

Surrey J, Swett C, Michaels A & Levin S. (1990). Reported history of physical and sexual abuse and severity of symptomatology in women psychiatric outpatients. The American journal of orthopsychiatry, 60, 412-417.

Swett C, Surrey J & Cohen C. (1990). Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among male psychiatric outpatients. The American journal of psychiatry, 147, 632-636.

Tadai T, Nakamura M, Okazaki S & Nakajima T. (1995). The prevalence of obsessive-compulsive disorder in Japan: a study of students using the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory and DSM-III-R. Psychiatry and clinical neurosciences, 49 (1), 39-41.

Thompson A & Kaplan CA. (1996). Childhood emotional abuse. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 168, 143-148.

Toro J, Cervera M, Osejo E & Salamero M. (1992). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 33, 1025-1037.

Tseng W. (1973). Psychopathologic study of obsessive-compulsive neurosis in Taiwan. Comprehensive psychiatry, 14, 139-150.

Turgeon L, O´Connor KP, Marchand A & Freeston MH. (2002). Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. Acta psychiatrica Scandinavica, 105, 310-316.

Ulich, M. (1988). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 20, 146-166.

US Department of Health and Human Services. (1998). Child Maltreatment 1996: Reports from the states to the national child abuse and neglect data system. Washington, DC: US Government Printing Office.

Van Ijzendoorn MH & Schuengel C. (1996). The Measurement of Dissociation in Normal and Clinical Populations: Meta-Analytic Validation of Experiences Scale (DES). Clinical psychology review, 16, 365-385.

Vieweg BW & Hedlund JL. (1984). Psychological Screening Inventory: a comprehensive review. Journal of clinical psychology, 40 (6), 1382-1393.

Vize CM & Cooper PJ. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls- a comparative study. The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 167, 80-85.

Vogel PA, Stiles TC & Nordahl HM. (1997). Recollections of parent-child relationships in OCD out-patients compared to depressed out-patients and healthy controlls. Acta psychiatrica Scandinavica, 96, 469-474.

Volbert R. (1992). Sexueller Missbrauch von Kindern- Empirische Befunde und psychosoziale Trends. Psychomed, 4, 8-12.

Walker EA, Katon WJ, Hansom J, Harrop-Griffiths J, Holm L, Jones ML, Hickok L & Jemelka RP. (1992). Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. Psychosomatic medicine, 54 (6), 658-664.

Warda W. (1905). Zur Geschichte und Kritik der sogenannten psychischen Zwangszustände. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 39 (2), 533-585.

Watson D, Wu KD & Cutshall C. (2004). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation. Journal of anxiety disorders, 18, 435-458.

Wetzels P. (1997). Gewalterfahrungen in der Kindheit: Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden-Baden: Nomos.

Widom CS & Morris S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 2. Childhood sexual abuse. Psychological Assessment, 9 (1), 34-46.

Williams LM. (1994). Recall of childhood trauma: a prospective study of women´s memories of child sexual abuse. Journal of consulting and clinical psychology, 62, 1167-1176.

Wittchen HU. (1994). Reliability and validity studies of the WHO- Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. Journal of psychiatric research, 28 (1), 57-84.

Wolfe DA & McGee R. (1994). Dimensions of child maltreatment and their relationship to adolescent adjustment. Development and psychopathology, 6, 165-181.

Wolff R. (1994). Warum Kinder vernachlässigt werden. Zu Situation, Struktur und Dynamik von Vernachlässigungsfamilien. In: P Kürner & R Nafroth (Hrsg). Die vergessenen Kinder. Vernachlässigung und Armut in Deutschland, 81-93. Köln: PapyRossa.

Woody SR, Steketee G & Chambless DL. (1995). Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Behaviour research and therapy, 33 (5), 597-605.

Yama MF, Tovey SL & Fogas BS. (1993). Childhood family environment and sexual abuse as predictors of anxiety and depression in adult woman. The American journal of orthopsychiatry, 63, 136-141.

Yaryura-Tobias JA & Nezoroglu FU. (1993). Obsessive-compulsive disorders. Pathogenesis- diagnosis- treatment. New York: Marcel Dekker.

Yoshida T, Taga C, Matsumoto Y & Fukui K. (2005). Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. Psychiatry and clinical neurosciences, 59, 533-538.

Zhong CB & Liljenquist K. (2006). Washing away your sins: threatened morality and physical cleansing. Science, 313, 1451-1452.

Danksagung

An erster Stelle möchte ich den Probanden danken, deren Offenheit die vorliegende Arbeit überhaupt erst ermöglicht hat. Dabei gebührt mein Respekt im Besonderen denen, die sich trotz großer psychischer Belastungen bereit erklärt haben, an der Studie teilzunehmen.

Herrn Prof. Dr. Naber danke ich für die Überlassung des interessanten Themas.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Ingo Schäfer für die fachlich fundierte und bereichernde Betreuung bei der Erstellung dieser Arbeit.

Frau Dr. Susanne Fricke danke ich für das entgegengebrachte Vertrauen und die kompetente Unterstützung bei der Durchführung dieser Studie.

Herrn PD Dr. Steffen Moritz danke ich für die gute Zusammenarbeit und die zuverlässige Unterstützung bei der Datenerhebung.

Frau Dr. Lena Jelinek, Frau Diplom-Psych. Bruni Geldschus und Frau Iris Wesser danke ich für die konstruktive Anleitung zur Durchführung von klinischen Interviews sowie für den motivierenden und wertvollen Austausch während der Erhebungsphase.

Herrn Dipl.-Psych. Benjamin Böcking danke ich für die zeitintensive Beratung bei statistischen Fragen.

Kerstin Steingaß danke ich für ihre sprachlichen Anregungen beim Korrekturlesen.

Joy Majumdar danke ich nicht nur für die Hilfe bei allen technischen Problemen, sondern ebenso für den Rückhalt und die Nachsicht während dieser Zeit.

Von ganzem Herzen danke ich meinen Eltern Karin und Ernst-Winfried Köhler für die beständige und liebevolle Unterstützung während meines gesamten Studiums.

Lebenslauf

Name	Sandra Köhler
Geburtsdatum	21.02.1977
Geburtsort	Leer

Schulbildung

1983-1987	Grundschule Oldersum
1987-1989	Orientierungsstufe Moormerland
1989-1996	Ubbo-Emmius-Gymnasium Leer
1996	Allgemeine Hochschulreife

Studium

1996-1997	Studium der Biologie an der Carl-von-Ossietzky-Universität in Oldenburg
2001-2008	Studium der Humanmedizin an der Universität in Hamburg
2003	Physikum
2007	Praktisches Jahr: 1. Tertial Chirurgie im Klinikum Eilbek, Hamburg 2. Tertial Anästhesiologie und Intensivmedizin im Klinikum Eilbek, Hamburg 3. Tertial Innere Medizin im Albertinen-Krankenhaus, Hamburg
2008	Staatsexamen und Approbation als Ärztin

Berufsausbildung

1997-2000	Krankenpflege-Ausbildung an der Krankenpflegeschule des Albertinen-Krankenhauses in Hamburg
2000	Krankenpflegeexamen

Berufliche Tätigkeit

2000-2005	50%-Teilzeitstelle als Krankenschwester in der Neurologie des Albertinen-Krankenhauses in Hamburg
Aug 2008	Assistenzarztstelle in der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin im Klinikum Eilbek, Hamburg

Eidesstattliche Versicherung:

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, den 23.06.2008 Sandra Köhler

Hinweis auf Publikationen

In folgenden Publikationen wurden Ergebnisse dieser Arbeit veröffentlicht:

Köhler S, Fricke S, Wesser I, Geldschus B & Schäfer I. Frühe Traumatisierungen und elterliche Erziehungsgewohnheiten bei Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen. Posterpräsentation, 8. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), Hannover, 12.05.2006.

Schäfer I, Köhler S, Fricke S. (2006). Frühe Traumatisierungen und elterliche Erziehungsgewohnheiten bei Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen. Nervenarzt, 76 (Suppl. 3), 268.

Fricke S, Köhler S, Moritz S & Schäfer I. (2007). Frühe interpersonale Traumatisierungen bei Zwangserkrankungen: Eine Pilotstudie. Verhaltenstherapie, 17 (4), 243-250.