

---

**Traumatisierte Kinder und Jugendliche.  
Einfluss Posttraumatischer Belastungsstörung auf  
psychische Auffälligkeiten bei Kindern und  
Jugendlichen.**

Eni Qirjako

---



München 2007

---

**Traumatisierte Kinder und Jugendliche.  
Einfluss Posttraumatischer Belastungsstörung auf  
psychische Auffälligkeiten bei Kindern und  
Jugendlichen.**

---

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des  
Doktorgrades der Philosophie an der  
Ludwig-Maximilians-Universität  
München**

**Vorgelegt von**

**Eni Qirjako**

**aus**

**Tirana**

**München, Februar 2007**

**Referent:**

**Korreferent:**

**Tag der mündlichen Prüfung:**

**Prof. Dr. Willi Butollo**

**Prof. Dr. Dr. Dr. med. Felix Tretter**

**12. Februar 2007**

© Eni Qirjako, 2007  
Alle Rechte - vor allem die zur Vervielfältigung und Verbreitung  
(auch über elektronische Medien) - liegen beim Autor.  
Dies gilt natürlich nicht für Elemente, die aus anderen Veröffentlichungen  
entnommen sind.

## **Inhaltsverzeichnis**

---

**Inhaltsverzeichnis**

**Tabellenverzeichnis**

**Diagrammverzeichnis**

**Danksagung**

**Abkürzungsverzeichnis**

**Inhaltsverzeichnis**

<b>1 Theorie.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Einleitung.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2. Theoretischer Hintergrund.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2.1 Beschreibung Posttraumatischer Belastungsstörung. Historische Aspekte       der Posttraumatischen Belastungsstörung.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2.2 Definitionskriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung.....</b>	<b>18</b>
<b>1.2.3 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV (309.81).....</b>	<b>19</b>
<b>1.2.4 Diagnostische Kriterien nach ICD-10.....</b>	<b>24</b>
<b>2 Kriegstraumata und Trauma.....</b>	<b>25</b>
- „Was für Spuren hinterlässt Krieg?“	
- Eine Einführung	
<b>2.1 Kriegsofopfer.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 Reaktionsweisen auf traumatische gewaltige Kriegserlebnisse.....</b>	<b>29</b>
<b>2.3 Kinder und Kriegstraumata: Symptome und Reaktionsweisen.....</b>	<b>29</b>
<b>2.4 Die drei Phasen des Kriegsereignisses.....</b>	<b>30</b>
<b>2.4.1 Erste Phase der Kriegstraumatisierung.....</b>	<b>31</b>
<b>2.4.2 Zweite Phase der Kriegstraumatisierung.....</b>	<b>31</b>
<b>2.4.3 Dritte Phase der Kriegstraumatisierung.....</b>	<b>32</b>
<b>3 Das Konzept des Traumas.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Typ I und Typ II Trauma.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung.....</b>	<b>36</b>
<b>3.3 Epidemiologie (Verbreitung und Verteilung), Verlauf und Prognose der     Posttraumatische Belastungsstörung.....</b>	<b>38</b>
<b>3.3.1 Epidemiologie.....</b>	<b>38</b>

## Inhaltsverzeichnis

---

3.3.2 Verlauf und Prognose.....	39
3.4 Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTB.....	39
3.5 Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	40
3.6 Differentialdiagnose und Komorbide Störungen mit PTSD.....	43
3.6.1 Differentialdiagnose.....	43
3.6.2 Komorbidität.....	44
<b>4 Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung.....</b>	<b>45</b>
4.1 Psychodynamische Modelle des Traumas.....	45
4.2 Das Kognitive Modell.....	46
4.3 Das kognitive Modell von Ehlers und Clark.....	47
4.4 Behaviorale Modelle.....	51
4.5 Psychobiologische Modelle der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	51
<b>5 Therapie.....</b>	<b>53</b>
5.1 Kognitiv- Behaviorale Verfahren.....	53
5.1.1 Angstmanagementtraining (AMT).....	54
5.1.2 Entspannungstraining.....	55
5.1.3 Stressimpfungstraining.....	55
5.1.4 Biofeedback.....	56
5.2 EMDR (Eye Movement Desensitation and Reprocessing) mit Kindern und Jugendlichen.....	56
5.3 Psychopharmakologische Ansätze.....	57
5.4 Psychodynamische Psychotherapie.....	58
<b>6 Fragestellungen dieser Arbeit.....</b>	<b>60</b>
6.1 Literaturübersichten zu empirischen Studien.....	60
6.1.1 Geschlechtsunterschiede bezüglich der Prävalenz der PTB.....	60
6.1.2 Theoretische Belege für den Sozialen Rückzug und PTSD.....	62
6.1.3 Theoretische Belege für „Körperliche Beschwerden“ und PTSD.....	63
6.1.4 Theoretische Belege für „Ängstlich/Depressiv“ und PTSD.....	63

## Inhaltsverzeichnis

---

6.1.5 Theoretische Belege für „Soziale Probleme“ und PTSD.....	65
6.1.6 Theoretische Belege für „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten und PTSD.....	66
6.1.7 Theoretische Belege für „Aufmerksamkeitsprobleme“ und PTSD.....	68
6.1.8 Theoretische Belege für „Dissoziales Verhalten“ und PTSD.....	70
6.1.9 Theoretische Belege für „Aggressives Verhalten“ und PTSD.....	71
6.2 Hypothesen.....	73
6.2.1 Der Zusammenhang zwischen PTSD und Geschlecht.....	73
6.2.2 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Sozialer Rückzug“.....	74
6.2.3 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Ängstlich/Depressiv“.....	74
6.2.4 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Soziale Probleme“.....	74
6.2.5 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“.....	75
6.2.6 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“.....	75
6.2.7 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Aufmerksamkeitsprobleme“.....	76
6.2.8 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Dissoziales Verhalten“.....	76
6.2.9 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Aggressives Verhalten“.....	76
6.2.10 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Internalisierte Auffälligkeiten“..	77
6.2.11 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Externalisierte Auffälligkeiten“..	77
7 Methoden.....	78
7.1 Beschreibung der Stichprobe.....	78
7.1.1 Beschreibung der Stichprobe Anhand des Geschlechts.....	78
7.2 Untersuchungsinstrumente.....	79
7.2.1 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID, Wittchen et al., 1997).....	79
7.2.2 Youth Self-Report (YSR/ 11-18), bearbeitet von Manfred Döpfner & andere, 1998.....	80
7.2.3 Adult Self-Report for Ages 18-59 (YASR), von Achenbach, 2002.....	83
7.3 Durchführung.....	85

## Inhaltsverzeichnis

---

7.4 Soziodemografische Daten.....	86
7.5 Statistischer Auswertungen.....	86
<b>8 Ergebnisse.....</b>	<b>89</b>
8.1 Beschreibung der Stichprobe anhand der Merkmale der PTB.....	89
8.2 Die Zusammenhänge zwischen PTSD Kriterien und die Syndromskalen der YSR und YASR.....	89
8.2.1 Kriterium A und die Syndromskalen der YSR und YASR.....	89
8.2.2 Kriterium B und die Syndromskalen der YSR und YASR.....	90
8.2.3 Kriterium C und die Syndromskalen der YSR und YASR.....	93
8.2.4 Kriterium D und die Syndromskalen der YSR und YASR.....	97
8.2.5 Kriterium E und F und die Syndromskalen der YSR und YASR.....	99
8.3 Beschreibung der Stichprobe anhand der Syndromskalen und PTSD.....	100
8.3.1 PTSD und „Sozialer Rückzug“.....	100
8.3.2 PTSD und „Körperliche Beschwerde“.....	101
8.3.3 PTSD und „Ängstlich/Depressiv“.....	102
8.3.4 PTSD und „Soziale Probleme“.....	103
8.3.5 PTSD und „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“.....	103
8.3.6 PTSD und „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“.....	105
8.3.7 PTSD und „Aufmerksamkeitsprobleme“.....	106
8.5.8 PTSD und „Dissoziales Verhalten“.....	107
8.5.9 PTSD und „Aggressives Verhalten“.....	108
8.5.10 PTSD und „Internalisierte Auffälligkeiten“.....	109
8.5.11 PTSD und „Externalisierte Auffälligkeiten“.....	110
<b>9 Reliabilitätsanalysen.....</b>	<b>111</b>
9.1 Geschlechtsspezifische Reliabilitätsanalysen für den YSR.....	111
9.1.1 Gesamtstichprobe.....	113
9.1.2 Jungen.....	114
9.1.3 Mädchen.....	115
9.1.4 Zusammenfassung.....	116

## Inhaltsverzeichnis

---

9.1.5 Geschlechtsspezifische Teilstichproben des YSR.....	117
9.1.6 Skalen-Interkorrelationen. Gesamtstichprobe.....	121
9.2 Geschlechtsspezifische Reliabilitätsanalysen für den YASR.....	123
9.2.1 Gesamtstichprobe.....	123
9.2.2 Jungen.....	123
9.2.3 Mädchen.....	124
9.2.4 Geschlechtsspezifische Teilstichproben des YASR.....	130
9.2.5 Skalen-Interkorrelationen. Gesamtstichprobe	
<b>10 Hypothesenüberprüfung.....</b>	<b>132</b>
10.1 Hypothese H1- Hypothese I: Geschlechtsunterschiede.....	132
10.2 Hypothese II- PTSD und „Sozialer Rückzug“.....	135
10.3 Hypothese III- PTSD und „Ängstlich/Depressiv“.....	137
10.4 Hypothese IV- PTSD und „Soziale Probleme“.....	140
10.5 Hypothese V-PTSD und „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“.....	142
10.6 Hypothese VI- PTSD und „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“...144	
10.7 Hypothese VII- PTSD und „Aufmerksamkeitsprobleme“.....	147
10.8 Hypothese VIII- PTSD und „Dissoziales Verhalten“.....	149
10.9 Hypothese IX- PTSD und „Aggressives Verhalten“.....	151
10.10 Hypothese X- PTSD und „Internalisierte Auffälligkeiten“.....	153
10.11 Hypothese XI- PTSD und „Externalisierte Auffälligkeiten“.....	155
<b>11 Diskussion.....</b>	<b>159</b>
11.1 Diskussion der Methode.....	159
11.1.1 Diskussion der verwendeten psychometrischen Messinstrumente.....	160
11.1.2 Psychometrische Kennwerte der YSR und YASR.....	161
11.2 Diskussion der Ergebnisse und Hypothesen.....	162
11.2.1 Häufigkeit der Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	162
11.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung und Geschlecht.....	166

## Inhaltsverzeichnis

---

11.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung und Sozialer Rückzug.....	166
11.2.4 Posttraumatische Belastungsstörung und Körperliche Beschwerden.....	168
11.2.5 Posttraumatische Belastungsstörung und Ängstlich/Depressiv.....	169
11.2.6 Posttraumatische Belastungsstörung - Soziale Probleme und Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten.....	170
11.2.7 Posttraumatische Belastungsstörung - Schizoid/Zwanghaft und Bizarres Verhalten.....	173
11.2.8 Posttraumatische Belastungsstörung und Aufmerksamkeitsprobleme.....	175
11.2.9 Posttraumatische Belastungsstörung und Dissoziales Verhalten.....	177
11.2.10 Posttraumatische Belastungsstörung und Aggressiväsverhalten.....	178
11.3 Zusammenfassung.....	179
11.4 Schlussfolgerung.....	181
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>182</b>
<b>Anhang A</b>	
<b>Anhang B (Untersuchungsinstrumente)</b>	

## Tabellenverzeichnis

---

### Tabellenverzeichnis

**Tabelle A: Beispiele für negative Interpretationen, die zur Wahrnehmung einer gegenwärtigen Bedrohung bei Patienten mit PTSD führen (nach Ehlers 1999)**

**Tabelle B: Beispiele für den Zusammenhang zwischen Interpretationen und dysfunktionalen Verhaltensweisen/ kognitiven Strategien, die die PTSD aufrechterhalten I (nach Ehlers 1999)**

**Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der PTB nach DSM-IV und ICD-10**

**Tabelle 2: Beispiele für schwere, belastende Ereignisse**

**Tabelle 3: Beschreibung von Typ -I Traumata**

**Tabelle 4: Beschreibung von Typ- II-Traumata**

**Tabelle 5: Die drei Skalen und vierzehn Subskalen des YSR**

**Tabelle 6: Dimension psychischer Störung nach Achenbach (1991a-d)**

**Tabelle 7: Die zwei Skalen und zwölf Subskalen des YASR**

**Tabelle 8: Zusammenhang zwischen Kriterium A und der Syndromskalen der YSR und YASR für die Kindern und Jugendlichen**

**Tabelle 9: Zusammenhang zwischen Kriterium B und der Syndromskalen für die Kinder und Jugendlichen**

**Tabelle 10: Zusammenhang zwischen Kriterium C und der Syndromskalen der YSR und YASR für die Kinder und Jugendlichen**

**Tabelle 11: Zusammenhang zwischen Kriterium D und der Syndromskalen der YSR und YASR für die Kinder und Jugendlichen**

**Tabelle 12: Zusammenhang zwischen Kriterium E und F und der Syndromskalen der YSR und YASR für die Kinder und Jugendlichen**

**Tabelle 13: Die Werte der internen Konsistenz der YSR- Skalen für die Gesamtstichprobe sowie für Jungen und Mädchen**

**Tabelle 14: Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Jungen**

**Tabelle 15: Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Mädchen**

## Tabellenverzeichnis

---

**Tabelle 16:** Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Gesamtstichprobe, YSR

**Tabelle 17:** Die Werte der Internen Konsistenzen der YASR- Skalen für die Gesamtstichprobe sowie für Jungen und Mädchen

**Tabelle 18:** Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Jungen, YASR.

**Tabelle 19:** Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Mädchen , YASR.

**Tabelle 20:** Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Gesamtstichprobe, YASR

**Tabelle 21:** Prävalenz der PTB in verschiedenen Studien

**Tabelle 22:** Aktuelle PTSD - Symptome 14 Jahre nach dem Buffalo Creek-Dammbruch, geordnet nach ihrer Häufigkeit (N = 96) (Green 1993), Kosovostudie (6 Jahre nach dem Krieg im Kosovo)

**Tabellengruppe 1- 11**

**Tabellengruppe 12:** Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und PTSD

**Tabellengruppe 13:** Der T-Test auf den Geschlechtunterschied bei der Ausprägung der übergeordneten Syndromskala „Sozialer Rückzug“, „Ängstlich/Depressiv“ und „Körperliche Beschwerden“.

**Tabellengruppe 14:** Der T-Test auf den Geschlechtunterschied bei der Ausprägung der übergeordneten Syndromskala „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“.

**Tabellengruppe 15:** Der Zusammenhang zwischen PTB und „Sozialer Rückzug“

**Tabellengruppe 16:** Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B II

**Tabellengruppe 17:** Der Zusammenhang zwischen PTB und „Ängstlich / Depressiv“.

**Tabellengruppe 18:** Der T-Test zur Überprüfung der Hypothese B III

**Tabellengruppe 19:** Der Zusammenhang zwischen PTB und „Soziale Probleme“.

**Tabellengruppe 20:** Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B IV

**Tabellengruppe 21:** Der Zusammenhang zwischen PTB und „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“.

## Tabellenverzeichnis

---

**Tabellengruppe 22: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B V**

**Tabellengruppe 23: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Schizoid / Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“.**

**Tabellengruppe 24: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B VI**

**Tabellengruppe 25: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Aufmerksamkeitsprobleme“.**

**Tabellengruppe 26: Der T-Test zur Überprüfung der Hypothese B VII**

**Tabellengruppe 27: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Dissoziales Verhalten“.**

**Tabellengruppe 28: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B VIII**

**Tabellengruppe 29: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Aggressives Verhalten“.**

**Tabellengruppe 30: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B IX**

**Tabellengruppe 31: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Internalisierte Auffälligkeiten“**

**Tabellengruppe 32: Der T-Test zur Überprüfung der Hypothese B X**

**Tabellengruppe 33: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Externalisierte Auffälligkeiten“**

**Tabellengruppe 34: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B XI**

## Diagrammverzeichnis

**Diagramm 1: Prävalenz der PTB bei der beiden Geschlechtern**

---

## **Danksagung**

Danken möchte ich zuallererst den Teilnehmern der Studie, denen diese Arbeit gewidmet ist. Ihre Antworten auf unsere Fragen sind die Grundlage dieser Arbeit. Die Beteiligung an der Befragung bedeutete für sie nicht nur Zeitaufwand, sondern vor allem schmerzliche und aufwühlende Erinnerungen an ihre Erfahrungen.

Prof. Dr. Willi Butollo leitete das Thema und betreute meine Dissertation. Von ihm habe ich durch seine Herangehensweise an das Thema, seine Anregungen, seine Unterstützung und nicht zuletzt durch sein Vertrauen in mich, viele wertvolle Dinge gelernt. Ihm möchte ich deswegen besonders danken.

## Abkürzungsverzeichnis

---

### Abkürzungsverzeichnis

APA	„American Psychiatric Association“. Amerikanische Psychiatrische Vereinigung für psychische Störungen.
SCID	„Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV“.
DSM	„Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders“. Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störung. Diagnosesystem der APA, derzeit gültige Version ist die vierte Fassung (DSM-IV).
ICD	„International Classification of Diseases“. Internationale Klassifikation psychischer Störung. Diagnosesystem der World Health Organisation (WHO, Weltgesundheitsorganisation). Derzeit ist der zehnte Version gültig (ICD-10).
YSR	„Youth Self-Report „. Fragebogen für Jugendliche.
YASR	„Adult Self-Report for Ages 18-59“ Fragebogen für Erwachsene .
SR	„Sozialer Rückzug“, Syndromskala des „Youth Self-Report“ und „Adult Self-Report,„.
KB	„Körperliche Beschwerden“, Syndromskala des „Youth Self-Report „ und „Adult Self-Report“.
Ä/D	„Ängstlich/ Depressiv“, Syndromskala des „Youth Self-Report „ und „Adult Self-Report“.
SP	„Soziale Probleme“, Syndromskala des „Youth Self-Report „.

## Abkürzungsverzeichnis

---

- S/Z „Schizoid/ Zwanghaft“, Syndromskala des „Youth Self-Report „
- AP „Aufmerksamkeitsprobleme“, Syndromskala des „Youth Self-Report „ und „Adult Self-Report“.
- DV „Dissoziales Verhalten“, Syndromskala des „Youth Self-Report „ und „Adult Self-Report“.
- AV „Aggressiväsverhalten“, Syndromskala des „Youth Self-Report „ und „Adult Self-Report“.
- AsV „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“, Syndromskala des „Adult Self-Report“.
- BV „Bizarres Verhalten“, Syndromskala des „Adult Self-Report“.
- INT „Internalisierte Auffälligkeiten“, Syndromskala des „Youth Self-Report „ und „Adult Self-Report“.
- EXT „Externalisierte Auffälligkeiten“, Syndromskala des „Youth Self-Report „ und „Adult Self-Report“.
- GA „Gemischte Auffälligkeiten“, Summe der Syndromskala des „Youth Self-Report „ und „Adult Self-Report“.
- N Anzahl der Teilnehmern.
- PTB „Posttraumatische Belastungsstörung“, psychische Störung infolge eines Traumas. Im DSM-IV den „Angststörungen“ und im ICD-10 den „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ zugeordnet.

## Abkürzungsverzeichnis

---

PTSD	„Posttraumatic Stress Disorder“, die englische Definition des „Posttraumatische Belastungsstörung“.
kPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung.
EMDR	“Eye Movement Desensitization and Reprocessing”. Kognitive Methode die, die Augenbewegung verwendet.
AMT	„Angstmanagementtraining“. Therapeutische Kognitive Methode der PTB

### 1. Theorie

#### 1.1 Einleitung

Die Geschichtsbücher über die Kriege zeichnen ein furchtbares Bild des Grauens. Erlebte Realität ist nicht gedruckte Seiten, das wir lesen, sondern die Angst, Schmerz und Leiden, die uns für den Rest unseres Lebens begleiten werden.

Tragische Ereignisse wie der Krieg im ehemaligen Jugoslawien haben bei der betroffenen Bevölkerung tiefe seelische Wunden hinterlassen. All das hat das Zusammenleben der verschiedenen ethnokulturellen Gruppen stark erschüttert und ist meistens nicht mehr möglich.

Die Kriegs- und Traumaopfer leiden häufig noch Jahren unter den schlimmen Folgen der Extrembelastungen. Typische „posttraumatische“, psychische Folgen sind das ständige schmerzliche Wiedererleben der durchlittenen Situationen, Alpträume, erhöhte Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit sowie Auswirkungen im sozialen Bereich. Diese Symptome werden seit 1980 unter dem Begriff Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) in den offiziellen Klassifikationsmanualen psychischer Störungen zusammengefasst (DSM-IV-R, 1994).

Millionen Menschen mussten in den Kriegen der Vergangenheit Grausamkeiten miterleben, die ihr psychisches Gleichgewicht in nachhaltiger Weise gestört haben. Traumatische Reaktionen sind zumeist nicht die Folge eines dramatischen Einzelerlebnisses, sondern beruhen auf kontinuierlichen Erfahrungen durch die Zerstörung des gewohnten Alltagslebens. Solche Reaktionen sind abhängig von dem Alter, dem familiären Hintergrund, der kulturellen Prägung sowie von der Interpretation, die der Mensch seinem Erlebnis zuweist. Kriegstraumatisierte Kinder, Jugendliche und Erwachsene tragen ein Leben lang an den Folgen des Krieges, ihr Selbstbild und ihre Vorstellungen von zwischenmenschlichen Beziehungen werden dadurch erheblich beeinflusst.

## Theorie

---

Viele Kinder und Jugendliche müssen in Kriegen den Verlust ihrer Eltern erleben. Andere wurden in den Kriegsgebieten dieser Welt Waisen aufgrund des Todes oder Verschwindens ihrer Eltern durch direkte oder indirekte Kriegsfolgen. Einige von ihnen finden Unterkunft bei Verwandten, Freunden oder in Waisenheimen. Viele landen jedoch auf der Straße oder in den Armeen, werden versklavt und misshandelt, zur Kinderarbeit oder Prostitution gezwungen (zit. nach UNICEF (Hg.): Kinder der Welt, Nr. 2/95, S. 5).

Krieg und Gewalt hinterlassen in den Seelen der Kinder tiefe Spuren. Viele müssen im Krieg mit ansehen, wie Eltern, Verwandte und Freunde misshandelt oder sogar getötet werden. Traumata können die gesamte psychische Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen. Sie äußern sich unter anderem in extremer Angst, Apathie, Depressionen oder Schlafstörungen. Die ständige Ungewissheit über die eigene Zukunft macht vor allem Flüchtlingskindern schwer zu schaffen. In vielen Kriegen dienen Vergewaltigungen zudem als besonders perfide „Kriegswaffe“. Missbrauchte Mädchen leiden oft ein Leben lang unter der Scham und Ausgrenzung, eine Strafverfolgung der Täter ist in den meisten Fällen unmöglich.

Als Gefangene von Kriegsgruppen werden viele Mädchen missbraucht. Werden sie schwanger, stellen die Geburt ohne medizinische Betreuung oder auch eine Abtreibung unter den Bedingungen des Krieges ein lebensbedrohliches Risiko dar. Scham und Ausgrenzung verstärken die Not der im Krieg missbrauchten Mädchen: Die Verwandten und die Dorfgemeinschaft lehnen es oft ab, sie wieder aufzunehmen – besonders dann, wenn sie durch die Vergewaltigung eines Gegners ein Kind bekommen haben.

Kriege bringen für Mädchen und Frauen besondere Gefahren mit sich. Schon sehr junge Mädchen werden – oft vor den Augen ihrer Angehörigen – vergewaltigt. Die Absicht der Kriegführenden ist es, Familien zu demoralisieren oder für die Unterstützung der Feinde zu bestrafen. Oft gewähren Militärführer ihren Kämpfern als Lohn die Freiheit, ungestraft die Dörfer plündern und sich an Frauen und Mädchen vergreifen zu dürfen. Immer wieder werden Frauen verschleppt und über lange Zeit missbraucht, viele kehren nie zurück (zit. nach UNICEF (Hg.): Kinder der Welt, Nr. 2/95, S. 5).

Aufwachsen im Krieg – was bedeutet das für Kinder und Jugendliche? Welche Folgen hat der Krieg für ihre weitere psychische Entwicklung, falls sie überleben?

### 1.2 Theoretischer Hintergrund

#### 1.2.1 Beschreibung Posttraumatischer Belastungsstörung. Historische Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die bekannten historischen Vorläufer der Posttraumatischen Belastungsstörung sind die „Unfallneurose“ als psychische Störung nach schweren Belastungen (z.B. nach den ersten Eisenbahnunfällen im 19. Jahrhundert) und die „Kriegsneurose“ („Frontneurose“, „Gefechtsneurose“, „Schützengrabenneurose“, „Granatenschock“) bei Teilnehmern am Ersten oder Zweiten Weltkrieg (zit. nach Morschitzky, H. 2002).

Bei den Kriegsteilnehmern in Vietnam wurde sehr häufig eine Gefechtsneurose mit folgenden Symptomen diagnostiziert: innere Unruhe, Aggressionen, Depressionen, Gedächtnisstörungen, Überaktivität des sympathischen Nervensystems, Konzentrationsstörungen, Alkoholismus, Alpträume, Phobien und Misstrauen.

Die Natur- und Industriekatastrophen (Brandkatastrophen, Gasexplosionen, Erdbeben, Tornados u.a.) haben in den 50er- und 60er-Jahren ebenfalls psychische Folgen verursacht. Seit den 70-er Jahren widmet man sich in den USA intensiv der Untersuchung von Opfern sexueller und nichtsexueller Gewalt. Sigmund Freud hatte bereits vor über 100 Jahren panikartige Symptome als Folge von frühkindlichem sexuellen Missbrauch und diesen wiederum als Ursache für die „Hysterie“ beschrieben. Panikartige Anfälle wie die bei der 18-jährigen, vom Vater sexuell belästigten Katharina, deren Fall in den 1895 erschienenen „Studien zur Hysterie“ dargestellt ist, verstand Freud als typische angsthysterische Anfälle in Reaktion auf das erinnerte und erlittene Trauma. 1896 veröffentlichte Freud 18 Fallstudien unter dem Titel „Zur Ätiologie der Hysterie“ (Freud, S. 1896, zit. nach Morschitzky, H. 2002). Im Jahr 1980 wurde die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (Posttraumatic Stress Disorder = PTSD) in das Krankheitsklassifikationssystem DSM-III aufgenommen und damit erstmals als Krankheit anerkannt. Die Störung findet sich auch im ICD-10 unter den „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“. „Posttraumatisch“ bezeichnet den krankhaften Zustand nach einer schweren seelischen Verwundung („post“ = „danach“, „Trauma“ = „seelische Verwundung“).

### 1.2.2 Definitionskriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung

Nach DSM-IV und ICD-10 sind die folgenden Kriterien entscheidend um eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) zu definieren, die erscheinen dann wenn die Betroffenen nach der Konfrontation mit einem traumatischen Stressor sich begegnen.

Aspekte der Traumatisierung intrusiv Wiedererleben. Die Symptome des Wiedererlebens sind die spezifischen Manifestationen seelischer Verletzungen. Sie zeigen sich sowohl im wachen, wie auch im schlafenden Zustand in Form von:

- Intrusionen: z.B.
- Alpträume vom Ereignis
- Immer wieder sich aufdrängende, traumabezogenen Vorstellungen (Erinnerungen, Bilder, Gedanken vom Ereignis)
- Flashbacks (Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiedergekehrt wäre)
- Intensive, immer wiederkehrende, traumabezogenen Emotionen
- Eine allgemeine physiologische Reagibilität bei Erinnerungen an das Trauma

Symptome des Wiedererlebens können durch so genannte Trigger ausgelöst werden. Es handelt sich dabei um Phänomene, die in irgendeiner Weise an das Ereignis als Ganzes oder in Teilen erinnern, diesem ähnlich sind oder dieses symbolisieren. Eine Konfrontation mit einem solchen Trigger kann sowohl auf psychischer wie auch körperlicher Ebene heftige Reaktionen mit großem Leidensdruck auslösen

- internale und externale Reize vermeiden, die der Traumatisierung ähneln oder sich emotional taub fühlen. Die Symptome des Wiedererlebens (Erinnerungen, Gedanken, Bilder, Flashbacks, Alpträume) verursachen Angst und einen großen Leidensdruck. Die Betroffenen unternehmen deshalb alles, um diese Symptome oder die Trigger, die sie auszulösen vermögen, zu vermeiden.

- Vermeidungsverhalten: z.B.

Vermeidung traumabezogenen Gefühle (Gedanken, Gefühle, Gespräche im Zusammenhang mit dem Trauma)

## Theorie

---

Vermeidung bewusster Erinnerungen an das Trauma (Aktivitäten, Orte, Menschen im Zusammenhang mit dem Trauma)

- Psychogene Amnesie ("Vergessen" ). Auf einer mehr unbewussten Ebene können Inhalte, die in Verbindung mit dem Trauma stehen abgespaltet, dissoziiert und damit aus dem Bewusstsein ausgeblendet werden

- "emotionale Betäubung"

- Rückzug (Absonderung, Entfremdung, sozialer Rückzug). Die Betroffenen schränken ihre sozialen Aktivitäten ein und ziehen sich vom Leben förmlich zurück. Sie schaffen eine Distanz, sowohl zu sich, anderen Menschen und früheren Interessengebieten. Auf affektiver Ebene kann dies bis zu einer Erstarrung führen.

- Anzeichen einer chronisch erhöhten psychophysiologischen Übererregung zeigen.

- Hyperarousal, z.B.

- Ein- und Durchschlafstörungen

- Übermäßige Erregtheit

- Konzentrationsstörungen

- Allgemeine Reizbarkeit, Wutausbrüche, aggressives Verhalten

- Vermehrte Wachsamkeit (Vigilanz)

- Gesteigerte Schreckreaktionen

- Psychosomatische Phänomene: Schwitzen, verstärktes Herzklopfen, Atemprobleme, Durchfall, Kopfschmerzen usw. (vgl. Butollo W., 2003, S.55-56).

Codierung der PTBS in DSM-IV: 309.81

Codierung der PTBS in ICD-10: F43.1

### 1.2.3 Diagnostische Kriterien nach DSM-IV (309.81)

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln sich charakteristische Symptome nach dem Erleben oder auch durch das Beobachten eines extrem traumatischen Ereignisses, das mit Androhung des Todes, schweren Verletzungen oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einhergeht. (z.B. Krieg, Folterung, Konzentrationslager, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch im Kindesalter, Raubüberfall, Entführung, Geiselnahme, schwere Unfälle). Je intensiver und direkter der Belastungsfaktor erlebt wurde, desto wahrscheinlicher scheint die Ausbildung der Störung zu sein.

Das DSM-IV nennt folgende diagnostische Kriterien (DSM-IV-R, 1994):

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

- 1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
- 2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen...

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

- 1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können (Intrusion)...
- 2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis...
- 3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten)...

## Theorie

---

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

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

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

1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,

2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,

3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,

4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,

5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,

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

7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

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

1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,

2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,

3) Konzentrationsschwierigkeiten,

4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),

5) übertriebene Schreckreaktion.

## Theorie

---

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

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

### Zusatzkodierungen

Die folgenden Zusatzcodierungen dienen dazu, den Beginn und Dauer der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung zu bestimmen.

#### **Bestimme, ob:**

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern.

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

#### Bestimme, ob:

Mit Verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

Die Symptome müssen nicht unbedingt unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis auftreten, sondern können dies mit einer zeitlichen Verzögerung tun. Man spricht in einem solchen Fall von einer Latenz. Treten die Symptome mit einer Verzögerung von mindestens sechs Monaten auf, wird eine posttraumatische Belastungsstörung mit verzögertem Beginn diagnostiziert. (APA, 1996, S. 491 f, nach Butollo, 1998, S. 76)

## Theorie

**Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der PTB nach DSM-IV und ICD-10**

Kriterien zu	DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)	ICD-10 (WHO, 1991)
Traumatisierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ereignis, das schwere körperliche Verletzung, tatsächlichen oder möglichen Tod oder eine Bedrohung der physischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet</li> <li>Subj. Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes</li> <li>Bedingung ist, dass das Ereignis bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde</li> </ul>
Hinreichenden Symptomen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorliegen von Symptomen aus den Bereichen • Intrusion (mind. 1)</li> <li>Vermeidung / emot. Taubheit (mind. 3)</li> <li>Autonome Übererregung (mind. 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wiederholte, unausweichliche Erinnerungen oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen in Zusammenhang mit einem traumatischen Ereignis</li> </ul>
Beginn der Störung	Keine Beschränkung Spezifikation des verzögerten Beginns, wenn die Symptomatik ab 6 Monate nach dem Trauma einsetzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma</li> </ul>
Dauer der Störung	mindestens 4 Wochen	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine Angaben</li> </ul>
Beeinträchtigung durch Störung	durch Symptomatik bedingte klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine Angaben</li> </ul>

### 1.2.4 Diagnostische Kriterien nach ICD-10

PTSD entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0, siehe ICD-10) über (zit. nach Möllering A., Herpertz S., 2003).

Nach den Forschungskriterien des ICD-10 ist eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) folgendermaßen definiert:

A. Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde.

## Theorie

---

B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.

C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.

D. Entweder 1. oder 2.

1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.

2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:

- a. Ein- und Durchschlafstörungen
- b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- c. Konzentrationsschwierigkeiten
- d. Hypervigilanz
- e. erhöhte Schreckhaftigkeit

E. Die Kriterien B, C und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

### 2 Kriegstraumata und Trauma

„Was für Spuren hinterlässt Krieg?“

#### - Eine Einführung

- Woher kommst du, Behar?

Aus Kosovo.

- Genauer?

Aus Metiçan, Prishtina (Dorf neben dem Hauptstadt der Kosovo).

- Wo ist dein Vater?

Ich weiß nicht. Mir wurde gesagt dass er dort ermordet wurde.

- Wo dort?

In Metiçan dort wo unsere Haus war.

- Habt ihr denn nichts mehr von ihm gehört?

Manche sagen, er hat um unser Haus gekämpft. Die Serbische Armee hat es im Feuer gebracht.

- Was sagt deine Mutti dazu?

Nichts. Sie schweigt und tut so, als ob sie stark wäre.

- Wie?

Als ob alles in bester Ordnung wäre.

- Wie meinst du das?

Als ob meinem Vater nur für eine Weile weg wäre, als ob es hier keinen Krieg gäbe und irgendwann kehrt er zurück.

- Redet ihr über den Vater?

Nein, aber sie sagt immer: „Sobald Hasan kommt, fahren wir irgendwohin in Urlaub. Nur wir fünf.“ Das ist doof.

Warum?

Die Erwachsene denken, die Kinder verstehen nichts. Das nervt mich. Sie will eigentlich sich und uns nicht eingestehen, dass er tot ist.

Weil ich noch zu jung bin, um es zu verstehen, meint sie.

- Wie alt bis du denn?

## Kriegstraumata und Trauma

---

Fünfzehn.

- Und das ist nicht zu jung?

Nein.

- Hast du Freunde unter den anderen die nicht wissen wo der Vater ist?

Nein (es gibt Kinder die ohne Vater geblieben sind, ich habe aber keine Freunde).

- Warum nicht?

Ich mag nicht über den Krieg reden. Ich versuche, nicht an diese hässliche Sachen zu denken. Und sie alle reden nur von so was.

- Bringst du es denn fertig, nicht darüber nachzudenken?

Nicht immer.

- Wann denn nicht?

Wenn Leute zum Besuch kommen und murmeln über das was geschehen ist, und wir müssen es nicht hören. Ich höre aber alles immer versteckt.

.....

.....

„Teil eines Interview mit einem von den Kindern die ohne Vater geblieben ist.“

### 2.1 Kriegsoffer

Im Kosovo gibt es sehr viele Opfer von Gewalt. Sie leiden nicht nur unter körperlichen Verletzungen, die ihnen zugefügt wurden, sondern sie waren auch besonderen psychischen Stresssituationen ausgesetzt. Frauen, Kinder und Jugendliche sind dabei besonders betroffen, weil sie selbst geschädigt wurden oder weil sie miterleben mussten, wie Angehörige, Freunde oder Bekannte verletzt oder sogar getötet worden sind. Was geht in Kindern (und Erwachsenen) vor, die miterlebt haben, wie ihre Eltern und Geschwister bei Kriegshandlungen ums Leben kamen, verstümmelt oder verschleppt wurden? Was bedeutet für die Betroffenen Flucht in ein fremdes Land? Was bedeutet für Kinder ein Lagerleben ohne Eltern? Wie verarbeiten es Kinder, wenn sie erfahren oder miterleben, dass ihre Eltern anderen Menschen Gewalt angetan haben? Wie verarbeiten es Kinder und Erwachsene, wenn sie realisieren, dass sie selbst andere umgebracht oder denunziert haben?

## Kriegstraumata und Trauma

---

Wenn ein Unvoreingenommener auf Erwachsene und Kinder träfe, die solche traumatisierenden Erfahrungen erlebt haben, würde er sofort merken, dass diesen Menschen ein „Stück Leben“ weggenommen wurde.

Häufig reichen Empathie und Sensibilität für menschliches Leid nicht aus, um zur Überwindung dieser unsichtbaren Verletzungen beizutragen. Gefragt ist dann eine professionelle psychologische Unterstützung.

Historiker haben immer wieder versucht, die Kriegsfolgen in nackte Ziffern einzugrenzen. Können aber so dramatische Lebensereignisse, wie eben in Worte gefasst, mit Statistiken beschrieben werden? Das, was die Seele eines Menschens foltert, kann nicht mit wissenschaftlichen Methoden gemessen werden, trotzdem spürt der Mensch, der dafür sensibel ist, eindeutig die Wunde der Gewalt.

Jahrzehnte nach Ende des Zweiten Weltkrieges hat Schepank (1980, zit. nach Ermann, M., 2003) in einer epidemiologischen Felduntersuchung in Mannheim beim Vergleich der Jahrgänge 1935, 1945, 1955 festgestellt, dass Kriegskinder nicht häufiger unter psychisch bedingten Erkrankungen leiden als die "Normalbevölkerung". Aber entsprach das tatsächlich der Wirklichkeit? Bei der Nachuntersuchung drei Jahre später fand er im Gegensatz zu seiner ersten Untersuchung deutliche Unterschiede: 40 Prozent der "Spät-Kriegskinder" des Jahrgangs 1945 zeigten jetzt seelisch bedingte Erkrankungen, immerhin noch 30 Prozent der "Früh-Kriegskinder" des Jahrgangs 1935 und "nur" 20 Prozent der Nachkriegskinder des Jahrgangs 1955. Diese Ergebnisse sind widersprüchlich, was zum Teil auf der Veränderung der Forschungsmethodik beruht. Es gibt danach aber eindeutige Hinweise für die Tatsache, dass die ungünstigen Entwicklungsbedingungen der Kriegs- und Nachkriegszeit nachhaltige Folgen auf die spätere psychische Gesundheit hatten (zit. nach Ermann, M., 2003).

Die Hamburger Flüchtlingsstudie aus dem Jahr 2000 (zit. nach Ermann, M., 2003) belegt, dass 30 Prozent der Kriegskinder, welche die Flucht mitgemacht haben, unter dem Vollbild oder dem partiellen Bild einer posttraumatischen Persönlichkeitsstörung leiden. 60 Prozent der Stichprobe leiden unter Intrusionen, das heißt unter immer wieder einmal auftretenden, plötzlich einschießenden Bildern und Erinnerungen an bedrohliche Situationen aus der Vergangenheit.

Zahlreiche Kriegskinder sind als Erwachsene Menschen, die im Allgemeinen häufiger gefährdet sind, an seelisch bedingten Störungen zu erkranken, als andere. Vor allem liegen die Ursprünge dieser Störungen in der Kriegskindheit (zit. nach Ermann, M., 2003).

### 2.2 Reaktionsweisen auf traumatische gewaltige Kriegserlebnisse

Unter einem psychischen Trauma versteht man allgemein eine „durch überaus starke äußere und / oder innere Eindrücke verursachte seelische Erschütterung, die zu psychischen oder psychosomatischen Funktionsstörungen oder Krankheiten führen kann“. Kinder und Erwachsenen die Traumatische Gewalterlebnisse gehabt haben, geraten bei den meisten Fällen in einen tiefen seelischen Schock und verlieren das Grundvertrauen in ihre Welt. Sie erfahren am eigenen Leib, dass das Leben endlich ist. Sie haben für einen endlos erscheinenden Augenblick das Gefühl: „Jetzt ist es aus“. Dies alles erschüttert das bisherige Fundament der Persönlichkeit. Für sie ist plötzlich auf der Welt nichts mehr sicher, nichts mehr „gerecht“ – wie soll es auch gerecht sein, wenn unschuldige Kinder qualvoll sterben müssen.

Nachdem sie den ersten Schock überwunden haben, neigen Kinder, die eine Schießerei oder Explosion miterlebt oder als Opfer überlebt haben, dazu, generell ängstlich zu sein. Dies wird oft von Schlaf- und Konzentrationsschwierigkeiten begleitet. Diejenigen, die besonders sensibel auf Stress reagieren, können unter eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Dies bedeutet, dass die Kinder immer wieder Intrusionen vor dem „inneren Auge“ haben, sodass sich in ihren Gedanken ständig die Ereignisse (und die damit verbundenen Emotionen) wiederholen. Andere Kinder verleugnen die Geschehnisse und behandeln sie als eine Geschichte, die jemandem anderen zugestoßen ist. Viele werden auch nervös und hyperaktiv.

### 2.3 Kinder und Kriegstraumata: Symptome und Reaktionsweisen

Die Traumafolgen und chronischen Belastungen für Kinder sind schwerwiegend. Im physischen Bereich resultieren Krankheiten, Behinderungen, Verletzungen, Verstümmelungen und Mangelernährung. Psychische Folgen sind Unruhe und Nervosität, emotionale Labilität, Kontaktangst, Depressivität, spezifische Ängste und Belastungsstörungen (insbesondere die posttraumatische Belastungsstörung). In sozialen Bereichen weisen die Kinder ein ausgeprägtes unangepasstes Sozialverhalten, stärkere Aggressivität, ein verzerrtes Moralverständnis und eine kognitive Anpassung an ihre gewalttätige, bedrohliche Umwelt auf. Einige Symptome sind wie folgt zusammengefasst:

## Kriegstraumata und Trauma

---

### **Körpersymptome**

- \* Ruhelosigkeit,
- \* willkürliche Bewegungen,
- \* erschrecken bei Licht und Geräuschen,
- \* Schlaflosigkeit,
- \* Wutanfälle,
- \* anklammern an Eltern,
- \* Regression zu früheren Verhaltensmustern (wie z.B. Daumenlutschen, einnässen)

### **Emotionale Reaktionen**

- \* Angstzustände,
- \* Panik,
- \* Traurigkeit / Depression,
- \* großes Misstrauen,
- \* Aggression/Hass.

### **Mentale Reaktionen**

- \* Realitätsferne,
- \* Verlust logischer Denkmuster,
- \* regressives Denken,
- \* Rückgriff auf mystische Weltbilder (Aberglaube, Zauber),
- \* Desorientierung in Zeit und Raum.

(Vgl. Ljubica Lelusic: Die Kinder und der Krieg im ehemaligen Jugoslawien. In: Werner Wintersteiner (Hrsg.): Das neue Europa wächst von unten: Friedenserziehung als Friedenskultur. Klagenfurt 1994, S. 93 f.)

### **2.4 Die drei Phasen des Kriegsereignisses**

Kinder, die Kriege miterleben, sind verschiedenen Stressoren ausgesetzt. Die traumatisierenden Ereignisse lassen sich in drei zeitlich aufeinanderfolgende Phasen (Kriegszeit, Nachkriegszeit, bzw. Flucht und darauf folgende Rückkehr in die Heimat bzw. endgültiges Sich- Niederlassen in fremder Umgebung) aufteilen. Jede dieser drei Phasen ist

## Kriegstraumata und Trauma

---

mit spezifischen belastenden Ereignissen verbunden, wobei nachfolgende Phasen, sofern sie durchlebt werden, die Wirkung der vorhergegangenen jeweils verstärken können (zit. nach Albrecht, K., 2001).

### 2.4.1 Erste Phase der Kriegstraumatisierung

In dieser Phase wird das Kind mit Situationen konfrontiert, die unmittelbar mit dem Krieg zusammenhängen und die es bisher nicht kannte. So erlebt es Gewalt und Verwundungen, wird Zeuge von Morden, Gräueltaten und Vergewaltigungen, muss in Schutzkellern leben oder fliehen und erlebt Trennungen und Verluste (vgl. Kocijan-Hercigonja, 1997, zit. nach Albrecht, K., 2001).

Hercigonja (1997) unterscheidet in dieser Phase drei verschiedene Arten von belastenden Kriegserlebnissen, bzw. Kriegstraumata:

- Direkte Kriegstraumata: Traumata, die die Kinder am eigenen Leib erlebt haben. Der Verlust von Eltern durch Trennung oder Tod, körperliche Verletzungen und Behinderungen, Misshandlung und Folter, Mangelernährung und Krankheiten, die Teilnahme an Kampfaktionen, sowie das Leben in Gefangenenlager. Zudem tun Kinder in ihrer Verzweiflung oft selbst Dinge, mit deren Konsequenzen sie nachher nur schwer leben können (sie töten oder verletzen z.B. andere Menschen, im Wunsch, die eigene Familie zu beschützen).
- Indirekte Traumata: Das sind Wahrnehmung von Kampflärm, detonierenden Bomben, brennenden Häusern, etc. Kinder, die Zeugen von Gewaltanwendungen wurden oder Verwandte und Freunde verloren haben sowie das Miterleben von Kampfhandlungen.
- Traumata, die eng mit dem Leben im Land zusammenhängen, wie z.B. Unterbrechung der Erziehung und Schulung und sozialer Werte-Zerfall. Wenn Regeln und Sitten, mit denen das Kind vertraut war, plötzlich keine Gültigkeit mehr haben, wird es unsicher. Es versteht nicht, warum heute vieles nicht mehr so ist wie früher (Kocijan-Hercigonja, 1997, S. 179).

### **2.4.2 Zweite Phase der Kriegstraumatisierung**

In der zweiten, dem Krieg nachfolgenden Phase erleben Kinder meist völlig veränderte Lebensbedingungen. Sie leiden unter der durch Krieg bedingten Armut, dem Verlust des sozioökonomischen Status, dem Zerfall der Familie, etc. Eine besondere einschneidende Veränderung bedeutet das Leben als Flüchtling oder im Exil. Das Leben mit den Belastungen der Nachkriegszeit birgt für das Kriegstraumatisierte Kind oft weitere, sekundäre Traumata, die die primäre Traumatisierung noch zusätzlich verstärken.

Kriegsverlierer müssen sich mit dem Leben in besetzten Gebieten arrangieren, ihnen werden fremde Werte und Sitten aufgezwungen. In ihrer kindlichen Neugier nähern sich Kinder schneller Vertretern der gegnerischen Mächte und nehmen eventuell Geschenke an. Sie geraten so entweder zwischen zwei Fronten oder übernehmen eine Vermittlerfunktion.

### **2.4.3 Dritte Phase der Kriegstraumatisierung**

Die dritte Phase der Kriegstraumatisierung ist die Phase der Rückkehr in die Herkunftsregion oder das endgültige Sich- Niederlassen in einer fremden Umgebung. Beides ist mit neuerlichen Anpassungsanstrengungen verbunden. Im ersten Fall mit dem Verlust der in der neuen Umgebung gefundenen Beziehungen, im zweiten Fall mit dem Aufgeben von Träumen über die Rückkehr in die geliebte Heimat.

Durch die Rückkehr wird es wieder mit dem konfrontiert, was es in den letzten Jahren verdrängt und vergessen hat. Während dieser Zeit hat das Kind von seiner Rückkehr geträumt, sich auf seine Freunde sein Haus, seinen Heimatort gefreut. Es muss dann aber feststellen, dass die Realität eine völlig andere ist. Die Häuser sind zerstört, die meisten Freunde sind nicht mehr da, und diejenigen, die geblieben oder zurückgekommen sind, haben sich verändert (Kocijan-Hercigonja, 1997, S.181, zit. nach Albrecht, K., 2001).

### 3 Das Konzept des Traumas

Das Wort „Trauma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung, Wunde, Niederlage. Ein psychisches Trauma kann man also als eine Art seelische Verletzung verstehen. Der Begriff „Trauma“ fand im 19. Jahrhundert zunächst Verwendung für eine durch äußere Verletzung entstandene Wunde. Erst 1895 konzipierten Freud und Breuer in ihren Studien zur Hysterie den Begriff des psychischen Traumas (zit. nach G. Enders 2001). Ausgangspunkt waren hysterische Erkrankungen, denen das Trauma sexueller Verführung – wie Freud es damals nannte – zugrunde lag. Später umschreibt der amerikanische Psychologe Larry Heller (2005) kurz und treffend ein Trauma als ein Ereignis, bei dem wir viel zu plötzlich, viel zu schnell viel zu viel zu bearbeiten haben (zit. nach Lackner R., 2005).

Wie oben erwähnt, ist die posttraumatische Belastungsstörung eine von den vielen Folgen traumatischer Erlebnissen. Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung verlangt ein vorausgehendes, sehr schwer belastendes Ereignis (Kriterium A – traumatisches Ereignis). Als schwer wird ein Ereignis betrachtet, wenn folgende Aspekte erfüllt sind:

- tatsächlichen Tod
- drohenden Tod
- ernsthafte körperliche Verletzung
- Gefahr der körperlichen Unversehrtheit
- die Reaktion des Betroffenen umfasste, intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen

(Definition gemäß: DSM-IV, (s.o))

Eine Person muss aber nicht unbedingt das Ereignis am eigenen Leib erleben, sondern es reicht aus, wenn sie in irgendeiner Form Zeuge davon wird. Traumatische Situationen, die ein Mensch erleben könnte, sind in die Tabelle 2 zusammengefasst.

## Das Konzept des Traumas

---

Traumatische Situationen	
Unfälle	Katastrophen
physische Gewalt	terroristische Gewalt
sexuelle Gewalt	Krieg
kriminelle Gewalt	Folter
traumatischer Verlust	Gefangenschaft
bedrohliche Krankheiten	Entwurzelung / Flucht

**Tabelle 2: Beispiele für schwere, belastende Ereignisse**

### 3.1 Typ I und Typ II Trauma

Man unterteilt die traumatischen Erfahrungen in zwei Typen:

Kurz andauernde Traumata (Vergewaltigung, Verkehrsunfall oder Naturkatastrophe) werden als Typ- I-Traumata bezeichnet.

Komplexe Traumatisierungen, d. h. chronische, prolongierte bzw. multiple Traumatisierungen (z.B. körperliche und sexuelle Misshandlungen in der Kindheit oder in der Jugend, Krieg, Gefangenschaft) werden als Typ- II-Traumata bezeichnet. Oft versucht das Opfer sich den Umständen anzupassen, um zu überleben und entwickelt hierzu Strategien wie dissoziative Abspalten oder emotionales Abstumpfen, um Schmerz zu vermeiden. Hier ist die Gefahr einer tief greifenden Beeinflussung der gesamten Persönlichkeit sehr hoch. Typische Folgen einer Typ II-Traumatisierung können sich auch in folgenden Bereichen finden: Somatisierung, Affektregulation, Beziehungsunfähigkeit, Reviktimisierung (vgl. Butollo W., 2003, S.38-40).

## Das Konzept des Traumas

---

<b><i>Merkmal:</i></b> einzelnes, unerwartetes traumatisches Ereignis von kurzer Dauer
<b><i>Beispiele:</i></b> Vergewaltigung im Erwachsenenalter, schwerer Verkehrsunfall, Überfall, Naturkatastrophe
<b><i>Konsequenzen:</i></b> Meist klare, sehr lebendige Wiedererinnerungen an das traumatisierend Ereignis. Vollbild der einfachen PTB. Meist schnelle Remission der Symptomatologie bzw. gute Therapieprognose

**Tabelle 3: Beschreibung von Typ -I Traumata**

<b><i>Merkmale:</i></b> Serie miteinander verknüpfter Ereignissen oder lang andauerndes traumatisches Ereignis
<b><i>Beispiele:</i></b> In der Regel durch Menschenhand intendierte Schädigung, wie wiederholte sexuelle oder körperliche Misshandlungen in der Kindheit, Geiselhaft, Gewalterfahrungen in der Partnerschaft, Kriegserfahrungen. Opfer ist nicht in der Lage, aus eigener Kraft die Traumatisierung zu beenden oder zu verhindern
<b><i>Konsequenzen:</i></b> Oftmals diffuse, wenig klare Wiedererinnerungen an die Traumatisierungen. Erhöhte Dissoziationstendenz. Ausgeprägte düsfunktionale Grundüberzeugungen oder Schemata. Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen. Schlechtere Therapieprognose

**Tabelle 4: Beschreibung von Typ- II-Traumata**

Eine Traumatische Erfahrung selber kann man in verschiedenen Arten klassifizieren:

**Individuelle Gewalt:** ständige körperliche Misshandlung als Kind, einmalige oder mehrfache Vergewaltigung, als Kind ständiger Zeuge von Gewalt in der Familie, Verbrechen wie z.B. Banküberfall, Entführung, Geiselhaft, versuchter Raubmord, Körperverletzung, Misshandlung, Folterung, angedrohte Ermordung.

## Das Konzept des Traumas

---

**Kollektive Gewalt:** Erfahrung von Krieg, Kampfhandlungen oder Terrorismus, Kriegsverwundung (Abschuss als Pilot, Explosion einer Granate), Aufenthalt im Luftschutzkeller bei Fliegeralarm, gewaltsame Entwurzelung (Verschleppung, Verfolgung, Vertreibung), unmenschliche Haftbedingungen (Konzentrationslager, politisch motivierte Haft), Aussteiger aus Sekten.

**Naturkatastrophen:** Großbrand, Blitzschlag, Überschwemmung, Dammbbruch, Bergrutsch, Lawinenunglück, Erdbeben, Vulkanausbruch, Tornados, Sunami.

**Technikkatastrophen:** Zeuge oder Beteiligter an einem schweren Autounfall, Eisenbahn-, Schiffs- oder Flugzeugunglück, Explosion, Arbeitsunfall, Hiroshima.

**Körperliche oder psychische Extrembelastungen:** Giftgasunfall, schwere Verbrennungen oder Schmerzzustände, Gehirnblutung, überlebter Herzschlag, schwerer allergischer Schock, Knochenmarkstransplantation, lebensbedrohliche Erkrankung (zit. nach Morschitzky, H. 2002).

### 3.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Nach Judith Herman & Bessel Van Der Kolk (1992) haben wir den Syndromvorschlag mit 7 Kriterien bzw. Symptomgruppen was den Komplexes psychotraumatisches Belastungssyndrom (kPTBS) bezieht:

1. Unterworfenheit unter totalitäre Kontrolle über einen längeren Zeitraum. Totalitäre Systeme a) gesellschaftlich: z.B. Folterhaft, Geiselhaft, Lagerhaft (KZ etc.), Kriegsgefangenschaft, religiöse Sekten; b) familiär: familiäre Gewalt, Kindesmisshandlung, familiärer sexueller Kindesmissbrauch; c) sexuell: Vergewaltigung, außerfamiliärer sexueller Kindesmissbrauch, organisierte sexuelle Ausbeutung.

2. Veränderungen der Affektregulierung mit anhaltenden dysphorischen Verstimmungen, chronischer Beschäftigung mit Suizidideen, Neigung zu Selbstverletzungen, explosiver oder extrem unterdrückter Wut (evtl. im Wechsel), zwanghafter oder extrem gehemmter Sexualität (evtl. im Wechsel).

## **Das Konzept des Traumas**

---

3. Veränderungen des Bewusstseins wie Amnesie oder Hyperamnesie (abnorme Gedächtnisstärke) für traumatische Ereignisse, dissoziative Episoden, Depersonalisation/Derealisation, Wiedererlebens der traumatischen Erfahrungen entweder in Form intrusiver Symptome oder in Form von ständigem Grübeln.
  
4. Veränderungen des Selbstbilds mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Initiativeverlust, Scham, Schuldgefühlen und Selbstanklage, eigener Wertlosigkeit oder Stigmatisierung; Gefühl, völlig verschieden von anderen zu sein (z.B. Gefühl, etwas Besonderes zu sein; Erleben von äußerster Einsamkeit; Überzeugung, von niemandem verstanden werden zu können oder nicht menschlich zu sein).
  
5. Veränderungen in der Wahrnehmung des Täters wie ständige Beschäftigung mit ihm (z.B. auch in Form von Rachedgedanken), unrealistische Sichtweise des Täters als übermächtig (aber Vorsicht: das Opfer kann die Macht des Täters unter Umständen realistischer einschätzen als die Therapeutinnen!), Idealisierung des Täters oder paradoxe Dankbarkeit ihm gegenüber, Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung zum Täter, Übernahme der Weltanschauung des Täters oder Rechtfertigung seines Tuns.
  
6. Veränderungen der sozialen Beziehungen mit Isolation und Rückzug, Abbruch von intimen Beziehungen, fortgesetzte Suche nach einem Retter (kann wechseln mit Isolation und Rückzug), ständigem Rückzug, wiederholtem Versagen beim Schutz der eigenen Person.
  
7. Veränderungen von Stimmungslagen und Einstellungen wie Verlust von Zuversicht, Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

### **3.3 Epidemiologie (Verbreitung und Verteilung), Verlauf und Prognose der Posttraumatischen Belastungsstörung.**

#### **3.3.1 Epidemiologie**

Wie oben erwähnt kann die Störung in drei Formen auftreten:

- akut: weniger als 3 Monate lang,
- chronisch: mindestens drei Monate oder länger (bei ca. 40-50%),
- mit verzögertem Beginn: zwischen dem traumatischen Ereignis und dem Beginn der Symptome sind mindestens 6 Monate vergangen.

Die Wahrscheinlichkeit, einem potentiell posttraumatischen Ereignis ausgesetzt zu sein, ist hoch. Etwa 80 % aller Menschen erleben im Laufe ihres Lebens ein relevantes Trauma (Lifetime Prävalenz der Exposition). Exponierte Personen erkranken aber nur etwa 25% tatsächlich an einer PTSD. Die PTSD ist also nicht die "normale" Folge der Begegnung mit einem Trauma, sondern es benötigt offenbar zur Auslösung einer PTSD noch andere Faktoren. Der Prävalenzpunkt liegt bei 5-10%.

Die Lifetime-Prävalenz der Erkrankung liegt bei Männern zwischen 5-9% und bei Frauen doppelt so hoch bei 10-18%.

In Risikopopulationen (Vertriebene, Emigranten etc.) liegen die Prävalenzzahlen deutlich höher. Zu den potentesten Auslösern sind physischer Angriff, vor allem sexueller Art, und Unfälle zu zählen. Zu den häufigsten Symptomen scheinen das Wiedererlebens des Traumas im Wachen oder Schlafen sowie eine erhöhte Schreckhaftigkeit zu gehören.

Wie vorher genannt, in circa 40 bis 50% der Fälle kommt es zu einer Chronifizierung der Symptome. Gesehen in Zusammenhang mit anderen Störungen, die PTB geht einher mit einem erhöhten Risiko für andere Angst- und affektive Störungen, Somatisierung und Substanzmissbrauch. Ältere Menschen sind bei Traumatisierung generell weniger vulnerabel für das Ausbilden einer PTB (vgl. Morschitzky, H. 2002).

### 3.3.2 Verlauf und Prognose

Die Posttraumatische Belastungsstörung kann in jedem Alter auftreten (einschließlich der Kindheit). Normalerweise treten die Symptome innerhalb der ersten 3 Monate nach dem Trauma auf, sie können aber auch um Monate oder gar Jahre verzögert sein. Es gibt Hinweise, dass soziale Unterstützung, Kindheitserfahrungen, Persönlichkeitsvariable die Ausbildung einer PTSD beeinflussen können.

Die mögliche Verlaufsdynamik der PTSD ist aufgrund ihrer komplexen Psychopathologie sehr variantenreich. Es gibt vielfach spontane Remissionen (Rückbildungen), aber auch prolongierte, chronifizierende und invalidisierende Verläufe. Die möglichen Folgen einer Traumatisierung sind also recht vielgestaltig. Bei ca. einem Drittel der PTSD- Patienten findet sich ein chronischer Verlauf mit einer mittleren Remissionszeit von 3 Jahren (behandelt) bis 5 Jahren (unbehandelt). 15-25 Prozent der betroffenen Patienten bleiben dauerhaft krank. Die Langzeiteffekte der PTSD sind eine Alexithymie, Dissoziationen, Somatisierungen, ein ausgeprägtes Misstrauen, ein Mangel an Verantwortungsgefühl, eine Identitätsdiffusion, eine tief greifende Beziehungsstörung bzw. Neigung zu extremen Bindungsformen (z.B. Hörigkeitsverhältnisse, sadomasochistische Beziehungsmuster mit Täter-Opfer-Konstellation etc.) oder Kontaktscheu (vgl. Morschitzky, H. 2002).

### 3.4 Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTB

Bestimmte Variablen können sowohl die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung beeinflussen als auch das Risiko präzisieren, nach einem Trauma an PTB zu leiden (z.B. möglicherweise ein Lebensstil mit hoher Bereitschaft zu Risiken). Nachgewiesen: Das Bestehen von Verhaltensproblemen im Kindesalter (Stehlen, Vandalismus) war assoziiert sowohl mit dem Erleben eines körperlichen Angriffes als auch die Wahrscheinlichkeit, daraufhin eine PTB zu entwickeln. Prospektive Studien fehlen leider ganz in diesem Bereich. Empirische belegte Zusammenhänge existieren zwischen der posttraumatischen Symptomatik und folgenden Faktoren:

- Faktoren der Herkunftsfamilie, wie z.B. genetische Einflüsse (True et al., 1993)

## **Das Konzept des Traumas**

---

- Faktoren der prätraumatischen Anpassung, wie z.B. kindliche Verhaltensstörungen (Helzer et al., 1987, zit. nach Straube, 2002), früher bestehende psychische Störungen (Breslau et al., 1991; Smith, North, McCool & Shea, 1990).
- Faktoren der Person, z.B. junges Alter (Kessler et al, 1995).
- Subjektive Faktoren des traumatischen Geschehens, Kontrollierbarkeit der Situation (im Sinne von Bewahrung eines Gefühls der Autonomie während des Traumas, Ehlers et al., 1997), Unerwartetheit des Traumas (Basoglu et al., 1997; Foa et al., 1992), primärer physiologischer Erregungsanstieg (Blanchard et al., 1996).
- Faktoren der Anpassung nach dem Trauma, wie z.B. Attributionsstil (Joseph, Yule & Williams, 1993), - subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung nach dem Trauma (Davidson, Hughes, Blazer & George, 1991; Perry et al., 1992)
- Kognitionen zum Trauma und seinen Folgen (Ehlers & Steil, 1995),

### **3.5 Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung**

In den USA wird die Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörungen in der Allgemeinbevölkerung, die so genannte Prävalenzpunkt (Häufigkeit des Vorkommens zu einem bestimmten Zeitpunkt), auf 5 und 10 Prozent der Bevölkerung geschätzt (Kapfhammer 2000). Die Lebenszeitprävalenz, also das Risiko, einmal im Leben eine solche Störung zu entwickeln, liegt zwischen 10 und 18 Prozent für Frauen und zwischen 5 und 10 Prozent für Männer. 3-25 Prozent der Personen, die einem Trauma ausgesetzt waren, entwickeln eine PTSD. Für amerikanische Kinder werden hier Zahlen zwischen 1-15 Prozent genannt, wobei die Mädchen wesentlich häufiger betroffen sind. Für so genannte At-Risk-Gruppen, also z.B. Kinder, die ein spezifisches Trauma erlebt haben, werden Zahlen zwischen 3 und 100 Prozent genannt in Abhängigkeit von der Schwere und der Art der Traumatisierung. Eine PTSD entwickeln 90 Prozent der sexuell missbrauchten Kinder, 77 Prozent der Kinder, die eine Schießerei in der Schule erlebt haben (auch das gibt es mittlerweile nicht nur in den USA) und 35 Prozent der Kinder, die der Gewalt auf der Straße ausgesetzt waren (Hamblen J., 2002, zit. nach Henicke K., 2002). In den "Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin u.a." (Flatten

## Das Konzept des Traumas

---

et al. 2001) werden dazu für Erwachsene folgende Schätzwerte genannt. Eine PTSD entwickelt sich bei:

50 Prozent nach einer Vergewaltigung

25 Prozent nach anderen Gewaltverbrechen

20 Prozent bei Kriegsopfern

15 Prozent nach Verkehrsunfällen

15 Prozent bei schweren Organerkrankungen.

Übereinstimmung herrscht darüber, dass so genannte Subsyndromale Störungsbilder, also Auffälligkeiten, die nicht in allen Kriterien des Symptomkatalogs der ICD entsprechen, wesentlich häufiger vorkommen. Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass es eine Vielzahl von Störungen gibt, die mit dem Trauma vermutlich zusammenhängen (Angststörungen, Depressionen) und/oder von Störungen, die sich neben der PTSD entwickeln, so genannte komorbide Störungen. 50-70 Prozente aller Patienten mit PTSD leiden an diesen komorbiden bzw. nachfolgenden Störungen (Kapfhammer 2000). Die hohe Prävalenz deutet bereits auf die Schwere der psychischen Verletzungen hin, auf die erheblichen psychosozialen Einbußen sowie auch auf die sich daraus ergebenden erheblichen Probleme in den zwischenmenschlichen Beziehungen.

Nach diesen Zahlen ist die PTSD eine der häufigsten psychischen Störungen überhaupt (Kapfhammer 2000, zit. nach Hennicke K., 2002).

Es gibt bisher keine epidemiologischen Untersuchungen über die Häufigkeit psychischer Reaktionen auf Missbrauch und Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung. Die vorgelegten Zahlen beziehen sich daher auf hoch selektierte Untersuchungsgruppen und sollten daher weniger als quantitative Aussagen über das wirkliche Ausmaß gesehen werden, sondern vielmehr als Hinweise auf die inhaltliche Problematik. Man kann zwei Untersuchungsberichte zitieren: Die US-Amerikanerin Ruth RYAN (1994) berichtet von Erfahrungen aus einem Konsultationsteam in der Region, das dann gerufen wurde, wenn Menschen mit geistiger Behinderung ein besonders auffälliges Verhalten zeigten. Die meisten von ihnen waren vorher schon einmal notfallmäßig in einer psychiatrischen Klinik. Alle 310 konsultierten Personen hatten ein signifikantes Trauma erlebt, davon zeigten 51 Symptome einer PTSD (= 16,5 Prozent), die voll dem Kriterienkatalog der Klassifikation (DSM) entsprachen, von daher muss von der Erfahrung einer schweren Traumatisierung ausgegangen

## Das Konzept des Traumas

---

werden. Der sexuelle Missbrauch war am häufigsten vertreten (auch langjähriger), dann folgten körperliche Misshandlungen oder schwere Vernachlässigung mit anderweitigen Traumatisierungen, die auch als Grund für die intellektuelle Behinderung angesehen wurden, sowie in einigen Fällen das Erlebnis schwerer Verletzungen oder Tötungen von Angehörigen. Alle hatten mehrere und verschiedenartige Traumata erlebt. Zwei Drittel der Patienten waren Frauen, ein Drittel Männer mit einem Durchschnittsalter von 33 Jahren mit überwiegend schwereren Intelligenzminderungen. Der Vorstellungsgrund war gewalttätiges Verhalten oder Zerstörungswut (zit. nach Hennische K., 2002).

Die psychiatrischen Vordiagnosen waren in sehr vielen Fällen „Keine Diagnose“ oder „Schizophrenie“, gefolgt von zahlreichen, unterschiedlichen Einschätzungen. In etwa der Hälfte der Fälle war das traumatische Ereignis bekannt. Keiner der Patienten hatte vorher die Diagnose PTSD. Als häufigste komorbide Störungen wurden „Depression“ und „verlängerte Trauerreaktion“ (Anpassungsstörung) festgestellt. Zwei Drittel hatten zudem körperliche Erkrankungen. Die Diagnosestellung erfolgte überwiegend durch ein Interview (auch bei den nicht verbalisierungsfähigen Menschen, hier durch Gesten und Aufmalen) und zwar im Rahmen eines üblicherweise verwendeten psychiatrischen Interviews ohne spezielle störungsspezifische Teile. Diese Hinweise sind insofern bedeutsam: Wenn der psychiatrische Untersucher die Möglichkeit einer traumabedingten Belastungsstörung mitdenkt, wird er solche Störungsbilder auch feststellen.

Ein englische Forschungsgruppe um Hugh Firth et al. (2001) fand unter 300 an einen spezialisierten ambulanten Dienst überwiesenen Patienten innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren 43 Kinder und Jugendliche (14,3 Prozent), die als Opfer oder/und als Täter in sexuellen Missbrauch verwickelt waren (21 Opfer, 6 Täter, 16 beides). Sie fanden dagegen in ihrer Untersuchungsgruppe nur einen Fall, der die Kriterien einer PTSD voll erfüllte, die anderen zeigten allerdings Verhaltensweisen, die durchaus im Kontext von Mißbrauchserfahrungen verstehbar waren wie z.B. höheres Erregungsniveau, nachhallähnliche Erinnerungen, Blockade oder Starrheit, Abwehr von Behandlungsbemühungen, aber auch eigene Täterschaft, die bagatellisiert wurde, sowie Einschüchterung von Schwächeren. Die Ergebnisse von Firth et al. stützen die bereits von Finkelhor (1984) aufgestellte These, dass Mißbrauchserfahrungen bei Kindern selten zu einer typischen Ausprägung eines PTSD führen (zit. nach Hennische K., 2002).

## **Das Konzept des Traumas**

---

Die unterschiedlichen Befunde erklären sich am ehesten damit, dass die psychopathologische Ausprägung der Belastungsreaktionen wahrscheinlich sehr von entwicklungsbedingten Faktoren abhängig ist.

### **3.6 Differentialdiagnose und Komorbide Störungen mit PTSD**

#### **3.6.1 Differentialdiagnose**

Psychiatrische Konzepte sind zeitgebunden. Das Trauma ist ein Zustand psychischer Hilflosigkeit, der durch ein schweres äußeres Ereignis ausgelöst wurde. Traumata können zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führen. Die Traumakriterien des DSM-IV und ICD-10 für die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung sind verschieden, was die Diagnosehäufigkeit stark beeinflusst (siehe Kapitel 1). Die Posttraumatische Belastungsstörung ist keine Störungseinheit, sondern ein komplexes Reaktionsmuster auf Traumatisierungen, das in ein mehrdimensionales Modell einzubetten ist. Aus der Psychopathologie lässt sich nicht auf ein stattgefundenes Ereignis schließen. Die Differentialdiagnose umfasst das gesamte Spektrum psychoreaktiver und neurotischer Störungen (Foerster, K, Leonhardt, M, 2003).

Die differentialdiagnostischen Abgrenzungen der PTSD gegenüber anderen psychischen Störungen sind nicht immer leicht. Zum einen gibt es viele Überlappungen der Symptome mit denen andere Störungsbilder. Darüber hinaus kann der jeweilige klinische Prägnanztyp die dahinterliegende PTSD-Kernsymptomatik verdecken. Oder aber die sichtbare Symptomatik zum Zeitpunkt der Diagnosestellung ist bereits eine der zahlreichen Folgestörungen der PTSD, imponiert aber wie eigene Störungen. Es geht also wie so oft um das Problem der Koexistenz oder der Komorbidität.

Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung wurde sehr oft mit psychiatrischen Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen und der Inanspruchnahme von Institutionen des Gesundheitswesens in Zusammenhang gebracht. Dieser Befund gilt für Männer wie für Frauen. Patientinnen mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung hatten im Durchschnitt im DSM-IV vier oder mehr weitere komorbide Störungen und eine hohe

## Das Konzept des Traumas

---

Wahrscheinlichkeit, den Kriterien für eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen zu entsprechen.

Dies entspricht genau unserer klinischen Erfahrung: Ein Großteil unserer Patientinnen im stationären Bereich, bei denen wir eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung diagnostizieren würden - wenn die Diagnose denn vorgesehen wäre - erfüllt auch Diagnosekriterien für andere Persönlichkeitsstörungen und zahlreiche andere Achse I Erkrankungen. Komorbidität besteht häufig (Kapfhammer 2000) mit:

- Substanz- und Alkoholmissbrauch
- Depressionen
- Angststörungen
- Somatoformen Störungen
- Psychotischen Störungen
- Persönlichkeitsstörungen

### 3.6.2 Komorbidität

Neben der PTSD finden sich häufig auch andere komorbide psychische Störungen, insbesondere depressive Störungen, Angsterkrankungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen, Schmerzsyndrome, Somatisierungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Ehlert und Heim (1999), stellten heraus, dass bei funktionellen körperlichen Erkrankungen, die der Diagnosegruppe „somatoforme Störungen“ (F45) zuzuordnen sind, bei bis zu 40 % der Patientinnen auch eine PTSD zu beobachten ist.

Nach Brady (1997), zwischen 50 und 90 % der Patienten mit einer chronischen PTSD weisen zusätzlich noch eine weitere psychiatrische Störung in ihrer Lebenszeitprävalenz auf.

### 4 Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung

#### 4.1 Psychodynamische Modelle des Traumas

Das so genannte "Psychodynamische Modell" geht auf die Erkenntnisse der Psychoanalyse und ihres Begründers S. Freud zurück. Freud definierte das "Trauma" (Jenseits des Lustprinzips, 1920, zit. nach Franz E., 2002) im Sinne eines überwältigenden Reizgeschehens, welches eine normale psychische Abwehr unmöglich macht. Freud hat das Gefühl völliger Hilflosigkeit gegenüber dem traumatisierenden Ereignis als Ausgangspunkt zur Ausbildung weiterer Traumafolgen identifiziert. Die Tatsache, dass die Psyche eines Menschen nach traumatischem Ereignis kann damit begründet werden, dass diese Hilflosigkeit als Gefühl sehr schwer auszuhalten ist. Einerseits versucht sie wiederkehrende Erinnerungen an das Ereignis zu unterdrücken, um sich so vor erneuten Traumatisierungen durch das Erinnern selbst zu schützen. Andererseits entsteht eine Art Zwang, sich immer wieder mit dem Vorfall auseinander zu setzen, und auf diese Weise die Hilflosigkeit durch eine neue Sicherheit oder Gewissheit zu ersetzen. Dessen zufolge wechseln sich bei einer traumatisierte Person zwei konträren Zuständen: zwischen der "Leugnung" (Vermeidung, Dissoziation) des Geschehenen und einem "Zwang, sich immer wieder erinnern zu müssen ("Intrusionen"). Nach psychoanalytischer Ansicht handelt es sich bei diesen gegensätzlichen Motivationen klassischerweise um einen "innerseelischen (=intrapsychischen) Konflikt".

Die von diesem Traumamodell abgeleiteten, moderneren psychodynamischen Theorien, welche die neueren Erkenntnisse der Informationsverarbeitung berücksichtigen, gehen auf Horowitz (1986) zurück (vgl. Franz E., 2002).

Es ist interessant, dass Freud aus klinischer Sicht schon frühzeitig (1919) darauf hinwies, dass man an die konfliktrelevanten Phantasien einer Phobie nur dadurch herankomme, dass man den Patienten aktiv dazu auffordere, sich aktiv der ängstigenden Situation oder dem Objekt seiner Angst zu stellen - um dann über seine dabei von ihm wahrgenommenen Gefühle und

Phantasien in der Analysestunde zu sprechen. Freud hatte mit seiner damaligen Empfehlung sicher nicht im Sinn gehabt, den Patienten aktiv aufzufordern, solange in der ängstigen Situation zu verbleiben, bis die Angst deutlich nachlässt, was als therapeutisch wirksames Prinzip erst sehr viel später entdeckt wurde.

### 4.2 Das Kognitive Modell

Horowitz (1973, 1976, 1979, 1986; Horowitz & Reidboard, 1992) formulierte ein Stress - Reaktions- Syndrom, das ein der weitreichendsten sozial-kognitiven Modelle der traumatischen Informationsverarbeitung darstellt (Power & Dalgleish, 1997). Obwohl durch klassische psychodynamische Modelle (Freud, 1920) beeinflusst, ist die Theorie von Horowitz prinzipiell in den Begriff der kognitiven Informationsverarbeitung formuliert. Horowitz argumentiert, dass der Hauptfaktor innerhalb des kognitiven Systems für den Prozess der traumabezogenen Informationsverarbeitung auf der „Vervollständigungstendenz“ („completion tendency“, vgl. Butollo, S. 93) beruht: das psychische Bedürfnis, neue Informationen in die existierenden kognitiven Modelle bzw. Schemata zu integrieren, (Horowitz, 1986). Horowitz (1986) postuliert, dass auf die traumatische Erfahrung eine Phase des Aufschreis (crying out) oder eine Erstarrungsreaktion (stunned reaction) folgt, die von einer Periode der Informationsüberlastung gefolgt wird, in der Gedanken und Bilder des Traumas nicht in die bestehenden Bedeutungsstrukturen integriert werden können. Als Folge dieser Phase, hat Horowitz (1986) eine Anzahl von Abwehrmechanismen genannt, die dazu dienen, das traumatische Erlebnis im Unbewusst zu bewahren, wodurch das Individuum eine Periode der Erstarrung und Verleugnung erfährt (vgl. Butollo, S. 93). Aufgrund der Vervollständigungstendenz wird "die traumarelevante Information in einem so genannten aktiven Gedächtnis" gehalten und führt zu Zusammenbruch der Abwehrmechanismen. Die Information wird in Form von Flash-Backs, Alpträumen und ungewollten Gedanken intrusiv dem Bewusstsein zugänglich werden.

Horowitz postuliert weiterhin, dass die Spannung zwischen der Vervollständigungstendenz auf der einen Seite und den psychologischen Abwehrmechanismen auf der anderen Seite dazu führt, dass das Individuum zwischen den Phasen der Intrusionen und Verleugnungs-Erstarrung pendelt, wodurch es stufenweise zu einer Integration des traumatischen Materials

in Langzeitbedeutungsrepräsentationen kommt. Schlägt dieser Vorgang fehl, kann es dazu führen, dass die nur teilweise bearbeitete Information im aktiven Gedächtnis verbleibt, ohne jedoch je vollständig assimiliert zu werden, woraus sich eine PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) entwickeln kann (vgl. Krause R., Kirsch A., 2002).

### 4.3 Das kognitive Modell von Ehlers und Clark

Die Erklärung der fortbestehenden Angstsymptome sowie starker Emotionen wie Ärger, Scham oder Trauer steht im Mittelpunkt des Modells von Ehlers und Clark (2000), dass die Entstehung und Aufrechterhaltung der chronischen PTB zu beschreiben versucht. Dieses Modell bezieht eine Vielzahl psychologischer Faktoren ein, die bereits von anderen Forschern vorgeschlagen worden waren, stellt aber eine eigene Synthese dar. Die Autoren gehen davon aus, dass sich eine chronische PTB nur dann entwickelt, wenn die Verarbeitung des traumatischen Ereignis und/oder seine Konsequenzen dazu führt, dass sich die Betroffenen permanent und gegenwärtig stark bedroht fühlen. Dieses Gefühl der Bedrohung ruft die übermäßige negative Wahrnehmung des Traumas und/oder seines Verlaufs sowie Merkmale des Traumagedächtnisses und seiner Verkettung zu anderen Erinnerungen hervor. Das Trauma für Personen mit PTB ist kein Zeitbegrenztes Ereignis, das nicht zwangsläufig globale negative Folgen auf ihr alltägliches Leben hat. Die daraus resultierenden Gefühle der Bedrohung können sich zweierlei entfalten; entweder external (Generalisation und Überschätzung der Gefahr) oder internal sein (Bedrohung der Selbstwahrnehmung als fähige Person). Allein auch Aspekte des eigenen Erlebens und Verhaltens während des Traumas sowie des Traumaverlaufs (erste Symptome, Reaktion anderer, körperliche, finanzielle, berufliche Konsequenzen des Traumas, traumabezogenen Emotionen wie Wut, Ärger, Scham) werden negativ aufgefasst. Der Kampf zwischen der Machtlosigkeit der Menschen mit PTB, das Trauma bewusst abzurufen, und die ständigen unerwünschten Intrusionen wird in dem Modell durch die Eigenart des Traumagedächtnisses erklärt (vgl. Nyberg E., 2005). Die schwache Elaboration und Einbettung ins autobiografische Gedächtnis hat zur Folge, dass der semantische Abrufweg im Gedächtnis relativ schwach ist. Die Erinnerung hat keinen zeitlichen Kontext und wird nicht mit späteren Korrektiven Informationen verbunden (zit. nach J. Müller, 2003, S. 18).

## Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung

---

Intrusionen werden durch häufig nicht bewusste assoziative Gedächtnisverbindungen sowie einer gesenkten Wahrnehmungsschwelle für Traumassoziierte Reize (Priming), die mit einer schlechten Reizunterscheidung in Zusammenhang steht, ausgelöst. Obendrein kommt die Neigung der Personen mit PTB, selektiv negative Informationen des Traumas zu erinnern. Diese Personen versuchen anhand verschiedener kognitiven Taktiken und Strategien wie Gedankenunterdrückung, Kontroll- und Sicherheitsstrategien, selektive Aufmerksamkeit auf Gefahrenreize oder Vermeidungsverhalten, das Gefühl der gegenwärtigen Bedrohung in den Griff zu bekommen. Auf lange Sicht sind diese Strategien jedoch kontraproduktiv: Einesteils erzeugen sie selbst PTB-Symptome. Andererseits wirken sie dem Wandel der negativen Interpretationen des Traumas und/oder seiner Folgen sowie der Verarbeitung des Traumagedächtnisses entgegen (vgl. J. Müller, 2003, S. 18-19).

Das Modell wurde in einer Serie von Studien bestätigt. Wie Müller in ihre Arbeit zitiert, das negative Interpretationen und Überzeugungen bezüglich der traumatischen Erfahrungen von großer Bedeutung für die Traumabewältigung zu sein scheinen (Wenninger & Ehlers, 1998, zit. nach Müller, 2003, S. 19). Die Bedeutung verschiedener Merkmale des Traumagedächtnisses auf die PTB-Symptomatik wurde ebenso bestätigt. Sowohl die PTB-Symptome als auch die kognitive behaviorale Vermeidung ließen sich aufgrund einer Studie mit Frauen, die überfallen worden waren, durch eine negative Interpretation der PTB-Symptome, speziell der Intrusionen, vorhersagen (Dunmore, Clark & Ehlers, 2001, zit. J. Müller, 2003, S.19). Als weitere PTB - Prädiktoren zeigten sich in verschiedenen Studien die Gedankenunterdrückung, das Grübeln und die gedanklichen Ablenkungsstrategien sowie die Vermeidung traumaassoziierter Reize (z.B. Dunmore et al., 2001; Ehlers, Mayou & Bryant, 1998; Mayou, Ehlers & Bryant, 2002; Steil & Ehlers, 2000, zit. J. Müller, 2003, S.19).

Die unten vorgestellten Tabellen schildern am besten dieses Modell.

## Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Bereiche	Negative Interpretationen
<b>TRAUMATISCHES ERLEBNIS</b>	
Eintreten des traumatischen Ereignisses	-Ich bin nirgends sicher - Das nächste Unglück wird bald eintreten
Das Trauma passierte mir	-Ich ziehe Unglück an - Andere sehen mir an, dass ich ein leichtes Opfer bin
Eigenes Verhalten/ Emotionen während des Traumas	-Ich verdiene es, dass mir schlimme Dinge passieren -Ich breche bei Stress zusammen
<b>ANFÄNGLICHE PTSD-SYMPTOME</b>	
Reizbarkeit, Wutausbrüche	- Ich habe mich als Person zum Schlechten verändert Meine - Ehe wird in die Brüche gehen Ich kann mir nicht trauen, - wenn ich mit meinen eigenen Kindern zusammen bin
Emotionale Taubheit	- Ich bin innerlich tot Ich werde mich anderen nie wieder nahe - fühlen
Intrusives Wiedererleben, Alpträume	- Ich werde verrückt Ich komme nie darüber hinweg
Konzentrationsprobleme	- Mein Hirn hat einen Schaden abbekommen Ich werde meine - Stelle verlieren
<b>REAKTIONEN ANDERER MENSCHEN</b>	
Positive Reaktionen	- Sie denken, ich bin zu schwach, um selbst damit - klarzukommen Ich kann mich niemandem nahe fühlen
Negative Reaktionen	- Niemand ist für mich da Ich kann mich auf niemanden - verlassen
<b>ANDERE KONSEQUENZEN DES TRAUMAS</b>	
Körperliche Folgen	- Mein Körper ist ruiniert -Ich werde nie mehr ein normales Leben führen können
Verlust der Arbeit, finanzielle Einbußen	-Ich werde meine Kinder verlieren - Bald bin ich obdachlos

**Tabelle A: Beispiele für negative Interpretationen, die zur Wahrnehmung einer gegenwärtigen Bedrohung bei Patienten mit PTSD führen (nach Ehlers 1999).**

## Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Interpretationen	Dysfunktionale Verhaltensweisen/ kognitive Strategien
<p>Wenn ich an das Trauma denke, ... werde ich verrückt</p> <p>... breche ich zusammen</p> <p>... werde ich jemandem etwas antun ... kriege ich einen Herzinfarkt</p>	<p>Mit aller Gewalt versuchen, nicht an das Trauma zu denken; mich ständig mit anderem beschäftigt halten; meine Gefühle unter Kontrolle halten; Alkohol/Medikamente/Drogen einnehmen</p>
<p>Wenn ich meine Gefühle nicht kontrolliere, ... kann ich nicht arbeiten und verliere meine Stelle ... werde ich die Beherrschung verlieren und Leute anbrüllen</p>	<p>Gefühle betäuben; alles vermeiden, was negative oder positive Gefühle auslösen könnte; Alkohol/Medikamente einnehmen</p>
<p>Wenn ich nicht darüber nachgrübele, wie ich das Trauma hätte verhindern können, ... wird mir wieder so etwas passieren</p>	<p>Grübeln, wie das Trauma hätte verhindert werden können</p>
<p>Wenn ich nicht einen Weg finde, den Täter zu bestrafen, ... hat er gewonnen und ich bin kein richtiger Mann mehr</p>	<p>Nachgrübeln, wie ich mich rächen kann</p>
<p>Wenn ich den Ort des Geschehens aufsuche, wenn ich die gleiche Kleidung trage, ... habe ich wieder einen Unfall ... kriege ich einen Nervenzusammenbruch</p>	<p>Ort des Geschehens vermeiden; ähnliche Kleidung vermeiden</p>
<p>Wenn ich nicht spezielle Vorsichtsmaßnahmen treffe, ... werde ich wieder zusammengeschlagen</p>	<p>Waffe mitnehmen; auf der Hut vor gefährlichen Leuten sein; Menschenansammlungen vermeiden; immer nahe beim Ausgang bleiben</p>
<p>Wenn ich nicht ständig alles unter Kontrolle habe, ... wird mir wieder jemand etwas antun</p>	<p>Genau aufpassen, ob jemand aggressiv aussieht; immer bereit sein, sofort die Flucht zu ergreifen</p>
<p>Wenn ich den Rückspiegel nicht ständig überprüfe, ... wird wieder jemand auf mich drauf fahren</p>	<p>Rückspiegel ständig im Auge behalten</p>
<p>Wenn ich Pläne schmiede (z.B. für einen Urlaub), ... passiert das nächste Unglück</p>	<p>Keine Pläne machen, nichts Schönes vornehmen</p>
<p>Wenn ich meine Freunde besuche/anrufe, ... werden sie mir Fragen zum Trauma stellen und denken, dass ich ein Schwächling bin, weil ich immer noch nicht darüber hinweg bin</p>	<p>Kontakte zu Freunden vermeiden/abbrechen</p>
<p>Wenn ich Dinge tue, die mir früher Spaß brachten, ... werde ich bestraft, und es passiert etwas ... merke ich, was für ein Wrack ich jetzt bin, und werde das nicht aushalten</p>	<p>Früher bedeutsame Aktivitäten aufgeben</p>
<p>Wenn ich mein Gesicht zeige, ... werden Leute von meinen Narben angewidert sein</p>	<p>Anderen Menschen aus dem Weg gehen; Gesicht mit Händen bedecken; starkes Make-up; nach unten sehen</p>
<p>Wenn ich zeitig schlafen gehe, ... kriege ich wieder Alpträume ... werde ich Einbrecher nicht bemerken</p>	<p>Bis spät in die Nacht wach bleiben</p>

Wenn ich mehr Stress habe, ... kriege ich einen Herzinfarkt ... kriege ich einen Nervenzusammenbruch	Alles vermeiden, was belastend sein könnte; nicht zur Arbeit gehen; mich von der Familie zurückziehen
--	---

**Tabelle B: Beispiele für den Zusammenhang zwischen Interpretationen und dysfunktionalen Verhaltensweisen/ kognitiven Strategien, die die PTSD aufrechterhalten I (nach Ehlers 1999).**

#### 4.4 Behaviorale Modelle

In ersten behavioralen Modellen wurden Mowrers (1947) Zwei-Faktoren-Theorie (Keane, Fairbank, Cadell, Zimering & Bender, 1985; Kilpatrick, Veronen & Best, 1985) sowie die Theorien zur erlernten Hilflosigkeit und zum Attributionsstil (Alloy, Abramson, Metalsky & Hartlage, 1988; Seligman, 1975; Flannery & Harvey, 1991; Peterson & Seligman, 1983) auf die PTB übertragen. Dieses Modell erklärt leider nur teilweise die PTSD- Symptomatik (vgl. Butollo 1998, S. 96).

Zum Beispiel ist die Zwei-Faktoren-Theorie: die Entstehung von Angst und Vermeidung mit klassischer und instrumenteller Konditionierung, Konditionierung höherer Ordnung und Stimulusgeneralisation erklärt, zwar in der Lage, die PTB-Symptome gut zu erklären, die eindeutig eine Angstreaktion darstellen, besitzen aber für die Ätiologie der intrusiven Symptomatik keinen Erklärungswert. Im Gegensatz dazu werden durch die Modelle zur erlernten Hilflosigkeit und zum Attributionsstil zwar der Depression ähnliche, nicht jedoch die anderen PTB-Symptome erklärt.

#### 4.5 Psychobiologische Modelle der Posttraumatischen Belastungsstörung

Es gibt eine Menge von psychophysiologischen, neurohormonellen, neuroanatomischen und immunologischen Reaktionen, mit denen der Organismus versucht, einer Traumatisierung zu begegnen. Im Rahmen von so genannten "Stressreaktionen" werden z.B. Katecholamine, Serotonin und endogene Opioide freigesetzt, und es kommt zu einer Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. Diese "normalen" Reaktionen, die der Stressbewältigung dienen, können aber erheblich gestört und in der Folge "dysfunktional" werden, wenn das Trauma zu heftig ist oder zu lange andauert. So führt eine "adrenerge Dysfunktion" zu dem bei PTSD typischem "Hyperarousal". Eine "serotonerge Dysfunktion" zeigt sich symptomatisch in einer erhöhten Schreckhaftigkeit und Hypersensibilität auf banale Reize. Die körpereigene Opioid-Ausschüttung im Rahmen der Stressreaktion führt anfänglich dazu, dass das Trauma weniger Panik auslöst, sondern eher eine Erstarrung und ein

## Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung

---

Betäubungsgefühl. Sind körperliche Verletzungen aufgetreten, werden die Schmerzen unter der Opioidwirkung weniger oder gar nicht verspürt. Im Falle eines posttraumatischen Syndroms kann aber auch diese ursprünglich "sinnvolle" Stressreaktion in eine "Dysfunktion" übergehen, wenn nämlich die Betäubung und Erstarrung anhalten, zu einer dauerhaften "Dissoziation", also einer Trennung zwischen Gefühlen und Bewusstsein führen und die Verarbeitung des Traumas erschweren. In der Stressreaktion kommt es auch zu einer Aktivierung der Hypothalamus- Hypophysen- NNR- Achse und einem damit verbundenen Kortisolausstoß, der offenbar dazu dient, der Stressreaktion selber und ihren negativen Folgen neutralisierend entgegenzuwirken. Kortisol besitzt, indem es zeitgleich mit den Stresshormonen ausgeschüttet wird, eine protektive Wirkung auf den Organismus! Wenn sich aus dem Trauma eine PTSD entwickelt, dann geht das offensichtlich mit der Ausbildung einer Vermehrung und einer Hypersensitivität (Überempfindlichkeit) der hypophysären Glukokortikoidrezeptoren auf Kortisol einher (Man spricht von einer "progressiven Sensitivierung" der Hypothalamus-Hypophysen-NNR-Achse). Einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Chronifizierung von Traumatisierungen im Sinne der Ausbildung einer PTSD stellen die Konzepte zum "Kindling"-Prozess und zur "Sensitivierung" dar. Es gibt Erkenntnisse, dass das dopaminerge mesokortikolimbische System entscheidend bei der "Sensitivierung" neuronaler Strukturen nach Einwirkung geeigneter Stressoren beteiligt ist und eine Art Lern- und Erinnerungsprozess auf neuronaler Ebene initiiert. Noradrenerge und serotonerge Systeme modulieren offenbar den Ausprägungsgrad dieser Sensitivierung. Unter "Kindling", dem entscheidenden Prozess beim Übergang eines Traumas in eine PTSD, versteht man die "Festschreibung" einer allgemeinen Hyperreagibilität auf Reize im Sinne des genannten neuronalen Lernprozesses. Dabei handelt es sich möglicherweise um eine völlige permanente Umstrukturierung in den Amygdala und in der Hippocampus-Region im Gehirn. Einen weiteren Beitrag zum neurobiologischen Verständnis der PTSD leisten Techniken wie das Neuroimaging oder PET Studien, auf die an dieser Stelle aber nicht weiter eingegangen werden kann. Aufgrund dieser Untersuchungen gibt es derzeit bereits recht anschauliche Modellvorstellungen über die Informationsverarbeitung im Gehirn. Besonders beteiligt sind dabei der Thalamus (erste Integration von Afferenzen), die Amygdala (weitere emotionale Bewertung) und der Hippocampus (Integration auf hohem Niveau, insbesondere auch Abgleich der Afferenzen mit bereits bekannten Informationen) (zit. nach Engels F., 2002).

### 5 Therapie

Die PTBS als komplexe Erkrankung erfordert einen komplexen Behandlungsansatz. Dies ist einerseits in der Vielschichtigkeit der Symptomatik auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene begründet, andererseits ergeben sich durch Art, Schwere, Alter und sozialen Kontext individuelle Besonderheiten. Aktuell werden vielfältige Therapiemethoden in der Behandlung eingesetzt und erprobt.

Die psychotherapeutische Behandlung der posttraumatischen Belastungsreaktion erfolgt nach traumaspezifischen Stabilisierungsmaßnahmen (z.B. Erlernen von Distanzierungstechniken). Speziell dazu geeignete Verfahren sind:

#### 5.1 Kognitiv- Behaviorale Verfahren

Verhaltensorientierte Lernprogramme haben zum Ziel, kombiniert mit optimaler Informationsvermittlung einen autonomeren Umgang mit traumainduzierten Veränderungen zu unterstützen und die Entscheidungs- bzw. Handlungskompetenz der Betroffenen zu erhöhen. Sie integrieren auf lerntheoretischer Grundlage verschiedene therapeutische Vorgehensweisen mit dem Schwerpunkt einer Behandlung von vermeidenden und angstbetonten Verhaltensmustern (vgl. Nyberg E., 2005).

Die verschiedenen Desensibilisierungstechniken sollen über eine gestufte oder überflutende (Flooding) Reizkonfrontation (in vivo oder in sensu) die psychische und körperliche Adaption an das traumatische Erleben und Wiedererleben zu ermöglichen. Wenn unangemessenes Vermeidungsverhalten besteht und die Behandlung auf Aktivierung und Modifikationen der Angststrukturen abzielt, werden Desensibilisierungstechniken mit dem Ziel der Habituation angewandt. Wenn die Angst das alltägliche Leben beherrscht, ist die Indikation für Verfahren zur Angstbewältigung gegeben. Dazu zählen Entspannungstechniken, Stressimpfungstraining, kognitive Umstrukturierung, Atem- und Hyperventilationstraining, Ablenkungstechniken sowie Gedankenstopp (vgl. z.B. Foa & Rothbaum 1998, Ehlers 1999).

Beim Angstmanagement steht weniger die Konfrontation als die Vermittlung von Fertigkeiten in der Kontrolle von Angst im Vordergrund. Beim Stressimpfungstraining werden progressive Muskelentspannung, Atemkontrolle, Rollenspiel, verdecktes Modelllernen, Gedankenstopp und angeleiteter Selbstdialog in die Therapie integriert.

## **Therapie**

---

Bei Expositionsverfahren sind folgende klinische Kontraindikationen zu beachten: Es sollten keine aktuellen intrusiven Symptome vorliegen, keine Suchtproblematik, keine gleichzeitige Opfer- und Täterrolle, keine aktuelle Lebenskrise, insbesondere Suizidalität, keine erfolglose frühere Konfrontationsbehandlung, Noncompliance oder massive dissoziative Symptome.

Kognitive Techniken arbeiten mit dem Ziel einer neuen Bewertung von traumabhängigen dysfunktionalen Konditionen an der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Die Koppelung mit Entspannungstechniken scheint sinnvoll (vgl. Butollo W., 2003, S. 149).

Behaviorale und kognitive Therapie mit Verwendung diverser Techniken wie (nach Kapfhammer 2000):

### **Angstmanagement**

- **Stressimpfungstraining**
- **Entspannungstraining**
- **Kognitive Umstrukturierung**
- **Biofeedback**

### **Augenbewegungsdesensibilisierung (EMDR)**

### **Psychopharmakologische Ansätze**

#### **5.1.1 Angstmanagementtraining (AMT)**

Ein Grundproblem bei posttraumatischen Störungen ist die durchdringende und quälende Angst, die die täglichen Abläufe beeinträchtigt. Das Angstmanagementtraining bietet ein Repertoire an Strategien an, mit denen die Angst bekämpft wird. Zu diesen Techniken gehören u.a.

- Entspannungstraining
- Stressimpfungstraining
- Kognitive Umstrukturierung
- Biofeedback

### 5.1.2 Entspannungstraining

Nach Jacobson (1938) sind neuromuskuläre Vorgänge notwendige Bestandteil des Denkens und Fühlens, demnach muss ihre Veränderung auch Veränderungen der emotionalen und kognitiven Prozesse nach sich ziehen. Er beobachtete, dass Muskelentspannung bei Beseitigung auch der Restspannungen, dazu führt, dass u.a. die Atmung regelmäßig wird, sich die Pulsrate verringert, der Patellarsehnenreflex abnimmt, oder gar verschwindet, ebenso Schluck- und Dehnungsreflexe verzögert sind, alle Bereiche des Ösophagus entspannen, mentale und emotionale Aktivität minimiert wird, für kurze Intervalle völlig verschwindet, das Individuum völlig ruhig und bewegungslos liegt, ohne Zeichen von Steifheit, ohne Muskelzuckungen, mit bewegungs- und tonuslosen Augenlidern. Diese Veränderungen gehen einher mit einem Zustand angenehmen und ruhigen psychischen Wohlbefindens (vgl. Doubrawa R., 2006).

### 5.1.3 Stressimpfungstraining

Das Stressimpfungstraining von Meichenbaum (1994; vgl. Butollo S.149) wurde für Vergewaltigungsoffer mit chronischen Störungen von Kilpatrick et al. (Veronen & Resick, 1982; vgl. Butollo, S. 155) weiterentwickelt. Das Therapieprogramm umfasst 20 Stunden mit Hausaufgaben. Es setzt sich aus einer Lernphase und einer Bewältigungsphase zusammen.

In der 2 stündigen *Lernphase* zu Beginn der Behandlung wird das Therapieprogramm mit seiner theoretischen Basis erläutert.

Die Bewältigungsphase, die 2. Phase des Stressimpfungstrainings, stellt den eigentlichen Kern des Verfahrens dar. Es konzentriert sich auf den Erwerb und die Anwendung von Bewältigungsfähigkeiten. Diese schließen folgende Maßnahmen ein:

- Tiefe Muskelentspannung
- Atemkontrolle
- Rollenspiele
- Verdecktes Modellernen
- Gedankenstop
- Selbstverbalisationen

### **5.1.4 Biofeedback**

Das Biofeedback ist eine andere Technik der Angstbewältigung. Es beinhaltet die Rückmeldung von Körpersignalen, die Erregung ausdrücken, um den Patienten einen besseren Erregungsabbau bzw. Entspannung (gerade auch im körperlichen Bereich) zu ermöglichen (vgl. Jacobs, S., 2004).

### **5.2 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) mit Kindern und Jugendlichen**

EMDR ist auch in der Anwendung bei Kindern und Jugendlichen ein Evidenzbasiertes Verfahren für Traumafolgestörungen. Aufgrund seiner großen Effektivität und Behandlungsökonomie spielt es eine wichtige Rolle im Aufbau einer Versorgungsstruktur für psychisch traumatisierte Kinder und Jugendliche (zit. nach Hensel Th., 2006).

Diese Methode basiert auf der Erfahrung, dass belastende (traumatische) Erinnerungen mit Unterstützung von sakkadischen Augenbewegungen (oder Seiten- alternierenden akustischen oder taktilen Reizen) einem entlastenden Veränderungsprozess unterliegen (zit. nach Bosse A., 2006).

Mit EMDR wird eine Reihe von psychodynamischen, imaginativen und kognitiv-behavioralen Behandlungselementen verbunden. Die Strategie des EMDR ist, sich eine Szene des ursprünglichen Traumas bildlich vorzustellen. Dies wird begleitet von sakkadischen Augenbewegungen, die durch eine schnelle Fingerbewegung des Therapeuten oder eine sich bewegende Leuchtdiode ausgelöst wird. Patienten und Therapeuten fokussieren auf die aktivierten traumabezogenen Konditionen. Die Sequenz wird solange beibehalten, bis die Angst deutlich abnimmt. Dann wird der Patient motiviert, einen positiven Gedanken mit der Traumaszene zu verknüpfen, während die sakkadischen Augenbewegungen immer noch erfolgen (vgl. Rost C. & Hofmann A., 2005, Shapiro, F., 1989).

### 5.3 Psychopharmakologische Ansätze.

Zum Einsatz kommen:

- Trizyklische Antidepressiva, v.a. Amitriptylin
- SSRI (Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) mit guter Wirksamkeit gegen die Gefühlsbetäubung und die Übererregbarkeit
- MAO-Hemmer
- Benzodiazepine
- Mood stabilizer, v.a. Lithium mit positiver Wirkung auf die affektive Labilität und die Übererregtheit
- Noradrenerg wirkende Substanzen (Propranolol oder Clonidin) mit positiver Wirkung auf die Intrusionen und die Übererregbarkeit
- Opioidantagonisten (Naltrexon) mit positiver Wirkung auf die Dissoziation, die Flashbacks und die Gefühlsbetäubung
- Neuroleptika, die ausser bei einer psychotischen Episode wegen fehlendem Wirksamkeitsnachweis bei PTSD und erheblichem Nebenwirkungsrisiko nicht empfohlen werden können

### 5.4 Psychodynamische Psychotherapie

Mit Ausnahme von Milrod et al., 1997 liegen keine für Angststörungen spezifischen Therapiemanuale vor.

Es zeichnet sich gegenwärtig, auch für die psychodynamischen Therapieverfahren, zunehmend die Tendenz ab, bei allen Angststörungen, bei denen das Vermeidungsverhalten eine essenzielle Rolle spielt, dieses möglichst frühzeitig und aktiv anzugehen (vgl. Hoffmann et al. 1998, Bassler 2000, zit. nach Bassler, 2002).

Interessanterweise wies Freud schon 1919 darauf hin, dass man an die konfliktrelevanten Phantasien einer Phobie nur durch die aktiven Aufforderung der Patienten ausgelöst werden kann, sich aktiv der ängstigenden Situation oder dem Objekt zu stellen - um dann über seine dabei von ihm wahrgenommenen Gefühle und Phantasien in der Analysestunde zu sprechen (vgl. Bassler M., 2002).

## Therapie

---

Freud hatte mit seiner damaligen Empfehlung sicher nicht im Sinn gehabt, den Patienten aktiv aufzufordern, solange in der ängstigenden Situation zu verbleiben, bis die Angst deutlich nachlässt, was als therapeutisch wirksames Prinzip erst sehr viel später entdeckt wurde (zit. nach Bassler M., 2002).

Eine gründliche Diagnostik, die in Ergänzung zu den erklärtermaßen nur deskriptiven Diagnoseschemata von ICD-10 oder DSM-IV auch konflikt- und beziehungs-dynamische Aspekte enthalten sollte, ist durchzuführen ehe man eine spezifischere Indikation für eines der psychodynamischen Therapiemethoden stellt. Außerdem spielt die Beurteilung der Ich-strukturellen Ressourcen des Patienten eine signifikante Rolle. Im deutschsprachigen Raum ist augenblicklich die "operationalisierte psychodynamische Diagnostik" ein viel versprechender Mittel, der diese ergänzenden psychodynamischen Aspekte in der Diagnosestellung mit einbezieht ((Hoffmann et al. (1998)). Wie sich in der klinischen Praxis zeigt, leiden Angstpatienten nicht nur an Angststörungen, sondern es treten weitere relevante psychische Störungen auf, vor allem depressive Begleitreaktionen und Persönlichkeitsstörungen im engeren Sinn. Es muss also immer untersucht werden, welche psychische Störung primär zu behandeln ist (vgl. Bassler M., 2002).

Viele Autoren, die über ihre Erfahrungen in der psychodynamischen Therapie von Angststörungen publiziert haben, sind der Meinung, dass die Förderung der Ressourcen zur Angstbewältigung bei Ich-strukturell schwerer gestörten Patienten entscheidend ist. Eine frühe konfliktaufdeckende Technik ist bei diesen Patienten kontraindiziert, da dadurch deren Angst bis zur akuten psychischen Dekompensation verstärkt werden kann. Überwiegend wird empfohlen, bei dieser Patientengruppe, bei der häufig komplizierend eine Persönlichkeitsstörung besteht, eine längerfristige analytische Psychotherapie durchzuführen (mit insgesamt > 100 Stunden). Diese sollte üblicherweise in einem niederfrequenten Setting mit 1-2 Stunden im Sitzen wöchentlich durchgeführt werden, bei besonderer Eignung in Ausnahmefällen auch im Rahmen einer hochfrequenten Psychoanalyse (3-4 Stunden wöchentlich im Liegen) (vgl. Hoffmann et al. 1998, Bassler 2000, zit. nach Bassler, 2002).

Entscheidend ist hier, dass zunächst vorrangig die Persönlichkeitsstörung und weniger spezifisch die begleitende Angststörung behandelt wird, später kann sich dann dieses Verhältnis umkehren.

## **Therapie**

---

Die Gesamtdauer und Intensität der psychodynamischen Psychotherapie wird dabei vor allem vom Interesse des Patienten nach Selbstaufklärung abhängen.

### 6 Fragestellungen dieser Arbeit

Das Ziel der hier vorgestellten Untersuchung besteht in der Erfassung einiger Aspekte der psychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 25 Jahren als Teil einer Bevölkerung, die Krieg durchlebt hat. Dabei ist man davon ausgegangen, dass PTB einen starken Einfluss auf andere Sphären wie kognitive, emotionale, somatische und soziale hat. Man hat hier also die Frage gestellt, ob Patienten mit klinischen Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung eine signifikant vermehrte Ausprägung von psychischen Auffälligkeiten, die den Syndromskalen der „Young Self Report“ und „Young Adult Self Report“ entsprechen, aufweisen. Die psychischen Auffälligkeiten sind: „Sozialer Rückzug“, „körperliche Beschwerden“, „Ängstlich/ Depressiv“, „Soziale Probleme“, „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“, „Schizoid/Zwanghaft bzw. „Bizarres Verhalten“, „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“.

Überdies hat man sich gefragt, ob Geschlechtsunterschiede bei diesem Zusammenhang zwischen der PTB und den oben genannten Syndromskalen nachweisbar wären.

#### 6.1 Literaturübersichten zu empirischen Studien

##### 6.1.1 Geschlechtsunterschiede bezüglich der Prävalenz der PTB

Viele Studien belegen, dass Frauen eine höhere Prädisposition zeigen, eine PTSD Symptomatik nach einem belastenden Ereignis zu entwickeln.

Weiterhin scheint auch die Ausprägung der Komorbiditätsfaktoren bei Frauen auch deutlich erhöht zu sein. North et al. (1994) fanden bei 35 % Frauen, die in eine Massenschießerei verwickelt waren, im Gegensatz zu 25 % Männern, die einen Monat nach diesem Trauma eine PTSD entwickelt hatten eine „Major Depression“. Weitere Studien belegen, dass Frauen mehr somatoforme Beschwerden als Männer berichten (Brähler et al. 1999). Andere Studien wiederum belegen, dass Frauen auch ein doppeltes Risiko haben als Männer an einer chronischen PTSD zu leiden (Breslau u. Davis 1992, Kessler et al. 1995).

Als Gründe für die Unterschiede werden Unterschiede in der Neurobiologie, Stress-Hormonen, Typen des Traumas, Persönlichkeitsstrukturen und Gewöhnung an traumatische

## **Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen**

---

Ereignisse angegeben. Es gibt noch sehr wenige Studien, die sich mit dieser Thematik beschäftigen. Eine Theorie versucht, den Geschlechtsunterschied in der Ausprägung der PTSD Symptomatik dadurch zu erklären, dass Frauen eine größere Verwundbarkeit für die PTSD induzierenden Effekte einer traumatischen Erfahrung zeigen (Breslau et al. 1991). Teegen (2001) erklärt die größere Vulnerabilität dadurch, dass Frauen bedeutsam häufiger als Männer Situationen mit besonders hoher traumatisierender Wirkung erleben: sexuelle Viktimisierung in der Kindheit, traumatische Erfahrungen vor dem 15. Lebensjahr, Vergewaltigung, sexuelle Nötigung und Gewalt in Partnerschaften (Teegen 2001, zit. nach Schoberth, O. 2003).

### **6.1.2 Theoretische Belege für den Sozialen Rückzug und PTSD**

Um sich vor den Belastungen durch die Erinnerungssymptome zu schützen, versuchen die Betroffenen oft bewusst und unbewusst, Gedanken und Situationen, die sie an das Erlebte erinnern, zu verdrängen und zu vermeiden. Häufig ist ein genereller sozialer Rückzug zu beobachten. Überhaupt ist das Interesse an wichtigen Aktivitäten nach einem traumatischen Erlebnis häufig auffallend vermindert. Dinge, die vor dem Trauma noch für wichtig erachtet wurden, haben plötzlich für die Traumatisierten keine Bedeutung mehr. Die Fähigkeiten, Freude und Anteilnahme zu empfinden, sind häufig stark eingeschränkt. Die Gefühle sind abgestumpft. Häufig mangelt es an Energie und Ausdauer, Pläne für die Zukunft zu schmieden, die als überschattet erlebt wird (zit. nach Schützwohl M., 1997).

Vermeidungssymptome zugeschrieben die darin bestehen, dass eine Person mit PTSD Menschen und Situationen vermeiden, als Teil ihrer Bemühungen, die traumatischen Erinnerungen zu stoppen.

Klinisch kann man die Patienten mit einer PTSD je nach zusätzlicher Symptomatik in verschiedene Typen einteilen, die hier kurz aufgelistet werden (Alarcon 1997, Davidson u. Foa 1993, Zit. nach Schmid-Tannwal, 2006), (H -J Möller, G Laux, H -P Kapfhammer, S.1323, 2005):

## Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen

---

- **Depressiver Typ** (PTSD- Symptome + Selbstwertverlust, psychomotorische Hemmung, **sozialer Rückzug**, Antriebsverlust, Interesselosigkeit, Schuldgefühle ("Überlebensschuld"))
- **Dissozialer Typ** (Flashbacks, Pseudohalluzinationen, Fuguezustände, Depersonalisation/ Derealisation, dissoziative Identitätsstörung)
- **Somatoformer Typ** (Chronischer Schmerz, z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Fibromyalgie ohne somatische Erklärung, evt. zusätzlich vegetative Beschwerden und chronische Müdigkeit)
- **Psychoseähnlicher Typ** (meist kurze, in der Intensität stark wechselnde psychosenahe Verhaltens- und Verarbeitungsweisen, paranoide Reaktionen, Abulie, Ratlosigkeit, Regression)
- **Organomorpher Typ** (Erhebliche kognitive Defizite mit Verminderung von Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, Verwirrtheit)
- **Neuroseähnlicher Typ** (PTSD-Kernsymptomatik + Ängste, Panikattacken, Phobien oder Zwangssyndrome).

### 6.1.3 Theoretische Belege für „Körperliche Beschwerden“ und PTSD

In Studien von Kriegsveteranen wird berichtet, dass PTSD mit einer Anzahl von körperlichen Beschwerden assoziiert ist (Solomon u. Mikulincer 1987, Shalev et al. 1990, Lindy et al. 1992). Andere Studien bei Opfern von Katastrophen berichten davon, dass Patienten mit PTSD über mehr körperliche Probleme klagen als Patienten ohne PTSD (Bravo 1990, Escobar 1992, McFarlane 1994). Horowitz (1980) hat verschiedene physische Symptome bei Patienten mit PTSD nach Kriegstraumatisierungen beschrieben. Die häufigsten berichteten körperlichen Symptome waren: Kopfschmerz, Übelkeit und Muskelschmerzen.

## **Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen**

---

Studien von Resnick, Yehuda, Pitman, & Foy (1995) und McFarlane (1997) weisen darauf hin, dass die direkte endokrinologische Reaktion nach einem Trauma die Entwicklung einer psychischen Störung, z.B. einer PTSD modulieren kann. Es ist also denkbar, dass entweder die biologische Reaktion direkt nach dem traumatischen Ereignis oder die individuelle Disposition (genetisch oder erworben) eine bestimmte endokrine Reaktion zu zeigen, die zur Ausbildung einer PTSD prädisponieren kann. Die Heterogenität der endokrinologischen Befunde bei PTSD lassen vermuten, dass es nicht eine für alle PTSD -Patienten gültige Pathophysiologie gibt. Möglicherweise bestehen Subgruppen mit unterschiedlichen Mechanismen auf zentraler und peripherer Ebene der HHNA.

Auch Andreski et al. (1998) bestätigten in einer prospektiven Studie, dass die PTB das Risiko von Schmerzen, Konversionssymptomen und Somatisierung erhöht (aus Ehlers, 1999, S.11). Zudem wird berichtet, dass die PTB mit einem erhöhten Risiko für körperliche Krankheiten verbunden ist (Boscarino, 1997; aus Ehlers, 1999, S.10, zit. nach Latscha Knut, 2005).

Für uns ist nur die Untersuchung erhöhter Prävalenz körperlicher Beschwerden bei PTSD von Interesse. Im Rahmen unserer Studie haben wir, „körperliche Beschwerden“ mithilfe der gleichnamigen Syndromskala aus der YSR und YASR erhoben. Diese Syndromskala enthält 9 Items die mit folgenden Stichwörtern beschrieben werden können:

Schwindelig, Müde, Schmerzen, Kopfschmerz, Übelkeit, Augenprobleme, Hautprobleme, Bauchschmerzen, Erbrechen.

### **6.1.4 Theoretische Belege für „Ängstlich/Depressiv“ und PTSD**

Angst ist eine häufige und natürliche Antwort auf eine gefährliche Situation. Bei vielen Personen hält sie noch lange an, nachdem das traumatische Ereignis vorbei ist. Dies geschieht vor allem, wenn sich die Sicht der Welt und das Gefühl der Sicherheit geändert haben. Manche bekommen Angst, wenn sie sich an das Ereignis erinnern.

Aber manchmal kommt die Angst auch einfach. Auslöser oder Schlüsselreize, die Angst hervorrufen können, können Plätze, Tageszeiten, bestimmte Gerüche oder Geräusche oder

## Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen

---

einfach jede Situation die an das Trauma erinnert, sein. Zum Beispiel der Geruch von Feuer, oder Kindergeschrei, Autobahnen, spätabends, ....die Liste lässt sich endlos fortsetzen.

Eine Studie von G. Fobbe, S. Tagay und S. Gesenhues (2006, S. 56), untersuchte die Häufigkeit traumatischer Lebensereignisse und ihre Auswirkung auf die Lebensqualität der Betroffenen bei Patienten der hausärztlichen Versorgung. 383 Patienten hausärztlicher Praxen wurden mit dem untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass 82% der befragten Patienten gaben an, mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben. Bei 9,7% der hausärztlichen Patienten ergaben sich nach den Cut-Off- Werten des ETI Hinweise auf eine posttraumatische Störung. Die Patienten dieser Gruppe zeigten erhöhte Werte für Depressivität ( $p < 0,000$ ) und Ängstlichkeit ( $p < 0,000$ ).

McFarlane (2000) und Breslau, (2001 zit. nach Schweizer, 2003) haben ebenso herausgefunden, dass Major Depression und Substanzmissbrauch kommen als komorbide Zustände einer PTSD besonders häufig vor.

Depression ist ebenfalls eine sehr häufige Reaktion auf ein traumatisches Ereignis, das PTB häufig zu Folge hat. Diese Reaktion kann Gefühle der Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung beinhalten. Die Betroffenen weinen öfter, sie verlieren das Interesse an Personen und Aktivitäten, die ihnen einmal Spaß gemacht haben. Sie können das Gefühl haben, dass Pläne, die sie für die Zukunft gemacht hatten, keine Wichtigkeit mehr haben oder dass das Leben allgemein keinen Wert mehr hat. Diese Gefühle können dazu führen, dass manche wünschten, sie wären tot, oder etwas tun möchten um sich zu verletzen oder auch an Selbstmord denken.

Angststörungen können zusammen mit Depression auftreten. Die Komorbidität mit einer Depression ist neben der Schwere und Dauer der Symptome ein wichtiger Prädiktor für die weitere Entwicklung einer Angststörung (Angst und Vollrath, 1991).

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) unterscheidet sich von den anderen Angststörungen darin, dass ein traumatisches Erlebnis für den Ausbruch der Störung erforderlich ist, wobei aber nicht alle Menschen nach einem traumatischen Erlebnis eine PTSD entwickeln (vgl. McFarlane, 2000; Breslau, 2001).

### 6.1.5 Theoretische Belege für „Soziale Probleme“ und PTSD

Traumatisierte mit PTSD erfahren häufig Probleme in ihrem intim- und Familien-Verhältnisse oder nahe Freundschaften. PTSD bezieht Symptome mit ein, die Vertrauen, emotionale Nähe, Kommunikation, Selbstsicherheit und das effektive Lösen von Problemen behindern. Überlebende können einen Verlust des Interesses an der sozialen oder sexuellen Sphäre erfahren, sie können von anderen entfernt fühlen, und emotional taub sein. Partner, Freunde oder Familienmitglieder fühlen sich betroffen, entfremdet, oder entmutigt, weil der überlebende nicht in der Lage gewesen ist, die Reaktionen des Traumas zu überwinden.

Die Reizbarkeit, Leichtauftretende Erschrockenheit und andauernde Besorgnis kann bei überlebenden dazu führen, dass sie nicht mehr imstande sind sich in eigener Gesellschaft zu entspannen sind.

Die immer wiederkehrende Erinnerungen vom Trauma, die Flash Backs und der Kampf gegen Angst- oder Wutgefühle behindern die Fähigkeit eines überlebenden sich zu konzentrieren, gut zuzuhören und gemeinsame Entscheidungen zu treffen. Infolgedessen bleiben Probleme häufig für eine lange Zeit ungelöst. Dialog und Teamwork sind dadurch unmöglich (Matsakis. A., 1996, Mason. P., 1990).

Walker (1981) fand 1981 heraus, dass die Schwierigkeiten, die Vietnam-Veteranen in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen haben, weniger auf ihre Kriegserlebnisse als auf ihre Entfremdung von einem Land, das vom Krieg desillusioniert wurde und sie nicht länger als vollwertige Mitglieder ihrer Gesellschaft akzeptierte, attribuiert wurden. Erikson (1976) meint, dass viele soziale Probleme der Überlebenden genauso eine Reaktion auf den Schock, von einer bedeutungsvollen Gemeinschaft getrennt zu werden ist, wie die Katastrophe selbst.

Da traumatisierte Menschen sich ihrer Schwierigkeiten bewusst sind, ihre Emotionen unter Kontrolle zu halten, scheinen sie ihre Energien eher darauf zu verwenden, quälenden inneren Empfindungen aus dem Weg zu gehen, als auf die Anforderungen ihrer Umwelt einzugehen. Hinzukommt, dass sie den Gefallen an Dingen verlieren, die ihnen früher ein Gefühl von Befriedigung verschafften, und sie können sich fühlen, als ob sie "der Welt abhanden gekommen" wären. Dieses emotionale Betäubtsein kann sich als Depression, als Lustlosigkeit und Antriebsschwäche in psychosomatischen Reaktionen und dissoziativen Zuständen äußern. Im Gegensatz zu den auffälligen PTSD- Symptomen, die als Reaktion auf äußere Reize zu beobachten sind, gehört das Betäubtsein zum Grundverhalten dieser Patienten. Unter

## **Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen**

---

Schulkindern, die von einem Heckenschützen angegriffen worden waren, und unter Opfern physischer Misshandlung und sexuellem Missbrauch waren derartige Betäubungsmechanismen zu beobachten. Diese Kinder sind weniger an spielerischer sozialer Interaktion beteiligt, ziehen sich häufig zurück und werden isoliert (Bessel A. van der Kolk, 1995).

### **6.1.6 Theoretische Belege für „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“ und PTSD**

Zwang ist ein unwiderstehlicher Drang, eine irrationale Handlung oder einen Gedanken immer von neuem zu wiederholen. Z.B. kann es sein, dass jemand, der unter Waschzwang leidet, immer wieder seine Hände wäscht, obwohl sie schon seit langem sauber sind (vgl. Davison/ Neale, 1988, S. 805).

Bedrängende Erinnerungen an das Trauma, Schuld- und Schamgefühle wegen einer (vermeintlichen) persönlichen Schuld an dem Geschehenen, Wut über Verlassenwordensein sowie die veränderte biologische Stressreaktion wirken alle zusammen und führen zu einer komplexen Beeinträchtigung der Fähigkeit von Menschen, familiäre und berufliche Beziehungen zu ihrer Zufriedenheit zu gestalten. Die Mehrheit traumatisierter Menschen leidet: 1.) an dem anhaltenden Gefühl von Niedergeschlagenheit und Hilflosigkeit, 2.) an einer niedrigen Affekttoleranz, neigt zu Impulsivität und einem primär somatischen Erleben von Emotionen, 3.) an der zwanghaften Neigung, sich immer wieder in gefährliche Situationen zu begeben, 4.) an Hilflosigkeit und dem Verlust persönlicher Initiative mit der Folge, da sich die Abhängigkeit von der Gesellschaft und/oder der Familie verstärkt; außerdem 5.) kann der Mangel an Affekttoleranz dazu führen, dass traumatisierte Menschen sich von komplexen und differenzierten interpersonalen Beziehungen abwenden und sich stattdessen in exzessive Arbeit stürzen.

Für viele traumatisierte Menschen bleibt die Beschäftigung mit dem Trauma auf Kosten anderer Erfahrungen ein zentraler Bestandteil ihres Lebens. Das kann die sozial und psychisch nützliche Form des Beistands für andere Opfer annehmen. Andere Traumaopfer hingegen

## **Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen**

---

stehen unter dem Zwang, das Trauma in irgendeiner Weise für sich oder andere zu reproduzieren. Kriegsveteranen, die sich als Söldner anwerben lassen, Inzestopfer, die Prostituierte werden, kindliche Opfer von Misshandlung, die als Herangewachsene sich selbst verstümmeln. (Bessel A. van der Kolk, 1995).

Zahlreiche Theoriequellen betrachten Intrusion als ein bedeutendes Symptom der PTB. Als wichtiges Beispiel gilt DSM-IV, wo unter dem diagnostischen Kriterium „Wiedererleben des Traumatischen Ereignisses“ das Handeln oder Fühlen als ob das Ereignis wiederkehrt (Illusionen, Halluzinationen, Flash-Backs), als Merkmal aufgenommen wurde.

Die Ergebnisse von Huppen et al. (2005) stützen ebenfalls die These des Vorhandenseins eines Zusammenhangs zwischen Symptomen der obsessiv- kompulsiven Verhaltensstörung und der PTB, die durch Überlappung der Symptome und Depression erklärt werden könnte.

Grundsätzlich können alle Ereignisse ein Trauma auslösen, besonders dann, wenn es Spuren in unserem zentralen Nervensystem hinterlässt und es eine existenzbedrohende Wirkung hat. Wie wir feststellen konnten, kommt es bei einem Trauma zu einer ganz besonderen, physiologisch bedingten Stressreaktionskette. Sowohl die Informationsverarbeitung als auch die Regulierung des körperlichen Energieniveaus sind gestört. Das erhöhte und traumatisierte Energieniveau führt dazu, dass wir bestimmte Situationen zwanghaft wiederholen, um potentielle Gefahrensituationen zu meistern. Wiederholungen bringen uns aber nicht näher zur Lösung, sondern erhöhen lediglich den Stress. Kommen wir in die Nähe eines "traumatischen Wirbels", werden wir unweigerlich davon angezogen. So ist es zu erklären, dass auch eine "intensive" Körperbehandlung zur Überflutung von Emotionen und Bildern führen kann.

Das so genannte "psychodynamische Modell" geht auf die Erkenntnisse der Psychoanalyse und ihres Begründers S. Freud zurück. Freud definierte das "Trauma" (Jenseits des Lustprinzips, 1920) im Sinne eines überwältigenden Reizgeschehens, welches eine normale psychische Abwehr verunmöglicht. Das Gefühl völliger Hilflosigkeit dem traumatisierenden Ereignis gegenüber stellt für Freud den Kristallisationspunkt zur Ausbildung der weiteren Traumafolgen dar. Hilflosigkeit ist ein sehr schlecht aushaltbares Gefühl. Dies ist vermutlich der Grund, warum die Psyche nach einem überwältigenden Ereignis nicht einfach so zur Ruhe

## Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen

---

kommen kann. Stattdessen versucht sie einerseits die Wiederkehr der Erinnerung an das Trauma zu verhindern, um sich vor erneuten Traumatisierungen durch das Erinnern selbst zu schützen. Gleichzeitig gibt es aber auch wie eine Art Zwang, sich immer wieder mit dem Vorgefallenen zu beschäftigen, sich dem bedrohlichen Ereignis immer wieder zumindest gedanklich auszusetzen, um vielleicht doch im Nachhinein eine Verarbeitung zu erreichen und damit das Erlebnis der existentiellen Hilflosigkeit durch eine neue Sicherheit oder Gewissheit zu überwinden. Der traumatisierte Mensch pendelt daher zwischen zwei gegensätzlichen Zuständen: zwischen der "Leugnung" (Vermeidung, Dissoziation) des Geschehenen und einem "Zwang, sich immer wieder erinnern zu müssen" ("Intrusionen"). Nach psychoanalytischer Ansicht handelt es sich bei diesen gegensätzlichen Motivationen klassischerweise um einen "innerseelischen (=intrapyschischen) Konflikt". Von diesem Traumamodell abgeleitete, modernere psychodynamische Theorien, die neuere Erkenntnisse der Informationsverarbeitung berücksichtigen, gehen auf Horowitz (1986) zurück.

Schizoide Merkmale zeigt ein Mensch durch Distanziertheit in sozialen Beziehungen und eine eingeschränkte Bandbreite des Gefühlsausdrucks im zwischenmenschlichen Bereiche. Hier geht es nicht um eine schizoide Persönlichkeitsstörung, sondern nur Merkmale die mit der YSR Fragebogen gemessen werden können.

In einer Studie von Hyer, L., et al (1994), mit Kriegsveteranen wurde das Verhältnis von PTSD mit folgenden Störungsgruppen geschildert; schizoide, antisoziale und traumatische Persönlichkeit. Der schizoide Einfluss war meistens psychopathologisch.

In der therapeutischen Arbeit ist die Diagnose einer PTBS mit sehr viel Vorsicht zu stellen.

Deutlich bei folgenden Erscheinungen wird jemand mit PTB diagnostiziert oder nicht:

- Wenn der Klient während der Therapie sehr passive oder sehr labile Beziehungsgestaltung (nichts/alles stört) aufweist, oder
- wenn seine Charakterstruktur sehr sonderbar ausfällt, wie z.B. eine eigenartige Mischung aus „Vertrauenssensibel“ (Borderline), „Druck“ (masochistisch), „Schlauch“ (hysterisch) und „Existenzsucher“ (schizoid), (Peter A. Levine,1998).

### 6.1.7 Theoretische Belege für „Aufmerksamkeitsprobleme“ und PTSD

Everly und Horton (1989) theoretisierten, dass adrenergische Hyperaktivität in PTSD-Patienten, die Überempfindlichkeit der neuralen Stromkreise im limbischen System fördert die ihrerseits die Gedächtnisprozesse stört, die in den septo- hippocampal- Strukturen instanziiert sind.

In ihrer Studie mit Kriegsveteranen haben sie eine signifikant schlechtere Ausführung einiger Aufgaben, die Aufmerksamkeit erfordern, bei Probanden mit PTB ( $p = 0,04$ ) gefunden.

Nach Bessel A. van der Kolk (1995) stört die physiologische Übererregung die Fähigkeit, sich zu konzentrieren und aus Erfahrungen zu lernen. Neben Amnesien, die sich auf Aspekte des Traumas beziehen, haben traumatisierte Menschen auch Schwierigkeiten, sich an gewöhnliche Ereignisse zu erinnern. Durch traumabedingten Auslösereize leicht in einen Zustand der Übererregtheit versetzt und von Konzentrationsschwierigkeiten geplagt, können sie Symptome einer pathologisch verminderten Aufmerksamkeit entwickeln. Nach einer traumatischen Erfahrung verlieren viele von ihnen entwicklungsgemäße Fertigkeiten und regredieren auf frühere Formen der Stressbewältigung. Bei Kindern können bereits erlernte Fähigkeiten wieder verschwinden, etwa bei der Nahrungsaufnahme oder bei der Körperhygiene; bei Erwachsenen drückt es sich eher in übermäßiger Abhängigkeit und dem Verlust der Fähigkeit aus, überlegte und autonome Entscheidungen zu treffen (Van der Kolk, 1995).

Dauerhafte Traumatisierungen haben im Kindesalter Einfluss auf die Hirnentwicklung. "Das Gehirn strukturiert sich "traumatoplastisch", es automatisiert Überlebensreaktionen, wie z.B. schnelles Anfluten von Erregungen/Angst (Stressreaktionen mit Flucht- und Kampftendenzen) und Dissoziation (Abschalten, Wahrnehmungsveränderungen), auf die es später auch reflexartig zurückgreift, oft schon bei kleinen, alltäglichen Stress-Anlässen." (Besser 2003). So können Motivations- und Aufmerksamkeitsprobleme, Depressionen, ein Zwang des Kindes, das Umfeld übermäßig zu kontrollieren und dissoziative Mechanismen das Lernen negativ beeinflussen.

Dieses Resultat bestätige die Ansicht von Gil, Calev, Greenberg, Kugelmass und Lerer (1990), die auf der Grundlage verschiedener klinischen Studien und den vorläufigen Resultaten von Everly und Horton (1989), theoretisierten, dass es zu Aufmerksamkeits- und

## **Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen**

---

Gedächtnisdefizit bei Patienten mit PTB kommt und später ihre Vermutung anhand einer Studie mit PTB belasteten Kriegsveteranen bewiesen. Verglichen mit normalen Patienten waren Intelligenz, Organizität, Redefluss, Gedächtnis und Aufmerksamkeit bei PTB-Patienten erheblich schlechter. Ihre Leistung war mit derer von einer weiteren Kontrollgruppe bestehend aus klinisch-psychiatrischen Patienten vergleichbar. Diese kognitive Probleme waren nicht auf Alkoholprobleme, Substanzmißbrauch oder auf Kopfverletzung zurückzuführen. Diese Resultate führten zur Annahme, dass es sich eine kognitive Beeinträchtigung bei PTB-Patienten entwickelt.

Uddo, Vasterling, Brailey und Sutker (1993) untersuchten die Aufmerksamkeit, Gedächtnis und die Lernfähigkeit von Vietnam-Veteranen mit chronischem PTB und fanden dabei ebenso zahlreiche Hinweise auf Aufmerksamkeits- und Kurzgedächtnisbeeinträchtigungen.

### **6.1.8 Theoretische Belege für „Dissoziales Verhalten“ und PTSD**

Dissozialität ist ein weit gefasster Begriff. Unter Dissozialität versteht man im Allgemeinen Konflikte mit der sozialen Umwelt durch Missachtung der sozialen Regeln im Zusammenleben. Entsprechend wird es auch „antisoziales Verhalten“ genannt. Dissoziales Verhalten entwickelt sich meist in der Kindheit, schließt aber Gewaltverbrechen bzw. jegliche kriminelle Delikte aus. Beispiele für antisoziales Verhalten sind: ständiges Lügen, streiten, Schulschwänzen und Weglaufen. Ursachen für ein antisoziales Verhalten sind meistens multifaktoriell und implizieren biologische, psychologische und soziale Ursachen. Meistens entsteht Dissoziales Verhalten in der Kindheit, deshalb liegt oftmals der Grund für Dissoziales Verhalten im nächsten sozialen Umfeld des Kindes (zit. nach Meili F., 2002, vgl. Renschmidt, 1997).

Oft wird dieser Begriff als Antisoziales, Delinquentes oder Kriminelles Verhalten bezeichnet. Das entwicklungspsychologische Modell erläutert am besten den Zusammenhang zwischen traumatischen Ereignissen und Dissoziales Verhalten. Im Mittelpunkt dieses Modells stehen die Auswirkungen von frühen körperlichen und sexuellen Traumata bei gleichzeitiger relativer Schutzlosigkeit des Kindes auf die weitere psychische Entwicklung. Die bisherigen Erkenntnisse zeigen, dass früh traumatisierte Heranwachsende oft schwerwiegende Defizite in der Fähigkeit zur Steuerung intensiver Affekte und sexueller, bindender oder

## **Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen**

---

aggressiver Impulse aufweisen und auch in ihrer Bindungsfähigkeit erheblich gestört sind. Stattdessen herrschen sehr extreme Bindungsmodi vor, z.B. extrem abhängige Beziehungsmuster oder völlige soziale Isolierung oder auch nur desorganisierte Bindungsstile. Folgen früher Traumatisierungen sind häufig auch Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, dissoziales Verhalten, sowie eine tief greifende Hoffnungslosigkeit und Mangel an Unvertrauen (zit. nach Engels F., 2002).

Je früher die Kinder mit traumatische Ereignisse sich begegnen, umso tief greifender sind in der Regel die Folgen, weil zur Bewältigung von Traumaerlebnissen die Stabilität und Differenziertheit der Persönlichkeitsstruktur und der Affekte, Selbstvertrauens und Vertrauen in eine konstante Umwelt notwendig sind, die erst im Laufe des Heranwachsens als Folge einer stabilen und positiv erlebten Bindung an die Eltern erworben werden können.

Anders als Mädchen, die als Traumafolgen viel häufiger "nach innen" gerichtete Störungs- und Krankheitsbilder entwickeln, reagieren Jungen auf Traumatisierung mit Symptomen, die nicht selten Distanz schaffen: in den Familien, in der Schule, auf der Straße, in sozialen Bezügen. Sie wirken aggressiv, verwahrlost, sind häufig Schulverweigerer und in Straftaten verwickelt Huck, W. (2002).

Zahlreiche Studien lassen einen Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen im Kindesalter – insbesondere physischem und sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung – und späterem kriminellen Verhalten erkennen. (Weeks und Widom, 1998, zit. nach Schweitzer, 2003).

Steiner et al. (1997) ermittelten eine erhöhte Prävalenz der PTSD (32%) bei delinquenten Jugendlichen.

Einen empirischen Beleg für einen Zusammenhang zwischen früher Traumatisierung und delinquentem Verhalten liefert eine Arbeit von Dulz und Jensen (1997), die davon ausgehen, dass Delinquenz auf einer innerpsychischen Dynamik basiert, die Folge realtraumatischer Erfahrungen wie Missbrauch, Misshandlung und schwere Vernachlässigung ist.

Viele Studien wurden mit den Kriegsveteranen gemacht, und einen Zusammenhang zwischen den beiden Auffälligkeiten feststellten (Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Fairbank, J. A., & Hough, R. L. 1992, zit. nach Schweitzer, 2003).

Bei der Studie von O'Brien, (1998) wurde hingegen der Zusammenhang zwischen PTSD und dissozialem Verhalten im Jugendalter nicht bestätigt, es bestand aber ein Zusammenhang mit Kampfhandlungen und antisozialem Verhalten nach dem Trauma im Erwachsenenalter.

### 6.1.9 Theoretische Belege für „Aggressives Verhalten,, und PTSD

Aggression ist der Begriff der instrumentellen, ziel gerichtet eingesetzten Aggression (z.B. bei antisozialen Persönlichkeitsstörungen) wird einer spontanen, impulsiven bzw. emotional induzierten Aggression gegenüber gestellt (Steinert, 1995, Breakwell, 1998).

Die hier gemessenen Merkmale der Aggressivität repräsentieren nicht eine Persönlichkeitsstörung, sondern Auffälligkeiten im Kinder -und Jugendalter.

Personen, die unter posttraumatischen Stress leiden, sind von Phänomenen wie Reizbarkeit, Wut, aggressives Verhalten betroffen, die auf eine erhöhte Erregung (Hyperarousal) hinweisen. Bei Kindern ist aggressives Verhalten vor allem gegen andere Kinder gerichtet.

Etliche Experimente zeigten (Bandura u.a. 1961 u. 1963; Walters u. Willows 1968, vgl. Weymann-Reichardt, 2004), dass aggressives Verhalten allein durch das Miterleben aggressiver Modellpersonen (Imitationslernen) bedeutend gesteigert werden kann.

Seelische und körperliche Misshandlungen, wie z.B. sexueller Missbrauch, Schläge, Vernachlässigung usw. führen bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen zu einer erhöhten Inzidenz psychischer Erkrankungen und Auffälligkeiten wie Selbstverletzendem Verhalten, Depression und Suizidalität, Schlafstörungen, Aggression, sexualisiertem Verhalten, Süchten, Delinquenz, Lernstörungen, Störungen des Selbstwertgefühls und der Körperwahrnehmung (z.B. Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996), die häufig noch im Erwachsenenalter persistieren (z.B. Mullen et al., 1996; Stein et al., 1996).

Dutton und Hart (1994, zit. nach Schweitzer, S., 2003) stellte die Hypothese des „Cycle of Violence“. Diese geht davon aus, dass missbrauchte Kinder im Erwachsenenalter auch Missbrauch begehen werden und Opfer von Gewalt ebenfalls gewalttätig werden.

Die meisten aggressiven Verhaltensweisen erfordern komplizierte Fertigkeiten, die ausgedehnte soziale Lernprozesse verlangen (Bandura, 1979). Zentrale Bedeutung hat hierbei das Lernen am Modell. Kinder, die von ihren Eltern misshandelt werden und somit dieses Verhalten als adäquat kennen lernen, werden mit höherer Wahrscheinlichkeit auch im späteren Leben Gewalt als Mittel zur Erreichung ihrer Ziele einsetzen.

Einer unserer wichtigsten theoretischen Hinweise auf den oben genannten Zusammenhang stellt die Studie von Robert et al. (2000) dar. Die Studie konnte deutlich zeigen dass Kinder

## Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen

---

die dem Elterngewalt ausgesetzt waren, signifikant höhere Gruppenunterschiede in Ausprägung der PTB- Symptome, im Vergleich zu den restlichen Kindern, aufweisen ( $p < 0,000$ )

Wichtig in diesem Zusammenhang sind auch die Ergebnisse von Steiner et al. (1997), die delinquente Kinder und Jugendliche mit mittlerem Alter von 16,6 untersucht haben und dabei herausgefunden, dass die jenen mit PTSD signifikant niedrigere Fähigkeit der Beherrschung ihrer Impulsivität und Aggressivität aufweisen

Erheblich häufigeres Auftreten von Aggressivität wurde von Begic (2001) bei den Kriegsveteranen mit PTSD beobachtet, verglichen mit denen ohne PTSD. Dabei hat man verschiedene Arten von aggressivem Verhalten, das häufig kombiniert auftreten. Beide Autoaggressivität und Heteroaggressivität waren präsent. Am häufigsten sind Verbale Angriffe und impulsive körperliche Reaktionen festgestellt worden. Während sich die Impulsiven Reaktionen meistens gegen Unbekannte richteten, wurden die verbalen Angriffe gegen Bekannte Leute benutzt.

Die Resultate von Byrne CA, Riggs DS (1996) haben ebenfalls gezeigt, dass bei Kriegsveteranen mit PTSD ein erhöhtes Risiko besteht, Gewalt gegen den Lebenspartner auszuüben.

### 6.2 Hypothesen

Zu Beginn der Darstellung der Hypothesen soll noch einmal verdeutlicht werden, dass die Basisaussage, die in dieser Arbeit behandelt werden soll, die Annahme ist, dass zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen und den Achenbach'schen Syndromskalen ein signifikanter Zusammenhang besteht.

Es lassen sich, basierend auf bestehenden Forschungen, folgende Hypothesen ableiten:

#### 6.2.1 Der Zusammenhang zwischen PTSD und Geschlecht

##### Hypothese I: Geschlechtsunterschiede

**A** Im Gefolge einer Traumatisierung sind die Frauen signifikant häufiger von PTSD betroffen als Männer.

## **Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen**

---

**B** Die Frauen, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu den Männern eine stärkere Ausprägung der Syndromskalen „Sozialer Rückzug“, „Ängstlich/Depressiv“ und „Körperliche Beschwerden“ auf.

**C** Die Männer, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu den Frauen eine stärkere Ausprägung der Syndromskalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ auf.

### **6.2.2 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Sozialer Rückzug“**

#### **Hypothese II: PTSD und „Sozialer Rückzug“.**

**A** Bei traumatisierte Kindern und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Sozialer Rückzug“.

**B** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Sozialer Rückzug“ auf.

### **6.2.3 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Ängstlich/Depressiv“**

#### **Hypothese III: PTSD und „Ängstlich/Depressiv“.**

**A** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Ängstlich/Depressiv“.

**B** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Ängstlich/Depressiv“ auf.

### 6.2.4 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Soziale Probleme“

#### **Hypothese IV: PTSD und „Soziale Probleme“.**

**A** Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Soziale Probleme“.

**B** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Soziale Probleme“ auf.

### 6.2.5 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“.

#### **Hypothese V: PTSD und „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“.**

**A** Bei traumatisierten Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“.

**B** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“ auf.

### 6.2.6 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“.

#### **Hypothese VI: PTSD und „Schizoid/Zwanghaft“.**

**A** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“.

## **Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen**

---

**B** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“ auf.

### **6.2.7 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Aufmerksamkeitsprobleme“.**

#### **Hypothese VII: PTSD und „Aufmerksamkeitsprobleme“.**

**A** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Aufmerksamkeitsprobleme“.

**B** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Aufmerksamkeitsprobleme“ auf.

### **6.2.8 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Dissoziales Verhalten“.**

#### **Hypothese VIII: PTSD und „Dissoziales Verhalten“.**

**A** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Dissoziales Verhalten“.

**B** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Dissoziales Verhalten“ auf.

### **6.2.9 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Aggressives Verhalten“**

#### **Hypothese IX: PTSD und „Aggressives Verhalten“.**

## **Fragestellungen dieser Arbeit und Hypothesen**

---

**A** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Aggressives Verhalten“.

**B** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Aggressives Verhalten“ auf.

### **6.2.10 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Internalisierte Auffälligkeiten“**

#### **Hypothese X: PTSD und „Internalisierte Auffälligkeiten“.**

**A** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Internalisierte Auffälligkeiten“.

**B** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Internalisierte Auffälligkeiten“ auf.

### **6.2.11 Der Zusammenhang zwischen PTSD und „Externalisierte Auffälligkeiten“**

#### **Hypothese XI: PTSD und „Externalisierte Auffälligkeiten“.**

**A** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Externalisierte Auffälligkeiten“.

**B** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Externalisierte Auffälligkeiten“ auf.

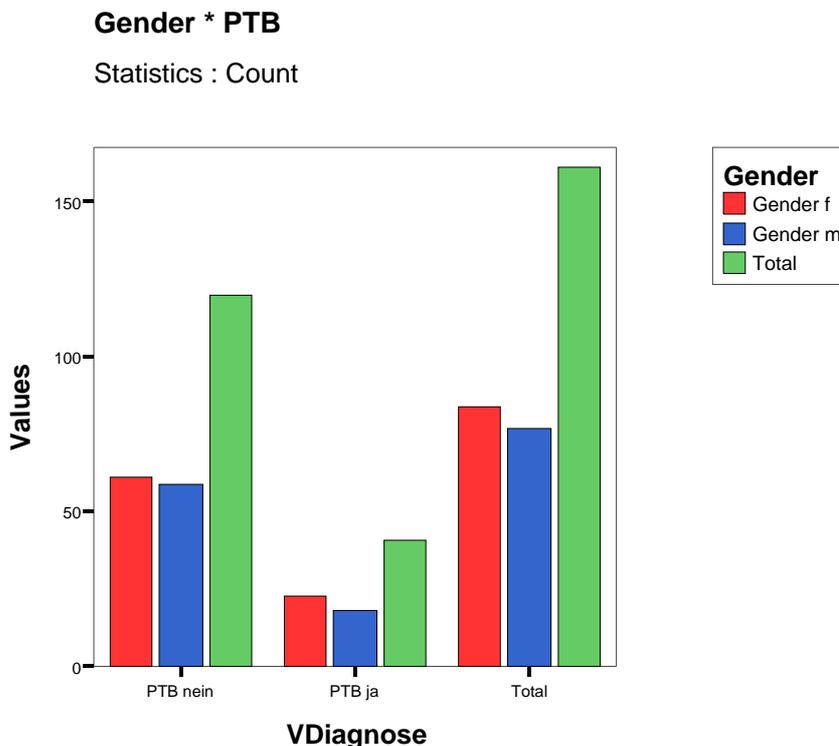
### 7 Methoden

#### 7.1 Beschreibung der Stichprobe

Bei der Stichprobe handelte es sich ursprünglich um 220 Kinder und Jugendliche aus dem Kosovo-Gebiet im Alter von 10 bis 25, die im Zeitraum von März 2004 bis Juli (bzw. September 2004) 2004 mit dem oben beschriebenen Fragebogen interviewet worden sind. Da nicht alle Befragten den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, ergab sich für die Analysen nach Aussonderung der lückenhaften Datensätze eine Stichprobengröße von N=161. Um die Generalisierbarkeit der Befunde zu gewährleisten wurden die Kinder und Jugendliche aus verschiedenen Schulen, Jugendzentern, Jugendvereine, Weisenhäuser und Universitäten zufällig gewählt.

##### 7.1.1 Beschreibung der Stichprobe Anhand des Geschlechts

Wie aus Diagramm 2 ersichtlich ist, sind 52,2% der Befragten weiblich und 47,8% sind männlich. 37,7% der Mädchen und 30,5% der Jungen wurden mit der PTSD diagnostiziert.



**Diagramm 1: Prävalenz der PTB bei der beiden Geschlechtern**

### 7.2 Untersuchungsinstrumente

Es bietet sich eine Reihe von standardisierten oder strukturierten Interviews zur Erhebung der PTBS als auch der komorbiden Störungen an.

Es wurden für die Erforschung von PTSD und deren Zusammenhang mit anderen Störungen bei Kinder und Jugendlichen folgende Fragebögen verwendet:

- Die Albanischsprachige Übersetzung des Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Sektion F: Angststörungen (F85-F86) für PTSD) von Hans-Ulrich Wittchen, Ursula Wunderlich, Sabine Gruschwitz und Michael Zaudig, 1997.
- Fragen zu soziodemografischen Daten.
- Die Albanischsprachige Übersetzung des Fragebogens für Jugendliche, Deutsche Bearbeitung des Youth Self-Report (YSR/ 11-18) der Child Behavior Checklist bearbeitet von Manfred Döpfner & andere, 1998.
- Die Albanischsprachige Übersetzung des „Adult Self-Report for Ages 18-59“ Fragebogens von Achenbach, 2002.

Für alle Befragten wurden die gleichen Fragebögen verwendet.

#### 7.2.1 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID, Wittchen et al., 1997).

Das SKID-I dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen, wie sie im DSM-IV auf Achse I definiert werden. Alle Diagnosen werden im Längs- und Querschnitt sowie mit Zusatzinformationen über Beginn und Verlauf erhoben. Folgende DSM-IV Diagnosen können im SKID-I auf Achse I beurteilt werden: Affektive

## Methoden

---

Störung, Psychotische Störung, Störung durch Psychotropen Substanzen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen.

Auch das häufig eingesetzte SKID erlaubt die Diagnose einer PTB nach DSM-IV, aber nicht die Diagnose einer Akuten Belastungsstörung. Die PTB-Sektion dieses Instrumentes wird nur bei begründetem Verdacht auf eine Traumatisierung durchgeführt. Auch hier wird die Art des Stressors erfragt und die Kriterien der PTB abgefragt, sobald ein dem A-Kriterium nach DSM-IV entsprechender Stressor vorliegt. Schwere und Verlauf der Störung werden ebenfalls erfragt. Voraussetzung für die Durchführung des SKID ist die Fähigkeit des Diagnostikers, ein klinisches Urteil bilden zu können. Die Diagnosestellung erfolgt nach dem Rating „vorhanden, unterschwellig vorhanden, nicht vorhanden“. Der Schweregrad der PTB wird erfolgt nach dem Rating „leicht, mittel oder schwer“. Die PTB-Sektion dieses Instrumentes ist ebenfalls reliabel und valide.

### **7.2.2 Youth Self-Report (YSR/ 11-18), bearbeitet von Manfred Döpfner & andere, 1998.**

Der Fragebogen für Jugendliche (YSR) ist die deutsche Fassung des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1987; Achenbach, 1991a, siehe Abbildung 4). Der Fragebogen kann von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren beantwortet werden. Im ersten Teil des Fragebogens werden Kompetenzen erfragt, der zweite Teil besteht aus 119 Items, in denen Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden und sozial erwünschte Verhaltensweisen beschrieben werden.

Der erste Teil ist mit dem Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18) weitgehend identisch. Im zweiten Teil wurden bis auf 16 alle Items des Elternfragebogens übernommen. Wie beim Elternfragebogen werden die Items des ersten Teils zu drei Kompetenzskalen zusammengefasst und aus den Items des zweiten Teils des

## Methoden

---

Fragebogens werden acht mit dem Elternfragebogen weitgehend identische Problemskalen gebildet.

Die faktorielle Validität und die Reliabilität der Problemskalen konnte auch für deutsche Stichproben weitgehend bestätigt werden. Die Normierung erfolgte anhand einer umfangreichen bundesweit repräsentativen Stichprobe von annähernd 1800 Kindern und Jugendlichen. Es liegen getrennte Normen (Prozentränge und T-Werte) für Jungen und Mädchen vor. Die Ergebnisse können mit den gleichartig aufgebauten Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18) und dem Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF) verglichen werden.

Neben dem Fragebogen stehen ein Auswertungsbogen für die Handauswertung mit deutschen Normen, eine Handanweisung mit deutschen Normen und Auswertungsschablonen.

Die Beurteilung des Fragebogens erfolgt anhand einer dreistufigen Skala von 0=nicht zutreffend bis 2=genau oder häufig zutreffend.

Dieser Fragebogen wurde mehrmals revidiert. Der in dieser Studie verwendete Fragebogen bietet uns ein 3 Skalen und 14 Subskalen (Tabelle 5). Bei den Subskalen des Kompetenzskalen werden Ausprägungen mit einem T-Wert  $\leq 30$  als klinisch auffällig eingeschätzt. Bei den Syndromskalen werden Ausprägungen mit einem T-Wert  $\geq 70$  als klinisch auffällig eingeschätzt.

Skala 1	Kompetentskalen
Subskala 1.1	Aktivitäten
Subskala 1.2	Soziale Kompetenz
Subskala 1.3	Schule

Skala 2	Syndrom-Skalen
Subskala 2.1	Sozialer Rückzug
Subskala 2.2	Körperliche Beschwerden
Subskala 2.3	Ängstlich Depressiv
Subskala 2.4	Soziale Probleme
Subskala 2.5	Schizoid/ Zwanghaft
Subskala 2.6	Aufmerksamkeitsprobleme
Subskala 2.7	Dissoziales Verhalten
Subskala 2.8	Aggressives Verhalten
Subskala 2.9	Internalisierenden Auffälligkeiten
Subskala 2.10	Externalisierenden Auffälligkeiten
Subskala 2.11	Andere Probleme

**Tabelle 5: Die drei Skalen und vierzehn Subskalen des YSR**

INTERNALISIERENDE AUFFÄLLIGKEITEN
<p><b>Sozialer Rückzug</b> Kinder mit hoher Ausprägung auf dieser Skala möchten lieber alleine sein, sind verschlossen, weigern sich zu sprechen, sind eher schüchtern, wenig aktiv und häufiger traurig verstimmt.</p> <p><b>Körperliche Beschwerden</b> Die Skala setzt sich aus Items zusammen, die verschiedene somatische Symptome (Schwindelgefühle, Müdigkeit, Schmerzzustände und Erbrechen) beschreiben.</p> <p><b>Ängstlich/Depressiv</b> Die Skala erfasst neben einer allgemeinen Ängstlichkeit und Nervosität auch Klagen über Einsamkeit und soziale Ablehnung, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie traurige Verstimmung.</p>
EXTERNALISIERENDE AUFFÄLLIGKEITEN

<p><b>Dissoziales Verhalten</b></p> <p>Die Skala erfasst dissoziale Verhaltensweisen wie z. B. Lügen, Stehlen, Schule schwänzen und Verhaltensweisen, die häufig in Verbindung mit Dissozialität auftreten (z. B. „Ist lieber mit Älteren zusammen“).</p>
<p><b>Aggressives Verhalten</b></p> <p>Die Skala erfasst verbal- und körperlich-aggressive Verhaltensweisen sowie Verhaltensweisen, die häufig in Verbindung mit aggressivem Verhalten auftreten (z. B. „Spielt den Clown“, „Redet viel“, „Sehr laut“).</p>
<p><b>GEMISCHTE AUFFÄLLIGKEITEN</b></p>
<p><b>Soziale Probleme</b></p> <p>Die Skala umfasst vor allem Ablehnung durch Gleichaltrige sowie unreifes und erwachsenenabhängiges Sozialverhalten.</p>
<p><b>Schizoid/Zwanghaft</b></p> <p>Die Skala erfasst neben den Tendenzen zu zwanghaftem Denken und Handeln auch psychotisch anmutendes Verhalten (z. B. Halluzinationen) sowie eigenartiges, bizarres Denken und Verhalten.</p>
<p><b>Aufmerksamkeitsprobleme</b></p> <p>Diese Skala setzt sich aus Items zur motorischen Unruhe, Impulsivität, zu Konzentrationsstörungen und aus Items zusammen, die häufig in Verbindung mit hyperkinetischem Verhalten auftreten (z. B. „Verhält sich zu jung“, „Tapsig“).</p>

**Tabelle 6: Dimension psychischer Störung nach Achenbach (1991a-d)**

### **7.2.3 Adult Self-Report for Ages 18-59 (YASR), von Achenbach, 2002.**

Die Adult Self-Report (ARS) Fragebogen ist auf eine 15-jährige Erfahrung basiert. Die enthält viele Elemente die von der Edition des 1997 Young Adult Self-Report (YASR) entnommen wurden. Hinzu kommen noch neue Elemente und internationale Normen, die den Alterbereich zwischen 18-30 beschreiben, in Gebrauch.

## Methoden

---

Der Fragebogen für junge Erwachsene (YASR) ist auch in eine deutsche Fassung des Young Adult Self-Report (YASR) bearbeitet worden. Der Fragebogen erfasst im ersten Teil psychosoziale Kompetenzen und im zweiten Teil Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden und bietet uns insgesamt 2 Skalen und 12 Subskalen (siehe Tabelle 7). Die Items des ersten Teils werden in zwei Subskalen organisiert. Zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus stehen verschiedene Funktionsbereiche (Freunde, Bildung, Beruf, Familie, Partnerschaft) und einer Gesamtskala zu Verfügung. Aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens werden acht Problemskalen gebildet. Die Skalen Sozialer Rückzug und Ängstlich/Depressiv werden zu der übergeordneten Skala Internalisierende Auffälligkeiten zusammengefasst. Die Skalen Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten, Dissoziales Verhalten und Aggressives Verhalten bilden die übergeordnete Skala Externalisierende Auffälligkeiten. Die restlichen drei Skalen mit den Bezeichnungen Körperliche Beschwerden; Bizarres Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme sind keiner übergeordneten Skala zugeordnet. Der Gesamtaufälligkeitwert umfasst 111 Items. Die Skalenbildung basiert auf faktorenanalytischen Untersuchungen an einer US-Stichprobe von 1455 Erwachsenen, die amerikanische Normierung stützt sich auf eine nicht-klinische Stichprobe von 1058 Erwachsenen. Zur deutschen Fassung liegen noch keine empirischen Ergebnisse vor (zit. nach Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, Köln, 1998).

Skala 1 Subskala 1.1 Subskala 1.2	Psychosoziale Kompetentskalen Aktivitäten Soziale Kompetenz
Skala 2 Subskala 2.1 Subskala 2.2 Subskala 2.3	Syndrom-Skalen (Verhaltensauffälligkeiten    Emotionale Auffälligkeiten                    und    somatische Beschwerden) Sozialer Rückzug Körperliche Beschwerden Ängstlich Depressiv

Subskala 2.4	Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten
Subskala 2.5	Bizarres Verhalten
Subskala 2.6	Aufmerksamkeitsprobleme
Subskala 2.7	Dissoziales Verhalten
Subskala 2.8	Aggressives Verhalten
Subskala 2.9	Internalisierenden Auffälligkeiten
Subskala 2.10	Externisierenden Auffälligkeiten

**Tabelle 7: Die zwei Skalen und zwölf Subskalen des YASR**

### 7.3 Durchführung

Die, im Rahmen dieser Arbeit, vorgestellten Daten wurden in Kosovo vom Ende März 2003 bis Ende September 2003 erhoben.

Die Wahl dieses Gebiets für meine Untersuchung erfolgte mit Zustimmung meines Betreuers und war aus folgenden Gründen besonders günstig in meinem Fall:

- 1- Der Kosovokrieg (1998- ) war mit vielen, für diese Bevölkerung, traumatisierenden Ereignissen verbunden.
- 2- Während des Kriegs war ich in Albanien unter den Kriegsflüchtlingen dieses Gebiets als Assistenztherapeutin tätig und viel Erfahrung bezüglich des Umgangs mit Kriegstraumatisierte gesammelt.
- 3- Ich kannte nicht nur die Sprache sondern die Mentalität dieser Bevölkerung.

Um die Generalisierbarkeit der Befunde zu gewährleisten wurden die Teilnehmer dieser Studie nach dem Zufallsprinzip gewählt, wobei das Alter (vom 10 bis 25) die einzige Einschränkung darstellt.

Die Befragten waren also Kinder und Jugendliche aus 9 verschiedenen Städten des Kosovo-Gebiets:

Prishtinë, Vushtri, Fushë Kosovë, Krushë e Madhe, Brez-Prizren, Gjakovë, Ferizaj, Mitrovicë, Podujevë (Besianë).

## Methoden

---

Als Ort für meine Interviews, die ich persönlich durchführte, dienten Schulen, Universitäten und Waisenhäuser aus den oben genannten Städten.

Im Laufe der Datenerhebung bin ich mit zahlreichen Schwierigkeiten begegnet wie etwa die Zurückhaltung der Bevölkerung gegenüber Ausländern und ihre Verslossenheit aufgrund ihrer Erlebnisse oder die schwere Zugänglichkeit einzelner Gebietsteile und mangelnde Kooperationsbereitschaft einiger Schuldirektoren usw.

All diesen Schwierigkeiten zum Trotz ist innerhalb von 6 Monaten eine repräsentative Datenmenge entstanden, die meine Studie ermöglicht hat.

### 7.4 Soziodemografische Daten

Oft ist die Folge eines traumatischen Erlebnisses oder eines unmittelbaren Lebensgefahr dass die Betroffenen in sich selbst zurückziehen. Von großer Schwierigkeit ist es, in solchen Fällen, in die innere Welt dieser Menschen einzudringen und denen direkte Fragen über das traumatisierte Ereignis zu stellen und Erfahrungen zufolge wollen sie auch Anonym bleiben.

Aufgrund dieser Einschränkungen wurden nur folgende soziodemografische Daten erhoben: Geschlecht, Alter, Familienstand, Beschäftigung, Bildung, Freizeittätigkeiten.

### 7.5 Statistischer Auswertung

Die Ergebnisse der Fragebogen wurden gemäß der Auswertungsanleitungen der Testautoren ausgewertet.

Die deskriptive sowie Differenzstatistische Analyse der Daten erfolgte PC gestützt unter Verwendung der Statistiksoftware SPSS Version 10.

Bei der Überprüfung der Zusammenhagshypothesen haben wir aufgrund des dichotomen Charakters der Daten verteilungsfreie Methoden angewandt, insbesondere der  $\chi^2$ -Test. Als Zusammenhangsmaß haben Cramer's V gewählt da es zwischen 0 und 1 liegt und unabhängig von der Größe der Stichprobe ist. Bei der Beurteilung der Stärke des Zusammenhangs haben wir folgenden allgemein bekannten Faustregeln gefolgt:

## Methoden

---

$V = 1$  ein perfekter statistischer Zusammenhang

$V > 0,7$  ein sehr starker Zusammenhang

$V > 0,5$  ein starker Zusammenhang

$V > 0,3$  ein mittlerer Zusammenhang

$V < 0,3$  ein schwacher Zusammenhang

$V = 0$  statistische Unabhängigkeit

Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt, wobei Ergebnisse unter 1% als hochsignifikant bezeichnet worden.

Für den Signifikanzbeweis bei den Zusammenhangshypothesen wurde die exakte Signifikanz nach Fischer-Yates-Test herangezogen. Dabei hat man darauf geachtet, ob die jeweilige Hypothese gerichtet oder ungerichtet wäre und entsprechend die einseitige oder die zweiseitige Signifikanz eingesetzt. Das Vorzeichen des Phi- Koeffizients zeigt die Richtung des Zusammenhangs; positiv für positive Zusammenhänge und negativ für negative.

Mittelwertvergleiche für zwei Gruppen (Gruppenunterschiede bzw. Unterschiedshypothesen) wurden anhand des T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt falls folgende Voraussetzungen erfüllt waren:

- 1) Die Daten jeder Stichprobe sind normalverteilt. Die Überprüfung der Normalverteilung wurde mittels Kolomogorov- Smirnov- Goodness of Fit Test durchgeführt.
- 2) Die Stichprobenvarianzen sind homogen. Die Prüfung der Homogenität erfolgte mithilfe des Levene- Tests.

Die restlichen Bedingungen, nämlich die Datenunabhängigkeit und das Intervalskalenniveau, waren stets erfüllt.

Das Signifikanzniveau wurde hier ebenfalls auf 0,05 (5%) festgelegt, wobei Ergebnisse die unter 0,01 (1%) liegen als hochsignifikant bezeichnet wurden.

Bei Nichterfüllung einer der t-Test Voraussetzungen haben wir auf den U-Test von Mann & Withney zugegriffen, bei dem auch das oben genannte Signifikanzniveau gilt.

### 8 Ergebnisse

#### 8.1 Beschreibung der Stichprobe anhand der Merkmale der PTB

Die Untersuchung der Stichprobe der Kosovo-Albanischen-Kindern und Jugendlichen ergibt eine Prävalenzrate von 25,5% der PTB- Fällen.

Soviel wir wissen, hat die ganze Bevölkerung dieses Gebiets eine „ethnische Reinigung“ erlebt, und waren vielen Kriegsereignissen ausgesetzt, die bei dieser Bevölkerung ein Trauma auslösen könnten. Die erste Frage des Fragebogens die das Merkmal A1 des Kriteriums A der PTB feststellt, wurde, mit einer Prävalenz von 64%, mit „ja“, beantwortet. Die Befragten erfüllten folglich das objektive Kriterium A1 nach DSM IV, gemessen mit der (SCID-I, Sektion F: Angststörungen (F85-F86) für PTSD). Die Befragten waren also mit Ereignissen konfrontiert, die die körperliche Verletzung oder auch Lebensgefahr der eigenen oder einer anderen Person beinhaltete. Die Häufigkeit des zweitens Merkmals A2 des Kriteriums A in der Stichprobe war 41,6%.

36%der Befragten haben die erste Frage mit „nein“ beantwortet, wobei es unwahrscheinlich scheint, dass diese Befragten keine traumatischen oder lebensgefährlichen Situationen erlebt haben. Entweder waren die Ereignisse nicht belastend und wurden deshalb nicht angekreuzt oder waren die Befragten skeptisch bezüglich der Wahrung der Anonymität.

Zum berücksichtigen sind die Werte des Kriteriums B. Etwa 19,3% alle Befragten erfüllen Kriterium B1, 18% Kriterium B2, 22,4% Kriterium B3, 29,8% Kriterium B4 und 26,1% Kriterium B5. Einige hohe Werte des Kriteriums C machen eine Diagnosestellung einfacher. 41,6% der Befragten erfüllen Kriterium C1, 34,2% Kriterium C2, 31,1% Kriterium C3, 46% Kriterium C4, 47,8% Kriterium C5, 18% Kriterium C6 und 38,5 Kriterium C7. D1 und D2 sind voraussichtlich 20,5% und 17,4%, 34,8% erfüllen Kriterium D3, 36,6% Kriterium D4, und 36% erfüllen Kriterium D5. Alle Befragten die eine PTB Volldiagnose haben, erfüllen Kriterium E (25,5%) und damit eine chronische Belastungsstörung. 14,3% erfüllen Kriterium F.

Es zeichnet sich also insgesamt ab, dass bei Kinder und Jugendlichen, die Kriegstraumata erlebt haben, potenziell eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt wird.

## Ergebnisse

---

### 8.2 Die Zusammenhänge zwischen PTSD- Kriterien und die Syndromskalen der YSR und YASR

Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen der Auffälligkeit der Syndromskalen der YSR bzw. YASR und die Erfüllung der Merkmale verschiedener PTSD- Kriterien mithilfe des  $\chi^2$ -Tests und in Form von Tabellen dargestellt. In jedem Tabellenfeld stehen der Cramer's V als Zusammenhangsmaß von links und die zugehörige zweiseitige exakte Signifikanz nach Fischer in Klammern.

#### 8.2.1 Kriterium A und die Syndromskalen der YSR und YASR

Die Erfüllung von Kriterium A setzt die folgenden Bedingungen voraus:

A1: die Person war entweder Zeuge oder selbst von einem oder mehreren Ereignissen betroffen, bei dem/denen ein tatsächlicher oder Drohender Tod, eine schwere Verletzung oder Bedrohung vorkam.

A2: die Person reagierte mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Nun betrachten wir den Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen und die Syndromskalen der YSR bzw. YASR.

Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

	SR	Ä/D	SP	S/Z - BV	AP	DV	AV
A1	,121(,145)	,201(,014)	,208(,045)	,204(,011)	,083(,294)	,126(,158)	,196(,009)
	INT ,218(,007)	EXT ,083(,358)	AsV - ,051(,701)				
A2	,148(,075)	,172(,043)	,301(,003)	,157(,050)	,146(,069)	,296(,004)	,290(,000)

	INT	EXT	AsV				
	,161(,047)	,161(,049)	-,043(,734)				

**Tabelle 8: Zusammenhang zwischen Kriterium A und der Syndromskalen der YSR und YASR (Young Self Report“ und „Young Adult Sself Report“) für die Kindern und Jugendlichen.**

### 8.2.1.1 Zusammenhang zwischen A1 und der Syndromskalen

Der Tabelle 8 zufolge, assoziiert das Merkmal A1 des Kriteriums A signifikant mit den Syndromskalen Ä/D, S/Z, AV und INT Auffälligkeiten. Diese Zusammenhänge sind als schwach zu bewerten.

### 8.2.1.2 Zusammenhang zwischen A2 und der Syndromskalen

Wie die Tabelle 8 zeigt, hängt das Merkmal A2 mit der Auffälligkeit aller Syndromskalen mit Ausnahme von AsV, AP und SR signifikant zusammen. Diese Zusammenhänge sind ebenso als schwach zu charakterisieren.

### 8.2.2 Kriterium B und die Syndromskalen der YSR und YASR

Bei Kriterium B handelt es sich um das Wiedererleben des traumatisierenden Ereignisses B1 bis B2 sind die Arten und Weisen auf die das Ereignis wiederkehrt.

Im Folgenden untersuchen wir, mit welchen der Syndromskalen der YSR bzw. YASR die Merkmale des Kriteriums B signifikant zusammenhängen.

Alle numerischen Ergebnisse sind in der Tabelle zusammengefasst.

	SR	Ä/D	SP	S/Z- BV	AP	DV	AV

B1	,328(,000)	,365(,000)	,200(,054)	,275(,001)	,292(,001)	,087(,376)	,363(,000)
	INT ,301(,000)	EXT ,195(,023)	AsV ,245(,147)				
B2	,500(,000)	,320(,000)	,356(,001)	,341(,000)	,357(,000)	,238(,010)	,465(,000)
	INT ,284(,000)	EXT ,257(,002)	AsV ,418(,006)				
B3	,330(,000)	,302(,000)	,331(,001)	,234(,006)	,279(,001)	,064(,420)	,400(,000)
	INT ,279(,000)	EXT ,240(,005)	AsV ,346(,027)				
B4	,320(,000)	,305(,000)	,359(,000)	,228(,005)	,141(,081)	,078(,453)	,355(,000)
	INT ,263(,001)	EXT ,118(,176)	AsV ,151(,338)				
B5	,355(,000)	,432(,000)	,448(,000)	,244(,003)	,261(,002)	,163(,053)	,443(,000)
	INT ,328(,000)	EXT ,239(,004)	AsV ,381(,011)				

**Tabelle 9: Zusammenhang zwischen Kriterium B und der Syndromskalen der YSR und YASR (Young Self Report“ und „Young Adult Sself Report“) für die Kinder und Jugendlichen.**

### **8.2.2.1 Zusammenhang zwischen B1 und der Syndromskalen**

Das Merkmal B1 des Kriteriums B der PTB lautet: Wiederkehrende und sich aufdrängende belastende Erinnerungen (oder Vorstellungen, Gedanken, Wahrnehmungen) an das Ereignis.

## Ergebnisse

---

Die Untersuchung der vorliegenden Stichprobe ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesem Merkmal und folgenden Syndromskalen der YSR bzw. YASR; SR, Ä/D, SP, S/Z- BV, AP, AV und der übergeordneten Skalen INT und EXT.

### **8.2.2.2 Der Zusammenhang zwischen B2 und der Syndromskalen**

B2 ist die zweite Art auf die das Ereignis wieder erlebt wird: Wiederkehrende stark belastende Träume von dem Ereignis.

Wie die Tabelle 9 zeigt, hängt das Merkmal B2 des Kriteriums B signifikant mit allen Syndromskalen der YSR bzw. YASR zusammen.

### **8.2.2.3 Der Zusammenhang zwischen B3 und der Syndromskalen**

Dies ist die dritte Art des Wiedererleben des Geschehens: Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre (dazu gehört das Wiedererleben des Ereignisses, Wahnideen, Halluzinationen und dissoziative episodische Rückblenden, wie diese auch im Wachzustand oder Intoxikation vorkommen).

B3 hängt signifikant zusammen mit sämtlichen Syndromskalen der YSR bzw. YASR, mit Ausnahme der Syndromskala DV.

### **8.2.2.4 Der Zusammenhang zwischen B4 und der Syndromskalen**

Dieses Merkmal lautet: Intensive psychisches Leiden bei Konfrontation mit internen oder Externen Reizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder diesem ähnlich sind.

Die Tabelle 9 zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesem Merkmal und folgenden Syndromskalen der YSR bzw. YASR: SR, Ä/D, SP, S/Z-BV, AV und der übergeordneten Skala INT.

## Ergebnisse

---

### 8.2.2.5 Der Zusammenhang zwischen B5 und der Syndromskalen

Dieses Merkmal postuliert eine Körperliche Reaktion bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder diesem ähnlich sind.

Der Tabelle 9 entnehmen wir, dass folgende Syndromskalen der YSR bzw. YASR mit B5 signifikant zusammenhängen: SR, Ä/D, SP, AsV, S/Z-BV, AP, DV, AV und der übergeordneten Skalen INT und EXT.

### 8.2.3 Kriterium C und die Syndromskalen der YSR und YASR

Bei Kriterium C handelt es sich um das Vermeiden von Reizen, die das traumatische Ereignis im Gedächtnis bringen.

C1, C2 und C4 sind die Arten und Weisen auf die das Ereignis vermeiden wird.

Im Folgenden untersuchen wir, mit welchen der Syndromskalen der YSR bzw. YASR die Merkmale des Kriteriums C signifikant zusammenhängen.

Alle numerische Ergebnisse sind in der Tabelle zusammengefasst.

	SR	Ä/D	SP	S/Z-BV	AP	DV	AV
C1	,260(,001)	,230(,006)	,202(,045)	,157(,050)	,081(,313)	,069(,492)	,337(,000)
	INT ,266(,001)	EXT ,019(,858)	AsV ,151(,338)				
C2	,352(,003)	,180(,035)	,087(,408)	,122(,127)	,126(,136)	,167(,064)	,356(,000)
	INT ,268(,001)	EXT ,087(,271)	AsV ,255(,093)				

C3	,360(,000)	,347(,000)	,353(,000)	,177(,034)	,196(,017)	,187(,026)	,386(,000)
	INT ,392(,000)	EXT ,161(,056)	AsV ,380(,013)				
C4	,259(,001)	,233(,004)	,183(,073)	,166(,049)	,167(,043)	,155(,081)	,305(,001)
	INT ,351(,002)	EXT ,050(,596)	AsV ,350(,023)				
C5	,179(,034)	,182(,029)	,213(,030)	,111(,193)	,053(,548)	,038(,738)	,293(,001)
	INT ,304(,000)	EXT ,027(,860)	AsV ,151(,338)				
C6	,320(,000)	,357(,000)	,381(,000)	,174(,034)	,274(,001)	,238(,010)	,406(,000)
	INT ,352(,000)	EXT ,329(,000)	AsV ,350(,021)				
C7	,275(,001)	,299(,000)	,339(,001)	,129(,132)	,113(,211)	,141(,088)	,318(,000)
	INT ,301(,000)	EXT ,116(,150)	AsV ,267(,098)				

**Tabelle 10: Zusammenhang zwischen Kriterium C und der Syndromskalen der YSR und YASR (Young Self Report“ und „Young Adult Sself Report“ für die Kinder und Jugendlichen.**

### 8.2.3.1 Der Zusammenhang zwischen C1 und der Syndromskalen

Dieses Merkmal lautet: Vermeidung von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.

Die Tabelle 10 zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesem Merkmals und folgenden Syndromskalen der YSR bzw. YASR; SR, Ä/D, SP, S/Z-VB, AV und der übergeordneten Skala INT.

### **8.2.3.2 Der Zusammenhang zwischen C2 und der Syndromskalen**

Dies ist die zweite Art der Vermeidung des Geschehens: Vermeidung von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können.

C2 steht mit folgenden Syndromskalen der YSR bzw. YASR in signifikanten Zusammenhang; SR, Ä/D, AV, INT.

### **8.2.3.3 Der Zusammenhang zwischen C3 und der Syndromskalen**

Das Merkmal C3 des Kriteriums C der PTB lautet: Unfähigkeit wichtige Aspekte des Traumas wiederzugeben.

Die Untersuchung der vorliegenden Stichprobe ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesem Merkmal und den folgenden Syndromskalen der YSR bzw. YASR: SR, Ä/D, SP, AsV, S/Z-BV, AP, AV und der übergeordneten Skala INT.

### **8.2.3.4 Der Zusammenhang zwischen C4 und der Syndromskalen**

Dies ist die dritte Art des Vermeidens des Geschehens: Deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.

C4 hängt signifikant mit sämtlichen Syndromskalen der YSR bzw. YASR zusammen, mit Ausnahme der DV und der übergeordneten Skala EXT.

### **8.2.3.5 Der Zusammenhang zwischen C5 und der Syndromskalen**

Dieses Merkmal postuliert ein Gefühl der Isolierung oder Entfremdung von anderen.

Der Tabelle 10 entnehmen wir, dass folgende Syndromskalen der YSR bzw. YASR mit C5 assoziieren: SR, Ä/D, SP, AV und der übergeordneten Skala INT.

## Ergebnisse

---

### 8.2.3.6 Der Zusammenhang zwischen C6 und der Syndromskalen

Das Merkmal C6 des Kriteriums C der PTB lautet: Eingeschränkter Affekt (z.B. Unfähigkeit Liebe zu empfinden).

Die Untersuchung der vorliegenden Stichprobe ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesem Merkmal und den folgenden Syndromskalen der YSR bzw. YASR: SR, Ä/D, SP, AsV, S/Z-BV, AP, DV, AV und der übergeordneten Skalen INT und EXT.

### 8.2.3.7 Der Zusammenhang zwischen C7 und der Syndromskalen

Das Merkmal C7 des Kriteriums C der PTB lautet: Fehlen einer Zukunftsperspektive (erwartet z.B. nicht, Karriere zu machen, zu heiraten, Kinder zu haben oder eine normale Lebenserwartung zu haben).

Die Untersuchung der vorliegenden Stichprobe ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesem Merkmal und den folgenden Syndromskalen der YSR bzw. YASR: SR, Ä/D, SP, AV und der übergeordneten Skala INT.

### 8.2.4 Kriterium D und die Syndromskalen der YSR und YASR

Bei Kriterium D handelt es sich um ein anhaltendes Erregungsniveau, nach dem traumatischen Ereignis.

Im Folgenden untersuchen wir mit welchen der Syndromskalen der YSR bzw. YASR die Merkmale des Kriteriums D signifikant zusammenhängen.

Alle numerischen Ergebnisse sind in der Tabelle 11 zusammengefasst.

	SR	Ä/D	SP	S/Z-BV	AP	DV	AV
D1	,267(,002)	,304(,000)	,306(,002)	,245(,002)	,271(,002)	,211(,018)	,350(,000)

	INT ,253(,001)	EXT ,207(,015)	AsV ,418(,006)				
D2	,372(,000)	,371(,000)	,281(,005)	,290(,000)	,285(,001)	,174(,050)	,530(,000)
	INT ,344(,000)	EXT ,344(,000)	AsV ,366(,019)				
D3	,272(,001)	,381(,000)	,309(,002)	,165(,041)	,253(,002)	,106(,278)	,352(,000)
	INT ,249(,002)	EXT ,196(,016)	AsV ,255(,093)				
D4	,244(,003)	,354(,000)	,294(,003)	,187(,027)	,199(,020)	,152(,075)	,336(,000)
	INT ,195(,017)	EXT ,228(,006)	AsV ,346(,027)				
D5	,225(,006)	,185(,024)	,096(,410)	,091(,308)	,106(,208)	,155(,072)	,338(,000)
	INT ,240(,003)	EXT ,091(,272)	AsV ,227(,177)				

**Tabelle 11: Zusammenhang zwischen Kriterium D und der Syndromskalen der YSR und YASR (Young Self Report“ und „Young Adult Sself Report“) für die Kinder und Jugendlichen.**

#### **8.2.4.1 Der Zusammenhang zwischen D1 und der Syndromskalen**

Das Merkmal D1 des Kriteriums D der PTB lautet: Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten.

Die Untersuchung der vorliegenden Stichprobe ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesem Merkmal und den folgenden Syndromskalen der YSR bzw. YASR: SR, Ä/D, SP, AsV, S/Z-BV, AP, DV, AV und der übergeordneten Skalen INT und EXT.

### **8.2.4.2 Der Zusammenhang zwischen D2 und der Syndromskalen**

Das Merkmal D2 des Kriteriums D der PTB lautet: Reizbarkeit oder Wutausbrüche.

Die Untersuchung der vorliegenden Stichprobe ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesem Merkmal und den folgenden Syndromskalen der YSR bzw. YASR: SR, Ä/D, SP, AsV, S/Z-BV, AP, DV, AV, und der übergeordneten Skalen INT und EXT.

### **8.2.4.3 Der Zusammenhang zwischen D3 und der Syndromskalen**

Das Merkmal D3 des Kriteriums D der PTB lautet: Konzentrationsschwierigkeiten.

Die Untersuchung der vorliegenden Stichprobe ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesem Merkmal und den folgenden Syndromskalen der YSR bzw. YASR: SR, Ä/D, SP, S/Z-BV, AP, AV und der übergeordneten Skalen INT und EXT.

### **8.2.4.4 Der Zusammenhang zwischen D4 und der Syndromskalen**

Das Merkmal D4 des Kriteriums D der PTB lautet: Übersteigerte Vigilanz.

Der Tabelle 11 entnehmen wir, dass folgende Syndromskalen der YSR bzw. YASR mit D4 assoziieren: SR, Ä/D, AV und der übergeordneten Skala INT.

### **8.2.4.5 Der Zusammenhang zwischen D5 und der Syndromskalen**

Das Merkmal D5 des Kriteriums D der PTB lautet: Übersteigerte Schreckreaktion.

Die Untersuchung der vorliegenden Stichprobe ergab einen signifikanten Zusammenhang mit sämtlichen Syndromskalen der YSR bzw. YASR: SR, Ä/D, AV und der übergeordneten Skala INT.

## Ergebnisse

### 8.2.5 Kriterium E und F und die Syndromskalen der YSR und YASR

Während Kriterium E, determiniert ob die Posttraumatische Belastungsstörung Akut oder Chronisch ist, bestimmt Kriterium F, ob die Störung ein klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen bewirkt.

	SR	Ä/D	SP	S/Z- BV	AP	DV	AV
E	,430(,000)	,411(,000)	,447(,000)	,228(,005)	,269(,002)	,168(,048)	,450(,000)
	INT ,350(,000)	EXT ,349(,002)	AsV ,446(,003)				
F	,418(,000)	,332(,000)	,309(,002)	,236(,004)	,260(,003)	,210(,025)	,297(,001)
	INT ,232(,002)	EXT ,228(,010)	AsV ,391(,011)				
PTB	,430(,000)	,441(,000)	,447(,000)	,228(,005)	,269(,002)	,168(,048)	,450(,000)
	INT ,350(,000)	EXT ,249(,002)	AsV ,447(,003)				

**Tabelle 12: Zusammenhang zwischen Kriterium E und F und der Syndromskalen der YSR und YASR (Young Self Report“ und „Young Adult Sself Report“) für die Kinder und Jugendlichen**

#### 8.2.5.1 Der Zusammenhang zwischen E und der Syndromskalen

Wie die obige Tabelle zeigt, hängt das Kriterium E positiv und signifikant mit allen Syndromskalen der YSR bzw. YASR zusammen: SR, Ä/D, SP, AsV, S/Z-BV, AP, DV, AV und der übergeordneten Skalen INT und EXT.

## Ergebnisse

---

### 8.2.5.2 Der Zusammenhang zwischen F und der Syndromskalen

Genauso wie Kriterium E, besteht ein positiver signifikanter Zusammenhang zwischen dem Kriterium F und allen Syndromskalen des YSR bzw. YASR: SR, Ä/D, SP, AsV, S/Z-BV, AP und AV und der übergeordneten Skalen INT und EXT.

## 8.3 Beschreibung der Stichprobe anhand der Syndromskalen und PTSD

### 8.3.1 PTB und „Sozialer Rückzug“

Insgesamt bei 28% der Teilnehmer unserer Studie ist die Syndromskala SR auffällig.

55,5% ist der Anteil der Befragten, bei denen SR zusammen mit PTB auffällig ist.

Der Mittelwert des Rohwerts dieser Syndromskala liegt bei 4,70 und die Standardabweichung beträgt 2,99. Dabei liegen die Rohwerte theoretisch zwischen 0 und 14. Der Cut-off-Wert bei Jungen und Mädchen wurde auf 7 festgelegt.

Die beiden Geschlechter sind etwa gleich belastet. 13,7% sind weiblich und 14,3% sind männlich. Zusätzlich hat man hier mittels U-Test keinen signifikanten Geschlechtsunterschied in der Ausprägung der oben genannten Syndromskala ( $U = 2709$ ,  $p = 0,074$ ) gefunden.

### Tabellengruppe 1

#### Statistics

Sozialer Rückzug		
N	Valid	161
	Missing	0
Mean		4,70
Std. Deviation		2,99

## Ergebnisse

---

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Sozialer Rückzug
Mann-Whitney U	2709,000
Wilcoxon W	5712,000
Z	-1,789
Asymp. Sig. (2-tailed)	,074

a. Grouping Variable: Gender

### 8.3.2 PTSD und „Körperliche Beschwerden“

Die Auswertung unserer Daten zeigt, dass es bei lediglich 5% unserer Befragten die Syndromskala KB als auffällig zu bezeichnen ist. Dabei ist es bemerkenswert, dass sie ausschließlich männlich waren. Dennoch hat der U-Test keine signifikante Geschlechtsunterschiede in der Ausprägung der obigen Syndromskala ( $U = 2835$ ,  $p = 0,168$ ). 66,7% der Befragten mit einem auffälligen Wert dieser Syndromskala wurden gleichzeitig mit PTB diagnostiziert.

Der Mittelwert des Rohwerts dieser Syndromskala beträgt 2,15 und die Standardabweichung liegt bei 1,57. Dabei sind Rohwerte zwischen 0 und 18 möglich. Außerdem ist Cut-off-Wert bei Jungen und Mädchen auf jeweils 5 und 7 festgelegt worden.

#### Tabellengruppe 2

„Körperliche Beschwerden“

N	Valid	161
	Missing	0
Mean		2,15
Std. Deviation		1,57

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Körperliche Beschwerden
Mann-Whitney U	2835,000
Wilcoxon W	5838,000
Z	-1,378
Asymp. Sig. (2-tailed)	,168

a. Grouping Variable: Gender

## Ergebnisse

---

### 8.3.3 PTSD und „Ängstlich/Depressiv“

25,5% ist die von uns ermittelte Prävalenz der Befragten, die die Syndromskala Ä/D auffällig haben.

Die Auffälligkeit der oben genannten Syndromskala ist mit 14,3% häufiger beim männlichen Geschlecht als beim weiblichen (11,2%). Des Weiteren haben wir mittels U-Test untersucht ob das Geschlecht eine Rolle bei der Ausprägung der Syndromskala gespielt hat. Das Ergebnis war mit ( $U = 2646$ ,  $P = 0,046$ ) signifikant. Dabei ist bei Mädchen der höhere Mittelwert ausgefallen.

Möchte man die PTB in betracht ziehen, so sind 56% aus dieser Teilmenge (Befragte mit Ä/D als auffällig) mit einer PTB.

Die von den Befragten erzielten Rohwerte kann man mit folgenden Zahlen beschreiben.

Der Mittelwert beträgt 9,59. Dabei liegt die Standardabweichung bei 5,29.

Schließlich muss noch erwähnt werden, dass diese Syndromskala Werte zwischen 0 und 32 annehmen kann und dass der Cut-off-Wert auf 11 für Männer und 14 für Frauen festgelegt ist.

### Tabellengruppe 3

#### Statistics

Ängstlich Depressiv

N	Valid	161
	Missing	0
Mean		9,59
Std. Deviation		5,29

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	Ängstlich Depressiv
Mann-Whitney U	2646,500
Wilcoxon W	5649,500
Z	-1,993
Asymp. Sig. (2-tailed)	,046

a. Grouping Variable: Gender

## Ergebnisse

### 8.3.4 PTSD und „Soziale Probleme“

Für die Auswertung dieser Syndromskala kamen nur Befragte unter 18 Jahre sind, da diese Syndromskala nur in YSR (Young Self Report“) vorkommt. Es kamen also 110 Personen in Betracht. Bei 36,4% von denen hat die Syndromskala SP einen auffälligen Wert erreicht 18,2% ist der Anteil der Befragten, bei denen SP zusammen mit PTB auffällig sind.

Der Mittelwert des Rohwerts dieser Syndromskala liegt bei 4,52 und die Standardabweichung beträgt 2,76. Dabei liegen die Rohwerte theoretisch zwischen 0 und 16. Der Cut-off-Wert wurde auf 6 für beide Geschlechter festgelegt.

Das männliche Geschlecht ist mit 20% häufiger als das weibliche betroffen. U-Test hat hier keinen signifikanten Geschlechtsunterschied in der Ausprägung der oben genannten Syndromskala gefunden( $U = 2898$ ,  $p = 0,252$ ).

#### Tabellengruppe 4

##### Statistics

Soziale Probleme		
N	Valid	110
	Missing	0
Mean		4,52
Std. Deviation		2,76

##### Test Statistics<sup>a</sup>

	Soziale Probleme
Mann-Whitney U	1378,000
Wilcoxon W	2863,000
Z	-,807
Asymp. Sig. (2-tailed)	,420

a. Grouping Variable: Gender

### 8.3.5 PTB und „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“

Die statistische Auswertung unserer Daten zeigt, dass es bei 25% der Befragten Syndromskala AsV als auffällig zu bezeichnen ist. Dabei gehört diese Syndromskala zum YASR und betrifft deswegen nur die Teilnehmer ab 19 Jahre Alt, deren Anzahl bei unserer Studie 51 beträgt.

## Ergebnisse

---

Die Auffälligkeit der oben genannten Syndromskala ist mit 53,8% häufiger beim männlichen Geschlecht als beim weiblichen (46,2%). Der U-Test hat dennoch keine signifikante Geschlechtsunterschiede in der Ausprägung der obigen Syndromskala gezeigt ( $U = 233,5$   $p = 0,114$ )

Hierbei sind 15,7% der Befragten mit auffälligem AsV gleichzeitig mit PTB diagnostiziert worden.

Der Mittelwert des Rohwerts dieser Syndromskala beträgt 3,94 und die Standardabweichung liegt bei 2,44. Dabei sind Rohwerte zwischen 0 und 16 möglich. Schließlich ist der Cut-off-Wert bei Jungen und Mädchen auf 7 festgelegt worden.

### Tabellengruppe 5

„Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“

N	Valid	51
	Missing	0
Mean		3,94
Std. Deviation		2,44

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	Aufmerksamkeits-suchendes Verhalten
Mann-Whitney U	272,000
Wilcoxon W	737,000
Z	-,831
Asymp. Sig. (2-tailed)	,406

a. Grouping Variable: Gender

## Ergebnisse

### 8.3.6 PTSD und „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“

37,3% ist der Anteil der Befragten bei unserer Studie, die die Syndromskala S/Z bzw. BV auffällig haben.

Die Auffälligkeit der oben genannten Syndromskala ist mit 56,1% häufiger beim männlichen Geschlecht als beim weiblichen. Der U-Test hat an der Stelle gezeigt, dass es bei der Ausprägung der obigen Syndromskala das Geschlecht signifikant entscheidend ist ( $U = 2368$ ,  $p = 0,03$ ). Wobei die Jungen die jenen die stärker betroffen sind.

Möchte man die PTB in betracht ziehen, so sind 62% der Teilnehmer mit der Syndromskala S/Z und BV als auffällig, mit einer PTB belastet.

Die von den Befragten erzielten Rohwerte kann man mit folgenden Zahlen beschreiben.

Der Mittelwert beträgt 3,11. Dabei liegt die Standardabweichung bei 2,53

Schließlich muss noch erwähnt werden, dass diese Syndromskala Werte zwischen 0 und 14 annehmen kann und dass der Cut-off-Wert auf 4 für beide Geschlechter festgelegt ist.

#### Tabellengruppe 6

„Schizoid/ Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“

N	Valid	161
	Missing	0
Mean		3,11
Std. Deviation		2,53

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	S/Z bzw. BV
Mann-Whitney U	2368,000
Wilcoxon W	5938,000
Z	-2,957
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003

a. Grouping Variable: Gender

## Ergebnisse

---

### 8.3.7 PTSD und Aufmerksamkeitsprobleme

Insgesamt bei 18,6% der Teilnehmer unserer Studie ist die Syndromskala AP auffällig. Dabei ist bei 55,5% der Befragten mit AP als auffällig, die PTB diagnostiziert worden. Der Mittelwert des Rohwerts dieser Syndromskala liegt bei 5,78 und die Standardabweichung beträgt 3,20. Dabei liegen die Rohwerte theoretisch zwischen 0 und 18. Der Cut-off-Wert bei Jungen und Mädchen ist auf 9 festgelegt.

Die weitere Analyse zeigt, dass Jungen mit 12,4% doppelt so hoch als Mädchen (6,2%) von der Auffälligkeit der oben genannten Syndromskala betroffen sind. Dennoch zeigt U-Test keine signifikante Unterschiede in der Ausprägung der oben genannten Syndromskala ( $U = 2872,5$   $p = ,219$ ).

### Tabellengruppe 7

#### Statistics

Aufmerksamkeitsprobleme

N	Valid	161
	Missing	0
Mean		5,78
Std. Deviation		3,20

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	Aufmerksamkeitsprobleme
Mann-Whitney U	2872,500
Wilcoxon W	6442,500
Z	-1,230
Asymp. Sig. (2-tailed)	,219

a. Grouping Variable: Gender

## Ergebnisse

---

### 8.3.8 PTSD und „Dissoziales Verhalten“

Die statistische Untersuchung unserer Stichprobe zeigt, dass es lediglich bei 5,6% der Befragten Syndromskala DV als auffällig zu bewerten ist.

Will man die Geschlechter getrennt betrachten, so sind 1,9% aller Mädchen und 3,7% aller Jungen betroffen. Einen Geschlechtsunterschied in der Ausprägung der oben genannten Syndromskala konnte man nicht mittels U-Test nachweisen ( $U = 2948$ ,  $p = 0,33$ )

Weiterhin ist 55,5% der Befragten mit auffälligem Wert dieser Syndromskala wurden simultan mit PTB diagnostiziert worden.

Ferner beträgt der Mittelwert des Rohwerts dieser Syndromskala beträgt 3,37 und die Standardabweichung liegt bei 2,74. Dabei liegen die möglichen Rohwerte zwischen 0 und 22. Der Cut-Off-Wert ist 9 bei Jungen und 8 bei Mädchen.

### Tabellengruppe 8

#### Statistics

Dissoziales Verhalten		
N	Valid	161
	Missing	0
Mean		3,37
Std. Deviation		2,74

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	Dissoziales Verhalten
Mann-Whitney U	2948,500
Wilcoxon W	6518,500
Z	-,975
Asymp. Sig. (2-tailed)	,330

a. Grouping Variable: Gender

## Ergebnisse

---

### 8.3.9 PTSD und „Aggressives Verhalten“

9,3% ist der Anteil der Befragten bei unserer Studie, die Syndromskala AV als auffällig haben.

Diese Auffälligkeit ist mit 5% häufiger beim männlichen Geschlecht als beim weiblichen (4,3%). Der U-Test zeigt signifikante Geschlechtsunterschiede in der Ausprägung der obigen Syndromskala ( $U = 2653$ ,  $p = 0,04$ ) wobei Jungen stärker betroffen sind.

Möchte man die PTB in betracht ziehen, so sind 86,7% der Teilnehmer mit der Syndromskala AV als auffällig, mit einer PTB belastet.

Die von den Befragten erzielten Rohwerte kann man mit folgenden Zahlen beschreiben.

Der Mittelwert beträgt 8,4. Dabei liegt die Standardabweichung bei 5,6.

Schließlich muss noch erwähnt werden, dass diese Syndromskala Werte zwischen 0 und 38 annehmen kann und dass der Cut-off-Wert auf 18 für Jungen und 17 für Mädchen festgelegt ist.

### Tabellengruppe 9

#### Statistics

Agressives Verhalten		
N	Valid	161
	Missing	0
Mean		8,40
Std. Deviation		5,60

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	Agressives Verhalten
Mann-Whitney U	2653,000
Wilcoxon W	6223,000
Z	-1,972
Asymp. Sig. (2-tailed)	,049

a. Grouping Variable: Gender

## Ergebnisse

### 8.3.10 PTSD und „Internalisierte Auffälligkeiten“

Die statistische Auswertung unserer Daten zeigt, dass es bei 25% der Befragten die übergeordnete Syndromskala INT als auffällig zu einschätzen ist. Dabei setzt sie sich aus drei folgenden Syndromskalen zusammen: „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“ und „Ängstlich Depressiv“. Die weitere Analyse zeigt, dass Jungen mit 31,1% ungefähr gleich so hoch wie Mädchen (32,9%) von der Auffälligkeit der oben genannten übergeordneten Syndromskala betroffen sind. Entsprechend zeigt U-Test hier signifikante Unterschiede in der Ausprägung der oben genannten Syndromskala ( $U = 25715$ ,  $p = 0,025$ ) wobei die Mädchen stärker als Jungen betroffen sind.

Ferner wurden 36,9% unserer Probanden mit auffälligen Werten der Skala INT gleichzeitig mit PTB diagnostiziert worden.

Der Mittelwert des Rohwerts dieser Syndromskala beträgt 15,86 und die Standardabweichung liegt bei 8,43. Dabei sind Rohwerte (die Summe der drei Syndromskalen) zwischen 0 und 64 möglich. Schließlich ist der Cut-off-Wert auf 12 bei Jungen und 15 bei Mädchen festgelegt worden.

#### Tabellengruppe 10

##### Statistics

Internalisierend		
N	Valid	161
	Missing	0
Mean		15,86
Std. Deviation		8,43

##### Test Statistics<sup>a</sup>

	Internalisierend
Mann-Whitney U	2571,500
Wilcoxon W	5574,500
Z	-2,244
Asymp. Sig. (2-tailed)	,025

a. Grouping Variable: Gender

## Ergebnisse

---

### 8.3.11 PTSD und „Externalisierte Auffälligkeiten“

27,3% ist die Prävalenz der Befragten in unserer Stichprobe, die die übergeordnete Syndromskala EXT auffällig haben.

Die Auffälligkeit der oben genannten Syndromskala ist mit 15,5% häufiger beim männlichen Geschlecht als beim weiblichen mit 11,8%. Der U-Test hat aber ergeben, dass es keine signifikante Geschlechtsunterschiede in der Ausprägung dieser übergeordneten Syndromskala nachzuweisen sind ( $U = 2707$ ,  $p = 0,07$ )

Die von den Befragten erzielten Rohwerte kann man mit folgenden Zahlen beschreiben.

Der Mittelwert beträgt 11,78. Dabei liegt die Standardabweichung bei 7,55.

Schließlich muss noch erwähnt werden, dass diese Syndromskala Werte zwischen 0 und 60 annehmen kann und dass der Cut-off-Wert auf 17 für Männer und 16 für Frauen festgelegt ist.

#### Tabellengruppe 11

##### Statistics

Externalisieren		
N	Valid	161
	Missing	0
Mean		11,78
Std. Deviation		7,55

##### Test Statistics<sup>a</sup>

	Externalisieren
Mann-Whitney U	2707,500
Wilcoxon W	6277,500
Z	-1,784
Asymp. Sig. (2-tailed)	,074

a. Grouping Variable: Gender

### 9 Reliabilitätsanalysen

Zu Bestimmung der Reliabilität wurde die interne Konsistenz (Kronbachs Alpha) der Syndromskalen der YSR und YASR berechnet. Die Reliabilitätsanalysen wurden zunächst für die Gesamtstichprobe, danach für Jungen und Mädchen. Außerdem wurde für jede Skala die interne Konsistenz bestimmt, nachdem die Skala jeweils um eines der enthaltenen Items reduziert wurde (Alpha if Item deleted).

#### 9.1 Geschlechtsspezifische Reliabilitätsanalysen für den YSR

Tabelle 1 sind die Werte der internen Konsistenzen der YSR und YASR- Skalen für die Gesamtstichprobe sowie für Jungen und Mädchen zu entnehmen. Als Vergleichswerte werden die Ergebnisse der Studie von Döpfner et al. (1995) sowie Walter und Lehmkuhl (1995) und Robert et al. (1996) aufgeführt. Zur Überprüfung der Signifikanz der Reliabilitätsunterschiede wurden die Referenztabellen von Millsap, Zalkind und Xenos (1990) verwendet.

Döpfner et al. (1995) untersuchten die Reliabilität, die Skalen-Interkorrelationen sowie die Faktorenstruktur der CBCL in einer deutschen Stichprobe. Dazu wurden die Analysen in einer klinischen Stichprobe (kinderpsychiatrische Inanspruchnahme) sowie in einer Klinischen Stichprobe durchgeführt. In den nachfolgenden Abschnitten wird immer Bezug auf die Ergebnisse dieser Studie genommen.

Skala	Kosovostudie			Döpfner et al. (1995)		
	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen
<b>Internalisierende Auffälligkeiten</b>	<b>.86</b>	<b>.89</b>	<b>.83</b>	<b>.86</b>	<b>.89</b>	
Sozialer Rückzug	.71	.72	.65	.59	.65	
Körperliche Beschwerden	.23	.54	.40	.77	.76	
Ängstlich /Depressiv	.79	.83	.77	.82	.86	
<b>Externalisierende Auffälligkeiten</b>	<b>.87</b>	<b>.87</b>	<b>.86</b>	<b>.87</b>	<b>.88</b>	
Dissoziales Verhalten	.66	.75	.51	.70	.77	
Aggressives Verhalten	.83	.81	.85	.84	.82	
<b>Gemischte Auffälligkeiten</b>						
Soziale Probleme	.54	.60	.50	.66	.75	
Schizoid/ Zwanghaft	.56	.61	.60	.57	.56	
Aufmerksamkeitsprobleme	.66	.64	.68	.77	.70	
Gesamtauffälligkeit	.91	.92	.89	.90	.92	.91

**Tabelle 13: Die Werte der internen Konsistenzen der YSR -Skalen für die Gesamtstichprobe sowie für Jungen und Mädchen**

### 9.1.1 Gesamtstichprobe

In der Gesamtstichprobe weist die übergeordnete Skala Gesamtauffälligkeit eine sehr gute interne Konsistenz auf  $\alpha = .91$ . Sie entspricht der von Döpfner et al. (1995) ermittelten internen Konsistenz ( $\alpha = .90$ ). Für die Skala Internalisierende Auffälligkeiten wurde ein  $\alpha = .86$  berechnet, welches als gut einzuschätzen ist.

Die Skala Externalisierende Auffälligkeiten weist ebenfalls eine gute interne Konsistenz ( $\alpha = .87$ ).

Die Reliabilität der Skala Sozialer Rückzug liegt bei  $\alpha = .71$  und ist somit als eingeschränkt zu bewerten. Für die Skala Körperliche Beschwerden wurde ein  $\alpha = .23$  ermittelt, welches als unbefriedigend anzusehen ist. Die Herausnahme des Items 56a (Schmerzen) führt zu einem  $\alpha = .27$ . Auch dieses erhöhte Alpha ist als unbefriedigend einzuschätzen. Die Reliabilitätsunterschiede sind hier statistisch signifikant (Millsap, Zalkind & Xenos, 1990). Die Skala Ängstlich/Depressiv erweist sich mit einer internen Konsistenz von  $\alpha = .79$  als befriedigend.

Bei den Gemischten Auffälligkeiten weist die Skala Aufmerksamkeitsprobleme die höchste interne Konsistenz mit einem  $\alpha = .66$  auf und somit ist die Reliabilität als eingeschränkt zu bewerten. Eine unbefriedigende Reliabilität weist ebenfalls die Skala Soziale Probleme mit einer internen Konsistenz von  $\alpha = .54$  auf. Des Gleichen ist die Reliabilität der Skala Schizoid/ Zwanghaft mit  $\alpha = .56$ . Die Reliabilitätsunterschiede bei SP und S/Z sind jedoch statistisch nicht signifikant (Millsap, Zalkind & Xenos, 1990).

Ein uneinheitliches Bild zeichnet sich bei den Skalen, die den Externalisierenden Auffälligkeiten zugeordnet werden. Während die Skala Aggressives Verhalten mit  $\alpha = .83$  eine gute interne Konsistenz aufweist, ist die Reliabilität der Skala Dissoziales Verhalten mit  $\alpha = .66$  als eingeschränkt einzuschätzen. Sie fällt niedriger als in der Vergleichsstudie aus, wobei die Prüfgröße von Millsap et al. (1990) keine statistisch bedeutsamen Unterschiede anzeigt.

### 9.1.2 Jungen

Auch in der Jungenstichprobe weist die übergeordnete Skala Gesamtauffälligkeit eine sehr gute interne Konsistenz auf ( $a = .92$ ; D:  $a = .92$ ). Sie entspricht exakt der von Döpfner et al. (1995) ermittelten internen Konsistenz. Für die Skala Internalisierende Auffälligkeiten wurde ein befriedigendes Alpha von  $.89$  berechnet (D:  $a = .86$ ), das höher als in der Vergleichsstudie ausfällt. Die Skala Externalisierende Auffälligkeiten weist eine gute interne Konsistenz von  $a = .87$  (D:  $a = .87$ ) auf und entspricht damit exakt der Vergleichsstudie. Die Reliabilitäten der Skalen Sozialer Rückzug sind mit  $a = .72$  (D:  $a = .59$ ) als eingeschränkt zu bewerten. Die Skala Körperliche Beschwerden ist  $a = .54$  (D:  $a = .77$ ) als unbefriedigend einzuschätzen, da auch sie den geforderten Wert für den Rahmen von Gruppenstudien unterschreiten. Bei der Skala Körperliche Beschwerden führt die Herausnahme des Items 56b, 56c, 56d, 56f (Kopfschmerzen, Übelkeit, Augenprobleme und Hautprobleme) zwar zu einem Alpha von  $.55$ , kann aber trotzdem nur als unbefriedigend eingeschätzt werden. Die Skala Ängstlich/Depressiv erweist sich mit einer internen Konsistenz von  $a = .83$  (D:  $a = .82$ ) als gut. Bei den Gemischten Auffälligkeiten weist die Skala Aufmerksamkeitsprobleme die höchste interne Konsistenz mit einem Alpha von  $.64$  auf (D:  $a = .77$ ), ist somit als befriedigend anzusehen. Die beiden anderen Skalen weisen folgende Reliabilitäten auf: Die Skala Soziale Probleme ist mit einer internen Konsistenz von  $a = .60$  (D:  $a = .66$ ) noch als eingeschränkt zu bewerten, und die Reliabilität der Skala Schizoid/Zwanghaft  $a = .61$  (D:  $a = .57$ ) ebenfalls. Bei den Skalen, die den Externalisierenden Auffälligkeiten zugeordnet werden, zeichnet sich ein unterschiedliches Bild. Die Skala Aggressives Verhalten mit  $a = .81$  (D:  $a = .84$ ) weist eine gute interne Konsistenz auf, und die Reliabilität der Skala Dissoziales Verhalten ist mit  $a = .75$  (D:  $a = .70$ ) befriedigend.

### 9.1.3 Mädchen

Bei den Mädchen weist die übergeordnete Skala Gesamtauffälligkeit eine gute interne Konsistenz auf ( $a = .89$ ; D:  $a = .91$ ). Für die Skala Internalisierende Auffälligkeiten wurde ein Alpha von  $.83$  berechnet, welches als gut zu bewerten ist (D:  $a = .89$ ). Die Skala Externalisierende Auffälligkeiten weist eine gute interne Konsistenz von  $a = .86$  (D:  $a = .88$ ) auf und liegt damit etwas niedriger als in der Gesamtstichprobe. Die Reliabilität der Skala Sozialer Rückzug liegt bei  $a = .65$  (D:  $a = .65$ ) und ist damit als befriedigend zu beurteilen, zumal sie auch deutlich gleich wie der Vergleichsstudie liegt. Die Skala Körperliche Beschwerden weist eine interne Konsistenz von  $a = .40$  (D:  $a = .76$ ) auf, und liegt deutlich unter der Vergleichsstudie. Diese interne Konsistenz ist als unbefriedigend zu bewerten, da sie den von Lienert (1969) geforderten Wert für den Rahmen von Gruppenstudien unterschreitet. Die Skala Ängstlich/Depressiv erweist sich mit einer internen Konsistenz von  $a = .77$  als befriedigend (D:  $a = .86$ ). Bei den Gemischten Auffälligkeiten weist die Skala Aufmerksamkeitsprobleme die höchste interne Konsistenz mit einem Alpha von  $.68$  auf. Sie ist als eingeschränkt zu bezeichnen und fällt nicht wesentlich geringer aus als in der Untersuchung von Döpfner et al, (D:  $a = .70$ ). Als unbefriedigend ist die Reliabilität der Skala Soziale Probleme zu bewerten, da sie eine interne Konsistenz von  $a = .50$  (D:  $a = .75$ ) aufweist und ist wesentlich geringer als in der Untersuchung von Döpfner et al. Dagegen ist die Skala Schizoid/Zwanghaft ( $a = .60$ ) als eingeschränkt einzuschätzen. Das Alpha dieser Skala liegt über dem Wert der Vergleichsstudie (D:  $a = .56$ ). Ein uneinheitliches Bild zeichnet sich auch hier bei den Skalen, die den Externalisierenden Auffälligkeiten zugeordnet werden. Während die Skala Aggressives Verhalten mit  $a = .85$  (D:  $a = .82$ ) eine gute interne Konsistenz aufweist und liegt über dem Wert der Vergleichsstudie, ist die Reliabilität der Skala Dissoziales Verhalten mit  $a = .51$  (D:  $a = .77$ ) als unbefriedigend einzuschätzen und liegt wesentlich unter dem Wert der Vergleichsstudie.

## Reliabilitätsanalysen

---

### 9.1.4 Zusammenfassung

Die Reliabilitätsanalysen in der Gesamtstichprobe legen folgende Schlussfolgerungen nahe:

- Die internen Konsistenzen der Skalen des Young Self-Report für die Altersgruppen von 10 bis 20 sind mit denen der deutschen Stichproben vergleichbar.
- Die Skalen Internalisierende Auffälligkeiten, Externalisierende Auffälligkeiten und die Skala Gesamtauffälligkeit erreichen gute bis sehr gute interne Konsistenzen. Eine ebenfalls gute interne Konsistenz weist die Syndromskala Aggressives Verhalten auf.
- Die Skalen, die ängstlich/depressives Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme erfassen, zeigen befriedigende bis gute Reliabilitäten und können im Rahmen von empirischen Studien angewandt und interpretiert werden.
- Die Reliabilitäten der Skalen Schizoid/ Zwanghaft, Soziale Probleme und Dissoziales Verhalten sind nicht ganz zufrieden stellend, können aber für die statistische Auswertung von Gruppenstudien als noch ausreichend reliabel eingeschätzt werden.
- Die Syndromskala Körperliche Beschwerden erweist sich als nicht reliabel.
- Insgesamt gibt es große Übereinstimmungen zu bereits vorliegenden Studien. Einen bemerkenswerten Unterschied weisen nur die Skalen Dissoziales Verhalten und Körperliche Beschwerden auf, für die niedrigere Werte berechnet wurden, was aber möglicherweise auf die vorgenommenen Modifikationen am YSR Übersetzung zurückzuführen ist.

Die durchgeführten geschlechtsspezifischen Reliabilitätsanalysen zeigen, dass es zwischen Jungen und Mädchen große Übereinstimmungen und keine statistisch signifikanten Unterschiede gibt. Die internen Konsistenzen der Skalen Internalisierende Auffälligkeiten, Gesamtauffälligkeit und Schizoid/Zwanghaft sind gut vergleichbar. Die Skalen der Internalisierenden Auffälligkeiten weisen bei den Mädchen durchweg um .05 niedrigere interne Konsistenzen auf als bei den Jungen. Die internen Konsistenzen der Skalen Aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme und Soziale Probleme fallen dagegen bei den Mädchen um .04 höher als bei den Jungen aus. Deutlicher unterscheiden sich dagegen die internen Konsistenzen der Skala Dissoziales Verhalten.

### 9.1.5 Geschlechtsspezifische Teilstichproben des YSR (Young Self Report“).

In Tabelle 14 sind die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Jungen zusammengefasst. Es gibt insgesamt zwölf bedeutsame Korrelationen. Auch hier handelt es sich um Syndromskalen, die inhaltlich verwandt sind und komorbide Auffälligkeiten erfassen. Die höchste Korrelation Ängstlich/Depressiv und Sozialer Rückzug ( $r = .68$ ). Hohe Korrelation findet sich auch zwischen den Skalen Externalisierende Auffälligkeiten und Sozialer Rückzug ( $r = .64$ ), Aggressiväsverhalten und Sozialer Rückzug ( $r = .54$ ), Dissozialesverhalten und Aggressiväsverhalten. Weitere starke Zusammenhänge weisen die Syndromskalen Aufmerksamkeitsprobleme und Sozialer Rückzug ( $r = .53$ ) sowie Aufmerksamkeitsprobleme und Ängstlich/Depressiv ( $r = .55$ ) sowie Körperliche Beschwerden und Sozialer Rückzug ( $r = .55$ ) auf.

Die niedrigste Korrelation findet sich zwischen Soziale Probleme und Schizoid/Zwanghaft ( $r = .13$ ). Die Korrelation zwischen den übergeordneten Skalen Internalisierende Auffälligkeiten und Externalisierende Auffälligkeiten beträgt  $r = .38$ .

In Tabelle 15 sind die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Mädchen zusammengefasst. Auch bei den Mädchen liegt die Mehrzahl der Skaleninterkorrelationen im mittleren Bereich. Es finden sich insgesamt acht Korrelationen, die mehr der Varianz aufklären. Zu diesen gehört die Korrelation Aggressiväsverhalten und Aufmerksamkeitsprobleme ( $r = .75$ ), die Korrelation Aggressiväsverhalten und Dissozialesverhalten ( $r = .56$ ), die Korrelation Ängstlich/Depressiv und Soziale Probleme ( $r = .51$ ), die Korrelation Aufmerksamkeitsprobleme und Ängstlich/Depressiv ( $r = .67$ ) sowie die Korrelation Aufmerksamkeitsprobleme und Dissoziales Verhalten ( $r = .52$ ). Wie schon bei den Korrelationen der Gesamt- bzw. Jungentstichprobe beschrieben, sind diese hohen Korrelationen auf inhaltlich ähnliche Auffälligkeiten zurückzuführen. Die niedrigste Korrelation findet sich zwischen den Skalen

Internalisierende Auffälligkeiten und Dissozialesverhalten ( $r = .14$ ). Die Korrelation zwischen den übergeordneten Skalen Internalisierende Auffälligkeiten und Externalisierende Auffälligkeiten beträgt  $r = .37$ ).

	2 KB	3 Ä/D	4 SP	5 S/Z	6 AP	7 DV	8 AV	9 INT	10 EXT
1 Sozialer Rückzug	.55(.33)	.68(.57)	.49(.40)	.39(.29)	.53(.42)	.37(.33)	.54(.30)	.47(.73)	.64(.34)
2 Körperliche Beschwerden		.51(.46)	.39(.24)	.23(.36)	.45(.40)	.30(.19)	.36(.29)	.26(.73)	.44(.28)
3 Ängstlich/Depressiv			.49(.51)	.31(.48)	.55(.62)	.20(.31)	.39(.41)	.51(.91)	.57(.42)
4 Soziale Probleme				.13(.35)	.46(.55)	.24(.25)	.27(.42)	.45(.50)	.49(.40)
5 Schizoid/Zwanghaft					.43(.39)	.31(.28)	.30(.38)	.24(.49)	.43(.38)
6 Aufmerksamkeits- probleme						.39(.48)	.46(.64)	.22(.63)	.53(.64)
7 Dissozialesverhalten							.59(.63)	.12(.35)	.40(.82)
8 Aggressiväsverhalten								.31(.44)	.52(.96)
9 Internalisierend Auffälligkeiten									.38(.45)

**Tabelle 14: Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Jungen**

	2 KB	3 Ä/D	4 SP	5 S/Z	6 AP	7 DV	8 AV	9 INT	10 EXT
1 Sozialer Rückzug	-(.48)	.38(.70)	.47(.55)	..38(.42)	.37(.39)	.30(.07)	.42(21)	.46(.80)	.36(17)
2 Körperliche Beschwerden		-(.60)	-(.32)	-(.36)	-(.39)	-(.07)	-(35)	-(.79)	-(.26)
3 Ängstlich/Depressiv			.51(.47)	.47(.38)	.67(.61)	.34(..19)	.49(.45)	.41(.94)	.63(.38)
4 Soziale Probleme				.26(.11)	.39(.48)	.25(.00)	.34(.19)	.49(.52)	.43(.12)
5 Schizoid/Zwanghaft					.37(.29)	.30(.28)	.30(.38)	.26(.44)	.27(.37)
6 Aufmerksamkeits- probleme						.52(.39)	.75(.46)	.27(.57)	.73(.47)
7 Dissozialesverhalten							.56(.68)	.14(.15)	.38(.88)
8 Aggressiväsverhalten								.25(.42)	.67(.95)
9 Internalisierend Auffälligkeiten									.37(.34)

**Tabelle 15: Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Mädchen**

### 9.1.6 Skalen-Interkorrelationen. Gesamtstichprobe.

In Tabelle 16 sind die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Gesamtstichprobe zusammengefasst. Es wird deutlich, dass die Korrelationen zwischen den Syndromskalen überwiegend unter  $r = .50$  liegen. Es gibt insgesamt sieben Interkorrelationen, die diesen Wert überschreiten und zwei sind gleich diesem Wert, wobei es sich hier um Skalen handelt, die inhaltlich näher beieinander liegende Störungen erfassen. Der stärkste Zusammenhang besteht zwischen Aufmerksamkeitsprobleme und Ängstlich/Depressiv ( $r = .60$ ). Starker Zusammenhang besteht auch zwischen den Skalen Sozialer Rückzug und Ängstlich/Depressiv ( $r = .53$ ) was auf komorbide Aspekte psychischer Auffälligkeiten sowie ein methodisches Artefakt (beide Skalen haben gemeinsame Items) zurückzuführen ist. Weitere bedeutende Korrelationen finden sich zwischen den Skalen Dissoziales Verhalten und Aggressives Verhalten ( $r = .58$ ) und Aufmerksamkeitsprobleme und Aggressives Verhalten ( $r = .57$ ). Die niedrigste Korrelation besteht zwischen den Skalen Internalisierte Auffälligkeiten und Dissozialesverhalten.

Die Korrelation zwischen Internalisierenden und Externalisierenden Auffälligkeiten beträgt  $r = .37$  ist damit nicht zu berücksichtigen.

	2 KB	3 Ä/D	4 SP	5 S/Z	6 AP	7 DV	8 AV	9 INT	10 EXT
1 Sozialer Rückzug	.38	.53	.48	.38	.47	.33	.48	.46	.50
2 Körperliche Beschwerden		.39	.29	.22	.39	.27	.28	.18	.37
3 Ängstlich/Depressiv			.50	.39	.60	.26	.44	.46	.60
4 Soziale Probleme				.21	.43	.25	.31	.47	.47
5 Schizoid/Zwanghaft					.43	.32	.31	.24	.39
6 Aufmerksamkeits- probleme						.44	.57	.24	.62
7 Dissozialesverhalten							.58	.12	.40
8 Aggressiväsverhalten								.28	.59
9 Internalisierend Auffälligkeiten									.37

**Tabelle 16: Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Gesamtstichprobe, YSR (Alle Korrelationen sind auf dem 1 %-Niveau (zweiseitig) signifikant).**

### 9.2 Geschlechtsspezifische Reliabilitätsanalysen für den YASR.

#### 9.2.1 Gesamtstichprobe

In der Gesamtstichprobe weist die Skala Internalisierende Auffälligkeiten mit  $a = .86$ , welches als gut einzuschätzen ist. Die Skala Externalisierende Auffälligkeiten weist ebenfalls eine gute interne Konsistenz ( $a = .85$ ).

Die Reliabilität der Skala Sozialer Rückzug liegt bei  $a = .69$  und ist somit als eingeschränkt zu bewerten. Für die Skala Körperliche Beschwerden wurde ein  $a = .46$  ermittelt, welches als unbefriedigend anzusehen ist. Die Reliabilitätsunterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant (Millsap, Zalkind & Xenos, 1990). Die Skala Ängstlich/Depressiv erweist sich mit einer internen Konsistenz von  $a = .80$  als gut.

Bei den Gemischten Auffälligkeiten weist die Skala Aufmerksamkeitsprobleme die höchste interne Konsistenz mit einem  $a = .65$  auf und ist somit als eingeschränkt zu bewerten. Eine unbefriedigende Reliabilität weist die Skala Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten mit einer internen Konsistenz von  $a = .55$  auf. Dagegen ist die Reliabilität der Skala Bizarres Verhalten mit  $a = .60$  als befriedigend einzuschätzen. Ein uneinheitliches Bild zeichnet sich bei den Skalen, die den Externalisierenden Auffälligkeiten zugeordnet werden. Während die Skala Aggressives Verhalten mit  $a = .82$  eine gute interne Konsistenz aufweist, ist die Reliabilität der Skala Dissoziales Verhalten mit  $a = .61$  als eingeschränkt einzuschätzen. Sie fällt niedriger als in der Vergleichsstudie aus (Roberts, Solovitz, Chen, & Casat (1996), wobei die Prüfgröße von Millsap et al. (1990) keine statistisch bedeutsamen Unterschiede anzeigt.

#### 9.2.2 Jungen

Auch in der Jungenstichprobe weist die Skala Internalisierende Auffälligkeiten ein gutes Alpha von  $.88$  ( $M: a = .37$ ) auf, das höher als in der Vergleichsstudie ausfällt. Die Skala Externalisierende Auffälligkeiten weist ebenfalls eine gute interne Konsistenz von  $a = .85$

( $M: a = .27$ ) auf und ist damit weit höher als die Vergleichstichprobe. Die Reliabilität der Skala Sozialer Rückzug ist mit  $a = .69$  ( $M: a = .35$ ) als eingeschränkt zu bewerten. Mit a

= .54 (M:  $\alpha$  = .15) war die Syndromskala Körperliche Beschwerden als unbefriedigend zu bewerten.

Die Skala Ängstlich/Depressiv erweist sich mit einer internen Konsistenz von  $\alpha$  = .82 (M:  $\alpha$  = .37) als gut. Bei den Gemischten Auffälligkeiten weist die Skala Aufmerksamkeitsprobleme die höchste interne Konsistenz mit einem Alpha von .62 auf (M:  $\alpha$  = .18), und ist somit befriedigend. Die beiden anderen Skalen weisen niedrigere Reliabilitäten auf: Die Reliabilität der Skalen Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten mit ihrer internen Konsistenz von  $\alpha$  = .56 (M:  $\alpha$  = .28) und Bizarres Verhalten mit  $\alpha$  = .58 sind als eingeschränkt anzusehen. Der Vergleich dieser internen Konsistenzen mit der Untersuchung von Marijke. B. Hofstra, Jan Van der Ende und Frank. C. Verhulst (2001) zeigt, dass die in ihrer Stichprobe ermittelten Reliabilitäten weit niedriger ausfallen, und dass die Unterschiede statistisch bedeutsam sind. Bei den Skalen, die den Externalisierenden Auffälligkeiten zugeordnet werden, zeichnet sich ein unterschiedliches Bild. Die Skala Aggressives Verhalten mit  $\alpha$  = .80 (M:  $\alpha$  = .31) weist eine gute interne Konsistenz auf, und die Reliabilität der Skala Dissoziales Verhalten mit  $\alpha$  = .68 (M:  $\alpha$  = .19) als befriedigend.

### **9.2.3 Mädchen**

Bei den Mädchen, für die Skala Internalisierende Auffälligkeiten wurde ein Alpha von .83 berechnet, welches als gut zu bewerten ist (M:  $\alpha$  = .36). Die Skala Externalisierende Auffälligkeiten weist eine gute interne Konsistenz von  $\alpha$  = .83 (M:  $\alpha$  = .44) auf und liegt damit etwas niedriger als in der Gesamtstichprobe. Die Reliabilität der Skala Sozialer Rückzug liegt bei  $\alpha$  = .69 (M:  $\alpha$  = .33) und ist damit als befriedigend zu beurteilen. Die Skala Körperliche Beschwerden weist eine interne Konsistenz von  $\alpha$  = .33 (M:  $\alpha$  = .26) auf, und liegt deutlich über der Vergleichsstudie. Diese interne Konsistenz ist als unbefriedigend zu bewerten, da sie den von Lienert (1969) geforderten Wert für den Rahmen von Gruppenstudien unterschreitet. Die Skala Ängstlich/Depressiv erweist sich mit einer internen Konsistenz von  $\alpha$  = .77 als befriedigend (M:  $\alpha$  = .25). Bei den Gemischten Auffälligkeiten weist die Skala Aufmerksamkeitsprobleme die höchste interne Konsistenz mit einem Alpha von .68 auf. Sie ist als eingeschränkt zu bezeichnen (M:  $\alpha$  = .21). Unbefriedigend ist die Reliabilität der Skala Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten zu bewerten, da sie eine interne Konsistenz von  $\alpha$  = .54 (M:  $\alpha$  = .15) aufweist, ist aber immerhin weit höher als bei Millsap et al. (1990). Die Skala Bizarres Verhalten ( $\alpha$  = .59) nur als unbefriedigend einzuschätzen.

Ein uneinheitliches Bild zeichnet sich auch hier bei den Skalen, die den Externalisierenden Auffälligkeiten zugeordnet werden. Während die Skala Aggressives Verhalten mit  $\alpha = .83$  (M:  $\alpha = .28$ ) eine gute interne Konsistenz aufweist, ist die Reliabilität der Skala Dissoziales Verhalten mit  $\alpha = .45$  (M:  $\alpha = .18$ ) als unbefriedigend einzuschätzen und somit aber immerhin über dem  $\alpha$ -Wert der oben genannten Vergleichstudie.

Skala	Kosovostudie			Millsap et al. (1990)	Robert et al. (1996)	
	Gesamt	Jungen	Mädchen	Gesamt	Jungen	Mädchen
<b>Internalisierende Auffälligkeiten</b>	<b>.86</b>	<b>.88</b>	<b>.83</b>	<b>.88</b>	<b>.37</b>	<b>.36</b>
Sozialer Rückzug	.69	.69	.69	.79	.35	.33
Körperliche Beschwerden	.46	.54	.33	.80	.15	.26
Ängstlich /Depressiv	.80	.82	.77	.89	.37	.25
<b>Externalisierende Auffälligkeiten</b>	<b>.85</b>	<b>.85</b>	<b>.83</b>	<b>.86</b>	<b>.27</b>	<b>.44</b>
Dissoziales Verhalten	.61	.68	.45	.86	.19	.18
Aggressives Verhalten	.82	.80	.83	.82	.31	.28
<b>Gemischte Auffälligkeiten</b>						
Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten	.55	.56	.54	.72	.28	.15
Bizarres Verhalten	.60	.58	.59	.83		
Aufmerksamkeitsprobleme	.65	.62	.68	.84	.18	.21

**Tabelle 17: Die Werte der Internen Konsistenzen der YASR- Skalen für die Gesamtstichprobe sowie für Jungen und Mädchen.**

	2 KB	3 Ä/D	4 SP	5 S/Z	6 AP	7 DV	8 AV	9 INT	10 EXT
1 Sozialer Rückzug	.41(.)	.76(.)	.53()	.32(.)	.47(.)	.29(.)	--()	.47(.)	.20()
2 Körperliche Beschwerden		.55(.)	.78(.)	.08(.)	.55(.)	.68()	--()	.20(.)	.29(.)
3 Ängstlich/Depressiv			.71(.)	.29(.)	.70(.)	.38(.)	--(.)	.25(.)	.00(.)
4 Soziale Probleme				.27(.)	.35(.)	.53(.)	--(.)	.25()	.17(.)
5 Schizoid/Zwanghaft					.00()	.33(.)	--(.)	.07(.)	-.07()
6 Aufmerksamkeits- probleme						.39(.)	--(.)	.35(.)	.00()
7 Dissozialesverhalten							--()	.13()	.53()
8 Aggressiväsverhalten								--(.)	--()
9 Internalisierend Auffälligkeiten									-.17(.)

**Tabelle 18: Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Jungen, YASR.**

	2 KB	3 Ä/D	4 SP	5 S/Z	6 AP	7 DV	8 AV	9 INT	10 EXT
1 Sozialer Rückzug	-(.)	.52(.)	.70()	.45(.)	.70(.)	-.20(.)	.37()	.40(.)	.45()
2 Körperliche Beschwerden		-(.)	-(.)	-(.)	-(.)	-(.)	-0	-(.)	-(.)
3 Ängstlich/Depressiv			.83(.)	.63(.)	.83(.)	-.18(.)	.44(.)	.33(.)	.31(.)
4 Aufmerksamkeits- suchendes Verhalten				.52(.)	1(.)	-.14(.)	.53(.)	.27()	.52(.)
5 Bizarres Verhalten					.52(.)	-.28(.)	.27(.)	.17(.)	.14()
6 Aufmerksamkeits- probleme						-.14(.)	.53(.)	.27(.)	.52(.)
7 Dissozialesverhalten							-.07(.)	.14(.)	.27(.)
8 Aggressiväsverhalten								.14(.)	.27(.)
9 Internalisierend Auffälligkeiten									.17(.)

**Tabelle 19: Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Mädchen , YASR.**

**Tabelle 20: Die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Gesamtstichprobe, YASR (Alle Korrelationen sind auf dem 1 %-Niveau (zweiseitig) signifikant).**

	2 KB	3 Ä/D	4 SP	5 S/Z	6 AP	7 DV	8 AV	9 INT	10 EXT
1 Sozialer Rückzug	.32	.65	.61	.37	.58	.04	.22	.43	.27
2 Körperliche Beschwerden		.41	.53	.03	.44	.46	-.05	.14	.09
3 Ängstlich/Depressiv			.76	.44	.75	.12	.28	.34	.14
4 Aufmerksamkeits-suchendes Verhalten				.39	.64	.20	.37	.26	.35
5 Bizarres Verhalten					.21	.03	.21	.12	.07
6 Aufmerksamkeitsprobleme						.14	.31	.31	.20
7 Dissozialesverhalten							-.05	.14	.37
8 Aggressiväsverhalten								.10	.26
9 Internalisierend Auffälligkeiten									.01

### 9.2.4 Geschlechtsspezifische Teilstichproben des YASR („Young Adult Self Report“).

In Tabelle 20 sind die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen des YASR und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Jungen zusammengefasst. Es gibt insgesamt zehn bedeutsame Korrelationen. Auch hier handelt es sich um Syndromskalen, die inhaltlich verwandt sind und komorbide Auffälligkeiten erfassen. Die höchste Korrelation Ängstlich/Depressiv und Sozialer Rückzug ( $r = .76$ ). Hohe Korrelation findet sich auch zwischen den Skalen Körperliche Beschwerde und Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten ( $r = .78$ ), Ängstlich/Depressiv und Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten ( $r = .71$ ). Weitere starke Zusammenhänge weisen die Syndromskalen Aufmerksamkeitsprobleme und Ängstlich/Depressiv ( $r = .70$ ) sowie Aufmerksamkeitsprobleme und Körperliche Beschwerde ( $r = .55$ ) sowie Körperliche Beschwerde und Dissoziales Verhalten ( $r = .68$ ) auf.

Die niedrigste Korrelation findet sich zwischen Dissoziales Verhalten und Internalisierte Auffälligkeiten ( $r = .13$ ). Die Korrelation zwischen den übergeordneten Skalen Internalisierende Auffälligkeiten und Externalisierende Auffälligkeiten beträgt  $r = .17$ .

In Tabelle 3 sind die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Teilstichprobe der Mädchen zusammengefasst. Auch bei den Mädchen liegt die Mehrzahl der Skaleninterkorrelationen im mittleren Bereich. Es finden sich insgesamt sechs Korrelationen, die mehr der Varianz aufklären. Zu diesen gehört die Korrelation Sozialer Rückzug und Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten ( $r = .70$ ), die Korrelation Sozialer Rückzug und Aufmerksamkeitsprobleme ( $r = .70$ ), die Korrelation Ängstlich/Depressiv und Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten ( $r = .83$ ), die Korrelation Bizarres Verhalten und Ängstlich/Depressiv ( $r = .63$ ) sowie die Korrelation Aufmerksamkeitsprobleme und Ängstlich/Depressiv ( $r = .83$ ) und Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten mit Aufmerksamkeitsprobleme ( $r = 1$ ). Wie schon bei den Korrelationen der Gesamt- bzw. Jungentstichprobe beschrieben, sind diese hohen Korrelationen auf inhaltlich ähnliche Auffälligkeiten zurückzuführen. Die niedrigste Korrelation findet sich zwischen den Skalen Internalisierende Auffälligkeiten und Dissozialesverhalten ( $r = .14$ ). Die Korrelation zwischen den übergeordneten Skalen Dissoziales Verhalten und Aggressives Verhalten beträgt  $r = .07$ .

### 9.2.5 Skalen-Interkorrelationen des YASR. Gesamtstichprobe

In Tabelle 14 sind die Interkorrelationen zwischen den einzelnen Syndromskalen und den übergeordneten Skalen für die Gesamtstichprobe zusammengefasst. Es wird deutlich, dass die Korrelationen zwischen den Syndromskalen überwiegend unter  $r = .50$  liegen. Es gibt insgesamt sieben Interkorrelationen, die diesen Wert überschreiten, wobei es sich hier um Skalen handelt, die inhaltlich näher beieinander liegende Störungen erfassen. Der stärkste Zusammenhang besteht zwischen Ängstlich/Depressiv und Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten ( $r = .76$ ). Stark korreliert sind auch Aufmerksamkeitsprobleme und Ängstlich/Depressiv ( $r = .75$ ). Starker Zusammenhang besteht auch zwischen den Skalen Sozialer Rückzug und Ängstlich/Depressiv ( $r = .65$ ) was auf komorbide Aspekte psychischer Auffälligkeiten sowie ein methodisches Artefakt (beide Skalen haben gemeinsame Items) zurückzuführen ist. Weitere bedeutende Korrelationen finden sich zwischen den Skalen Sozialer Rückzug und Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten ( $r = .61$ ) und Aufmerksamkeitsprobleme und Sozialer Rückzug ( $r = .58$ ). Die niedrigste Korrelation besteht zwischen den Skalen Internalisierenden und Externalisierenden Auffälligkeiten  $r = .01$ , und ist damit nicht zu berücksichtigen.

## 10 Hypothesenüberprüfung

### 10.1 Hypothese I: Geschlechtsunterschiede bezüglich der Internalisierenden Auffälligkeiten.

**A I:** Im Gefolge einer Traumatisierung sind die Frauen signifikant häufiger von PTSD betroffen als Männer.

**B I:** Die Frauen, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu den Männern eine stärkere Ausprägung der Syndromskalen „Sozialer Rückzug“, „Ängstlich/Depressiv“ und „Körperliche Beschwerden“ auf.

**C I:** Die Männer, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu den Frauen eine stärkere Ausprägung der Syndromskalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ auf.

Die statistische Untersuchung unserer Stichprobe ist in der Tabellengruppe 12 dargestellt:

#### Tabellengruppe 12: Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und PTSD

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Gender * PTB	161	100,0%	0	,0%	161	100,0%

**Gender \* VDiagnose Crosstabulation**

Count				
		PTB		Total
		keine PTB	PTB	
Gender	f	61	23	84
	m	59	18	77
Total		120	41	161

## Hypothesenüberprüfung

---

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,339 <sup>b</sup>	1	,560		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,161	1	,688		
Likelihood Ratio	,340	1	,560		
Fisher's Exact Test				,591	,345
Linear-by-Linear Association	,337	1	,561		
N of Valid Cases	161				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,61.

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-,046	,560
	Cramer's V	,046	,560
	Contingency Coefficient	,046	,560
N of Valid Cases		161	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## Überprüfung A I

Der obigen Tabellengruppe entnehmen wir, dass die einseitige exakte Signifikanz des Fisher-Yates-Tests 0,560 beträgt und somit weit größer als das vereinbarte Signifikanzniveau von (0,05). Dessen zufolge muss die oben genannte Hypothese verworfen werden. Die Vermutung über die Existenz eine Assoziation zwischen der PTB und dem Geschlecht konnte man anhand der vorliegenden Daten statistisch nicht nachweisen.

**Tabellengruppe 13: Der T-Test auf den Geschlechtunterschied bei der Ausprägung der übergeordneten Syndromskala „Sozialer Rückzug“, „Ängstlich/Depressiv“ und „Körperliche Beschwerden“.**

### Group Statistics

	Gender	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Intenalisierend	m	18	23,67	9,95	2,34
	f	23	22,87	7,89	1,65

## Hypothesenüberprüfung

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Internalisierend	Equal variances assumed	1,680	,202	,286	39	,776	,80	2,78	-4,83	6,43
	Equal variances not assumed			,278	31,897	,783	,80	2,86	-5,04	6,63

### Überprüfung B I

Um diese Hypothese überprüfen zu können wurde der t-Test herangezogen, nachdem man die Erfüllung aller Voraussetzungen zu dessen Durchführung kontrolliert hat.

Der obigen Tabelle entnehmen wir, dass der t-Test mit ( $t = 0,286$   $p = 0,776/2 = 0,391$ ) nicht signifikant ist. Wir haben hier die zweiseitige Signifikanz durch 2 geteilt um die einseitige zu erhalten, da unsere Hypothese gerichtet ist.

Aufgrund der obigen Ergebnisse ist die Hypothese über einen signifikanten Geschlechtsunterschied zugunsten der Frauen in der Ausprägung der übergeordneten Syndromskala „Internalisierte Auffälligkeiten“ bei PTB-Betroffenen zu verwerfen.

Anzumerken ist hier, dass „Internalisierte Auffälligkeiten“ die Summe von „Sozialer Rückzug“, „Ängstlich/Depressiv“ und „Körperliche Beschwerden“ darstellt.

**Tabellengruppe 14: Der T-Test auf den Geschlechtunterschied bei der Ausprägung der übergeordneten Syndromskala „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“.**

Group Statistics

Gender		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Externalisieren	m	18	18,39	8,03	1,89
	f	23	15,30	8,76	1,83

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Externalisieren	Equal variances assumed	,000	,989	1,160	39	,253	3,08	2,66	-2,29	8,46
	Equal variances not assumed			1,173	37,967	,248	3,08	2,63	-2,24	8,41

## Hypothesenüberprüfung

---

### Überprüfung C I

Nach dem man sich vergewissert hat, dass alle Voraussetzungen eines t- Tests erfüllt sind konnte man ihn mithilfe von SPSS auf unsere Daten anwenden.

Der Tabellengruppe 14 zufolge muss die oben vorgestellte Hypothese verworfen werden ( $t = 1,160$ ,  $p = 0,253/2 = 0,124 > 0,05$ ). Einen Geschlechtsunterschied bei den Traumatisierten mit PTSD zugunsten des männlichen Geschlechts in der Ausprägung der übergeordneten Syndromskala „Externalisierte Auffälligkeiten“ konnte anhand unserer Daten nicht bestätigt werden.

### 10.2 Hypothese II: PTSD und „Sozialer Rückzug“.

**A II:** Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Sozialer Rückzug“.

**B II:** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keine PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Sozialer Rückzug“ auf.

Die benötigten Daten für die statistische Auswertung sind in der Tabellengruppe 15 zusammengefasst:

### Tabellengruppe 15: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Sozialer Rückzug“

PTB \* SR Crosstabulation

Count		SR		Total
		unauffällig	auffällig	
PTB	keine PTB	100	20	120
	PTB	16	25	41
Total		116	45	161

## Hypothesenüberprüfung

---

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	29,792 <sup>b</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	27,633	1	,000		
Likelihood Ratio	27,799	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	29,607	1	,000		
N of Valid Cases	161				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,46.

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,430	,000
	Cramer's V	,430	,000
	Contingency Coefficient	,395	,000
N of Valid Cases		161	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## Überprüfung A II

Tabellengruppe 15 entnehmen wir folgende Ergebnisse:  $p = 0,000 < 0,05$  ist einseitige Signifikanz. Zusammen mit dem positiven Vorzeichen des  $\Phi$ -Koeffizients, sind die Hochsignifikanz und die positive Richtung dieses Zusammenhangs bewiesen. Demgemäß belegt die statistische Untersuchung der Stichprobe die von den theoretischen Überlegungen abgeleitete positive Assoziation zwischen der Diagnosestellung von PTB und dem sozialen Rückzug.

Anzumerken ist hier noch, dass der oben beschriebene Zusammenhang mit Cramer's V = 0,430 als mittelstark eingestuft werden kann.

## Hypothesenüberprüfung

---

### Mann-Whitney Test

#### Ranks

PTB		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sozialer Rückzug	keine PTB	120	69,02	8282,50
	PTB	41	116,06	4758,50
	Total	161		

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	Sozialer Rückzug
Mann-Whitney U	1022,500
Wilcoxon W	8282,500
Z	-5,617
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: PTB

### Tabellengruppe 16: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B II

#### Überprüfung B II

Nachdem die Voraussetzungen eines t-Tests in diesem Fall nicht gegeben waren, ist zur Überprüfung dieser Unterschiedshypothese der U-Test herangezogen worden.

Die Tabellengruppe 16 liefert ein hochsignifikantes Ergebnis ( $p=0,000$ ) und belegt somit statistisch die oben vorgestellte Hypothese über den signifikanten PTB- bedingten Unterschied in der Ausprägung der Syndromskala „ Sozialer Rückzug“.

### 10.3 Hypothese III: PTSD und „Ängstlich/Depressiv“.

**A III:** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Auffälligkeit der Syndromskala „Ängstlich/Depressiv“.

**B III:** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Ängstlich/Depressiv“ auf.

Die Tabellengruppe 17 fasst die Ergebnisse der statistischen Untersuchung der oben aufgeführten Hypothese zusammen.

## Hypothesenüberprüfung

---

**Tabellengruppe 17: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Ängstlich / Depressiv“.**

### PTB \* ÄD Crosstabulation

Count

		ÄD		Total
		unauffällig	auffällig	
PTB	keine PTB	102	18	120
	PTB	18	23	41
Total		120	41	161

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	27,193 <sup>b</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	25,071	1	,000		
Likelihood Ratio	25,024	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	27,024	1	,000		
N of Valid Cases	161				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,44.

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,411	,000
	Cramer's V	,411	,000
	Contingency Coefficient	,380	,000
N of Valid Cases		161	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## Hypothesenüberprüfung

---

### Überprüfung A III

Der Tabellengruppe 17 entnehmen wir, dass die einseitige exakte Signifikanz nach Fischer  $p=0,000$  beträgt und dass das Vorzeichen des  $\Phi$ - Koeffizients positiv ist. Ferner beträgt Cramer's  $V$  0,411. Daraus schließen wir einen positiven, hochsignifikanten, und mittelstarken statistischen Zusammenhang. Demgemäß belegt die statistische Untersuchung der Stichprobe die, von der Theorie abgeleitete, positive Assoziation zwischen der Diagnosestellung von PTB und der Syndromskala Ä/D.

**Group Statistics**

	PTB	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Angstlich Depressiv	PTB	41	14,15	5,60	,87
	keine PTB	120	8,03	4,19	,38

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Angstlich Depressiv	Equal variances assumed	5,274	,023	7,372	159	,000	6,11	,83	4,48	7,75
	Equal variances not assumed			6,407	56,082	,000	6,11	,95	4,20	8,02

### Tabellengruppe 18: Der T-Test zur Überprüfung der Hypothese B III

#### Überprüfung B III

Hier hat sich der T-Test als geeignet ergeben, da seine Bedingungen erfüllt sind.

Tabellengruppe 18 entnehmen wir, dass die Signifikanz des oben genannten Tests  $p=0,000/2 = 0,000$  beträgt (hier wird die, in der Tabelle enthaltene, zweiseitige Signifikanz durch 2 dividiert um die einseitige zu erhalten). Damit ist die oben genannte Hypothese, die von einem PTB- bedingten Mittelwertunterschied in der Ausprägung der Syndromskala „Ängstlich/Depressiv“, statistisch belegt.

## Hypothesenüberprüfung

---

### 10.4 Hypothese IV: PTSD und „Soziale Probleme“.

**A IV:** Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der posttraumatischen Belastungsstörung und der und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Soziale Probleme“.

**B IV:** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Soziale Probleme“ auf.

In der Tabellengruppe 19 sind die Ergebnisse der statistischen Auswertung dargestellt.

### Tabellengruppe 19: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Soziale Probleme“.

**PTB\* SP Crosstabulation**

Count		SP		Total
		unauffällig	auffällig	
PTB	keine PTB	63	20	83
	PTB	7	20	27
Total		70	40	110

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21,990 <sup>b</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	19,883	1	,000		
Likelihood Ratio	21,640	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	21,790	1	,000		
N of Valid Cases	110				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,82.

## Hypothesenüberprüfung

---

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,447	,000
Nominal	Cramer's V	,447	,000
	Contingency Coefficient	,408	,000
N of Valid Cases		110	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

### Überprüfung A IV

Laut obiger Tabellengruppe, beträgt die einseitige exakte Signifikanz nach Fischer 0,000 und deutet auf einen hochsignifikanten Zusammenhang hin. Dabei beträgt Carmer's V 0,447, wodurch der Zusammenhang als mittelstark bezeichnet werden kann, und da das Vorzeichen des  $\Phi$ -Koeffizients positiv ist, ist es uns gelungen, mittels einer statistischen Untersuchung der Stichprobe, den positiven signifikanten Zusammenhang zwischen der Diagnosestellung von PTB und der Syndromskala SP bei der Zielpersonen unserer Forschung zu belegen.

### Mann-Whitney Test

#### Ranks

	PTB	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Soziale Probleme	keine PTB	83	47,75	3963,50
	PTB	27	79,31	2141,50
	Total	110		

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	Soziale Probleme
Mann-Whitney U	477,500
Wilcoxon W	3963,500
Z	-4,497
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

- a. Grouping Variable: PTB

### Tabellengruppe 20: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B IV

## Hypothesenüberprüfung

---

### Überprüfung B IV

Um die Korrektheit der oben genannten Hypothese kontrollieren zu können, hat man mithilfe des SPSS einen U-Test durchgeführt, da die Voraussetzungen eines T-Test nicht erfüllt waren. Die Tabellengruppe 20 enthält den Ausgang des oben genannten Test und zeigt eine zweiseitige Signifikanz ( $p=0,000$ ). Um die einseitige Signifikanz zu erhalten muss der oben stehende Wert durch Zwei dividiert werden. Folglich ist der U-Test mit ( $p=0,000$ ) hochsignifikant und gilt als statistischer Beweis für die, von uns gestellte Unterschiedshypothese in der Ausprägung der Syndromskala „Soziale Probleme“ infolge der PTB.

### 10.5 Hypothese V: PTSD und „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“.

**A V:** Bei traumatisierten Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen die Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“.

**B V:** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“ auf.

### Tabellengruppe 21: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“.

PTB \* AsV Crosstabulation

Count		AsV		Total
		unauffällig	auffällig	
PTB	keine PTB	32	5	37
	PTB	6	8	14
Total		38	13	51

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,180 <sup>b</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>a</sup>	8,012	1	,005		
Likelihood Ratio	9,473	1	,002		
Fisher's Exact Test				,003	,003
Linear-by-Linear Association	9,980	1	,002		
N of Valid Cases	51				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,57.

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,447	,001
	Cramer's V	,447	,001
	Contingency Coefficient	,408	,001
N of Valid Cases		51	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## Überprüfung A V

Die einseitige exakte Signifikanz nach Fischer  $p'$  beträgt 0,003 und ist kleiner als das vereinbarte Signifikanzniveau von 0,005 womit die Signifikanz des Zusammenhang bewiesen wird. Dabei war Cramer's V 0,477 woraus man einen mittelstarken Zusammenhang schließen kann und schließlich ist das Vorzeichen des  $\Phi$ - Koeffizients positiv was die positive Zusammenhgangsrichtung belegt. Der obigen Betrachtungen zufolge, konnte die vermutete positive Assoziation zwischen PTB und der Syndromskala AsV, statistisch nachgewiesen werden.

## Hypothesenüberprüfung

---

### Mann-Whitney Test

Ranks

	PTB	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AsV	keine PTB	37	21,39	791,50
	PTB	14	38,18	534,50
	Total	51		

Test Statistics<sup>a</sup>

	AsV
Mann-Whitney U	88,500
Wilcoxon W	791,500
Z	-3,635
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: PTB

### Tabellengruppe 22: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B V

#### Überprüfung B V

Nachdem die Voraussetzungen eines T-Tests in diesem Fall nicht gegeben waren, ist zur Überprüfung dieser Unterschiedshypothese der U-Test herangezogen worden.

Tabellengruppe 22 entnehmen wir eine zweiseitige Signifikanz ( $p=0,000$ ). Da wir mit einer einseitigen Hypothese arbeiten, ist dieser Wert durch Zwei zu dividieren. Die einseitige Signifikanz beträgt somit ( $p=0,000 < 0,05$ ) und belegt statistisch die oben vorgestellte Hypothese über den signifikanten PTB-Bedingten Mittelwertunterschied der Syndromskala „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“.

#### 10.6 Hypothese VI: PTSD und „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“.

**A VI:** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“.

## Hypothesenüberprüfung

---

**B VI:** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keine PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“ auf.

Die Tabellengruppe 23 fasst die relevanten statistischen Ergebnisse zusammen.

**Tabellengruppe 23: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Schizoid / Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“.**

**PTB & S/Z bzw. BV**

Count		S/Z und BV		Total
		unaffällig	auffällig	
PTB	keine PTB	83	37	120
	PTB	18	23	41
Total		101	60	161

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,343 <sup>b</sup>	1	,004		
Continuity Correction <sup>a</sup>	7,297	1	,007		
Likelihood Ratio	8,147	1	,004		
Fisher's Exact Test				,005	,004
Linear-by-Linear Association	8,291	1	,004		
N of Valid Cases	161				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,28.

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,228	,004
Nominal	Cramer's V	,228	,004
	Contingency Coefficient	,222	,004
N of Valid Cases		161	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

### Überprüfung A VI

Der obigen Tabellengruppe entnehmen wir die einseitige empirisch ermittelte exakte Signifikanz nach Fischer 0,004 beträgt und ein positives Vorzeichen des  $\Phi$ -Koeffizients. Außerdem beträgt Cramer's V 0,228. Daraus erkennen wir einen positiven, auf dem 0,001-Niveau hochsignifikanten, mittelstarken Zusammenhang. Demgemäß belegt die statistische Untersuchung der Stichprobe den positiven Zusammenhang zwischen PTB und der Syndromskala S/Z bzw. BV.

### Mann-Whitney Test

#### Ranks

	PTB	N	Mean Rank	Sum of Ranks
S/Z bzw. BV	keine PTB	120	72,83	8740,00
	PTB	41	104,90	4301,00
	Total	161		

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	S/Z bzw. BV
Mann-Whitney U	1480,000
Wilcoxon W	8740,000
Z	-3,837
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

- a. Grouping Variable: PTB

### Tabellengruppe 24: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B VI

## Hypothesenüberprüfung

---

### Überprüfung B VI

Um die Korrektheit der oben genannten Hypothese kontrollieren zu können, hat man mithilfe des SPSS einen U-Test durchgeführt, da die Voraussetzungen eines T-Test nicht erfüllt waren. Die Tabellengruppe 24 enthält den Ausgang des oben genannten Tests und zeigt eine hochsignifikantes Ergebnis ( $p_{\text{einseitig}} = 0,000/2 = 0,000$ ) und beweist somit die von uns gestellte Unterschiedshypothese in der Ausprägung der Syndromskala „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“ infolge der PTB.

### 10.7 Hypothese VII: PTSD und „Aufmerksamkeitsprobleme“.

**A VII:** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Aufmerksamkeitsprobleme“.

**B VII:** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Aufmerksamkeitsprobleme“ auf.

Die statistische Untersuchung ist in der Tabellengruppe 25 ausführlich dargestellt.

**Tabellengruppe 25: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Aufmerksamkeitsprobleme“.**

**PTB \* AP Crosstabulation**

Count		AP		Total
		uauffällig	auffällig	
PTB	keine PTB	105	15	120
	PTB	26	15	41
Total		131	30	161

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,692 <sup>b</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>a</sup>	10,158	1	,001		
Likelihood Ratio	10,563	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	11,620	1	,001		
N of Valid Cases	161				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,64.

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,269	,001
	Cramer's V	,269	,001
	Contingency Coefficient	,260	,001
N of Valid Cases		161	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

## Überprüfung A VII

Tabellengruppe 25 entnehmen wir, dass die einseitige empirisch ermittelte exakte Signifikanz nach Fischer 0,001 beträgt und dass der  $\Phi$ -Koeffizient ein positives Vorzeichen aufweist. Weiterhin beträgt Cramer's V 0,269. Daraus folgt, dass der vorliegende Zusammenhang hochsignifikant und positiv ist. Somit belegt die statistische Auswertung unserer Daten den positiven Zusammenhang zwischen PTB und der Syndromskala AP.

Abschließend ist zu erwähnen, dass der oben besagte Zusammenhang als schwach eingestuft werden kann.

### Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Aufmerksamkeitsprobleme	PTB	41	7,71	3,54	,55
	keine PTB	120	5,12	2,80	,26

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Aufmerksamkeitsprobleme	Equal variances assumed	3,823	,052	4,767	159	,000	2,59	,54	1,52	3,66
	Equal variances not assumed			4,249	57,979	,000	2,59	,61	1,37	3,81

**Tabellengruppe 26: Der T-Test zur Überprüfung der Hypothese B VII**

**Überprüfung B VII**

Um die Korrektheit der oben genannten Hypothese kontrollieren zu können, hat man mithilfe des SPSS einen T-Test durchgeführt, da seine Voraussetzungen erfüllt waren.

Die Tabellengruppe 26 enthält den Ausgang des oben genannten Tests und zeigt eine hochsignifikantes Ergebnis ( $p_{\text{einseitig}} = p_{\text{zweiseitig}} / 2 = 0,000 / 2 = 0,000$ ) und beweist somit die, von uns gestellte Unterschiedshypothese in der Ausprägung der Syndromskala „Aufmerksamkeitsprobleme“ infolge der PTB.

**10.9 Hypothese VIII: PTSD und „Dissoziales Verhalten“.**

**A VIII:** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Dissoziales Verhalten“.

**B VIII:** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Dissoziales Verhalten“ auf.

Die statistische Untersuchung ist in der Tabellengruppe 27 dargestellt.

**Tabellengruppe 27: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Dissoziales Verhalten“.**

**PTB \* DV Crosstabulation**

Count		DV		Total
		unauffällig	auffällig	
PTB	keine PTB	116	4	120
	PTB	36	5	41
Total		152	9	161

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,547 <sup>b</sup>	1	,033		
Continuity Correction <sup>a</sup>	3,023	1	,082		
Likelihood Ratio	3,923	1	,048		
Fisher's Exact Test				,048	,048
Linear-by-Linear Association	4,519	1	,034		
N of Valid Cases	161				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,29.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,168	,033
	Cramer's V	,168	,033
	Contingency Coefficient	,166	,033
N of Valid Cases		161	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

**Überprüfung A VIII**

Der Tabellengruppe 27 entnehmen wir, dass Die einseitige exakte Signifikanz nach Fischer  $p^*=0,048$  beträgt und damit kleiner als 0,05, das vereinbarte Signifikanzniveau, ist. Außerdem ist  $\Phi > 0$ . Dabei beträgt Cramer's V 0,411. Aus den obigen Zahlen schließen wir einen positiven, signifikanten, und mittelstarken statistischen Zusammenhang. Demgemäß belegt die statistische Untersuchung der Stichprobe die positive Assoziation zwischen der Diagnosestellung von PTB und der Syndromskala DV bei der Zielgruppe unserer Untersuchung.

## Mann-Whitney Test

Ranks

	PTB	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dissoziales Verhalten	keine PTB	120	74,28	8913,00
	PTB	41	100,68	4128,00
	Total	161		

Test Statistics<sup>a</sup>

	Dissoziales Verhalten
Mann-Whitney U	1653,000
Wilcoxon W	8913,000
Z	-3,160
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

a. Grouping Variable: PTB

### Tabellengruppe 28: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B VIII

#### Überprüfung B VIII

Um die Korrektheit der oben genannten Hypothese kontrollieren zu können, hat man mithilfe des SPSS einen U-Test durchgeführt, da die Voraussetzungen eines T-Test nicht erfüllt waren. Die Tabellengruppe 28 enthält den Ausgang des oben genannten Test und zeigt eine hochsignifikantes Ergebnis ( $p_{\text{einseitig}} = p_{\text{zweiseitig}} / 2 = 0,002 / 2 = 0,001$ ) und beweist somit die, von uns, gestellte Unterschiedshypothese in der Ausprägung der Syndromskala „Dissoziales Verhalten“ infolge der PTB.

#### 10.9 Hypothese IX: PTSD und „Aggressives Verhalten“.

**A IX:** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Aggressives Verhalten“.

**B IX:** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Aggressives Verhalten“ auf.

Die Tabellengruppe 29 zeigt die statistischen Ergebnisse.

### Tabellengruppe 29: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Aggressives Verhalten“.

**PTB \* AV Crosstabulation**

Count		AV		Total
		unauffällig	auffällig	
PTB	keine PTB	118	2	120
	PTB	28	13	41
Total		146	15	161

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	32,641 <sup>b</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	29,182	1	,000		
Likelihood Ratio	28,193	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	32,438	1	,000		
N of Valid Cases	161				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,82.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,450	,000
	Cramer's V	,450	,000
	Contingency Coefficient	,411	,000
N of Valid Cases		161	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

**Überprüfung A IX**

Die Tabellengruppe 29 fasst die relevanten Ergebnisse zusammen. Die einseitige exakte Signifikanz nach Fischer ist mit  $p=0,000$  kleiner als das vereinbarte Signifikanzniveau ( $p=0,05$ ). Des Weiteren ist der  $\Phi$ - Koeffizient positiv. Somit gilt der Zusammenhang zwischen der PTB und der Syndromskala AV als positiv und hochsignifikant.

Die Stärke dieses Zusammenhangs kann als durchschnittlich beschrieben werden da Cramer's V nur 0,450 beträgt.

Es ist uns somit gelungen, die Hypothese A IX statistisch zu beweisen.

## Hypothesenüberprüfung

---

### Mann-Whitney Test

**Ranks**

	PTB	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Agressives Verhalten	keine PTB	120	71,54	8585,00
	PTB	41	108,68	4456,00
	Total	161		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Agressives Verhalten
Mann-Whitney U	1325,000
Wilcoxon W	8585,000
Z	-4,416
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: PTB

### Tabellengruppe 30: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B IX

#### Überprüfung B IX

Nachdem die Voraussetzungen eines T-Tests in diesem Fall nicht gegeben waren, ist zur Überprüfung dieser Unterschiedshypothese der U-Test herangezogen worden.

Die Tabellengruppe 30 liefert ein hochsignifikantes Ergebnis ( $p$  einseitig =  $p$  zweiseitig  $0,000/2=0,000$ ) und belegt somit statistisch die oben vorgestellte Hypothese über den signifikanten PTB-Bedingten Mittelwertunterschied der Syndromskala „Aggressives Verhalten“.

#### 10.10 Hypothese X: PTSD und „Internalisierte Auffälligkeiten“.

**A X:** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Internalisierte Auffälligkeiten“.

**B X:** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Internalisierte Auffälligkeiten“ auf.

Die folgende Tabellengruppe enthält die statistischen Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung.

## Hypothesenüberprüfung

---

### Tabellengruppe 31: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Internalisierte Auffälligkeiten“

**PTB\* INT Crosstabulation**

Count		INT		Total
		unauffällig	auffällig	
PTB	keine PTB	55	65	120
	PTB	3	38	41
Total		58	103	161

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19,670 <sup>b</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	18,035	1	,000		
Likelihood Ratio	23,461	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,548	1	,000		
N of Valid Cases	161				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,77.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,350	,000
Nominal	Cramer's V	,350	,000
	Contingency Coefficient	,330	,000
N of Valid Cases		161	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

### Überprüfung A X

Der obigen Tabellengruppe entnehmen wir, dass die einseitige exakte Signifikanz nach Fischer 0,000 beträgt. Außerdem ist  $\Phi > 0$ . Weiterhin beträgt Cramer's V 0,350. Aufgrund dieser Ergebnisse kann der vorliegende Zusammenhang als positiv, hochsignifikant und mittelstark charakterisiert werden. Die Vermutung über die Existenz eines positiven

Zusammenhangs zwischen der PTB und den INT konnte man hier also statistisch nachweisen.

#### Group Statistics

	PTB	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Intenalisierend	PTB	41	23,22	8,75	1,37
	keine PTB	120	13,35	6,70	,61

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Intenalisierend	Equal variances assumed	4,568	,034	7,504	159	,000	9,87	1,32	7,27	12,47
	Equal variances not assumed			6,595	56,895	,000	9,87	1,50	6,87	12,87

### Tabellengruppe 32: Der T-Test zur Überprüfung der Hypothese B X

#### Überprüfung B X

Um die Korrektheit der oben genannten Hypothese kontrollieren zu können, hat man mithilfe des SPSS einen T-Test durchgeführt, da die Voraussetzungen eines T-Test erfüllt waren.

Die Tabellengruppe 32 enthält den Ausgang des oben genannten Test und zeigt eine hochsignifikantes

Ergebnis ( $p$  einseitig =  $p$  zweiseitig  $0,000/2 = 0,000$ ) und beweist somit die, von uns gestellte Unterschiedshypothese in der Ausprägung der Syndromskala „Externalisierte Auffälligkeiten“ infolge der PTB.

## Hypothesenüberprüfung

---

### 10.11 Hypothese XI: PTSD und „Externalisierte Auffälligkeiten“.

**A XI:** Bei traumatisierten Kinder und Jugendlichen besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der auffälligen Ausprägung der Syndromskala „Externalisierte Auffälligkeiten“.

**B XI:** Die Befragten, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, weisen im Vergleich zu denjenigen die keinen PTSD haben, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Externalisierte Auffälligkeiten“ auf.

Die statistische Untersuchung ist in der Tabellegruppe 33 dargestellt:

### **Tabellengruppe 33: Der Zusammenhang zwischen PTB und „Externalisierte Auffälligkeiten“**

**PTB \* EXT Crosstabulation**

Count		EXT		Total
		unauffällig	auffällig	
PTB	keine PTB	95	25	120
	PTB	22	19	41
Total		117	44	161

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,012 <sup>b</sup>	1	,002		
Continuity Correction <sup>a</sup>	8,769	1	,003		
Likelihood Ratio	9,419	1	,002		
Fisher's Exact Test				,002	,002
Linear-by-Linear Association	9,950	1	,002		
N of Valid Cases	161				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,20.

## Hypothesenüberprüfung

---

### Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,249	,002
Nominal	Cramer's V	,249	,002
	Contingency Coefficient	,242	,002
N of Valid Cases		161	

- a. Not assuming the null hypothesis.  
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

### Überprüfung A XI

Der oben stehenden Tabellengruppe entnehmen wir folgendes: die einseitige exakte Signifikanz nach Fischer beträgt 0,02 und das Vorzeichen des  $\Phi$ -Koeffizients ist positiv. Außerdem beträgt Cramer's V 0,249. Daraus erkennen wir einen positiven, auf dem 0,001-Niveau hochsignifikanten, aber eher schwachen Zusammenhang. Diesen Betrachtungen zu folge belegt die statistische Untersuchung der Stichprobe den, von der Theorie abgeleiteter, positiver Zusammenhang zwischen PTB und der übergeordneten Syndromskala EXT.

### Mann-Whitney Test

#### Ranks

	PTB	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Externalisieren	kein PTB	120	71,25	8550,50
	PTB	41	109,52	4490,50
	Total	161		

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	Externalisieren
Mann-Whitney U	1290,500
Wilcoxon W	8550,500
Z	-4,544
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

- a. Grouping Variable: PTB

### Tabellengruppe 34: Der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B XI

## Hypothesenüberprüfung

---

### Überprüfung B XI

Um die Korrektheit der oben genannten Hypothese kontrollieren zu können, hat man mithilfe des SPSS einen U-Test durchgeführt, da die Voraussetzungen eines T-Test nicht erfüllt waren. Die Tabellengruppe 24 enthält den Ausgang des oben genannten Test und zeigt eine hochsignifikantes Ergebnis ( $p_{\text{einseitig}} = p_{\text{zweiseitig}} / 2 = 0,000 / 2 = 0,000$ ) und beweist somit die, von uns gestellte Unterschiedshypothese in der Ausprägung der Syndromskala „Externalisierte Auffälligkeiten“ infolge der PTB.

### 11 Diskussion und Zusammenfassung

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die einzelnen Ergebnisse dieser Untersuchung ausführlich dargestellt wurden, soll nun die Diskussion der wichtigsten Ergebnisse folgen und abschließend hinsichtlich der weiteren Forschung ein Ausblick in die Zukunft gegeben.

Das primäre Ziel der hier vorgestellten Untersuchung besteht in der Ermittlung des Einflusses der Posttraumatischen Belastungsstörung und Feststellung der psychischen Entwicklung als Folge derer bei Kindern und Jugendlichen, durch Messung der psychischen Auffälligkeiten die in YSR & AYSR gelistet sind und Erforschung deren möglichen Zusammenhänge mit PTB.

Die oben referierte Literatur hat gezeigt, dass Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen und die oben genannten psychischen Auffälligkeiten eine hohe klinische Relevanz haben. Die vorliegende Studie untersucht die Zusammenhänge zwischen einem posttraumatischen Störungsbild und den Syndromskalen der YSR und YASR.

#### 11.1 Diskussion der Methode

Diese Studie wurde mit Hilfe von psychometrischen Messinstrumenten durchgeführt. Der Einsatz von Fragebögen bringt aber auch Probleme mit sich. In der Literatur wird oft darauf verwiesen, dass eine Umsetzung von Beobachtungen und Bewertungen in ein starres Kategoriensystem, wie es die verwendeten Fragebögen vorgeben, den Nachteil hat, dass sie einen nicht zu unterschätzenden Informationsverlust darstellt. Ein Kategoriensystem kann niemals alle Verhaltensaspekte und Ebenen erfassen. Viele Experten lehnen deshalb diese Form der wissenschaftlichen Untersuchung ab. Ein großer Vorteil ist es aber andererseits, auf diese Weise so zu vergleichbaren Daten zu gelangen, die eine statistische Weiterverarbeitung zur Überprüfung von Hypothesen möglich machen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind dazu bestimmt, zu einer effektiven Therapie von Patienten mit den Symptomen einer PTSD beizutragen.

Die Befragten haben zunächst kurz beschrieben, ob sie einem traumatischen Erlebnis begegnet waren. Danach wurde untersucht, ob das Ereignis den Stressorkriterien des DSM-IV entsprechen würde, und ob sich gegebenenfalls posttraumatische Symptome entwickelt hätten.

### 11.1.1 Diskussion der verwendeten psychometrischen Messinstrumente

Die albanischsprachige Übersetzung des Fragebogens für Jugendliche, die deutsche Bearbeitung des Youth Self-Report (YSR/ 11-18) der Child Behavior Checklist, bearbeitet von Manfred Döpfner & andere 1998, und die albanischsprachige Übersetzung des „Adult Self-Report for Ages 18-59“ Fragebogens von Achenbach (2002) haben dazu gedient, die psychische Auffälligkeiten und somit indirekt die psychische Entwicklung der Kinder und Jugendlichen in einer bestimmten Lebensphase zu erfassen und die Zusammenhänge dieser Auffälligkeiten mit PTB zu untersuchen.

PTB wurde mit SCID-I gemessen. Das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I“ SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Syndrome und Störungen, wie sie im Diagnostischen und Statistischen Manual für Psychische Störungen (DSM-IV; APA 1994) auf der Achse I definiert werden. Dazu gehören z. B. affektive Störungen, Angst und Zwang, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit.

Das SKID setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen, wobei das SKID-I-Interview zur Erfassung von allen wichtigen Achse-I- Störungen den Kern bildet. Es beginnt mit einer kurzen Exploration, in der sich der Interviewer einen Überblick über die Art, den Beginn und den Verlauf der Hauptprobleme des Patienten verschafft, bevor im strukturierten Teil des Interviews die Symptome und Beschwerden mit Hilfe vieler offener Fragen systematisch erhoben werden. Im Interviewheft ist neben jeder SKID- Frage das zugehörige DSM-IV- Kriterium aufgeführt, sodass der Interviewer sofort abschätzen kann, ob die Antwort des Probanden für eine Beurteilung ausreicht, und gegebenenfalls nachfragen kann. Hierbei berücksichtigt der Interviewer auch Aussagen von Angehörigen, Verhaltensbeobachtungen und Ähnliches, um sich sein klinisches Urteil zu bilden. Die abschließende Bestimmung der Diagnosen erfolgt auf einem umfangreichen Kodierblatt, auf dem neben den Diagnosen auch die Art, der Schweregrad und die Verlaufstypen eingetragen werden können.

Die Vorgabe des Wortlautes und der Abfolge der Fragen sowie die genauen Regeln zum Überspringen von Abschnitten sprechen für die Objektivität des Verfahrens. Die Möglichkeit zum Stellen von Zusatzfragen und die Einbeziehung der klinischen Erfahrung des

Diagnostikern in die Beurteilung der Symptome können zu Abweichungen zwischen verschiedenen Interviewern führen.

### 11.1.2 Psychometrische Kennwerte der YSR und YASR

Die methodische Überprüfung wurde vorgenommen, um die Frage zu beantworten, ob die übersetzte Version des YSR bzw. YASR über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen von 10-25 hinreichend reliabel ist und einen Einsatz im Rahmen der vorliegenden Untersuchung rechtfertigt. Zur Bestimmung der Reliabilität wurde die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) ermittelt. Um die Ergebnisse besser einordnen zu können, sind in Tabelle 13 bis 20 (siehe Kapitel 9) die internen Konsistenzen der Gesamtstichprobe denen der Untersuchung von Döpfner et al., 1995, Robert et al. (1996), und Marijike et al. (2001) (s.o), gegenübergestellt.

Die Reliabilitäten der Skalen des übersetzten YSR Fragebogens reichen in der Teilstichprobe und in den geschlechtsspezifischen Teilstichproben von unbefriedigend bis sehr gut, wobei festzuhalten ist, dass bis auf eine Ausnahme die Ergebnisse von Döpfner et al. (1995) repliziert werden konnten. Die Reliabilitäten der Skalen des übersetzten YASR Fragebogens reichen in der Teilstichprobe und in den geschlechtsspezifischen Teilstichproben von unbefriedigend bis sehr gut, wobei festzuhalten ist, dass bis auf eine Ausnahme die Ergebnisse von Robert et al. (1996) und Marijike et al. (2001) repliziert werden konnten.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die unbefriedigenden Reliabilitätswerte nicht unbedingt direkt mit der Tatsache verbunden sind, dass der Fragebogen aufs Albanisch übersetzt wurde. Viel mehr sind die Gründe in kulturellen Dispositionen zu suchen. Aus meiner Erfahrung fiel es mehreren Befragten schwer, einige Fragen über das Körperliche Empfinden zu beantworten, weil ihre Kultur denen es verbietet, über ihren leiblichen Zustand offen zu reden. Reliabilitätsunterschiede werden offensichtlich, wenn die internen Konsistenzen der Syndromskalen betrachtet werden.

### 11.2 Diskussion der Ergebnisse und Hypothesen

#### 11.2.1 Häufigkeit der Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung.

Zunächst sollte geprüft werden, ob die Kosovo-Albanische Kinder und Jugendliche, die verschiedene Traumata erlebt haben, potentiell unter ausgeprägten Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Zur Beantwortung dieser Fragestellung kam die SCID-I (Sektion F: Angststörungen (F85-F86) für PTSD) für die Auswertung zum Einsatz. Die Stichprobe der Befragten, die ein Traumatisches Ereignis erlebt haben, stellte nur einen kleinen Teil der Kosovo-Albaner im ganzen Kosovo-Gebiet dar, konnte aber als repräsentativ angesehen werden.

Die Prävalenz der Probanden, bei denen die Volldiagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung festgestellt wurde, beträgt 25,5%. Dieses Ergebnis lag beispielsweise deutlich über die von Kessler et al. (1995) im National Comorbidity Survey für die Lebenszeitprävalenz einer PTB berichteten 8 % und übertrifft auch die von Koenen et al. (2003) ermittelte 17,7%. Die in der vorliegenden Untersuchung vorgefundene Prävalenz ist höher, als bei verschiedenen anderen Studien, deren Ergebnisse in der Tabelle 21 zusammengefasst sind.

Nicht zuletzt hat der äußerst brutale Charakter dieses Krieges eine Rolle gespielt. Soviel wir wissen, hat ein Teil dieser Bevölkerung dieses Gebiets eine „ethnische Reinigung“ erlebt und die Spanne der traumatischen Erlebnisse reicht von der eigenen Häuserverbrennung, über der Misshandlung der Familienmitglieder bis zum Zeugnis des Todes eines Angehörigen hin.

Ein zweiter Faktor der höheren Prävalenz der PTB kann man auf die Besonderheiten der Gesellschaft in Kosovo zurückführen. Die ist in Kosovo geschlossen und eng Verbunden. Dies war die Folge des ethischen und religiösen Unterschieds zu den benachbarten Völkern, als sie versuchten ihre eigene Identität zu bewahren. In derartiger Gesellschaft ist es üblich eigene Erfahrungen, Emotionen, und Geschehnisse mit den anderen nicht zu teilen. In dieser Weise bearbeiten sie das Trauma nur innerlich weiter und können sich deshalb schwerer von Intrusionen, Schuldgefühle, Alpträume, usw. befreien.

## Diskussion und Zusammenfassung

---

Die Ermittlung der Prävalenz von PTB als Bestandteil dieser Forschung hat vielleicht keine neue theoretische Erkenntnisse ans Licht gebracht, hat aber dramatische Kriegs- und Nachkriegsfolgen auf die Psyche der Kinder und Jugendlichen aufgedeckt.

Diese betroffenen Kinder werden irgendwann Väter und Mütter werden und ihre unbehandelte Störung wird negative Auswirkung auf die Psyche und das Sozialleben der Nachkommen.

Diese Zahlen schlagen Alarm und erfordern psychosoziale Maßnahmen, wie eine professionelle psychologische Beratung und passende Therapiemethoden.

Die erste Frage des Fragebogens die das Merkmal A1 des Kriteriums A der PTB feststellt, wurde, mit einer Prävalenz von 64%, mit „ja“, beantwortet. Die Befragten erfüllten folglich das objektive Kriterium A1 nach DSM-IV, gemessen mit der (SCID-I, Sektion F: Angststörungen (F85-F86) für PTSD). Die Befragten waren also mit Ereignissen konfrontiert, die die körperliche Verletzung oder auch Lebensgefahr der eigenen oder einer anderen Person beinhaltete. Die Häufigkeit des zweitens Merkmals A2 des Kriteriums A in der Stichprobe war 41,6%.

36% der Befragten haben die erste Frage mit „nein“ beantwortet, wobei es unwahrscheinlich scheint, dass diese Befragten keine traumatischen oder lebensgefährlichen Situationen erlebt haben. Entweder waren die Ereignisse nicht belastend und wurden deshalb nicht angekreuzt oder waren die Befragten skeptisch bezüglich der Wahrung der Anonymität.

Im Folgenden ist die Häufigkeit der Merkmale der PTB-Kriterien aufgeführt:

**Kriterium B.** Etwa 19,3% der Befragten erfüllen die Bedingung des Merkmals B1 (Merkmal B1 wurde mit 3 kodiert), 18% die des Merkmals B2, 22,4% die, des Merkmals B3, 29,8% die, des Merkmals B4 und 26,1% die Bedingung des Merkmals B5.

**Kriterium C.** 41,6% der Befragten erfüllen das Merkmal C1, 34,2% das Merkmal C2, 31,1% das Merkmal C3, 46% das Merkmal C4, 47,8% das Merkmal C5, 18% das Merkmal C6 und 38,5% das Merkmal C7.

**Kriterium D.** 20,5% der Teilnehmer erfüllten das Merkmal D1, 17,4% das Merkmal D2, 34,8% das Merkmal D3, 36,6% das Merkmal D4, und 36% erfüllten das Merkmal D5.

Alle Befragten, die eine PTB-Volldiagnose aufwiesen, erfüllen das Kriterium E (25,5%) und leiden somit an einer chronischen Belastungsstörung. 14,3% erfüllen Kriterium F.

## Diskussion und Zusammenfassung

---

Die Tabelle 22 vergleicht die Häufigkeit der PTSD- Symptome zwischen unserer Studie und der von Green (1993, zit. nach Butollo, S.19).

Die Tabelle 21 dient dazu, zwischen den Ergebnissen unserer Forschung mit denen der anderen Studien zu vergleichen.

Es zeichnet sich also insgesamt ab, dass bei Kindern und Jugendlichen, die Kriegstraumata erlebt haben, potenziell eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt wird.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass Kriegskinder und Kriegsjugendliche zur Risikopopulation zählen, denn sie werden definitiv häufiger mit Ereignissen konfrontiert, die den objektiven Traumakriterien (Tod, Lebensgefahr, ernsthafte Verletzung usw.) entsprechen.

**Tabelle 21: Prävalenz der PTB in verschiedenen Studien.**

Studie	Jahr	N	Trauma	PTSD	Stichprobe
Helzer et al. (USA)	1987	2494	---	1%	Erwachsene
Breslau et al. (USA)	1991	1007	39.1%	9.2%	Junge Erwachsene
Davidson et al. (USA)	1991	2985	---	1.3%L 0.4%P	Erwachsene
Norris (USA)	1992	1000	69%	5.1% L	Erwachsene
Resnick et al. (USA)	1993	4008	68.9%	12.3%L, 4.6%P	Erwachsene (Frauen)
Kessler et al. (USA)	1995	5877	51.2%F 60.7%M	7.8%L	Erwachsene
Stein et al. (Kanada)	1997	1002	74.2%F 81.3%M	2.7%F,P 0.4%M,L	Erwachsene
Breslau et al. (USA)	1998	2181	86.9%	9.2%L 1.3%L	Erwachsene
Essau et al. (Deutschland)	1999	1035	22%	1.6%	Jugendliche

Perkonigg et al. (Deutschland)	2000	3021	21.4%	1-2%	Jugendliche/ Erwachsene
Norris et al. (Mexiko)	2001	2509	76%	11.1%	Erwachsene
Creamer et al. (Australien)	2001	10646	---	---	Erwachsene
Koenen et al.	2003	15606	---	17.3%	Erwachsene

**Tabelle 22: Aktuelle PTSD- Symptome 14 Jahre nach dem Buffalo Creek-Dammbruch, geordnet nach ihrer Häufigkeit (N = 96) (Green 1993, zit. nach Butollo, S. 19), Kosovostudie (N=161) (6 Jahre nach dem Krieg in Kosovo).**

Symptome	Prävalenz (%) mit diesem Symptom (Green 1993)	Kosovo (2004)
Vermeidung von Gedanken an das Trauma	52	41,6
Stressreaktion bei erinnernden Reizen	50	29,8
intrusive Gedanken	48	19,3
Schlafstörung	45	20,5
Sprunghaftigkeit	44	36
Vermeidung von Aktivitäten	40	34,2
Hypervigilanz	37	36,6
Konzentrationsstörung	35	34,8
Interesseverlust	31	46
dissoziiert ("weggetreten")	26	47,8
Alpträume	23	18
Amnesien	22	31,1
Flashbacks	19	22,4
Irritierbarkeit	17	17,4
Gefühlsabstumpfung	15	18
keine Zukunftsperspektive	0	38,5
physiologische Erregungsreaktion bei Kontakt mit traumatischen Auslösern	0	26,1

### 11.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung und Geschlecht

Ein signifikanter Geschlechtsunterschied in der Häufigkeit der PTB war mittels Chi Square-Test nicht zu belegen ( $p=0,28$ ,  $\chi^2=0,339$ ), was sich auch in andern Studien wie Ryan (1994) bestätigt hat.

Im Gegensatz dazu steht die Studie von Eckart R. Straube & Regina Steil (2002). Die haben herausgefunden, dass Jungen insgesamt nach einer Traumatisierung weniger stark von posttraumatischer Symptomatik als Mädchen betroffen sind. Auch in den meisten Forschungsstudien wurde ein höherer Anteil von Frauen mit Ausprägung der PTSD Symptomatik dokumentiert (Kessler et al. 1995, Breslau et al. 1991, Davidson et al. 1991).

Die Hypothesen B I und C I, interessanterweise im Gegenteil zu andere Studien (vergleiche A. Linde, 2002), zeigen keine Unterschied in der Ausprägung der Internalisierten und Externalisierten Auffälligkeiten zwischen Mädchen und Jungen, die PTB als folge eines Traumas entwickelt haben.

### 11.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung und „Sozialer Rückzug“

Die Hypothese A 2 postulierte einen positiven Zusammenhang zwischen der PTB und SR konnte im Rahmen dieser Arbeit statistisch nachgewiesen werden. Die Überprüfung dieser Hypothese erfolgte, aufgrund des dichotomen Charakter der Variablen, mittels  $\chi^2$ -Tests. Das Ergebnis war mit  $p_{\text{einseitig}} = 0,000$  hochsignifikant, und die positive Richtung des Zusammenhangs wurde mit dem positiven Vorzeichen des  $\Phi$ -Koeffizients belegt. Schließlich wurde der Zusammenhang als mittelstark klassifiziert (Cramer's V = 0,430).

Desgleichen wurde die Hypothese B2, die sich mit dem gleichen Konnex befasste, und eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Sozialer Rückzug“ bei Kindern und Jugendlichen mit PTB besagte, mittels U-Test belegt ( $U= 1022,500$  und  $p= 0,000$ ).

Die von Literatur berichteten Verbindung zwischen der PTB und Sozialem Rückzug so wie bei Dietrich F. Koch und Deirdre Winter (2000), Matthias Schützwohl (1979) oder bei Eberhard Okon und Rolf Meermann (2002) konnten in der betrachteten Stichprobe hiermit bestätigt werden.

## Diskussion und Zusammenfassung

---

Außerdem entsprach unser Ergebnis folgenden Betrachtungen aus der Literatur:

- Das PTSD Krankheitsbild ist in den ICD-10 aufgenommen worden und wird dort mit folgenden Merkmalen beschrieben: "feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, Gefühl der Leere und Hoffnungslosigkeit, chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdung" (Möller, 1996, 214).

- Nach Alarcon 1997, Davidson u. Foa 1993 und H -J Müller, G Laux, H-P Kapfhammer, (S.1323, 2005) ist Sozialer Rückzug als eines der wichtigsten Symptome, mit denen Patienten mit PTSD in verschiedene Typen eingeteilt werden (siehe Kapitel 6).

Insgesamt bei 28 % der Teilnehmer dieser Forschung wurde die Syndromskala SR als auffällig eingestuft. 15,5% hatten SR als auffällig und erhielten gleichzeitig PTB-Diagnose. Hierbei waren die beiden Geschlechter, nahezu gleich belastet (48% feminin, 52% maskulin). Entsprechend zeigte der U-Test keine bedeutsame Geschlechtsunterschiede in der Ausprägung der oben genannten Skala bei Befragten mit PTB ( $p_{\text{zweiseitig}}=0,812$ ,  $U=198,000$ ).

Der obige Befund steht im Gegensatz zu den Fakten des Instituts für Psycho-Soziale Gesundheit (IPSG), die mehr als doppelt so hohe Werte bei den Störungen im Sozialverhalten u.a. sozialer Rückzug bei männlichen als bei weiblichen Untersuchten nachgewiesen haben.

Eine umfangreiche Studie von Döpfner et. al. (1998) bestätigte auch diese signifikante Abweichung wobei SR mit dem gleichen Fragebogen erhoben wurde. In unserer Forschung jedoch, haben wir Auffälligkeiten unter dem Einfluss von PTB betrachtet und zum Schluss gekommen waren, dass PTB beide Geschlechter gleich beeinflusst hat.

Der Schwergrad des PTSD oder der Prädiktor Zeit seit dem Trauma oder die Form des Wiedererlebens haben wir hier nicht berücksichtigt. Ob diese Faktoren die Ausprägung des sozialen Rückzugs unter PTB beeinflussen, bleibt offen und erfordert weitere Untersuchungen.

Abschließend ist noch anzumerken, dass das Kriterium C der PTB (Anhaltende Vermeidung von Reizen, die in Verbindung mit dem Trauma stehen und eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität) sinngemäß dieser Skala stark ähnelt.

### 11.2.4 Posttraumatische Belastungsstörung und „Körperliche Beschwerden“.

Die Skala „Körperliche Beschwerden“ war im Rahmen unserer Forschung nicht hinreichend reliabel. Das Krombach's Alpha betrug 0,23 für den YSR (bei Teilstichprobe unter 18 Jahre Alt) und 0,46 für den YASR (bei den restlichen Befragten).

Aus obigem Grund waren die statistischen Daten dieser Skala nicht brauchbar.

### 11.2.5 Posttraumatische Belastungsstörung und „Ängstlich/Depressiv“

Um eine mögliche Verbindung zwischen PTB und der Skala „Ängstlich/Depressiv“ nachzuweisen wurden die Hypothesen A 3 und B 3 aufgestellt.

A3 die besagte, dass ein positiver signifikanter Zusammenhang zwischen der PTB und der Auffälligkeit „Ängstlich/Depressiv“, als einer der Syndromskalen des YSR, besteht, hat sich, anhand des  $\chi^2$ -Tests, statistisch als richtig und hochsignifikant erwiesen.  $p = 0,000$  war die einseitige Signifikanz nach Fischer, Cramers'  $V = 0,411$  hat den Zusammenhang als mittelstark charakterisiert und  $\Phi > 0$  bestätigte die positive Richtung der Assoziation.

B3 die eine höhere Ausprägung der Syndromskala bei Menschen mit PTB postulierte, konnte man ebenfalls anhand eines T-Tests nachweisen ( $t = 7,372$ ,  $p = 0,000$ ).

Unser Befund entsprach der Ergebnissen einiger Studien wie etwa die von Andreski et al. (1998) die mit 50% die häufigste Komorbidität der PTSD mit depressiven Störungen und Angststörungen benannt hat.

Ebenso fanden McFarlane (2000) und Breslau (2001) komorbide Zustände zwischen Depression und PTSD. Eine andere Meinung bezüglich der Interpretation des oben genannten Zusammenhangs vertrat die Studie von Blanchard, Edward & Hickling (2006) wo behauptet wurde, dass psychische Auffälligkeiten u.a. Depression nicht verursacht durch PTB auftreten, sondern die Traumatisierten prädisponieren PTB zu entwickeln. Die Teilnehmer unserer Forschung waren zwischen 10 und 25 Jahre jung und ein Aspekt, den man vielleicht außer Acht nicht lassen dürfte wenn man einer Studie von P. Schuster (2001) glaubt und Zwar dass das Risikoalter für depressive Störungen um das 14 Lebensjahr beginnt. Unsere Ergebnisse zeigen hingegen, dass bei mehr als 30% der Kinder im Alter von 10 bis 14 die Syndromskala als Auffällig befunden wurde, was doppelt so hoch wie der Durchschnitt in der Gesamtstichprobe (14,3%) ist.

## **Diskussion und Zusammenfassung**

---

An dieser Stelle muss noch mal darauf aufmerksam gemacht werden, dass hier Angst und Depression nicht als eine Störung untersucht wurde sondern die Syndromskala (Ä/D), deren Auffälligkeit als Indikator für Ängstlichkeit und Depressivität dient.

Die Prävalenz der PTB-Ä/D-Fälle in der Zielgruppe betrug 14,3% und während es nur 7,5% der Befragten ohne PTB mit der „Ängstlich /Depressiv“ - Auffälligkeit gab, wurde bei jedem dritten Befragten mit PTB die Syndromskala „Ängstlich/Depressiv“ als auffällig eingestuft. Als Vergleich zu den oben stehenden Zahlen wurde in vielen Studien ermittelt, dass zwischen 0,5 und 2,5 Prozent der Kinder und 2 bis 8 Prozent der Jugendlichen an Depressionen leiden. In unserer Forschung waren die Jungen mit PTB, mit 52% nur leicht häufiger betroffen von der Auffälligkeit der Skala SR, als der Mädchen (48%), ohne dass sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied mittels U-Test nachweisen ließ ( $U = 53,5$ ,  $p(\text{zweiseitig}) = 0,440$ ). Dies widersprach der Ergebnisse von Linde (2002), der Angst und Depression signifikant öfter bei Mädchen als bei Jungen diagnostiziert hat, der aber im Unterschied zu unserer Betrachtung den Einfluss der PTB nicht berücksichtigt hat.

### **11.2.6 Posttraumatische Belastungsstörung – „Soziale Probleme“ und „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“**

Die Hypothese A IV postulierte einen positiven Zusammenhang zwischen der PTB und SP konnte im Rahmen dieser Arbeit statistisch nachgewiesen werden. Die Überprüfung dieser Hypothese erfolgte, aufgrund des dichotomen Charakter der Variablen, mittels  $\chi^2$ -Tests. Das Ergebnis war mit  $p_{\text{einseitig}} = 0,000$  hochsignifikant, und die positive Richtung des Zusammenhangs wurde mit dem positiven Vorzeichen des  $\Phi$ -Koeffizients belegt. Schließlich wurde der Zusammenhang als mittelstark klassifiziert (Cramer's  $V = 0,447$ ).

Desgleichen wurde die Hypothese B IV, die sich mit dem gleichen Konnex befasste, und eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Soziale Probleme“ bei Kindern und Jugendlichen mit PTB besagte, mittels U-Test belegt ( $U = 477,500$  und  $p = 0,000$ ).

Die Hypothese A V postulierte einen positiven Zusammenhang zwischen der PTB und AsV konnte im Rahmen dieser Arbeit statistisch nachgewiesen werden. Die Überprüfung dieser

## Diskussion und Zusammenfassung

---

Hypothese erfolgte, aufgrund des dichotomen Charakter der Variablen, mittels  $\chi^2$ -Tests. Das Ergebnis war mit  $p_{\text{einseitig}} = 0,003$  hochsignifikant, und die positive Richtung des Zusammenhangs wurde mit dem positiven Vorzeichen des  $\Phi$ -Koeffizients belegt. Schließlich wurde der Zusammenhang als mittelstark klassifiziert (Cramer's  $V = 0,447$ ).

Desgleichen wurde die Hypothese B V, die sich mit dem gleichen Konnex befasste, und eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“ bei Kindern und Jugendlichen mit PTB besagte, mittels U-Test belegt ( $U = 88,500$  und  $p = 0,000$ ).

Die Syndromskalen Soziale Probleme und Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten werden bei unserer Forschung nicht als identisch behandelt. Grund dafür ist Tatsache dass 3 Items der beiden Syndromskalen und deren Auswertung von einander abweichen. Es handelt sich also um zwei Definitionen, die erste „Soziale Probleme“ im Young Self Report für Kinder im Alter bis 18 Jahre und die zweite „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“ im Young Adult Self Report für Personen ab 18 Jahre vorkommt.

Um klarzustellen was hinter den beiden Begriffen sich verbirgt, haben wir im Folgenden die gemeinsamen Items dieser Syndromskalen die mit Stichwörtern dargestellt sind:

### „Soziale Probleme“

- verhält sich zu jung
- Klammert
- kommt nicht aus
- wird gehänselt
- nicht beliebt
- Tapsig
- lieber mit Jüngeren
- Sozialer Rückzug

### „Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten“

- vergisst viel
- Klammert
- kommt nicht aus
- keine Beziehung zu den Nachbarn
- nicht beliebt
- Tapsig
- Schwierigkeiten beim setzen der Prioritäten
- Sozialer Rückzug

### 11.2.7 Posttraumatische Belastungsstörung – „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“.

Unter den Syndromskalen „Schizoid/Zwanghaft“ und „Bizarres Verhalten“ (intrusiv) verbirgt sich, aufgrund der identischen zugehörigen Items, eine und dieselbe psychische Abweichung. Es handelt sich also um zwei Definitionen der gleichen Auffälligkeit mit dem einzigen Unterschied das die erste „Schizoid/Zwanghaft“ im Young Self Report für Kinder im Alter bis 18 Jahre und die zweite „Bizarres Verhalten“ im Young Adult Self Report für Personen ab 18 Jahre vorkommt.

Aus dem oben genannten Grund und weil die Auswertung identisch ist, haben wir die beiden Syndromskalen vom Anfang an als gleich behandelt.

„Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“ umfasst 7 Items die mit folgenden Stichwörtern beschrieben werden können:

- Zwangsdenken
- Hört Dinge
- Zwangshandlung
- Sieht Dinge
- Hortet / Verteidigt seine Rechte (Diese Item wird bei der Auswertung der Syndromskala nicht miteinbezogen)
- Seltsames Verhalten
- Seltsame Ideen

Bei unserer Forschung haben wir die Hypothese A VI postuliert, die bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen, von einem positiven Zusammenhang zwischen der PTB und der Auffälligkeit der Syndromskala „Schizoid / Zwanghaft“ ausging.

Den statistischen Nachweis dieser Hypothese haben wir mithilfe der  $\chi^2$ -Tests zu erbringen versucht und bekamen folgende Ergebnisse: Die einseitige Signifikanz nach Fischer (0,04) und das positive Vorzeichen des  $\Phi$  belegten die Signifikanz und die positive Richtung des oben genannten Zusammenhangs. Dabei wurde er als schwach befunden, nachdem unser Zusammenhangsmaß, Cramer's V, 0,228 betrug.

## **Diskussion und Zusammenfassung**

---

In dieser Hinsicht wurde ebenfalls gezeigt, dass Kinder und Jugendlichen, die infolge eines Traumas PTSD entwickelt haben, im Vergleich zu denjenigen die nicht mit PTSD belastet sind, eine signifikant stärkere Ausprägung der Syndromskala „Schizoid/Zwanghaft“ bzw. „Bizarres Verhalten“ aufweisen, indem man die Hochsignifikanz der entsprechenden Hypothese B VI mittels U-Test statistisch bewiesen hat ( $U = 1480,00$ ,  $p = 0,000$ ).

Zahlreiche Theoriequellen stützen unsere Hypothesen und betrachten Intrusion (hier „Bizarres Verhalten“ übersetzt) als ein bedeutendes Symptom der PTB. Als wichtiges Beispiel gilt DSM-IV, wo unter dem diagnostischen Kriterium „Wiedererleben des Traumatischen Ereignisses, das Handeln oder Fühlen als ob das Ereignis wiederkehrt“ (Illusionen, Halluzinationen, Flash-Backs), als Merkmal aufgenommen wurde.

Die Ergebnisse von Huppen et al. (2005) entdeckten einen Zusammenhang zwischen Symptomen der obsessiv- kompulsiven Verhaltensstörung und der PTB.

Schließlich betrug die Häufigkeit der Befragten, bei denen die PTB und S/Z bzw. BV auffällig sind, 13,6%. Die Untersuchung dieser Teilgruppe ergab, dass 56% feminin und 44% maskulin sind. Man konnte hier keinen signifikanten Geschlechtsunterschied mittels U-Test nachweisen ( $U = 153,500$ ,  $p_{\text{zweiseitig}} = 0,154$ ), was der Studie von A. Linde (2002) widerspricht, bei der einen solchen Unterschied als signifikant belegt wurde, allerdings ohne die Rolle der Posttraumatischen Belastungsstörung in Betracht zu nehmen.

### **11.2.8 Posttraumatische Belastungsstörung und „Aufmerksamkeitsprobleme“.**

Einerseits wurde unsere Hypothese A VII, die einen positiven Zusammenhang zwischen der PTB und AP postuliert statistisch bestätigt und als hochsignifikant eingestuft. Die Überprüfung dieser Hypothese erfolgte mittels  $\chi^2$ -Tests. Die einseitige Signifikanz betrug demnach 0,001 und das positive Vorzeichen des  $\Phi$ -Koeffizients belegte die positive Richtung der Assoziation.

Dieser Zusammenhang wurde Aufgrund des niedrigen Betrags des Cramer's V ( $V = 0,269$ ) als schwach interpretiert.

Andererseits bewies Der T-Test ( $t = 4,767$ ,  $p = 0,000$ ) die Hypothese B VII die davon ausgeht, dass die Kinder und Jugendlichen, die mit PTB diagnostiziert wurden, im Mittel signifikant höhere Ausprägung der oben genannten Syndromskala aufweisen.

Dieses Resultat bestätige die Ansicht von Gil, Calev, Greenberg, Kugelmass und Lerer (1990), die theoretisierten, dass es zu Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefizit bei Patienten mit PTB kommt und später ihre Vermutung anhand einer Studie mit PTB-Patienten experimentell bewiesen. Allerdings waren sie der Meinung, dass diese Beeinträchtigungen nicht einer traumatischen Erfahrung alleine zugeschrieben können.

Die Untersuchung von Uddo, Vasterling, Brailey und Sutker (1993), die mit Aufmerksamkeit, Gedächtnis und die Lernfähigkeit von Vietnam-Veteranen mit chronischem PTB befasste, stützte ebenfalls unsere These und fand ebenso einige Hinweise auf Aufmerksamkeits- und Kurzgedächtnisbeeinträchtigungen.

Bei unserer Studie betrug die Häufigkeit der Teilnehmer mit PTB und bei denen die Syndromskala AP auffällig war 9,3%. 40% davon waren feminin und 50% maskulin.

Zusätzlich haben wir mittels U-Test untersucht ob es bei der Ausprägung der Syndromskala AP, bei Befragten mit PTB, das Geschlecht eine Rolle gespielt hat und kamen auf ein, bei weitem, nicht signifikantes Ergebnis ( $U = 156,000$   $p = 0,177$ ) (siehe Anhang A).

### **11.2.9 Posttraumatische Belastungsstörung und „Dissoziales Verhalten“.**

Die Auswertung der Fragebogendaten zur Erfassung der psychologischen Parameter erbrachte einige Bestätigungen des in der Literatur beschriebenen, positiven Zusammenhangs zwischen der PTB und DV bei der untersuchten Gruppe. Der statistische Beweis wurde anhand des  $\chi^2$ -Tests erbracht, Dabei betrug die einseitige Signifikanz  $p_{\text{einseitig}} = 0,033$ . Auch die positive Richtung dieses Zusammenhangs ist mit  $\Phi > 0$  bestätigt worden.

Als Maß für die Stärke dieser Assoziation hatte Cramers' V gedient, der hier lediglich 0,168 betrug und somit einen schwachen Zusammenhang offenbart.

Weiterhin war der U-Test zur Überprüfung der Hypothese B VIII mit ( $U = 1653,0$   $p = 0,001$ ) ebenfalls signifikant. Diese Hypothese besagte die höhere Ausprägung der Syndromskala „Dissoziales Verhalten“ unter der Präsenz der PTB.

Die oben dargelegten Ergebnisse wurden von der Arbeit von Dulz und Jensen (1997) unterstützt. Die gingen davon aus, dass Delinquenz auf einer innerpsychischen Dynamik basiert, die Folge realtraumatischer Erfahrungen wie Missbrauch, Misshandlung und schwere Vernachlässigung ist, und einen indirekten empirischen Beweis für einen Zusammenhang zwischen einer früheren Traumatisierung, als Ursache einer möglichen posttraumatischen Belastungsstörung, und delinquentem Verhalten geliefert haben.

Weitere Studien lassen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen im Kindesalter – insbesondere physischem und sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung und späterem kriminellen Verhalten erkennen (Weeks und Widom, 1998).

Laut Huck, W. (2002) werden die Mädchen als innerlich geschlossen nach einer Traumata, die PTB-Voraussetzung, die Jungen hingegen oft als gewalttätig und dissozial charakterisiert. Die Jungen, richten ihr stark dissoziales Verhalten "nach außen" und landen somit in den Statistiken der Jugendkriminalität, manchmal auch in klinischer Beobachtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Einige Studien widersprechen jedoch den oben gestellten Hypothesen. So fand z.B. O'Brien (1998) keinen Zusammenhang zwischen PTB und dissozialem Verhalten im Jugendalter. Aber es bestand, laut seiner Forschung, ein Zusammenhang mit Kampfhandlungen und antisozialem Verhalten nach dem Trauma im Erwachsenenalter.

Bei unserer Studie machten die Befragten, bei denen die PTB und DV auffällig waren 3,1% der Stichprobe aus, wobei 60% männlich bzw. 40% weiblich waren. Wir konnten hier keine signifikante Geschlechtsunterschiede mittels U-Test ( $U = 143,000$ ,  $p = 0,090$ ) (siehe Anhang A) nachweisen.

### **11.2.10 Posttraumatische Belastungsstörung und „Aggressives Verhalten“**

Unsere erste Hypothese, die sich mit dem obigen Verhältnis befasste und einen positiven Zusammenhang zwischen der PTB und AV besagte, hat sich statistisch als richtig und hochsignifikant erwiesen. Zur Überprüfung dieses Zusammenhangs kam die  $\chi^2$ -Test in Frage

## Diskussion und Zusammenfassung

---

und hat folgende Ergebnisse geliefert: Die einseitige Signifikanz ( $p = 0,000$ ) und das positive Vorzeichen des  $\Phi$  belegten die Hochsignifikanz und die positive Richtung des oben genannten Zusammenhangs. Dabei wurde er als mittelstark eingestuft, nachdem unser Zusammenhangsmaß, Cramer's V, 0,450 betrug.

Unsere zweite relevante Hypothese B IX, die signifikant höhere Ausprägung der Syndromskala „Aggressives Verhalten“ bei den Befragten mit PTB postulierte, wurde mithilfe des U-Tests (t-Test war an der Stelle nicht möglich) ebenfalls belegt. ( $U = 1325,0$ ,  $p = 0,000$ ). Diese Resultate entsprachen den Befunden einer Reihe anderer Studien wie von Steiner et al. (1997), die bei delinquenten Kindern und Jugendlichen mit PTSD signifikant niedrigere Fähigkeit der Beherrschung ihrer Impulsivität und Aggressivität nachgewiesen hat. Ein weiteres Beispiel ist die Studie von Begic & Drazen (2001), die Aggression signifikant höher bei Kampfveteranen mit PTSD festgestellt hat, verglichen mit denen ohne PTB.

Dass das Erleben eines Traumas, das ein bekannter Verursacher der PTSD ist, mit Aggressivem Verhalten Assoziiert, wurde schon in früheren Studien, wie z.B. bei Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison (1996) entdeckt. Eine mögliche Erklärung des oben genannten Zusammenhangs versuchten Dutton und Hart (1994) mit der Hypothese des „Cycle of Violence“ zu liefern. Die ging davon aus, dass missbrauchte Kinder im Erwachsenenalter auch Missbrauch begehen werden und Opfer von Gewalt ebenfalls gewalttätig werden wobei es wahrscheinlich ist das sie PTB entwickelt haben.

Bei 8,1% der Teilnehmer unserer Studie war unter der Präsenz der PTSD die Syndromskala AV auffällig, wobei die beiden Geschlechter von dieser Kombination ungefähr gleich häufig betroffen waren; das weibliche Geschlecht mit 53% und das männliche mit 47%. Hierbei konnte man also von keinem Geschlechtsunterschied ausgehen was sich ebenfalls mittels U-Test ( $U = 171,500$ ,  $p = 0,305$ ) (siehe Anhang A) bestätigt hat.

### 11.3 Zusammenfassung

Die untersuchte Stichprobe stellt eine Zufallwahl aus dem Kosovogebiet dar. Die gesamte Population in dieser Forschung sind Kosovo-Albanische Kinder und Jugendliche. Die Anzahl der Befragten ist signifikant, um eine Generalisierung der Ergebnisse für das ganze Bevölkerung geltend zu machen. Die Diagnosestellung erfolgte nicht sofort nach dem Interview, sondern erst nach der Bearbeitung aller Fragebögen in einer späteren Phase der Forschung. Die erste Phase umfasst nur die Datensammlung und hat fast sieben Monaten gedauert. Die spätere Bearbeitungsphase ist als eine kontinuierliche Forschungsphase zu betrachten. Diese Studie ist keine Vergleichstudie trotz der Tatsache, dass viele andere Studien als theoretische Grundlage gedient haben. Bei meiner Forschung geht es um den Einfluss der Posttraumatischen Belastungsstörung auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch Messung einiger psychischer Auffälligkeiten und den Versuch, die Frage zu beantworten, ob dahinter die Posttraumatische Belastungsstörung als wichtiger Verursacher steckt, indem wir entsprechende Zusammenhangshypothesen aufstellten. Die oben genannten Therapieansätze (siehe auch Kapitel 5) müsste man anpassen, falls die mit Kosovo-Albanern verwendet werden. Man darf aber nicht vergessen, dass einige Einschränkungen existieren, welche die Betroffenen an der Teilnahme an einer Therapie hindern würden.

Eine davon wären die psycho-sozialen Einschränkungen bei dieser Bevölkerung. Es geht vor allem darum, dass in dieser Gesellschaft eine Therapiemöglichkeit als Behandlung der „Verrücktheit“ interpretiert wird. Und da die Leute nicht „verrückt“ genannt werden wollen, vermeiden sie den Kontakt mit professionellen Helfern (Psychologe, Psychotherapeut, usw.). Ein anderer wichtiger Aspekt ist die Armut. Wegen des ökonomischen Zustands nach dem Krieg können sich die Betroffenen in der Regel keine psychologische Hilfe leisten, auch wenn sie diese suchen würden.

Außerdem erschwert der Mangel in allen sozialen Sphären die psychische Stabilisierung der Betroffenen bei einer PTSD.

Meines Wissens nach beschränken sich die wenigen Behandlungsmöglichkeiten im Kosovo auf die internationalen Hilfsorganisationen und/oder fachlich ausgebildete Gruppen, die sozial-psychologische Hilfe anbieten.

## **Diskussion und Zusammenfassung**

---

Mit Hilfe statistischer Verfahren hat diese Forschung ermöglicht, den Einfluss einer Störung zu messen, und somit den Weg für andere Forschungen, die den psychischen positiven Zustand des Traumatisierten anstreben, zu ebnen.

Die oben aufgestellten und überprüften Hypothesen berücksichtigen nicht den Zusammenhang oder den Einfluss der untersuchten psychischen Auffälligkeiten (Syndromskalen der YSR und YASR) untereinander. Dies bleibt als offene Frage und Stoff für zukünftige Forschungen. Als Beispiel dafür: In unserer Studie wurde der Zusammenhang zwischen der Syndromskala „Ängstlich/Depressiv“ und der Syndromskala „Sozialer Rückzug“ nicht untersucht, sondern nur der Einfluss des PTB auf alle Syndromskalen.

Für unsere Forschung war es von Bedeutung, Reliabilitätsanalysen von YSR und YASR durchzuführen, daher habe ich diese Fragebogen vom Deutschen ins Albanische übersetzt. Die Werte sind sehr vergleichbar und reliabel und somit verwendbar für weitere mögliche Forschungen.

Die Ergebnisse dieser Studie weisen auf den großen Einfluss der PTB auf unser Alltagsleben hin. Hier zeigte sich, dass die Exposition zu traumatischen Ereignissen u.a. die Posttraumatische Belastungsstörung verursacht, die ihrerseits zur Beeinträchtigung der normalen psychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen signifikant beiträgt.

Zu erwähnen ist noch, dass die Daten, die unserer Forschung als Grundlage gedient haben, 6 Jahre nach dem Krieg im Kosovo erhoben wurden. Die Möglichkeit, mit den Betroffenen Kontakt zu halten, ist für mich nicht möglich, weil ich nicht im Kosovo lebe. Daher ist die Verfolgung der weiteren psychischen Entwicklung dieser Gruppe auch unrealisierbar.

Schließlich hoffe ich, dass unsere Studie die Hilfsorganisationen dazu anregt, mehr psychosoziale Unterstützung für Länder, die Krieg erlebt haben, anzubieten.

### 11.4 Schlussfolgerung

Kriege, Folter und ethnische Reinigung aufgrund politischer Motive sind Ursachen dafür, dass weltweit etwa 40 Millionen Menschen auf der Flucht sind. Eine charakteristische psychische Folge solcher extrem belastenden Erlebnisse ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB). In der vorliegenden Untersuchung wurde die Wirksamkeit von PTSD in Zusammenhang mit den psychischen Auffälligkeiten, gemessen mit YSR und YASR Fragebogen, evaluiert. Dabei helfen die Daten, die von 161 Befragten gesammelt wurden, die zwei Sorten von Fragebogen ausgefüllt haben. Das erste, SCID-I, diente zum Diagnostizieren der Posttraumatische Belastungsstörung und der zweite YSR (für die Befragten bis 18 Jahre Alt) oder YASR (für die Befragten ab 18 Jahre Alt), um die psychische Auffälligkeiten zu messen.

Der Einfluss des PTB auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hat sich durch unsere Ergebnisse deutlich gezeigt und uns dabei geholfen, die Behandlungsmöglichkeiten für die Gruppe, die unter diese Störung leidet, zu determinieren.

Diese Studie zeigt, dass das traumatische Ereignis mehrere Bereiche des Lebens beeinträchtigt und besonders bei Kindern und Jugendlichen eine langdauernde Wunde hinterlässt, die geheilt werden muss. Es zeigt sich aber auch, dass es noch einen großen Bedarf an weiterer Forschung im Bereich der seelischen Gesundheit dieser Population sowie an einer entsprechenden Entwicklung angemessener psychotherapeutischer Ansätze gibt.

### Literaturverzeichnis

- Albrecht, K., 2001. Folgen von Kriegserfahrungen für Kinder und Jugendliche.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 5-21.
- Angst J., und Vollrath M., 1991. The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 1991; 84:446–452.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4rd ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Bandura u.a. 1961 u. 1963; Walters u. Willows 1968. In: Beate Weymann-Reichardt, 2004.
- Bassler, M. (2000). Psychodynamische Therapie bei Patienten mit Angststörungen. In Möller, H., J. (Hrsg.): *Psychiatrische Therapie*. 2. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg, Springer: S 722 731.
- Bassler M., 2002. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Angststörungen.
- Blanchard, E.B., Buckley, T.C., Hickling, E.J., Taylor, A.E. (1998): Posttraumatic Disorder and Comorbid Major Depression: Is the Correlation an Illusion? *J Anxiety Disorders* 12, 21-37.
- Bonanno, George A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*. 59(1), Jan 2004, 20-28.
- Brady KT (1997). Posttraumatic Stress Disorder and comorbidity : recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry* ; 58: 12- 15. In: Oliver Schoberth, (2003) „PTSD, Psychosomatische Komorbidität und Risikofaktoren bei Patienten mit akuter Unfallverletzung“.

## Literaturverzeichnis

---

- Breakwell GM: Aggressionen erklären. In: Breakwell GM: Aggressionen bewältigen: Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit. 1. Aufl., 19-36, Huber, Bern, 1998. In: Ketelsen, R., 2005. Prävalenz, Charakteristika und Prädiktoren fremdaggressiven Verhaltens bei hospitalisierten psychisch Kranken, 2005.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson, E., 1991: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 48, 216-222.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., Federman, B., Anthony, J.C. (1998): Epidemiological findings on posttraumatic stress disorder and co-morbid disorders in the general population. In: Dohrenwend, B.P. (Ed.): *Adversity, Stress and Psychopathology*. S. 319-330. New York: Oxford University Press.
- Breslau N., 2001. Outcomes in posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2001; 62 (Suppl. 17):55–59.
- Briere, John: In Briere, John. (2004). *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement* (2nd ed.). (pp. 161-186). American Psychological Association. xii, 279 pp.
- Briere, John: In Briere, John. (2004). *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement* (2nd ed.). (pp. 39-79). American Psychological Association. xii, 279 pp
- Brom D, Kleber RJ, Witzum E. The prevalence of posttraumatic psychopathology in the general and clinical population. In: *J. of Psychiatry*, 1992; 28: 53-63.
- Butollo, W., Krüsmann, M., Hagl, M., 1998. *Leben nach dem Trauma*, 1998.
- Butollo, W., Hagl, M., Krüsmann, M., 1999. *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung*.
- Butollo, W. (1997). *Traumatherapie. Die Bewältigung schwerer posttraumatischer Störungen*.

## Literaturverzeichnis

---

- Connor, Daniel F.; Steingard, Ronald J.; Cunningham, Julie A.; Anderson, Jennifer J.; Melloni, Richard H. Proactive and Reactive Aggression in Referred Children and Adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*. 74(2), Apr 2004, 129-136.
- Crijnen, A.A., Achenbach, T.M. & Verhulst, F.C. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: the Child Behavior Checklist syndrome constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156, 569-574.
- Crijnen, A.A.M., Achenbach, T.M., & Verhulst, F.C. (1997) Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and Internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 1269-1277.
- Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *PubMed Journal*, 21(3):713-21.
- Davison, G. C. & Neale, J. M. (1988). *Klinische Psychologie - Ein Lehrbuch*. München: Psychologie Verlags Union.
- Dietrich F. Koch und Deirdre Winter (2000). Beiträge der Psychotraumatologie zur Menschenrechtsdiskussion im Kontext der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen.
- Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1995). Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica*, 41, 221-244.
- Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1997). Verhaltensauffälligkeiten von Schülern im Urteil der Lehrer - Reliabilität und faktorielle Validität der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18, 199 – 214.

## Literaturverzeichnis

---

- Döpfner, M., Berner, W., Schmeck, K., Lehmkuhl, G. & Poustka, F. (1995). Internal consistency and validity of the CBCL and the TRF in a German sample - a cross cultural comparison. In Sergeant, J. (Ed.): Eunethydis. European approaches to hyperkinetic disorder, 51-81. Fotorotar. Egg, Zürich.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (1994). Der Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher. *Kindheit und Entwicklung* 3, 244-252.
- Döpfner, M., Melchers, P., Fegert, J., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., Schmeck, K., Steinhausen, H.C. & Poustka, F. (1994). Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung* 3, 54-59.
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Englert, E., Fegert, J.M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U. & Poustka, F. (1998). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern - Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 9 – 19.
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F. & Lehmkuhl, G. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25, 218 – 233.
- Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W., Lehmkuhl, G. & Poustka, F. (1994). Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist - eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, 189-205.

## Literaturverzeichnis

---

- Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W., Lehmkuhl, G. & Poustka, F. (1995). Zurück zu Jaspers? Zum Stellenwert empirischer Erforschung psychopathologischer Phänomene. Eine Erwiderung auf die Kritik von Sponkel. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 23, 212-216.
- Döpfner, M., Schmeck, K., Poustka, F., Berner, W., Lehmkuhl, G. & Verhulst, F. (1996). Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, den Niederlanden und den USA. Eine kulturvergleichende Studie mit der Child Behavior Checklist. *Nervenarzt*, 67, 960- 967.
- Doubrawa Rainer, 2006. Progressive Relaxation – neuere Forschungsergebnisse zur klinischen Wirksamkeit. *Fachzeitschrift „Entspannungsverfahren“*, 23, 2006, S.6-18.
- Dulz, B. & Jensen, M. (1997). Vom Trauma zur Aggression – von der Aggression zur Delinquenz. Einige Überlegungen zu Borderline-Störungen. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Praxis*, 1, 189-192. In: Schweitzer, S., (2003). Prävalenz von Traumatischen Lebensereignissen und PTSD bei Strafgefangenen.
- Dunmore, E., Clark, D.M. & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent post-traumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063-1084.
- Dutton, D. G. & Hart, S. D. (1994). Evidence for long-term, specific effects of childhood abuse and neglect on criminal behavior in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36, 129-137.
- Eberhard Okon und Rolf Meermann (2002). Prävention und Behandlung posttraumatischer Störungsbildes in Rahmen militärischer polizeilicher Aufgabenerfüllung.
- Eckart R. Straube Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31. Jg., Heft 1, 2002.

## Literaturverzeichnis

---

- Engel, Charles C. Jr. In Schnurr, Paula P. (Ed); Green, Bonnie L. (Ed). (2004). Somatization and multiple idiopathic physical symptoms: Relationship to traumatic events and posttraumatic stress disorder. Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress. (pp. 191-215). American Psychological Association. xii, 311 pp.
- Ehlers, A., (1999). Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe 1999 (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie (nach Wolfgang Hiller).
- Ehlers, A., Mayou, R. A. & Bryant, B. (1998). Psychological Predictors of Chronic Posttraumatic Stress Disorder After Motor Vehicle Accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D.M. (2000): A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 38, 319-345.
- Ehlers, A., Steil, R., Robins, L.N, McEvoy, L. (1996): Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). Oxford: Department of Psychiatry, Warnford Hospital, University Oxford.
- Elisabeth Nyberg, (2005). Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). *Thieme, Psychoneuro* 2005; 31: 25-29.
- Erikson, K. (1976). Loss of community at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, 133, 302 – 305.
- Ermann, M., (2003): *Wir Kriegskinder* S. 3.

## Literaturverzeichnis

---

- Everly, G., Horton, A. (1989). Neuropsychology der posttraumatic Druckstörung: eine Versuchsstudie. Wahrnehmungs- und Bewegungsfähigkeiten, 68:807 – 810.
- Feeny Norah C., Foa Edna B., Treadwell Kimberli R. H., March John. Posttraumatic Stress Disorder in Youth: A Critical Review of the Cognitive and Behavioral Treatment Outcome Literature. Professional Psychology: Research and Practice. 35(5), Oct. 2004, 466-476.
- Fegert, J. (1996) Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 45, 83 – 94.
- Gabriele Enders 2001, Traumatisierte Kinder Erkennen und Umsorgen.
- Firth, H., Balogh, R., Berney, T., Bretherton, K., Graham, S. & Whibley, S. (2001) Psychopathology of sexual abuse in young people with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research 45 (3), 244-252.
- Finkelhor, D. (1984): Child sexual abuse. New Theory and Research. Free Press, New York.
- In: Klaus Henricke, „Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung“(2002).
- Flatten G, Wöller W, Hofmann A (2001), Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörung. Schattauer, Stuttgart.
- Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann, L, Wöller W, Petzold E.R (2004). Posttraumatische Belastungsstörung - Quellentext. Schattauer, Stuttgart 2. erw. Auflage, (1. Auflage 2001).
- Flannery, R.B. & Harvey, M.R. (1991). Psychological trauma and learned helplessness. In B.A. van der Kolk (Ed.), Psychological trauma. Washington: American Psychiatric Press.
- Foerster, K., Leonhardt, M, 2003. Probleme bei der Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung, MED SACH 99.

## Literaturverzeichnis

---

- Foa EB, Rothbaum BO: Treating the Trauma of Rape. Cognitive-behavior Therapy for PTSD. New York: Guilford, 1998.
- Franz Engels, 2002. Forums für Psychiatrie und Psychotherapie.
- Freud S (1920). Jenseits des Lustprinzips. In: Freud S. Studienausgabe Bd.III: Psychologie des Unbewußten. Frankfurt/M.:S. Fischer 1975. In: Oliver Schoberth, (2003) „PTSD, Psychosomatische Komorbidität und Risikofaktoren bei Patienten mit akuter Unfallverletzung“.
- Freud, S.: Wege der Psychoanalytischen Therapie (1919). Ges. W. Bd. XII. Fischer, Frankfurt 1975. . In: Bassler, M, Tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie von Angststörungen, 2002.
- Freud, S. (1896), „Zur Ätiologie der Hysterie“.
- G. Fobbe, S. Tagay und S. Gesenhues, (2006). Trauma und Traumafolgen in der Primärversorgung, Psychother Psych Med 2006; 56, Thieme-connect.
- Gil, T., Calev, A., Greenberg, D., Kugelmass, S., Lerer, B. (1990). Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 3: 29-45.
- Green, Bonnie L.; Kimerling, Rachel; Schnurr, Paula P. (Ed); Green, Bonnie L. (Ed). (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder, and health status. Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress. (pp. 13-42). American Psychological Association. xii, 311 pp.
- Green B (1993) Disasters and posttraumatic. stress disorder. In: Davidson JR, Foa EB. Posttraumatic stress disorder, DSM IV. and beyond. 23-36. Washington, DC. München: Kindler. In: Butollo, 1997.

## Literaturverzeichnis

---

- Grella, Christine E.; Stein, Judith A.; Greenwell, Lisa. Associations Among Childhood Trauma, Adolescent Problem Behaviors, and Adverse Adult Outcomes in Substance-Abusing Women Offenders. *Psychology of Addictive Behaviors*. 19(1), Mar 2005, 43-53.
- Hans-Ulrich Wittchen, Ursula Wunderlich, Sabine Gruschwitz und Michael Zaudig, 1997. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Sektion F: Angststörungen (F85-F86) für PTSD).
- Herman, Judith Lewis (1998). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler Verlag.
- Hennicke K., 2002. Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.
- Helzer, J. E., Robins, L. N. & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. In: *New England Journal of Medicine*, Vol. 317, 1630-1634.
- Hensel T., 2006. EMDR mit Kindern und Jugendlichen.
- Hoffmann, S.O., M. Bassler: Phobische Störungen. In: Ahrens, S. (Hrsg.): *Lehrbuch für Psychotherapeutische Medizin*. Schattauer, Stuttgart 1996. In: Bassler, M, *Tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie von Angststörungen*, 2002.
- Hofmann A, Liebermann P, Flatten G (2001), Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörung*. Schattauer, Stuttgart.
- Horowitz MJ, Wilner N, Kaltreider N, Alvarez W (1980). Signs and symptoms of posttraumatic disorders. *Archives of General Psychiatry*; 37: 85-92.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.

## Literaturverzeichnis

---

- Horowitz, M.J. & Reidbord, S., 1992. Memory, Emotion and Response to Trauma. In Christianson, S.A. (ed.) *The Handbook of Emotion and Memory*, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum. pp. 343-357. 1992.
- Horowitz (1986). In: Richard J. McNally, Richard A. Bryant, and Anke Ehlers, „Acute Stress Disorder“. *Psychological Science in the public interest*, VOL. 4, NO. 2, November 2003.
- Huck, W. (2002). Kinder- und Jugendliche als Intensivtäter. Anamnese, Früherkennung und dissoziales Verhalten. S. 187-193.
- Huss, M., Döpfner, M., Lenz, K., Fegert, J.M., Schmeck, K., Berner, W., Plück, J., Poustka, F., Lehmkuhl, G. & Lehmkuhl, U. (2000) In Maier, W. Engel, R.R. & Möller, H.-J. (Hrsg.): *Methodik von Verlaufs- und Therapiestudien in Psychiatrie und Psychotherapie*, 193 - 195. Göttingen: Hogrefe.
- Hyer L, Davis H, Albrecht W, Boudewyns P, Woods G (1994). Cluster analysis of MCMI and MCMI-II on chronic PTSD victims. *Journal of Clinical Psychology* 50(4), 502-15.
- ICD-10 (1991), Internationale Klassifikation psychischer Störung. Diagnosesystem der World Health Organisation (WHO, Weltgesundheitsorganisation). Derzeit ist der zehnte Version gültig (ICD-10).
- Ingolf Schmid-Tannwal, 2006. Körperliche und seelische Folgen nach vorgeburtlicher Kindstötung.
- Jacobs, S. & Bruns, T. (2004). EMDR und Biofeedback in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen. Zentrale Einrichtung Medien, Universität Göttingen.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Jacobson, E., (1938). Yoga: A scientific Evaluation. *Psychological Bulletin*, 35(1), Jan 1938, 46-50. APA.
- Jacobson, E., (1926). Response to a sudden unexpected stimulus. *Journal of Experimental Psychology*, 9(1), Feb 1926, 19-25. APA.

## Literaturverzeichnis

---

- Jonathan D. Huppen; Jason S. Moser; Beth S. Gershuny; David S. Riggs; Megan Spokas; Jennifer Filip; Greg Hajcak; Stechpalme A. Parker; Schutze Baer; Edna B. Foa. Das Verhältnis zwischen den besessen- zwingenden und posttraumatic Drucksymptomen in den klinischen und nicht-klinischen Proben. S. 127.
- Jordan, B. K., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A. & Caddell, J. M. (1996). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Incarcerated Women. *Archives of General Psychiatry*, 53, 513-519. In: Schweitzer. S., (2003). Prävalenz von Traumatischen Lebensereignissen und PTSD bei Strafgefangenen.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Cadell, J.M., Zimering, R.T. & Ben-der, M.E. (1985). A behavioural approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995): Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity sample. *Arch Gen Psychiatry* 52, 1048-1060 .
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J. & Best, C.L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel.
- Kilpatrick et al. (1982). In: Sherry A. Falsetti, Jeffrey A. Bernat, „Empirical Treatments for PTSD Related to Rape and Sexual Assault (2000).
- Kocijan-Hercigonja, D. (1997), Kinder im Krieg. Erfahrungen aus Kroatien. In: Hilweg, W., Ullmann, E.(Hg) *Kindheit und Trauma. Trennung, Missbrauch, Krieg*. 177-194. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kordt M. 44: Repräsentative DAK-Studie: Optimale Rahmenbedingungen für berufstätige Frauen. *Praxis und Recht* 2002, p. 11.
- Krause R., Kirsch A., 2002. Neurobiologische Veränderung aufgrund von Traumatisierung.

## Literaturverzeichnis

---

- Kubany, Edward S.; Hill, Elizabeth E.; Owens, Julie A.; Iannce-Spencer, Cindy; McCaig, Mari A.; Tremayne, Ken J.; Williams, Paulette L. Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72(1), Feb 2004, 3-18.
- Lackner, R., (2005). Wie Pippa wieder lachen lernte. Fachliche Hilfe für traumatisierte Kinder, S. 3.
- Latscha, Knut (2005). Belastungen von Polizeivollzugsbeamten. Empirische Untersuchung zur Posttraumatischen Belastungsstörung bei bayerischen Polizeivollzugsbeamten/-innen.
- O'Brien, L. S. (1998). *Traumatic events and mental health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Perry BD, Southwick SM, Yehuda R, Giller EL (1990): Adrenergic receptor regulation in post-traumatic stress disorder. In Giller EL (ed), *Biological Assessment and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. Washington, DC: APA Press, pp. 87-114.
- Peter A. Levine. *Trauma- Heilung*. Synthesis Verlag. Essen 1998.
- Peterson, C. & Seligman, M.E. (1983). Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues*, 2, 103-116.
- Plück J., Döpfner M., Berner W., Englert E., Fegert J., Huss M., Lenz K., Schmeck K., Lehmkuhl U., Poustka F. & Lehmkuhl G., (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung Jugendlicher. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 566 – 582.

## Literaturverzeichnis

---

- Plück, J., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse der PAK-KID-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 133-142.
- Psychiatrie und Psychotherapie herausgegeben von H -J Müller, G Laux, H -P Kapfhammer, S.1323, 2005.
- M., Schulte, Markwort und C .Barkmann (2005). Die Hamburger Gesundheitsstudie. „MedReport“ Nr. 18. 29. Jahrgang 2005. Hamburg.
- Maercker, A., Schützwohl, M. (1998): Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica* 44, 130-141.
- Maercker, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungen bei Opfern politischer Gewalt. Lengerich: Pabst.
- Marijike et al. (2001). Adolescent self-report problems as predictors of psychopathology in adulthood: 10- year follow- up study.
- Matthias, S., (1997). Forschungsverbund Public Health Sachsen, 1997, 3 Auflage.
- Matsakis, A. (1996). *Vietnam Wives: Facing the Challenges of Life with Veterans Suffering Post Traumatic Stress* (Sidran Press, 1996, ISBN 1-886968-00-4).
- Meichenbaum, D. (1994). *A Clinical Handbook/ Practical Therapist Manual For Assessing and Treating Adults with Post- Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. Waterloo: Institute Press.
- McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl 5):15–20.
- Meili F., 2002. Störungen des Sozialverhaltens.

## Literaturverzeichnis

---

- Möllering A., Herpertz S., 2003. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) - Was ist zu tun? Thieme-connect, Z. Allg. Med. 2003; 79: 457-461
- Möller H-J, Müller-Spahn F, Kurtz G (Hrsg): Aktuelle Perspektiven der Biologischen Psychiatrie. Springer-Verlag, Wien 1996.
- Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP: Psychiatrie und Psychotherapie. Springer 2004.
- Möller, H.-J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.-P (2000). (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer-Verlag Heidelberg, S.1247-1272.
- Milrod, B., Busch, F., Cooper, A. & Shapiro, T. (1997). Manual der Panik-Fokussierten Psychodynamischen Psychotherapie. . In: Bassler, M, Tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie von Angststörungen, 2002.
- Miller, Mark W.; Kaloupek, Danny G.; Dillon, Amy L.; Keane, Terence M. Externalizing and Internalizing Subtypes of Combat-Related PTSD: A Replication and Extension Using the PSY-5 Scales. Journal of Abnormal Psychology. 113(4), Nov 2004, 636-645.
- Millsap, R. E., Zalkind, S. S. & Xenos, T. (1990). Quick reference tables to determine the significance of the difference between to correlation coefficients from two independent samples. Educational and Psychological Measurement, 50, 297-307. In: Annett Kuschel, 2001. Psychische Auffälligkeiten bei Braunschweiger Kindergartenkinder.
- Morschitzky, H. (2002). Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. Wien.
- Mason, P. (1990). Recovering from the War: A Woman's Guide to Helping Your Vietnam Vet., Your Family, and Yourself.
- Mowrers, O.H. (1947). On the dual nature of learning a re-interpretation of conditioning and problem-solving. Harvard Educational Review, 17, 102.148.
- Müller J., 2003. Interpersonelle und Soziokognitive Faktoren der Traumabewältigung bei Kriminalitätsopfern.

## Literaturverzeichnis

---

- Mullen P., Martin J., Anderson J., Romans S., & Herbison G., 1996. The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children. *A child abuse and neglect*. S. 20, 7-21.
- Rheingold, Alyssa A.; Acierno, Ron; Resnick, Heidi S. In Schnurr, Paula P. (Ed); Green, Bonnie L. (Ed). (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder, and health risk behaviors.
- Riggs D., Byrne C. A., Weathers F. W., & Litz B. T. (1998). The quality of intimate relationships in male Vietnam veterans: The impact of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 87–102.
- Rosenberg S., Mueser K., Jankowski M.K., & Hamblen J., (2002). Trauma Exposure and PTSD in People with Severe Mental Illness. *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder*, 13 (3).
- Rosenberg HJ, Rosenberg SD, Wolford GL, Manganiello PD, Brunette MF, Boynton RA. The relationship between trauma, PTSD, and medical utilization in three high risk medical populations. *Int J Psychiatry Med* 2000; 30: 247-259.
- Rost C., Hofmann A., 2005. Die Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung mit EMDR, einer neueren Methode der Traumabehandlung.
- Roth S, Newman E, Pelcovitz D, van der Kolk B, Mandel FS. Complex PTSD in victims to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *J. Trauma Stress* 1997; 10: 539-555.
- Ryan, R. (1995): Posttraumatic stress disorder in persons with with developmental disabilities. *Community Mental Health Journal* 30, 45-54.
- Shapiro, F. (1989b). Eye Movement Desensitization: A new treatment for post-traumatic-stress-disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.

## Literaturverzeichnis

---

- Seligman, M.E. (1975). Helplessness. On depression, development and death. San Francisco: Freeman and Company.
- Silverman JG, Raj A, Mucci LA, Hathaway JE. Dating violence against adolescent girls and associated substance abuse, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy and suicidality. JAMA 2001; 286: 572-579.
- Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Fairbank, J. A., & Hough, R. L. (1992). The prevalence of post-traumatic stress disorder in Vietnam Generation: A multimethod, multisource assessment of psychiatric disorder. Journal of Traumatic Stress, 5(3), 333 - 363.
- Schoberth, O., 2003. PTSD, Psychosomatische Komorbidität und Risikofaktoren bei Patienten mit akuter Unfallverletzung.
- Schuster, P. (2001) Depressionen bei jugendlichen und jungen Erwachsenen: Vortrag Psychiatrietage Königslutter "Informationsgesellschaft und Psyche", Königslutter.
- Schweitzer, S., (2003). Prävalenz von Traumatischen Lebensereignissen und PTSD bei Strafgefangenen.
- Silke Helfrich und Michael Schüring. aus: FRIZ-Blätter, Heft 7/1997.
- Staal N.G., Crijnen A.A.M., Döpfner M. & Verhulst, F.C. (1999). Körperliche Beschwerden bei Kindern in Deutschland und in den Niederlanden. Monatsschrift Kinderheilkunde, 147, 122-127.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meanings of posttraumatic intrusions in chronic PTSD: Behavior Research and Therapy, 38, 537-558.
- Steil R., 2002. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31. Jg., Heft 1, 2002.

## Literaturverzeichnis

---

- Steiner, H., Garcia, I.G., & Mathews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 357-365. In: *Trauma among Girls in the Juvenile Justice System From the National Child Traumatic Stress Network*. Juvenile Justice Working Group. Marianne Hennessey, MS., LPC, Julian D. Ford, PhD, Karen Mahoney, MA, Susan J. Ko, PhD, And Christine B. Siegfried, MSW, 2004.
- Steinert T: Aggressionstheorien und ihre klinische Brauchbarkeit. In: Steinert T: Aggression bei psychisch Kranken. 30-56, Enke, Stuttgart, 1995a. In: Ketelsen, R., 2005. Prävalenz, Charakteristika und Prädiktoren fremdaggressiven Verhaltens bei hospitalisierten psychisch Kranken, 2005.
- Stuber, Jennifer; Galea, Sandro; Pfefferbaum, Betty; Vandivere, Sharon; Moore, Kristen; Fairbrother, Gerry. Behavior Problems in New York City's Children After the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *American Journal of Orthopsychiatry*. 75(2), Apr 2005, 190-200.
- Sylvia Koppe, 2004. Universität Erfurt, Institut für Sonder- und Sozialpädagogik. *Traumatisierte Kinder in Unterricht und Erziehung*.
- Schützwohl M., 1997. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., 3. Auflage 1997 (1. Auflage 1996).
- Teegen, F., (2001). *Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*. In Springer 2002, S. 341-349.
- Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress. (pp. 217-243). American Psychological Association. xii, 311 pp.
- True et al., (1993). *Intrusionen und Vermeidungsverhalten bei monozygoten Zwillingen*.

## Literaturverzeichnis

---

- Uddo M., Vasterling J., Brailey K., Sutker P. (1993). Memory and attention in combat related posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 15: 43-52
- Ulrich Sachsse, (1998). "Trauma, Trauma-Coping und Posttraumatische Belastungsstörung: Theorie und Therapeutische Ansätze".
- Understanding Post-Traumatic Stress: A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment  
Stephen Joseph, Ruth Williams and William Yule. Chichester, UK: Wiley, 1997. pp. 187.
- UNICEF (Hg.): Kinder der Welt, Nr. 2/95, S. 5
- Van der Kolk, B. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J. of Clinical Psychiatry*, 1997; 58; suppl. 9: 16-24.
- Van der Kolk, Bessel A., (1995). Psychische Folgen traumatischer Erlebnisse: Psychologische, biologische und soziale Aspekte von PTSD.
- Van der Kolk, Bessel A. (1999). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma).
- Van der Kolk, B. A. (2000). Der Körper vergisst nicht. Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 195-217). Paderborn: Junfermann. In: Schweizer, S., 2003. *Prevalanz von Traumatischen Lebenserfahrungen und PTSD bei Strafgefangenen*.
- Walker, J. F. (1981). Vietnam combat veterans with legal difficulties and psychiatric problems. *American Journal of Psychiatry*, 138, 976 – 982.
- Weeks, R. & Widom, C. S. (1998). Self-reports of Early Childhood Victimization among Incarcerated Adult Male Felons. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 346-361.

## Literaturverzeichnis

---

In: Schweitzer, S., (2003). Prävalenz von Traumatischen Lebenserfahrungen und PTSD bei Strafgefangenen.

Wenninger, K. & Ehlers, A. (1998). Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 281-300.

Wolfgang Hiller, 2004. *Verhaltenstherapie* 2004;14:153–156.

*Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*. „Kinder und Jugendliche als Intensivtäter. Anamnese, Früherkennung und Dissoziales Verhalten“, 2/2002, S.187-193.

*Zeitschrift GLOBAL LERNEN für Lehrerinnen und Lehrer*. Kinder im Krieg. Ausgabe 2/1997.

<http://www.dr-andreabosse.de/>

<http://de.brainexplorer.org/anxiety/FocusAnxiety.shtml>

## Anhang A

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Sozialer Rückzug	Ängstlich Depressiv	S/Z bzw. BV	Aufmerksamkeitsprobleme	Dissoziales Verhalten	Agressives Verhalten
Mann-Whitney U	198,000	205,000	153,500	156,000	143,000	171,500
Wilcoxon W	474,000	481,000	429,500	432,000	419,000	447,500
Z	-,238	-,053	-1,425	-1,349	-1,697	-,935
Asymp. Sig. (2-tailed)	,812	,958	,154	,177	,090	,350

a. Grouping Variable: Gender

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Soziale Probleme
Mann-Whitney U	64,000
Wilcoxon W	217,000
Z	-1,079
Asymp. Sig. (2-tailed)	,281
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,309 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Gender

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	AsV
Mann-Whitney U	19,500
Wilcoxon W	40,500
Z	-,593
Asymp. Sig. (2-tailed)	,553
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,573 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Gender

## U-Test auf Geschlechtsunterschiede

# Anhang B Untersuchungsinstrumente



Please print your answers.

## ADULT SELF-REPORT FOR AGES 18-59

For office use only  
ID#

YOUR FULL NAME First Middle Last			YOUR USUAL TYPE OF WORK, even if not working now. Please be specific—for example, auto mechanic; high school teacher; homemaker; laborer; lathe operator; shoe salesman; army sergeant; student (indicate what you are studying & what degree you expect). Your work _____ Spouse or partner's work _____
YOUR GENDER <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	YOUR AGE	ETHNIC GROUP OR RACE	
TODAY'S DATE Mo. ____ Date ____ Yr. ____		YOUR BIRTHDATE Mo. ____ Date ____ Yr. ____	
Please fill out this form to reflect <i>your</i> views, even if other people might not agree. You need not spend a lot of time on any item. Feel free to print additional comments. <b>Be sure to answer all items.</b>			

### I. FRIENDS:

- A. About how many close friends do you have? (Do not include family members.)  
 None     1     2 or 3     4 or more
- B. About how many times a month do you have contact with any of your close friends? (Include in-person contacts, phone, letters, e-mail.)  
 Less than 1     1 or 2     3 or 4     5 or more
- C. How well do you get along with your close friends?  
 Not as well as I'd like     Average     Above average     Far above average
- D. About how many times a month do any friends or family visit you?  
 Less than 1     1 or 2     3 or 4     5 or more

### II. SPOUSE OR PARTNER:

- What is your marital status?  Never been married     Married but separated from spouse  
 Married, living with spouse     Divorced  
 Widowed     Other—please describe: \_\_\_\_\_

At any time in the past 6 months, did you live with your spouse or with a partner?

- No—please skip to page 2.  
 Yes—Circle 0, 1, or 2 beside items A-H to describe your relationship *during the past 6 months*:

0 = Not True    1 = Somewhat or Sometimes True    2 = Very True or Often True

0 1 2 A. I get along well with my spouse or partner	0 1 2 E. My spouse or partner and I <i>disagree</i> about living arrangements, such as where we live
0 1 2 B. My spouse or partner and I have trouble sharing responsibilities	0 1 2 F. I have trouble with my spouse or partner's family
0 1 2 C. I feel satisfied with my spouse or partner	0 1 2 G. I like my spouse or partner's friends
0 1 2 D. My spouse or partner and I enjoy similar activities	0 1 2 H. My spouse or partner's behavior annoys me

Copyright 2003 T. Achenbach  
 ASEBA, University of Vermont, 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456  
 www.ASEBA.org

Please be sure you have answered all items.  
 Then see other side.

UNAUTHORIZED COPYING IS ILLEGAL

1-03 Edition - 111

**III. FAMILY:**

Compared with others, how well do you:

		Worse than Average	Variable or Average	Better than Average	No Contact
A. Get along with your brothers?	<input type="checkbox"/> I have no brothers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Get along with your sisters?	<input type="checkbox"/> I have no sisters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Get along with your mother?	<input type="checkbox"/> Mother is deceased	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Get along with your father?	<input type="checkbox"/> Father is deceased	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Get along with your biological or adopted children?	<input type="checkbox"/> I have no children				
1. Oldest child	<input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 2nd oldest child	<input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 3rd oldest child	<input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Other children	<input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Get along with your stepchildren?	<input type="checkbox"/> I have no stepchildren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. JOB:** *At any time in the past 6 months*, did you have any paid jobs (including self-employment and military service)?

No—please skip to Section V.

Yes—please describe your job(s): \_\_\_\_\_

Circle 0, 1, or 2 beside items A-I to describe your work experience *during the past 6 months*:

0 = Not True      1 = Somewhat or Sometimes True      2 = Very True or Often True

0 1 2	A. I work well with others	0 1 2	F. I do things that may cause me to lose my job
0 1 2	B. I have trouble getting along with bosses	0 1 2	G. I stay away from my job even when I'm not sick or not on vacation
0 1 2	C. I do my work well	0 1 2	H. My job is too stressful for me
0 1 2	D. I have trouble finishing my work	0 1 2	I. I worry too much about work
0 1 2	E. I am satisfied with my work situation		

**V. EDUCATION:** *At any time in the past 6 months*, did you attend school, college, or any other educational or training program?

No—please skip to Section VI.

Yes—what kind of school or program? \_\_\_\_\_

What degree or diploma are you seeking? \_\_\_\_\_ Major? \_\_\_\_\_

When do you expect to receive your degree or diploma? \_\_\_\_\_

Circle 0, 1, or 2 beside items A-E to describe your educational experience *during the past 6 months*:

0 = Not True      1 = Somewhat or Sometimes True      2 = Very True or Often True

0 1 2	A. I get along well with other students	0 1 2	D. I am satisfied with my educational situation
0 1 2	B. I achieve what I am capable of	0 1 2	E. I do things that may cause me to fail
0 1 2	C. I have trouble finishing assignments		

**VI. Do you have any illness, disability, or handicap?**  No  Yes—please describe: \_\_\_\_\_

**VII. Please describe your concerns or worries about family, work, education, or other things:**  No concerns

**VIII. Please describe the best things about yourself:** \_\_\_\_\_

VIII. Below is a list of items that describe people. For each item, please circle 0, 1, or 2 to describe yourself over the past 6 months. Please answer all items as well as you can, even if some do not seem to apply to you.

0 = Not True	1 = Somewhat or Sometimes True	2 = Very True or Often True
0 1 2 1. I am too forgetful		0 1 2 37. I get in many fights
0 1 2 2. I make good use of my opportunities		0 1 2 38. My relations with neighbors are poor
0 1 2 3. I argue a lot		0 1 2 39. I hang around people who get in trouble
0 1 2 4. I work up to my ability		0 1 2 40. I hear sounds or voices that other people think aren't there (describe): _____
0 1 2 5. I blame others for my problems		0 1 2 41. I am impulsive or act without thinking
0 1 2 6. I use drugs (other than alcohol and nicotine) for nonmedical purposes (describe): _____		0 1 2 42. I would rather be alone than with others
0 1 2 7. I brag		0 1 2 43. I lie or cheat
0 1 2 8. I have trouble concentrating or paying attention for long		0 1 2 44. I feel overwhelmed by my responsibilities
0 1 2 9. I can't get my mind off certain thoughts (describe): _____		0 1 2 45. I am nervous or tense
0 1 2 10. I have trouble sitting still		0 1 2 46. Parts of my body twitch or make nervous movements (describe): _____
0 1 2 11. I am too dependent on others		0 1 2 47. I lack self-confidence
0 1 2 12. I feel lonely		0 1 2 48. I am not liked by others
0 1 2 13. I feel confused or in a fog		0 1 2 49. I can do certain things better than other people
0 1 2 14. I cry a lot		0 1 2 50. I am too fearful or anxious
0 1 2 15. I am pretty honest		0 1 2 51. I feel dizzy or lightheaded
0 1 2 16. I am mean to others		0 1 2 52. I feel too guilty
0 1 2 17. I daydream a lot		0 1 2 53. I have trouble planning for the future
0 1 2 18. I deliberately try to hurt or kill myself		0 1 2 54. I feel tired without good reason
0 1 2 19. I try to get a lot of attention		0 1 2 55. My moods swing between elation and depression
0 1 2 20. I damage or destroy my things		0 1 2 56. Physical problems <i>without known medical cause</i> :
0 1 2 21. I damage or destroy things belonging to others		0 1 2 a. Aches or pains ( <i>not</i> stomach or headaches)
0 1 2 22. I worry about my future		0 1 2 b. Headaches
0 1 2 23. I break rules at work or elsewhere		0 1 2 c. Nausea, feel sick
0 1 2 24. I don't eat as well as I should		0 1 2 d. Problems with eyes (not if corrected by glasses) (describe): _____
0 1 2 25. I don't get along with other people		0 1 2 e. Rashes or other skin problems
0 1 2 26. I don't feel guilty after doing something I shouldn't		0 1 2 f. Stomachaches
0 1 2 27. I am jealous of others		0 1 2 g. Vomiting, throwing up
0 1 2 28. I get along badly with my family		0 1 2 h. Heart pounding or racing
0 1 2 29. I am afraid of certain animals, situations, or places (describe): _____		0 1 2 i. Numbness or tingling in body parts
0 1 2 30. My relations with the opposite sex are poor		0 1 2 57. I physically attack people
0 1 2 31. I am afraid I might think or do something bad		0 1 2 58. I pick my skin or other parts of my body (describe): _____
0 1 2 32. I feel that I have to be perfect		0 1 2 59. I fail to finish things I should do
0 1 2 33. I feel that no one loves me		0 1 2 60. There is very little that I enjoy
0 1 2 34. I feel that others are out to get me		0 1 2 61. My work performance is poor
0 1 2 35. I feel worthless or inferior		0 1 2 62. I am poorly coordinated or clumsy
0 1 2 36. I accidentally get hurt a lot		

0 = Not True		1 = Somewhat or Sometimes True	2 = Very True or Often True	
0	1	2	63.	I would rather be with older people than with people of my own age
0	1	2	64.	I have trouble setting priorities
0	1	2	65.	I refuse to talk
0	1	2	66.	I repeat certain acts over and over (describe): _____
0	1	2	67.	I have trouble making or keeping friends
0	1	2	68.	I scream or yell a lot
0	1	2	69.	I am secretive or keep things to myself
0	1	2	70.	I see things that other people think aren't there (describe): _____
0	1	2	71.	I am self-conscious or easily embarrassed
0	1	2	72.	I worry about my family
0	1	2	73.	I meet my responsibilities to my family
0	1	2	74.	I show off or clown
0	1	2	75.	I am too shy or timid
0	1	2	76.	My behavior is irresponsible
0	1	2	77.	I sleep more than most other people during day and/or night (describe): _____
0	1	2	78.	I have trouble making decisions
0	1	2	79.	I have a speech problem (describe): _____
0	1	2	80.	I stand up for my rights
0	1	2	81.	My behavior is very changeable
0	1	2	82.	I steal
0	1	2	83.	I am easily bored
0	1	2	84.	I do things that other people think are strange (describe): _____
0	1	2	85.	I have thoughts that other people would think are strange (describe): _____
0	1	2	86.	I am stubborn, sullen, or irritable
0	1	2	87.	My moods or feelings change suddenly
0	1	2	88.	I enjoy being with people
0	1	2	89.	I rush into things without considering the risks
0	1	2	90.	I drink too much alcohol or get drunk
0	1	2	91.	I think about killing myself
0	1	2	92.	I do things that may cause me trouble with the law (describe): _____
0	1	2	93.	I talk too much
0	1	2	94.	I tease others a lot
0	1	2	95.	I have a hot temper
0	1	2	96.	I think about sex too much
0	1	2	97.	I threaten to hurt people
0	1	2	98.	I like to help others
0	1	2	99.	I dislike staying in one place for very long
0	1	2	100.	I have trouble sleeping (describe): _____
0	1	2	101.	I stay away from my job even when I'm not sick and not on vacation
0	1	2	102.	I don't have much energy
0	1	2	103.	I am unhappy, sad, or depressed
0	1	2	104.	I am louder than others
0	1	2	105.	People think I am disorganized
0	1	2	106.	I try to be fair to others
0	1	2	107.	I feel that I can't succeed
0	1	2	108.	I tend to lose things
0	1	2	109.	I like to try new things
0	1	2	110.	I wish I were of the opposite sex
0	1	2	111.	I keep from getting involved with others
0	1	2	112.	I worry a lot
0	1	2	113.	I worry about my relations with the opposite sex
0	1	2	114.	I fail to pay my debts or meet other financial responsibilities
0	1	2	115.	I feel restless or fidgety
0	1	2	116.	I get upset too easily
0	1	2	117.	I have trouble managing money or credit cards
0	1	2	118.	I am too impatient
0	1	2	119.	I am not good at details
0	1	2	120.	I drive too fast
0	1	2	121.	I tend to be late for appointments
0	1	2	122.	I have trouble keeping a job
0	1	2	123.	I am a happy person
			124.	<i>In the past 6 months</i> , about how many times per day did you use tobacco (including smokeless tobacco)? _____ times per day.
			125.	<i>In the past 6 months</i> , on how many days were you drunk? _____ days.
			126.	<i>In the past 6 months</i> , on how many days did you use drugs for nonmedical purposes (including marijuana, cocaine, and other drugs, except alcohol and nicotine)? _____ days.



Please print

# YOUTH SELF-REPORT FOR AGES 11-18

For office use only  
ID # \_\_\_\_\_

YOUR FULL NAME First Middle Last			PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now. <i>(Please be specific — for example, auto mechanic, high school teacher, homemaker, laborer, lathe operator, shoe salesman, army sergeant.)</i>
YOUR GENDER <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl	YOUR AGE	YOUR ETHNIC GROUP OR RACE	
TODAY'S DATE Mo. ___ Day ___ Year ____		YOUR BIRTHDATE Mo. ___ Day ___ Year ____	MOTHER'S TYPE OF WORK _____
GRADE IN SCHOOL _____	IF YOU ARE WORKING, PLEASE STATE YOUR TYPE OF WORK: _____		Please fill out this form to reflect <i>your</i> views, even if other people might not agree. Feel free to print additional comments beside each item and in the spaces provided on pages 2 and 4. <b>Be sure to answer all items.</b>
NOT ATTENDING SCHOOL <input type="checkbox"/>	_____		

I. Please list the sports you most like to take part in. For example: swimming, baseball, skating, skate boarding, bike riding, fishing, etc.

None

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Compared to others of your age, about how much time do you spend in each?

Less Than Average	Average	More Than Average
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compared to others your age, how well do you do each one?

Below Average	Average	Above Average
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Please list your favorite hobbies, activities, and games, other than sports. For example: cards, books, piano, crafts, cars, computers, etc. (Do not include listening to radio or TV.)

None

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Compared to others of your age, about how much time do you spend in each?

Less Than Average	Average	More Than Average
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compared to others of your age, how well do you do each one?

Below Average	Average	Above Average
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Please list any organizations, clubs, teams, or groups you belong to.

None

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Compared to others of your age, how active are you in each?

Less Active	Average	More Active
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Please list any jobs or chores you have. For example: paper route, babysitting, making bed, working in store, etc. (Include both paid and unpaid jobs and chores.)

None

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Compared to others of your age, how well do you carry them out?

Below Average	Average	Above Average
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Be sure you answered all items. Then see other side.**

V. 1. About how many close friends do you have? (Do *not* include brothers & sisters)

- None     1     2 or 3     4 or more

2. About how many times a week do you do things with your friends outside of regular school hours? (Do *not* include brothers & sisters)

- Less than 1     1 or 2     3 or more

VI. Compared to others of your age, how well do you:

- |  | Worse                    | Average                  | Better                   |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| a. Get along with your brothers & sisters? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> I have no brothers or sisters |
| b. Get along with other kids?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| c. Behave with your parents?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| d. Do things by yourself?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

VII.1. Performance in academic subjects.     I do not attend school because \_\_\_\_\_

*Check a box for each subject that you take*

	Failing	Below Average	Average	Above Average
a. Reading, English, or Language Arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. History or Social Studies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Arithmetic or Math	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Science	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Other academic subjects—for example: computer courses, foreign language, business. Do *not* include gym, shop, driver's ed., or other nonacademic subjects.

Do you have any illness, disability, or handicap?     No     Yes—please describe:

Please describe any concerns or problems you have about school:

Please describe any other concerns you have:

Please describe the best things about yourself:

Below is a list of items that describe kids. For each item that describes you *now or within the past 6 months*, please circle the **2** if the item is *very true or often true* of you. Circle the **1** if the item is *somewhat or sometimes true* of you. If the item is *not true* of you, circle the **0**.

0 = Not True			1 = Somewhat or Sometimes True			2 = Very True or Often True		
0	1	2	1. I act too young for my age	0	1	2	33. I feel that no one loves me	
0	1	2	2. I drink alcohol without my parents' approval (describe): _____ _____	0	1	2	34. I feel that others are out to get me	
0	1	2	3. I argue a lot	0	1	2	35. I feel worthless or inferior	
0	1	2	4. I fail to finish things I start	0	1	2	36. I accidentally get hurt a lot	
0	1	2	5. There is very little that I enjoy	0	1	2	37. I get in many fights	
0	1	2	6. I like animals	0	1	2	38. I get teased a lot	
0	1	2	7. I brag	0	1	2	39. I hang around with kids who get in trouble	
0	1	2	8. I have trouble concentrating or paying attention	0	1	2	40. I hear sounds or voices that other people think aren't there (describe): _____ _____	
0	1	2	9. I can't get my mind off certain thoughts; (describe): _____ _____	0	1	2	41. I act without stopping to think	
0	1	2	10. I have trouble sitting still	0	1	2	42. I would rather be alone than with others	
0	1	2	11. I'm too dependent on adults	0	1	2	43. I lie or cheat	
0	1	2	12. I feel lonely	0	1	2	44. I bite my fingernails	
0	1	2	13. I feel confused or in a fog	0	1	2	45. I am nervous or tense	
0	1	2	14. I cry a lot	0	1	2	46. Parts of my body twitch or make nervous movements (describe): _____ _____	
0	1	2	15. I am pretty honest	0	1	2	47. I have nightmares	
0	1	2	16. I am mean to others	0	1	2	48. I am not liked by other kids	
0	1	2	17. I daydream a lot	0	1	2	49. I can do certain things better than most kids	
0	1	2	18. I deliberately try to hurt or kill myself	0	1	2	50. I am too fearful or anxious	
0	1	2	19. I try to get a lot of attention	0	1	2	51. I feel dizzy or lightheaded	
0	1	2	20. I destroy my own things	0	1	2	52. I feel too guilty	
0	1	2	21. I destroy things belonging to others	0	1	2	53. I eat too much	
0	1	2	22. I disobey my parents	0	1	2	54. I feel overtired without good reason	
0	1	2	23. I disobey at school	0	1	2	55. I am overweight	
0	1	2	24. I don't eat as well as I should	0	1	2	56. Physical problems <i>without known medical cause</i> : _____ _____	
0	1	2	25. I don't get along with other kids	0	1	2	a. Aches or pains ( <i>not</i> stomach or headaches)	
0	1	2	26. I don't feel guilty after doing something I shouldn't	0	1	2	b. Headaches	
0	1	2	27. I am jealous of others	0	1	2	c. Nausea, feel sick	
0	1	2	28. I break rules at home, school, or elsewhere	0	1	2	d. Problems with eyes ( <i>not</i> if corrected by glasses) (describe): _____	
0	1	2	29. I am afraid of certain animals, situations, or places, other than school (describe): _____ _____	0	1	2	e. Rashes or other skin problems	
0	1	2	30. I am afraid of going to school	0	1	2	f. Stomachaches	
0	1	2	31. I am afraid I might think or do something bad	0	1	2	g. Vomiting, throwing up	
0	1	2	32. I feel that I have to be perfect	0	1	2	h. Other (describe): _____ _____ _____	

0 = Not True			1 = Somewhat or Sometimes True			2 = Very True or Often True			
0	1	2	57.	I physically attack people	0	1	2	84.	I do things other people think are strange (describe): _____
0	1	2	58.	I pick my skin or other parts of my body (describe): _____	0	1	2	85.	I have thoughts that other people would think are strange (describe): _____
0	1	2	59.	I can be pretty friendly	0	1	2	86.	I am stubborn
0	1	2	60.	I like to try new things	0	1	2	87.	My moods or feelings change suddenly
0	1	2	61.	My school work is poor	0	1	2	88.	I enjoy being with people
0	1	2	62.	I am poorly coordinated or clumsy	0	1	2	89.	I am suspicious
0	1	2	63.	I would rather be with older kids than kids my own age	0	1	2	90.	I swear or use dirty language
0	1	2	64.	I would rather be with younger kids than kids my own age	0	1	2	91.	I think about killing myself
0	1	2	65.	I refuse to talk	0	1	2	92.	I like to make others laugh
0	1	2	66.	I repeat certain acts over and over (describe): _____	0	1	2	93.	I talk too much
0	1	2	67.	I run away from home	0	1	2	94.	I tease others a lot
0	1	2	68.	I scream a lot	0	1	2	95.	I have a hot temper
0	1	2	69.	I am secretive or keep things to myself	0	1	2	96.	I think about sex too much
0	1	2	70.	I see things that other people think aren't there (describe): _____	0	1	2	97.	I threaten to hurt people
0	1	2	71.	I am self-conscious or easily embarrassed	0	1	2	98.	I like to help others
0	1	2	72.	I set fires	0	1	2	99.	I smoke, chew, or sniff tobacco
0	1	2	73.	I can work well with my hands	0	1	2	100.	I have trouble sleeping (describe): _____
0	1	2	74.	I show off or clown	0	1	2	101.	I cut classes or skip school
0	1	2	75.	I am too shy or timid	0	1	2	102.	I don't have much energy
0	1	2	76.	I sleep less than most kids	0	1	2	103.	I am unhappy, sad, or depressed
0	1	2	77.	I sleep more than most kids during day and/ or night (describe): _____	0	1	2	104.	I am louder than other kids
0	1	2	78.	I am inattentive or easily distracted	0	1	2	105.	I use drugs for nonmedical purposes ( <i>don't</i> include alcohol or tobacco) (describe): _____
0	1	2	79.	I have a speech problem (describe): _____	0	1	2	106.	I like to be fair to others
0	1	2	80.	I stand up for my rights	0	1	2	107.	I enjoy a good joke
0	1	2	81.	I steal at home	0	1	2	108.	I like to take life easy
0	1	2	82.	I steal from places other than home	0	1	2	109.	I try to help other people when I can
0	1	2	83.	I store up too many things I don't need (describe): _____	0	1	2	110.	I wish I were of the opposite sex
					0	1	2	111.	I keep from getting involved with others
					0	1	2	112.	I worry a lot

Please write down anything else that describes your feelings, behavior, or interests:

### Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

**Wenn keine Hinweise auf PTSD, kreuzen Sie hier an und gehen Sie zu F115 (Generalisierte Angststörung)!**

Zeigen Sie Liste mit Situationen (im Beiheft)!

Manchmal passieren extrem schreckliche Dinge, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden, eine Katastrophe zu erleben, einen ernsthaften Unfall zu haben, von Feuer bedroht zu werden, überfallen oder ausgeraubt zu werden, zusehen zu müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wird oder zu hören, daß eine Ihnen nahestehenden Person etwas Derartiges zugestoßen ist. Haben Sie jemals irgendeines der Ereignisse von der Liste erlebt? [Wenn mehrere Situationen, kodiere schlimmste!]

Beschreiben Sie:

Zeitpunkt: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Wenn keines der Ereignisse erlebt wurde, kreuzen Sie hier an und gehen Sie zu F115 (Generalisierte Angststörung)!**

**F85** Falls Trauma: Derartige Ereignisse kommen manchmal immer wieder über einen längeren Zeitraum in Alpträumen, Vorstellungen oder Gedanken zurück, die Sie nicht loswerden können. War das bei Ihnen auch so? **Notieren Sie:**

**Wenn nein:** Waren Sie sehr durcheinander, wenn Sie sich in einer Situation befanden, die Sie an diese(s) schreckliche(n) Ereignis(se) erinnerte?

**Wenn mehr als ein Trauma genannt wurde:** Welches dieser Ereignisse hat Sie am meisten belastet? **Notieren Sie:**

**Wenn beide Fragen aus F85 verneint wurden, kreuzen Sie hier an und gehen Sie zu Generalisierte Angststörung, F115!**

**Beziehen Sie sich bei den folgenden Fragen auf die traumatischen Ereignisse, die auf die Screening-Frage 85 genannt wurden:**

**Kriterien**  
 A. Die Person war einer traumatischen Situation ausgesetzt, in der die folgenden 2 Bedingungen erfüllt waren:

**F86** Falls unklar: Wie haben Sie reagiert, als (Trauma) passierte? (Waren Sie von Angst erfüllt, hilflos oder entsetzt?)

1) Die Person war entweder Zeuge oder selbst von einem oder mehreren Ereignissen betroffen, bei dem/denen ein tatsächlicher oder drohender Tod, eine schwere Verletzung oder Bedrohung vorkam. **? 1 2 3**

**1 → F115 (Generalisierte Angststörung)**

2) Die Person reagierte mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen. **? 1 2 3**

**1 → F115 (Generalisierte Angststörung)**

		B. Das traumatische Ereignis wird auf mindestens eine der folgenden Arten ständig wiedererlebt:	
F87	Mußten Sie immer an ( <b>Trauma</b> ) denken? Kamen diese Gedanken immer wieder von allein?	1) Wiederkehrende und sich aufdrängende belastende Erinnerungen (oder Vorstellungen, Gedanken, Wahrnehmungen) an das Ereignis	? 1 2 3
F88	... haben Sie immer wieder davon geträumt?	2) Wiederkehrende stark belastende Träume von dem Ereignis	? 1 2 3
F89	... kam es öfter vor, daß Sie handelten oder fühlten, als ob Sie wieder in dieser Situation wären?	3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre (dazu gehört das Wiedererleben des Ereignisses, Wahnideen, Halluzinationen und dissoziative episodische Rückblenden, wie diese auch im Wachzustand oder bei Intoxikation vorkommen)	? 1 2 3
F90	Waren Sie sehr durcheinander, wenn Sie durch irgendetwas an ( <b>Trauma</b> ) erinnert wurden?	4) Intensives psychisches Leiden bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder diesem ähnlich sind	? 1 2 3
F91	... wenn Sie an das Ereignis dachten oder irgendwie daran erinnert wurden, hatten Sie dann oft körperliche Symptome wie Schweißausbrüche, Schweratmigkeit, Herzklopfen oder Herzrasen?	5) Körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder diesem ähnlich sind	? 1 2 3
F92	Beurteilen Sie:	Mindestens 1 Merkmal aus Kriterium B ist mit 3 kodiert.	1 3
			1 → F115 (Generalisierte Angststörung)
	Seit diesem Ereignis ...	C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die in Verbindung mit dem Trauma stehen und eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität, wie durch mindestens 3 der folgenden Merkmale beschrieben:	
F93	... vermeiden Sie da bewußt, über ( <b>Trauma</b> ) nachzudenken oder darüber zu sprechen?	1) Vermeidung von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen	? 1 2 3
F94	... halten Sie sich von Dingen und Menschen fern, die Sie an ( <b>Trauma</b> ) erinnern?	2) Vermeidung von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die eine Erinnerung an das Trauma wachrufen könnten	? 1 2 3
F95	.. haben Sie Schwierigkeiten, sich an bestimmte wichtige Einzelheiten von ( <b>Trauma</b> ) zu erinnern?	3) Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas wiederzugeben	? 1 2 3
F96	... haben Sie weniger Interesse an Dingen, die Ihnen früher etwas bedeutet haben, wie z.B. Freunde zu sehen, Bücher zu lesen oder fernzusehen?	4) Deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten	? 1 2 3

F97	... fühlen Sie sich anderen gegenüber entfremdet oder wie von ihnen isoliert?	5)	Gefühl der Isolierung oder Entfremdung von anderen	? 1 2 3
F98	... fühlen Sie sich abgestumpft, so daß Sie keine starken oder zärtlichen Gefühle mehr für andere empfinden können?	6)	Eingeschränkter Affekt (z.B. Unfähigkeit, Liebe zu empfinden)	? 1 2 3
F99	... haben Sie eine Veränderung bei sich bemerkt in der Art und Weise, wie Sie Ihre Zukunft sehen oder diese planen?	7)	Fehlen einer Zukunftsperspektive (erwartet z.B. nicht, Karriere zu machen, zu heiraten, Kinder zu haben oder eine normale Lebenserwartung zu haben)	? 1 2 3
F100		<b>Mindestens 3 der Merkmale aus Kriterium C sind mit 3 kodiert.</b>		1 3
	<b>Seit diesem Ereignis ...</b>			1 → F115 (Generalisierte Angststörung)
		D.	2 oder mehr anhaltende Symptome eines gesteigerten Erregungsniveaus	
F101	... haben Sie da Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	1)	Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten	? 1 2 3
F102	... sind Sie ungewöhnlich reizbar oder haben Sie z.B. Wutausbrüche?	2)	Reizbarkeit oder Wutausbrüche	? 1 2 3
F103	... haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	3)	Konzentrationsschwierigkeiten	? 1 2 3
F104	... sind Sie besonders nervös, angespannt und immer auf der Hut, auch grundlos?	4)	übersteigerte Vigilanz	? 1 2 3
F105	... sind Sie extrem schreckhaft, z.B. bei plötzlichen Geräuschen?	5)	übersteigerte Schreckreaktion	? 1 2 3
F106	Beurteilen Sie:	<b>Mindestens 2 der Merkmale aus Kriterium D sind mit 3 kodiert.</b>		1 3
				1 → F115 (Generalisierte Angststörung)
F107	Beurteilen Sie:	E.	Die Störung (Symptome aus Kriterien B, C und D) besteht länger als 1 Monat.	? 1 2 3
	Falls unklar: Wie lange hielten (Symptome) an?		Wenn mit 1 kodiert, prüfen Sie ggf. ob eine akute Belastungsreaktion vorliegt (Sektion J: optional).	1 → F115 (Generalisierte Angststörung)
F108	Beurteilen Sie:	F.	Die Störung bewirkt ein klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.	? 1 2 3
				1 → F115 (Generalisierte Angststörung)
F109	Beurteilen Sie:	<b>Die Kriterien A, B, C, D und E einer Posttraumatischen Belastungsstörung sind mit 3 kodiert.</b>		1 3
				1 → F115 (Generalisierte Angststörung) 3 = PTSD

### Chronologie

F110 Falls unklar: Hatten Sie während des vergangenen Monats (PTSD-Symptome)? Erfüllte die Kriterien für PTSD während des vergangenen Monats ? 1 3

F111 Falls unklar: Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal (PTSD-Symptome) hatten? Alter bei Beginn der PTSD Alter \_\_\_/\_\_\_  
Kodieren Sie 99, falls unbekannt

F112 Wann hatten Sie zum letzten Mal (PTSD-Symptome)? Anzahl der Monate vor dem Interview, als das letzte Mal ein Symptom auftrat Anzahl \_\_\_/\_\_\_

F113 Wenn F110 mit 3 kodiert ist, bestimmen Sie den derzeitigen Schweregrad:

- 1 **Leicht:** Wenn überhaupt, dann sind nur wenige Symptome im Übermaß dessen vorhanden, was für die Diagnose verlangt wird und die Symptome bewirken nur eine leichte Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Leistungsfähigkeit.
- 2 **Mittel:** Die Symptome oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sind zwischen leicht und schwer einzuordnen.
- 3 **Schwer:** Die Symptome sind im Übermaß dessen vorhanden, was für die Diagnose verlangt wird, oder einige Symptome sind sehr stark ausgeprägt, oder die Symptome bewirken eine deutliche Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit. Nr. \_\_\_

F114 Wenn F110 mit 1 kodiert und die derzeitigen Kriterien nicht voll (oder überhaupt nicht) erfüllt sind:

- 4 **Teilremission:** Die Kriterien für die Störung waren früher voll erfüllt, derzeit sind jedoch nur einige der Symptome oder Anzeichen der Störung vorhanden.
- 5 **Vollremission:** Es sind keine Symptome oder Anzeichen der Störung mehr vorhanden, aber eine Erwähnung der Störung ist immer noch klinisch bedeutsam.
- 6 **Frühere Vorgeschichte:** Es gibt eine Vorgeschichte, in der die Person die Kriterien für die Störung erfüllt hat, jedoch als remittiert betrachtet wird. Nr. \_\_\_



03/2002-02/2003

Albaniens

Spezialistin für Koordination der externen  
Beziehungen des Instituts für Statistik

zu anderen Instituten.

## ***Veröffentlichungen***

- “Cooping strategies in patients with Diabetes Mellitus” (Psychological Journal of university- Vienna).
- “Effects of PTSD on the children which have bin victims of war”. (Mergimtari Magazine, Hamburg, Germany).
- “The factors which haste the senility”. (Illyria-Hamburg, Germany).

## ***Sprachen***

- Albanisch: Muttersprache
- Griechisch: Gute Kenntnisse in Wort und Schrift
- Italienisch: Sehr gute Kenntnisse in Wort und Schrift
- Deutsch : Sehr gute Kenntnisse in Wort und Schrift
- Englisch: Sehr gute Kenntnisse in Wort und Schrift.

## ***IT- Kenntnisse***

- Betriebssysteme: Windows 95/2000/NT/XP
- MS- Anwendungen: MS-Office
- SPSS for Windows

## ***Hobbies***

- Fahrradfahren
- Basketball
- Littérateur
- Musik