

Diplomarbeit

**Psychische Folgestörungen nach traumatisierenden
Kriminaldelikten**

eingereicht von

Lukas Lindemeier

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Psychiatrie und

Psychotherapeutische Medizin

unter der Anleitung von den Betreuern

Assoz.Prof. Priv.-Doz. Mag.rer.nat. Dr.med.univ. Andreas Baranyi

Univ.-Prof. Dr.med. Dr.scient.med Hans-Bernd Rothenhäusler, MSc.

Graz, Februar 2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 9.2.2018

Lukas Lindemeier eh.

Danksagungen

Zunächst möchte ich mich bei Herrn Assoz. Prof. Priv.-Doz. Mag.rer.nat. Dr.med.univ. Andreas Baranyi bedanken, der mir stets professionell zur Seite gestanden und diese Arbeit erst ermöglicht hat.

Ein großes Dankeschön gebührt außerdem meiner Familie, insbesondere meiner Mutter. Nicht nur in dieser stressigen Zeit, mein ganzes Leben schon weiß sie immer die richtigen Worte zu finden.

Zusammenfassung

Hintergrund: Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung (engl. Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) kann nach gewaltsamen traumatischen Ereignissen eine Reihe weiterer Traumafolgestörungen auftreten.

Der Schwerpunkt der Diplomarbeit liegt auf diesen Traumafolgestörungen, vor allem der PTSD, im Kontext mit Kriminaldelikten. Dabei wird auf Vergewaltigung, Körperverletzung, häusliche Gewalt und Kindesmissbrauch eingegangen. Im Einzelnen werden epidemiologische und traumaspezifische Eigenheiten behandelt.

Material und Methoden: Die Informationen dieser Arbeit wurden im Zuge einer Literaturrecherche aus Lehr- und Sachbüchern sowie englisch- und deutschsprachigen Originalarbeiten, die aus Pubmed und Google Scholar stammen, zusammengetragen.

Ergebnisse: Abhängig von individuellen Risiko- und Resilienzfaktoren und traumaspezifischen Faktoren kommt es bei Opfern von Kriminaldelikten neben der PTSD häufig zu (komorbiden) depressiven Episoden, Alkohol- und Substanzmissbrauch. Auch Essstörungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und dissoziative/somatoforme Störungen können auftreten.

Conclusio: Verschiedene Kriminaldelikte können in unterschiedlicher Häufigkeit und Ausprägung zu denselben Störungsbildern führen.

Abstract

Background: After a violent traumatic event, there is a variety of traumatic disorders occurring besides the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).

The main emphasis of this thesis lies in these disorders with focus on the PTSD in context with various crimes. Rape, physical assault, domestic violence and child abuse are approached. Specifically, epidemiological and trauma-specific peculiarities are discussed.

Methods: The information in this literature review originate from textbooks as well as from English and German research papers, that were found in the pubmed database and Google Scholar.

Results: Depending on individual risk factors, resilience factors and trauma-specific factors, victims of criminal offenses regularly suffer from (comorbid) depressive episodes, alcohol and substance abuse besides PTSD. Eating disorders, anxiety disorders, personality disorders and dissociative/somatoform disorders may also occur.

Conclusion: Various criminal offenses can lead to the same disorders in different frequency and severity.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Die Geschichte eines Krankheitsbildes	3
1.2. Die moderne Psychotraumatologie	4
1.3. Der Traumbegriff	5
1.3.1. Definition.....	5
1.3.2. Traumaarten	5
1.4. Pathogenese von Traumafolgestörungen	6
1.4.1. Verlust der Subjekthaftigkeit	6
1.4.2. Neurobiologische Vorgänge der PTSD.....	7
1.5. Prädiktoren der PTSD	9
1.5.1. Genetische Risikofaktoren.....	9
1.5.2. Prä-, Peri- und Posttraumatische Risikofaktoren	9
1.6. Resilienzfaktoren.....	11
2. Überblick der möglichen Krankheitsbilder nach Traumata.....	13
2.1. Die Akute Belastungsreaktion/-störung	13
2.2. Die Posttraumatische Belastungsstörung.....	15
2.2.1. Diagnosekriterien und Symptomatik	15
2.2.2. Verlauf und Epidemiologie der PTSD	18
2.3. Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	20
2.4. Dissoziative Störungen und Konversionsstörungen	22
2.5. Somatoforme Störungen	25
2.6. Weitere mögliche Störungsbilder	26
3. Kriminaldelikte und psychische Folgestörungen	29
3.1. Vergewaltigung	29
3.1.1. Peri-/Posttraumatische psychologische Prozesse	29
3.1.2. Epidemiologie der Vergewaltigung	30

3.1.3.	Vergewaltigung und PTSD	31
3.1.4.	Vergewaltigung und Depression.....	32
3.1.5.	Vergewaltigung und Substanzmissbrauch.....	33
3.1.6.	Vergewaltigung und Essstörungen	33
3.1.7.	Vergewaltigung und andere Traumafolgestörungen.....	35
3.1.8.	Negative und positive Reaktionen nach Vergewaltigung.....	36
3.1.9.	Unacknowledged rape	36
3.1.10.	Opfer-Täter-Beziehung.....	37
3.1.11.	Der Täter	38
3.2.	Körperverletzung.....	40
3.2.1.	Risikofaktoren für Körperverletzung.....	40
3.2.2.	Epidemiologie der Körperverletzung.....	41
3.2.3.	Körperverletzung und PTSD.....	41
3.2.4.	Körperverletzung und andere Traumafolgestörungen	42
3.2.5.	Der Täter	43
3.3.	Häusliche Gewalt	45
3.3.1.	Definition häuslicher Gewalt	45
3.3.2.	Risikofaktoren von häuslicher Gewalt.....	45
3.3.3.	Epidemiologie von häuslicher Gewalt.....	47
3.3.4.	Häusliche Gewalt und PTSD	47
3.3.5.	Häusliche Gewalt und andere Traumafolgestörungen.....	48
3.4.	Kindesmissbrauch.....	49
3.4.1.	Definition.....	49
3.4.2.	Risikofaktoren von Kindesmissbrauch.....	49
3.4.4.	Epidemiologie des Kindesmissbrauchs	51
3.4.5.	Kindesmissbrauch als Entwicklungstrauma.....	52
3.4.6.	Kindesmissbrauch und PTSD.....	54

3.4.7. Kindesmissbrauch und Depression	55
3.4.8. Kindesmissbrauch und Substanzmissbrauch	56
3.4.10. Kindesmissbrauch und weitere psychische Folgestörungen	57
4. Diskussion	59
5. Literaturverzeichnis.....	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auflistung von Risikofaktoren nach Sareen (2014), modif.	10
Abbildung 2: PTSD Remissionsrate nach Chapman et al. (2012)	19
Abbildung 3: Lebenszeitprävalenz einer Vergewaltigung und die Prävalenz von Vergewaltigungen im vorangegangenen Jahr anhand zweier Stichproben (Allgemeinbevölkerung/Collegestudentinnen) mit Unterscheidung der verschiedenen Vorgehensweisen des Täters (DAFR/IR und FR) nach Kilpatrick et al. (2007)	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Differenzierung von Traumata in akzidentelle und interpersonelle Traumata nach Maercker und Hecker (2015)	6
Tabelle 2: Liste von Resilienzfaktoren nach Ahmed (2007) auf Basis der CD-RISC	12
Tabelle 3: A-Kriterium der posttraumatischen Belastungsstörung für Erwachsene, Jugendliche und Kinder über 6 Jahre auf Basis der DSM-5 Kriterien nach Kapfhammer (2014), Übersetzung	15
Tabelle 4: Auflistung charakteristischer Symptome der PTSD nach Rothenhäusler und Täschner (2013)	17
Tabelle 5: Überblick über dissoziative Störungen im ICD-10 nach Dilling et al. (2015) und Eckhardt-Henn (2004)	23
Tabelle 6: Prädiktoren für Körperverletzung nach Kilpatrick und Acierno (2003)	40
Tabelle 7: Prädiktoren für häusliche Gewalt nach Flury, Nyberg und Riecher-Rössler (2010), Müller und Schröttle (2004) und Stewart und Vigod (2017)	46
Tabelle 8: Überblick über Risikofaktoren von Kindesmissbrauch nach Gilbert et al. (2008)	50

1. Einleitung

Was vor 100 Jahren bei Kriegsheimkehrern noch als „Zitterkrankheit“ oder „shell shock“ bezeichnet und als die Folge von Druckwellen durch Granaten deklariert wurde, würde man heute als Symptome einer psychischen, traumabedingten Störung ansehen. ¹

Die bekannteste und wissenschaftlich am besten untersuchte Traumafolgestörung stellt die Posttraumatische Belastungsstörung, kurz PTBS/PTSD (engl.), dar. Diese ist gekennzeichnet durch das Auftreten von Intrusionen, Vermeidungsverhalten und vegetativer Übererregtheit. ²

In der aktuellen ICD-10-Klassifikation steht die PTSD im Kapitel „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ neben der akuten Belastungsreaktion und der Anpassungsstörung. ³

In der Literatur werden neben diesen Störungsbildern noch zusätzliche mögliche Traumafolgestörungen im weiteren Sinne beschrieben, dazu zählen die Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung, die dissoziative sowie die somatoforme Störung. Häufige Komorbiditäten sind depressive Episoden, Substanzmissbrauch und Angststörungen. ¹

Traumata werden definiert als Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß. Unterschiedliche Ereignisse können zum selben Störungsbild führen, trotzdem bestehen Unterschiede. So hängt das Risiko für das Auftreten einer Traumafolgestörung unter anderem von der Art des Traumas ab. Beispielsweise ist die Wahrscheinlichkeit für das Ausbilden einer PTSD nach Sexualdelikten weitaus höher als nach Naturkatastrophen. ⁴ Vergewaltigung, Körperverletzung und Kindesmissbrauch sind nur einige Beispiele für Kriminaldelikte, die eine Traumafolgestörung nach sich ziehen können. ⁵

Die Informationen dieser Arbeit wurden im Zuge einer umfassenden Literaturrecherche aus Lehr- und Sachbüchern sowie englisch- und deutschsprachigen Originalarbeiten, die aus Pubmed und Google Scholar stammen, zusammengetragen.

In dieser Arbeit wird zunächst auf wichtige Eckpunkte der Psychotraumatologie eingegangen. In weiterer Folge werden die verschiedenen Traumafolgestörungen

behandelt. Das Ziel dieser Literaturübersichtsarbeit ist es die Zusammenhänge von Kriminaldelikten und traumaassoziierten Krankheitsbildern, insbesondere der Posttraumatischen Belastungsstörung, zu untersuchen.

1.1. Die Geschichte eines Krankheitsbildes

Gewalt, Kriege, Epidemien, Hungersnöte und Naturkatastrophen, überwältigende Ereignisse, die mit Gefühlen von Todesangst und Lebensgefahr einhergehen, sind so alt wie die Menschheit selbst. Allerdings wurden erst im 19. Jahrhundert erste dokumentierte Beobachtungen von Krankheitsbildern, die man heute als Traumafolgestörungen bezeichnen würde, angestellt. ¹

Als die Industrielle Revolution im vollen Gange war, beschrieb der englische Arzt Dr. Waller Lewis 1861 die Symptome von Arbeitern, die bei Eisenbahnunfällen zu Schaden gekommen waren. Chronische Schmerzen, Tinnitus, aber auch Schlafprobleme, Alpträume und eine „*Intoleranz gegenüber Eisenbahnreisen*“ waren Merkmale eines Phänomens, das Lewis als „*railway spine*“ bezeichnete. In den Jahren danach herrschte eine Debatte darüber, ob der Grund der Erkrankung organischen oder psychologischen Ursprungs sei. ⁶

Obwohl es bis gegen Ende des Jahrhunderts mit Kraepelins Entwurf zur Klassifizierung seelischer Störungen (1883)⁷, Janets Dissoziationslehre (1889)⁸ und Freuds Arbeiten zur Hysterie (1896)⁹ große Fortschritte auf dem Gebiet der psychosozialen Medizin gab, sollte es noch knapp 100 Jahre dauern, bis die PTSD als psychiatrische Störung offiziell anerkannt wurde. Der deutsche Neurologe Hermann Oppenheim¹⁰ legte dafür 1889 mit seinem Buch „Die traumatischen Neurosen“ einen Grundstein, indem er sich in seinen Erklärungsversuchen von einer direkten Beschädigung des Nervensystems distanzierte und den Fokus auf die Psyche richtete. ¹

„Shell shock“, „soldier's heart“ auf britischer, Kriegs- oder Schreckneurose, umgangssprachlich „Kriegszitterer“ oder „Schüttler“ auf deutscher Seite waren nur einige der Bezeichnungen, die während des ersten Weltkriegs unzähligen Soldaten nachgesagt wurden. Schon Oppenheims Forschungen wurden zuvor marginalisiert. Als sich die Fälle häuften und die allgemeine Assoziation des ruhmreichen, ehrenvollen Kriegseinsatzes zu schwinden begann, meldeten sich einige Traditionalisten zu Wort. Diese waren der Auffassung, dass sie besten Soldaten im Gefecht fallen und nur die „*geistig Schwachen*“, „*die Feiglinge*“ eine traumatische Neurose entwickeln würden. Neue „Behandlungen“ wurden

eingeführt, die schrecklicher sein sollten als der Kriegseinsatz selbst, die Soldaten sollten dadurch wieder zurück an die Front wollen. ¹¹

Nach einer längeren Phase des scheinbaren Stillstands veröffentlichte Abram Kardiner, ein Schüler Freuds, 1941 ein Buch über seine Eindrücke der Behandlungen von traumatisierten Soldaten nach dem Ersten Weltkrieg. Er bezeichnete den Symptomkomplex als „physioneurosis“, seine Beschreibungen kamen der heutigen PTSD bereits sehr nahe. Nach dem zweiten Weltkrieg dauerte es allerdings einige Jahre bis der Frage nach Traumafolgestörungen in der Bevölkerung nachgekommen wurde. In den 1960er Jahren griffen Forscher/-innen in den USA das Thema erneut auf. Man kam zu dem Schluss, dass aus verschiedenen Arten von traumatischen Erlebnissen dieselben Symptomkomplexe entstehen können. Auch die zu diesem Zeitpunkt noch immer weit verbreitete Meinung, psychisch gesunde Menschen wären unbegrenzt belastbar, wurde spätestens mit dem Vietnamkrieg zurückgedrängt. ¹¹

Neben der wissenschaftlichen Aufarbeitung von Kindesmissbrauch hatte auch die Frauenbewegung der 1970er Jahre einen großen Anteil daran Traumafolgestörungen nicht nur Männern im Krieg zuzuschreiben. Themen wie Vergewaltigung und Gewalt in der Familie wurden thematisiert, 1971 das erste Krisenzentrum für Vergewaltigungsopfer eröffnet. Nach und nach rückte so die Lage von Gewaltopfern in den Fokus der Öffentlichkeit. ¹¹ Letztlich führten die Arbeiten von Horowitz 1978¹² zur Entwicklung des PTSD Konzepts, das schließlich 1980 in das DSM-III aufgenommen wurde. ¹

1.2. Die moderne Psychotraumatologie

Der Begriff „psychotraumatology“ wurde Anfang der 1990er Jahre von Everly und Lating in den USA eingeführt. Ungefähr zur selben Zeit wurde das Deutsche Institut für Psychotraumatologie (DIPT) unter der Leitung des Psychotherapeuten Gottfried Fischer gegründet. ¹ Seither bildeten sich internationale Fachgesellschaften heraus, wie etwa die „International Society for Traumatic Stress Studies“ (ISTSS) oder die ISSD, „International Society for the Study of Dissociation“. Über diese werden weltweit Informationen über die neuesten Forschungsergebnisse, Guidelines, Weiterbildungsprogramme und Konferenzen verbreitet. Auf nationaler Ebene wächst die Zahl von Traumazentren, ¹³ in

Österreich wurde beispielsweise das „Zentrum für angewandte Psychotraumatologie“ in Wien gegründet. ¹⁴ Als gemeinnützige Opferhilfeorganisation bietet der Weisse Ring Österreich außerdem kostenlose Hilfe für Kriminalitätsoffer. ¹⁵

1.3. Der Traumabegriff

1.3.1. Definition

Als „Wunde“ oder „Verletzung“ lässt sich das aus dem Altgriechischen stammende Wort „Trauma“ übersetzen. ¹ Fischer und Riedesser (2009) definieren ein psychisches Trauma als

„ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ ⁵

Nach der aktuellen ICD-10-Klassifikation hingegen wird das Trauma als *„ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“* definiert. ²

1.3.2. Traumaarten

Die Einteilung in Typ-1 und Typ-2 Traumatisierungen wurde von Terr 1991 ursprünglich für die Erfassung von kindlichen Traumata entwickelt. Diese Klassifikation wurde seitdem etwas simplifiziert für die gesamte Disziplin der Psychotraumatologie übernommen. ¹

Typ-1-Traumata, auch als Monotraumata bezeichnet, stellen plötzliche, kurz andauernde traumatische Situationen dar, während man unter Typ-2-Traumata oder Kumulativtraumata länger anhaltende oder wiederholte Traumatisierungen versteht. ²

Maercker und Hecker (2015) differenzieren im Übrigen noch akzidentelle und interpersonelle („man made“) Traumen. ⁴

Tabelle 1: Differenzierung von Traumata in akzidentelle und interpersonelle Traumata mit Beispielen (nach Maercker und Hecker 2015) ⁴

	Typ-1-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-2-Traumata (mehrfach/langfristig)
Akzidentelle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere Verkehrsunfälle • Berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) • Kurzdauernde Katastrophen (z.B. Wirbelsturm, Brand) 	<ul style="list-style-type: none"> • Langdauernde Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwemmung) • Technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)
Interpersonelle Traumata (man made)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung) • Kriminelle bzw. körperliche Gewalt • Ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle und körperliche Gewalt/Misshandlung in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter • Kriegserleben • Geiselnhaft • Folter, politische Inhaftierung (z.B. KZ-Haft)

1.4. Pathogenese von Traumafolgestörungen

1.4.1. Verlust der Subjekthaftigkeit

Seidler (2013) spricht in seinem Lehrbuch „Psychotraumatologie“ vom großteils deskriptiven Konstrukt eines „beschädigten“ oder gar „zerstörten Selbst“ bei Traumatisierten. Diese sind in der traumatischen Situation mit einer Fülle unverträglicher Informationen überschüttet, die jegliche Kapazitäten zur Prozessierung des Erlebten nachhaltig übersteigen. ¹

Wie schon in Fischer und Riedessers Traumadefinition (2009, siehe Seite 7) verdeutlicht wurde, bewirkt solch eine traumatische Situation eine „*dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis*“. Fischer und Riedesser (2009) veranschaulichen in diesem Zusammenhang gesunde, wenn auch teils illusionäre Grundannahmen, wie zum Beispiel die Überzeugung, dass der eigene Tod in zeitlich weiter Ferne liegt oder dass man die nächste Autofahrt unbeschadet

überstehen wird. Widerfährt einem nun plötzlich ein Erlebnis mit Todesnähe, werden diese Grundillusionen, die offenbar für die Bewältigung des Alltags benötigt werden, erschüttert. Für viele Traumaopfer bedeutet dies ein Erleben von Hoffnungslosigkeit und einen Verfall der eigenen Zukunftsperspektiven.⁵

Diese Vernichtungserfahrung spiegelt sich in der Symptomatik von PTSD-Patienten/-nnen wider, unter anderem ist eine übermäßige Wachsamkeit („Hypervigilanz“) typisch.^{1,2} In dieser Hinsicht lässt sich ein genereller Verlust der Hingabefähigkeit feststellen. Das Empfinden von Freude und Lust ist, wenn nicht ganz erloschen, herabgesetzt. Dies gilt nicht nur für Vergewaltigungsopfer, sondern generell bewirkt das Entmächtigungsereignis einen überwältigenden Eingriff in das bisherige affektive Erleben.¹

Ein Trauma von solch überwältigender Intensität überstrahlt in der Welt des Traumatisierten alles, für viele Betroffene wirkt die Zeit wie stehengeblieben, während aus ihrer Sicht ihre Mitmenschen weiterziehen. Ist sie das nicht, so erweist sich das Erlebte oft als Anfang einer neuen Zeitrechnung. Alte Erfahrungen werden zeitlich vor dem Ereignis eingeordnet, während neue automatisch als nach dem Trauma eingereicht werden.¹

Ein zentraler Gedanke um die Pathogenese von Traumafolgestörungen ist die „Zerstörung der Selbstwirksamkeit“. Indem dem Traumatisierten implizit die Existenzberechtigung abgesprochen wird, kommt es nicht selten zu Schuldgefühlen und Suizidgedanken.¹

So ist naheliegend, dass Betroffene oft nicht imstande sind ihre bisherigen sozialen Strukturen aufrecht zu erhalten, zusätzlich kann es noch zu einer Stigmatisierung vonseiten anderer kommen. Auf diese Weise resultiert eine Reduzierung auf die Opferrolle.¹

1.4.2. Neurobiologische Vorgänge der PTSD

Im Mittelpunkt neurobiologischer Forschungen an PTSD Patienten/Patientinnen standen seit den ersten Studien von Rauch und Shin (1996) die Amygdala, der Hippocampus, Teile des anterioren Cingulums und die Insula.¹⁶

Der Amygdala wird eine tragende Rolle bei der emotionalen Einschätzung und Identifizierung von Situationen, sowie bei der Konditionierung von Angst

zugeschrieben. ¹⁷ Der Hippocampus ist bekannt für seine Aufgabe der Gedächtnisbildung. Sein Funktionieren ist notwendig für die Speicherung momentaner Wahrnehmungsinformationen und in weiterer Folge deren Integration ins Langzeitgedächtnis. ¹

Bei Patienten/Patientinnen mit PTSD scheinen diese Funktionen nicht mehr regelrecht abzulaufen, wie zahlreiche Studien zeigten. Die Versuchspersonen wurden dabei mittels funktioneller Magnetresonanztomographie untersucht, während man sie durch visuelle oder auditive Reize das Trauma erinnern ließ. Es zeigte sich dabei insbesondere eine erhöhte Aktivierung der Amygdala, während der Hippocampus unterhalb des normal physiologischen Niveaus funktionierte. Ebenfalls veränderten sich die Volumina der beiden Hirnstrukturen. Allerdings konnten diese genannten Befunde auch bei traumatisierten Patienten/Patientinnen ohne PTSD erhoben werden. In einigen Studien zeigten ebenfalls die Insula und das dorsale anteriore Cingulum verstärkte Aktivität, dies käme jedoch auch bei anderen Angststörungen vor. ¹⁶

Ebenfalls erhöhte Aktivität zeigte die rechte Hemisphäre, während die linke, insbesondere das Broca-Sprachzentrum eher abgeschaltet erschien. Dies spricht für die häufigen klinischen Befunde, dass traumatisierte Individuen Schwierigkeiten haben, ihren Zustand in einer emotional agitierten Situation zu verbalisieren. Dies könnte mit ein Grund für den Erfolg der EMDR-Therapie sein. Diese funktioniert im Vergleich zu traditionellen, verbal basierten Therapien ohne dass der/die Patient/-in Details seiner traumatischen Erfahrung(en) kommuniziert. Der linken Hemisphäre wird das rationale Denken zugeschrieben, sie ist notwendig für die kognitive Analyse von Erfahrungen. Eine unzureichende Aktivität derselben mag auch erklären, warum traumatische Erinnerungen häufig als zeitlos beschrieben werden. ¹⁸

So würden bei einer Reaktivierung die scheinbar ohne Zeitkoordinaten versehenen Eindrücke des Traumas hervorgerufen, die aufgrund der Unterfunktion des Hippocampus nicht ausreichend kontextualisiert und in das Langzeitgedächtnis integriert werden konnten. Zeitgleich arbeite die Amygdala überproportional, was Angstempfinden und die emotionalen Elemente des Traumas verstärkte. Die analytische Komponente der linken Hemisphäre dürfte in

solch einem trauma-state auch nur rudimentär funktionieren, ebenso wie das Broca-Sprachzentrum. Der/Die Patient/-in fühlt, sieht oder hört also in einem Zustand dieser intrusiven Rekollektion die sensorischen Elemente seines/ihres traumatisierenden Erlebnisses und ist gleichzeitig physiologisch nicht dazu befähigt dies in gesprochene Sprache umzuwandeln. ¹⁸

1.5. Prädiktoren der PTSD

1.5.1. Genetische Risikofaktoren

50-85% der amerikanischen Bevölkerung widerfährt im Laufe des Lebens ein traumatisches Ereignis, die Lebenszeitprävalenz der Entwicklung einer PTSD liegt allerdings bei ungefähr 7%.¹⁹ Aus diesem Grund ging die wissenschaftliche Forschung der Frage nach ob, und wenn, wie stark eine genetische Komponente bei der Entstehung von Traumafolgestörungen eine Rolle spielt, mit dem Ergebnis, dass sowohl die Wahrscheinlichkeit für das Erleben eines Traumas, als auch für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (laut Seidler bis zu 30% bei einem entsprechenden Ereignis ¹) mit der Genetik variieren dürfte. Es gibt Belege dafür, dass unterschiedliche Ausprägungen des Gens FKBP5 zu Veränderungen in der Stressantwort führen, indem epigenetische Alterationen die physiologische Glucocorticoidfunktion beeinträchtigen (Smoller 2016 ¹⁹). Detailliertere Mechanismen sollen in naher Zukunft erforscht werden. ¹⁹

1.5.2. Prä-, Peri- und Posttraumatische Risikofaktoren

Bestimmte Berufsgruppen wie Lokführer/-innen, Soldaten/-innen und Polizisten/-innen sind einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten traumatischer Ereignisse ausgesetzt als andere. Es ist auch bekannt, dass Vergewaltigungsoffer ein erhöhtes Risiko haben, nochmals sexuell missbraucht zu werden. ¹

Auch das weibliche Geschlecht dürfte eine Rolle spielen. Männer erleben im Durchschnitt häufiger traumatische Erlebnisse, Frauen erkranken im Gegensatz dazu eher an einer PTSD. Eine mögliche Erklärung dafür ist die häufigere Konfrontation mit schwerwiegenderen Erlebnissen, wie Vergewaltigungen, ²⁰ die mit einer nachfolgenden PTSD in 37-50% der Fälle einhergehen. ⁴

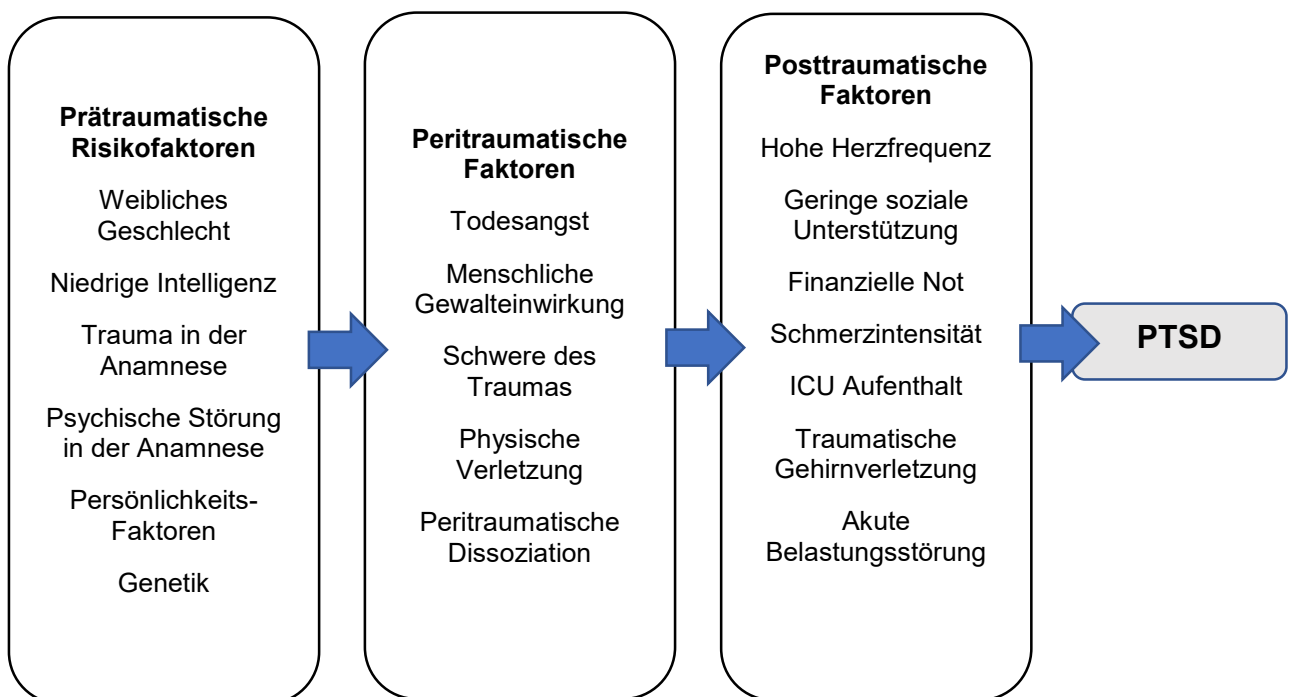
Entscheidend sind auch peritraumatische Faktoren, also solche, die in der traumatischen Situation selbst gegeben sind. So erhöht beispielsweise die

Schwere der physischen Verletzung oder das Empfinden von Todesangst die Wahrscheinlichkeit für eine nachfolgende PTSD. Darüber hinaus spielt es eine Rolle, ob das Trauma durch menschliche Gewalteinwirkung entsteht. ²¹

Das stärkste Vorhersagemerkmal für die Ausbildung einer PTSD ist laut den Arbeiten von Ozer et al. (2003) das Vorhandensein von peritraumatischer Dissoziation während oder unmittelbar nach dem Ereignis. ²² Die Fähigkeit zur Dissoziation stellt für die/den Betroffene/n eine Art Schutzmechanismus in der traumatischen Situation dar. Sie/er spaltet dadurch die unerträgliche Wahrnehmung der Situation ab, steht sozusagen „neben sich“, um den Moment des Traumas aushaltbarer zu machen. ¹

Darüber hinaus wurde erforscht, welche Faktoren das Ausbilden einer Traumafolgestörung moderieren könnten, wenn das Trauma bereits stattgefunden hat. So wirkt sich unmittelbar danach offenbar eine hohe Herzfrequenz negativ aus, ähnlich wie starke Schmerzen. Auch finanzielle Sorgen und vor allem fehlende oder unzureichende soziale Unterstützung wurden als Prädiktoren festgestellt. ²¹

Abbildung 1: Auflistung von Risikofaktoren nach Sareen (2014), modifiziert ^[21]



1.6. Resilienzfaktoren

Antonovsky evaluierte 1971, 25 Jahre nach ihrer Befreiung, den Gesundheitszustand von Holocaust-Überlebenden. Es zeigte sich, dass trotz der unmenschlichen Gräueltaten der Nationalsozialisten des zweiten Weltkriegs ein knappes Drittel der Opfer sowohl körperlich als auch psychisch gesund war. Er attestierte ihnen eine Reihe vorteilhafter persönliche Dispositionen und Coping-Strategien, wie beispielsweise eine geringe Grübelneigung, eine hohe Zufriedenheit mit ihrer sozialen Rolle sowie eine allgemein positive Stimmungslage. Heute würde man diese Dispositionen als Resilienzfaktoren bezeichnen. ⁴

Unter Resilienz versteht man die „Fähigkeit zur Erhaltung oder Wiedererlangung der psychischen Gesundheit, trotz der Erfahrung von Widrigkeiten“, mit anderen Worten, die psychische Widerstandsfähigkeit. ²³ Ein zentrales Thema der Resilienzforschung ist nach Bachem und Maercker (2016) der „Kohärenzsinn“, sie beschreiben ihn als *„globale Fähigkeit, Phänomene in einem Zusammenhang zu sehen und positive sowie auch negative Erlebnisse im Leben auszubalancieren“*. ⁴

Connor und Davidson (2003) haben einen Fragebogen zur Ermittlung persönlicher Resilienzfaktoren (Connor-Davidson Resilience Scale / CD-RISC) erarbeitet und 2003 veröffentlicht. ²⁴ Dabei werden 25 Punkte abgefragt und auf einer Skala von 0-4 bewertet. ²⁴ Tabelle 2 gibt einen Überblick über interne Charaktermerkmale und externe Faktoren, die mit Resilienz assoziiert sind. ²⁵

Tabelle 2: Liste von Resilienzfaktoren nach Ahmed (2007) auf Basis der CD-RISC²⁵

Interne Charaktermerkmale	Externe Faktoren
Selbstvertrauen	Sicherheit
Vertrauen	Religiöse Zugehörigkeit
Einfallsreichtum	Starke Identifikationsfiguren/Vorbilder
Selbstwirksamkeit	Emotionale Versorgung: das Maß an Verständnis, Kameradschaft, Gefühl der Zugehörigkeit und positiver Beachtung dem Individuum entgegen gebracht wird
Kontrollüberzeugung	
Sicheres Bindungsverhalten	
Sinn für Humor	
Selbstständigkeit	
Optimismus	
Zwischenmenschliche Fähigkeiten wie soziale, problemlösende Kompetenzen, Impulskontrolle	

2. Überblick der möglichen Krankheitsbilder nach Traumata

Als zentrale und am besten untersuchte Traumafolgestörung gilt die Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), nicht zuletzt aufgrund ihrer klar definierten traumatischen Ätiologie, die für die Vergabe der Diagnose erforderlich ist. Ein ähnliches Ereigniskriterium weist die Akute Belastungsreaktion (ICD-10 F43.0) auf, die der PTSD vorangehen kann.¹ Zusammen mit der Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) stehen sie im aktuellen ICD-10 Manual im Kapitel F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“.³

Neben der PTSD und der Akuten Belastungsreaktion gibt es in der ICD-10 Klassifikation noch eine weitere Diagnose mit eindeutiger Gewaltätiologie, die „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (ICD-10 F62.0).³

Als weitere Gruppe von Traumafolgestörungen werden von einigen Autoren die dissoziativen Störungen (ICD-10 F44) gesehen. In einer großen Zahl der Fälle lassen sich hierbei psychische Traumata, vor allem in der Kindheit, erheben, für die Vergabe der Diagnose ist dies aber nicht zwingend notwendig.²⁶

Darüber hinaus zählen auch die somatoformen Störungen sowie die Borderline- und die Dissoziale Persönlichkeitsstörung zu den Traumafolgestörungen im weiteren Sinne.²⁷ Denkbar sind außerdem Komorbiditäten wie Depressionen und Substanzmissbrauch.²⁸

2.1. Die Akute Belastungsreaktion/-störung

Die Akute Belastungsreaktion (ABR, engl. „Acute Stress Reaction“, ASR) entstammt dem Klassifikationssystem ICD, während die Akute Belastungsstörung (ABS, engl. „Acute Stress Disorder“, ASD) erstmals 1994 im amerikanischen Klassifikationssystem für psychiatrische Störungen (DSM-4) aufgenommen wurde.¹

Der Terminus „Reaktion“ im ICD-10 wurde dabei nicht ohne Grund gewählt, die ABR wird als eine zunächst noch physiologische Antwort auf ein überwältigendes Ereignis verstanden. Dabei zeigt sich ein *„gemischtes und gewöhnlich wechselndes Bild; anfänglich Zustand von „Betäubung“, dann Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug“*.²⁹ Der Überaktivität kann überdies eine Fluchtreaktion oder Fugue folgen, beziehungsweise kann das

Rückzugsverhalten bis zum dissoziativen Stupor führen. Darüber hinaus können Erröten, Tachykardie und vermehrtes Schwitzen auftreten.³ Die Symptome beginnen unmittelbar nach dem Trauma und klingen innerhalb von Stunden, spätestens nach ein bis zwei Tage wieder ab.²⁹ Eine frühere psychiatrische Störung spricht nicht gegen die Vergabe der Diagnose.³

Im Vergleich dazu wird gemäß DSM eine Akute Belastungsstörung diagnostiziert, wenn Symptome einer Belastungsstörung zumindest zwei Tage nach dem Trauma auftreten, wobei diese höchstens vier Wochen andauern. Danach ist die Vergabe der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu bedenken,²⁹ die nach dem amerikanischen Klassifikationssystem erst nach einer Symptombdauer von einem Monat diagnostiziert werden darf.¹

Zusätzlich zu den Merkmalen einer Akuten Belastungsreaktion können noch dissoziative Symptome auftreten. Dazu zählen beispielsweise ein subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, Derealisations- und Depersonalisationserleben und dissoziative Amnesie.²⁹ Mit der 2013 aktualisierten Version der DSM-5 Klassifikation sind dissoziative Symptome für die Diagnosestellung der Akuten Belastungsstörung allerdings nicht mehr notwendig. Die ABS wird nun diagnostiziert, wenn 9 von 14 möglichen Symptomen beobachtet werden können,³⁰ darunter unter anderem das Wiedererleben von Ereignissen im Sinne von Flashbacks, das Vermeiden von Reizen, die an das Trauma erinnern, sowie Erregungs- und Angstzustände.²⁹

Die Akute Belastungsstörung wurde ursprünglich in die DSM-4 Version von 1994 aufgenommen, um einerseits die diagnostische Lücke innerhalb des ersten Monats nach dem Trauma zu füllen. Andererseits schrieb man ihr einen gewissen prädiktiven Wert für eine nachfolgende Posttraumatische Belastungsstörung zu. So scheint es laut einer Übersichtsarbeit von Bryant (2011) tatsächlich der Fall zu sein, dass die meisten Überlebenden eines Traumas mit ABS in weiterer Folge die Kriterien für eine PTSD erfüllen. Umgekehrt fand man in den selben Studien auch, dass viele PTSD Erkrankte initial die Kriterien für eine ABS nicht erfüllten.

Während die Bedeutung der ABS als Risikofaktor für eine spätere Posttraumatische Belastungsstörung inzwischen als gering angesehen wird, besteht für die Akute Belastungsreaktion nach dem heutigen Stand des Wissens

kein prädiktiver Wert. ³⁰ Isserlin (2008) sieht beide akuten Traumafolgestörungen als zu eng formuliert an, um das volle Ausmaß des akuten posttraumatischen Prozesses wiederzugeben. ³¹

2.2. Die Posttraumatische Belastungsstörung

2.2.1. Diagnosekriterien und Symptomatik

Betrachtet man die Diagnosekriterien der PTSD in der neuen DSM-5 Klassifikation, so ergeben sich 636 120 mögliche Kombinationsmöglichkeiten von Symptomen, die allesamt unter der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ subsumiert werden können. ³⁰ Vergleicht man die DSM-5-Kriterien, die der Vorgängerversion und die der geplanten ICD-11 Klassifikation miteinander, so kommt man lediglich auf eine 30 prozentige Überschneidung an identifizierten PTSD-Erkrankten. ³²

Die unterschiedlichen Konzeptualisierungen der beiden großen Manuale schlagen sich bereits im A-Kriterium der PTSD nieder. Während die ICD-Klassifikation das traumatische Ereignis recht allgemein formuliert (siehe Kapitel 1.3.1.), wird im DSM-5 näher darauf eingegangen: ³³

Tabelle 3: A-Kriterium der posttraumatischen Belastungsstörung für Erwachsene, Jugendliche und Kinder über 6 Jahre auf Basis der DSM-5 Kriterien (Übersetzung)

33

Konfrontation mit dem drohenden oder tatsächlichen Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt in einer oder mehreren der folgenden Möglichkeiten
1. Direktes Miterleben des Ereignisses (oder der Ereignisse)
2. Miterleben des Ereignisses (oder der Ereignisse) als Augenzeuge/Augenzeugin
3. Die Nachricht, dass dieses Ereignis (oder Ereignisse) einem nahen Verwandten oder engem Freund/in zugestoßen ist/sind
4. Wiederholte oder extreme Auseinandersetzung mit aversiven Details der Ereignisse bei Angehörigen von exponierten Berufsgruppen

Dabei wird explizit auch die Möglichkeit angegeben, nicht direkt am traumatischen Ereignis beteiligt sein zu müssen. Auch Angehörige professioneller

Berufsgruppen, die während des Ersteinsatzes mit schockierenden Details des Ereignisses konfrontiert werden, werden miteinbezogen. ³³

Das amerikanische Klassifikationssystem erlaubt erst dann die Diagnose, wenn die entsprechenden Symptome einen Monat oder länger anhalten. ³² Im aktuellen Manual der WHO, der ICD-10 ³, darf sie schon vorher vergeben werden. Dem zufolge tritt zwischen dem Trauma und der Störung eine Latenzzeit auf, die in der Regel einige Wochen oder Monate andauert. In seltenen Fällen beträgt der Abstand mehr als 6 Monate, dies sollte allerdings gesondert angeführt werden. Wesentlich für die Diagnosestellung ist neben der Traumaexposition die wiederholte, unvermeidbare Wiederinszenierung oder Erinnerung des Traumas im Gedächtnis, in Träumen oder Tagträumen. Neben diesen Nachhallerinnerungen oder „flashbacks“ bestehen zwei weitere Symptomgruppen, die typisch für die PTSD sind, aber nicht zwingend erforderlich. Dazu zählt zum einen das Vermeidungsverhalten. Dies äußert sich dahingehend, dass Reizen, die an das Trauma erinnern, aus dem Weg gegangen wird, auch Anhedonie und emotionale Abgestumpftheit fallen in dieselbe Kategorie. Zum anderen ist häufig eine vegetative Übererregtheit (Hyperarousal) zu beobachten, im Sinne von Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und übertriebener Schreckhaftigkeit. ³

Zusätzlich zu bedenken ist die fluktuierende Vehemenz der PTSD: In einer Studie wurde der Gesundheitszustand von Traumatisierten nach 3, 12 und 24 Monaten erfasst. Fast die Hälfte der Patienten/Patientinnen mit PTSD oder einer subsyndromalen Belastungsstörung erfüllte zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr die diagnostischen Kriterien einer PTSD. Umgekehrt hatten aber 37 Prozent der Patienten/Patientinnen, die sie nach 12 Monaten erfüllten, zuvor keine Posttraumatische Belastungsstörung. ³⁰

Tabelle 4: Auflistung charakteristischer Symptome der PTSD nach Rothenhäusler und Täschner (2013) ²

Symptomgruppe	Symptome
Intrusionen	Wiedererleben des traumatischen Ereignisses durch unvermeidbare Erinnerungen (flashbacks, Nachhallerinnerungen) oder Träume
	Gefühle und Handlungen ähneln dabei denen der traumatischen Situation
	Situationen, die dem Trauma ähneln, rufen bei Betroffenen hochgradige psychische Belastung und körperliche Reaktionen hervor
Vermeidungsverhalten	Gedanken, Emotionen, Konversationen, Tätigkeiten, Menschen und Orte, die sich auf das Trauma beziehen, werden vermieden
	Unvollständige Erinnerungen an das Trauma
	Desinteresse anderen Menschen gegenüber
	Desinteresse gegenüber der Umgebung
	Gefühlsabstumpfung, „wie betäubt fühlen“
	Freudlosigkeit
Vegetative Übererregtheit, „Hyperarousal“	Schlafstörungen
	Reizbarkeit, eventuell Wutausbrüche
	Konzentrationsschwierigkeiten
	Ausgeprägte Schreckhaftigkeit
	Ausgeprägte Wachsamkeit

2.2.2. Verlauf und Epidemiologie der PTSD

Laut älteren Arbeiten von Kessler et al. (1995) liegt die Spontanremissionsrate der PTSD 12 Monate nach dem Trauma bei ungefähr 30 %. Andererseits fanden sie auch, dass es bei mehr als einem Drittel der Fälle auch nach vielen Jahren und trotz Therapie zu keiner Besserung der Symptomatik kam. Die Befunde wurden allerdings noch nach DSM-3 Kriterien erhoben und schlossen lediglich Patienten/Patientinnen zwischen 15 und 54 Jahren ein. ³⁴

Seitdem wurden zahlreiche weitere Studien durchgeführt, die den Verlauf und beeinflussende Faktoren eruieren sollten. Steinert et al. (2015) beschreiben einige der Schwierigkeiten, die die korrekte Erfassung der geforderten Daten erschweren. Ein Grund für die weitreichende Heterogenität der erhobenen Daten dürfte die unterschiedliche Dauer der follow-ups der jeweiligen Studien sein. Auch die Differenzierung zwischen „man-made disasters“ und natürlichen Katastrophen spielt eine Rolle, ebenso wie die verschiedenen Definitionen einer Remission. Ein weiterer Punkt ist die Unterscheidung in der Diagnosestellung, klinisches Interview versus wahrscheinliche PTSD, begründet auf Fragebögen und Patientenberichte. ³⁵ Auch die wechselhafte Symptomatik sei an dieser Stelle nochmal erwähnt. ³⁰

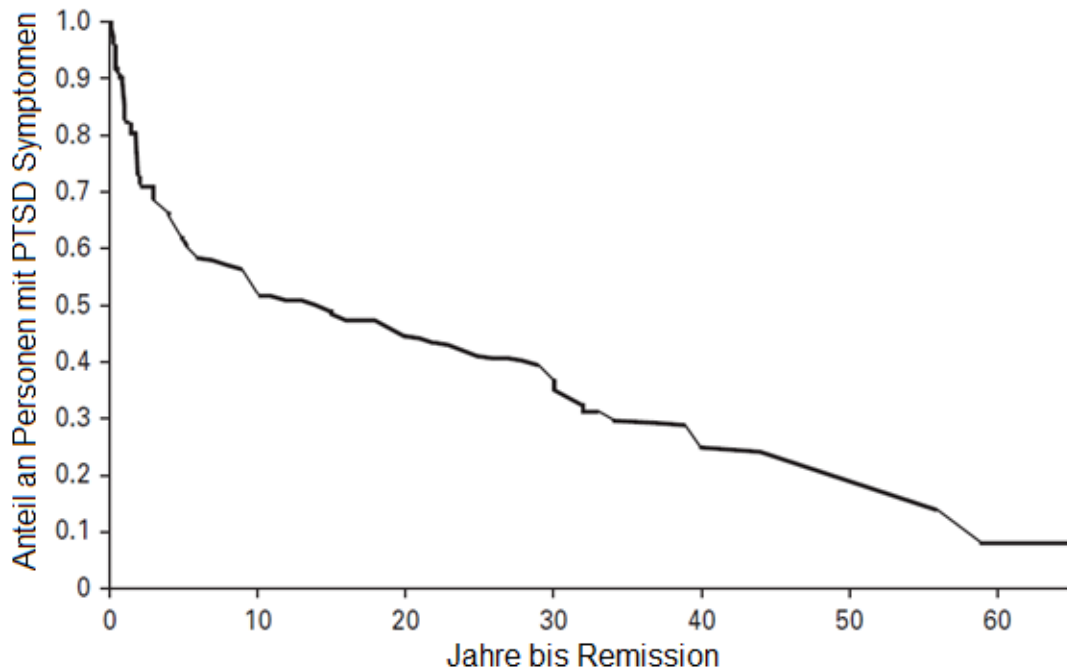
Eine Studie, die Faktoren wie diese berücksichtigen sollte, kam von Chapman et al. (2011). Mithilfe einer modifizierten Version eines diagnostischen Interviews der WHO wurden bei Personen im Alter zwischen 16-85 Jahren sowohl Traumata und PTSD Diagnosen (nach DSM-4), als auch die Schwere der jeweiligen Symptomkategorien, sowie andere Komorbiditäten erhoben. ³⁶

Knapp 75 % der Befragten gaben an im Laufe ihres Lebens zumindest ein potenziell traumatisierendes Ereignis erlebt zu haben. 9,6 % davon entwickelten zu irgendeinem Zeitpunkt eine PTSD, wodurch man eine Lebenszeit-Prävalenz von 7,2 % für die Gesamtpopulation (Australien) errechnete. Das mediane Alter für die Entwicklung der PTSD lag bei 26 Jahren, wobei der 25%-Perzentil bei 15 Jahren und der 75%-Perzentil bei 42 Jahren lag. ³⁶

Der Median für die Zeit bis zur Remission der Erkrankung lag bei 14 Jahren. Dabei wurde geschätzt, dass knapp 15 % nach einem Jahr remittiert waren, ungefähr 27 % innerhalb 2 Jahre und fast 38 % nach 5 Jahren. Mehr als ein Drittel hat 30

Jahre nach dem Trauma noch Symptome. Die prognostizierte lebenslange Wahrscheinlichkeit einer Remission liegt bei 91,9 %.³⁶

Abbildung 2: Remissionsrate unter PTSD-Betroffenen nach Chapman et al. (2012)³⁶



Chapman et al. (2012) erhoben im Übrigen, dass eine längere Zeit bis zur Remission oft mit interpersoneller Gewalt, Kindheitstraumata und Komorbiditäten wie Angst- oder affektiven Störungen korreliert.³⁶

Inwieweit Daten wie diese ihre Relevanz behalten, ist unsicher. Durch die Kriterien der neuen DSM-5 Klassifikation ergeben sich geringere Prävalenzdaten als nach DSM-4 Diagnose.³⁷ Noch niedrigere Raten werden für die kommende ICD-11 Klassifikation geschätzt.³⁸ In Zukunft wird sich diese Divergenz der beiden Manuale noch bemerkbarer machen. Beide sind sich inzwischen einig, die stressorbezogenen Störungen und die Traumafolgestörungen als eigenständige Kategorie neben den Angststörungen zu konzipieren, in ihrer Konzeptualisierung zeigen sich allerdings signifikante Unterschiede.³³

2.3. Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Die „Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ befindet sich in der ICD-10-Klassifikation nicht gemeinsam mit der ABR und der PTSD im Kapitel F4 („neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“), sondern unter F6 („Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“).³

Kodiert als F62.0, bleibt sie jenen Betroffenen vorbehalten, denen als Folge von extremer Belastung („*Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, andauernde lebensbedrohliche Situationen (als Geisel, lang andauernde Gefangenschaft mit drohender Lebensgefahr)*“) ein permanenter Persönlichkeitswandel attestiert werden kann. Dieser muss für eine Diagnose mindestens 2 Jahre bestehen. Sie kann als chronische, irreversible Folge einer Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten.³

Die Störung basiert auf den Beobachtungen von Venzlaff (1958), der die Schicksale von Holocaust-Überlebenden beschrieb. Damals bezeichnete er das Symptombild als „erlebnisbedingten Persönlichkeitswandel“. ³⁹ Venzlaff wehrte sich zu dieser Zeit schon gegen die in der Psychiatrie damals zum Teil verbreitete Auffassung, dass für das Entstehen einer psychischen Störung eine gewisse Vorbelastung bestehen müsse, der gesunde Mensch aber prinzipiell unbegrenzt belastbar sei. ¹ Heute spricht man vom „Baustein-Effekt“, der besagt, dass mit zunehmender Anzahl von Konfrontationen mit traumatischen Situationen auch die Wahrscheinlichkeit für die Ausbildung von Traumafolgestörungen steigt. Addieren sich die Grausamkeiten bis ins Unermessliche, ist vermutlich niemand mehr vor Erkrankungen wie dieser gefeit. ⁴

Zur Diagnosestellung der Andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung sind 5 Merkmale notwendig, die bei den Patienten/Patientinnen zuvor nicht bekannt waren (nach Dilling et al. (2015)³):

- *„Eine feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber.*
- *Sozialer Rückzug.*
- *Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit.*
- *Ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein.*
- *Entfremdung.“*

„Eine feindliche Haltung der Welt“ gegenüber kann sich in Hass, Wut oder Ärger äußern, während eine misstrauische Einstellung in Zurückhaltung, Angst und/oder Paranoia Ausdruck finden kann. „Sozialer Rückzug“ kann wiederum in Erscheinung treten als Apathie, mangelnde soziale Eingliederung, als fehlender Gemeinschaftssinn oder verlorengegangene Fähigkeit mit anderen zu kommunizieren. So zumindest beschreiben es Trauma-spezialisierte Kliniker anhand ihrer Patienten/Patientinnen in einer Studie von Beltran et al. (2008) ⁴⁰ Als ein Gefühl von mangelndem Selbstbewusstsein, Anhedonie und dem verschwundenen Lebenswillen würden sie den Symptomkomplex „Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit“ auslegen. Auch prolongierte depressive Verstimmung und Selbstverletzungen wurden beobachtet. „Ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein“ wird ähnlich der Hypervigilanz der Posttraumatischen Belastungsstörung verstanden. So kommt es hierbei zu Schlafstörungen, Albträumen, Konzentrationsschwierigkeiten und einer generell verängstigten Grundstimmung. Unter „Entfremdung“ wird vor allem das Gefühl verstanden anders zu sein als andere, der/die Betroffene fühlt sich von anderen und sich selbst entfremdet. Auch eine physische Entfremdung wird manchmal beschrieben, im Sinne einer Affektlosigkeit, leeren Gesichtszügen und starrem Blick. ⁴⁰

Ähnliche Störungsbilder wurden bereits des Öfteren beschrieben. In den 1990er Jahren wurden die (Forschungs-)Diagnosen DESNOS („disorders of extreme stress not otherwise specified“) und CPTSD („Complex posttraumatic stress disorder“) diskutiert und für die Aufnahme in die DSM-4-Version angedacht. Man entschied sich schließlich dagegen, ⁴¹ stattdessen wurde in der neuen DSM-5 Klassifikation ein umfassenderes Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung erstellt. Die kommende ICD-11 Ausgabe hingegen wird die „Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ neu konzeptualisieren und als eigenständige Diagnose, „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“, anführen. ³⁸

2.4. Dissoziative Störungen und Konversionsstörungen

Die heterogene Gruppe der dissoziativen Störungen und Konversionsstörungen reiht sich in der ICD-10-Klassifikation als Kapitel F44 gleich nach F43 („Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“) ein.³ Ein Trauma als verursachendes Ereignis kann in vielen, aber nicht in allen Fällen erhoben werden.⁴² Als gemeinsames Merkmal gilt *„der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle der Körperbewegungen“*.³

Erste ausführliche Beschreibungen gehen auf Janet Ende des 19. Jahrhunderts zurück. Diese kamen dem heutigen Verständnis für Dissoziation und Konversion schon recht nahe, sie gerieten dann allerdings für lange Zeit in Vergessenheit. Erst in den 1960er Jahren wurde das Konzept wieder aufgegriffen und gewann zunehmend an Bedeutung.⁴²

Heute geht man in der Psychiatrie davon aus, dass der Vorgang der Dissoziation einen unbewussten Abwehrmechanismus darstellt gegen ansonsten unaushaltbare Erlebnisse, wie kindliche/jugendliche Deprivation, sexueller Missbrauch und frühe Konfrontationen mit Gewalt durch enge Angehörige.⁴² Kumulativtraumata wie diese müssen bei der Exploration dissoziativer Störungen ergründet werden,³ ein direkter Umkehrschluss von der Störung auf ein Realtrauma ist jedoch unzulässig.⁴² Im Kontext der traumatischen Situation obliegt der peritraumatischen Dissoziation initial noch eine Copingstrategie gegen die Reizüberflutung, in folgenden Verarbeitungsprozessen kann dies dagegen eine Dysfunktionalität mentaler Prozesse bedeuten. Erinnerungen an die Ereignisse, Gefühle, Empfindungen, Bedeutungen und Aspekte der eigenen Identität werden nicht als zusammenhängende Erfahrung in das Gedächtnis integriert,¹ stattdessen können sie sich auf psychischer Ebene einerseits (Dissoziative Bewusstseinsstörungen), auf körperlicher Ebene andererseits (Konversionsstörungen) äußern.⁴²

Tabelle 5 gibt einen Überblick über einige dissoziative Störungen im ICD-10 (nach Dilling et al., 2015 ³ und Eckhardt-Henn, 2004 ⁴³)

<p>Dissoziative Amnesie (F44.0)</p>	<p>Hierbei stellen sich bei Betroffenen Erinnerungslücken ein, meist an spezifische Ereignisse oder gar Lebensphasen. Die Amnesie kann alle Erlebnisse eines bestimmten Zeitintervalls betreffen (generalisiert) oder die Zeitdauer der traumatischen Situation (lokalisiert). Weiters kann sie bruchstückhaft auftreten (selektiv) oder nur bestimmte Erinnerungsbereich betreffen (systematisch). Eine organische Ursache muss ausgeschlossen werden. Dissoziative Amnesien treten entweder isoliert oder in Kombination mit anderen Störungen auf.</p>
<p>Dissoziative Fugue (F44.1)</p>	<p>Hierbei entfernen sich die Betroffenen plötzlich aus ihrer üblichen Umgebung, dieser Zustand kann Stunden bis Tage andauern. Typischerweise besteht nach Abklingen der Symptomatik eine Amnesie für die Dauer des Fuguezustands. Äußerlich scheinen Betroffene geordnet, einfache zwischenmenschliche Interaktionen erfolgen scheinbar normal. Differentialdiagnostisch muss eine postiktale Fugue ausgeschlossen werden.</p>
<p>Der dissoziative Stupor (F44.2)</p>	<p>Kurze Zeit nach einem belastenden Ereignis kann sich der dissoziative Stupor einstellen. Dabei liegt/sitzt der/die Patient/in regungslos, Sprache sowie gezielte Bewegungsmuster sind nicht möglich. Reaktionen auf Licht, Geräusche und Berührungen sind jedoch vorhanden. Organische Ursachen müssen ausgeschlossen werden, ebenso wie katatoner, depressiver und manischer Stupor. Dabei kommt der Fremdanamnese besondere Bedeutung zu.</p>
<p>Depersonalisations-Derealisationssyndrome (F48.1)</p>	<p>Phänomene dieses Störungsbilds treten auf als ein Gefühl der Unwirklichkeit des eigenen Selbst oder der Umgebung. Empfindungen, Gedanken, der eigene Körper und seine Handlungen, die Mitmenschen und die Umgebung erscheinen als fremd und automatisiert. Isoliert kommen diese Störungen selten vor, des Öfteren erleben sie Menschen mit depressiven oder phobischen Störungen. Viele Elemente finden sich auch während einer traumatischen, todesnahen Situation.</p>
<p>F44.4-F44.6 Dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnenempfindung:</p>	<p>Diese Störungen sind zumeist Ausdruck von belastenden innerpsychischen Konflikten. Das Symptombild korreliert häufig mit den Vorstellungen des/der Patienten/-in einer körperlichen Erkrankung und können daher von realen anatomischen/physiologischen Verhältnissen abweichen. Eine körperliche Ursache muss jedoch in jedem Fall ausgeschlossen werden.</p>
<p>Dissoziative Bewegungsstörungen (F44.4)</p>	<p>In den meisten Fällen kommt es zu einem partiellen oder kompletten Ausfall der Bewegungsfähigkeit verschiedener Extremitäten. Auch ein starkes Zittern/Schütteln kann auftreten.</p>

<p>Dissoziative Krampfanfälle (F44.5)</p>	<p>Dissoziative Anfälle ahmen epileptische Anfälle nach („pseudoepileptische Anfälle“), auch die Prodromalsymptomatik kann unter Umständen übereinstimmen. Allerdings dauert der dissoziative Anfall in der Regel länger, außerdem kommen Zungenbisse, Sturzverletzungen und Urininkontinenz seltener vor. Weiters findet sich kein Bewusstseinsverlust, stattdessen wirkt der Zustand tranceähnlich oder stuporös.</p>
<p>Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (F44.6)</p>	<p>Hierbei kommt es am häufigsten zu Anästhesien von Hautrealen, oft begleitet von Parästhesien. Auch vorübergehende Visusverschlechterung ist möglich, Taubheit und ein Verlust des Geruchsinns kommen seltener vor.</p>
<p>Multiple Persönlichkeit(sstörung) (F44.81)</p>	<p>Das zugrundeliegende Merkmal dieser seltenen Erkrankung ist das Bestehen zweier oder mehr verschiedenen Teilidentitäten innerhalb einer Person. Jede Persönlichkeit für sich hat seine eigenen Erinnerungen, Persönlichkeitszüge und Verhaltensweisen. Zumeist haben Betroffene in früheren Entwicklungsstadien schwere Kumulativtraumata wie chronischen sexuellen oder körperlichen Missbrauch erlebt. Ein spontaner Wechsel der Persönlichkeiten („switch“) wird häufig durch traumaassoziierte Reize ausgelöst.</p>

In der Allgemeinbevölkerung kommen dissoziative Störungen bei ungefähr 2-3,3% vor. Es wird geschätzt, dass bis zu 30 % der psychiatrisch-stationär aufgenommen Patienten/Patientinnen an einer dissoziativen Erkrankung leiden könnten, allerdings werden diese häufig übersehen. ⁴² Im psychiatrischen Bereich einiger zentraleuropäischer Länder zeigen sich Prävalenzdaten zwischen 4,3 % und 8 %.

44

Differentialdiagnostisch sind abgesehen von körperlichen Erkrankungen einerseits vorübergehend subsyndromale Phasen zu bedenken, da wie bei den Traumafolgestörungen im engeren Sinne Fluktuationen der Symptomatik typisch sind. Andererseits kommen dissoziative Phänomene häufig nicht isoliert vor, sondern im Zuge anderer psychiatrischer Erkrankungen wie bei der PTSD oder der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die dann auch als solche zu kategorisieren sind. ⁴²

2.5. Somatoforme Störungen

Somatoforme Störungen stehen in engem Zusammenhang mit dissoziativen Störungen, und beide zeigen wiederum signifikante Korrelationen mit Traumata und vor allem der Posttraumatischen Belastungsstörung.⁴⁵ Das ICD-10 Manual führt sie im Kapitel nach den dissoziativen Störungen als F45 an. Als gemeinsames Merkmal gilt *„die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen“*³ Trotz negativer Resultate persistieren diese Forderungen. In der Regel werden Versuche des/der Arztes/Ärztin, das Symptombild auf eine psychische Ursache zurückzuführen, mit Ablehnung begegnet.³

Die körperlichen Beschwerden können sich auf verschiedenen Weisen ausdrücken: Bei der Somatisierungsstörung (F45.0) reicht die Bandbreite unter anderem von gastrointestinalen Problemen (wie etwa Übelkeit, Reflux, Schmerzen) über abnorme Hautempfindungen (Pruritus, Brennen, Taubheit) bis zu sexuellen oder menstruellen Symptomen. Sind die Kriterien für die Somatisierungsstörung nicht zur Gänze erfüllt, so kann die Diagnose der undifferenzierten Somatisierungsstörung (F45.1) vergeben werden. Eine somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3) liegt vor, wenn die Beschwerden auf bestimmte, vegetativ innervierte Organsysteme gerichtet sind. So kann spezifisch das kardiovaskuläre Gefüge betroffen sein („Herzneurose“), das gastrointestinale („Magenneurose“), das respiratorische oder auch das urogenitale System. Stehen vor allem Schmerzen im Vordergrund, kann die anhaltende Schmerzstörung (F45.4) in Erwägung gezogen werden. Im Übrigen können noch die „sonstigen somatoformen Störungen“(F45.8) und die „somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet“(F45.9) diagnostiziert werden. Der Vollständigkeit halber sei noch die hypochondrische Störung (F45.2) erwähnt.³

Der Niederländer Nijenhuis (1998) fasst die somatoformen Störungen als „somatoforme dissoziative Störungen“ auf, sie seien also (überwiegend) ätiologisch Symptome eines Dissoziationsprozesses, der sich auf körperlicher Ebene widerspiegelt.^{1,46} Jedenfalls bestätigen zahlreiche Studien den Zusammenhang zwischen psychosozialem Stress, vor allem in der Kindheit, und der Entwicklung von Somatisierungsstörungen.⁴⁵ So fand Nijenhuis (1998) in

einer seiner Arbeiten, dass teilnehmende PTSD Patienten/Patientinnen 6 Monate nach dem Trauma (in diesem Fall Vergewaltigung) zu 75% eine somatoforme Störung, in 85% eine dissoziative Störung aufwiesen. ⁴⁶

Eine Arbeit von Tagay (2004) verdeutlicht den engen Zusammenhang von Trauma und Somatisierung. 483 Personen nahmen an seiner Studie teil, 63,1% davon gaben an mindestens einmal in ihrem Leben ein Trauma erlebt zu haben. Ungefähr 10% der Studienteilnehmer/-innen erfüllten die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung, bei ihnen war die Häufigkeit von somatoformen Beschwerden signifikant höher als bei nicht-Traumatisierten. Auch traumatisierte Teilnehmer/-innen ohne PTSD zeigten höhere Scores. Zusätzlich fand man häufiger somatoforme Beschwerden bei Patienten/Patientinnen, die Opfer von sexueller/körperlicher Gewalt wurden, im Vergleich zu Opfern natürlicher Ereignisse (Unfälle, schwere Erkrankungen, Naturkatastrophen). ⁴⁷

Weitere psychiatrische Komorbiditäten zu den somatoformen Störungen sind gut belegt, abgesehen von der PTSD und dissoziativen Störungen⁴⁶ können Substanzabhängigkeit, Depression (koexistent in ungefähr 80%), Suizidalität, Angst- und Panikstörungen, sowie verschiedene Persönlichkeitsstörungen hinzukommen. ⁴⁵

2.6. Weitere mögliche Störungsbilder

Auch wenn die Posttraumatische Belastungsstörung eine besondere Stellung in der Psychotraumatologie einnimmt, sollte der/die Kliniker/-in in der Diagnostik andere Störungsbilder nicht außer Acht lassen. Neben den bereits beschriebenen Traumafolgestörungen im engeren Sinn und den dissoziativen/somatoformen Störungen erwähnen Flatten et al. (2011) die Borderline- (ICD-10 F60.31) und die Dissoziale (F60.2) Persönlichkeitsstörung, Essstörungen (F50), affektive Störungen (F32-34) und Substanzabhängigkeit (F1).⁴⁸ Dass die PTSD solitär auftritt, stellt eher eine Ausnahme als die Norm dar. Dies verdeutlichen zahlreiche Studien, die Komorbiditäten mit anderen psychiatrischen Diagnosen mit 80-88% erhoben.⁴⁹

Depressionen benötigen für ihre Diagnose kein ätiologisch relevantes Ereignis wie die PTSD, trotzdem treten sie nach traumatischen Erfahrungen gehäuft auf. Eine Studie von Breslau et al. (2000) zeigte, dass das Risiko für eine schwere

Depression bei PTSD-Erkrankten um 2,8-mal höher liegt als bei Nicht-Traumatisierten. Umgekehrt erhöht eine vorexistente schwere Depression die Wahrscheinlichkeit für das Erleben eines traumatischen Ereignisses um das Zweifache, für die Entwicklung einer nachfolgenden Posttraumatischen Belastungsstörung um mehr als das Dreifache.⁵⁰ Stellt sich nach dem Trauma eine depressive Episode als einzige Störung ein, so dürfte dies laut einer Arbeit von O'Donnell et al. (2004) vorwiegend in der Akutphase eine Rolle spielen. 12 Monate danach könnten demnach in 92% der Fälle keine Depression mehr diagnostiziert werden.⁴⁹

Maercker et al. (2004) konstatieren, dass das Alter der Traumatisierten eine Rolle in der Entwicklung von Traumafolgestörungen spielen könnte. So kamen sie zu dem Ergebnis, dass frühe Traumatisierungen (bis zum Alter von 12 Jahren) eher zu Depressionen im Erwachsenenalter führen. Findet das Trauma zu einem späteren Zeitpunkt statt, entwickelt sich eher eine PTSD. Sie gehen davon aus, dass dafür verschiedene neurobiologische Systeme, die mit der Affektregulation in Verbindung stehen, ausgereift sein müssen. Im Übrigen ist auch ein Zusammenhang mit veränderter Stressregulation (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) bekannt, die mit einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber späterer Depression einhergehen könnte.⁵¹

Traumatisierungen in der Kindheit haben oft auch eine Bedeutung in der Entstehung der Borderline- und Dissozialen Persönlichkeitsstörung.⁵² Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist unter anderem geprägt von emotionaler Instabilität, selbstverletzendem Verhalten, innerer Leere und unbeständigen Partnerschaften.³ Eine Komorbidität mit der Posttraumatischen Belastungsstörung wird mit 26% bis 57% angegeben, insgesamt besteht ein zweifach erhöhtes Risiko im Laufe des Lebens an einer solchen zu erkranken.⁵³ 65-80% der Borderline-Patienten/Patientinnen geben an in ihrer Entwicklung zumindest ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben. Im Vergleich dazu berichten Personen mit Dissozialer Persönlichkeitsstörung in über der Hälfte der Fälle über Traumata in ihrer Kindheit,⁵² hierzu zählen vor allem physischer und sexueller Missbrauch.⁵⁴ Bei dieser Störung stehen vor allem Rücksichtslosigkeit, Verantwortungslosigkeit, aggressives Verhalten und Nichtachtung sozialer Regeln im Vordergrund.³ Die

Prävalenz in der Bevölkerung wird mit 2-4% angeführt, bei männlichen Gefängnisinsassen mit bis zu 80%.⁵⁴

Persönlichkeitsstörungen wie der Borderline-Typ sind gehäuft auch komorbid mit Essstörungen vorzufinden. Essstörungen treten nur selten solitär auf, Assoziationen mit Substanzmissbrauch, Posttraumatischer Belastungsstörung, somatoformen und dissoziativen Störungen, also Störungen mit häufigem Traumahintergrund, sind in der Literatur oft beschrieben worden.⁵⁵

Hervorzuheben sind hier wiederum Traumata in der Kindheit, vor allem sexueller Missbrauch. Es wird angenommen, dass Essstörungsverhaltensweisen wie Hungern, binge-eating oder selbst-induziertes Erbrechen Trauma-assoziierte Gedanken und Gefühle, sowie Hyperarousal-Symptome lindern sollen.⁵⁶

Eine ähnliche Copingstrategie könnte sich bei Suchtkranken abspielen, an dieser Stelle sei die „Selbstmedikationshypothese“ angemerkt. Dabei geht man davon aus, dass selbstregulatorische Fertigkeiten des Individuums im Zuge des traumatischen Prozesses beschädigt wurden. Um dem starken Symptomdruck zu entkommen, greift die Person zu schädlichen Substanzen. So entwickelt ungefähr ein Drittel der Opfer von körperlichem oder sexuellem Missbrauch im Laufe ihres Lebens eine Suchterkrankung.¹ Unter PTSD-Betroffenen finden sich bei 38-52% der Männer, bei 12-28% der Frauen Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit.⁴

3. Kriminaldelikte und psychische Folgestörungen

3.1. Vergewaltigung

3.1.1. Peri-/Posttraumatische psychologische Prozesse

Mit einer Wahrscheinlichkeit von 37-52% führt eine Vergewaltigung häufiger als andere Monotraumata zur Ausbildung einer PTSD.^{4,60} Die Schwere der psychischen Belastung für das Opfer lässt sich ansatzweise durch einige ungünstige Umstände des traumatischen Prozesses erklären. Zum einen wird die Tat als akut lebensbedrohlich empfunden. Dies wird häufig durch Drohungen und/oder körperlicher Gewalt erreicht. Zum anderen wird dem Opfer durch das erzwungene Eindringen des Täters implizit die sexuelle Autonomie abgesprochen. Zu der Verletzung des Selbstbestimmungsrechts addiert sich eine Erschütterung des eigenen Weltbilds, jegliche Gefühle von Sicherheit und Vertrauen werden zerstört, besonders wenn der Täter ein Angehöriger oder der eigene Partner ist. Begleitende Gefühle von Scham, Ekel und Schuld sind die Norm. Erschwerend hinzu kommen häufige negative Reaktionen von Angehörigen und der Öffentlichkeit, besonders die Tendenz der Opferbeschuldigung gilt in diesem Zusammenhang als Paradebeispiel.⁵

In der traumatischen Situation ist das Opfer einer realen Gefahr ausgesetzt. Entscheidend für seine Reaktion ist allerdings die individuell wahrgenommene Gefahr. Die meisten Menschen, die befragt werden wie sie während einer Vergewaltigung reagieren würden, geben als Antwort irgendeine Art der Selbstverteidigung, also beispielsweise Schreien, Kämpfen oder Weglaufen. In der Realität reagieren die Opfer allerdings häufig hilflos, wie „versteinert“. Der Grund dafür liegt nicht selten im Gehirn, höhere, rationale Zentren sind ob der Reizüberflutung beeinträchtigt, die Reaktion folgt instinktiv und ist auf das Überleben der subjektiv wahrgenommenen Bedrohung ausgerichtet.⁵⁷

Diese extremen Bedrohungen und das damit empfundene Angstempfinden führen in vielen Fällen zu Dissoziationsvorgängen wie Derealisations- und Depersonalisationserleben. Die Realität der Vergewaltigung und/oder der eigene Körper wird als unwirklich wahrgenommen, das Zeitempfinden ist gestört und das eigene Verhalten entzieht sich bewussten Entscheidungen. Solche

Dissoziationsprozesse sind mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für die Ausbildung einer PTSD vergesellschaftet. Als weitere Faktoren, welche die posttraumatische Antwort der Betroffenen negativ beeinflussen können, gelten: (nach Mason und Lodrick 2012) ⁵⁷

- Todesangst
- Körperliche Verletzungen
- Die Vergewaltigung wurde vollendet (Im Gegensatz zum Vergewaltigungsversuch)
- Der Täter ist dem Opfer bekannt
- Sehr junges/sehr fortgeschrittenes Alter des Opfers
- Vorangegangene Traumatisierung(en)
- Das Opfer leidet bereits zuvor an einer psychiatrischen Störung
- Das Opfer befindet sich zum Zeitpunkt der Vergewaltigung in Gefangenschaft

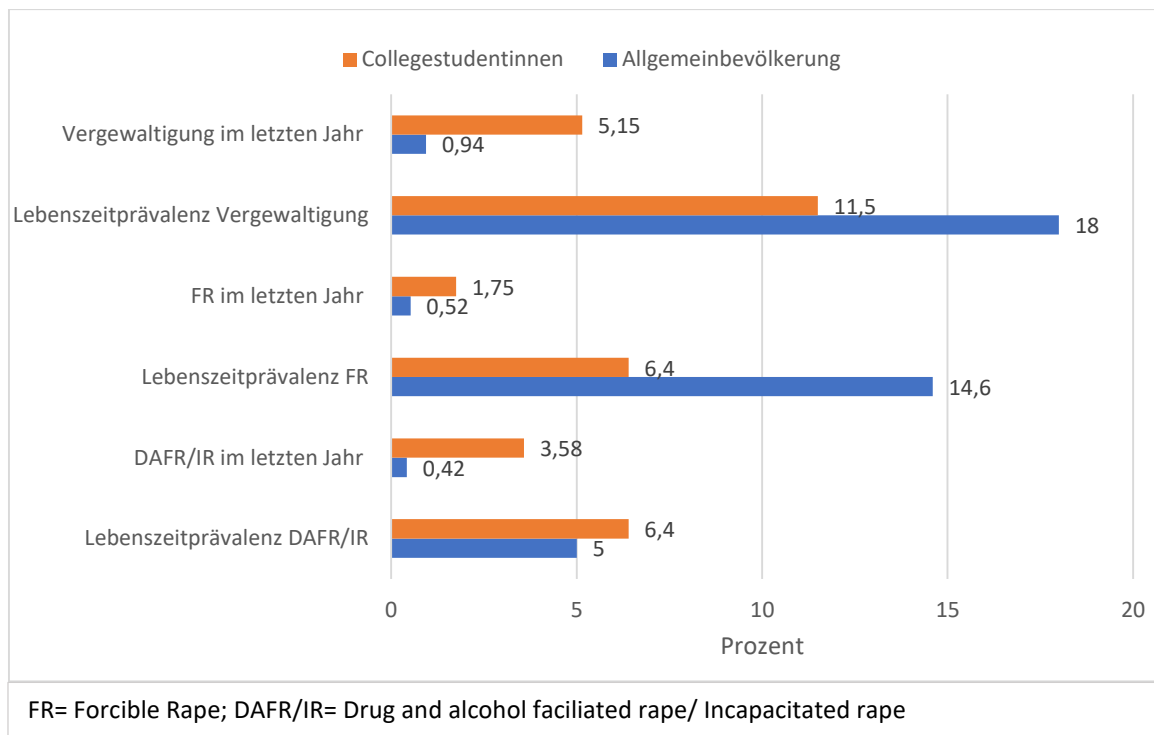
Wie in Kapitel 1.4.2. angemerkt, werden die Erinnerungen an das Trauma nicht regelrecht abgespeichert. Die Beeinträchtigung des Hippocampus hat zur Folge, dass Bilder, Emotionen, Gerüche, Geräusche und Stimmen zusammenhanglos als fragmentierte Eindrücke ins implizite Gedächtnis aufgenommen werden. So präsentieren sich die Opfer, falls sie denn das Geschehene zur Anzeige bringen, überwiegend in einem Schockzustand, nicht fähig die Tat im vollem Ausmaß wiederzugeben. ⁵⁷

3.1.2. Epidemiologie der Vergewaltigung

Kilpatrick et. al (2007) erhoben anhand von 5001 Frauen (im Alter zwischen 18 und 76 Jahren) in den USA Daten in Bezug auf Sexualdelikte. Dabei unterschieden die Autoren zwischen einer Stichprobe mit Studentinnen (n=2000) und einer Stichprobe mit Frauen der Allgemeinbevölkerung (n=3001). Außerdem wurde die Vorgehensweise des Täters erhoben: DAFR/IR ist eine Abkürzung für „Drug and alcohol facilitated rape“/ „Incapacitated rape“, das heißt der Täter setzt sein Opfer unter den Einfluss von Drogen oder Alkohol. FR steht für „Forcible rape“, das heißt das Opfer wird bedroht, geschlagen oder beides. ⁵⁸

Abbildung 3 zeigt die Lebenszeitprävalenz einer Vergewaltigung und die Prävalenz von Vergewaltigungen im vorangegangenen Jahr anhand der beiden

Stichproben (Allgemeinbevölkerung/Collegestudentinnen) und unterscheidet dabei die verschiedenen Vorgehensweisen des Täters (DAFR/IR und FR). (nach Kilpatrick et al., 2007) ⁵⁸



18% der Frauen aus der Stichprobe der Allgemeinbevölkerung und 11,5 % der Studentinnen gaben an zumindest einmal in ihrem Leben vergewaltigt worden zu sein. Rechnet man diese Zahlen auf die Gesamtpopulation der USA hoch, ergeben sich 20,2 Millionen Opfer in der Allgemeinbevölkerung, beziehungsweise 673 000 durch Vergewaltigung traumatisierte Studentinnen. Lediglich 16 % der Fälle wurden angezeigt. ⁵⁸

In der Europäischen Union liegen etwas niedrigere Zahlen vor. In einer Statistik der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (2014) wird angegeben, dass insgesamt 11% der Frauen ab dem 15. Lebensjahr eine Form von sexueller Gewalt erfahren. 2 % der Frauen zwischen 18 und 74 Jahren gaben an 12 Monate vor der Befragung sexuelle Gewalt erlebt zu haben. ⁵⁹

3.1.3. Vergewaltigung und PTSD

Vergewaltigung und sexuelle Belästigung sind für beide Geschlechter die am häufigsten identifizierten Traumata, die mit einer PTSD einhergehen. In einer groß angelegten Studie von Kessler et al. (1995) zeigte sich, dass 46% aller Frauen, die vergewaltigt wurden, an irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens an einer PTSD

erkrankten. Fast die Hälfte davon litt an einer komorbiden Depression und bei über einem Viertel wurde ein/e Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit diagnostiziert.³⁴

Zinzow et al. (2012) verwerteten die Daten der bereits erwähnten Studie von Kilpatrick et al. (2007) um unter anderem die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung unter Berücksichtigung der Vorgehensweise des Täters (DAFR/IR (Täter setzt sein Opfer unter den Einfluss von Drogen oder Alkohol) vs. FR (Opfer wird bedroht, geschlagen oder beides)) zu eruieren. Es zeigte sich, dass, wenn sowohl beeinflussende Substanzen und körperliche Gewalt oder deren Drohung vor oder während der Vergewaltigung eingesetzt wurden, mehr als die Hälfte (52%) der Opfer eine PTSD entwickelten. Eine mögliche Erklärung dafür sehen Zinzow et al. (2012) in der Schwere der Kombination. FR einerseits, also eine gewaltsame Vorgehensweise, ist beispielsweise mit physischen Verletzungen und erhöhter Todesangst verbunden. DAFR/IR andererseits ist assoziiert mit verstärkten Schuldgefühlen, etwa ausgelöst durch bruchstückhafte Erinnerungen an die Tat oder das Einverständnis Alkohol zu trinken. Wird alleine Gewalt angewendet oder angedroht, ist die Wahrscheinlichkeit für eine PTSD höher im Vergleich zu DAFR/IR.⁶⁰

Die Literatur deutet darauf hin, dass sich die meisten Frauen innerhalb von drei bis vier Monaten von dem traumatischen Ereignis erholen,⁵⁷ wie beispielsweise Rothbaum et al. (1992) zeigten. Kurz nach dem Delikt (ungefähr 2 Wochen) erfüllen noch 94% der Betroffenen die Kriterien für eine PTSD, 3 Monate danach sind es noch 47 %. Nach einigen Jahren litten noch 16,5 % an einer Posttraumatischen Belastungsstörung.⁶¹

3.1.4. Vergewaltigung und Depression

30 % der Opfer einer Vergewaltigung durchleben zumindest eine schwere depressive Episode im Vergleich zu 10 % der Menschen, denen kein Verbrechen widerfahren ist. Ein Drittel der Vergewaltigungsoffer haben oder hatten an irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens Suizidgedanken, 13 % machten einen Suizidversuch (versus 8 % beziehungsweise 1 %). Dies lässt zumindest die Befragung durch Kilpatrick et al. (1992) von 507 Teilnehmerinnen vermuten.⁶²

Analog zur Wahrscheinlichkeit der Ausbildung einer PTSD steigt auch die Möglichkeit für eine Depression (43 %) mit einer kombinierten Vorgehensweise

(DAFR/IR, FR) des Täters. Ebenso besteht ein höheres Risiko für eine Depression, wenn bei der Vergewaltigung Gewalt angedroht oder eingesetzt wird als wenn nur beeinflussende Substanzen involviert waren. ⁶⁰

3.1.5. Vergewaltigung und Substanzmissbrauch

Vor allem Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit stellt ein häufiges Problem bei Vergewaltigungsopfern dar. Es wurde gezeigt, dass Männer eher ein Suchtproblem entwickeln. Außerdem entwickeln Betroffene eher eine Alkoholabhängigkeit, wenn sie zum Zeitpunkt des Delikts sehr jung waren (15 Jahre oder jünger). ⁶³

In Bezug auf die Vorgehensweise des Täters zeigten Opfer einer kombinierten Taktik (DAFR/IR, FR) die höchste Prävalenz (20 %) für Alkoholmissbrauch. Während aber die PTSD und Depressionen eher mit einer gewaltsamen Vergewaltigung (FR) alleine korrelieren, geht eine Vergewaltigung unter dem Einsatz von beeinflussenden Substanzen (DAFR/IR) eher mit einer späteren Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit einher. ⁶⁰

Kilpatrick et al. (1992) zeigten außerdem Zusammenhänge zwischen Opfern einer Vergewaltigung und Cannabismissbrauch (52% versus 16 % im Vergleich zu Nicht-Opfern), Kokainmissbrauch (15,5 % versus 2,5 %), anderen harten Drogen (12 % versus 1 %) und der missbräuchlichen Verwendung von verschreibungspflichtigen Medikamenten (15 % versus 3 %). ⁶²

3.1.6. Vergewaltigung und Essstörungen

Sexueller Missbrauch ist inzwischen als Risikofaktor für die Ausbildung von Essstörungen etabliert. Auch wenn das Trauma die Störung nicht direkt auslöst, so kann es als distaler Faktor in möglicherweise jahrelangem Abstand einer Essstörung vorangehen. ⁶⁴ Diverse Studien, zusammengefasst in einer Übersichtsarbeit von Madowitz, Matheson und Liang (2015), fanden größtenteils signifikante Zusammenhänge zwischen sexuellen Traumata, vor allem in der Kindheit, und allen Formen von Essstörungen. Basierend auf der aktuellen Forschungsliteratur bestehen zwei grundsätzliche ätiologische Pfade, wie sexuelle Traumata und Essstörungen zusammenhängen könnten. Der eine hängt mit

veränderter Körperwahrnehmung zusammen, der andere subsummiert sich unter „Copingstrategien“. ⁶⁴

Der erste Pfad beschreibt Mechanismen, die über Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Scham und Angst vor zukünftigen Traumata zur Ausbildung von Essstörungen wie Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) und Binge-Eating-Störung führen können. ⁶⁴

Körperliche Unzufriedenheit und Schamgefühle sind gut dokumentierte Phänomene, die nach sexuellen Traumata auftreten können. Als Konsequenz davon kann eine Essensrestriktion erfolgen, wie sie bei der Anorexia Nervosa vorkommt, die als eine Form der Selbstbestrafung fungiert. Abmagerung, aber auch Gewichtszunahme durch Binge-Eating, könnten dem Opfer als Strategien dienen um sich vor künftigen Vorfällen zu schützen. Aus der Angst heraus nochmals traumatisiert zu werden, resultiert der Versuch für das andere Geschlecht unattraktiver zu wirken, oder, speziell im Fall der Binge-Eating-Störung, einschüchternd/bedrohlicher zu erscheinen. ⁶⁴

Als zweiter ätiologischer Pfad wird die Ausbildung von Essstörungen als Copingstrategie diskutiert. ⁶⁴

Traumatisierungen generell sind verbunden mit einer Erschütterung des individuellen Welt- und Werteverständnisses und einem Vertrauensverlust in die unmittelbare Umwelt. Essstörungen stehen oft in Zusammenhang mit dem eigenen Verlangen den eigenen Körper zu kontrollieren. So könnte die Entstehung einer eben solchen als unbewusster Versuch verstanden werden, die unmittelbare Umgebung bis zu einem gewissen Grad zu kontrollieren. Eine weitere Hypothese beschreibt eine Essstörung als maladaptive Antwort auf psychischen Stress. So können die häufig vorkommenden komorbiden Störungen als Mediatoren dienen, schließlich eine Essstörung zu entwickeln. ⁶⁴ Als letzten Aspekt diskutieren die Autoren Madowitz et al. (2015) den möglichen Versuch durch Essstörungen die eigenen Emotionen und Impulse, die durch die Traumatisierung nicht länger regelrecht funktionieren, zu regulieren. So bevorzugen es Patienten/Patientinnen mit AN sich emotional taub zu fühlen, BN Patienten/Patientinnen hingegen neigen dazu emotional impulsiv zu agieren. ⁶⁴

Zurzeit scheint es, als blieben noch viele Fragen offen über die Verbindung zwischen sexuellen Traumata und der Entwicklung von Essstörungen. Forschungsergebnisse der letzten Jahrzehnte offenbarten in diesem Zusammenhang eine große Variabilität in den Prävalenzdaten. Allerdings zeigt sich, dass nur eine geringe Zahl an Individuen, die eine sexuelle Traumatisierung miterleben mussten, eine Essstörung entwickelt. ⁶⁴

3.1.7. Vergewaltigung und andere Traumafolgestörungen

Neben den bereits genannten Störungen besteht eine Vielzahl an weiteren psychischen (und somatischen) Erkrankungen, die aus einer Vergewaltigung resultieren können. Chen et al. (2010) verglichen Daten aus drei Jahrzehnten um die Tragweite der Folgen von sexuellem Missbrauch systematisch zu erfassen. So fanden die Autoren dieser Metaanalyse unter anderem Zusammenhänge mit Angststörungen (Odds Ratio 3,09) und Schlafstörungen (OR 16,17). Signifikante Assoziationen zwischen sexuellem Missbrauch und Schizophrenie oder somatoformen Störungen wurden nicht gefunden. ⁶⁵ Fischer (2009) hingegen beschreibt häufige posttraumatische psychogene Schmerzen und Beschwerden wie Unterleibs-, Kopf- und Rückenschmerzen sowie Schmerzen im Genitalbereich, kurzfristige Lähmungserscheinungen oder Empfindungen der Nichtzugehörigkeit einzelner Körperteile und Ohnmachtserleben. ⁵

Ebenfalls sind Korrelationen mit Persönlichkeitsstörungen bekannt. Neben der Antisozialen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden außerdem die Ängstliche (vermeidende) und die Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung angeführt. ⁶⁶

Auch sexuelle Probleme nach Vergewaltigung sind nicht zu unterschätzen. Frauen, die Opfer sexuellen Missbrauchs wurden, zeigen in 60 % eine sexuelle Dysfunktion. Für sexuell traumatisierte Männer wurde ein erhöhtes Risiko für erektile Dysfunktion, vorzeitige Ejakulation und vermindertes sexuelles Verlangen erfasst. ⁶⁷

3.1.8. Negative und positive Reaktionen nach Vergewaltigung

Einige Überlebende von Traumata jeglicher Art erleben im Laufe der Zeit danach ein Phänomen, das als „Posttraumatisches Wachstum“ bezeichnet wird.^{1, 68} Ob es dazu kommt, hängt neben prä-, peri-, und posttraumatischen Faktoren und Resilienzfaktoren (wie in den Kapiteln 1.5 und 1.6 beschrieben) auch davon ab, wie das persönliche Umfeld auf die außergewöhnliche Situation der/des Betroffenen reagiert.⁶⁸

Zu den Reaktionen des Umfelds, die üblicherweise als positiv aufgefasst werden, zählt beispielsweise, dass dem Opfer hinsichtlich seiner Traumatisierung geglaubt und in weiterer Folge konkrete Hilfe angeboten wird. Eine Schuldzuweisung (zum Beispiel durch falsche Kleidung, Provokation des Täters) wäre kontraproduktiv.⁶⁸

Relyea und Ullman (2015) teilen negative Reaktionen nach sexuellem Missbrauch in zwei grundsätzliche Kategorien, zum einen die „Abwendung vom Opfer“ und zum anderen die „nicht unterstützende Anerkennung“. Die Abwendung vom Opfer kann sich beispielsweise durch eine Stigmatisierung dessen ausdrücken, was gemeinsam mit einer Schuldzuweisung zu vermehrtem sozialen Rückzug, Selbstbeschuldigung und Depressionen führen und etwaige PTSD Symptome verschlechtern kann. In die Kategorie der „nicht unterstützenden Anerkennung“ fallen kontrollierende, ablenkende und egozentrische Reaktionen des Umfelds, also möglicherweise in guter Absicht erfolgende Reaktionen, die sowohl als hilfreich, als auch als verletzend aufgefasst werden können. Diesen gemeinsam ist der positive Aspekt der Anerkennung des Delikts, allerdings auch der negative, insofern, dass emotionale oder konkrete Unterstützung nicht angeboten wird. Entgegen den Erwartungen von Relyea und Ullmann (2015) scheinen Reaktionen der „nicht unterstützenden Anerkennung“ sogar ungünstigere Folgen in Bezug auf Depressionen oder die PTSD Symptomatik zu haben als eine Abwendung vom Opfer. Diese Beobachtung ist deswegen bemerkenswert, da Vergewaltigungsopfer in 94 % Formen von nicht unterstützender Anerkennung, hingegen 78 % eine Abwendung von Angehörigen erfahren.⁶⁹

3.1.9. Unacknowledged rape

Der englische Ausdruck „unacknowledged rape“ bezeichnet das Phänomen, dass sexuelle Missbrauchsoffer den Vorfall nicht als Vergewaltigung charakterisieren,

auch wenn er unter die Begriffsdefinition fällt. Was dann beispielsweise als „Misskommunikation“ marginalisiert wird, könnte allerdings Auswirkungen auf posttraumatische Verarbeitungsprozesse haben.⁷⁰ Wilson und Miller (2016) zeigten, dass Vergewaltigungen, die vom Opfer nicht als solche anerkannt werden, mit 60,4 % eher die Regel als die Ausnahme sind.⁷¹ Insgesamt werden nur 16 % der Vergewaltigungen angezeigt.¹

Welche Auswirkungen die (Nicht-)Anerkennung der Vergewaltigung haben könnte, scheint aufgrund von widersprüchlichen Ergebnissen verschiedener Untersuchungen der letzten Jahre unklar zu sein. Wilson und Scarpa (2017) versuchten anhand ihrer Befragungen von 178 Studentinnen Schlüsse zu ziehen: 77,5 % der Befragten fielen in dieser Studie in die Kategorie „unacknowledged rape survivors“. Diese zeigten weniger ausgeprägte PTSD Symptome (Intrusionen, Vermeidungsverhalten) im Vergleich zu Frauen, die den Vorfall als Vergewaltigung anerkannten.⁷⁰

Die Autoren Wilson und Scarpa (2017) verweisen als Erklärungsversuch auf die Informationsprozessierungs-Theorie von Resick und Schnicke (1992)⁷²: Dabei wird angenommen, dass es von der individuell qualitativ unterschiedlichen Konzeptualisierung der traumatischen Erfahrung abhängt, wie auftretende schematische Konflikte gelöst werden. So wird die Vergewaltigung beispielsweise als „Misskommunikation“ assimiliert, wodurch der Vorfall weniger aufwühlend eingeschätzt wird und folglich weniger Intrusionen und vermeidende Verhaltensweisen vorkommen. Auch wenn diese Untersuchung eine mögliche protektive Wirkung der Nicht-Anerkennung in Bezug auf den PTSD-Verlauf indiziert, so warnen die Autoren der Studie voreilige Schlüsse zu ziehen. Es ist außerdem bekannt, dass Opfer, die die Vergewaltigung nicht als solche charakterisieren, einem höheren Risiko ausgesetzt sind erneut Opfer von sexuellem Missbrauch werden. Dies kann damit zusammenhängen, dass Personen wie diese eher in ihrer Beziehung mit dem Partner, der häufig der Täter ist, bleiben.⁷⁰

3.1.10. Opfer-Täter-Beziehung

Ungefähr zwei Drittel der Vergewaltigungen werden von Personen durchgeführt, die dem Opfer bekannt sind, dazu gehören Freunde, Beziehungs- und Ehepartner,

Verwandte und Bekannte. Drohungen, Todesangst, Verletzungen, Verteidigungsverhalten und posttraumatische Symptome können mit der Opfer-Täter-Beziehung variieren. Welche Auswirkungen diese im Speziellen hat, sollten einige Untersuchungen der letzten Jahrzehnte beleuchten.⁷³

Widersprüchliche Ergebnisse zeigten sich in Bezug auf die Ausbildung einer PTSD nach Vergewaltigung. Bis heute scheint es unklar zu sein, ob das Risiko größer ist eine solche zu entwickeln, wenn der Täter entweder ein Bekannter oder ein Fremder ist. Des Weiteren zeigten überwiegend übereinstimmende Ergebnisse, dass peritraumatische Angst ausgeprägter ist, wenn der Täter dem Opfer fremd ist.⁷⁴

Eine Studie zu diesem Thema kam von Feinstein et al. (2011).⁷⁴ Insgesamt wurden 124 weibliche Opfer von Vergewaltigung befragt. Es stellte sich heraus, dass Frauen eher aktiven Widerstand leisteten, wenn der Täter ein Bekannter war, aber in keiner intimen Beziehung zum Opfer stand. Eine mögliche Erklärung sehen die Autoren der Studie darin, dass Vergewaltigungen durch den eigenen Partner oder durch Fremde mit vermehrtem Einsatz von Gewalt assoziiert sind. Schon in früheren Untersuchungen wurde gezeigt, dass Frauen, die von ihrem Partner vergewaltigt wurden, öfter von multiplen Formen häuslicher Gewalt berichteten und eventuell so der Weg für einen gewaltsameren sexuellen Missbrauch geebnet wird. Ist der Angreifer hingegen unbekannt, ist das Angstempfinden für gewöhnlich ausgeprägter. In diesem Falle leistet das Opfer vermutlich häufiger weniger Widerstand, weil zum einen öfter Waffen bedrohlich eingesetzt werden und zum anderen aufgrund der Unkenntnis über die Natur des Täters und den Ausgang der Situation.⁷⁴

3.1.11. Der Täter

Vor allem sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit gelten inzwischen als Risikofaktor für spätere, eigene Straftaten. Es wird von einem „cycle of violence“ gesprochen und einer Umkehr der Opfer- in eine Täterrolle.⁷⁵

Psychopathologisch besteht ein großes Spektrum an möglichen Störungen bei inhaftierten Sexualstraftätern, die zahlreiche Untersuchungen in der Vergangenheit veranschaulichen konnten. Verglichen mit Gewaltstraftätern zeigten sich signifikante Unterschiede bei affektiven Störungen wie Depressionen,

Angst und Dysthymie. Generell erleben sich Sexualstraftäter ärgerlicher, verletzlicher und sozial isolierter. Vor allem pädophile Straftäter weisen eine hohe Prävalenz für eine soziale Phobie auf. ⁷⁶ Eine Studie von Friedrich et al. (2011) konnte außerdem zeigen, dass Sexualstraftäter mit 14,3 % wesentlich häufiger an dissoziativen Erkrankungen leiden als eine Kontrollgruppe mit psychiatrischen Patienten/Patientinnen ohne strafrechtlichen Hintergrund (4,2%). ⁷⁷

Am häufigsten wurden allerdings Persönlichkeitsstörungen mit einer Prävalenz von 75% beobachtet, darunter stand die antisoziale Persönlichkeitsstörung an erster Stelle. Ebenfalls signifikant gehäuft kam die narzisstische Persönlichkeitsstörung vor. ⁷⁶

Es sei erwähnt, dass Sexualstraftäter durch die eigene Tathandlung oder die nachfolgende Inhaftierung traumatisiert werden können, vor allem aber misst man traumatischen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit besondere Bedeutung bei.¹ Die Prävalenz von frühkindlichem sexuellem Missbrauch bei Sexualstraftätern reicht laut Dudeck et al. (2006) von 12-35 %.⁷⁶ Andere Quellen berichten Prävalenzdaten zwischen 52 % und 68 %.⁷⁵ Als weitere Risikofaktoren für spätere strafrechtlich relevante Handlungen gelten emotionaler Missbrauch und familiäre Dysfunktion, die zusammen genommen auch zur Entstehung von Pädophilie, Exhibitionismus und weiteren Sexualdevianzen beitragen können. ⁷⁶

Auch wenn Zusammenhänge zwischen frühkindlichem sexuellem Missbrauch und dem späteren Begehen von Sexualdelikten gezeigt werden konnten, so führt die Mehrheit der missbrauchten Personen ein deliktfreies Leben. Gerade dies lässt die Frage aufkommen, welche psychologischen Faktoren und Mechanismen gegeben sind, die einen Wechsel vom Opfer zum Täter moderieren. Eine mögliche Erklärung gibt die psychoanalytische Auffassung der „Identifikation mit dem Täter“. Dabei sieht sich das Opfer selbst verantwortlich für die Aggressionen des Täters, stattet ihn mit Machtsymbolen aus und imitiert ihn. ⁷⁸

3.2. Körperverletzung

3.2.1. Risikofaktoren für Körperverletzung

Das Risiko Opfer körperlicher Misshandlung zu werden, variiert nach Kilpatrick und Acierno (2003) mit dem Geschlecht, der ethnischen Zugehörigkeit, dem Alter, sozioökonomischen Status, der geographischen Lokalisation, zurückliegender Viktimisierung, psychiatrischer Vorgeschichte, und Substanzmissbrauch. ⁷⁹

Tabelle 6 fasst Prädiktoren für Körperverletzung zusammen (Nach Kilpatrick und Acierno (2003) ⁷⁹:

Männliches Geschlecht	Vorherige Traumatisierung
Ethnische Minderheit	Psychiatrische Störungen
Geringes Einkommen	Alkohol-/Drogenmissbrauch
Größe des Wohnorts	

Während Frauen einem erhöhten Risiko für sexuelle Misshandlung ausgesetzt sind, vor allem durch ihnen bekannte Täter, besteht für Männer eine höhere Wahrscheinlichkeit Opfer einer nicht-sexuellen Gewalttat zu werden, wobei ein solcher Übergriff zumeist durch einen unbekanntem Täter erfolgt. ⁷⁹

Bezüglich des Risikofaktors der ethnischen Zugehörigkeit liegen unterschiedliche Ergebnisse vor, jedoch deutet vieles darauf hin, dass ethnische Minderheiten häufiger Opfer von Gewalt werden. ⁷⁹ Eindeutigere Ergebnisse fand man hinsichtlich des sozioökonomischen Status- sehr geringes Einkommen ist generell mit vermehrter Gewalt assoziiert. Des Weiteren fand man eine positive Korrelation zwischen der Größe des Wohnorts und dem Auftreten von Gewaltdelikten (Vergewaltigungen, Körperverletzungen und Raubüberfälle). ⁷⁹

Als wesentlich bessere Prädiktoren für Körperverletzung, aber auch für Gewaltdelikte generell, dient das Vorliegen einer vorherigen Viktimisierung und einer psychiatrischen Störung. Als mögliche Erklärung hierfür dient beispielsweise ein potenziell vermindertes Konzentrationsvermögen, zu dem es bei einer Depression kommen kann. ⁷⁹

Auch der Missbrauch von Alkohol und/oder Drogen kann die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines traumatischen Ereignisses erhöhen. Kessler et al. (1995) berichten von einem 1,5fach erhöhtem Risiko. ³⁴

3.2.2. Epidemiologie der Körperverletzung

In der umfassenden nationalen Komorbiditätsstudie von Kessler et al. (1995) erhob man, dass 11% der Männer und 7% der Frauen in den Vereinigten Staaten zumindest einmal im Leben durch eine andere Person körperlich verletzt wird. ³⁴ Andere Quellen berichten von 66% beziehungsweise 52%, Diskrepanzen wie diese sind womöglich auf unterschiedliche Definitionskriterien zurückzuführen. ⁷⁹

Für Europa gelten niedrigere Prävalenzdaten. Elklit und Brink (2004) beispielsweise berichten, dass 6% der erwachsenen Bevölkerung Dänemarks Opfer eines körperlichen Angriffs werden, wobei ein Drittel davon Verletzungen zur Folge hat. ⁸⁰ In Österreich werden im Zuge des jährlichen Lageberichts des Bundeskriminalamts Zahlen zur Gewaltkriminalität veröffentlicht. Im Jahr 2016 wurden 40.222 Fälle von vorsätzlicher Körperverletzung zur Anzeige gebracht. In zwei Dritteln davon war der Täter dem Opfer bekannt. ⁸¹

3.2.3. Körperverletzung und PTSD

In einer Übersichtsarbeit fanden Kilpatrick und Acierno (2003) PTSD Prävalenzen in Folge von Körperverletzungen zwischen 23% und 39%. Ebenso erforschten sie Determinanten, die zur Ausbildung einer PTSD führen könnten. ⁷⁹

Wie bereits erwähnt, kann das Geschlecht des Opfers das traumatische Ereignis eines physischen Angriffs begünstigen. So kommen zwar Männer eher in eben diese Situation, die Wahrscheinlichkeit in der Konsequenz eine PTSD zu entwickeln ist allerdings bei Frauen gleich zehnfach erhöht. Dies gilt für das Delikt der Körperverletzung, bemerkenswerterweise zeigen sich aber keine großen Geschlechtsunterschiede bei Vergewaltigung. ⁷⁹ Hypothesen für Diskrepanzen wie diese gibt es viele, ein Grund könnte ein divergierendes Maß an nachfolgender sozialer Unterstützung sein. ⁸²

Das Alter des Opfers scheint mit dem PTSD Risiko invers zu korrelieren. So wurde bei älteren traumatisierten Patienten/Patientinnen nur halb so oft eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. ⁷⁹

Vorangegangene Traumatisierungen und eine psychiatrische Vorgeschichte gingen ebenso mit einem erhöhten Risiko einher. ⁷⁹

Nicht weniger wichtig sind die objektiven und subjektiven Merkmale des eigentlichen Angriffes. Objektive Merkmale sind unter anderem der Einsatz einer Waffe, die Dauer sowie der Ort des Angriffs, die daraus resultierenden Verletzungen und die Beziehung zum Täter. Subjektive Parameter hingegen inkludieren die Wahrnehmung von Lebensgefahr und Angst, empfundene Kontrollierbarkeit, die Intention des Täters und der Level der Eigenschuldzuweisung des Opfers. So ging im Rahmen der Untersuchungen von Kilpatrick und Aciernos Review (2003) beispielsweise ein kombiniertes Auftreten von wahrgenommener Lebensgefahr und eigentlicher Verletzung mit einem sehr großen PTSD Potenzial einher (30,8 %), während die beiden Parameter alleine mit 20,6 % beziehungsweise 25 % in geringerem Maße zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führten. War keines der beiden Merkmale vorhanden, kam es in 19 % zu einer PTSD. ⁷⁹

Analog zur traumatischen Situation der Vergewaltigung sind auch peritraumatische Dissoziationen während gewalttätigen Angriffen mit Körperverletzung mit einem erhöhten PTSD Risiko vergesellschaftet. ⁸³

3.2.4. Körperverletzung und andere Traumafolgestörungen

Das Spektrum an möglichen Folgestörungen nach Gewaltdelikten ist vielfältig. Das Opfer kann neben einer PTSD, die wohl am besten dokumentierte Traumafolgestörung, eine ganze Reihe von großteils koexistierenden psychischen Erkrankungen, aber auch von den international anerkannten Klassifikationssystemen nicht erfasste emotionale Reaktionen entwickeln. ^{1, 84}

Dass Personen, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, diverse weitere Störungen aufweisen können und dies eher die Regel als eine Ausnahme darstellt, wurde bereits erwähnt. Unabhängig von der Art des Traumas, präsentieren sich PTSD Patienten/Patientinnen zu 62-88% mit Komorbiditäten wie affektive Störungen, Angststörungen und Substanzmissbrauch. ⁸⁵

Kilpatrick und Acierno (2003) stellten in ihrer Übersichtsarbeit fest, dass die Hälfte der Opfer von Kriminaldelikten (jeglicher Art) mit PTSD an einer komorbiden

Depression litt.⁷⁹ Ähnliche Ergebnisse lieferten Johansen et al. (2006) im Zuge einer Studie, die sich speziell mit Körperverletzungen befasste. Von 138 Teilnehmern/Teilnehmerinnen (80% Männeranteil) wurde kurz nach dem Trauma (zwischen einer und 16 Wochen) bei 59% eine mögliche PTSD festgestellt. Bei 44% der Teilnehmer/-innen konnte eine potenzielle Depression registriert werden, gleichzeitig lagen im selben Maße Angststörungen vor. Beide Diagnosen korrelieren stark, sowohl in der Allgemeinbevölkerung, als auch in klinischen Stichproben.⁸³ In einer Längsschnittstudie von Johansen et al. (2013) wurden die Diagnosen PTSD, Depression und Angststörungen nach Körperverletzung im Zeitraum von 8 Jahren dokumentiert. 87,5% litten kurz nach dem Trauma gleichzeitig an allen 3 Störungen. 8 Jahre später litten noch 19,1 % der Teilnehmer/-innen an einer PTSD, davon konnten bei 57% noch Depressionen und Angststörungen festgestellt werden.⁸⁴ Boudreaux et al. (1998) sehen das Vorliegen einer PTSD als potenziell bedeutsamen Vermittlungsfaktor, ohne den das Ausbilden von anderen Traumafolgestörungen weit geringer ausfallen würde.⁸⁵

Im Übrigen besteht ein hohes Risiko für ein komorbides Auftreten von Substanzmissbrauch und PTSD nach gewaltsamen Kriminaldelikten, vor allem Männer präsentieren sich häufig mit Alkoholabhängigkeit.⁷⁹

3.2.5. Der Täter

In der Allgemeinbevölkerung wie auch in der Wissenschaft herrschen teils kontroverse Diskussionen, von welchen Individuen erhöhte Gewaltbereitschaft zu erwarten ist. Eine Übersichtsarbeit von Steinert (2001) fasste verschiedene psychische Störungsbilder, die mit einem gesteigerten Risiko für Gewalttaten einhergehen könnten, zusammen.⁸⁶

Eine inzwischen mehrfach bestätigte Untersuchung ergab, dass Schizophrenieerkrankte ein bis zu fünffach erhöhtes Risiko für Gewalttaten zeigen. Dieses steigt nochmal an, wenn zusätzlich Substanzmissbrauch vorliegt. Der Großteil dieser Personen befand sich allerdings zum Zeitpunkt der Tat nicht in psychiatrischer Behandlung, zwei Fünftel erhielt gar noch nie adäquate Hilfe.⁸⁶

Weniger Daten liegen bezüglich affektiver Störungen vor. Allerdings hat sich abgezeichnet, dass vor allem manische Patienten/Patientinnen im Rahmen einer

bipolaren Störung häufig impulsiv-aggressiv agieren. Bei dieser Personengruppe erfolgt eine Gewalttat selten geplant, dementsprechend sind schwere Körperverletzungen rar. Depressive Patienten/Patientinnen hingegen tendieren dazu aggressive Verhaltensweisen eher gegen die eigene Person zu richten, die Gewaltbereitschaft gegen andere Personen wird als vermindert angesehen. ⁸⁶

Die heterogenen Krankheitsbilder von geistiger Behinderung und hirnorganischen Erkrankungen sollten spezifisch betrachtet werden. So zeichnete sich bei gering intelligenzverminderten Personen die größte Gefahr für gewalttätige Straftaten ab, schwerer beeinträchtigte Patienten/Patientinnen hingegen ragen trotz häufigen aggressiven Verhaltensweisen strafrechtlich kaum hervor. Die Epilepsie geht mit keinem erhöhten Gewaltpotenzial einher. Demenzielle beeinträchtigte Menschen dagegen fallen häufig durch aggressive Handlungen gegen Angehörige und/oder Pflegepersonen auf. ⁸⁶

Bei den Persönlichkeitsstörungen ist vor allem die dissoziale Persönlichkeitsstörung zu nennen. Männer mit dieser Diagnose zeigen ein fünffach, Frauen ein sechsfach erhöhtes Risiko für Straftaten, die allerdings überwiegend auf Diebstähle fallen. Die Mehrzahl der Personen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung wird strafrechtlich jedoch nicht durch Gewaltdelikten auffällig. ⁸⁶

Das epidemiologisch größte erfasste Risikopotenzial für gewalttätige Straftaten geht von Individuen aus, die in vermehrtem Ausmaß Drogen und Alkohol konsumieren. So ist Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten zufolge vor allem Kokainmissbrauch signifikant überpräsent. Betrachtet man alle gewalttätigen Straftaten zusammen, kommt Alkoholmissbrauch die größte Bedeutung zu. ⁸⁶ Scott, Schafer und Greenfield (1999) werteten im Zuge einer Sekundäranalyse die Daten von 2058 Erwachsenen aus. Sie fanden heraus, dass der Missbrauch von Alkohol sowohl mit männlichen Tätern, als auch mit männlichen Opfern assoziiert war. Die Relation konnte man für Frauen nicht nachweisen. Erhöhte Aggressionsbereitschaft konnten Forscher zuvor schon im Tiermodell bei männlichen Individuen mit hohem Testosteronlevel nachweisen, wiederum nicht bei weiblichen. ⁸⁷

3.3. Häusliche Gewalt

3.3.1. Definition häuslicher Gewalt

Häusliche Gewalt ist definiert als die Androhung oder Ausführung von physischer und/oder psychischer/emotionaler Gewalt, wobei der Täter zum häuslichen Umfeld, aber nicht zwingend im selben Haushalt wohnen muss. Ausschlaggebend dafür ist die Enge der Beziehung zwischen Opfer und Täter, wobei diese Rolle vom Beziehungs-, Ehe- oder Ex-Partner, einem Familienmitglied, Freund/-in oder Bekannten eingenommen werden kann. ⁸⁸

Der Großteil der Literatur fokussiert auf Frauen als Opfer, wobei erwähnt sei, dass Männer ebenso von häuslicher Gewalt betroffen sein können. Die Mehrzahl der Fälle widerfährt jedoch Frauen. ⁸⁸

Im Unterschied zu den bisher ausgeführten Gewaltdelikten der Vergewaltigung und Körperverletzung, beschreibt häusliche Gewalt kein solitäres Gewaltereignis. Sie ist eher als komplexes System von Kontrolle und Missbrauch zu verstehen, wobei Gewalt in verschiedenen Formen und über längere Zeiträume hinaus auftritt. ⁸⁸

Häusliche Gewalt kann sich in unterschiedlichen Formen präsentieren. Auch wenn für die Definition nicht explizit notwendig, ist physische Gewalt häufig. Dabei kann es beispielsweise zu Schlägen, Bissen und den Einsatz von Messern oder Waffen kommen. Sexuelle Gewalt, definiert als jegliche Art von ungewollter Sexualität, wird als Subtyp der physischen Form angesehen. Psychologische/emotionale Gewalt im Vergleich ist schwieriger zu erfassen und kann sehr unterschiedliche Ausmaße annehmen. Sie inkludiert unter anderem die Isolation des Opfers, dessen Erniedrigung, Wutausbrüche sowie soziale Restriktionen (e.g. Kontaktverbot zu Freunden) und ökonomische Einschränkungen (e.g. Geldkonfiszierung, Arbeitsverbot). ⁸⁸

3.3.2. Risikofaktoren von häuslicher Gewalt

Eine Untersuchung von Müller und Schröttle (2004) zur Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland konnte Gewalt in der Kindheit und im Jugendalter als einen Risikofaktor für spätere Gewalt durch den Partner ausfindig machen. Diese Frauen waren dreimal so häufig Opfer von

häuslicher Gewalt als andere Frauen. Einen zweifachen Effekt hatte regelmäßige Gewalt, wenn sie zwischen den Elternteilen stattfand. ⁸⁹

Flury, Nyberg und Riecher-Rössler (2010) fassten einige weitere validierte Risikofaktoren in einer Übersichtsarbeit zusammen. So dürfte häusliche Gewalt häufiger bei jungen Frauen stattfinden. Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit zeigt sich auch bei unverheirateten Paaren. Bildung scheint einen protektiven Effekt zu haben. In diesem Zusammenhang wurde auch eine Assoziation zwischen häuslicher Gewalt und niedrigem Einkommen gefunden. Drogen- und vor allem Alkoholmissbrauch, sowohl durch das Opfer, als auch durch den Täter, geht ebenso mit einem verstärkten Risiko einher. ⁸⁸

Stewart und Vigod (2017) beschreiben aufgrund von Daten der WHO zahlreiche weitere Prädiktoren. So spielen individuelle Faktoren wie eine psychiatrische Vorgeschichte und Migration eine Rolle, ebenso Gemeinschaftsfaktoren wie eine hohe Kriminalitätsrate und ein Defizit an Servicestellen für die Opfer, sowie soziale Faktoren wie kulturelle Akzeptanz für häusliche Gewalt, Geschlechtsungleichheiten und mangelnde Gesetze für die Durchführung von strafrechtlichen Maßnahmen gegen häusliche Gewalt. ⁹⁰ Grundsätzlich bleibt aber zu sagen, dass jede Frau, unabhängig von Alter, Herkunft, Einkommen und Ausbildung, Gewalt durch Nahestehende erfahren kann. ⁸⁸

Tabelle 7 fasst Prädiktoren für häusliche Gewalt zusammen (nach Flury, Nyberg und Riecher-Rössler (2010) ⁸⁸, Müller und Schröttle (2004) ⁸⁹ und Stewart und Vigod (2017) ⁹⁰)

Gewalt in der Kindheit	Psychische Störungen
Weibliches Geschlecht	Ethnische Minderheit
Junges Alter	Hohe Kriminalität
Unverheiratete Paare	Defizit von Opferservicestellen
Geringes Bildungsniveau	Kulturelle Akzeptanz
Geringes Einkommen	Geschlechtsungleichheiten
Drogen-/Alkoholmissbrauch	Mangelnde Gesetze

3.3.3. Epidemiologie von häuslicher Gewalt

In Österreich fielen 2016 bei 43.098 Anzeigen von Gewaltdelikten zwei Drittel auf Beziehungstaten.⁸¹ Aus Gefühlen wie Scham, Schuld, Angst, oder Auffassungen von traditionellen Ideen von Ehe und Familie bleiben jedoch viele Fälle von häuslicher Gewalt unentdeckt, genaue Daten sind nicht vorhanden.⁸⁸ Die globale Lebenszeitprävalenz für Gewalt gegen Frauen wird zwischen 15% und 71% geschätzt,⁹⁰ für europäische Länder gelten Zahlen zwischen 10% und 36%.⁸⁸ In den USA gibt jede dritte Frau an schon einmal durch häusliche Gewalt viktimisiert worden zu sein. Dort gilt Gewalt durch den Partner als häufigster Grund für nicht-tödliche Verletzungen bei Frauen.⁹⁰ Psychologische/emotionale Gewalt kommt laut verschiedener Untersuchungen doppelt so häufig vor als die physische Form.⁸⁸

3.3.4. Häusliche Gewalt und PTSD

Häusliche Gewalt geht in vielen Fällen mit einer PTSD einher (Odds Ratio 7.34).⁹⁰ Im Zuge einer systematischen Übersichtsarbeit von Lagdon, Armour und Stringer (2014) konnte psychische/emotionale Gewalt neben physischer und sexueller Gewalt ebenso als alleiniger Risikofaktor für die PTSD bestätigt werden und sollte nach Meinung der Autoren nicht länger unbedeutenderer als andere Formen von Gewalt angesehen werden. Dominanz, Einschüchterung und herabwürdigendes Verhalten gegenüber dem Opfer spielen eine signifikante Rolle in der Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Angst kann als wesentlicher Faktor dazukommen. Zusätzlich wird oftmals durch ein Verbot von Inanspruchnahme sozialer Unterstützung ein wichtiger protektiver Faktor verweigert.⁹¹

Das Auftreten von PTSD ist in hohem Maße mit dem Auftreten anderer komorbider Störungen assoziiert, in erster Linie mit Depressionen. Es zeigte sich, dass mit der Schwere und Häufigkeit der Gewalt, das Risiko für die Ausbildung einer PTSD und anderer Störungen wesentlich ansteigt.⁹¹ In besonders schwerwiegenden Fällen kann bei polyviktimisierten Patienten/Patientinnen eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (i.e. Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) diagnostiziert werden.⁹²

3.3.5. Häusliche Gewalt und andere Traumafolgestörungen

Abgesehen von den physischen Folgestörungen häuslicher Gewalt (Stich-, Schlagverletzungen, Frakturen, Kopf- und Wirbelsäulenverletzungen) kann häusliche Gewalt mit einer Fülle von teils komorbiden psychischen Folgestörungen und Beschwerden einhergehen.⁸⁸

Depressionen sind ebenso wie die PTSD signifikant häufiger (Odds Ratio 2,77) bei Opfern häuslicher Gewalt festzustellen als bei Nicht-Opfern.⁹⁰ Die Interaktion zwischen den beiden Störungen kann das Risiko für Suizidideen anheben.⁹¹

Auch Angststörungen (OR 4,08) sind regelmäßig zu diagnostizieren.⁹⁰

Die PTSD, Depressionen und Angststörungen, die regelmäßig komorbid auftreten, leiten die Opfer in vielen Fällen zum maladaptiven Versuch einer Selbstmedikation im Sinne von Alkohol- und Drogenmissbrauch.⁹¹ In Bezug darauf konnte der schädliche Gebrauch von Alkohol vor allem mit psychischer/emotionaler Gewalt assoziiert werden (OR 1,86) und der Gebrauch von illegalen Substanzen mit physischer Gewalt (OR 2,07).⁹³

Im Übrigen korrelieren das Auftreten und die Schwere von häuslicher Gewalt mit somatischen Beschwerden.⁹¹ Einige Beispiele hierfür sind Kopfschmerzen und Migräneattacken, gastrointestinale und urogenitale Beschwerden sowie Schwächegefühle, Schlafstörungen und chronische Schmerzsyndrome.⁹⁰

Neben dem Spektrum psychischer Störungen, das die Folgen häuslicher Gewalt einnimmt, bestehen für das Opfer zahllose zusätzliche Einschränkungen, die vom ICD- und DSM Klassifikationssystem nicht erfasst werden können. So sind Viktimisierte jeglicher Art von Gewaltverbrechen häufig mit Scham, Verlust von Selbstachtung und -vertrauen, der Trauer um das Verlieren einer Vertrauensperson oder der Angst um den eigenen Arbeitsplatz konfrontiert.¹

Hanson et al. (2010) fokussierten in ihren Nachforschungen bei Gewaltopfern (u.a. Vergewaltigung, Körperverletzung, häusliche Gewalt) auf das Funktionieren der Eltern- und Partnerrolle, die Aufrechterhaltung des sozialen Umfelds, der Arbeitsfähigkeit und genereller Zufriedenheit mit dem Leben. Dabei wurden teils tiefgreifende Einschränkungen der Lebensqualität festgestellt.⁹⁴

3.4. Kindesmissbrauch

3.4.1. Definition

Analog zur häuslichen Gewalt umfasst der nicht unproblematische Begriff des Kindesmissbrauchs körperliche, sexuelle und psychische/emotionale Gewalt gegen Kinder (bis 14 Jahre).^{95, 96} Zusätzlich inkludiert die Bezeichnung noch die Vernachlässigung eines Kindes. Häusliche Gewalt beziehungsweise Gewalt zwischen den Erziehungsberechtigten kann darüber hinaus eine Rolle spielen.⁹⁷

Grundsätzlich wird jede Handlung durch ein Elternteil, Erziehungsberechtigten oder Betreuer, aus der eine Schädigung resultiert, diese angedroht wird oder potenziell schädigend sein kann, als Kindesmissbrauch definiert. Die Handlung muss nicht vorsätzlich geschehen.⁹⁷

Physischer Missbrauch kann sich beispielsweise durch Schlagen, Schütteln, Verbrennen, Beißen oder Vergiften des Kindes äußern. Beim sexuellen Kindesmissbrauch wird unterschieden zwischen penetrierendem Missbrauch, Kontakt- (unter anderem vorsätzliches Berühren von Genitalien, Gesäß oder Brüste) und non-Kontaktmissbrauch (Exposition des Kindes gegenüber sexuellen Aktivitäten, Filmen des Kindes). Psychischer/emotionaler Missbrauch kann sich etwa in Beschuldigen, Degradieren, Isolieren oder Einschüchtern des Kindes manifestieren. Diverse Äußerungen und Handlungen sind denkbar, summa summarum beschreibt diese Form von Missbrauch jegliches Verhalten, welches das Kind potenziell oder tatsächlich in seinen psychischen/emotionalen Entwicklungsaspekten schädigt. Eine weitere Form von Kindesmissbrauch stellt die Vernachlässigung dar. Dabei werden elterliche Pflichten verabsäumt, wie zum Beispiel die Zurverfügungstellung von Essen, Kleidung, Unterkunft oder medizinische Versorgung.⁹⁷

3.4.2. Risikofaktoren von Kindesmissbrauch

In der Literatur werden drei grundsätzliche Kategorien von Faktoren beschrieben, die das Risiko für Kindesmissbrauch moderieren können.⁹⁷

Betrachtet man die Merkmale der Opfer von Kindesmissbrauch, so scheint es, dass das Geschlecht eine Rolle spielt. In einkommensreichen Ländern sind vor allem Mädchen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sexuell missbraucht zu werden.

Andere Missbrauchsformen (physisch, psychisch/emotional, Vernachlässigung) betreffen beide Geschlechter in etwa gleich. In einkommensschwächeren Ländern hingegen ist ein weibliches Geschlecht vor allem mit Infantizid, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung assoziiert, während Knaben im Vergleich öfter physischer Bestrafung erleben.⁹⁷ Des Weiteren sind Kinder und Jugendliche mit Behinderung in verstärktem Maß mit Missbrauch konfrontiert.^{95, 97}

Ferner spielen elterliche Merkmale eine maßgebliche Rolle. Beispielsweise prädiziert junges Alter der Eltern oder Alleinerziehen Kindesmissbrauch.⁹⁶ Auch Armut und ein niedriges Bildungsniveau können sich negativ auswirken. Weist ein Elternteil Missbrauchserfahrungen in seiner Kindheit auf, erhöht sich außerdem das Risiko einmal selbst handgreiflich zu werden. Psychische Probleme und vor allem Alkoholmissbrauch korrelieren stark mit Missbrauchsdelikten.⁹⁷

Ansonsten haben Gemeinschaftsfaktoren einen schwachen bis moderaten Effekt. Eine hohe Kriminalitätsrate, geringer sozialer Zusammenhalt und informelle Sozialkontrolle sind mit vermehrtem Auftreten von Missbrauchsvorfällen assoziiert.⁹⁷

Tabelle 8 gibt einen Überblick über Risikofaktoren von Kindesmissbrauch (nach Gilbert et al. (2008)⁹⁷ und World Health Organisation (2002)⁹⁶)

Merkmale des Kindes	Merkmale der Eltern	Merkmale der Gemeinschaft
Weibliches Geschlecht	Junges Alter	Hohe Kriminalität
Behinderung	Alleinerziehen	Geringer sozialer Zusammenhalt
	Armut	Informelle soziale Kontrolle
	Niedriges Bildungsniveau	
	Missbrauchserfahrungen	
	Psychische Probleme	
	Alkohol- /Drogenmissbrauch	

3.4.4. Epidemiologie des Kindesmissbrauchs

Zur Häufigkeit von Kindesmissbrauch liegen keine exakten Zahlen vor. In den Kriminalstatistiken scheinen nur jene Fälle auf, die zur Anzeige gebracht werden. Im Vergleich dazu wird in anonymen Befragungen zehnfach so häufig über Kindesmissbrauch berichtet. Die wahren Prävalenzdaten könnten allerdings durch individuelle Hindernisse wie Vergessen, Verleugnung, Missverständnisse und Schamgefühle noch höher liegen. ⁹⁷

Gilbert et al. (2008) fassten die wichtigsten Ergebnisse der vorangegangenen Jahre zum Thema Epidemiologie von Kindesmissbrauch in einer Übersichtsarbeit zusammen. 0,3- 1,21% aller Kinder in einkommensreichen Ländern (England, USA, Kanada, Australien) wurden nachgewiesenermaßen misshandelt, nachdem zuvor Anzeige erhoben wurde. Der häufigste Grund dabei war Vernachlässigung (34-60%), gefolgt von psychischem (11-34%), physischem (10-28%) und sexuellem Missbrauch (7-10%). Multiple Formen von Gewalt gegen Kinder war dabei keine Ausnahme. ⁹⁷

Neben den angezeigten Fällen analysierten Gilbert et al. (2008) außerdem subjektive Erhebungen. 3,7-16,3% der Befragten in verschiedenen Ländern (Großbritannien, USA, Neuseeland, Finnland, Italien, Portugal) gaben an als Kinder schweren physischen Missbrauch erlitten zu haben. In bis zu einem Drittel der Fälle wurde von kumulativem Missbrauch berichtet. Geringgradigere Vorfälle wie Ohrfeigen oder Schlagen flossen nicht in die Erhebungen mit ein. ⁹⁷

Zur Prävalenz von psychischem Missbrauch liegen weniger Daten vor. Aus Ergebnissen von Befragungen in den USA und Großbritannien schloss man, dass 8-9% der Frauen und 4% der Männer als Kinder Opfer von psychischem/emotionalem Missbrauch wurden. In Osteuropa fand man höhere Zahlen. ⁹⁷

Die größte Anzahl an Studien galt dem sexuellen Missbrauch von Kindern. 5-10% der Frauen und 1-5% der Männer (Australien, Neuseeland, Kanada, USA) gaben an als Kinder penetrierend sexuell missbraucht worden zu sein. Schätzungen zufolge sind 25,3% aller Frauen und 8,7% aller Männer weltweit als Kinder irgendeiner Form von sexuellem Missbrauch ausgesetzt, wobei Kontaktmissbrauch (13,2% der Frauen, 3,7% der Männer) die häufigste Form

darstellt. Dieser folgen Nicht-Kontaktmissbrauch (6,8% versus 3,2%) und penetrierender Missbrauch (5,3% versus 1,9%). In 15-30% beziehungsweise 5-15% kommt es zu wiederholten Vorfällen.⁹⁷

Vernachlässigung stellt die häufigste Form von Kindesmissbrauch dar, die zur Anzeige gebracht wird. Die wenigen Studien, die zur Verfügung stehen, ließen auf Prävalenzdaten zwischen 1,4% und 10,1% (Großbritannien und USA) schließen.⁹⁷

Die wohl schwerwiegendste Folge von Kindesmissbrauch besteht wohl im Tod des Kindes. Verifizierte Prävalenzdaten sind rar, nach Schätzungen der WHO starben im Jahre 2000 weltweit ungefähr 60 000 Kinder an den Folgen von Kindesmissbrauch, wobei vor allem Kleinkinder dem größten Risiko ausgesetzt sind. Ursächlich sind zumeist Verletzungen am Kopf, Unterleibsverletzungen und vorsätzlich herbeigeführter Erstickungstod.⁹⁶

Betrachtet man alle polizeilich verifizierten Fälle von Kindesmissbrauch, so stellen in 82% (USA) die Eltern die Täter dar. Dies trifft vor allem für physischen Missbrauch (77%), psychologischen/emotionalen Missbrauch (81%) und Vernachlässigung (87%) zu. In 26% der Fälle sind die Eltern auch für den sexuellen Missbrauch ihrer Kinder verantwortlich. Häufiger noch geschieht dieser allerdings durch Verwandte (29%).⁹⁷ Ähnlich viele Vorfälle ereignen sich durch Fremdpersonen, hier sind vor allem stationäre Erziehungseinrichtungen und Internate zu nennen.⁹⁵

3.4.5. Kindesmissbrauch als Entwicklungstrauma

Depressionen, PTSD, Herzerkrankungen aber auch selbstverletzendes oder kriminelles Verhalten sind nur wenige Beispiele in einer ganzen Fülle an Folgen, die ihren Ursprung in Kindheitstraumatisierungen haben können. Um diese Folgen verstehen und adäquat beschreiben zu können, beleuchtet Van der Kolk (2005) geschädigte, komplex traumatisierte kindliche Denkmuster und führt zudem den Begriff der „Entwicklungstraumastörung“ (Developmental Trauma Disorder) ein.⁹⁸

Kinder, die in Sicherheit aufwachsen, lernen bereits in jungen Jahren Bindungsmuster, die sich auf die Informationsprozessierung im späteren Leben auswirken. So entsteht ein komplexes Vokabular, mit dessen Hilfe Emotionen wie Liebe, Hass, Ärger oder Vergnügen beschrieben werden können und imstande

sind effiziente Lösungsstrategien zu finden oder sich an vertraute Personen zu wenden. Diese Kinder lernen ihren Gefühlen und ihrem Verständnis von ihrer Umwelt zu vertrauen. ⁹⁸

Erweist sich nun zum Beispiel ein Elternteil als eine Quelle von Distress, übersteigt dies die sich noch in Entwicklung befindlichen Prozessierungsmöglichkeiten des Kindes und das Erlebte kann nicht korrekt integriert und kategorisiert werden. Hält der Distress weiter an, werden relevante Empfindungen, Wahrnehmungen und Affekte in sensorische Fragmente dissoziiert. Die gewaltsamen, sexuellen oder vernachlässigenden Handlungen der Eltern führen zu zunehmend unsicheren kindlichen Bindungsmustern. Es resultiert eine Unfähigkeit der Kinder ihren emotionalen Zustand zu regulieren und anderen zu vertrauen, was sich durch exzessive Angst oder Wut verdeutlicht. In Extremfällen können sich dissoziative Zustände oder Selbstverletzungen ergeben. Befindet sich das Kind in einer solch hilflosen Verfassung, wechselt es bei erneuter Triggerung üblicherweise spontan von einem ängstlichen Zustand in eine fight/flight/freeze-Antwort. Kinder haben nicht wie Erwachsene die Möglichkeit Anzeige zu erstatten oder den Wohnort zu wechseln, ihr Verhalten resultiert schlichtweg aus einer Anpassung auf ihre Lebensumstände und dient dem Zweck des Überlebens. ⁹⁸

Chronisch traumatisierte Kinder, die mit ihren eigenen Copingmechanismen alleine gelassen werden, haben in vielen Fällen Probleme mit emotionaler Selbstregulierung. Dies führt zu Schwierigkeiten ein eigenes Selbstbild zu definieren, was sich beispielsweise durch Störungen ihrer Impulskontrolle und folgender Aggressionstendenz, Vertrauenslosigkeit, Problemen mit Intimität und letztlich sozialer Isolation äußern kann. Der häufige Wechsel zwischen amnestischen, dissoziativen, Depersonalisations- und Derealisationen, Flashbacks, Albträumen, Konzentrationsschwierigkeiten und räumlicher/zeitlicher Desorientierung kann nicht richtig artikuliert werden. Alles Neue wird als Gefahr interpretiert. Das gewohnte, gewaltsame Umfeld erscheint dagegen sicherer, weil dieses inzwischen vorhersagbar geworden ist. ⁹⁸

Dass kindliche Kumulativtraumata den Nährboden für diverse psychische Folgestörungen bieten, lässt sich in der Praxis regelmäßig beobachten. So wird

zumeist eine PTSD mit verschiedenen komorbiden Erkrankungen wie Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens oder phobischen Störungen diagnostiziert. Nachdem die Posttraumatische Belastungsstörung ursprünglich für erwachsene Personen konzipiert wurde und sie die komplexen Folgen von multiplen Kindheitstraumata nicht adäquat erfassen kann, bekräftigt Van der Kolk (2005) die Einführung der „Entwicklungsstraumastörung“ (Developmental Trauma Disorder). Dadurch sollen kindheitsspezifische Facetten wie Affektregulation, Verhaltensregression, Selbst- und Fremdaggression, gestörte Bindungsmuster, antizipatorisches Verhalten aber auch multiple somatische Beschwerden wie Kopf- und Gastrointestinalschmerzen miteinbezogen werden.⁹⁸

3.4.6. Kindesmissbrauch und PTSD

Die PTSD gilt mangels besserer Alternativen als die gebräuchlichste Diagnose für chronisch traumatisierte Kinder.⁹⁸ Bisher ist wenig zu den Eigenheiten dieser Störung im Kindesalter bekannt.⁹⁹ Auch die uneinheitlichen, aktualisierten Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-5 gelten als nicht sensitiv genug, um die altersspezifischen Symptome einer kindlichen Posttraumatischen Belastungsstörung zu erfassen.¹⁰⁰

Je älter das traumatisierte Individuum ist, desto eher zeigt sich die PTSD in ihrer klassischen Symptomatik.⁹⁸ Prinzipiell wird angenommen, dass Kinder ab drei bis vier Jahren erkranken können.⁹⁹ Die DSM-4 Kriterien werden aber selten erfüllt, auch wenn teils erhebliche Beeinträchtigungen vorhanden sind.¹⁰¹ Der Grund könnte dafür in der heterogenen Ausprägung kindlicher Traumaprozessierung liegen. Intrusionen im Sinne von Flashbacks kommen beispielsweise selten vor,⁹⁹ stattdessen werden häufig traumatische Erfahrungen im sogenannten traumatischen Spiel reinszeniert. Auch unspezifische Alpträume können auftreten. Das Vermeidungsverhalten zeigt sich oft durch einen Interessensverlust an Tätigkeiten, die zuvor Freude bereitet haben. Gelegentlich zeigt sich auch ein regressives Verhalten wie nächtliches Einnässen. Mit zunehmendem Alter können Betroffene ihre Wahrnehmungen verbalisieren, Kinder hingegen zeigen eher unspezifische Vermeidungs- und Angstsymptome.¹⁰¹ Häufige Merkmale kindlicher PTSD sind außerdem Kopf- und Bauchschmerzen.⁹⁹ Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten und übermäßige Schreckhaftigkeit

kommen analog zu Erwachsenen mit Posttraumatischer Belastungsstörung vor. Wiederholte traumatische Ereignisse können zu ausgeprägter Symptomatik führen.¹⁰¹

Auch wenn im Kindesalter keine PTSD nach Missbrauch diagnostiziert wird, so können sich die traumatischen Erfahrungen gravierend auf das Jugend- und Erwachsenenalter auswirken.¹⁰¹ Frühe Missbrauchserfahrungen lösen möglicherweise eine Kaskade an neurobiologischen Vorgängen aus (wie im Kapitel 1.4.2. beschrieben), die lange persistieren und Auswirkungen auf die Ausbildung späterer psychischer Erkrankungen wie PTSD haben könnten.¹⁰²

So zeigte sich, dass das Risiko im Laufe des Lebens eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln erhöht ist, wenn von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit berichtet wird. Jugendliche und junge Erwachsene mit einer solchen Vorgeschichte weisen eine fünf- bis zehnfache Wahrscheinlichkeit auf eine PTSD zu erleiden.¹⁰³ Widom (1999) fand außerdem eine PTSD-Prävalenz zwischen 30 und 37% bei Erwachsenen.¹⁰⁴

Im Übrigen scheint die Art des Missbrauchs eine Bedeutung für die Ausprägung einer PTSD zu haben. Auch wenn ein misshandeltes Kind häufig multiplen Missbrauchsformen ausgesetzt ist, so dürfte sexuelle Gewalt die gravierendsten Auswirkungen haben.⁹⁷ Andrews et al. (2004) verglichen in einer systematischen Übersichtsarbeit verschiedene psychische Folgestörungen nach sexuellem Missbrauch bei Kindern und fanden signifikant erhöhte PTSD Raten bei inzwischen erwachsenen Frauen (Odds Ratio 10,2) und Männern (OR 5,3). Die Wahrscheinlichkeit war umso höher, wenn sie penetrativ missbraucht wurden.¹⁰⁵

Widom (1999) zeigte in einer prospektiven Studie außerdem aktuelle PTSD Raten von 23% bei sexuellem, 19% bei physischem und 17% bei vernachlässigendem Missbrauch bei zu dieser Zeit 29-jährigen Erwachsenen.¹⁰⁴

3.4.7. Kindesmissbrauch und Depression

Die ersten Anzeichen einer Depression können sich bereits im Kindesalter zeigen.⁹⁷ Zur Wahrscheinlichkeit der Entstehung von Depressionen nach Kindesmissbrauch geht man von einer Dosis/Wirkungsbeziehung aus. Je öfter und je schwerwiegender das Kind misshandelt wird, desto wahrscheinlicher wird die

Ausbildung einer depressiven Störung. ¹⁰⁶ Ungefähr ein Viertel der als Kinder missbrauchten Personen erleidet bis zum 30. Lebensjahr eine schwere Depression. ⁹⁷

Verschiedene Zwillingsstudien zeigten signifikante Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch und der Entwicklung von Depressionen. Spezifischer wurde die stärkste Korrelation zwischen penetrierendem Missbrauch und Depressionen gefunden, einen geringeren Effekten hatte dabei reiner Kontakt-Missbrauch. ¹⁰⁵

Norman et al. (2012) verglichen metaanalytisch 124 Studien und fanden dabei vor allem hohe Prävalenzdaten nach physischen Missbrauch. Schwerwiegende, angezeigte Missbrauchsfälle gingen im Rahmen prospektiver Studien mit einer Odds Ratio von 2,41 einher. Bei strukturierten Interviews ergab sich eine OR von 1,82. Wurde im Rahmen von Symptomskalen eine Depression diagnostiziert, wurde die OR mit 1,52 angegeben. Evidenz für eine Dosis/Wirkungsbeziehung zwischen Depressionen und Kindesmisshandlung fand man, wenn der Missbrauch psychologischer/emotionaler oder vernachlässigender Natur war, nicht aber bei physischer Gewalt in der Kindheit. ¹⁰⁶

3.4.8. Kindesmissbrauch und Substanzmissbrauch

Sexueller Missbrauch an Kindern wurde mit einem signifikanten Risiko für Alkoholmissbrauch oder-abhängigkeit im späteren Jugend- und Erwachsenenalter assoziiert. Wiederum wurde der größte Effekt bei penetrierendem Missbrauch gefunden (Odds Ratio 6,48). Kontaktmissbrauch ohne Penetration korrelierte nicht übermäßig mit Alkoholmissbrauch, wohl aber sexueller Missbrauch ohne Kontakt (OR 3,2). Ähnliche Wahrscheinlichkeiten galten in Zusammenhang mit Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. ¹⁰⁵

Norman et al. (2012) errechneten darüber hinaus signifikante Zusammenhänge zwischen Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und physischem (OR 1,4) und psychischem/emotionalem Missbrauch (OR 1,27), aber nicht für Vernachlässigung. Vergleichbare Wahrscheinlichkeiten ergaben sich zwischen Drogenmissbrauch und nicht-sexueller Misshandlung, wobei Vernachlässigung in diesem Fall signifikant korrelierte. ¹⁰⁶

3.4.10. Kindesmissbrauch und weitere psychische Folgestörungen

Bereits im Kindesalter kann sich eine Vielzahl an psychischen Störungen und Problemen ergeben. Nach Kindesmissbrauch werden häufig, abgesehen von der PTSD, unter anderem phobische und hyperkinetische Störungen, Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten diagnostiziert. Ungerichtete Aggression, fehlende Impulskontrolle, dissoziative Phänomene und Bindungsschwierigkeiten beeinträchtigen das Kind in seiner Entwicklung und führen zu weiteren Problemen im Jugend- und Erwachsenenalter.⁹⁸

Weit verbreitet unter Opfern von Kindesmissbrauch finden sich beispielsweise Angststörungen. Norman et al. (2012) fand Korrelationen mit physischem (Odds Ratio 1,51), emotionalem (OR 3,21) und vernachlässigendem (OR 1,82) Missbrauch. Ebenso konnte eine Verbindung zwischen Panikstörungen und physischem Missbrauch beobachtet werden.¹⁰⁶ Diese kamen auch gehäuft bei sexuellem, vorwiegend penetrierendem Missbrauch vor.¹⁰⁵

Die bedeutenden Auswirkungen von sexuellem Kindesmissbrauch in Bezug auf Essstörungen wurden bereits in Kapitel 3.1.6. behandelt. Auch die restlichen, non-sexuellen Missbrauchsformen stehen in Zusammenhang mit dem Auftreten von Essstörungen. Physischer Missbrauch alleine bedingt ein bis zu fünffach wahrscheinlicheres Ausbrechen von Bulimia nervosa.¹⁰⁶

Kopf- und Bauchschmerzen sowie dissoziative Phänomene lassen sich bei missbrauchten Opfern regelmäßig beobachten.^{98,99} So fanden beispielsweise Mueller-Pfeiffer et al. (2013) häufiger somatoforme/dissoziative Symptome als PTSD-Symptome bei Erwachsenen, die im Kindesalter (< 12 Jahre) physisch oder sexuell missbraucht wurden.¹⁰⁷

Eine weitere schwerwiegende Folge von Missbrauch in der Kindheit liegt im Auftreten von versuchtem und vollendetem Suizid. Sowohl sexuelle, als auch physische Misshandlung gehen mit einem doppelten Risiko einher sich bis zum Erreichen des 30. Lebensjahres zu suizidieren. Bei Personen mit penetrierendem Missbrauch und schwerer physischer Gewalt in der Anamnese kam es in Untersuchungen zu Suizidraten in zwischen 11% und 21% der Fälle zu

Selbstmord. Auch psychischer/emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung sind mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert. ⁹⁷

Zwischen Zwangsstörungen und sexuellem Missbrauch konnte bisher keine klare Verbindung festgestellt werden. ¹⁰⁵ Ebenfalls gemischte Ergebnisse fand man zwischen dem Auftreten von Kindesmissbrauch und Psychosen. ⁹⁷ Weiterhin bestehen Hinweise auf eine Assoziation zwischen Persönlichkeitsstörungen und Kindesmisshandlung (u.a. emotional instabile Persönlichkeitsstörung). ⁹⁸

Die Folgen von Kindheitstraumata gehen jedoch weit über die erwähnten Störungen hinaus. Das permanente Empfinden nicht gewollt, minderwertig, bedroht zu sein und bestenfalls sporadisch menschliche Wärme und Geborgenheit zu erfahren, lässt erahnen, warum im Zusammenhang mit Kindesmissbrauch auch von „Seelenmord“ gesprochen wird. ¹ Auch körperlich bleiben die später Erwachsenen nicht unversehrt. Unter anderem können kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen ihre Ursprünge in der Kindheit haben. Ein Blick auf Justizvollzugsanstalten in den USA zeigt einen weiteren lebenslangen Effekt: Nahezu alle Insassen amerikanischer Gefängnisse weisen traumatische Kindheitserfahrungen auf. ⁹⁸

4. Diskussion

Verschiedenste traumatische Szenarien können zu den selben psychischen Störungsbildern führen. Sowohl in der psychotraumatologischen Forschung als auch in der klinischen Praxis steht dabei die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) im Mittelpunkt. ¹

Ein alleiniges Auftreten der PTSD stellt allerdings eher eine Ausnahme dar. Häufig werden komorbid depressive Episoden, Substanzmissbrauch, dissoziative und somatoforme Störungen sowie Persönlichkeits-, Ess- und Angststörungen diagnostiziert. ^{26,27,28,56,85} Die PTSD könnte dabei als potenziell bedeutsamer Vermittlungsfaktor fungieren, ohne den das Ausbilden von anderen Traumafolgestörungen geringer ausfallen würde. ⁸⁵

Das Risiko für das Auftreten einer Traumafolgestörung hängt unter anderem von der Art des Traumas ab. Beispielsweise liegt die Wahrscheinlichkeit für das Ausbilden einer PTSD nach Sexualdelikten weitaus höher als nach Naturkatastrophen. ⁴ Dieses Wissen scheint umso bedeutsamer, wenn man epidemiologische Daten zu Sexualdelikten betrachtet. Repräsentative Stichproben lassen den Schluss auf geschätzte 20 Millionen Frauen in den USA vermuten, die Opfer einer Vergewaltigung wurden. ⁵⁸ Ungefähr die Hälfte entwickelt eine PTSD.³⁴ Nur grob ein Sechstel der Fälle wird zur Anzeige gebracht. ⁵⁸

Während Frauen einem generell erhöhten Risiko für sexuelle Misshandlung ausgesetzt sind, vor allem durch ihnen bekannte Täter, besteht für Männer eine höhere Wahrscheinlichkeit Opfer einer nicht-sexuellen Gewalttat zu werden, wobei ein solcher Übergriff zumeist durch einen unbekanntem Täter erfolgt. ⁷⁹ In Österreich wurden im Jahr 2016 40.222 Fälle von vorsätzlicher Körperverletzung zur Anzeige gebracht. ⁸¹

Vergewaltigungs- und Körperverletzungsdelikte fallen häufig mit häuslicher Gewalt zusammen, die definitionsgemäß neben der Ausführung auch die Androhung von physischer und/oder sexueller und/oder psychischer Gewalt inkludiert. Häusliche Gewalt ist kein solitäres Gewaltereignis. Sie ist eher als komplexes System von Kontrolle und Missbrauch zu verstehen, wobei Gewalt in verschiedenen Formen

und über längere Zeiträume hinaus auftritt. Für dieses Delikt im Speziellen ist die Enge der Opfer/Täter- Beziehung ausschlaggebend. ⁸⁸

Analog zur häuslichen Gewalt umfasst Kindesmissbrauch körperliche und/oder sexuelle und/oder psychische/emotionale Gewalt gegen Kinder, zusätzlich kann eine Vernachlässigung derselben stattfinden. ^{95, 96} Die PTSD gilt mangels besserer Alternativen als die gebräuchlichste Diagnose für chronisch traumatisierte Kinder.⁹⁸ Kindlicher Missbrauch geht oft mit lebenslangen Konsequenzen einher. Neben einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für spätere psychische Störungen wie PTSD, Depressionen, Substanzmissbrauch u.a., treten auch körperliche Erkrankungen häufiger auf. ^{97,103,105,106} Darüber hinaus werden die Opfer häufig auch selbst straffällig, man spricht von einer Opfer/Täter-Umkehr, einem „cycle of violence“. ^{75,98}

Das Ausbilden einer Traumafolgestörung hängt abgesehen von der Art des Traumas von weiteren Faktoren ab. So gelten beispielsweise ein weibliches Geschlecht und vorherige Traumatisierungen als Prädiktoren. ²¹ Entscheidend ist auch das peritraumatische, subjektive Empfinden von Angst und Lebensgefahr. ⁷⁹ Darüber hinaus kann unter anderem die Opfer/Täter-Beziehung, der Einsatz einer Waffe, eine Beeinträchtigung durch Substanzen und die Schwere der Verletzungen eine Rolle spielen. ^{57,73,79} Analog zu den Prädiktoren existiert eine Reihe von Resilienzfaktoren, die den posttraumatischen Verarbeitungsprozess positiv beeinflussen können. ²⁵ Vor allem kann eine adäquate soziale Unterstützung hilfreich sein. Eine Abwendung vom Opfer oder Schuldzuweisungen, die nach Vergewaltigungen häufig zu beobachten sind, gelten als kontraproduktiv. ⁶⁸

Die Psychotraumatologie hat in den letzten 25 Jahren sicherlich einige Schritte in die Zukunft gemacht. Komplexe Zusammenhänge aus genetischen, neurobiologischen, sozialen, interpersonellen, individuellen und traumaspezifischen Fragmenten werden nach und nach entschlüsselt. Vor allem den Patienten/Patientinnen wegen scheint es als Arzt/Ärztin maßgeblich zu sein diese Zusammenhänge zu kennen und zu verstehen. Weiß man um das komplexe Zusammenspiel der in den letzten Jahren wissenschaftlich eruierten Faktoren, können die richtigen Fragen gestellt und zum einen neben der PTSD auf weitere,

bisher unbekannte Diagnosen geschlossen werden. Zum anderen ermöglicht ein individuellerer Zugang möglicherweise einen Blickwinkel abseits der vorgegebenen ICD- und DSM- Diagnosen.

Die Psychotraumatologie als Teildisziplin der Psychiatrie gilt als ein relatives junges Kapitel in der medizinischen Zeitrechnung. Dementsprechend bleiben trotz enormen wissenschaftlichen Sprüngen noch viele Fragen offen. Ein Beispiel dafür wäre die Frage nach den Mechanismen transgenerationaler Traumatisierung. Zum Teil wurden schon Auswirkungen von Kollektivtraumata (wie dem zweiten Weltkrieg) auf nachkommende Generationen erforscht. Was aber beispielweise nach einer überlebten Vergewaltigung oder jahrelanger häuslicher Gewalt dann schlussendlich, bewusst oder unbewusst, wirklich an die Nachkommen weitergegeben wird, stellt größtenteils noch wissenschaftliches Neuland dar.

Ebenso scheinen Traumata in der Kindheit noch immer viele Fragen aufzuwerfen. Die Posttraumatische Belastungsstörung gilt für erwachsene Patienten/Patientinnen als die gebräuchlichste Traumafolgestörung. Das PTSD Konzept wurde primär für von schweren lebensbedrohlichen traumatischen Ereignissen betroffene Erwachsene entwickelt. Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen sollte eine Anpassung des Konzeptes an die spezifische Symptomatik in diesem Lebensabschnitt stattfinden.

5. Literaturverzeichnis

-
- 1 Seidler GH. Psychotraumatologie. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 2013.
 - 2 Rothenhäusler H-B, Täschner KL. Kompendium Praktische Psychiatrie. 2. Auflage. Wien: Springer; 2013.
 - 3 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E, Remschmidt H, Weltgesundheitsorganisation, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage. Bern: Hogrefe; 2015.
 - 4 Maercker A, Hecker T. Trauma- und Gewaltfolgen- psychische Auswirkungen. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz. 2015; 59: 28-34.
 - 5 Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag; 2009.
 - 6 Lasiuk GC, Hegadoren KM. Posttraumatic Stress Disorder Part I: Historical Development of the Concept. Perspectives in Psychiatric Care. 2006; 42: 13–20.
 - 7 Kraepelin E. Compendium der Psychiatrie zum Gebrauche für Studierende und Aerzte. Leipzig: Abel; 1883.
 - 8 Janet P. L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. 4. Auflage. Paris 1998: Éditions Odile Jacob; 1889.
 - 9 Freud S. Zur Ätiologie der Hysterie. Gesammelte Werke, Bd 1: 404-438. Frankfurt am Main: Fischer; 1896.
 - 10 Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen. Berlin: Hirschwald; 1889.
 - 11 Herman J. Trauma and Recovery. New York: Basic Books; 1992.
 - 12 Horowitz MJ. Stress response syndromes. PTSD, grief, and adjustment disorders (3rd edition). Northvale 1997: Jason Aronson; 1978.
 - 13 Laszig P, Rieg K. Ressourcen zur Psychotraumatologie. Deutsches Ärzteblatt. 2002; 10: 462-464.

-
- 14 Zentrum für angewandte Psychotraumatologie. URL <http://www.zap-wien.at/>
[Stand: 10.08.17]
 - 15 Schäffer A. Das Ausbilden einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei
Gewaltopfern. *SIAK-Journal- Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und
polizeiliche Praxis*. 2012; 33-47.
 - 16 Hughes KC, Shin LM. Functional neuroimaging studies of post-traumatic
stress disorder. *Expert review of neurotherapeutics*. 2011; 11(2): 275-285.
 - 17 Janak PH, Tye KM. From circuits to behaviour in the amygdala. *Nature*.
2015; 517(7534): 284-292.
 - 18 Panksepp J. *Textbook of Biological Psychiatry*. New Jersey: Wiley-Liss;
2004.
 - 19 Smoller JW. The Genetics of Stress-Related Disorders: PTSD, Depression,
and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2016; 41(1): 297-319.
 - 20 Gavranidou M, Rosner R. The weaker sex? Gender and post-traumatic
stress disorder. *Depression and Anxiety*. 2003; 17: 130–139.
 - 21 Sareen J. Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk
Factors, and Treatment. *Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne
de Psychiatrie*. 2014; 59(9):460-467.
 - 22 Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress
disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*.
2003; 129(1), 52-73.
 - 23 Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N et al. What is Resilience?
Canadian Journal of Psychiatry. 2011; 56(5): 258-265.
 - 24 Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: The Connor-
Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003; 18:
76-82.
 - 25 Ahmed A. Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability.
Advances in Psychiatric Treatment. 2007; 13: 369–375.
 - 26 Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA et al. Classification of trauma and
stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011; 28: 737-
749.
 - 27 Hucklenbroich K, Burgmer M, Heuft G. Psychische Folgen von früheren und
akuten Traumatisierungen bei Älteren. *Klinische Präsentation, Diagnostik*

-
- und Therapie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2014; 47(3): 202–208.
- 28 Foa E, Stein D, Mcfarlane A. Symptomatology and psychopathology of mental health problem after disaster. The Journal of clinical psychiatry. 2006; 67(2): 15-25.
- 29 Bengel J, Hubert S. Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2010.
- 30 Bryant RA. Acute stress disorder. Current Opinion in Psychology. 2017; 14: 127-131.
- 31 Isserlin L, Zerach G, Solomon Z. Acute stress responses: A review and synthesis of ASD, ASR, and CSR. American Journal of Orthopsychiatry. 2008; 78(4): 423-429.
- 32 Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. New England Journal of Medicine. 2017; 376(25): 2459–2469.
- 33 Kapfhammer HP. Trauma- und stressorbezogene Störungen- Diagnostische Konzeptualisierung im DSM-5. Nervenarzt. 2014; 85: 553–563.
- 34 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry. 1995; 52(12): 1048–1060.
- 35 Steinert C, Hofmann M, Leichsenring F, Kruse J. The course of PTSD in naturalistic long-term studies: high variability of outcomes. A systematic review. Nordic Journal of Psychiatry. 2015; 69(7): 483-96.
- 36 Chapman C, Mills K, Slade T et al. Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. Psychological Medicine. 2012; 42(8): 1695-1703.
- 37 Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME et al. National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. Journal of Traumatic Stress. 2013; 26: 537–547.
- 38 Maercker A, Augsburger M. Psychotraumatologie: Differenzierung, Erweiterung und öffentlicher Diskurs. Der Nervenarzt. 2017; 88: 967-973.
- 39 Schmidt-Degenhard M. Prozess - Entwicklung - Persönlichkeitswandel. Der Nervenarzt. 2008; 79: 531-542.

-
- 40 Beltran RO, Llewellyn GM, Silove D. Clinicians' understanding of diagnostic criteria: F62.0 enduring personality change after catastrophic experience. *Comprehensive Psychiatry*. 2008; 49(6): 593-602.
 - 41 Courtois C. Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2004; 41(4): 412–425.
 - 42 Freyberger HJ, Spitzer C. Dissoziative Störungen. *Der Nervenarzt*. 2005; 76: 893.
 - 43 Eckhardt-Henn A. Dissoziative Störungen des Bewusstseins. *Psychotherapeut*. 2004; 49: 55-66.
 - 44 Sar V. The Scope of Dissociative Disorders: An International Perspective. *Psychiatric Clinics of North America*. 2006; 29: 227–244.
 - 45 Kapfhammer H-P. Somatisierung- somatoforme Störungen- Ätiopathogenetische Modelle. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*. 2001; 69: 58-77.
 - 46 Nijenhuis ER, Spinhoven P, van Dyck R et al. Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1998; 11: 711-730.
 - 47 Tagay S, Herpertz S, Langkafel M, Senf W. Trauma, posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 2004; 54(5): 198-205.
 - 48 Flatten G, Gast U, Hofmann A et al. S3-Leitlinie. Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. Trauma und Gewalt. 2011; 3: 202–210.
 - 49 O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161(8): 1390-1396.
 - 50 Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz LR. A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder–major depression connection. *Biological Psychiatry*. 2000; 48(9): 902-909.
 - 51 Maercker A, Michael T, Fehm L et al. Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *The British Journal of Psychiatry*. 2004; 184(6): 482-487.

-
- 52 Maercker A. Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. Posttraumatische Belastungsstörungen, 13-32. Berlin, Heidelberg: Springer; 2009.
- 53 Golier JA, Yehuda R, Bierer LM et al. The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *The American Journal of Psychiatry*. 2003; 160(11): 2018-2024.
- 54 Semiz UB, Basoglu C, Ebrinc S, Cetin M. Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42: 865–873.
- 55 Brewerton TD. Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention*. 2007; 15(4): 285-304.
- 56 Trottier K, MacDonald DE. Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. *Current Psychiatry Reports*. 2017; 19(8): 45.
- 57 Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2013; 27(1): 27-37.
- 58 Kilpatrick DG, Resnick HS, Ruggiero KJ et al. Drug-facilitated, incapacitated, and forcible rape: A national study. *National Criminal Justice Reference Service*; 2007.
- 59 FRA - Agentur der Europäischen Union für Grundrechte. Gewalt gegen Frauen: Eine EU-weite Erhebung; 2014. URL: fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance_de_0.pdf [Stand: 22.10.2017]
- 60 Zinzow HM, Resnick HS, McCauley JL et al. Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012; 47(6): 893-902.
- 61 Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS et al. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1992; 5: 455-475.

-
- 62 Kilpatrick DG, Edmunds CN, Seymour AK. Rape in America: A report to the nation. Arlington, VA: National Victim Center and Medical University of South Carolina; 1992.
- 63 Resick P. The Psychological Impact of Rape. *Journal of Interpersonal Violence*. 1993; 8(2): 223-255.
- 64 Madowitz J, Matheson BE, Liang J. The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating and Weight Disorders*. 2015; 20: 281-293.
- 65 Chen LP, Murad MH, Paras ML et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*. 2010; 85(7): 618-629.
- 66 Johnson DM, Sheahan TC, Chard KM. Personality Disorders, Coping Strategies, and Posttraumatic Stress Disorder in Women with Histories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2003; 12(2): 19-39.
- 67 O'Driscoll C, Flanagan E. Sexual problems and post-traumatic stress disorder following sexual trauma: A meta-analytic review. *Psychology and Psychotherapy*. 2016; 89: 351–367.
- 68 Borja SE, Callahan JL, Long PJ. Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*. 2006; 19: 905–914.
- 69 Relyea M, Ullman S. Unsupported or Turned Against: Understanding How Two Types of Negative Social Reactions to Sexual Assault Relate to Post-Assault Outcomes. *Psychology of Women Quarterly*. 2015; 39(1): 37-52.
- 70 Wilson LC, Scarpa A. The unique associations between rape acknowledgment and the DSM-5 PTSD symptom clusters. *Psychiatry Research*. 2017; 257: 290-295.
- 71 Wilson LC, Miller KE. Meta-analysis of the prevalence of unacknowledged rape. *Trauma, Violence & Abuse*. 2016; 17(2): 149–159.
- 72 Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992; 60: 748-756.
- 73 Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL. The Role of Victim-Offender Relationship in Women's Sexual Assault Experiences. *Journal of interpersonal violence*. 2006; 21(6): 798-819.

-
- 74 Feinstein BA, Humphreys KL, Bovin MJ et al. Victim-Offender Relationship Status Moderates the Relationships of Peritraumatic Emotional Responses, Active Resistance, and Posttraumatic Stress Symptomatology in Female Rape Survivors. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*. 2011; 3(2): 192-200.
- 75 Rossegger A, Endrass J, Urbaniok F et al. Vom Opfer zum Täter: Merkmale sexuell missbrauchter Gewalt- und Sexualstraftäter. *Nervenarzt*. 2011; 82: 866-872.
- 76 Dudeck M, Barnow S, Spitzer C et al. Die Bedeutung von Persönlichkeit und sexueller Traumatisierung für forensische Patienten mit einem Sexualdelikt. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 2006; 56: 147-153.
- 77 Friedrich WN, Gerber PN, Koplin B et al. Multimodal Assessment of Dissociation in Adolescents: Inpatients and Juvenile Sex Offenders. *Sexual Abuse*. 2001; 13: 167-177.
- 78 Dudeck M, Drenkhahn K, Spitzer C. Gibt es eine Assoziation zwischen familiärem sexuellen Missbrauch und späteren Sexualstraftaten?: Ergebnisse einer europaweiten Studie bei Langzeitgefangenen. *Psychiatrische Praxis*. 2012; 39(5): 217-221.
- 79 Kilpatrick DG, Acierno R. Mental health needs of crime victims: Epidemiology and outcomes. *Journal of Traumatic Stress*. 2003; 16: 119–132.
- 80 Elklit A, Brink O. Acute Stress Disorder as a Predictor of Post-Traumatic Stress Disorder in Physical Assault Victims. *Journal of Interpersonal Violence*. 2004; 19(6): 709-726.
- 81 Bundeskriminalamt: Broschüre Sicherheit; 2016. URL <http://bundeskriminalamt.at/501/start.aspx> [Stand 17.11.2017]
- 82 Andrews B, Brewin CR, Rose S. Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime. *Journal of Traumatic Stress*. 2003; 16: 421.
- 83 Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE et al. Acute psychological reactions in assault victims of non-domestic violence: peritraumatic dissociation, post-traumatic stress disorder, anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006; 60(6): 452-462.
- 84 Johansen VA, Eilertsen DE, Nordanger D, Weisaeth L. Prevalence, comorbidity and stability of post-traumatic stress disorder and anxiety and

-
- depression symptoms after exposure to physical assault: An 8-year prospective longitudinal study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2013; 67: 69–80.
- 85 Boudreaux E, Kilpatrick G, Resnick HS et al. Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. *Journal of Traumatic Stress*. 1998; 11: 665–678.
- 86 Steinert T. Psychische Krankheit und Gewaltkriminalität: Mythen und Fakten. *Medizinische Wochenschrift*. 2001; 126(13): 378-382.
- 87 Scott KD, Schafer J, Greenfield TK. The role of alcohol in physical assault perpetration and victimization. *Journal of Studies on Alcohol*. 1999; 60(4): 528-536.
- 88 Flury M, Nyberg E, Riecher-Rössler A. Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Medical Weekly*. 2010; 140:w13099. doi: 10.4414/smw.2010.13099.
- 89 Müller U, Schröttle M. Lebenssituationen, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Kurzfassung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2004. URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/studie--lebenssituation--sicherheit-und-gesundheit-von-frauen-in-deutschland/80694> [Stand 20.11.2017]
- 90 Stewart DE, Vigod SN. Mental Health Aspects of Intimate Partner Violence. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017; 40(2): 321-334.
- 91 Lagdon S, Armour C, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014; 5:1, 24794. doi: 10.3402/ejpt.v5.24794
- 92 Scheffer Lindgren M, Renck B. 'It is still so deep-seated, the fear': psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008; 15: 219–228.
- 93 Salom CL, Williams GM, Najman JM, Alati R. Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimisation. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015; 151: 121-127.

-
- 94 Hanson RF, Sawyer GK, Begle AM, Hubel GS. The Impact of Crime Victimization on Quality of Life. *Journal of Traumatic Stress*. 2010; 23(2): 189-197.
 - 95 Fegert J, Hoffmann U, Spröber N et al. Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Aktuelle (fach-)politische Diskussion und Überblick über Definitionen, Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2013; 56: 199-207.
 - 96 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. *World Report on violence and health*. Genf: World Health Organisation; 2002.
 - 97 Gilbert R, Widom CS, Browne K et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2008; 373(9657): 68-81.
 - 98 Van der Kolk BA. Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*. 2005; 35(5): 401-408.
 - 99 Steil R, Straube ER. Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2002; 31: 1-13.
 - 100 Danzi BA, La Greca AM. DSM-IV, DSM-5, and ICD-11: Identifying children with posttraumatic stress disorder after disasters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016; 57(12): 1444–1452.
 - 101 Rosner R, Steil R. Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Der Neurologe und Psychiater*. 2013; 14: 59-69.
 - 102 Maniglio R. Child Sexual Abuse in the Etiology of Anxiety Disorders: A Systematic Review of Reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2012; 14(2): 96-112.
 - 103 Shenk CE, Putnam FW, Rausch JR et al. A Longitudinal Study of Several Potential Mediators of the Relationship between Child Maltreatment and PTSD Symptoms. *Development and Psychopathology*. 2014; 26(1): 81–91.
 - 104 Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156:1223–1229.
 - 105 Andrews G, Corry J, Slade T et al. Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. 1851-1940. Genf: World Health Organization; 2004.

-
- 106 Norman RE, Byambaa M, De R et al. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*. 2012; 9(11): e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
- 107 Mueller-Pfeiffer C, Moergeli H, Schumacher S et al. Characteristics of child maltreatment and their relation to dissociation, posttraumatic stress symptoms, and depression in adult psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013; 201(6): 471-477.