
Tabelle 122: Mittelwerte und Standardabweichungen EMG links für die hoch- (-H; N=8) und niedrigbelasteten (-N; N=9) Teilgruppen bezüglich der Skalen "Anzahl genereller Traumata", "Anzahl körperlicher Traumata" und "Anzahl sexueller Traumata"	186
Tabelle 123: Lineare multiple Regression für die Erwartungsangst, SCL-Reaktionen für die Gruppe Trauma (N=17)	188
Tabelle 124: Mittelwerte und Standardabweichungen SCL für die hoch- (-H; N=8 und niedrigbelasteten (-N; N=9) Teilgruppen der Skala „Dauer emotionaler Misshandlung“	188
Tabelle 125: Überblick über die Ergebnisse - Fragebogen	189
Tabelle 126: Überblick über die Ergebnisse - Baselines	190
Tabelle 127: Überblick über die Ergebnisse - Paradigma 1	190
Tabelle 128: Überblick über die Ergebnisse - Reaktionen auf neutrale Reize unter wahrgenommener Sicherheit und Unsicherheit	191
Tabelle 129: Überblick über die Ergebnisse - Habituation an neutrale Reize unter wahrgenommener Sicherheit und Unsicherheit	192
Tabelle 130: Baseline-Cortisolwerte vor Paradigma 1, vor Paradigma 2 und nach Paradigma 2 sowie Einfluss von Cortisol auf Startle-Reaktionen unter wahrgenommener Sicherheit und Unsicherheit	192
Tabelle 131: Regressionen - Prädiktoren für die EMG-, SCL/SCR- und Herzfrequenz-Reaktionen (HF) unter den Bedingungen Baseline1 und 2 sowie Paradigma1 und Paradigma2	193
Tabelle 132: Prädiktoren und Richtung der Herzfrequenz-Reaktion für die verschiedenen Paradigmen	207
Tabelle 133: Erhöhte und erniedrigte SCL- und EMG-Reaktionen der hochbelasteten Subgruppen: Reaktionen auf Sicherheit (gelb), Unsicherheit (blau) und Erwartungsangst	210
Tabelle 134: SCL- und EMG-Reaktivität der hochbelasteten Subgruppen, Erwartungsangst verglichen mit den niedrig-belasteten Subgruppen unter wahrgenommener Sicherheit und Unsicherheit	210
Tabelle 135: Erhöhte, erniedrigte und normale autonome (Herzfrequenz-) und EMG-Reaktionen der Gruppen GT-H und PTS-H auf Paradigma 1 und 2	213

1. EINLEITUNG

Die Geschichte der Traumaforschung beginnt gegen Ende des 19. Jahrhunderts mit Einführung der Diagnose "Hysterie" durch Jean-Martin Charcot (vgl. Herman, 1994). Diese Erkrankung galt als "typisch weiblich" (der Begriff Hysterie geht auf das griechische Wort "Hystera", Gebärmutter, zurück), da fast nur Frauen betroffen zu sein schienen (van der Kolk, Bessel, Weisaeth & van der Hart, 1996). Pierre Janet, Sigmund Freud und Josef Breuer gelangten durch Gespräche mit den Patientinnen zu der Auffassung, die Hysterie sei eine traumabedingte Störung, ausgelöst durch psychische Schocks z.B. durch Misshandlungen in der Kindheit. Auch heute stellt die seelische und körperliche Misshandlungen von Kindern eine häufige Form der Traumatisierung dar: Allein für die sexuelle Misshandlung von Kindern vermutet das Bundeskriminalamt einen Schätzwert von etwa 300.000 Kindern pro Jahr in der Bundesrepublik. Neueren Erkenntnissen nach sind davon etwa 250.000 Mädchen - was einer sexuellen Misshandlung alle 3 Minuten entspräche (Elliger, Schoetensack & Nissen, 1991).

Die verschiedenen Formen von Misshandlung, wie z.B. sexueller Missbrauch, Schläge, Vernachlässigung usf. führen bei den Betroffenen zu einer erhöhten Inzidenz psychischer Erkrankungen und Auffälligkeiten wie Depression und Angststörungen, besonders der Posttraumatischen Belastungsstörung. Diese Störungen zeigen häufig schwerere und komplexere Verläufe als die Folgen von Traumatisierung zu einem lebensgeschichtlich späteren Zeitpunkt und sind von größerer Persistenz (Kessler, Davis & Kendler, 1997). Häufig bestehen die Folgen bis in das Erwachsenenalter: So finden sich in den verschiedensten Stichproben Hinweise darauf, dass Frauen mit frühen Missbrauchserfahrungen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit an einer Depression erkranken und dass diese Erlebnisse sowohl direkt zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen sowie das Risiko erhöhen, diese als Erwachsene aufgrund anderer Stressoren zu entwickeln (Boudewyn & Liem, 1995; Bremner, Southwick, Johnson, Yehuda & Charney, 1993; Mullen, Martin, Anderson, Romans & Herbison, 1996).

Derzeit existiert bereits eine große Anzahl von Untersuchungen die sich mit den psychophysiologischen Mechanismen psychopathologischer Veränderungen nach Traumatisierung beschäftigen. Die meisten dieser Studien wurden an Kriegsveteranen oder Unfallopfern durchgeführt. Dagegen liegen bisher nur geringe Erkenntnisse bezüglich der Grundlagen von psychophysiologischen Veränderungen nach Traumatisierung durch Kindesmisshandlung vor, die daher innerhalb der vorliegenden Arbeit genauer betrachtet werden sollen.

In Kapitel zwei wird eine *Klassifikation von Traumata* anhand von spezifischen

Eigenschaften des traumatischen Geschehens vorgenommen und es werden die verschiedenen Formen von Kindesmisshandlung – körperliche Misshandlung, sexuelle Misshandlung und seelische Misshandlung und Vernachlässigung – definiert und bezüglich Spezifität, Häufigkeit und kurz- und langfristiger Folgen eingeschätzt.

Kapitel drei bietet einen Überblick über die *psychopathologischen Prozesse* nach früher Traumatisierung: Die häufigsten psychischen Störungen, Posttraumatische Belastungsstörung und Depression, werden ausführlich dargestellt. Für früh misshandelte Frauen wird aufgrund der spezifischen Problematik eine Integration beider Störungen in das Konzept der komplexen PTSD vorgeschlagen.

In Kapitel vier werden die *physiologischen Prozesse* erläutert, die mit den in Kapitel drei vorgestellten psychopathologischen Auffälligkeiten nach früher Traumatisierung assoziiert sind. Dazu werden stress-responsive endokrine, zentrale und autonome Strukturen sowie Prozesse der Angstkonditionierung dieser Systeme ausführlich dargestellt und ihre Relevanz für die Entwicklung von Auffälligkeiten nach früher Traumatisierung diskutiert. Mechanismen der Wechselwirkung sowie Wege der Übertragung zwischen diesen Systemen und behavioralen, kognitiven und emotionalen Folgen früher Traumatisierung werden aufgezeigt.

Kapitel fünf beinhaltet die *Darstellung von Startle-Paradigmen* und ihrer Bedeutung als Methode zur Einschätzung der in Kapitel vier dargestellten Systeme sowie als Maß für Konditionierungsprozesse höherer und niedriger Ordnung. Anhand eines aktuellen Forschungsüberblicks werden eine Reihe von offenen Fragen identifiziert und Methoden zu ihrer Überprüfung vorgeschlagen.

In Kapitel sechs werden die aus diesen Fragen abgeleiteten *Hypothesen*, das untersuchte *Patientinnenkollektiv* sowie die verwendeten *psychologischen und physiologischen Methoden* ausführlich erläutert.

Kapitel sieben beinhaltet die *Darstellung der Ergebnisse* der vorliegenden Untersuchung.

In Kapitel acht erfolgt eine ausführliche *Diskussion der Ergebnisse* bezüglich psychologischer und physiologischer Aspekte sowie die Darstellung eines hypothetischen Verlaufmodells der Entwicklung psychopathologischer Folgen nach früher Traumatisierung unter Integration der Ergebnisse der vorliegenden Studie.

Kapitel neun beinhaltet *Anregungen für künftige Forschungsvorhaben* sowie eine Darstellung der *Implikationen der Ergebnisse für die Praxis*.

2. TRAUMA

Die Misshandlung von Kindern, besonders die sexuelle Misshandlung, stellt eines der häufigsten und schwersten Traumata in der Kindheit dar. Für die Betroffenen reichen die körperlichen und seelischen Folgen nicht selten bis in das Erwachsenenalter (Bange & Marquardt-Mau, 1992; Fey, Fegert & Mebes, 1993). Aktuelle Forschungsergebnisse liefern erste Hinweise darauf, dass diese psychologischen und physiologischen Reaktionen in einer Wechselwirkung miteinander stehen, die unter Umständen spezifisch sein könnte für die spezielle Art der Traumatisierung und sich von den Folgen lebensgeschichtlich späterer Traumatisierung (durch z.B. Vergewaltigung, Naturkatastrophen, Folter oder Krieg) unterscheiden (Maercker, 1997; Orr et al., 1998). Hierdurch entstünden weitreichende Folgen für die differentielle Diagnostik und Behandlung trauma-assoziiierter Störungen (Boos, Scheifling-Hirschbil & Rueddel, 1999). Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit den psychologischen und physiologischen Folgen von Kindesmisshandlung im Erwachsenenalter und deren Spezifität für verschiedene Kategorien von Traumata. Im Folgenden soll zunächst eine kurze Definition und Kategorisierung des Traumabegriffs anhand der aktuellen Literatur vorgenommen werden.

2.1. Trauma: Definition und Klassifikation

Der Begriff „Trauma“ hat Einzug in die Alltagssprache gehalten. Viele Situationen werden als „traumatisch“ beschrieben. In den großen Klassifikationssystemen psychischer Störungen wird daher gefordert, dass ein traumatischer Stressor außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung liegen müsse (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association Work Group to Revise DSM-III, 1987). Nach dieser Definition sind traumatische Ereignisse gekennzeichnet durch das Erleben oder Beobachten einer Situation, in der das Leben oder die körperliche Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person bedroht ist. Für Kinder und Jugendliche zählen sexuelle Erfahrungen, die dem eigenen Entwicklungsstand nicht angemessen sind, ebenfalls dazu. In der neuesten Überarbeitung des DSM (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV, 1994) wurden traumatische Ereignisse erstmals nicht anhand äußerer Kriterien definiert, sondern über die Reaktion des Individuums auf eine Situation (z.B. intensive Furcht, Hilflosigkeit, Entsetzen). Das zweite große Diagnosesystem, die ICD-10, legt eine etwas weniger genaue Definition an: traumatisch wirkt demnach „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde“ (Dilling, Schulte, Markwort & Freyberger, 1994). Die Diskussion um Trauma-

Kriterien wird gegenwärtig fortgesetzt. So fanden einige häufige emotionale Reaktionen wie z.B. Scham (u.a. bei Opfern sexueller Gewalt) oder emotionale Taubheit (z.B. nach langandauernden Misshandlungen) bisher noch keine Erwähnung in den großen Klassifikationssystemen, ebenso die Folgen des Verlustes von Autonomie und freiem Denken und Handeln (z.B. bei Opfern sexueller Misshandlungen oder politischen Gefangenen), die starken Einfluss auf die Belastungsreaktionen zu nehmen scheinen (Dunmore, Clark & Ehlers, 1999; Ehlers, 1999).

Bezüglich der Klassifikation von Traumata existieren unterschiedliche Konzepte: Z.B. können Ereignisse danach eingeteilt werden, ob sie von Menschen und in der Absicht, das Opfer persönlich zu schädigen, verursacht wurden (z.B. Kriege, Vergewaltigungen, Folter, familiäre oder zivile Gewalt), oder ursächlich auf Katastrophen oder Unfälle zurückzuführen sind (z.B. Naturkatastrophen, Arbeits- und Verkehrsunfälle). Eine weitere mögliche Einteilung ist die Unterscheidung nach Typ-I- und Typ-II-Traumata (Terr, 1989). Nach Maercker (Maercker & Schuetzwohl, 1997) und Terr (1991) definieren sich Typ-I-Traumata durch eine kurze, abgrenzbare Dauer, akute Lebensgefahr sowie Plötzlichkeit und Überraschung. Im Gegensatz dazu sind Typ-II-Traumata gekennzeichnet durch Serien verschiedener traumatischer Einzelerlebnisse (v.a. wiederholte Viktimisierung) über eine längere Zeit (Monate oder Jahre), eine geringe Beeinflussbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens durch das Opfer, anhaltende und stark belastende Antizipation der/des nächsten Ereignisses sowie das Gefühl der Ausweglosigkeit und des Ausgeliefertseins durch fehlende Ressourcen und Coping-Strategien oder das Fehlen der Möglichkeit auf diese zuzugreifen. Mögliche Typ-I-Traumata sind damit u.a. Naturkatastrophen, Unfälle, technische Katastrophen, kurzdauernde Erfahrungen von Krieg, z.B. als bewaffneter Soldat oder von anderen Gewalttaten. Typ-II-Traumatisierungen können ausgelöst werden durch längere Kriegsgefangenschaft, KZ-Haft, mehrfache Folter oder wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von sexueller oder körperlicher Kindesmisshandlung oder wiederholter Vergewaltigung. Für alle Traumata sind die gleichen psychischen Reaktionen beschrieben worden. Allerdings zeigte sich, dass Typ-II-Traumata in vielen Fällen zu stärker beeinträchtigenden und chronifizierteren psychischen Folgen führen können als die anderen Formen (Maercker, 1997; Orr et al., 1998).

Die bisher am häufigsten untersuchten Typ-II-Traumata sind Misshandlungen in der Kindheit und hier besonders sexuelle Misshandlungen. Durch spezifische Täterstrategien (kaum ein Täter kommt nicht aus dem nahen sozialen Umfeld des Kindes bzw. ist eine Bezugsperson) und durch das frühe Entwicklungsstadium des Kindes und die damit verbundene lange Dauer (Bange & Marquardt-Mau, 1992), anhaltende Antizipation des nächsten Ereignisses,