

PRÄVALENZ VON TRAUMATISCHEN LEBENSERFAHRUNGEN UND PTSD BEI STRAFGEFANGENEN

WISSENSCHAFTLICHE ARBEIT ZUR ERLANGUNG DES GRADES EINER
DIPLOM-PSYCHOLOGIN IM FACHBEREICH PSYCHOLOGIE
DER UNIVERSITÄT KONSTANZ

VORGELEGT VON

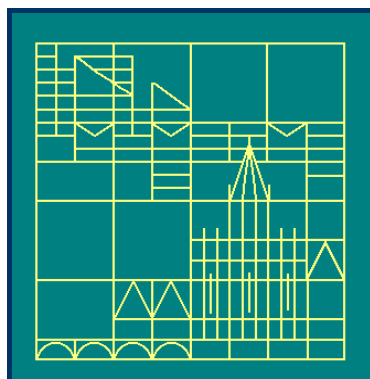
SABINE SCHWEITZER

CHERISYSTR. 12

78467 KONSTANZ

ERSTGUTACHTERIN: PROF. DR. B. ROCKSTROH

ZWEITGUTACHTER: PROF. DR. T. ELBERT



KONSTANZ, IM JANUAR 2003

Inhalt

1	Einleitung	5
2	Das Störungsbild der posttraumatischen Belastungsstörung	6
2.1	Definition und Prävalenz	6
2.2	Geschichte des Störungsbildes	8
3	Theoretische Konzepte	9
3.1	Allgemeine Modelle	9
3.1.1	Biologische Modelle	9
3.1.2	Psychodynamische Modelle	10
3.1.3	Lerntheoretische Modelle	10
3.1.4	Netzwerkmodelle	11
3.1.5	Modelle kognitiver Schemata	11
3.1.6	Integrative Ansätze	12
3.2	Frühe Traumatisierung und kriminelles Verhalten	13
4	Psychopathologie und Delinquenz	16
4.1	Maßregelvollzug	16
4.2	Strafvollzug	19
5	Fragestellung	21
5.1	Die Untersuchung in der forensischen Abteilung des ZPR	21
5.2	Ziel dieser Studie	22
6	Methode	23
6.1	Stichprobe	23
6.1.1	Strafvollzug	23
6.1.2	Forensik und Kontrollgruppe	24
6.2	Fragebögen	25

6.2.1	Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ)	25
6.2.2	Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)	25
6.2.3	Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)	26
6.3	Interview	27
6.3.1	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)	27
6.3.2	Weitere Fragebögen	27
6.4	Durchführung	28
6.4.1	Kontaktherstellung und –aufnahme	28
6.4.2	Bearbeitung der Fragebögen	28
6.4.3	Durchführung der Interviews	29
6.4.4	Statistik	29
7	Ergebnisse	30
7.1	Traumatische Lebenserfahrungen	30
7.1.1	Gesamtwerte in den einzelnen Kategorien des TAQ	30
7.1.2	Unterschiede in den Kategorien	31
7.1.3	Die Kategorien des TAQ hinsichtlich der vier Entwicklungsperioden	34
7.2	PDS- und HSCL-25-Werte	41
7.2.1	Posttraumatic Diagnostic Scale	41
7.2.2	Hopkins Symptom Checklist-25	44
7.2.3	Zusammenhang zwischen PDS- und HSCL-25-Werten und dem TAQ ..	45
7.3	Interview-Daten	47
7.3.1	Vergleich zwischen Strafgefangenen und Forensik-Gruppe	47
7.3.2	Die Symptomgruppen in der Gruppe der Strafgefangenen	50
7.3.3	PTSD-Diagnosen unter Berücksichtigung der Frauen	51
7.3.4	Weitere Fragebögen	52
8	Diskussion	53
8.1	Traumatische Lebenserfahrungen	53
8.1.1	Traumatic Antecedents Questionnaire	53
8.1.2	Lebensereignisse nach PDS und SKID	56

8.2	Frühe Traumatisierung und kriminelles Verhalten	57
8.3	Posttraumatische Belastungsstörung	58
8.4	Komorbidität	60
9	Zusammenfassung	62
	Literaturverzeichnis	63
	Anhang	69
	A. TAQ: Traumatic Antecedents Questionnaire	69
	B. PDS: Posttraumatic Diagnostic Scale	75
	C. HSCL-25: Hopkins Symptom Checklist 25	78
	D. SKID: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV	79
	E. Fragebogen für intrusive Erinnerungen	87
	F. PDS: Posttraumatic Diagnostic Scale "Straftat"	90

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 1	Mittelwerte und Standardabweichungen in den Kategorien des TAQ	30
Tab. 2	Häufigkeiten und Prozente der Probanden mit und ohne PTSD nach PDS	43
Tab. 3	Mittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Symptomgruppen	44
Tab. 4	Ergebnisse der Hopkins Symptom Checklist-25	45
Tab. 5	Häufigkeiten und Prozente der Probanden mit und ohne PTSD nach SKID	50
Tab. 6	Häufigkeiten und Prozente der Symptome in der Gruppe „Gefängnis“	50
Tab. 7	Häufigkeiten und Prozente der PTSD-Diagnosen nach SKID mit Frauen .	51
Abb. 1	Profildiagramm für „Kompetenz“	35
Abb. 2	Profildiagramm für „Sicherheit“	35
Abb. 3	Profildiagramm für „Vernachlässigung“	36
Abb. 4	Profildiagramm für „Trennung“	36
Abb. 5	Profildiagramm für „Geheimnisse“	37
Abb. 6	Profildiagramm für „Emotionaler Missbrauch“	37
Abb. 7	Profildiagramm für „Körperlicher Missbrauch“	38
Abb. 8	Profildiagramm für „Sexueller Missbrauch“	39
Abb. 9	Profildiagramm für „Andere Traumata“	39
Abb. 10	Profildiagramm für „Zeuge“	40
Abb. 11	Profildiagramm für „Alkohol und Drogen“	40
Abb. 12	Relative Auftretenshäufigkeiten der Ereignisse aus dem PDS	41
Abb. 13	Verteilung der Index-Ereignisse in der Gruppe „Forensik“	42
Abb. 14	Verteilung der Index-Ereignisse in der Gruppe „Gefängnis“	43
Abb. 15	Relative Auftretenshäufigkeiten der Ereignisse aus dem SKID	47
Abb. 16	Relative Auftretenshäufigkeiten des Mehrfachauftretens eines Ereignisses	48
Abb. 17	Verteilung der Index-Ereignisse nach SKID in der Gruppe „Forensik“	49
Abb. 18	Verteilung der Index-Ereignisse nach SKID in der Gruppe „Gefängnis“ .	49

1 Einleitung

Belastende Ereignisse, in deren Folge seelische Verletzungen auftreten, hat es seit jeher gegeben und bereits in der Antike fanden die psychischen Folgen von traumatischen Erlebnissen Erwähnung. Die genauere Betrachtung der Symptome und die Untersuchung von Zusammenhängen begann allerdings erst im 19. Jahrhundert. So versuchte Oppenheim 1888 in Berlin Symptome bei Eisenbahnunfallopfern als neurologische Erkrankung zu erklären (Poldrack & Znoj, 2000).

Im 20. Jahrhundert wurden dann – vor allem im Zusammenhang mit Kriegserleben – weitere Konzepte entwickelt und nach dem 2. Weltkrieg und dem Vietnamkrieg begann die wissenschaftliche Beschäftigung mit psychischer Traumatisierung (Fischer & Riedesser, 1998). 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 Diskussion um die Notwendigkeit, psychische Traumen sowie ihre Auswirkungen auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten, psychischen und psychosomatischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten näher zu erforschen, führte in den letzten Jahrzehnten dann schließlich dazu, dass sich ein neues Forschungsfeld innerhalb der Psychologie etablierte: die Psychotraumatologie. Inzwischen finden sich zahlreiche Studien, die die Folgen von Extremsituationen auf das menschliche Erleben und Verhalten untersuchen. Neben Kriegsveteranen und Überlebenden des Holocaust liegt das Augenmerk auch auf Opfern von Gewaltverbrechen, Folter und frühen Missbrauchserfahrungen sowie Naturkatastrophen und schweren Unfällen.

Weniger Untersuchungen gibt es bisher im Bereich des Strafvollzugs. Im Zusammenhang mit der Erforschung von psychischen Störungen bei Straftätern stellt sich die Frage nach der Prävalenz von traumatischen Lebensereignissen und diagnostizierbarer PTSD-Symptomatik bei dieser Population. Obwohl einige Studien

zeigen, dass bei Gefangenen wesentlich höhere PTSD-Raten vorliegen als in der Allgemeinbevölkerung, gibt es in diesem Bereich dennoch einen Mangel an Forschungsergebnissen.

In der vorliegenden Arbeit wurde eine Gruppe von Strafgefangenen hinsichtlich der oben genannten Problematik untersucht und damit versucht, einen Beitrag zu diesem Interessengebiet zu leisten.

2 Das Störungsbild der posttraumatischen Belastungsstörung

2.1 Definition und Prävalenz

Traumatische Erlebnisse, wie z.B. Kriegserfahrungen, schwere Unfälle, Folter, sexuelle Übergriffe oder Naturkatastrophen können ein Symptommuster hervorrufen, welches heute als PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) bekannt ist. In das Krankheitsklassifikationssystem Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen wurde dieses Störungsbild erstmals 1980 aufgenommen und im 1994 herausgegebenen DSM-IV wird nun noch zwischen akuter (kürzer als drei Monate) und posttraumatischer (länger als drei Monate) Belastungsstörung unterschieden.

Diagnostische Merkmale nach DSM-IV (APA, 1994):

Ausgangspunkt für die Entwicklung einer PTSD ist das direkte persönliche Erleben oder die Beobachtung eines extrem traumatischen Ereignisses, welches den tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit beinhaltet. Weiterhin muss die Reaktion auf das Ereignis aus intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen bestehen. Das DSM-IV definiert drei Symptomgruppen, die für die Diagnose der PTSD erfüllt sein müssen:

1. ***Intrusives Wiedererleben.*** Auf mindestens eine Art wird das traumatische Ereignis wiedererlebt: durch eindringliche belastende Erinnerungen, durch Träume von dem Ereignis, durch plötzliches Handeln oder Fühlen wie in der Situation, durch intensives psychisches Leid bei Konfrontation mit ähnlichen Reizen oder durch körperliche Reaktionen bei Hinweisreizen.
2. ***Vermeidung und reduzierte emotionale Reagibilität.*** Mindestens drei der folgenden Symptome müssen vorliegen: bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen über das Ereignis; bewusstes Vermeiden von Orten und Menschen, die an das Ereignis erinnern; Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Ereignisses zu erinnern; vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten; Gefühl der Entfremdung von anderen; eingeschränkter Affekt oder Gefühl einer überschatteten Zukunft.
3. ***Hyperarousal.*** Mindestens zwei Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus wie Ein- oder Durchschlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz oder übertriebene Schreckreaktionen müssen vorliegen.

Die epidemiologische Forschung untersuchte zunächst Personen, die ein traumatisches Ereignis erlebt hatten. Inzwischen gibt es jedoch auch umfassende Studien an Stichproben der Allgemeinbevölkerung. Steil und Ehlers (1996) fassen vier in den USA durchgeführte Studien zusammen, bei denen die berichteten Lebenszeitprävalenzen von 1% bis 9,2% reichen. Als Erklärung für die Schwankungsbreite führen sie Unterschiede in der Untersuchungsmethodik und in der allgemeinen Vorgehensweise an. Maercker (1997) weist jedoch auch darauf hin, dass die Häufigkeit traumatischer Ereignisse variiert und es beispielsweise Länder gibt, in denen politische Gewalt und Folter alltäglich sind und verschiedene Regionen anfälliger für Naturkatastrophen sind. Er findet in neueren Untersuchungen deutlich höhere Lebenszeitprävalenzen für PTSD als in älteren epidemiologischen Studien, wo diese bei 1-2% lagen. So fand „die größte neuere Untersuchung in den USA ... eine

Lebenszeitprävalenz von 7,8% mit einem starken Geschlechtsunterschied (bei Frauen: 10,4%, bei Männern 5,0%).“ (Maercker, 1997, S. 20). Zu den am häufigsten genannten Ereignissen in deren Folge sich eine PTSD entwickeln kann, gehören Vergewaltigung, Kriegsteilnahme und Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit.

2.2 Geschichte des Störungsbildes

Obwohl die Vorstellung nicht abwegig ist, dass seit Beginn der Menschheit bestimmte Ereignisse immer auch psychische Verletzungen hervorrufen, liegen die Anfänge von systematischen Untersuchungen erst im 19. Jahrhundert. Fischer und Riedesser (1998) sehen als Ursache für den späten Beginn der wissenschaftlichen Forschung in diesem Bereich, dass seelische Wunden im Unterschied zu körperlichen unsichtbar sind.

Erste Symptombeschreibungen finden sich im Zusammenhang mit Unfallopfern und Kriegsveteranen, was auch Bezeichnungen wie „Kriegsneurose“ oder „railway spine“ widerspiegeln. Nach dem 2. Weltkrieg lag der wissenschaftliche Fokus auf den Überlebenden des Holocaust und auch die psychopathologischen Auffälligkeiten von Veteranen aus dem Vietnamkrieg lieferten Wissen über den Zusammenhang zwischen Kriegssituation und Verarbeitung traumatischer Erlebnisse. Diese Forschung führte 1980 schließlich zur Einführung der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ in das DSM-III.

3 Theoretische Konzepte

3.1 Allgemeine Modelle

Es gibt eine ganze Reihe ätiologischer Modellvorstellungen zur PTSD. In biologischen Ansätzen wird eine familiäre Häufung der Störung betont und es fand sich eine bestimmte Genvariation signifikant häufiger als bei Gesunden. Bei den psychologischen Theorien gibt es einerseits psychodynamische Ansätze. Andere Vorstellungen bauen auf die Lerntheorie auf, gehen von der Veränderung kognitiver Bewertungsmuster aus oder betonen die Veränderung von Gedächtnisrepräsentationen (Netzwerkmodelle). Integrative Modelle versuchen verschiedene Ausgangspunkte zu berücksichtigen.

3.1.1 Biologische Modelle

Insbesondere die physiologischen Symptome der PTSD wie Hypervigilanz und Übererregung regten die Erforschung biologischer Komponenten an. Nach van der Kolk (2000) bestätigen gegenwärtige Untersuchungen, dass es anhaltende und schwerwiegende Veränderungen der Stresshormonsekretion bei Menschen mit einer PTSD gibt. Infolge der Traumatisierung kommt es bei den Betroffenen zu einer Reihe von physiologischen Veränderungen, die für das Auftreten der Symptome verantwortlich gemacht werden.

Auch wurde versucht, Belege für eine familiäre Häufung der Störung zu finden. So zeigte sich in Zwillingsstudien der Hinweis auf eine genetische Komponente und Comings, Muhlemann und Gysin (1996) fanden bei PTSD-Patienten eine bestimmte Genvariation signifikant häufiger als bei Gesunden.

3.1.2 Psychodynamische Modelle

Nach Freud (1920/1953, zitiert nach Pandit & Shah, 2000) kommt es zu einer Traumatisierung, wenn die Intensität des einwirkenden Stimulus die Stimulus-Schranke überschreitet und der Organismus mit nicht zu bewältigenden Impulsen überhäuft und dadurch in seiner Funktionstüchtigkeit beeinträchtigt wird. Ein traumatisches Erlebnis während der Kindheit wird als Ego bedrohend wahrgenommen. Um die Angst zu reduzieren und unangenehme Erinnerungen und Emotionen aus dem Bewusstsein zu entfernen wird die Abwehrstrategie Repression eingesetzt. Dies führt dann zur Herausbildung von neurotischen Symptomen. Ein weiteres Konzept, welches auf Freud zurückgeht, ist das Prinzip des Wiederholungszwangs. Gerade durch die Verdrängung der Erinnerung an das traumatische Ereignis entsteht der Zwang, das Verdrängte als gegenwärtiges Erlebnis zu wiederholen, um es zu verarbeiten (1920/1955, zitiert nach van der Kolk, Weisaeth & van der Hart, 2000).

3.1.3 Lerntheoretische Modelle

Als Grundlage für behaviorale Erklärungsansätze dient die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1947, zitiert nach Steil & Ehlers, 1998), die davon ausgeht, dass die Mechanismen der klassischen und der instrumentellen Konditionierung die Entstehung von Angst und Vermeidung erklären können. Durch klassische Konditionierung werden Reize aus der traumatischen Situation zu Auslösern von emotionalen Reaktionen. Die Vermeidung der relevanten Reize wird dann durch negative Verstärkung operant konditioniert. Aufgrund einer Stimulusgeneralisation können eine große Anzahl von Reizen zu potentiellen Auslösern von Angst und Unruhe werden.

Die Angstsymptome der PTSD lassen sich mit Hilfe der Konditionierungstheorie recht gut erklären. Einen Beitrag für das Verständnis der Intrusionen kann diese jedoch nicht leisten. Ebenso bleibt fraglich, wieso die ständige Konfrontation mit den

traumatischen Informationen – eben gerade durch die Intrusionen – nicht zu einer Habituation der Angstreaktion führt.

3.1.4 Netzwerkmodelle

Netzwerkmodelle gehen von einer Veränderung von Gedächtnisrepräsentationen aus und nehmen an, dass infolge der Traumatisierung die Wahrnehmung und Verarbeitung von Reizen verändert wird. Bereits 1979 entwickelte Lang das Konstrukt der Furchtstruktur (zitiert nach Foy, Osato, Houskamp & Neumann, 1995). Demnach beinhalten im Gedächtnis herausgebildete Furchtstrukturen Informationen über die Stimulussituation, über Reaktionen und über die Bedeutung von Reiz und Reaktion. Kognition, Affekt und körperliche Reaktionen sind gemeinsam gespeichert. Foa und Kozak (1986) übertragen Langs Theorie auf die PTSD. Nach ihren Annahmen erschüttert das aversive Ereignis basale Konzepte der eigenen Sicherheit. Die Aktivierung von Furchtstrukturen führt dann zu intensiven Reaktionen. Die Ausbildung der Furchtstrukturen ist hierbei ein normaler Prozess. Im pathologischen Fall bildet sich diese Struktur jedoch nicht zurück, sondern bleibt verhaltensrelevant. Bei diesem Prozess ist nicht die objektive, sondern die subjektiv wahrgenommene Bedrohlichkeit des Traumas von zentraler Bedeutung.

3.1.5 Modelle kognitiver Schemata

Bei kognitiven Schemata handelt es sich nach Maercker (1997) um Informationsmuster, die im Gedächtnis repräsentiert sind und die Wahrnehmung und das Verhalten steuern und organisieren. Das Erleben eines Traumas erschüttert diese Schemata grundsätzlich und verändert sie dysfunktional. Bereits Mitte der siebziger Jahre publizierte Horowitz (1976, 1986, zitiert nach Steil & Ehlers, 1996) einen kognitiven Erklärungsansatz zur PTSD. Er nimmt eine feste phasische Abfolge der Reaktionen auf eine traumatische Situation an. Zuerst wird die Phase des *Aufschreis* erlebt, in der Flucht- und Kampfreaktionen im Mittelpunkt stehen. Dann folgen die Phasen *Verleugnung* und *Intrusion*. In der letzten Phase des *Durcharbeitens* werden

traumabezogene Informationen in existierende Schemata integriert. Es handelt sich hierbei um einen natürlichen Prozess der Informationsverarbeitung nach einem Trauma. Horowitz nimmt an, dass es bei der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen zu einer Interaktion zwischen inhibitorischen Effekten und der Tendenz zu aktiver Repräsentation kommt. Eine Kontrollinstanz versucht, die Erinnerungen außerhalb des Bewusstseins zu halten, während diese jedoch in Form von Intrusionen ins Gedächtnis zurückdrängen. Wenn die Oszillation von Verleugnung und Intrusion nun bewirkt, dass die traumatischen Informationen nicht vollständig integriert werden und somit die normalen Reaktionen verlängert und intensiviert werden, entwickeln sich die Symptome der PTSD.

3.1.6 Integrative Modelle

Einige Autorengruppen unternehmen den Versuch, verschiedene theoretische Aspekte in übergreifende Modelle zu integrieren. Auf Green, Wilson und Lindy (1985) ist das Modell der psychosozialen Rahmenbedingungen zurückzuführen. Aufbauend auf Horowitz' Theorie der intrapsychischen Prozesse nach einem Trauma beschreiben sie zum einen Merkmale des Traumas und Merkmale des Individuums, gehen andererseits aber auch auf Merkmale der Umwelt ein. Je nach Zusammenwirken dieser Merkmale kommt es zur Herausbildung belastender Symptome oder nicht.

Auch Maercker (1997) bezieht sich in seinem multifaktoriellen Rahmenmodell auf drei ätiologische Faktorengruppen. *Ereignisfaktoren* wie die Schwere des Traumas, dessen Unerwartetheit und Kontrollierbarkeit können die Symptomausprägung beeinflussen. Belege hierfür finden sich in einem Überblicksartikel von March (1993). *Schutzfaktoren* können dabei helfen, Extrembelastungen ohne psychische Störungen zu überstehen. Hierzu zählen z. B. der Kohärenzsinn, d.h. die Fähigkeit, das Geschehene sinnvoll einordnen zu können und der Grad der sozialen Unterstützung sowie Bewältigungsstile mit persönlicher Offenheit. Bestimmte *Risikofaktoren* hingegen können die Folgen eines Traumas verstärken. Nach Green

(1994) gehören dazu das Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung, frühere belastende Erfahrungen, frühere psychiatrische Störungen und eine niedrige sozio-ökonomische Schichtzugehörigkeit.

3.2 Frühe Traumatisierung und kriminelles Verhalten

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) befragten in einer Untersuchung in einer New York State Haftanstalt 301 verurteilte Männer. Dabei wurden die Gefangenen einer von zwei Gruppen zugeordnet: Gewaltverbrechen oder nichtgewalttätige Delikte. Die erfassten Viktimisierungserfahrungen bezogen sich auf physischen Missbrauch, sexuellen Missbrauch und Vernachlässigung, wobei die Conflict Tactics Scale (CTS) und der Self-Report of Childhood Abuse Physical (SRCAP) zum Einsatz kamen und ein strukturiertes Interview durchgeführt wurde. Von den Befragten hatten 16% irgendeine Form von Vernachlässigung erlebt und 14,3% gaben an, sexuell missbraucht worden zu sein. Da das Erleben von physischem Missbrauch mit zwei verschiedenen Instrumenten erfasst wurde, lagen die Raten hierfür zwischen 34,9% und 58,1%. Insgesamt konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass bei der Mehrheit der Straftäter (68,4%) frühe Viktimisierungserfahrungen vorliegen. Allerdings ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen Gewaltverbrechern und Tätern mit anderen Delikten. Auch Dutton und Hart (1992) untersuchten 604 Häftlinge aus sieben kanadischen Gefängnissen hinsichtlich sexuellem, körperlichem und anderem Missbrauch in der Kindheit und fanden heraus, dass bei 41 % der von ihnen untersuchten Häftlinge von ernsthaften Missbrauchserlebnissen im Kindesalter ausgegangen werden kann. Die Straftäter mit Gewaltdelikten wurden von denen ohne Gewaltdelikte getrennt betrachtet und hierbei zeigte sich, dass Täter, die in ihrer Kindheit Missbrauch erlebt haben, dreimal häufiger Gewaltdelikte begangen haben als Gefangene ohne Missbrauchserfahrungen. Außerdem zeigte sich, dass die Gewaltverbrecher dreimal häufiger Missbrauch erlebt hatten als Täter ohne Gewaltdelikte. Die Studie von

Dutton und Hart belegt damit 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. In einer prospektiven Studie unterscheidet Widom (1989a) zwischen Missbrauch aufgrund eigener Missbrauchserfahrungen sowie Delinquenz, gewalttätigem Verhalten und aggressivem Verhalten bei Kindern als Folge von Missbrauch und Vernachlässigung. In die Stichprobe wurden Probanden gewählt, die etwa 20 Jahre zuvor als Opfer von Missbrauch registriert worden waren. Die Kontrollgruppe bestand aus Probanden ohne Missbrauchserfahrungen. Ziel war, das Ausmaß zu bestimmen, in welchem die Personen delinquente und gewalttätige Verhaltensweisen aufweisen. Dazu wurden die registrierten Straftaten der Probanden ausgewertet. Widom konnte zeigen, dass die Gruppe der missbrauchten und vernachlässigten Kinder eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweist, aufgrund delinquenten oder gewalttätigen Verhaltens verurteilt zu werden als die Kontrollgruppe. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte sich in der Missbrauchsgruppe eine größere Anzahl an begangenen Verbrechen, ein niedrigeres Alter für die erste Straftat und ein höherer Anteil an Mehrfachtätern. Außerdem erreichten die Opfer von körperlichem Missbrauch die höchsten Raten an gewalttätigem kriminellem Verhalten.

Einen Ansatz der Erklärung kriminellen Verhaltens als Folge frühkindlicher Traumatisierungserfahrungen bietet die Theorie des sozialen Lernens (Brehm & Kassin, 1996). 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. McCord, McCord und Zola (1959) betrachteten das kriminelle Verhalten und die Familienstruktur von Personen, die als Jugendliche an einem Kriminalitäts-Präventions-Programm teilgenommen hatten und fanden heraus, dass der Einfluss der Eltern das Risiko für Delinquenz der Söhne determiniert. Niedrige Kriminalitätsraten wurden in Familien mit passiven oder warmherzigen Eltern gefunden. Im Gegensatz dazu ergaben sich hohe Raten an kriminellem

Verhalten, wenn sich die Eltern vernachlässigend verhalten hatten und vor allem wenn der Vater selbst kriminell war und die Mutter eine ablehnende Haltung einnahm.

Einen indirekten 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. Untersucht wurden 53 Patienten mit einer Borderline-Störung, bei der ein Symptom antisoziales Verhalten ist. Die Patienten wurden hinsichtlich ihrer Missbrauchserfahrungen und Fremdaggressionen betrachtet und es wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen Symptomatik und Art der Traumatisierung gibt. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch und Autoaggressionen sowie zwischen physischem Missbrauch und Fremdaggressionen. Dulz und Jensen sehen die Borderline-Delinquenz als Folge einer traumabedingt schwachen Ich-Struktur, welche eine frei flottierende Angst bedingt. Um diese zu reduzieren werden primitive Abwehrmechanismen eingesetzt. Hierzu gehören z.B. die Entwertung des Geschädigten und dadurch die Aufwertung der eigenen Person sowie ein während der Tat entstehendes Omnipotenzgefühl und die Spaltung, durch die auf primitive Weise die entlastende Unterscheidung von „gut“ und „böse“ möglich wird.

In Anlehnung an biologische Modelle der PTSD könnten begünstigende Faktoren für verstärkt aggressives Verhalten auch in der Veränderung des Hormon- und Neurotransmittersystems zu suchen sein. DiLalla und Gottesman (1991) gehen davon aus, dass es klare Belege für einen genetischen Einfluss und eine physiologische Basis für kriminelles und gewalttätiges Verhalten gibt. Mit Bezug auf eine Studie von Widom (1989b) heben sie hervor, dass die missbrauchten Kinder in dieser Studie häufiger Eltern mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung haben als die Kinder aus der Kontrollgruppe. Dies führen sie als Bestätigung einer genetischen Prädisposition für kriminelles Verhalten an.

4 Psychopathologie und Delinquenz

Oftmals werden Personen, die ein Verbrechen begangen haben, in die Kategorie „schlechter Mensch“ eingeordnet und pauschal vorverurteilt. Oder aber diese Menschen werden als psychisch gestört betrachtet. In beiden Fällen sind sie stigmatisiert und haben in der Gesellschaft kaum noch eine Chance. Es stellt sich jedoch die Frage, ob derartige vorschnelle Urteile sinnvoll sind und wohin sie führen. Es sollten vielmehr die Hintergründe erörtert werden, damit den Betroffenen eine adäquate Behandlung zuteil werden kann.

Während im Maßregelvollzug die Therapie im Mittelpunkt steht, ist die Zeit für Behandlungen und Interventionen im Strafvollzug kaum gegeben. Wie jedoch verschiedene Untersuchungen zeigen und weiter unten angeführt werden, findet man auch unter den schuldfähigen Straftätern eine große Anzahl von Personen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungsbildern.

4.1 Maßregelvollzug

Bei Feststellung einer Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB oder einer verminderten Schuldfähigkeit nach § 21 StGB wird für einen Straftäter die Maßregel der Unterbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus zwingend angeordnet. Hier werden sie entsprechend der §§ 126a StPO, 63 und 64 StGB behandelt. Auf den forensischen Stationen des Zentrums für Psychiatrie Reichenau (ZPR) z.B. finden neben Ergo- und Arbeitstherapie Gruppen- und Einzeltherapien statt und es erfolgt eine individuelle Bezugspflege sowie individuelle sozialarbeiterische Betreuung.

Zur Frage, wie sich die Klientel im Maßregelvollzug hinsichtlich ihrer Diagnosen zusammensetzt, finden sich eine Vielzahl von Studien. So erfasste Höhner (1993) Verweildauer, Diagnosen und Delikte von Forensik-Patienten der Rheinischen Landeskliniken. In dieser Stichprobe von 220 Patienten bildeten die größten drei

Diagnosegruppen die Patienten mit Psychosen (34,5%), jene mit geistiger Behinderung (26,4%) und die mit Persönlichkeitsstörungen (19,5%).

In einer Untersuchung von Leygraf (1988), der eine vollständige Erhebung aller in der Bundesrepublik untergebrachten Patienten durchführte, zeigt sich ein ähnliches Bild. Von den 1973 Probanden machten die Patienten mit schizophrenen Psychosen die größte Gruppe aus mit einem Anteil von 35,4%. Weitere große Diagnosegruppen waren Oligophrene mit 28,9% und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit 18,4%.

Wie sieht es nun bei dieser Population mit traumatischen Lebensereignissen und PTSD aus? Die epidemiologische Forschung zeigt, dass die Prävalenz von traumatischen Erlebnissen und das Auftreten einer PTSD in der Allgemeinbevölkerung weiter verbreitet ist als bisher angenommen (Spitzer, Dudeck, Liss, Orlob, Gillner & Freyberger, 2001). So untersuchten Breslau, Davis, Andreski und Peterson (1991) junge Erwachsene einer städtischen Population und fanden bei 39,1% von 1007 Probanden eines oder mehrere traumatische Lebensereignisse. 23,6% der traumatisierten Personen erfüllten die DSM-Kriterien für PTSD. Dies entspricht einer Lebenszeitprävalenz von 9,2% im Gesamtsample. In einer Studie von Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes und Nelson (1995) liegt die Lebenszeitprävalenz für das Erleben einer traumatischen Situation für Männer bei 60,7% und für Frauen bei 51,2%. Die Lebenszeitprävalenz für PTSD im Gesamtsample betrug hier 7,8%.

In Anlehnung an Studien, die zeigen, dass bestimmte Populationen wie z.B. psychiatrische Patienten diese Zahlen noch übersteigen, untersuchten Spitzer et al. (2001) die Häufigkeit von PTSD bei forensischen Patienten. Die Stichprobe bestand aus 53 Patienten, von denen 64% mindestens von einem traumatischen Lebensereignis berichteten. Am häufigsten wurde hier physischer Missbrauch (25%) genannt, gefolgt von einer Traumatisierung durch die eigene Straftat (9%). Die Lebenszeitprävalenz für PTSD betrug 36% und bei 9 Patienten (17%) lagen die Symptome für die Störung aktuell vor. Außerdem wurde die Prävalenz für partielle PTSD erhoben. Nach Blanchard, Hickling, Taylor, Loos und Gerardi (1994) spricht

man von partieller PTSD, wenn das Minimum der Wiedererlebens-Symptome vorliegt sowie entweder das Vermeidungs-Kriterium oder das Hyperarousal-Kriterium. Für partielle PTSD fanden Spitzer et al. eine Lebenszeitprävalenz von 23% und 15% der Probanden zeigten die Symptome während der Untersuchung.

Die Arbeit von Spitzer et al. (2001) zeigt, dass die Prävalenz des Traumaerlebnisses bei Patienten des Maßregelvollzugs nicht höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung, jedoch finden sie entscheidende Unterschiede hinsichtlich der Art des Traumas. So hatten die Probanden in dieser Studie viel häufiger Missbrauchs- und Misshandlungserlebnisse in der Kindheit. Von den Untersuchten gaben 36% Erfahrungen von sexuellem und physischen Missbrauch sowie ernsthafter emotionaler Vernachlässigung an. Da die Untersuchungen von Höhner (1993) und Leygraf (1988) ergeben, dass der größte Anteil der Population im Maßregelvollzug psychotische Patienten sind, stellt sich die Frage, ob traumatische Lebenserfahrungen verbunden mit psychotischer Erkrankung die Wahrscheinlichkeit für kriminelles Verhalten erhöhen. Für einen Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose gibt es zahlreiche Belege. Neumann (1993) geht davon aus, dass akut-psychotische Symptomatik Ausdruck einer krisenhaften Überforderung vulnerabler Verarbeitungssysteme durch Stressfaktoren ist und Mentzos (1986) weist darauf hin, dass sich die Vulnerabilität insbesondere auf Belastungen bezieht, die mit emotionalen Beziehungen zusammenhängen. So finden Goff, Brotman, Kindlohn, Waites und Amico (1991) auch empirische Bestätigung für einen Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und psychotischen Symptomen. Hinweise auf verstärkt kriminelles Verhalten bei psychotischer Erkrankung und Erleben massiver Traumata gibt es jedoch nur wenige. Heller, Traylor, Ehrlich und Lester (1984) überprüften 2100 Fälle eines Haftkrankenhauses und fanden keinen Zusammenhang zwischen der Diagnose einer Psychose und Gewaltdelikten. Clare, Bailey und Clark (2000) erhielten dagegen ein anderes Ergebnis. Sie untersuchten eine Stichprobe von 39 jugendlichen Patienten von einer allgemeinspsychiatrischen und einer forensischen Station und unterteilten die Probanden in Gewalttätige vs. Nichtgewalttätige. Dabei zeigten sich in der Gruppe mit Gewaltdelikten signifikant häufiger physische und emotionale Missbrauchserfahrungen.

Die von Spitzer et al. (2001) gefundenen PTSD-Raten im Maßregelvollzug sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wesentlich höher. Es kann also davon ausgegangen werden, dass Forensik-Patienten zwar von der Anzahl traumatischer Lebensereignisse gleiche Häufigkeiten aufweisen wie sie auch in der Allgemeinbevölkerung anzutreffen sind, jedoch ganz andere Erfahrungen zu berichten haben und auch häufiger aufgrund ihrer Erlebnisse PTSD entwickeln.

4.2 Strafvollzug

In Untersuchungen über die Prävalenz von psychischen Störungen im Strafvollzug variieren die Ergebnisse. Es findet sich eine Spanne von 26% bis über 90% (Birmingham, Mason & Grubin, 1996; Bland, Newman, Thompson und Dyck, 1998; Gunn, Maden & Swinton, 1991; Jordan, Schlenger, Fairbank & Caddell, 1996 und Teplin, Abram & McClelland, 1996). Bei einem Vergleich einer Strafgefangenenpopulation mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung fanden Bland et al. (1998) bei den Häftlingen mindestens doppelt so hohe Lebenszeitprävalenzen für alle psychiatrischen Krankheiten. Eine ebenfalls erhobene 6-Monats-Prävalenz betrug bei den Strafgefangenen sogar mehr als das Dreifache. Die größten Gruppen bildeten die Substanzabhängigen mit einer Lebenszeitprävalenz von 87,2% und diejenigen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung mit 56,7%. In einer repräsentativen Stichprobe von Gefangenen des offenen Strafvollzugs wurde von Frädrich und Pfäfflin (2000) die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen erhoben. Es ergab sich eine Rate von 50% und den größten Anteil machten mit 36,7% die antisozialen Persönlichkeitsstörungen aus. Dieses Ausmaß entspricht Vergleichszahlen aus dem Maßregelvollzug.

In einem systematischen Überblick zogen Fazel und Danesh (2002) 62 Untersuchungen aus 12 Ländern heran, in denen psychische Erkrankungen im Strafvollzug erfasst wurden. Die berücksichtigten Studien erfolgten in einem Zeitraum von 1966 bis 2001 und überprüften insgesamt fast 23000 Gefangene. Die Ergebnisse zeigen auch hier, dass in der Gefangenenpopulation die Persönlichkeitsstörungen mit

65% den größten Anteil ausmachen und davon wiederum 47% mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurden. Einen recht hohen Anteil ergaben auch die Diagnosen Major Depression mit 10% und Psychotische Erkrankung mit 3,7%. Das bedeutet, dass die Strafgefangenen der ausgewerteten Studien im Vergleich zur amerikanischen oder britischen Allgemeinbevölkerung ein höheres Risiko für eine psychiatrische Erkrankung haben.

Rivera und Widom (1990) finden ein erhöhtes Risiko für die Begehung von Gewaltverbrechen bei Männern, die in ihrer Kindheit Missbrauch und Vernachlässigung erlebt haben im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne derartige Erfahrungen. Sie bringen damit Unterstützung für die Annahme, dass eine frühe Viktimisierung die Wahrscheinlichkeit für späteres kriminelles Verhalten erhöht. Als Beleg hierfür lassen sich auch zwei weitere Studien anführen, bei denen Missbrauchserfahrungen von Strafgefangenen erfasst wurden. Dutton und Hart (1994) fanden heraus, dass 41% und Weeks und Widom (1998) dass 68% ihrer Probanden entweder physischen oder sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung erlebt hatten.

Powell, Holt und Fondacaro (1997) untersuchten psychische Störungen bei Strafgefangenen und auch hier waren die Suchterkrankungen (78,9% Alkohol und 60,6% Drogen) und die antisoziale Persönlichkeitsstörung (46,9%) am häufigsten. Zu den erfassten Störungsbildern gehörte in dieser Studie auch die PTSD mit recht hohen Raten – einer Lebenszeitprävalenz von 32,5% und einer 6-Monats-Prävalenz von 21,1%. Gibson, Holt, Fondacaro, Tang, Powell und Turbitt (1999) überprüften in ihrer Studie antezedente Traumen und komorbide psychiatrische Erkrankungen bei Gefangenen mit PTSD. Unter den genannten traumatischen Situationen, die zur Herausbildung des Störungsbildes PTSD führten, rangierte an erster Stelle Zeuge eines Tötungsdeliktes zu sein (34,8%), gefolgt von Vergewaltigung (24,6%) und dem Erleben von physischer Gewalt (17,4%).

Dass auch die eigene Tat eine traumatische Situation darstellt, in der der Täter selbst traumatisiert werden kann und in der Folge die Symptome der PTSD entwickelt, zeigen drei Einzelfallschilderungen von Harry und Resnick (1986).

5 Fragestellung

5.1 Die Untersuchung in der forensischen Abteilung des ZPR

Die Untersuchung zu traumatischen Lebensereignisse und PTSD von der Arbeitsgruppe „Psychotraumatologie“ der Universität Konstanz wurde im Zentrum für Psychiatrie Reichenau durchgeführt. Die Diagnosen der Patienten wurden nach ICD-10 (International Classification of Diseases) erstellt. Die Stichprobe bestand aus 104 Personen, von denen 28 an Schizophrenie erkrankt waren, 24 eine affektive Störung aufwiesen, 26 mit einer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurden und bei 20 eine Substanzabhängigkeit vorlag. Die Psychiatrie-Patienten sowie eine Kontrollgruppe füllten zunächst einen Fragebogen über traumatische Lebensereignisse aus (TAQ, siehe Kap. 6.2.1). Hierbei zeigten sich bezüglich der positiven Erfahrungen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Negative Lebensereignisse lagen bei Patienten jedoch häufiger vor als bei der Kontrollgruppe. Außerdem ergaben sich signifikante Differenzen zwischen den vier Entwicklungsperioden für jede diagnostizierte Gruppe. Negativerlebnisse traten häufiger im Schulalter und in der Adoleszenz auf als in der frühen Kindheit und im Erwachsenenalter. Die Patienten mit den Diagnosen Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit berichteten von mehr negativen Erlebnissen als die Schizophrenen und diejenigen mit affektiven Störungen.

Die Untersuchung zeigte, dass die Patienten der forensischen Station deutlich mehr negative Lebensereignisse vorzuweisen haben als die übrigen Patienten. Um zu prüfen, ob diese Erlebnisse auch zur Herausbildung einer PTSD geführt haben, wurde eine modifizierte Form des SKID (siehe Kap. 6.3.1) durchgeführt. Auch hier konnte eine höhere Auftretenshäufigkeit von PTSD bei den forensischen Patienten festgestellt werden.

Der Fragebogen über traumatische Lebensereignisse (TAQ) wurde zusätzlich einer Kontrollgruppe vorgelegt. Die Daten aus dieser Befragung sowie sämtliche

Daten, die bei den Patienten von der forensischen Station erhoben wurden, gingen zu Vergleichszwecken in die vorliegende Arbeit ein.

5.2 Ziel dieser Studie

Wie anhand verschiedener Studien belegt werden konnte, ist die Rate an psychischen Erkrankungen bei Strafgefangenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant erhöht. Weitere Untersuchungen zeigen eine hohe Viktimisierungsrate bei Häftlingen und insbesondere einen Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und späterem kriminellen Verhalten. In der Untersuchung der Arbeitsgruppe „Psychotraumatologie“ der Universität Konstanz wurde herausgefunden, dass Patienten des Maßregelvollzugs mehr traumatische Lebenserfahrungen aufweisen als Patienten der Allgemeinpsychiatrie. Auch lagen bei dieser Gruppe höhere PTSD-Raten vor.

Das Ziel der vorliegenden Diplomarbeit besteht nun darin – in Anlehnung an die Untersuchung im Maßregelvollzug – die Daten für eine Stichprobe aus dem Strafvollzug zu erfassen. Es sollte herausgefunden werden, welche Lebensmuster und Erfahrungen bei Strafgefangenen zu verzeichnen sind und ob sich daraus psychische Konsequenzen ergeben haben oder auch heute noch vorliegen.

Die Hypothese ist, dass sich die beiden Gruppen – die aus dem Maßregelvollzug und die aus dem Strafvollzug – nicht voneinander unterscheiden; die Zahlen aus dem Strafvollzug also hinsichtlich der Anzahl und Art der erlittenen Traumen und der Auftretenshäufigkeit von PTSD denen aus dem Maßregelvollzug entsprechen.

6 Methode

6.1 Stichprobe

6.1.1 Strafvollzug

Bei der Stichprobe handelt es sich um Strafgefangene der Justizvollzugsanstalt Ulm, die ausschließlich in der Anstalt des offenen Vollzugs rekrutiert wurden. Offener Vollzug bedeutet, dass keine oder nur verminderte Vorkehrungen gegen das Entweichen vorliegen. Strafgefangene können z.B. bei einer günstigen Kriminalprognose oder aufgrund guter Führung in den offenen Vollzug gelangen; ebenso im Zusammenhang mit einer schrittweisen Vorbereitung auf die Entlassung bei langjährigen Haftstrafen. Auch Ersttäter und Täter mit einer vergleichsweise kurzen Haftdauer kommen für den offenen Vollzug in Frage.

In der vorliegenden Untersuchung wurden von 22 Personen Fragebögen bearbeitet. Zum nachfolgenden Interview-Termin schieden dann drei Gefangene wegen Entlassung, Krankheit und auf eigenen Wunsch aus. Die Stichprobe setzt sich somit aus 19 Strafgefangenen – ausschließlich Männern – zusammen. Das Alter reicht von 25 bis 62 Jahren, im Durchschnitt sind es 42,05 Jahre (SD = 12,41 Jahre). Bei den Delikten handelt es sich in fünf Fällen um Betrugsdelikte, fünf der Befragten verbüßen Strafen wegen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz, je einmal waren Veruntreuung, Urkundenfälschung, versuchter Banküberfall, Verführung Minderjähriger, fahrlässige Tötung und versuchter Totschlag Grund für die Haftstrafe. Bei zwei Gefangenen lautete das Urteil Mord. Die Strafmaße der befragten Täter liegen zwischen 18 Monaten und lebenslanger Freiheitsstrafe. Zum Zeitpunkt der Untersuchung liegt die bisherige Haftdauer zwischen zwei Wochen und 17 Jahren. Bis auf einen Gefangenen haben alle einen Beruf erlernt. Die Angaben hierzu umfassen zwei Bankkaufmänner, einen Bürokaufmann, einen Kaufmann und einen Technischen Kaufmann. Außerdem nahmen zwei Betriebswirte, ein Vertriebsleiter, zwei Techniker, ein Polizeibeamter und zwei Selbständige an der Untersuchung teil.

Weitere Berufe der befragten Personen waren Industriemechaniker, Schlosser, Lagerist, Kraftfahrer und Busfahrer.

6.1.2 Forensik und Kontrollgruppe

Die Daten der zu Vergleichszwecken herangezogenen Gruppen wurden aus einer vorangegangenen Untersuchung der Arbeitsgruppe „Psychotraumatologie“ der Universität Konstanz entnommen. Bei den in der vorliegenden Arbeit mit Gruppe „Forensik“ bezeichneten Probanden handelt es sich um Patienten der Forensischen Station des Zentrums für Psychiatrie Reichenau. Diese Stichprobe setzt sich aus 26 Männern und 4 Frauen im Alter von 21 bis 64 Jahren zusammen, der Mittelwert beträgt hier 37,26 Jahre (SD = 10,99 Jahre). Da die Gruppe aus dem Strafvollzug nur aus Männern besteht, wurden bei der Datenanalyse die Frauen aus der Gruppe „Forensik“ ausgeschlossen, um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten. In diesem Fall besteht die Gruppe aus 26 Probanden mit einem Alter von 23 bis 64 Jahren, im Durchschnitt sind es 37,58 Jahre (SD = 11,10). Die begangenen Delikte sind von 20 Personen nicht bekannt, zwei Urteile erfolgten wegen Tötungsdelikten und eines wegen Körperverletzung, zweimal handelte es sich um sexuelle Nötigung und einmal um Exhibitionismus. Die Diagnosen, aufgrund derer bei den Probanden Maßregeln angeordnet wurden, sind in 10 Fällen Substanzabhängigkeit, in neun Fällen Persönlichkeitsstörungen und bei je zwei Probanden lautet die Diagnose Schizophrenie bzw. affektive Störung. In dieser Gruppe nahmen nicht alle Probanden, die den TAQ ausfüllten auch am Interview teil.

Bei den Probanden der Kontrollgruppe handelt es sich um Studenten, wissenschaftliche Angestellte und Arbeitskräfte der Universität Konstanz sowie um Angestellte aus dem Einzelhandel und Pflegepersonal des Zentrums für Psychiatrie Reichenau. Auch hier wurden die Frauen für die Datenanalyse ausgeschlossen. Somit setzt sich die Stichprobe aus 19 Personen zusammen, bei denen sich eine Altersstruktur von 21 bis 56 Jahren zeigt, mit einem Mittelwert von 35,68 Jahren (SD = 10,82 Jahre). Weitere Angaben zu den Probanden der Kontrollgruppe liegen nicht

vor. Von dieser Gruppe – nachfolgend als Gruppe „Kontrolle“ bezeichnet – wurde nur der Fragebogen TAQ bearbeitet.

6.2 Fragebögen

Die eingesetzten Fragebögen wurden der Untersuchung entnommen, die von der Traumaforschungsgruppe der Universität Konstanz an Patienten des Zentrums für Psychiatrie Reichenau durchgeführt wurde.

6.2.1 Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ)

Beim TAQ handelt es sich um einen Fragebogen über traumatische Lebenserfahrungen. Das Original – ein halbstrukturiertes Interview mit 100 Items – setzten Herman, Perry und van der Kolk (1989) ein, um Informationen über die Kindheit der von ihnen untersuchten Probanden zu erhalten. Der in der vorliegenden Untersuchung eingesetzte Fragebogen ist eine von Mitarbeitern der Universität Konstanz übersetzte und modifizierte Form. Dieser beinhaltet 42 Items und ist vom Probanden selbständig auszufüllen. Die Items erfassen positive und negative Erfahrungen während 4 Entwicklungsperioden: frühe Kindheit (0-6), Schulalter (7-12), Adoleszenz (13-18) und Erwachsenenalter (ab 18). Die positiven Lebensumstände werden in den Kategorien Kompetenz und Sicherheit zusammengefasst; die negativen bilden die Kategorien Vernachlässigung, Trennung, Geheimnisse, emotionaler, physischer und sexueller Missbrauch, Zeuge, andere Traumen sowie Alkohol und Drogen.

6.2.2 Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)

Die Posttraumatic Diagnostic Scale ist eine Selbstrating-Skala, mit der der Grad der Traumatisierung quantitativ bestimmt und die Diagnose einer PTSD gestellt werden kann. Zu Beginn steht eine Checkliste mit 12 traumatischen Ereignissen (einschließlich einer „andere“-Kategorie), bei der die Probanden angeben müssen,

welche dieser Ereignisse sie persönlich oder als Zeuge erlebt haben. Anschließend soll das Erlebnis, welches im Augenblick die größte Belastung darstellt, kurz beschrieben und nachfolgende Fragen auf dieses Ereignis bezogen beantwortet werden. Im Anschluss folgen noch 17 Items, welche sich auf die PTSD-Symptomatik aus dem DSM-IV beziehen: 5 zu Wiedererleben, 7 zu Vermeidung und 5 zu Übererregung. Dabei muss die Auftretenshäufigkeit für den vergangenen Monat auf einer 4-Punkt-Skala (von „0“ für „überhaupt nicht oder nur einmal“ bis „3“ für „5 mal oder öfter pro Woche“) angegeben werden. Der Wertebereich des Summenscores für Wiedererleben kann zwischen 0 und 15 liegen, für Vermeidung zwischen 0 und 21 und für Übererregung zwischen 0 und 15. Der Wertebereich für den Gesamt-Summenscore des PDS bewegt sich zwischen 0 und 51. Zur Diagnosestellung werden die Items gewertet, die höher als 0 sind. Anschließend muss für verschiedene Lebensbereiche die Beeinträchtigung des Funktionsniveaus eingeschätzt werden.

6.2.3 Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)

Mit der Hopkins Symptom Checklist werden im Selbstratingverfahren Symptome der Angst (10 Items) und Symptome der Depression (15 Items) erfasst. Dabei muss deren Auftretenshäufigkeit innerhalb der letzten Woche auf einer 4-Punkt-Skala („überhaupt nicht“ bis „extrem“) angegeben werden. Die Auswertung erfolgt über die Bildung der Summenscores. Der Wertebereich liegt zwischen eins und vier. Bei Werten über 1.75 kann von einem klinisch bedeutsamen Leiden ausgegangen werden.

6.3 Interview

6.3.1 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)

Beim SKID handelt es sich um einen Interviewleitfaden, der durch gezielte Fragen die Kriterien für eine Diagnose nach DSM-IV prüft. In der vorliegenden Untersuchung kam der PTSD-Teil des Interviewleitfadens mit einem modifizierten Ereignisfragebogen zum Einsatz.

6.3.2 Weitere Fragebögen

Je nach Verlauf des strukturierten klinischen Interviews kamen vereinzelt zwei weitere Fragebögen zum Einsatz, die von den Strafgefangenen im Gespräch beantwortet wurden. Wenn der SKID ergab, dass beim Probanden ein relevantes Ereignis vorgelegen hat, wurde zusätzlich noch der „Fragebogen für intrusive Erinnerungen“ angewendet. Dieser Fragebogen wurde von der Forschungsgruppe der Universität Konstanz entwickelt und geht verstärkt auf das Wiedererleben des traumatisierenden Ereignisses ein.

Wurde vom Probanden die Straftat, wegen der er sich in Haft befindet, im Interview nicht erwähnt, wurde er gebeten, auf die Fragen einer speziell auf die Tat bezogenen abgewandelten Form der Posttraumatic Diagnostic Scale („PDS Straftat“) zu antworten.

Die vollständigen Versionen der Fragebögen und des Interviewleitfadens befinden sich im Anhang.

6.4 Durchführung

6.4.1 Kontaktherstellung und –aufnahme

Nachdem die Idee entstanden war, in Anlehnung an ein laufendes Projekt der Arbeitsgruppe „Psychotraumatologie“ traumatische Lebenserfahrungen bei Strafgefangenen zu untersuchen, musste als nächster Schritt eine geeignete Stichprobe gefunden werden. Der Chefarzt der Forensischen Abteilung des Zentrum für Psychiatrie Reichenau, der infolge der Untersuchung in dieser Abteilung bereits in die Thematik involviert war, vermittelte einen Kontakt zum Justizministerium, damit die erforderliche Genehmigung erteilt werden konnte und bat in der JVA Ulm um Unterstützung.

In einem ersten Gespräch mit dem Anstaltspsychologen der JVA Ulm sicherte dieser seine Unterstützung zu und mit seiner Hilfe wurde dann im Januar 2002 die Stichprobe gewonnen und die Untersuchung durchgeführt. Dazu wurden anhand der Akten der Strafgefangenen diejenigen ausgewählt, bei denen das Strafmaß über 2 Jahren lag. Ein weiteres Kriterium bei der Auswahl war die zeitliche Verfügbarkeit der Gefangenen. Die ausgewählten Personen wurden anschließend einzeln über die Studie informiert und darum gebeten, sich daran zu beteiligen. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und war mit keiner Vergünstigung verbunden. Die Teilnehmer erhielten auch keine Entlohnung.

6.4.2 Bearbeitung der Fragebögen

Zunächst wurden von den an der Untersuchung teilnehmenden Gefangenen die Fragebögen ausgefüllt. Dazu kamen die Probanden einzeln zu vorher abgesprochenen Terminen in einen von der Haftanstalt eigens für diese Studie zur Verfügung gestellten Raum. Die Bearbeitung der Bögen dauerte zwischen 30 und 60 Minuten und währenddessen war die Verfasserin anwesend. Jeweils nach Been-

digung wurde mit dem Gefangenen ein Interviewtermin für die nachfolgende Woche vereinbart.

6.4.3 Durchführung der Interviews

Die Interviewteilnehmer wurden darüber informiert, dass die Gesprächsinhalte der Schweigepflicht unterliegen und die gewonnenen Daten anonymisiert werden. Jeder wurde darauf hingewiesen, dass die gemachten Angaben der Anstaltsleitung nicht zugänglich sind und somit auch keinen Einfluss auf Vollzugsentscheidungen haben. Es musste eine Einverständniserklärung über die Teilnahme unterschrieben werden.

Die Durchführung der Interviews erfolgte ebenfalls in dem von der Haftanstalt zur Verfügung gestellten Raum. Es waren eine Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe „Psychotraumatologie“ der Universität Konstanz und die Verfasserin anwesend. Die Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe führte die ersten Interviews selbst durch, gab anschließend bei den ersten Interviews der Verfasserin Hilfestellungen und achtete auf Vollständigkeit der Datenerfassung. Die Interviews dauerten zwischen 30 Minuten und 2,5 Stunden.

6.4.4 Statistik

Die Datenanalyse wurde mit dem Statistikprogramm SPSS⁷ 11.0 durchgeführt.

7 Ergebnisse

7.1 Traumatische Lebenserfahrungen

Mit Hilfe des Fragebogens TAQ (Traumatic Antecedents Questionnaire) wurden bei den Probanden Lebensereignisse erhoben, die in 11 Kategorien zusammengefasst werden: „Kompetenz“ und „Sicherheit“ als *positive* Erfahrungen und als *negative* Erfahrungen „Vernachlässigung“, „Trennung“, „Geheimnisse“, „Emotionaler Missbrauch“, „Körperlicher Missbrauch“, „Sexueller Missbrauch“, „Zeuge“, „Andere Traumen“ und „Alkohol und Drogen“. Diese wurden jeweils für vier Entwicklungsperioden erfasst: für die Altersstufen 0-6 Jahre, 7-12 Jahre, 13-18 Jahre und für das Erwachsenenalter. Dabei wurde die Auftretenshäufigkeit der Ereignisse auf einer 4stufigen Skala (0-3) eingeschätzt. Alle vier Perioden zusammengefasst ergeben somit einen Gesamtscore für die jeweilige Kategorie. Dieser Wert kann jeweils zwischen 0 und 12 liegen.

7.1.1 Gesamtwerte in den einzelnen Kategorien des TAQ

Zunächst sollen die Gesamtwerte jeder Kategorie betrachtet werden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen für die drei Gruppen „Forensik“, „Gefängnis“ und „Kontrolle“.

Tab. 1: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Kategorien des TAQ

	Gruppe „Forensik“ n = 20		Gruppe „Gefängnis“ n = 19		Gruppe „Kontrolle“ n = 16	
	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung
Kompetenz	6,80	3,24	9,05	1,88	8,24	2,76
Sicherheit	5,32	2,93	7,63	2,41	6,97	2,67
Vernach- lässigung	3,34	2,07	2,22	1,98	3,14	2,08

	Gruppe „Forensik“ n = 20		Gruppe „Gefängnis“ n = 19		Gruppe „Kontrolle“ n = 16	
	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung
Trennung	3,61	2,66	1,99	1,52	2,92	2,10
Geheimnisse	4,20	3,38	2,50	2,80	2,20	2,79
Emotionaler Missbrauch	4,45	2,55	2,42	2,66	2,89	2,40
Körperlicher Missbrauch	3,85	2,31	1,66	2,24	1,89	1,54
Sexueller Missbrauch	1,14	1,51	0	0	0,73	1,86
Andere Traumen	2,56	1,37	0,92	0,78	1,55	1,26
Zeuge	2,93	2,15	1,25	1,58	1,83	1,70
Alkohol und Drogen	2,95	2,38	1,29	1,70	1,14	1,46

Es zeigt sich hier, dass die Probanden der Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ bei den negativen Lebensereignissen häufiger Werte im unteren Bereich aufweisen. Die Gruppe der Forensik-Patienten hingegen zeigt in allen Kategorien deutlich höhere Werte, was für mehr negative Erlebnisse in dieser Gruppe spricht. Weiterhin fällt auf, dass die Kontrollgruppe grundsätzlich – mit Ausnahme des Items „Geheimnisse“ – immer zwischen den Gruppen „Gefängnis“ und „Forensik“ liegt. Wobei es jeweils einen geringeren Unterschied zwischen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ gibt als zwischen „Forensik“ und „Kontrolle“.

7.1.2 Unterschiede in den Kategorien

Um die Gruppenunterschiede zu prüfen, wurden jeweils die Mittelwerte der Gruppen für die einzelnen Kategorien miteinander verglichen. Hierzu wurde der T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Für das Item „Kompetenz“ weist die Gruppe „Gefängnis“ einen höheren Mittelwert auf als die Gruppe „Kontrolle“, und beide Gruppen haben höhere Werte als die Gruppe „Forensik“. Einen statistisch signifikanten Unterschied gibt es weder zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ($T = -1.52$, $df = 40$, $p = .14$), noch zwischen den Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ ($T = 1.06$, $df = 36$, $p = .29$). Zwischen der Gruppe aus der Forensik und der Gruppe der Gefangenen liegt dagegen ein sehr signifikanter Unterschied vor ($T = -2,81$, $df = 36,23$, $p = .008$).

Den höchsten Mittelwert für „Sicherheit“ zeigt die Gruppe „Gefängnis“, gefolgt von der Gruppe „Kontrolle“, den niedrigsten Wert hat die Gruppe „Forensik“. Bei diesem Item ist der Unterschied zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ sehr signifikant ($T = -2.75$, $df = 40$, $p = .009$). Die Unterschiede zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ($T = -1.90$, $df = 40$, $p = .06$) sowie zwischen den Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ ($T = .79$, $df = 36$, $p = .44$) erreichen keine statistische Signifikanz.

Bei dem Item „Vernachlässigung“ hat die Gruppe „Gefängnis“ den niedrigsten Mittelwert, die Gruppe „Forensik“ hat nur einen gering höheren Wert als die Gruppe „Kontrolle“. Weder der Unterschied zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ist statistisch signifikant ($T = .32$, $df = 39$, $p = .75$), noch der Unterschied zwischen den Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ ($T = -1.39$, $df = 36$, $p = .17$), noch der Unterschied zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ ($T = 1.77$, $df = 39$, $p = .08$).

Bei der Betrachtung der Mittelwerte für das Item „Trennung“ weist die Gruppe „Forensik“ einen höheren Wert auf als die Gruppe „Kontrolle“, welche wiederum einen höheren Wert hat als die Gruppe „Gefängnis“. Statistische Signifikanz ist nur für den Unterschied zwischen der Gruppe „Forensik“ und der Gruppe „Gefängnis“ gegeben ($T = 2.43$, $df = 34,22$, $p = .02$), jedoch nicht für die Differenzen zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ($T = .90$, $df = 39$, $p = .37$) und den Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ ($T = -1.57$, $df = 36$, $p = .12$).

Der Mittelwert für „Geheimnisse“ liegt für die Gruppe „Kontrolle“ niedriger als für die Gruppe „Gefängnis“ und für diese wiederum niedriger als für die Gruppe „Forensik“. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind in keinem Fall statistisch signifikant (Gruppen F-G: $T = 1.68$, $df = 36$, $p = .10$; Gruppen F-K: $T = 1.94$, $df = 35$, $p = .06$ und Gruppen G-K: $T = .31$, $df = 33$, $p = .76$).

Für das Item „Emotionaler Missbrauch“ weist die Gruppe „Forensik“ einen wesentlich höheren Mittelwert auf als die Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“, wobei die Gruppe „Kontrolle“ einen höheren Wert hat als die Gruppe „Gefängnis“. Ein statistisch signifikanter Unterschied besteht jedoch nur zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ ($T = 2.48$, $df = 39$, $p = .017$). Die Unterschiede zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ($T = 2.00$, $df = 39$, $p = .052$) und zwischen den Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ ($T = -.57$, $df = 36$, $p = .57$) sind nicht signifikant.

Bei dem Item „Körperlicher Missbrauch“ zeigt sich in der Gruppe „Forensik“ der höchste Mittelwert, während die Werte der Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ deutlich darunter liegen, der Wert der Gruppe „Kontrolle“ aber noch gering höher ist als der der Gruppe „Gefängnis“. Die Unterschiede zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ ($T = 3.06$, $df = 39$, $p = .004$) und den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ($T = 3.08$, $df = 38$, $p = .004$) sind statistisch sehr signifikant. Der Unterschied zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ($T = -.36$, $df = 35$, $p = .73$) ist nicht signifikant.

Der Mittelwert für das Item „Sexueller Missbrauch“ ist für die Gruppe „Forensik“ am höchsten und für die Gruppe „Kontrolle“ höher als für die Gruppe „Gefängnis“. Ein statistisch sehr signifikanter Unterschied ergibt sich zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ ($T = 3.46$, $df = 20$, $p = .002$). Die Unterschiede zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ($T = .76$, $df = 37$, $p = .45$) und zwischen den Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ ($T = -1.66$, $df = 30$, $p = .12$) sind nicht signifikant.

Beim Item „Andere Traumen“ hat die Gruppe „Forensik“ den höchsten Mittelwert, gefolgt von der Gruppe „Kontrolle“ und der Gruppe „Gefängnis“. Hier ergeben sich statistisch sehr signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ($T = 2.42$, $df = 39$, $p = .02$) und zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ ($T = 4.78$, $df = 34,09$, $p = .000$). Der Unterschied zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ist nicht signifikant ($T = -1.87$, $df = 30,00$, $p = .07$).

Den höchsten Mittelwert für das Item „Zeuge“ weist die Gruppe „Forensik“ auf, danach kommt die Gruppe „Kontrolle“ und den niedrigsten Wert hat die Gruppe „Gefängnis“. Einen statistisch sehr signifikanten Unterschied gibt es zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ ($T = 2.79$, $df = 38$, $p = .008$). Die Unterschiede zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ($T = 1.78$, $df = 38$, $p = .08$) und zwischen den Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ ($T = -1.08$, $df = 36$, $p = .28$) sind nicht signifikant.

Der Mittelwert für das Item „Alkohol und Drogen“ ist bei der Gruppe „Forensik“ am höchsten und bei den Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ wesentlich geringer, wobei er bei der Gruppe „Kontrolle“ noch knapp unter dem Wert der Gruppe „Gefängnis“ liegt. Der Unterschied zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ erweist sich als sehr signifikant ($T = 2.96$, $df = 35,52$, $p = .005$) und zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ als signifikant ($T = 2.54$, $df = 39$, $p = .02$). Der Unterschied zwischen den Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ ist nicht signifikant ($T = .29$, $df = 35$, $p = .78$).

7.1.3 Die Kategorien des TAQ hinsichtlich der vier Entwicklungsperioden

Die Werte für die vier gemessenen Entwicklungsperioden werden in Profildiagrammen dargestellt und zur Überprüfung der Effekte wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet. Bei einem Haupteffekt für „Gruppe“ wurden die Gruppenunterschiede mit dem post-hoc-Test untersucht.

Abbildung 1 zeigt die Werte für das Item „Kompetenz“. Die Varianzanalyse ergab einen Haupteffekt für „Zeit“ ($F = 10.18, p = .000$). Ein Haupteffekt „Gruppe“ zeigte sich nicht. Ebenso gibt es keine Interaktion „Zeit*Gruppe“.

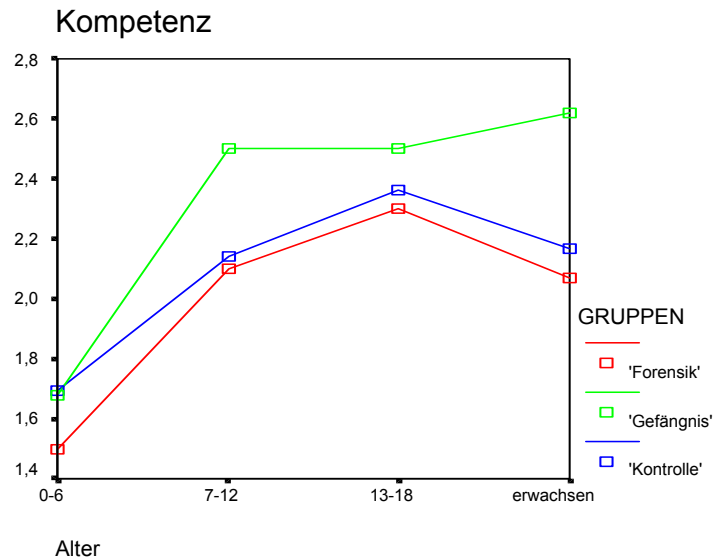


Abb. 1: Profildiagramm für „Kompetenz“

Für das Item „Safety“ zeigt sich ein Haupteffekt für „Zeit“ ($F = 5.04, p = .004$). Es liegt keine Interaktion „Zeit*Gruppe“ vor. Einen Haupteffekt „Gruppe“ gibt es nicht. Abbildung 2 zeigt das Profildiagramm für dieses Item.

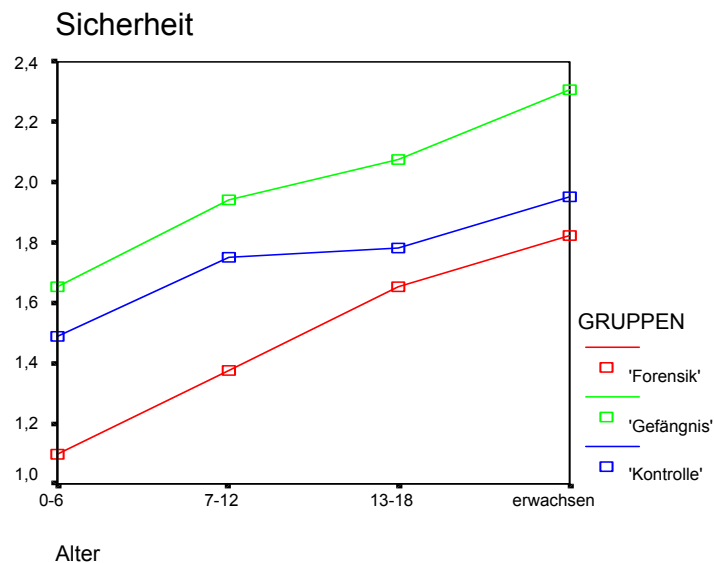


Abb. 2: Profildiagramm für „Sicherheit“

In Abbildung 3 sind die Werte für das Item „Vernachlässigung“ dargestellt. Hier zeigte sich ein Haupteffekt für „Zeit“ ($F = 16.68$, $p = .000$), jedoch kein Haupteffekt für „Gruppe“. Der Test zeigt Signifikanz für die Interaktion „Zeit*Gruppe“ ($F = 5.24$, $p = .000$).

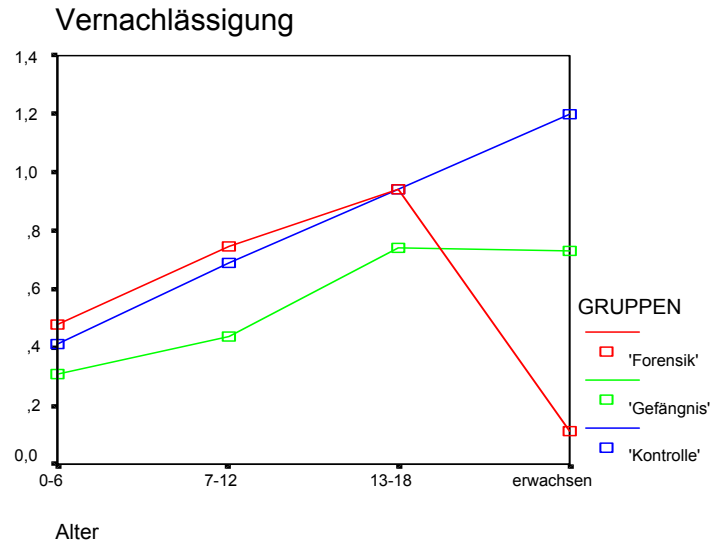


Abb. 3: Profildiagramm für „Vernachlässigung“

Abbildung 4 zeigt die Werte für das Item „Trennung“. Auch hier ergibt sich ein Haupteffekt für „Zeit“ ($F = 14.11$, $p = .000$), jedoch kein Haupteffekt für „Gruppe“. Eine Interaktion „Zeit*Gruppe“ liegt nicht vor.

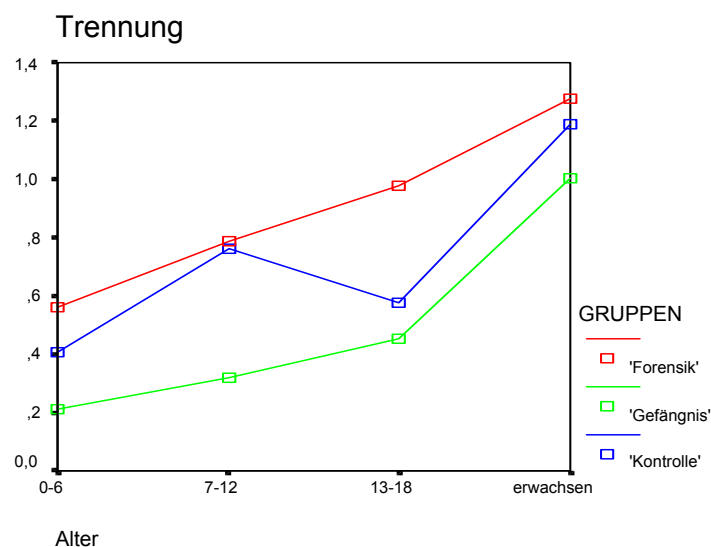


Abb. 4: Profildiagramm für „Trennung“

Die Abbildung 5 zeigt das Profildiagramm für das Item „Geheimnisse“. Hier gibt es weder einen Haupteffekt für „Zeit“ noch für „Gruppe“. Auch eine Interaktion „Zeit*Gruppe“ liegt nicht vor.

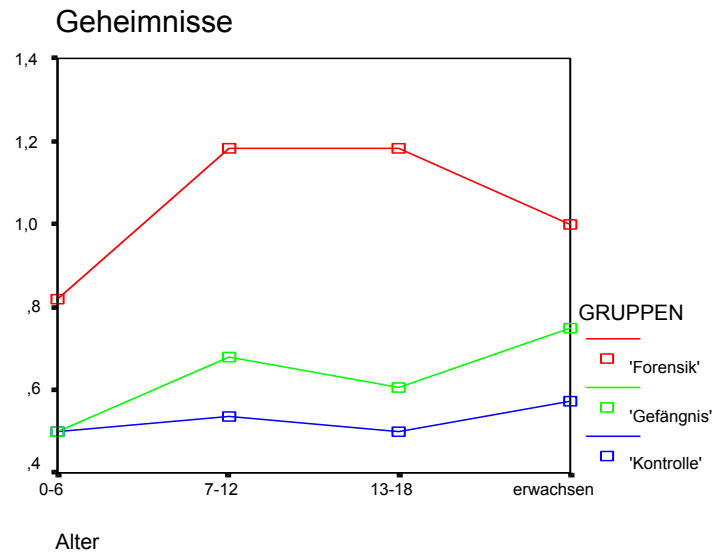


Abb. 5: Profildiagramm für „Geheimnisse“

Die Werte für das Item „Emotionaler Missbrauch“ sind in Abbildung 6 dargestellt. Hier zeigt sich ein Haupteffekt für „Zeit“ ($F = 15.77$, $p = .000$), kein Haupteffekt für „Gruppe“ und keine Interaktion „Zeit*Gruppe“.

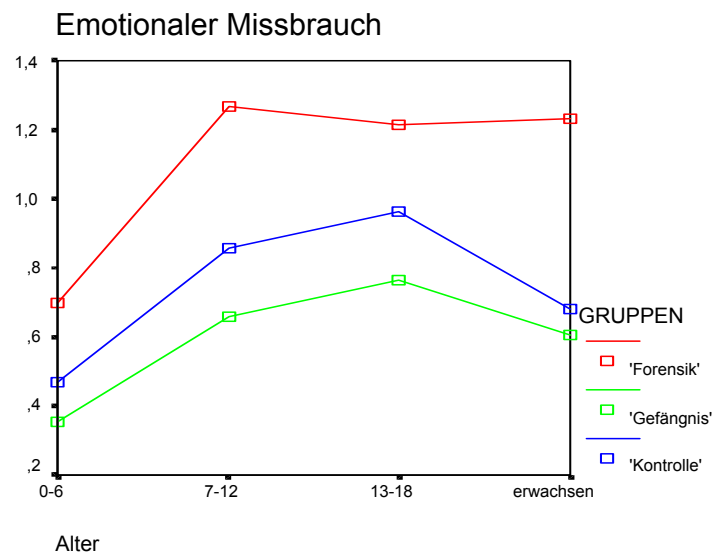


Abb. 6: Profildiagramm für Emotionaler „Missbrauch“

Die Abbildung 7 enthält die Angaben zum Item „Körperlicher Missbrauch“, bei dem es keine Interaktion „Zeit*Gruppe“ gibt, jedoch sowohl einen Haupteffekt für „Zeit“ ($F = 13.01$, $p = .000$) als auch einen Haupteffekt für „Gruppe“ ($F = 4.52$, $p = .016$). Im post-hoc-Test zeigt sich ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ ($p = .02$).

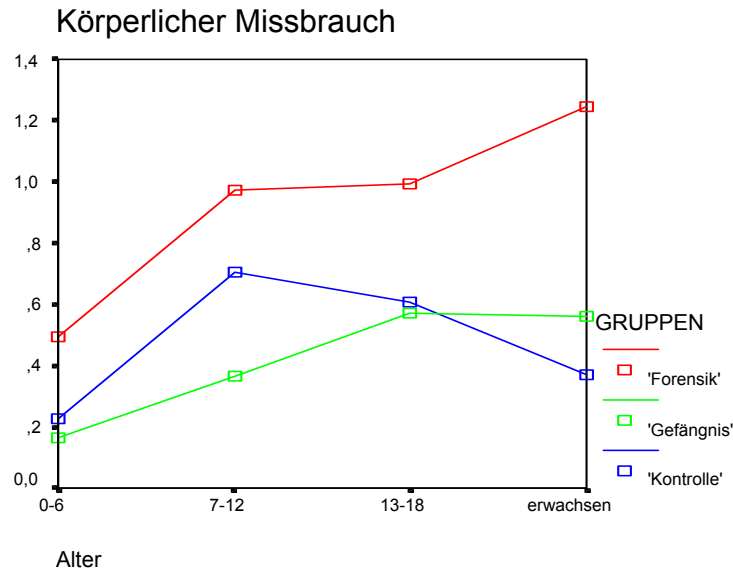


Abb. 7: Profildiagramm für „Körperlicher Missbrauch“

Für das Item „Sexueller Missbrauch“ – dargestellt in Abbildung 8 – zeigt sich kein Haupteffekt für „Zeit“. Auch der Test für die Interaktion „Zeit*Gruppe“ ist nicht signifikant. Der Test für den Haupteffekt „Gruppe“ ergibt statistische Signifikanz ($F = 3.27$, $p = .05$) und der post-hoc-Test zeigt einen Gruppenunterschied zwischen den Gruppen 1 und 2 ($p = .04$).

Abbildung 9 zeigt das Profildiagramm zu „Andere Traumen“. Hier ergeben sich Haupteffekte für „Zeit“ ($F = 8.04$, $p = .000$) und für „Gruppe“ ($F = 8.39$, $p = .001$). Im post-hoc-Test wird ein Gruppenunterschied zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ deutlich ($p = .000$). Eine Interaktion „Zeit*Gruppe“ weist der Test nicht aus.

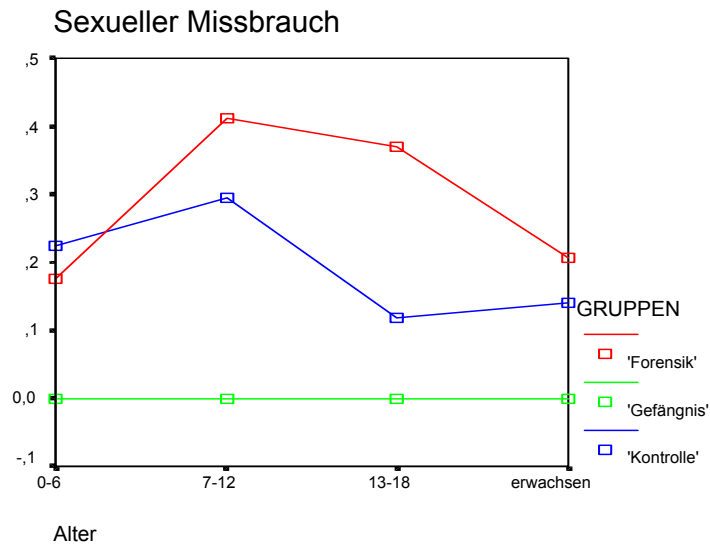


Abb. 8: Profildiagramm zu „Sexueller Missbrauch“

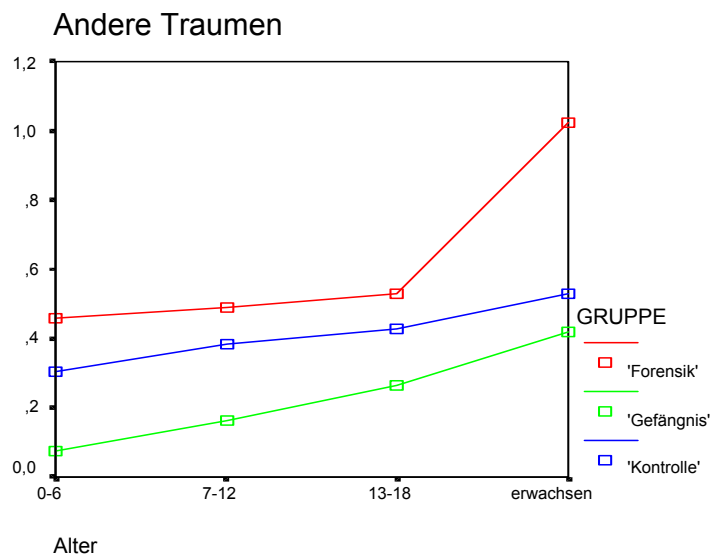


Abb. 9: Profildiagramm für „Andere Traumen“

Abbildung 10 veranschaulicht die Angaben für das Item „Zeuge“. Hier zeigt sich ein Haupteffekt für „Zeit“ ($F = 5.41$, $p = .003$), ebenso ergibt sich eine Interaktion „Zeit*Gruppe“ ($F = 2.26$, $p = .04$) und es liegt ein Haupteffekt für Gruppe vor ($F = 4.38$, $p = .02$). Der post-hoc-Test bringt einen Gruppenunterschied zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ hervor ($p = .01$).

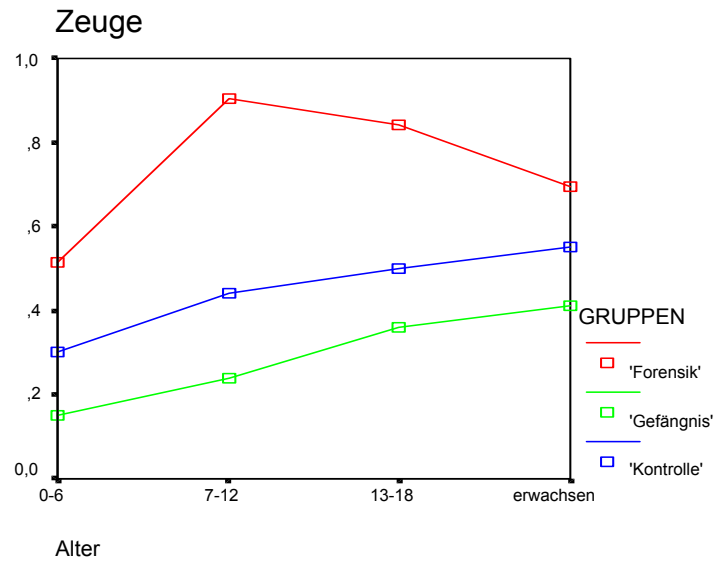


Abb. 10: Profildiagramm für „Zeuge“

Die Abbildung 11 zeigt die Werte für das Item „Alkohol und Drogen“. Für dieses Item ergibt sich keine Interaktion „Zeit*Gruppe“. Es zeigen sich aber sowohl ein Haupteffekt für „Zeit“ ($F = 12.16$, $p = .000$) als auch ein Haupteffekt für „Gruppe“ ($F = 3.84$, $p = .03$). Hier findet sich im post-hoc-Test ein Gruppenunterschied zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“ ($p = .04$).

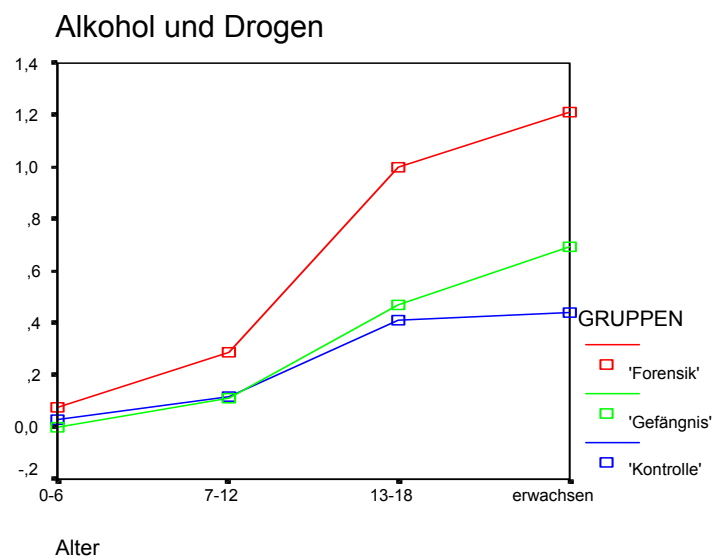


Abb. 11: Profildiagramm für „Alkohol und Drogen“

7.2 PDS- und HSCL-25-Werte

Die Erfassung des Ausmaßes der Traumatisierung mit der Posttraumatic Diagnostic Scale und die Erfassung von Symptomen der Angst und der Depression mit Hilfe der Hopkins Symptom Checklist-25 wurde nur an den Probanden der Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ durchgeführt.

7.2.1 Posttraumatic Diagnostic Scale

Auf der Grundlage der Posttraumatic Diagnostic Scale, die sich an den Kriterien für PTSD im DSM-IV orientiert, kann das Ausmaß der Traumatisierung erfasst werden und die Diagnose der PTSD gestellt werden. Zunächst wird das Vorliegen bestimmter Ereignisse erfasst. Abbildung 12 zeigt, wie häufig die abgefragten Ereignisse in den beiden Gruppen vorkamen.

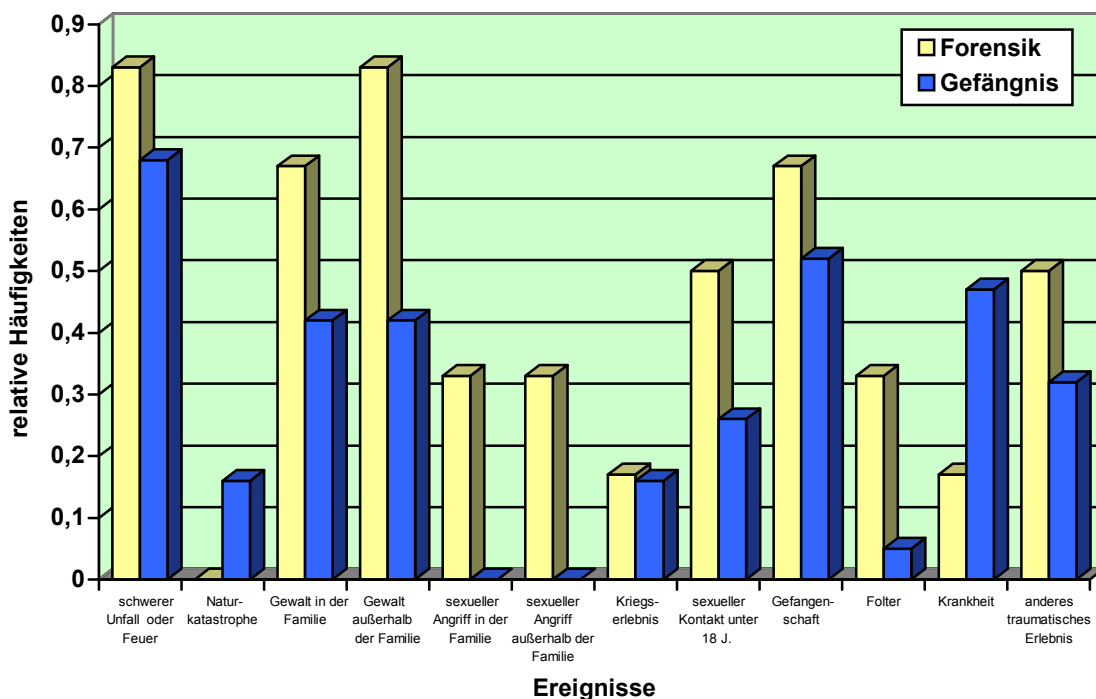


Abb. 12: Relative Auftretenshäufigkeiten der Ereignisse aus dem PDS

Jene Ereignisse, die aufgrund im DSM-IV vorgegebener Kriterien zu klinischen Auffälligkeiten führen können, werden nachfolgend auch als Index-Ereignisse bezeichnet. Bei der Angabe dieser Ereignisse wurde häufig "Gefangenschaft" genannt. Da hier jeweils die gegenwärtige Haftstrafe gemeint ist, handelt es sich nur bedingt um ein traumatisches Erlebnis, da hiermit weder tatsächlicher noch drohender Tod, noch ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit in Verbindung stehen. Alle Probanden, die diese Angaben machten, wurden in der Auflistung der Index-Ereignisse nicht berücksichtigt. Die folgenden Grafiken zeigen, unter welchen Ereignissen die Probanden am meisten leiden. In der Gruppe „Forensik“ gaben zwei von fünf Befragten als Index-Ereignis einen gewalttätigen Angriff an (40%), ein Patient (20%) gab eine depressive Phase an, in der er ein Tötungsdelikt begangen hat und zwei Probanden (40%) machten keine genaueren Angaben zu ihren belastendsten Erlebnissen.

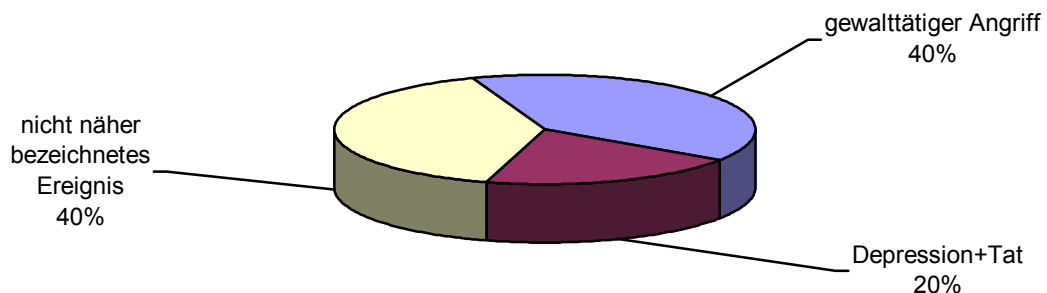


Abb. 13: Verteilung der Index-Ereignisse in der Gruppe „Forensik“

In der Gruppe „Gefängnis“ betrug der Anteil der Personen, die als Index-Ereignis ihre Gefangenschaft nannten 27% (n = 5). Auch diese wurden in der folgenden Darstellung nicht berücksichtigt. Für jeweils vier Probanden (je 29%) war ein gewalttätiger Angriff bzw. ein schwerer Unfall das traumatische Erlebnis und 14% (n = 2) gaben an, unter den Folgen einer schweren Krankheit zu leiden. Je ein Gefangener (jeweils 7%) nannten einen Kriegseinsatz, einen Suizidversuch, Psychoterror und Misshandlungen in der Kindheit als ihr belastendstes Erlebnis.

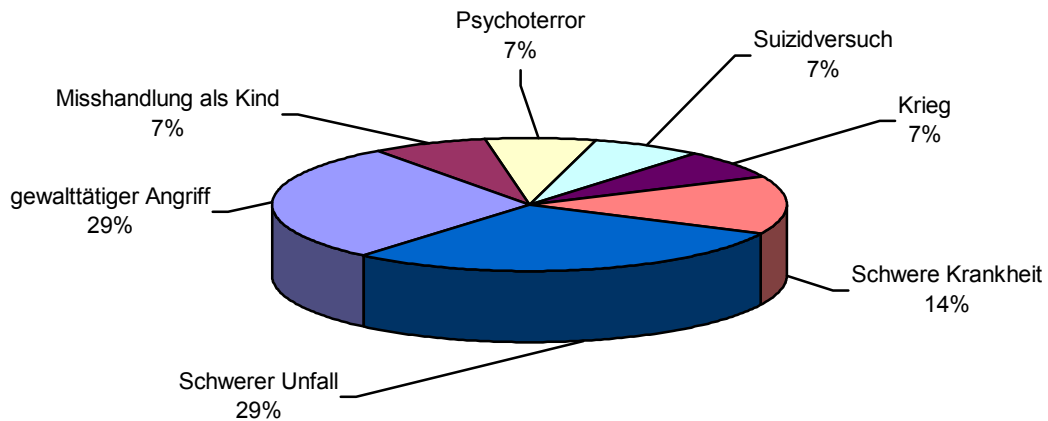


Abb. 14: Verteilung der Index-Ereignisse in der Gruppe „Gefängnis“

Das Kriterium, Gefühle von Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen erlebt zu haben sowie die Kriterien für Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung erfüllten in der Gruppe „Forensik“ drei Personen (42,8%) und in der Gruppe „Gefängnis“ waren es 42,2% (n = 8). Diese Probanden gaben auch an, dass sie schon seit drei oder mehr Monaten unter diesen Symptomen leiden und in verschiedenen Lebensbereichen Funktionsbeeinträchtigungen erleben. Basierend auf dieser Auswertung würden folgende, in Tabelle 2 aufgelistete PTSD-Diagnosen gestellt werden.

Tab. 2: Häufigkeiten und Prozente der Probanden mit und ohne PTSD nach PDS

	Gruppe „Forensik“ n = 7		Gruppe „Gefängnis“ n = 19	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keine PTSD-Diagnose	4	57,2	11	57,9
PTSD-Diagnose	3	42,8	8	42,1

Zur Überprüfung, ob sich die Gruppen hinsichtlich der Diagnose PTSD voneinander unterscheiden, wurden der Chi-Quadrat-Test und der Fisher Exakt Test durchgeführt. In beiden Verfahren zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den zwei Gruppen.

Nachfolgend sollen die Kriterien, die zur Diagnose PTSD führen, einzeln betrachtet werden. Dazu werden die Mittelwerte der Skalen „Wiedererleben“, „Vermeidung“ und „Übererregung“ herangezogen. Bei der Skala „Vermeidung“ reicht der Wertebereich von 0-21, bei den beiden anderen Skalen von 0-15. Alle Items der drei Symptomgruppen zusammen ergeben den Gesamtsummenscore des PDS. Dieser kann zwischen 0-51 liegen. Tabelle 3 gibt einen Überblick hierzu.

Tab. 3: Mittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Symptomgruppen

	Gruppe „Forensik“ n = 7		Gruppe „Gefängnis“ n = 19	
	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung
Wiedererleben	4,86	4,78	4,26	4,91
Vermeidung	7,43	4,99	5,53	6,17
Übererregung	3,86	2,41	3,63	3,40
PDS- Gesamtsscore	16,14	11,09	13,42	12,93

Zur Prüfung der Mittelwertsunterschiede wurde der T-Test für unabhängige Stichproben angewendet. Es ergaben sich für alle geprüften Werte – sowohl für die einzelnen Symptomgruppen als auch für den Gesamtsummenscore – keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Gruppen.

7.2.2 Hopkins Symptom Checklist-25

Als weiteres deskriptives Maß des psychischen Stresses wurde die Hopkins Symptom Checklist-25 eingesetzt, um Angst- und Depressionssymptome zu erfassen. Die hiermit ermittelten Summenscores können Werte zwischen 1 und 4 erreichen. Verschiedene Autoren (Kleijn, Hovens & Rodenburg, 2001; Mollica, Wyshak, Marneffe, Khuon & Lavelle, 1987) sprechen ab einem Wert von 1.75 von signifikantem emotionalen Stress. Für Angst lagen 57,2% der Gruppe „Forensik“

und 36,8 % der Gruppe „Gefängnis“ über dem Cut-Off Wert; für Depression waren es 71,4% der Gruppe „Forensik“ und 47,4% der Gruppe „Gefängnis“. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Häufigkeitsverteilungen in den beiden Gruppen, sowie über die niedrigsten und höchsten erzielten Werte, den Mittelwert und die Standardabweichung.

Tab. 4: Ergebnisse der Hopkins Symptom Checklist-25

	Angst		Depression	
	Gruppe „Forensik“ n = 7	Gruppe „Gefängnis“ n = 19	Gruppe „Forensik“ n = 7	Gruppe „Gefängnis“ n = 19
Summenscore < 1.75	3 (42,8%)	12 (63,2%)	2 (28,6%)	10 (52,6 %)
Summenscore > 1.75	4 (57,2%)	7 (36,8%)	5 (71,4%)	9 (47,4%)
Minimum	1,00	1,10	1,00	1,00
Maximum	2,80	2,80	2,40	3,30
Mittelwert	1,81	1,62	2,10	1,78
Standardabweichung	0,63	0,51	0,60	0,68

Um die Mittelwertsunterschiede zwischen den zwei Gruppen zu prüfen, wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Hier zeigten sich weder für Angst ($T = 1.55$, $df = 26$, $p = .13$) noch für Depression ($T = 1.37$, $df = 26$, $p = .18$) statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

7.2.3 Zusammenhang zwischen PDS- und HSCL-25-Werten und dem TAQ

Für die Überprüfung von gruppenübergreifenden Zusammenhängen zwischen der Posttraumatic Diagnostic Scale, der Hopkins Symptom Checklist-25 und den Gesamtwerten des TAQ wurden nur die Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ berücksichtigt, da für die Gruppe „Kontrolle“ PDS- und HSCL-25-Werte nicht vorliegen. Die Anzahl Probanden beträgt $n = 26$. Es wurden der Pearsonsche Korrelationskoeffizient berechnet und die Signifikanzen zweiseitig angegeben.

Betrachtet man die Items des TAQ und den Summenscore des PDS, ergeben sich signifikante Zusammenhänge für die Items „Körperlicher Missbrauch“ ($r = .49$, $p = .02$) und „Zeuge“ ($r = .46$, $p = .02$). Alle anderen Items des TAQ korrelieren nicht signifikant mit dem PDS-Gesamtwert. In einem nächsten Schritt wurden die Korrelationen zwischen den Items des TAQ und den einzelnen Skalen des PDS berechnet. Hier ergeben sich für die Skala „Wiedererleben“ und für die Skala „Übererregung“ keinerlei signifikante Zusammenhänge mit den Items des TAQ. Bei der Skala „Vermeidung“ zeigen sich signifikante Korrelationen mit den Items „Vernachlässigung“ ($r = .43$, $p = .04$), „Emotionaler Missbrauch“ ($r = .44$, $p = .04$), „Andere Traumen“ ($r = .49$, $p = .02$) und „Alkohol und Drogen“ ($r = .47$, $p = .02$). Die Items „Körperlicher Missbrauch“ ($r = .65$, $p = .00$) und „Zeuge“ ($r = .64$, $p = .00$) korrelieren hochsignifikant mit der Skala „Vermeidung“.

Zusammenhänge zwischen den Items des TAQ und dem HSCL-25 zeigen sich fast keine. Lediglich die Angstskala des HSCL-25 korreliert signifikant mit den Items „Vernachlässigung“ ($r = .49$, $p = .02$) und „Alkohol und Drogen“ ($r = .56$, $p = .01$).

Als nächstes wurden noch die Korrelationen zwischen dem HSCL-25 und dem PDS berechnet. Hier ergeben sich sehr starke Zusammenhänge. Eine hochsignifikante Korrelation zeigt sich sowohl zwischen der Angstskala und dem PDS-Summenscore ($r = .65$, $p = .00$) als auch zwischen der Depressionsskala und dem PDS-Summenscore ($r = .78$, $p = .00$). Bei Betrachtung der einzelnen Symptomgruppen zeigt sich, dass die beiden Skalen aus dem HSCL-25 auch mit jeder Skala des PDS starke Zusammenhänge aufweist. Die Angstskala korreliert signifikant mit der Skala „Wiedererleben“ ($r = .42$, $p = .04$) und hochsignifikant mit den Skalen „Vermeidung“ ($r = .66$, $p = .00$) und „Übererregung“ ($r = .70$, $p = .00$). Für die Depressionsskala sind alle drei Korrelationen hochsignifikant (für Wiedererleben: $r = .59$, $p = .00$; für Vermeidung: $r = .75$, $p = .00$ und für Übererregung: $r = .74$, $p = .00$).

7.3 Interview-Daten

7.3.1 Vergleich zwischen Strafgefangenen und Forensik-Gruppe

Im Strukturierten Klinischen Interview wurden die Probanden zunächst darüber befragt, ob sie schon einmal in ihrem Leben bestimmte Situationen erlebt haben. Abbildung 15 gibt einen Überblick darüber, wie häufig die verschiedenen Ereignisse in den beiden Gruppen genannt wurden.

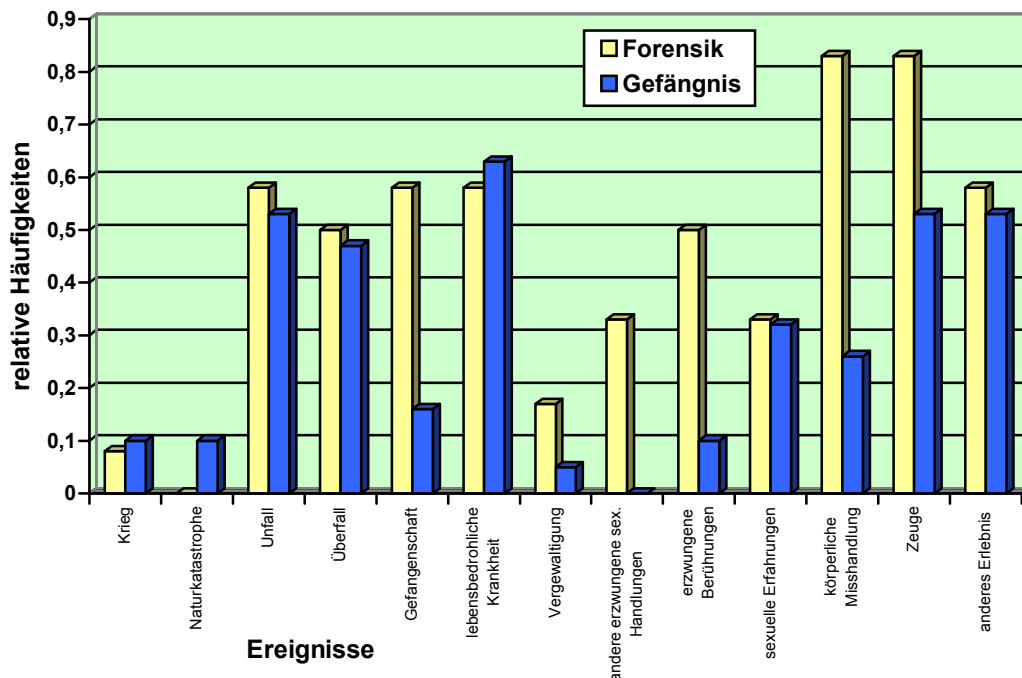


Abb. 15: Relative Auftretenshäufigkeiten der Ereignisse aus dem SKID

Mit dem Chi-Quadrat-Test und dem Fisher Exakt Test wurde geprüft, ob sich die beiden Gruppen bezüglich der einzelnen Ereignisse voneinander unterscheiden. Hier ergaben sich signifikante Gruppenunterschiede für die Ereignisse „Gefangenschaft/ Geisel/Entführung“ ($\chi^2 = 6,09$, $df = 1$, $p = .01$, im Fisher Exakt Test $p = .02$), „andere erzwungene sexuelle Handlungen“ ($\chi^2 = 7,27$, $df = 1$, $p = .01$, im Fisher Exakt Test $p = .02$) und „erzwungene Berührungen“ ($\chi^2 = 5,98$, $df = 1$, $p = .02$, im Fisher Exakt Test $p = .03$). Für das Erleben von „körperlichen Misshandlungen“ ergab sich ein

hochsignifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($\chi^2 = 9.57$, $df = 1$, $p = .002$, im Fisher Exakt Test $p = .003$). In allen oben genannten Fällen weist die Forensik-Gruppe eine höhere Anzahl an negativen Ereignissen auf.

Hinsichtlich der traumatischen Erlebnisse musste auch angegeben werden, ob die jeweilige Situation mehrfach erlebt wurde oder ob es sich um ein einmaliges Ereignis handelte. Abbildung 16 zeigt, wie häufig in den beiden Gruppen die vorgegebenen Ereignisse mehrfach erlebt wurden.

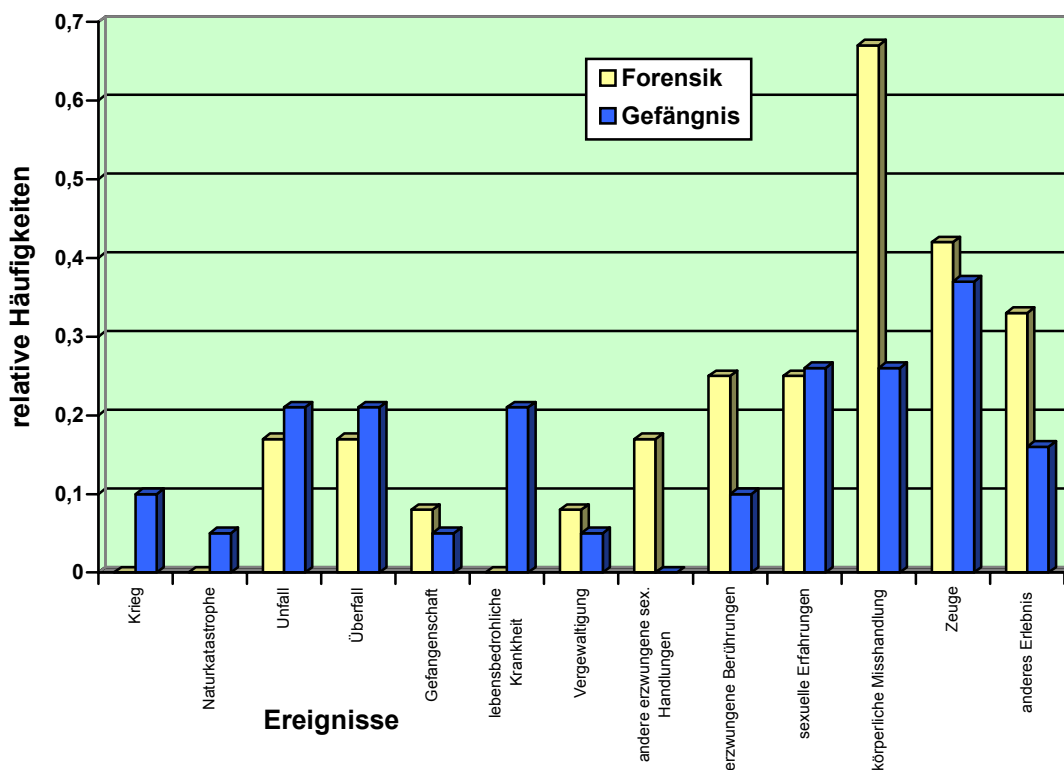


Abb. 16: Relative Auftretenshäufigkeiten des Mehrfacherlebens eines Ereignisses

Wurden mehrere traumatische Erlebnisse genannt, erfolgte die Frage, welches Ereignis den Betroffenen am meisten belastet hat. Aufgrund dieses Ereignisses wurden dann die Kriterien des DSM-IV für die Posttraumatische Belastungsstörung überprüft. Die folgenden Abbildungen zeigen, welche Index-Ereignisse in den Gruppen angegeben wurden.

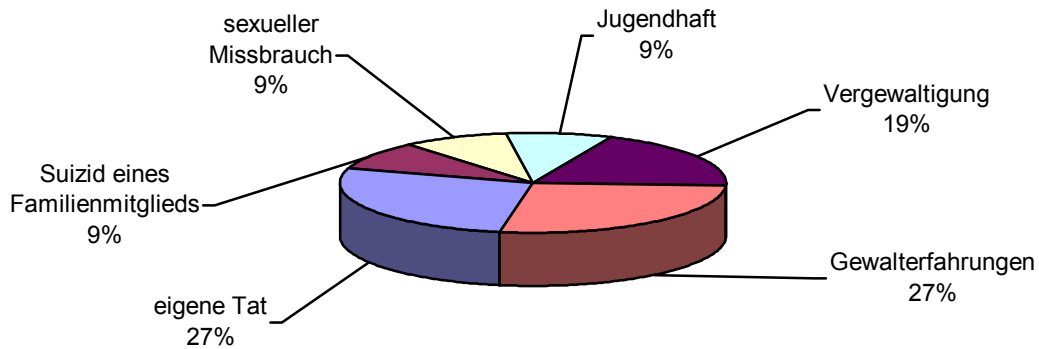


Abb. 17: Verteilung der Index-Ereignisse nach SKID in der Gruppe „Forensik“

In der Gruppe „Gefängnis“ gaben sechs Personen (33%) an, dass sie kein Erlebnis hatten, welches sie sehr belastet und welches über einen längeren Zeitraum immer wieder in Alpträumen, Vorstellungen oder Gedanken zurückkommt.

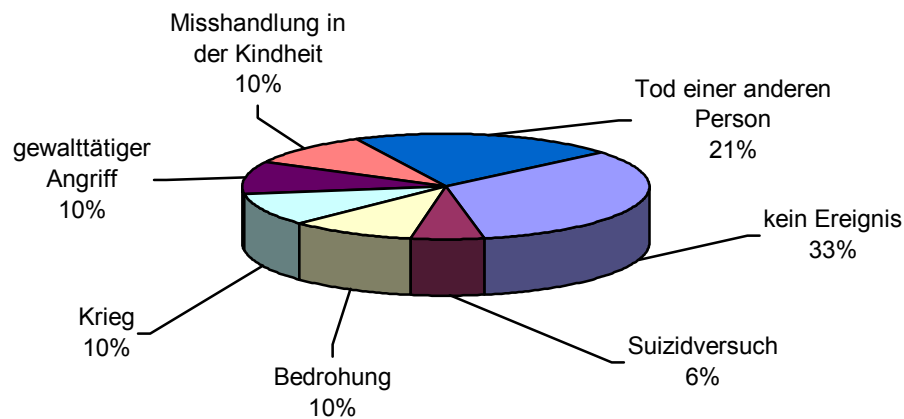


Abb. 18: Verteilung der Index-Ereignisse nach SKID in der Gruppe „Gefängnis“

Durch Prüfung des Vorhandenseins der verschiedenen Symptome aus den Gruppen „Wiedererleben“, „Vermeidung“ und „Übererregung“ konnte eine Aussage über die Diagnose der PTSD gemacht werden. 18,2% (n = 2) der Probanden der Gruppe „Forensik“ leiden aktuell unter dieser Störung. In der Gruppe „Gefängnis“ war es ein Gefangener (5,3%). Tabelle 5 zeigt diese Ergebnisse in der Übersicht.

Tab. 5: Häufigkeiten und Prozente der Probanden mit und ohne PTSD nach SKID

	Gruppe „Forensik“ n = 11		Gruppe „Gefängnis“ n = 19	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keine PTSD Diagnose	9	81,8	18	94,7
PTSD Diagnose	2	18,2	1	5,3

Zur Überprüfung, ob sich die Gruppen hinsichtlich der Diagnose PTSD voneinander unterscheiden, wurden der Chi-Quadrat-Test und der Fisher Exakt Test durchgeführt. In beiden Verfahren zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den zwei Gruppen.

7.3.2 Die Symptomgruppen in der Gruppe der Strafgefangenen

In diesem Kapitel sollen die Angaben zu den Symptomen des Wiedererlebens, der Vermeidung und der Übererregung für die Gruppe der Häftlinge betrachtet werden. Ein Vergleich der einzelnen Symptomgruppen entfällt, da diese Daten für die Gruppe der Forensik-Patienten nicht vorliegen. Tabelle 6 zeigt, wie häufig in der Gruppe „Gefängnis“ die einzelnen Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung und der Übererregung angegeben wurden sowie den prozentualen Anteil an den Personen, die die Ereignis-Kriterien erfüllten, d.h. die ein traumatisches Erlebnis hatten und die Reaktion darauf intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen war.

Tab. 6: Häufigkeiten und Prozente der Symptome in der Gruppe „Gefängnis“

	Symptom	Häufigkeit n = 10	Prozent
Wiedererleben	Belastende Erinnerungen an das Ereignis	4	40
	Belastende Träume an das Ereignis	3	30
	Handeln oder Fühlen wie beim Ereignis	2	20
	Psychisches Leid	5	50
	Körperliche Reaktionen	5	50

Vermeidung	Vermeidung von Gedanken an das Ereignis	7	70
	Vermeidung von Orten/Menschen, die an das Ereignis erinnern	4	40
	Teilweise Amnesie	2	20
	Verminderte Interessen	1	10
	Gefühl der Isolation	0	0
	Eingeschränkter Affekt	0	0
	Fehlende Zukunftsperspektive	0	0
Übererregung	Schlafstörungen	4	40
	Reizbarkeit und Wutausbrüche	0	0
	Konzentrationsschwierigkeiten	3	30
	Übersteigerte Vigilanz	4	40
	Übersteigerte Schreckreaktion	3	30

7.3.3 PTSD-Diagnosen unter Berücksichtigung der Frauen

Zur besseren Vergleichbarkeit gingen bei allen bisherigen Analysen die Frauen nicht mit ein. In diesem Fall ergaben sich zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich der PTSD-Diagnose. Deswegen soll nun geprüft werden, inwiefern sich der Frauenanteil in Gruppe „Forensik“ auswirkt. Tabelle 7 zeigt die PTSD-Raten unter Berücksichtigung der Frauen. Zur Prüfung der Gruppenunterschiede wurden erneut der Chi-Quadrat-Test und der Fisher Exakt Test durchgeführt.

Tab. 7: Häufigkeiten und Prozente der PTSD-Diagnosen nach SKID mit Frauen

	Gruppe „Forensik“ n = 15		Gruppe „Gefängnis“ n = 19	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keine PTSD Diagnose	10	67,6	18	94,7
PTSD Diagnose	5	33,3	1	5,3

In diesem Fall zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen – sowohl im Chi-Quadrat-Test ($\chi^2 = 4.54$, $df = 1$, $p = .03$) als auch bei einseitiger Testung im Fisher Exakt Test ($p = .05$).

7.3.4 Weitere Fragebögen

Die zwei Fragebögen „Fragebogen für intrusive Erinnerungen“ und „PDS Straftat“ wurden nur vereinzelt eingesetzt. Aufgrund einer zu geringen Anzahl an Probanden, für die diese Angaben vorliegen, gehen diese beiden Fragebögen nicht in die Auswertung ein.

8 Diskussion

In verschiedenen Forschungsarbeiten wurde immer wieder versucht, psychische Störungen bei Gefangenen zu untersuchen. Dabei wurden teilweise recht hohe Prävalenzraten gefunden. Einige Studien fanden heraus, dass die Zahlen aus den Strafanstalten hinsichtlich bestimmter Störungsbilder den Zahlen aus dem Maßregelvollzug entsprechen. Frädrich und Pfäfflin (2000) fanden z.B. eine hohe Übereinstimmung für Persönlichkeitsstörungen. Nur wenige Arbeiten gibt es bisher zur Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung im Strafvollzug.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es nun – in Anlehnung an ein Forschungsprojekt der Fachgruppe Klinische Psychologie der Universität Konstanz, bei dem traumatische Lebenserfahrungen und Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung im Maßregelvollzug untersucht wurden – eine Befragung im Strafvollzug durchzuführen. Hierzu wurde mit Fragebögen und Interviews, die aus der zuvor genannten Untersuchung übernommenen wurden, versucht, das Vorhandensein von traumatischen Lebenserfahrungen zu erfassen und die Diagnose PTSD zu stellen.

Die Hypothese war, dass auch im Bereich PTSD die Zahlen im Strafvollzug denen im Maßregelvollzug entsprechen und dies dann in der Therapieplanung berücksichtigt werden könnte. Die gefundenen Ergebnisse erlauben eine kontroverse Diskussion.

8.1 Traumatische Lebenserfahrungen

8.1.1 Traumatic Antecedents Questionnaire

Mit dem Fragebogen TAQ wurden verschiedene Lebenssituationen und -ereignisse erfasst, die anschließend in zwei positive und neun negative Kategorien zusammengefasst werden. Diese Daten wurden für drei Gruppen erhoben: Strafgefangene, Forensik-Patienten und eine Kontrollgruppe, wobei der Strafvollzug

Fokus der vorliegenden Arbeit war und die Daten der beiden anderen Gruppen einer vorangegangenen Untersuchung entnommen wurden. Die drei Gruppen sind miteinander verglichen worden und zeigen für die meisten Lebensbereiche klare Unterschiede. Betrachtet man die Mittelwerte für die erfassten 11 Kategorien, lässt sich sagen, dass die Gruppe der Strafgefangenen und die Kontrollgruppe für die negativen Ereignisse wesentlich niedrigere Werte aufweisen als die Gruppe aus dem Maßregelvollzug, welche bei *allen* positiven Kategorien die niedrigsten und bei *allen* negativen Kategorien die höchsten Mittelwerte der drei Gruppen zeigte. Bezieht man sich auf diese Angaben hatten die Forensik-Patienten also mehr und schwerwiegendere negative (und weniger positive) Erlebnisse als die Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“.

Die eingesetzten statistischen Verfahren konnten die Gruppenunterschiede wie im Folgenden angeführt mit Signifikanz belegen. Für zwei Items ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede: „Vernachlässigung“ und „Geheimnisse“. Hinsichtlich ihrer Erfahrungen in diesen zwei Kategorien unterscheiden sich die drei Gruppe also nicht. Die zwei positiven Items – die eine Aussage darüber erlauben, ob die Probanden sich als kompetent wahrnehmen und sozial eingebunden fühlen – zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“, wobei die Forensik-Gruppe in diesem Fall die niedrigeren Werte aufweist, die Probanden sich also weniger kompetent und sozial eingebunden fühlen. Von den negativen Items ergeben sich für vier Items signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“, wobei jeweils die Gruppe „Forensik“ die Ereignisse der jeweiligen Kategorie häufiger bzw. schwerwiegender erlebt hat: „Sexueller Missbrauch“, „Emotionaler Missbrauch“, „Zeuge“ und „Trennung“. Für die drei Items: „Körperlicher Missbrauch“, „Andere Traumen“ und „Alkohol und Drogen“ ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ und weiterhin auch zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Kontrolle“. Die Gruppen „Gefängnis“ und „Kontrolle“ unterschieden sich in keinem Item signifikant voneinander.

Die Ergebnisse aus dem TAQ zeigen, dass die Gruppe aus dem Maßregelvollzug mehr und schwerwiegendere negative Lebensereignisse aufzuweisen hat und die Gruppe der Strafgefangenen von ihren Lebenserfahrungen her eher der Kontrollgruppe entspricht als der Population aus dem Maßregelvollzug. Einer Verallgemeinerung dieser Aussage ist allerdings mit Vorsicht zu begegnen, da die Stichproben recht klein waren und auch die Repräsentativität der Stichproben nicht sicher gewährleistet ist.

Werden nun die vier Entwicklungsperioden berücksichtigt, ergeben sich verschiedene Effekte. Außer für die Items „Geheimnisse“ und „Sexueller Missbrauch“ zeigen sich für alle anderen Items Haupteffekte für die Zeit, d.h., dass sich die negativen Lebensereignisse in allen drei Gruppen mit zunehmendem Alter häufen. Bei den Items „Geheimnisse“ und „Sexueller Missbrauch“ kann davon ausgegangen werden, dass die damit zusammenhängenden Erfahrungen sich über die Zeit in der Häufigkeit ihres Auftretens nicht verändern. Einen Haupteffekt Gruppe erhält man für die Items: „Körperlicher Missbrauch“, „Sexueller Missbrauch“, „Andere Traumen“, „Zeuge“ und „Alkohol und Drogen“. Im post-hoc-Test wird deutlich, dass die signifikanten Unterschiede immer zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“ liegen, für „Alkohol und Drogen“ zwischen den Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“. Interaktionen zwischen Gruppe und Zeit finden sich nur für die Items „Vernachlässigung“ und „Zeuge“. Bei diesen Items verändern sich die Unterschiede zwischen den Gruppen über die Zeit hinweg. Bleiben diese Items unberücksichtigt, kann davon ausgegangen werden, dass bestehende Gruppenunterschiede zu jedem der gemessenen Zeitpunkte vorhanden sind. Für die Items „Körperlicher und Sexueller Missbrauch“ sowie „Andere Traumen“ und „Zeuge“ bedeutet das, dass die Gruppe „Gefängnis“ hier deutlich weniger traumatische Erfahrungen aufzuweisen hat als die Gruppe „Forensik“.

8.1.2 Lebensereignisse nach PDS und SKID

Auch mit den Instrumenten PDS und SKID wurden die Auftretenshäufigkeiten von Lebensereignissen erfasst, indem präzise nach dem Erleben von bestimmten Situationen gefragt wurde. Hier zeigte sich ebenfalls recht deutlich, dass die Forensik-Patienten andere traumatische Lebensereignisse hatten als die Strafgefangenen und auch für fast alle Erlebnisse eine größere Häufigkeit angaben.

Im PDS gaben 82% der Gruppe aus dem Maßregelvollzug an, Gewalt außerhalb des Familienkreises erlebt zu haben und ebenfalls 82% hatten schon einmal einen schweren Unfall. Gewalt innerhalb der Familie fand sich bei 67% der forensischen Patienten und andere traumatische Erlebnisse nannten noch 50%. Jeweils 32% der Probanden aus dem Maßregelvollzug hatten Erlebnisse von sexueller Gewalt im Familienkreis bzw. außerhalb des Familienkreises. Im SKID wird deutlich, dass die meisten Probanden, die körperliche Gewalt oder sexuelle Gewalt erfahren hatten, diese Situation mehrfach erlebt hatten.

Bei den Gefangenen gaben 67% an, einen schweren Unfall gehabt zu haben, 47% hatten schon einmal eine lebensbedrohliche Krankheit und jeweils 41% hatten Gewalt innerhalb der Familie bzw. Gewalt außerhalb der Familie erlebt. Sexuelle Gewalterfahrungen gab es in dieser Gruppe überhaupt nicht.

Wie verschiedene Autoren herausgefunden haben (z. B. Maercker, 1997; Kessler et al., 1995; Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis & Andreski, 1998), gibt es bestimmte Ereignisse, in deren Folge die Wahrscheinlichkeit deutlich höher ist, eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. Dazu gehören Vergewaltigung, Kriegsteilnahme und Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit. So betrachtet gibt es in den beiden untersuchten Gruppen bereits große Unterschiede bezüglich der erlebten Traumen. Die Gruppe der Forensik-Patienten hat erstens mehr Ereignisse vorzuweisen, teilweise auch öfter Mehrfacherleben einer Situation und zweitens finden sich bei dieser Gruppe auch viel häufiger Ereignisse, für welche die Herausbildung der Störung PTSD wahrscheinlicher ist. Dies könnte darauf zurück-

zuführen sein, dass die Forensik-Gruppe aufgrund ihrer psychopathologischen Vorbelastung einen Lebensstil mit höherer Bereitschaft zu Risiken aufweist. Hierfür konnte jedoch keine empirische Bestätigung gefunden werden.

Andererseits stellt sich die Frage, ob in der Stichprobe der Gefangenen – bezogen auf die traumatischen Erlebnisse – vollständige Daten erhoben werden konnten. Nach Dulz und Jensen (1997) ist besonders der sexuelle Missbrauch in der Kindheit ein tabuisiertes Thema, welches von den Betroffenen nur bei großem Vertrauen angesprochen wird. Bei der Datenerhebung im Strafvollzug handelte es sich jedoch um einen einmaligen Kontakt mit den Probanden. Im Gegensatz dazu wurden die Befragungen im Maßregelvollzug unter Anwesenheit eines Therapeuten durchgeführt, der den Probanden zum Teil schon langfristig bekannt war.

Dennoch kann als Ergebnis festgehalten werden, dass sich die Gruppen „Forensik“ und „Strafvollzug“ bereits hinsichtlich ihrer traumatischen Lebenserfahrungen recht deutlich voneinander unterscheiden.

8.2 Frühe Traumatisierung und kriminelles Verhalten

Wie aus zahlreichen Studien ersichtlich wurde, gibt es einen Zusammenhang zwischen frühen traumatischen Erfahrungen und gewalttätigem kriminellen Verhalten (Dutton & Hart, 1992, River & Widom, Widom, 1989a, Widom, 1998). Was die vorliegende Arbeit angeht, konnte dieser Zusammenhang jedoch nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse des TAQ lassen zwar keine Rückschlüsse auf das Ausmaß an Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen zu, aber es wird deutlich, dass die Werte der Probanden der Gruppe „Gefängnis“ bei allen erhobenen Items denen der Kontrollgruppe entsprechen; sexuellen Missbrauch betreffend weisen die Gefangenen sogar keinerlei Erfahrungen auf. Das lässt darauf schließen, dass die Strafgefangenen in ihrer Kindheit nicht häufiger traumatische Erlebnisse hatten als Personen der Allgemeinbevölkerung. Auch die Angaben zu bestimmten Ereignissen im PDS und im Interview zeigen, dass bei den Probanden aus dem Gefängnis nicht

außergewöhnlich viele oder schwerwiegende Ereignisse vorliegen, die auf Missbrauchserfahrungen hinweisen. Im Vergleich dazu finden sich bei den Patienten aus der Forensik viel häufiger Situationen von sexuellem und körperlichem Missbrauch. Die Erkenntnisse aus der Literatur, dass das Erleben von Gewalt auch wieder gewalttätiges Verhalten hervorbringt (Widom, 1989a), führen zu der Annahme, dass bei den Probanden aus dem Maßregelvollzug eine Vulnerabilität für psychiatrische Störungen in Verbindung mit Missbrauchserfahrungen eine gewalttätige Straftat begünstigt haben könnte. Allerdings muss hierbei angefügt werden, dass nur von einem geringen Teil der Patienten die Tat, die zur Verurteilung geführt hat, auch bekannt ist. Bei denen jedoch handelt es sich um Gewaltdelikte. Im Gegensatz dazu fällt bei der Gruppe aus dem Strafvollzug auf, dass hier wesentlich weniger traumatische Kindheitserlebnisse vorliegen. Die von dieser Gruppe genannten Index-Ereignisse, die Gewalterfahrungen einschließen, stehen häufig im Zusammenhang mit der eigenen Tat. Das wiederum begünstigt die Annahme, dass bei den Straftätern in dieser Untersuchung erst die im Rahmen des delinquenten Verhaltens erlebten Situationen traumatisierende Wirkungen hatten.

Um genauere Aussagen treffen zu können, inwiefern traumatische Lebenserfahrungen im Zusammenhang mit Gewaltverbrechen stehen und ob diese im Strafvollzug ebenso häufig vertreten sind wie im Maßregelvollzug, sollte in einer weiteren Untersuchung speziell eine Gruppe von Straftätern betrachtet werden, die Gewaltdelikte begangen haben.

8.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Im folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse zu den PTSD-Raten diskutiert werden. Zur Erhebung der Diagnosen wurden zwei verschiedene Verfahren eingesetzt. Zum einen wurden die Daten mit dem PDS in der Form eines Selbstratings und zum anderen mit dem SKID in Form eines strukturierten Interviews erfasst. Hier fällt auf, dass die erhaltenen PTSD-Raten stark differieren. Die mit dem PDS erhaltenen Werte liegen für beide Gruppen („Forensik“ und „Gefängnis“) bei

etwa 42%, was im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, für die Raten bis zu 9,2% bekannt sind (Breslau et al., 1991), ein sehr hoher Wert wäre. Nach SKID erhält man Raten von ca. 18% für die Forensik-Patienten und 5% für die Strafgefangenen. Es gibt verschiedene Gründe, eher den einen oder den anderen Wert in Betracht zu ziehen. Mit dem PDS wird nicht nur das Vorhandensein der Symptome überprüft, sondern auch deren Ausprägung auf einer 4stufigen Skala. Aber dadurch, dass die Beantwortung der Fragen selbständig erfolgt, können Missverständnisse und subjektive Interpretationen nicht ausgeschlossen werden. So ist es z.B. möglich dass jemand Schläge vom Vater nicht als Misshandlung sondern als gerechtfertigte Erziehungsmethode interpretiert. Es ist auch fraglich, ob alle Probanden, die Fragen nach den Symptomen tatsächlich auf das zuvor genannte Ereignis bezogen haben und das Auftreten nur für die letzten vier Wochen eingeschätzt haben.

Im Interview war es besser möglich, Missverständnisse zu beseitigen und durch Nachfragen eine gewisse Kontrolle darüber zu erlangen, dass die Probanden relevante Antworten geben. Deswegen werden zur Beurteilung der Diagnose-Raten die Ergebnisse des Strukturierten Klinischen Interviews herangezogen.

Betrachtet man die Prävalenzraten für PTSD, fällt auf, dass sie für die Stichprobe aus dem Maßregelvollzug bei etwa 18% liegt, bei den Gefangenen jedoch nur bei 5%. Damit weisen die Straftäter Werte auf, die auch für die Allgemeinbevölkerung gefunden wurden. Breslau et al. (1998) fanden in einer repräsentativen Stichprobe von über 2000 Personen eine Prävalenzrate von 9,2% und Steil und Ehlers (1996) berichten in einem Überblick über mehrere Studien von Prävalenzzahlen von 1% bis 9,2% in der Allgemeinbevölkerung. Die Forensik-Gruppe liegt jedoch deutlich darüber und zeigt einen mehr als dreimal so hohen Wert.

So gesehen kann die Hypothese, dass Strafgefangene ebenso häufig unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden wie Personen aus dem Maßregelvollzug, nicht bestätigt werden. Allerdings bleibt auch hier die Frage offen, inwieweit bei der Gruppe der Strafgefangenen Angaben zu traumatischen Ereignissen aufgrund mangelnden Vertrauens verweigert wurden. Des weiteren sind im Hinblick auf die

Gewährung von Vollzugslockerungen Dissimulationstendenzen bei den Gefangenen nicht auszuschließen (Konrad, 2000). Für eine höhere Prävalenzrate bei der Gruppe aus dem Maßregelvollzug sprechen empirische Belege für einen Zusammenhang zwischen posttraumatischer Symptomatik und früher bestehenden psychischen Störungen (Breslau et al., 1991). Andererseits wurden in verschiedenen Studien durchaus höhere Prävalenzraten für PTSD für den Strafvollzug gefunden (Powell et al., 1997; Gibson et al., 1999) und auch Studien, in denen inhaftierte Frauen untersucht wurden, zeigen recht hohe Prävalenzraten von 22,3% bis 48,2% (Teplin et al., 1996; Zlotnick, 1997).

Um mehr Klarheit über die Prävalenzraten für PTSD im Strafvollzug zu erlangen, erscheint es sinnvoll, weitere Untersuchungen durchzuführen. Dabei sollte einerseits eine größere Stichprobe angestrebt werden. Andererseits sollte als zu untersuchende Population auch die der Frauen im Strafvollzug in Betracht gezogen werden.

8.4 Komorbidität

Anders als die Prävalenzraten der PTSD und das Erleben traumatischer Situationen zeigen die Ergebnisse des HSCL-25 eine deutliche Ähnlichkeit zwischen den beiden Gruppen „Forensik“ und „Gefängnis“. Die angewandten statistischen Prüfverfahren zeigen weder einen signifikanten Unterschied für die Angstskaala noch für die Depressionssymptome. In der Gruppe „Forensik“ weisen 71% der Probanden Werte mit klinischem Rang für die Depression auf und 57% zeigen auf der Angstskaala einen Wert über 1.75. In der Gruppe „Gefängnis“ erfüllen 47% der Probanden die Kriterien für Depression und 36% haben pathologische Werte auf der Angstskaala.

Betrachtet man die Korrelationen zwischen dem HSCL-25 und dem PDS, zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen den Werten für Angst und Depression und den PTSD-Symptomen – sowohl beim Betrachten der einzelnen Symptomgruppen

als auch beim Heranziehen des PDS-Summscores. Wenn also aufgrund des Erlebens eines traumatischen Ereignisses Symptome von Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung auftreten, sind diese immer auch an Symptome von Angst und Depression gekoppelt. Allerdings bleibt zu berücksichtigen, dass bei der Gruppe aus dem Maßregelvollzug auch durchaus die psychische Erkrankung einen Einfluss auf Angst und Depression haben kann. Ebenso kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei der Gruppe aus dem Strafvollzug die Haftbedingungen Symptome der Angst und Depression bedingen.

9 Zusammenfassung

In dieser Studie wurde eine Stichprobe von Gefängnisinsassen im Hinblick auf traumatische Lebenssituationen befragt und die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung untersucht. Die Stichprobe setzte sich aus 19 männlichen Häftlingen des offenen Vollzugs der JVA Ulm zusammen. Auf der Grundlage dieser Daten erfolgte ein Vergleich mit einer Gruppe aus dem Maßregelvollzug und einer Kontrollgruppe, deren Daten aus einer vorangegangenen Untersuchung übernommen wurden. Es sollte untersucht werden, ob die im Gefängnis erhaltenen Zahlen denen des Maßregelvollzugs entsprechen.

Als Hypothese wurde davon ausgegangen, dass es zwischen den Patienten des Maßregelvollzugs und den Insassen des Strafvollzugs keine oder nur geringe Unterschiede hinsichtlich traumatischer Lebensereignisse und dem Auftreten von PTSD gibt.

Die Ergebnisse zeigen, dass in der Stichprobe der Strafgefangenen nur ein Gefangener (5%) aktuell die vollständigen Symptome für eine posttraumatische Belastungsstörung aufweist, während es in der Gruppe aus dem Maßregelvollzug 18 % der Probanden sind. Die Betrachtung der traumatischen Lebensereignisse zeigt, dass die Forensik-Patienten andere und schwerwiegendere Erlebnisse vorzuweisen haben als die Gruppe aus dem Strafvollzug und insbesondere auch häufiger und mehrfach pathogene Traumen erlitten haben.

Für die untersuchte Stichprobe kann davon ausgegangen werden, dass sich die Personen im Strafvollzug und im Maßregelvollzug hinsichtlich traumatischer Lebensereignisse und posttraumatischer Belastungsstörung recht deutlich voneinander unterscheiden. Allerdings ist aufgrund einer zu geringen Stichprobengröße und einer gewissen selektiven Auswahl deren Repräsentativität anzuzweifeln und somit eine Verallgemeinerung fraglich.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1979). *Aggression. Eine sozial-lerntheoretische Analyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Birmingham, L., Mason, D. & Grubin, D. (1996). Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *British Medical Journal*, 313, 1521-1527.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R. & Gerardi, R. J. (1994). Psychological Morbidity Associated with Motor Vehicle Accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 283-290.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Thompson, A. H. & Dyck, R. J. (1998). Psychiatric Disorders in the Population and in Prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 273-279.
- Brehm, S. S. & Kassin, S. M. (1996). *Social Psychology (3rd ed.)*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. & Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.

- Clare, P., Bailey, S. & Clark, A. (2000). Relationship between psychotic disorders in adolescence and criminally violent behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 275-279.
- Comings, D. E., Muhlemann, D. & Gysin, R. (1996). Dopamin D-sub-2 receptor (DRD2) gene and susceptibility to posttraumatic stress disorder: A study and replication. *Biological Psychiatry*, 40, 368-372.
- 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.
- 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.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foy, D. W., Osato, S. S., Houskamp, B. M. & Neumann, D. A. (1995). Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In : Saigh, P. A. (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung: Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Opfern von Gewalttaten und Katastrophen* (S. 39-63), Bern: Huber
- Frädrich, S. & Pfäfflin, F. (2000). Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht & Psychiatrie*, 18, 95-104.

- Gibson, L. E., Holt, J. C., Fondacaro, K. M., Tang, T. S., Powell, T. A. & Turbitt, E. L. (1999). An Examination of Antecedent Traumas and Psychiatric Comorbidity Among Male Inmates with PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 473-484.
- Goff, D. C., Brotman, D., Kindlohn, D., Waites, M. & Amico, E. (1991). Selfreport of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research, 37*, 73-80.
- Green, B. L., Wilson, J. P. & Lindy, J. D. (1985). Conceptualizing posttraumatic stress disorder: A psychosocial framework. In: Figley, C. (Eds.), *Trauma and its wake, Band 1* (S. 53-69). New York: Brunner/Mazel.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 341-361.
- Gunn, J., Maden, A. & Swinton, M. (1991). Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *British Medical Journal, 303*, 338-341.
- Harry, B. & Resnick, P. J. (1986). Posttraumatic Stress Disorder in Murderers. *Journal of Forensic Sciences, 31*, 609-613.
- Heller, M. S., Traylor, W. H., Ehrlich, S. M. & Lester, D. (1984). The Association between Psychosis and Violent Crime: A Study of Offenders evaluated at a Court Psychiatric Clinic. *Journal of General Psychology, 110*, 263-266.
- Herman, J. L., Perry, J. C. & van der Kolk, B. (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 146*, 490-495.
- Höhner, G. (1993). Verweildauer, Diagnosen und Delikte der § 63-Forensik-Patienten der Rheinischen Landeskliniken. *Monatsschrift für Kriminologie, 76*, 83-90.

- 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.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Post-traumatic Stress Disorder in National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kleijn, W. C., Hovens, J. E. & Rodenburg, J. J. (2001). Posttraumatic Stress Symptoms in Refugees: Assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist-25 in different Languages. *Psychological Reports*, 88, 527-532.
- Konrad, N. (2000). Psychiatrie in Haft, Gefangenschaft und Gefängnis. In: Helmchen, H., Henn, F. A., Lauter, H. & Sartorius, N. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart* (4. Aufl.) (S. 555-576). Berlin: Springer.
- Leygraf, N. (1988). *Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (1997). Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforschung. In: Maercker, A. (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 3-49). Berlin: Springer.
- March, J. S. (1993). What constitutes a stressor? The "Criterion A" issue. In: Davidson, J. R. T. & Foa, E. B. (Eds.), *Posttraumatic stress disorder. DSM-IV and beyond*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- McCord, W., McCord, J. & Zola, I. K. (1959). *Origins of Crime: A new evaluation of the Cambridge-Somerville Youth Study*. New York: Columbia University Press.
- Mentzos, S. (1986). *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Frankfurt: Fischer.

- Mollica, R. F., Wyshak, G., de Marneffe, D., Khuon, F. & Lavelle, J. (1987). Indo-chinese Version of the Hopkins Symptom Checklist-25 : A Screening Instrument for the Psychiatric Care of Refugees. *American Journal of Psychiatry*, 144, 497-500.
- Neumann, R., Lieder, F., Kinzl, J., Prokop, L. & Rössler, H. (1993). Schizophrenie und sexueller Missbrauch. In: König, P., Platz, T. & Schubert, H. (Hrsg.), *Brennpunkte der Schizophrenie* (S. 415-427). Wien: Springer.
- Pandit, S. & Shah, L. (2000). Post-traumatic stress disorder: causes and aetiological factors. In: Dwivedi, K. N. (Eds.), *Post-traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents* (S. 25-38). London: Whurr Publishers.
- Poldrack, A. & Znoj, H. (2000). Posttraumatische Belastungsstörung. In: Jacobi, F. & Poldrack, A. (Hrsg.), *Klinisch-Psychologische Forschung. Ein Praxishandbuch* (S. 283-302). Göttingen: Hogrefe.
- Powell, T. A., Holt, J. C. & Fondacaro, K. M. (1997). The Prevalence of Mental Illness among Inmates in a Rural State. *Law and Human Behavior*, 21, 427-438.
- Rivera, B. & Widom, C. S. (1990). Childhood Victimization and Violent Offending. *Violence and Victims*, 5, 19-35.
- Spitzer, C., Dudeck, M., Liss, H., Orlob, S., Gillner, M. & Freyberger, H. J. (2001). Posttraumatic Stress Disorder in Forensic Inpatients. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 63-77.
- Steil, R. & Ehlers, A. (1996). Die Posttraumatische Belastungsstörung: Eine Übersicht. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 17, 169-212.
- Steil, R. & Ehlers, A. (1998). Posttraumatische Belastungsstörung. In: Reinecker, H. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (S. 155-181). Göttingen: Hogrefe

- Teplin, L. A., Abram, K. M. & McClelland, G. M. (1996). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Incarcerated Women. *Archives of General Psychiatry*, 53, 505-512.
- 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
- van der Kolk, B. A., Weisaeth, L. & van der Hart, O. (2000). Die Geschichte des Traumas in der Psychiatrie. In: van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 71-93). Paderborn: Junfermann
- Weeks, R. & Widom, C. S. (1998). Self-reports of Early Childhood Victimization among Incarcerated Adult Male Felons. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 346-361.
- Widom, C. S. (1989a). The Cycle of Violence. *Science*, 244, 160-166.
- Widom, C.S. (1989b). Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3-28.
- Zlotnick, C. (1997). Posttraumatic Stress Disorders, PTSD Comorbidity, and Childhood Abuse among Incarcerated Woman. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 761-763.

Anhang

A. TAQ: Traumatic Antecedents Questionnaire

Fragebogen zu traumatischen Lebenserfahrungen		
Alter:		Fragebogen-Nr.
Beruf:		
<u>Anleitung:</u>		
Mit diesem Fragebogen bitten wir Sie, Erfahrungen zu beschreiben, die Sie vielleicht als Kleinkind (im Alter von 0-6 Jahren), als Schulkind (Alter 7-12 Jahre), als Jugendliche(r) (Alter 13-18) oder als Erwachsene(r) gemacht haben. Geben Sie für jeden Punkt an in welchem Ausmaß er Ihre Erfahrung für jeden der Lebensabschnitte beschreibt. Die Skala enthält sowohl Häufigkeits- als auch Intensitätswörter; wählen Sie bitte die höchste Ihrer Erfahrung entsprechende Ziffer. Falls es Alterszeiträume gibt für die Sie eine Frage nicht beantworten können, kreuzen Sie bitte WN ("weiß nicht") an.		
Kreuzen Sie die größte für Sie zutreffende Ziffer an		0 = niemals oder überhaupt nicht 1 = selten oder ein klein wenig 2 = gelegentlich oder ziemlich 3 = oft oder sehr WN = weiß nicht
	Alter	Stärke / Häufigkeit
1. Ich habe mich immer sicher und behütet gefühlt.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
2. Ein Mitglied meiner Familie oder eine Pflegeperson sorgte immer dafür, dass ich morgens aufstand und zur Schule ging.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
3. Ich war wirklich gut in etwas (z.B. Sport, ein Hobby, in der Schule, Arbeit oder bei einer kreativen Tätigkeit).	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
4. Ich hatte gute Freunde.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
5. Ich fühlte mich mindestens einem meiner Brüder oder Schwestern nahe.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN

	Kreuzen Sie die größte für Sie zutreffende Ziffer an						
	Alter	Stärke / Häufigkeit					
6. Ein Mitglied meiner Familie hatte so viele Probleme, dass sie/er sich wenig um mich kümmern konnte.	0-6	0 1 2 3 WN					
	7-12	0 1 2 3 WN					
	13-18	0 1 2 3 WN					
	erwachsen	0 1 2 3 WN					
7. Ich hatte das Gefühl, dass es niemanden interessierte, ob ich lebe oder sterbe.	0-6	0 1 2 3 WN					
	7-12	0 1 2 3 WN					
	13-18	0 1 2 3 WN					
	erwachsen	0 1 2 3 WN					
8. Wenn mich zuhause etwas quälte, gab es außerhalb meiner Familie eine Person, mit der ich darüber reden konnte.	0-6	0 1 2 3 WN					
	7-12	0 1 2 3 WN					
	13-18	0 1 2 3 WN					
	erwachsen	0 1 2 3 WN					
9. In meiner Familie gab es Geheimnisse, über die ich nichts wissen sollte.	0-6	0 1 2 3 WN					
	7-12	0 1 2 3 WN					
	13-18	0 1 2 3 WN					
	erwachsen	0 1 2 3 WN					
10. Meine Eltern vertrauten mir Dinge an, durch die ich mich unwohl fühlte.	0-6	0 1 2 3 WN					
	7-12	0 1 2 3 WN					
	13-18	0 1 2 3 WN					
	erwachsen	0 1 2 3 WN					
11. Meine Eltern waren geschieden oder getrennt.	0-6	Nein Ja					
	7-12	Nein Ja					
	13-18	Nein Ja					
	erwachsen	Nein Ja					
12. Ich lebte zu verschiedenen Zeiten bei verschiedenen Leuten (z.B. Verwandte oder Pflegeeltern)	0-6	0 1 2 3 WN					
	7-12	0 1 2 3 WN					
	13-18	0 1 2 3 WN					
13. Eine Person starb, die mir wichtig war und die ich gern mochte.	0-6	Nein Ja					
	7-12	Nein Ja					
	13-18	Nein Ja					
	erwachsen	Nein Ja					
14. Ich hatte eine schwere Krankheit und/oder musste ins Krankenhaus.	0-6	0 1 2 3 WN					
	7-12	0 1 2 3 WN					
	13-18	0 1 2 3 WN					
	erwachsen	0 1 2 3 WN					

	Kreuzen Sie die größte für Sie zu- treffende Ziffer an	0 = niemals oder überhaupt nicht 1 = selten oder ein klein wenig 2 = gelegentlich oder ziemlich 3 = oft oder sehr WN = weiß nicht					
		Alter	Stärke / Häufigkeit				
15. Ein Familienmitglied oder eine andere Person, die ich lieb hatte und die mir viel bedeutete, war sehr krank bzw. hatte einen Unfall und musste ins Krankenhaus.		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
		erwachsen	0	1	2	3	WN
16. Ich erhielt die Nachricht, dass eine Person, die mir sehr wichtig war und die ich lieb hatte, schwer verletzt oder durch Gewalt in einem Unfall, Kampf oder Verbrechen getötet worden war.		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
		erwachsen	0	1	2	3	WN
17. Ich konnte meinen Eltern nichts recht machen.		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
		erwachsen	0	1	2	3	WN
18. Ich wurde von Familienmitgliedern beschimpft und beleidigt.		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
		erwachsen	0	1	2	3	WN
19. In meiner Familie wurden keine klaren Regeln eingehalten.		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
		erwachsen	0	1	2	3	WN
20. Ich wurde ungerecht und unfair bestraft.		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
		erwachsen	0	1	2	3	WN
21. Wenn meine Eltern stritten und kämpften, verletzten sie sich sogar körperlich.		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
22. Ich verbrachte Zeit außerhalb des Hauses und niemand wusste wo ich war.		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
		erwachsen	0	1	2	3	WN
23. Mitglieder meiner Familie verhielten sich unkontrolliert.		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
		erwachsen	0	1	2	3	WN

	Kreuzen Sie die größte für Sie zu- treffende Ziffer an	0 = niemals oder überhaupt nicht 1 = selten oder ein klein wenig 2 = gelegentlich oder ziemlich 3 = oft oder sehr WN = weiß nicht
	Alter	Stärke / Häufigkeit
24. Niemand wusste, was wirklich in meiner Familie passierte.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
25. Ich war Zeuge körperlicher Gewalt in meiner Familie.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
26. Ein Mitglied meiner Familie musste wegen Gewaltanwendung ärztlich behandelt werden.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
27. Ein Mitglied meiner Familie hatte ein Problem mit Alkohol oder anderen Drogen.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
28. Ich habe mehr Alkohol und/oder andere Drogen genommen, als in Ordnung war.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
29. Meine Eltern oder Pflegepersonen, waren so mit Alkohol oder Drogen beschäftigt, dass sie sich nicht um mich kümmern konnten.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
30. Ich wurde durch ein Familienmitglied, oder eine andere Person, die mir wichtig war, geschlagen, geboxt oder getreten.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
31. Ich habe eine Situation erlebt, in der ich überzeugt war, dass ich verletzt oder sterben würde.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN
32. Eine Person außerhalb meiner Familie griff mich an.	0-6	0 1 2 3 WN
	7-12	0 1 2 3 WN
	13-18	0 1 2 3 WN
	erwachsen	0 1 2 3 WN

	Kreuzen Sie die größte für Sie zu- treffende Ziffer an						
		Alter	Stärke / Häufigkeit				
33. Ich sah Leichen.		0	1	2	3	WN	
		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
34. Ich war in einen schweren Unfall verwickelt.		0	1	2	3	WN	
		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
35. Ich erlebte eine Naturkatastrophe.		0	1	2	3	WN	
		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
36. Ich sah sexuelle Dinge, die mich ängstigten.		0	1	2	3	WN	
		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
37. Eine Person, die älter war als ich, berührte mich gegen meinen Willen sexuell oder versuchte mich zu veranlassen ihn/sie sexuell zu berühren.		0	1	2	3	WN	
		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
38. Jemand zwang mich gegen meinen Willen zu Sex.		0	1	2	3	WN	
		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
39. Jemand drohte mir körperlichen Schaden an, falls ich mich gegen eine sexuelle Handlung wehren würde.		0	1	2	3	WN	
		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN
40. Ich glaube, dass einer meiner Brüder oder Schwestern sexuell belästigt wurde.		0	1	2	3	WN	
		0-6	0	1	2	3	WN
		7-12	0	1	2	3	WN
		13-18	0	1	2	3	WN

**Kreuzen Sie die
größte für Sie zu-
treffende Ziffer an**

0 = niemals oder überhaupt nicht
1 = selten oder ein klein wenig
2 = gelegentlich oder ziemlich
3 = oft oder sehr
WN = weiß nicht

	Alter	Stärke / Häufigkeit				
41. Ich hatte ein sehr ängstigendes oder verletzendes Erlebnis, in dem ich große Angst, Hilflosigkeit oder großen Schrecken verspürte.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
42. Ich habe das Gefühl, dass ich etwas Schreckliches erlebt habe, ich kann mich aber nicht erinnern, was das war.	0-6	0	1	2	3	WN
	7-12	0	1	2	3	WN
	13-18	0	1	2	3	WN
	erwachsen	0	1	2	3	WN
		Stärke				
43. Wie anstrengend war es für Sie, diese Fragen zu beantworten?		0	1	2	3	WN

B. Posttraumatic Diagnostic Scale

PDS deutsch

(Foa, 1995; deutsche Übersetzung von Ehlers, Steil und Winter)

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

	JA	NEN	
1			Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)
2			Naturkatastrophe (z. B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)
3			Gewalttätiger Angriff auf jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z. B. körperlicher angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit Schußwaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)
4			Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z. B. körperlicher angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit Schußwaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)
5			Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z. B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)
6			Sexueller Angriff durch fremde Person (z. B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)
7			Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet
8			Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens fünf Jahre älter war (z. B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten)
9			Gefangenschaft (z. B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel)
10			Folter
11			Lebensbedrohliche Krankheit
12			Anderes traumatisches Ereignis Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis:

Wenn Sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet:

Nr. _____

Wenn Sie keines der oben genannten Erlebnisse hatten, so geben Sie bitte kurz an, was im Augenblick das belastendste Erlebnis ist, an das Sie sich erinnern können:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen FÜR IHR SCHLIMMSTES ERLEBNIS.
Bitte kreuzen Sie bezüglich des von Ihnen beschriebenen belastenden Ereignis an:

- | | | |
|----|------|---|
| JA | NEIN | Wurden Sie körperlich verletzt? |
| JA | NEIN | Wurde jemand anders körperlich verletzt? |
| JA | NEIN | Dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war? |
| JA | NEIN | Dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war? |
| JA | NEIN | Fühlten Sie sich hilflos? |
| JA | NEIN | Hatten Sie Angst oder waren Sie voller Entsetzen? |

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach traumatischen Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (0-3) aus, die am besten beschreibt, wie häufig Sie IM LETZTEN MONAT (d.h. in den letzten vier Wochen einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten Sie dabei auf Ihr schlimmstes Erlebnis beziehen.

		Überhaupt nicht oder nur ein mal im letzten Monat	Einmal oder seltener pro Woche/manchmal	2 bis 4 mal pro Woche/die Hälfte der Zeit	5 mal oder öfter pro Woche/fast immer
1	Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?	[0]	[1]	[2]	[3]
2	Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume über das Erlebnis?	[0]	[1]	[2]	[3]
3	War es, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben, oder handelten oder fühlten Sie so, als würde es wieder passieren?	[0]	[1]	[2]	[3]
4	Belastete es Sie, wenn Sie an das Ereignis erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. ängstlich, ärgerlich, traurig, schuldig usw.)?	[0]	[1]	[2]	[3]
5	Hatten Sie körperliche Reaktionen (z.B. Schweißausbruch oder Herzklopfen), wenn Sie an das Ereignis erinnert wurden?	[0]	[1]	[2]	[3]
6	Haben Sie sich bemüht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?	[0]	[1]	[2]	[3]
7	Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?	[0]	[1]	[2]	[3]
8	Konnten/können Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Erlebnisses nicht erinnern?	[0]	[1]	[2]	[3]
9	Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis für Sie wichtig waren, oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen?	[0]	[1]	[2]	[3]
10	Fühlten Sie sich Menschen Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?	[0]	[1]	[2]	[3]
11	Fühlten sie sich abgestumpft oder taub (z.B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)?	[0]	[1]	[2]	[3]

		Überhaupt nicht oder nur ein mal im letzten Monat	Einmal oder seltener pro Woche/gelegentlich	2 bis 4 mal pro Woche/die halbe Zeit	5 mal oder öfter pro Woche/fast immer
12	Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie im Beruf keinen Erfolg haben, nie heiraten, keine Kinder haben oder kein langes Leben haben werden)?	[0]	[1]	[2]	[3]
13	Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	[0]	[1]	[2]	[3]
14	Waren Sie reizbar oder hatten Sie Wutausbrüche?	[0]	[1]	[2]	[3]
15	Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z. B. während eines Gespräches in Gedanken abschweifen; beim Ansehen einer Fernsehsendung den Faden verlieren; vergessen, was Sie gerade gelesen haben)?	[0]	[1]	[2]	[3]
16	Waren Sie übermäßig wachsam (z. B. nachprüfen, wer in Ihrer Nähe ist; sich unwohl fühlen, wenn Sie mit dem Rücken zur Tür sitzen; usw.)?	[0]	[1]	[2]	[3]
17	Waren Sie nervös oder schreckhaft (z. B. wenn jemand hinter Ihnen geht)?	[0]	[1]	[2]	[3]
Wie lange erleben Sie die oben angeführten Probleme schon?					
	[1] Weniger als 1 Monat				
	[2] 1 – 2 Monate				
	[3] 3 oder mehr Monate				
Wie viel Zeit nach dem Ereignis begannen diese Probleme?					
	[1] Weniger als 6 Monate nach dem Ereignis				
	[2] 6 oder mehr Monate nach dem Ereignis				
Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, inwieweit die Probleme, die Sie eben angegeben haben, ihnen in verschiedenen Lebensbereichen <i>während des letzten Monats</i> Schwierigkeiten gemacht haben. Haben diese Probleme ernsthafte Schwierigkeiten bewirkt bei ...					
1	Arbeit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> habe keine Arbeit	
2	Hausarbeit und Haushaltspflichten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
3	Beziehungen zu Freunden	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
4	Unterhaltung und Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
5	Schule/Ausbildung/Studium	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> mache keine Ausbildung	
6	Beziehung zu Familienmitgliedern	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> lebe von Familie getrennt oder habe keine Familie	
7	Erotik	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
8	Allgemeine Lebenszufriedenheit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
9	Allgemeine Leistungsfähigkeit in all Ihren Lebensbereichen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		

C. HSCL-25: Hopkins Symptom Checklist-25

Hopkins Symptom Checklist 25 – Deutsche Version

Instruktion

Unten sind einige Symptome oder Probleme aufgelistet, die Leute manchmal haben. Bitte lesen Sie jedes einzelne sorgfältig durch und entscheiden Sie dann, wie sehr Sie die Symptome in der letzten Woche, einschließlich heute, geplagt oder belastet haben. Bitte markieren Sie die entsprechende Spalte mit einem Kreuz.

Teil 1 – Angstsymptome	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Extrem
1. Plötzlich grundlos erschrecken				
2. Sich furchtsam fühlen				
3. Mattigkeit, Schwindel oder Schwäche				
4. Nervosität oder innere Unruhe				
5. Herzklopfen oder Herzrasen				
6. Zittern				
7. Sich angespannt oder aufgedreht fühlen				
8. Kopfschmerzen				
9. Anfälle von Schrecken oder Panik				
10. Sich ruhelos fühlen, nicht still sitzen können				
Teil 2 – Symptome der Depression				
11. Sich energielos, verlangsamt fühlen				
12. Sich die Schuld für etwas geben				
13. Leicht weinen				
14. Verlust an sexuellem Interesse oder Lust				
15. Appetitlosigkeit				
16. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten				
17. Hoffnungslosigkeit für die Zukunft				
18. Sich schwermütig fühlen				
19. Sich einsam fühlen				
20. Gedanken, Ihr Leben zu beenden				
21. Sich gefangen oder in der Falle fühlen				
22. Sich zu viele Sorgen machen				
23. Sich interesselos fühlen				
24. Gefühl, daß alles eine Anstrengung ist				
25. Gefühl der Wertlosigkeit				

11) Sind Sie als Kind von irgendjemandem körperlich misshandelt oder schwer geschlagen worden?

- Nein
- Ja Alter: _____
- Mehrfach Alter (das erste mal): _____
(das letzte mal) _____

12) Waren Sie schon einmal Zeuge, wie eines der oben genannten Ereignisse einer anderen Person passierte?

- Nein
- Ja Alter: _____
- Mehrfach Alter (das erste mal): _____
(das letzte mal) _____

Wem:

Welches der oben genannten Ereignisse?

Nummer [] [] [] [] []

13) Gab es noch ein anderes, bisher noch nicht erwähntes schreckliches Ereignis oder eine Katastrophe?

- Nein
- Ja Alter: _____
- Mehrfach Alter (das erste mal): _____
(das letzte mal) _____

Welches:

.....
.....
.....
.....

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:

.....
...
.....
...
.....
...
.....

Bewertungscode für nachfolgende Fragen:

- ? = Information unzureichend/ weiß nicht
- 1 = nicht vorhanden/ falsch/ trifft nicht
- 2 = unerschwellig
- 3 = vorhanden/trifft zu

<p>Beziehen Sie sich bei den folgenden Fragen auf die traumatischen Ereignisse, die auf die Screening-Fragen genannt wurden:</p>	<p>Kriterien A. Die Person war einer traumatischen Situation ausgesetzt, in der die folgenden 2 Bedingungen erfüllt waren:</p>
<p>Falls unklar: Wie haben Sie reagiert, als (Trauma) passierte? (Waren Sie von Angst erfüllt, hilflos oder entsetzt?)</p>	<p>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</p>
	<p>2) Die Person reagierte mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen. ? 1 2 3</p>
<p>Müssen Sie immer an (Trauma) denken? Kamen diese Gedanken immer wieder von allein?</p>	<p>B. Das traumatische Ereignis wird auf mindestens eine der folgenden Arten ständig wiedererlebt: 1) Wiederkehrende und sich aufdrängende belastende Erinnerungen (oder Vorstellungen, Gedanken, Wahrnehmungen) an das Ereignis ? 1 2 3</p>
<p>...haben Sie immer wieder davon geträumt ?</p>	<p>2) Wiederkehrende und stark belastende Träume von dem Ereignis ? 1 2 3</p>
<p>...kam es öfter vor, dass Sie handelten oder sich fühlten, als ob Sie wieder in dieser Situation wären?</p>	<p>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</p>
<p>Waren Sie sehr durcheinander, wenn Sie durch irgendetwas an (Trauma) erinnert wurden?</p>	<p>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</p>
<p>.....wenn Sie an das Ereignis dachten oder irgendwie daran erinnert wurden, hatten Sie dann oft körperliche Symptome wie Schweißausbrüche, Schweratmigkeit, Herzklopfen oder Herzrasen?</p>	<p>5) Körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit internen oder externen Reizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder diesem ähnlich sind ? 1 2 3</p>

Beurteilen Sie:	<u>Mindestens 1 Merkmal aus Kriterium B ist mit 3 kodiert</u>	1	3
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:		
.....vermeiden Sie da bewusst, über (Trauma) nachzudenken oder darüber zu sprechen?	1) Vermeidung von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen	?	3
...halten Sie sich von Dingen und Menschen fern, die Sie an (Trauma) erinnern?	2) Vermeidung von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die eine Erinnerung an das Trauma wachrufen könnten	?	3
.....haben Sie Schwierigkeiten, sich an bestimmte wichtige Einzelheiten von (Trauma) zu erinnern?	3) Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas wiederzugeben	?	3
.....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	?	3
.....fühlen Sie sich anderen gegenüber entfremdet oder wie von ihnen isoliert?	5) Gefühl der Isolierung oder Entfremdung von anderen	?	3
.....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)	?	3
.....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)	?	3

Beurteilen Sie:	<u>Mindestens 3 der Merkmale aus Kriterium C sind mit 3 kodiert.</u>	1	3
Seit diesem Ereignis.....	D. 2 oder mehr anhaltende Symptome eines gesteigerten Erregungsniveaus		
.....haben Sie da Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	2) Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten	? 1 2 3	
.....sind Sie ungewöhnlich reizbar oder haben Sie z.B. Wutausbrüche?	3) Reizbarkeit oder Wutausbrüche	? 1 2 3	
.....haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	4) Konzentrationsschwierigkeiten	? 1 2 3	
.....sind Sie besonders nervös, angespannt und immer auf der Hut, auch grundlos?	5) übersteigerte Vigilanz	? 1 2 3	
.....sind Sie extrem schreckhaft, z.B. bei plötzlichen Geräuschen?	6) übersteigerte Schreckreaktion	? 1 2 3	
Beurteilen Sie:	<u>Mindestens 2 der Merkmale aus Kriterium D sind mit 3 kodiert.</u>	1	3
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?			
Beurteilen Sie:	F. Die Störung bewirkt ein klinisch bedeutames Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.	? 1 2 3	
Beurteilen Sie:	<u>Die Kriterien A, B, C, D und E einer Posttraumatischen Belastungsstörung sind mit 3 kodiert.</u>	1	3

Chronologie

Falls unklar: Hatten Sie während des vergangenen Monats (PTSD-Symptome)?

Erfüllte die Kriterien für PTSD während des vergangenen Monats ? 1 3

Falls unklar: Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal (PTSD-Symptome) hatten?

Alter bei Beginn der PTSD Alter ___/___

Wann hatten Sie zum letzten Mal (PTSD-Symptome)?

Anzahl der Monate vor dem Interview, als das letzte Mal ein Symptom auftrat Anzahl ___/___

Wenn die Frage “Hatten Sie während des vergangenen Monats (PTSD-Symptome)?” 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. _____

Wenn die Frage “Hatten Sie während des vergangenen Monats (PTSD-Symptome)?” 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. _____

E. Fragebogen für intrusive Erinnerungen

Fragebogen für intrusive Erinnerungen

1. Können Sie sich noch an den vollständigen Ablauf des Ereignisses erinnern?

Ja (weiter bei 4.)

Nein

2. Bis zu welchem Zeitpunkt vor dem Ereignis haben Sie noch eine Erinnerung?

3. Ab welchem Zeitpunkt nach dem Ereignis haben Sie wieder eine Erinnerung?

4. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Erinnerungen an das Ereignis, die in der letzten Woche ungewollt bei Ihnen auftraten.

Wie oft hatten Sie derartige ungewollte Erinnerungen in den letzten vier Wochen?
_____ (wenn nie, dann weiter bei 5.)

Wie sehr fühlten Sie sich durch diese Erinnerungen belästigt (0-100)?

In welchem Ausmaß sind diese Erinnerungen für Sie kontrollierbar (0-100)?

	nie	selten	oft	immer
Beziehen sich die ungewollten Erinnerungen auf die Zeit vor dem Ereignis?				
Beziehen sich die ungewollten Erinnerungen auf das Ereignis selbst?				
Beziehen sich die ungewollten Erinnerungen auf die Zeit nach dem Ereignis?				
Beziehen sich die Erinnerungen auf Inhalte, die Ihnen von dem Ereignis erzählt wurden, oder Bilder, die Sie gesehen haben?				
Kommen Ihnen Vorstellungen in den Sinn, die mit dem Ereignis zu tun haben, aber etwas darstellen, was so gar nicht gewesen sein konnte?				
Wenn Sie sich ungewollt an das Ereignis erinnern, können Sie dann einen „Filmausschnitt“ aus dem Ereignis wieder vor sich sehen oder erleben?				
Wenn Sie sich ungewollt an das Ereignis erinnern, können Sie dann auch Geräusche oder Stimmen aus der Situation hören?				

	nie	selten	oft	immer
Wenn Sie sich ungewollt an das Ereignis erinnern, können Sie dann auch einen Geruch wahrnehmen, der so ist, wie es in der Situation gerochen hat?				
Wenn Sie sich ungewollt an das Ereignis erinnern, haben Sie dann ähnliche Körperempfindungen (Gefühl, zu fallen, zu schleudern, o. ä.) wie in der Situation?				
Wenn sie sich ungewollt an das Ereignis erinnern, erleben Sie dann die Gefühle (Angst, Schrecken, etc.), wie Sie sie in der Situation hatten?				
Wenn Sie sich ungewollt an das Ereignis erinnern, fühlen Sie sich dann so, als ob die Situation gerade in diesen Moment an Ort und Stelle stattfinden würde?				
Wenn Sie sich ungewollt an das Ereignis erinnerten, grübelten Sie dann über das Ereignis nach, ohne dass bei Ihnen eine Vorstellung von dem Ereignis auftauchte?				
Wenn Sie sich ungewollt an das Ereignis erinnern, haben Sie dann dabei eine Art innere Erzählung über den Ablauf des Ereignisses im Kopf?				
<p>5. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Träume von der traumatischen Situation. Wie oft hatten Sie in der letzten Woche einen Traum, der mit dem Ereignis zu tun hatte? _____ (wenn nie, dann weiter bei 6.)</p> <p>Wie sehr fühlen Sie sich durch diese Träume belästigt (0-100)?</p>				
	nie	selten	oft	immer
Beziehen sich die Träume auf die Zeit unmittelbar vor dem Ereignis?				
Beziehen sich die Träume auf das Ereignis selbst?				
Beziehen sich die Träume auf die Zeit unmittelbar nach dem Ereignis?				
Beziehen sich die Träume auf Inhalte, die Ihnen von dem Ereignis erzählt wurden, oder Bilder, die Sie gesehen haben?				
Wenn Sie träumen, haben Sie dann auch Vorstellungen, die mit dem Ereignis zu tun haben, aber etwas anderes darstellen, was so gar nicht gewesen sein konnte?				
Wenn Sie von dem Ereignis träumen, können Sie dann einen Filmausschnitt aus dem Ereignis wieder vor sich sehen oder erleben?				

	nie	selten	oft	immer
Wenn Sie von dem Ereignis träumen, können Sie dann auch Geräusche oder Stimmen aus der Situation hören?				
Wenn Sie von dem Ereignis träumen, können Sie dann auch einen Geruch wahrnehmen, der so ist, wie es in der Situation gerochen hat?				
Wenn Sie von dem Ereignis träumen, haben Sie dann ähnliche Körperempfindungen (Gefühl, zu fallen, zu schleudern, o. ä.) wie in der Situation?				
Wenn Sie von dem Ereignis träumen, erleben Sie dann die Gefühle (Angst, Schrecken, etc.), wie Sie sie in der Situation hatten?				
Wenn Sie von dem Ereignis träumen, fühlen Sie sich dann so, als ob die Situation gerade im Moment an Ort und Stelle stattfinden würde?				

6. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die ungewollten Gedanken und Grübeleien, die Sie in der letzten Woche zu Ihrer (*traumatischen Situation*) hatten. Wie oft haben Sie in der letzten Woche über das Ereignis nachdenken müssen, ohne dass Sie es wollten?

	nie	selten	oft	immer
Als Sie an das Ereignis dachten, dachten Sie dann daran, wie das Ereignis selbst ablief?				
Als Sie an das Ereignis dachten, dachten Sie dann daran, was das Ereignis für Ihre Zukunft bedeutet?				

F. PDS: Posttraumatic Diagnostic Scale „Straftat“

PDS- Straftat als Event

Wenn eigene Tat bisher im Interview unerwähnt:

„Warum sind Sie hier“?

oder

„Wegen welcher Straftat sind Sie hier“?

Haben Sie noch belastende Vorstellungen, Gedanken oder Gefühle daran, die Sie nicht loswerden können?

Wenn ja, PDS-Interview beginnen

oder

Wenn eigene Tat unter Punkt 11. im SKID genannt wurde als Event, aber nicht als schlimmstes Ereignis:

„Sie haben zu Beginn des Interviews noch ein anderes schlimmes Ereignis genannt – (eigene Tat). Haben Sie noch belastende Vorstellungen, Gedanken oder Gefühle daran, die Sie nicht loswerden können?“

Wenn ja, PDS-Interview beginnen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen für (eigene Tat):

Bitte geben Sie bezüglich des von Ihnen beschriebenen belastenden Ereignis an:

JA	NEIN	Wurden Sie körperlich verletzt?
JA	NEIN	Wurde jemand anders körperlich verletzt?
JA	NEIN	Dachten Sie, daß Ihr Leben in Gefahr war?
JA	NEIN	Dachten Sie, daß das Leben einer anderen Person in Gefahr war?
JA	NEIN	Fühlten Sie sich hilflos?
JA	NEIN	Hatten Sie Angst oder waren Sie voller Entsetzen?

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach traumatischen Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (0-3) aus, die am besten beschreibt, wie häufig Sie IM LETZTEN MONAT (d.h. in den letzten vier Wochen einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten Sie dabei auf Ihr schlimmstes Erlebnis beziehen.

		Überhaupt nicht oder nur ein mal im letzten Monat	Einmal oder seltener pro Woche/manchmal	2 bis 4 mal pro Woche/die Hälfte der Zeit	5 mal oder öfter pro Woche/fast immer
1	Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?	[0]	[1]	[2]	[3]
2	Hatten Sie schlechte Träume oder Alpträume über das Erlebnis?	[0]	[1]	[2]	[3]
3	War es, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben, oder handelten oder fühlten Sie so, als würde es wieder passieren?	[0]	[1]	[2]	[3]
4	Belastete es Sie, wenn Sie an das Ereignis erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. ängstlich, ärgerlich, traurig, schuldig usw.)?	[0]	[1]	[2]	[3]
5	Hatten Sie körperliche Reaktionen (z.B. Schweißausbruch oder Herzklopfen), wenn Sie an das Ereignis erinnert wurden?	[0]	[1]	[2]	[3]
6	Haben Sie sich bemüht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?	[0]	[1]	[2]	[3]
7	Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?	[0]	[1]	[2]	[3]
8	Konnten/können Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Erlebnisses nicht erinnern?	[0]	[1]	[2]	[3]
9	Hatten Sie deutlich weniger Interesse an Aktivitäten, die vor dem Erlebnis für Sie wichtig waren, oder haben Sie sie deutlich seltener unternommen?	[0]	[1]	[2]	[3]
10	Fühlten Sie sich Menschen Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?	[0]	[1]	[2]	[3]

- | | | | | | |
|----|---|-----|-----|-----|-----|
| 11 | Fühlten sie sich abgestumpft oder taub (z.B. nicht weinen können oder sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)? | [0] | [1] | [2] | [3] |
| 12 | Hatten Sie das Gefühl, daß sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. daß Sie im Beruf keinen Erfolg haben, nie heiraten, keine Kinder haben oder kein langes Leben haben werden)? | [0] | [1] | [2] | [3] |
| 13 | Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen? | [0] | [1] | [2] | [3] |
| 14 | Waren Sie reizbar oder hatten Sie Wutausbrüche? | [0] | [1] | [2] | [3] |
| 15 | Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z. B. während eines Gespräches in Gedanken abschweifen; beim Ansehen einer Fernsehsendung den Faden verlieren; vergessen, was Sie gerade gelesen haben)? | [0] | [1] | [2] | [3] |
| 16 | Waren Sie übermäßig wachsam (z. B. nachprüfen, wer in Ihrer Nähe ist; sich unwohl fühlen, wenn Sie mit dem Rücken zur Tür sitzen; usw.)? | [0] | [1] | [2] | [3] |
| 17 | Waren Sie nervös oder schreckhaft (z. B. wenn jemand hinter Ihnen geht)? | [0] | [1] | [2] | [3] |

Wie lange erleben Sie die oben angeführten Probleme schon?

- [1] Weniger als 1 Monat
 [2] 1 – 2 Monate
 [3] 3 oder mehr Monate

Wie viel Zeit nach dem Ereignis begannen diese Probleme?

- [1] Weniger als 6 Monate nach dem Ereignis
 [2] 6 oder mehr Monate nach dem Ereignis

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, inwieweit die Probleme, die Sie eben angegeben haben, ihnen in verschiedenen Lebensbereichen *während des letzten Monats* Schwierigkeiten gemacht haben. Haben diese Probleme ernsthafte Schwierigkeiten bewirkt bei ...

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|---|
| Beziehungen zu Freunden | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| Unterhaltung und Freizeitaktivitäten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| Beziehung zu Familienmitgliedern | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> lebe von Familie getrennt
oder habe keine Familie |
| Erotik | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| Allgemeine Lebenszufriedenheit | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |
| Allgemeine Leistungsfähigkeit in all Ihren Lebensbereichen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | |