

Markus Reicherzer, Gerhard Henrich, Dorothea Huber

## Prävalenz traumatischer Lebensereignisse bei Patienten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Poliklinik – Eine retrospektive Feldstudie

Prevalence of traumatic life events in patients of a psychosomatic-psychotherapeutic outpatient unit: A retrospective field study

### Zusammenfassung

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist die Frage, inwieweit traumatische Lebensereignisse in der Vorgeschichte von verschiedenen psychischen Störungsbildern zu finden sind. Daher werden in einer retrospektiven Feldstudie alle 5.751 Patienten, die sich im Zeitraum 1998-2002 in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Poliklinik vorstellten, nach dem Erstgespräch vom Interviewer bezüglich traumatischer Lebensereignisse eingeschätzt. Die Diagnosestellung erfolgt nach ICD-10. Außerdem werden die wichtigsten körperlichen und psychischen Symptome beurteilt. Der Patient füllt einen Fragebogen zu soziodemographischen und anamnестischen Daten aus. Insgesamt 31% unserer Patienten berichten über Traumata in der Vorgeschichte. In der Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und besonders in der Untergruppe der Borderline-Störungen werden die meisten traumatischen Erfahrungen in der Lebensgeschichte angegeben (56 % und 65 %). Weitere Indikatoren für ein traumatisches Lebensereignis sind bei unseren Poliklinikpatienten: weibliches Geschlecht, niedriges Lebensalter beim Erstkontakt mit der Poliklinik und Schwere der Erkrankung.

### Schlüsselwörter

Trauma – Borderline-Störung – psychische Störungen – psychosomatisch-psychotherapeutische Poliklinik – retrospektive Feldstudie

### Summary

To assess the extent to which people with mental disorders have a history of traumatic life events we conducted a retrospective field study of all 5751 patients seen at a psychosomatic-psychotherapeutic outpatient unit between 1998 and 2002. After the initial interview we asked the patients about traumatic life events. Diagnosis of mental disorders was based on the ICD-10. We also noted the most important somatic and psychological symptoms.

The patients completed a questionnaire providing sociodemographic and clinical information. A total of 31 % of the patients reported at least one trauma in their history. The patients with personality and behaviour disorders, and especially those in the subgroup of borderline disorders, reported such events most frequently (56 % and 65 %, respectively). In the population studied further indicators of traumatic life events were: female gender, young age at initial contact with the outpatient unit and severity of the disease.

### Keywords

trauma – borderline personality disorder – mental disorders – psychosomatic-psychotherapeutic outpatient unit – retrospective field study

Psychische Erkrankungen als Folge von traumatischen Lebensereignissen finden in den letzten Jahren immer mehr das Interesse von Diagnostikern, Therapeuten und Institutionen, aber auch der Medien und der Öffentlichkeit – in erster Linie gilt dies für die posttraumatische Belastungsstörung (z. B. BMFSFJ, 2004). Aber auch im Rahmen der intensiven Beschäftigung mit der Borderline-Erkrankung gewinnt die Traumaforschung aktuell an Bedeutung; immerhin berichten etwa 60 % der weiblichen Borderline-Patienten über sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit (Zweig-Frank und Paris, 1997; Zanarini et al., 2002). Jedoch nicht nur bei diesen beiden Störungsgruppen scheinen traumatische Erfahrungen eine wesentliche Rolle in der Entstehung zu spielen.

In der Literatur gibt es zahlreiche Belege dafür, dass körperliche und sexuelle Misshandlung in der Lebensgeschichte bei vielen psychischen Störungsgruppen zu finden sind. Die folgende exemplarische Auflistung orientiert sich an der neuesten Literatur. Im Einzelnen wurde ein traumatisches Lebensereignis (meist sexueller oder körperlicher Missbrauch/Misshandlung, z. T. auch emotionale Misshandlung oder Trennungserlebnisse) in der Anamnese bei folgenden psychischen Störungen beschrieben: Substanz- und Alkoholmissbrauch (Schäfer et al., 2000), schizophrene oder schizoaffektive Störung (Read et al., 2003), depressive Störung (Maercker et al., 2004), Angst- und Panikstörung (Leskin und Sheikh, 2002; Stein et al., 1996), Zwangsstörung (Lochner et al, 2002), Konversions-

störung (Kuloglu et al., 2003, Borderline-Störung (Lieb et al., 2004), Transsexualität (Kersting et al., 2003), Essstörung (Romans et al., 2001).

Studien, die für die jeweiligen Störungsgruppen keinen Zusammenhang mit Traumen in der Anamnese fanden, sind in der Minderzahl (Widom et al., 1995; Burnam et al., 1988; Zlotnick, 1999). Der hohe Anteil von Traumatisierten in der Allgemeinbevölkerung relativiert die Prozentangaben für verschiedene psychische Erkrankungsgruppen. Die Daten bisheriger Studien zur Allgemeinbevölkerung variieren in einer Übersicht von Finkelhor (1987) zwischen 6 und 62 % bei Frauen sowie zwischen 3 und 31 % bei Männern. In einer deutschen Studie aus dem Jahre 1996 (Richter-Appelt und Tiefensee, 1996) an 1085 Studenten ergab sich für Hamburg eine Häufigkeit von sexuellem Missbrauch von 23 % bei Frauen und 4 % bei Männern, für körperliche Gewalt von 28 % und 14 %. In einer aktuellen Untersuchung (Maercker et al., 2004) an 1966 „normalen“ Frauen (18-45 Jahre alt), erfüllten 22 % die Trauma-Kriterien nach DSM-IV. In einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (Perkonig et al., 2000) berichteten 26 % der Männer und 18 % der Frauen im Alter zwischen 14 und 24 Jahren über mindestens ein traumatisierendes Ereignis. Wie sehr sich die Definition und Erfassung von solchen Ereignissen auf die Prävalenzraten auswirken, wird in einer großen repräsentativen Untersuchung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu „Gewalt gegen Frauen in Deutschland“ deutlich, die zu dem Schluss kommt, dass „nur 14 % der befragten Frauen bislang keinerlei sexuelle oder körperliche Gewalt ... erlebt“ haben (BMFSFJ, 2004, S. 22).

Unterschiedliche diagnostische Kriterien, unterschiedliche und z. T. unklare Trauma-Definitionen und Studiendesigns gestalten den Vergleich der verschiedenen Untersuchungen schwierig. Bei den meisten Studien, die Patienten (und nicht die Allgemeinbevölkerung) untersuchen, sind die Stichproben eher klein. Betrachtet man diese Unterschiede, lässt sich ein eindeutiger Zusammenhang mit Trauma in der Lebensgeschichte nur für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die posttraumatische Belastungsstörung konstatieren.

Die vorliegende Untersuchung an einer unausgelesenen großen Stichprobe einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Poliklinik beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit traumatische Erfahrungen in der Lebensgeschichte bei verschiedenen Diagnosegruppen eine Rolle spielen. Durch die einheitliche Erfassung traumatisierender Lebensereignisse werden vergleichende Aussagen hinsichtlich der Trauma-Prävalenz für einzelne Störungsgruppen möglich.

## ■ Methode

Die Untersuchung wurde an der Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Technischen Universität München durchgeführt. Mit der Studie wurden alle Patientinnen und Patienten erfasst, die während eines Zeitraums von fünf Jahren (1998-2002) zu einem Beratungsgespräch (ca. 45 Minuten) in die Ambulanz

der Poliklinik kamen. Ausgenommen psychotische und organische Störungen, soweit bei Anmeldung bekannt, findet keine diagnosebezogene Selektion statt.

## ■ Untersuchungsinstrumente

Im Rahmen einer Basisdokumentation (BADO; vgl. Huber et al., 2000) wurden das Auftreten und die Art von traumatischen Lebensereignissen in der Biographie der Patienten von ärztlichen oder psychologischen Untersuchern, basierend auf einem klinischen Interview, erfasst (Antwortalternativen für das Auftreten: „ja“, „nein“, „vermutlich“ und „weiß nicht/unbekannt“). Bei der Kategorisierung von „ja“ oder „vermutlich“ erfolgte eine Differenzierung in „körperliche Gewaltanwendung“, „sexuelle Gewaltanwendung“, „sexueller Missbrauch“ und „andere“.

Die psychischen Diagnosen wurden nach ICD-10 kodiert und zusammen mit anderen medizinischen und psychologischen Daten dokumentiert. Die Patienten füllten vor dem Gespräch einen 4-seitigen Fragebogen zur Person und zur Krankheitsvorgeschichte aus.

Ergänzt wurde die klinische Datenerhebung durch folgende Messinstrumente: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD; OPD, 2002), Skala „Global Assessment of Functioning“ (GAF; Saß et al., 1996) und Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS; Schepank, 1995). Des Weiteren kam die Münchner Psychosomatische Symptomliste (MPS) zum Einsatz (vgl. Huber et al., 2000).

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmsystem SPSS, Version 11.0.2 für Macintosh („Statistical Package for Social Sciences“, vgl. [www.spss.com/de/](http://www.spss.com/de/)).

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden deskriptive Statistiken berechnet (Häufigkeitsverteilungen, Verteilungscharakteristika wie Mittelwert, Standardabweichung oder Median). Im Rahmen der interferenzstatistischen Auswertung bzgl. des Zusammenhangs zwischen ausgewählten Variablen oder der Unterschiede zwischen Untergruppen wurden in Abhängigkeit von Skalenniveau verschiedene nonparametrische Verfahren eingesetzt (Analyse von Kontingenztafeln, Berechnung von rate und odds ratios, Spearman-Rangkorrelationen).

## ■ Stichprobenbeschreibung

Im genannten Zeitraum wurden 5.751 Patienten konsekutiv dokumentiert. 4.633 davon (= 81 %), bei denen eine ICD-Diagnose und Angaben zu traumatischen Lebensereignissen vorlagen, konnten für die vorliegende Auswertung analysiert werden. Das durchschnittliche Lebensalter betrug 37,6 Jahre (Spannweite: 13-80 Jahre). 68,9 % waren Frauen, 31,1 % Männer. Tabelle 1 zeigt die häufigsten Hauptdiagnosen nach ICD-10, die Dauer der Symptomatik bezüglich der Hauptdiagnose betrug im Mittel 5,9 Jahre und im Median 3,0 Jahre.

Tabelle 1: ICD-10-Diagnosen mit einer Häufigkeit &gt; 1,0%, sortiert nach Häufigkeit (N = 4.633)

**ICD-10 Diagnosen**

F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen, Anpassungsstörungen“	14,7%
F32 „Depressive Episode“	14,1%
F60 „Spezifische Persönlichkeitsstörungen“	11,9%
F45 „Somatoforme Störungen“	9,5%
F41 „Andere Angststörungen“	8,4%
F50 „Essstörungen“	8,1%
F34 „Anhaltende affektive Störungen“	8,0%
F33 „Rezidivierende depressive Störung“	6,0%
F54 „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei ...“	5,7%
F40 „Phobische Störungen“	2,7%
F42 „Zwangsstörung“	1,4%
F44 „Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]“	1,4%
andere ICD-Diagnosen	8,0%

**■ Ergebnisse**

23,7 % aller Patienten berichteten über ein traumatisches Lebensereignis, zusätzlich vermutete der Therapeut/Interviewer in 7,7 % der Fälle ein solches Ereignis. Die beiden Kategorien wurden für die weitere Auswertung zusammengefasst (31,4 %), da „vermutlich“ nur in begründeten Fällen verwendet wurde. In 41,1 % der Fälle wurde eine Traumatisierung ausgeschlossen, bei den restlichen 27,6 % war die Frage nach Traumatisierung nicht zu entscheiden. Tabelle 2 zeigt die Unterteilung nach der Art des Traumas, bezogen auf die traumatisierten Patienten (Angaben für 1.411 der 1.454 Patienten vorhanden) und auf die Gesamtgruppe. Für die weitere Auswertung wurden die Kategorien „sexuelle Gewalt“ und „sexueller Missbrauch“ zusammengefasst. Bei 4,9 % der traumatisierten Klientel wurde mehr als eine Trauma-Art angegeben.

Trauma-Typ (Typ I, von kurzer Dauer, bzw. Typ II, multiple, länger dauernde Einwirkungen) und Zeitpunkt des Geschehens (Kindheit oder Erwachsenenalter) wurden routinemäßig nicht erfasst.

Tabelle 2: Art der Traumatisierung, relative Häufigkeit, bezogen auf die Gruppe der Traumatisierten und die Gesamtgruppe (Mehrfachnennungen waren möglich)

Trauma-Art	Trauma (N=1.411)	Gesamt (N=4.633)
körperliche Gewalt	43,7%	13,3%
sexuelle Gewalt/Missbrauch	37,9%	11,5%
sexuelle Gewalt	14,8%	4,5%
sexueller Missbrauch	27,8%	8,5%
andere	32,5%	9,9%

Tabelle 3 zeigt hoch signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen ICD-10-Diagnosen bezüglich des Anteils derjenigen Patienten, die ein traumatisches Lebensereignis berichteten.

Tabelle 3: Anteil von Patienten mit traumatischen Lebensereignissen in der Anamnese für verschiedene zweistellig verschlüsselte ICD-10-Diagnosen (die Differenz zu 100% in jeder Zeile ergibt den Anteil für „unbekannt“); N = Stichprobengröße; OR = odds ratio

	Trauma		N	OR
	ja	nein		
F6 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“	56,4%	25,0%	628	3,41
F1 „... Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“	32,4%	35,3%	68	1,05
F4 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“	30,0%	45,7%	1.801	0,90
F3 „Affektive Störungen“	25,9%	45,1%	1.335	0,69
F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit ...“	23,4%	38,3%	674	0,63
F2 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“	20,5%	32,5%	83	0,56
andere ICD-10 Diagnosen	36,4%	25,0%	44	1,25
insgesamt	31,4%	41,1%	4.633	

ten ( $c2 = 284,2$ ;  $df = 12$ ;  $p = 0,000$ ;  $N = 4.633$ ). In der Gruppe der "Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen" (F6) zeigten weit mehr Patienten Traumata in der Vorgeschichte als in jeder anderen zweistellig verschlüsselten diagnostischen Kategorie. Nimmt man alle anderen Diagnosen zusammen, ist der Anteil der traumatisierten Patienten in der F6-Diagnosegruppe mehr als doppelt so hoch (rate ratio = 2,05). Umgekehrt haben traumatisierte Patienten in unserer Stichprobe ein 3,4fach erhöhtes Risiko, die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ zu erhalten (odds ratio = 3,41).

88,1 % der F6-Diagnosen waren spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60), davon wurden wiederum 72,3 % als emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3) klassifiziert. Für diese beiden Diagnosegruppen steigt der Anteil der traumatisierten Patienten auf 56,6 % bzw. 65,3 % ( $N = 553$  bzw. 400), die odds ratios liegen bei 3,36 bzw. 4,78.

Tabelle 4 zeigt zusammenfassend alle drei- und fünfstellig kodierten ICD-10-Diagnosen (mit einem  $N > 50$ ) mit einem überdurchschnittlichen Anteil an traumatisierten Patienten und entsprechend erhöhtem Risiko (odds ratio  $> 1$ ).

In Tabelle 5 werden die beiden Diagnosegruppen mit dem größten Anteil an traumatisierten Patienten bezüglich der Art der Traumata verglichen. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung überwiegen zwar wie bei der Persönlichkeitsstörung körperliche und sexuelle Gewalt, allerdings sind die Prozentwerte um 9 bzw. 16 Punkte niedriger. Der größte Unterschied zeigt sich allerdings bei „anderen Ereignissen“ (hauptsächlich schwere Verkehrsunfälle, z. B. als Fahrer von U- oder S-Bahn, Opfer eines Raubüberfalls, z. B. in Banken, Tankstellen), alle Unterschiede sind jedoch hoch signifikant. Neben dem Zusammenhang zwischen traumatischen Ereignissen und ICD-10-Diagnosen wurde überprüft, welche

Tabelle 4: Anteil von Patienten mit traumatischen Lebensereignissen in der Anamnese für alle drei- und fünfstellig verschlüsselte ICD-10-Diagnosen mit odds ratios  $> 1$  (die Differenz zu 100% in jeder Zeile ergibt den Anteil für „unbekannt“);  $N$  = Stichprobengröße; OR = odds ratio; \*) OR kann nicht berechnet werden

	Trauma		N	OR
	ja	nein		
F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen ...“	42,2%	37,1%	682	1,75
F60 „Spezifische Persönlichkeitsstörungen“	56,6%	25,3%	553	3,36
F32.2 „Schwere depressive Episode“	39,4%	36,4%	66	1,43
F33.2 „Rezid. depressive Störung, gegenw. schwere Epis.“	36,1%	36,1%	61	1,24
F41.1 „Generalisierte Angststörung“	33,3%	39,3%	84	1,10
F43.1 „Posttraumatische Belastungsstörung“	100,0%	0,0%	97	—*)
F43.2 „Anpassungsstörung“	32,1%	45,3%	530	1,04
F60.3 „Emotional instabile Persönlichkeit“	65,3%	19,3%	400	4,78

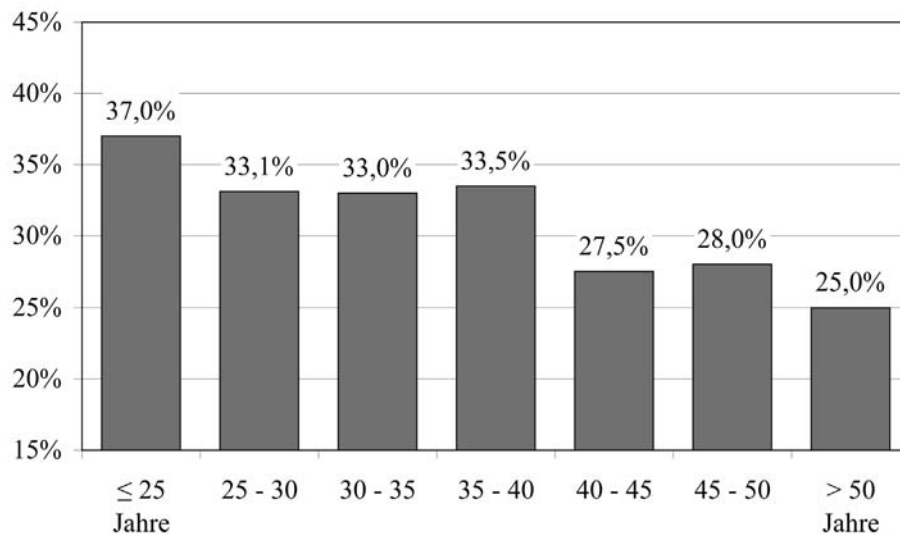
Tabelle 5: Anteil der verschiedenen Arten von traumatischen Lebensereignissen bei den Diagnosen F43.1 und F60.3

	Art des Traumas			N
	Körperl. Gewalt	Sexuelle Gewalt	Anderes	
F43.1 „Posttraumatische Belastungsstörung“	47,1%	43,5%	38,8%	85
F60.3 „Emotional instabile Persönlichkeit“	56,1%	59,2%	8,2%	255

Tabelle 6: Spearman-Rangkorrelationen ( $\rho$ ) zwischen soziodemographischen und anamnestischen Merkmalen der Patienten und der Trauma-Prävalenz (OPD = Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik; GAF = Global Assessment of Functioning; BSS = Beeinträchtigungs-Schwere-Score)

	$\rho$
<b>Soziodemographische Variable</b>	
Geschlecht (weiblich)	0,12
<b>Krankheitsvorgeschichte</b>	
Aufenthalt(e) in psychiatrischer Klinik	0,12
Anlass des Kontakts: Krise	0,12
Krankschreibung (in den letzten 2 Jahren)	0,11
<b>Krankheitsschwere</b>	
OPD-Achse IV: Struktur	0,23
GAF – 7 Tage	-0,14
GAF – maximal im letzten Jahr	-0,11
BSS – körperlich	-0,11
BSS – sozialkommunikativ	0,11

Abbildung 1: Zusammenhang zwischen Lebensalter und Anteil traumatisierter Patienten



soziodemographischen und anamnestischen Merkmale der Patienten mit einer erhöhten Trauma-Prävalenz einhergehen.

Die Tabelle 6 zeigt die signifikanten Rangkorrelationen mit einer absoluten Größe von 0,10 und mehr.

Weibliche Patienten haben in unserer Klientel eine um das Eineinhalbfache erhöhte Rate an Traumata in der Anamnese (35,0 % vs. 23,4 %;  $c^2 = 74,1$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,000$ ;  $N = 4.488$ ). Obwohl das Lebensalter nur -0,09 mit der Trauma-Prävalenz korreliert, zeigt Abbildung 1, dass der Anteil der traumatisierten Patienten mit zunehmendem Alter abnimmt, wobei die jungen Patienten unter 25 Jahren ca. 10 Prozentpunkte über denjenigen liegen, die 40 Jahre und älter sind ( $c^2 = 55,5$ ;  $df = 12$ ;  $p = 0,000$ ;  $N = 4.631$ ). Beide Variablen sind numerisch gering, aber hoch signifikant korreliert mit dem Auftreten einer F60.3-Diagnose ( $\rho = 0,11$  und  $-0,21$ ; jeweils  $p = 0,000$ ).

Die weiteren Korrelationen in Tabelle 6 zeigen, dass schwerer kranke Patienten, also solche, die bereits einen psychiatrischen Klinikaufenthalt oder häufige Krankschreibungen in der Anamnese haben, die wegen einer aktuellen Krisensituation in die psychosomatische Ambulanz kommen, die eine weniger gut integrierte Persönlichkeitsstruktur (OPD) haben, deren Alltagsfunktionen ungünstiger eingeschätzt werden (GAF) oder die in der sozialen Kommunikation stärker beeinträchtigt sind (BSS), eher ein Trauma in der Vorgeschichte aufweisen. Zu beachten sind die unterschiedlichen Vorzeichen bei den beiden BSS-Scores: Patienten, die körperlich beeinträchtigt sind, haben eher seltener ein Trauma in der Anamnese, solche, deren Beeinträchtigungen im sozialkommunikativen Bereich liegen, eher häufiger. Auch die Kennzeichen der Krankheitschwere sind mit der Diagnose F60.3 korreliert, so dass neun der zwölf Korrelationen der Tabelle 6 kleiner als 0,10 werden, wenn F60.3 auspartialisiert wird. Inhaltlich bedeutet das, dass die meisten der Zusammenhänge zumindest zum Teil dadurch bedingt sind, dass die Variablen die Gruppe der Patienten mit einer emotional instabilen Persönlichkeit kennzeichnen.

Des Weiteren wurde der Zusammenhang zwischen der psychosomatischen Symptomatik der Patienten und der Trauma-Prävalenz untersucht. Mit der Münchner Psychosomatischen Symptomliste (MPS) werden psychische, vegetative, körperliche wie psychiatrische Symptome (durch den Psychotherapeuten) erfasst. Die höchsten (numerisch jedoch geringen) Korrelationen fanden sich für die für Persönlichkeitsstörungen typischen Symptome „schnell wechselnde, labile Stimmung“ ( $\rho = 0,21$ ), „aggressive Durchbrüche, Jähzorn, Wutausbrüche“ (0,20), „Selbstverletzung, selbstgefährdendes Verhalten“ (0,19), „Misstrauen, Verfolgungsängste“ (0,19), „Selbstmordgedanken, -impulse“ (0,18) sowie „Derealisation, Depersonalisation, Dissoziation“ (0,18).

## ■ Diskussion

Psychische Erkrankungen als Folge von traumatischen Lebensereignissen rückten in den letzten Jahren in den Mittelpunkt vielfältiger Untersuchungen.

Die Abgrenzung und Beforschung der posttraumatischen Belastungsstörung sowie die daraus abgeleiteten therapeutischen Implikationen führten zu einer nachhaltigen Sensitivität gegenüber traumatischen Lebensereignissen auf Seiten der Forscher, Kliniker und nicht zuletzt der Betroffenen selbst. Wie eingangs gezeigt, gibt es viele Untersuchungen mit ganz unterschiedlichen Prävalenzraten. Eine vergleichende Beurteilung der jeweiligen Ergebnisse erscheint aus mehreren Gründen schwierig. Die meisten Studien beziehen sich auf eine oder wenige spezifische psychische Störungen, wobei zwischen den Studien häufig unterschiedliche Diagnose- und Stichprobenselektionskriterien zur Anwendung kommen. Zum Teil handelt es sich auch um sehr kleine Patientstichproben, so dass die Ergebnisse mit großer Unsicherheit behaftet sind. Hauptgrund für die Unvergleichbarkeit der Studien sind jedoch die unterschiedlichen Definitionen und Erfassungsmethoden der traumatisierenden Lebensereignisse.

In der vorliegenden Studie wurde die Prävalenz traumatischer Lebensereignisse an einer großen Patientenstichprobe untersucht. In den Jahren 1998-2002 wurden an der Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie insgesamt 5.751 Patienten vorgestellt.

Im Rahmen einer Basisdokumentation erfolgte eine ausführliche Diagnostik nach ICD-10 und eine einheitliche Erfassung der Traumata. So ist es möglich, die Prävalenzen traumatischer Lebensereignisse in den einzelnen Störungsgruppen zu vergleichen. Ein Vergleich mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen ist jedoch aus den genannten Gründen nur begrenzt möglich.

Bei der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Studie sind einige Einschränkungen zu beachten. Bei der Stichprobe handelt es sich um Patienten einer universitären Einrichtung. Dieser Sachverhalt per se und eine gewisse Spezialisierung der Abteilung auf einzelne Störungsgruppen (Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen) haben eine Stichprobenselektion zur Folge, die jedoch die Vergleichbarkeit der Störungsgruppen untereinander nicht einschränkt.

Neben den generellen Schwierigkeiten einer retrospektiven Studie ist insbesondere das sogenannte false memory syndrome, gerade wenn es um die Erfassung „tabuisierter“ Ereignisse wie Traumata geht, als problematisch zu diskutieren. Ein unbestimmbarer Anteil der befragten Personen wird ein solches Ereignis „nicht erinnern“, es „verfälscht erinnern“ oder aber auch „falsch erinnern“. Eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Interaktion, wie sie in unserer psychosomatischen Ambulanz herzustellen versucht wurde, kann das Problem minimieren, nicht aber völlig vermeiden (vgl. Huber et al., 2003). Die berichteten Prävalenzraten dürften „in Wirklichkeit“ folglich eher höher sein. Von einer differentiellen Verfälschung in einzelnen Störungsgruppen wird jedoch nicht ausgegangen, so dass deren Vergleichbarkeit gegeben ist.

Wie bereits erwähnt, war eine Erhebung des Trauma-Typs und des Zeitpunkts des Geschehens im Rahmen der (zeitlich begrenzten) Routinediagnostik nicht möglich. Aufgrund der Bedeutung dieser Aspekte und der Ergebnisse der vorliegenden Studie (z. B. des hohen Anteils „anderer“ Traumata) haben wir Anfang 2004 an unserem Institut begonnen, traumatische Ereignisse in der Vorgeschichte der Patienten im Rahmen einer Studie detailliert zu erfassen.

Im Wesentlichen lassen sich folgende Ergebnisse zusammenfassen:

1. Insgesamt 31 % unserer Patienten berichten über Traumata in der Vorgeschichte oder lassen eine Traumatisierung vermuten; der Anteil bei Frauen ist dabei deutlich höher als der bei Männern (35 % vs. 23 %), der Anteil bei jungen Patienten deutlich höher als bei älteren (37 % vs. 25 %).
2. In der Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6x.x) und besonders in der Untergruppe der Borderline-Störungen (F60.3) werden die meisten traumatischen Erfahrungen in der Lebensgeschichte angegeben (56 % und 65 %). (Abgesehen von der Gruppe der posttraumatischen Belastungsstörung, die aufgrund der definitorischen Verknüpfung mit Trauma in der weiteren Diskussion keine Berücksichtigung findet.) Ein (innerhalb

unserer Patientenstichprobe) überdurchschnittliches Auftreten traumatisierender Lebensereignisse fand sich auch bei der schweren depressiven Episode, singulär oder rezidivierend, der generalisierten Angststörung und der Anpassungsstörung. Um eine Aussage bezüglich einer absoluten Häufung treffen zu können, müssten diese Daten aber mit solchen aus der Allgemeinbevölkerung verglichen werden.

3. Die weiteren „Indikatoren“ für ein traumatisches Lebensereignis in der Anamnese sind (wie auch die o.g. Variablen Alter und Geschlecht) mit den genannten Diagnosen konfundiert: Merkmale der Schwere der Erkrankung (z. B. frühere Klinikaufenthalte, niedriges Strukturniveau) und eine Borderline-typische Symptomatik.

Betrachtet man die Prävalenz traumatischer Lebensereignisse der Patientenstichprobe und stellt diese den Prävalenzraten von Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung gegenüber, überrascht eine eher geringe Differenz dieser Zahlen. Die in der Einleitung zitierten Zahlen, die z. B. für „gesunde“ Frauen in der Mehrzahl deutlich über 20 % liegen, sind von den 35 % unserer schwer kranken Patientinnen so weit nicht entfernt. Berücksichtigt man darüber hinaus die überdurchschnittliche Häufung von Traumata bei bestimmten Störungsgruppen, wie bei den Persönlichkeitsstörungen oder den Belastungsreaktionen, bleibt eine ganze Reihe von Diagnosegruppen, deren Prävalenzraten sich wahrscheinlich nicht relevant von denen der Bevölkerung unterscheiden. (Eine schlüssige Beurteilung dieses Sachverhalts wird wohl erst dann möglich, wenn Patienten und Bevölkerung mit den gleichen Messinstrumenten untersucht werden.)

Unter den Persönlichkeitsstörungen wurde in unserer Stichprobe ein großer Anteil als emotional instabile Persönlichkeitsstörung klassifiziert, von dem wiederum etwa zwei Drittel ein traumatisches Ereignis in der Vorgeschichte aufweist. Diese Ergebnisse stimmen mit dem in der Literatur angegebenen Range gut überein (Lieb et al., 2004; Zanarini und Frankenburg, 1997).

Gemessen an unserer Gesamtstichprobe, zeigten Frauen eine erhöhte Rate von traumatisierenden Ereignissen. In einer Untersuchung von Friedman und Mitarbeitern (2002) an einer größeren Stichprobe fand sich kein Geschlechtsunterschied hinsichtlich physischer Misshandlung. Es wurde allerdings ein signifikanter Unterschied bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit (27 % der Frauen gegenüber 0 % der Männer) festgestellt. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse unserer Untersuchung ein signifikant gehäuftes Auftreten von Traumata bei Persönlichkeitsstörungen, insbesondere bei der Borderline-Störung, aufweisen.

Für weitere Untersuchungen über die Zusammenhänge zwischen traumatisierenden Lebensereignissen und den einzelnen spezifischen Störungsgruppen ist es dringend erforderlich, den Trauma-Begriff möglichst exakt zu definieren. Wünschenswert wäre eine internationale Deskription und Definition des Begriffs und entsprechende Messinstrumente (z. B. Fragebogen, Interviewleitfaden mit Ratingskalen), um in Zu-

kunft Studien besser vergleichen zu können. Aus klinischer Sicht weisen unsere Daten darauf hin, wie wichtig es ist, im Rahmen eines Erstgesprächs bei jedem Patienten für Hinweise auf Traumata in der Lebensgeschichte sensibel zu sein, insbesondere bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Die "partielle" Erhebung von traumabezogenen Daten mittels Fragebogen erscheint praktikabel. Daneben ist die Erhebung weiterer Variablen, die für die Manifestation eines klinisch relevanten Verhaltens mitverantwortlich sind (invalidierendes Umfeld, soziale Faktoren, Charakter, Temperament, Ressourcen, Komorbidität), für die Problemanalyse und weitere Therapieplanung von entscheidender Bedeutung.

## ■ Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Download unter: <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen.html>
- Burnam MA, Stein JA, Golding JM, Siegel JM, Sorenson SB, Forsythe AB, Telles CA (1988): Sexual Assault and Mental Disorders in a Community Population. *J Consult Clin Psychol* 56(6):843-850
- Finkelhor D (1987): The Sexual Abuse of Children: *Curr Res Review Psychiatr Ann* 17(4):233-241
- Friedman S, Smith L, Fogel D, Paradis C, Viswanathan, Ackerman R, Trappler B (2002): The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients. *J Anx Disord* 16:259-272
- Huber D, Henrich G, von Rad M (2000): Über den Nutzen von Beratungsgesprächen einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50(3-4):147-156
- Huber D, Brandl, T, Henrich, G, von Rad, M (2003): Zufriedenheit und Therapieakzeptanz nach einem psychosomatisch-psychotherapeutischen Beratungsgespräch. Eine prospektive Feldstudie. *Z Klin Psychol Psychother* 32:85-93
- Kersting A, Reutemann M, Gast U, Ohrmann P, Suslow T, Michael N, Arolt V (2003): Dissociative Disorders and Traumatic Childhood Experiences in Transsexuals. *J Nerv Ment Dis* 191(3):182-189
- Kuloglu M, Tezcan E, Gecici O, Bulut S (2003): Sociodemographic and clinical characteristics of patients with conversion disorder in Eastern Turkey. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38(2):88-93
- Leskin GA, Sheikh JI (2002): Lifetime trauma history and panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *J Anx Disord* 16(6):599-603
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M (2004): Borderline personality disorder. *Lancet* 364(9432):453-61
- Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, Niehaus DJ, Stein D (2002): Childhood Trauma in Obsessive-Compulsive Disorder, Trichotillomania, and Controls. *Depression Anxiety* 15:66-68
- Maercker A, Michael T, Fehm L, Becker ES, Margraf J (2004): Age of traumatization as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *Br J Psychiatry*. 184:482-7
- OPD (Hrsg.) (2002): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Grundlagen und Manual. 3. aktualisierte und korrigierte Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU (2000): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 101:46-59
- Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V (2003): Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychol Psychother* 76(1):1-22
- Richter-Appelt H, Tiefensee J (1996): Social and familial aspects in physical abuse and sexual abuse experiences in childhood from the viewpoint of young adults. Selected results of the Hamburg Study (1). *Psychother Psychosom Med Psychol* 46(11):367-78
- Romans SE, Gendall KA, Martin JL, Mullen PE (2001): Child Sexual Abuse and Later Disordered Eating: A New Zealand Epidemiological Study. *Int J Eat Disord* 29(4):380-92
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M (Hrsg.) (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-IV. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Schäfer M, Schnack B, Soyka M (2000): Sexueller und körperlicher Missbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz bei späterer Drogenabhängigkeit. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50:38-50
- Schepank H (1995): BSS, Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score - Manual. Göttingen: Beltz Test
- Stein MB, Walker JR, Anderson G, Hazen AL, Ross CA, Eldridge G, Forde (1996): Childhood Physical and Sexual Abuse in Patients With Anxiety Disorders and in a Community Sample. *Am J Psychiatry* 153(2): 275-277
- Widom CS, Ireland T, Glynn PJ (1995): Alcohol Abuse in Abused and Neglected Children Followed-up: Are They at Increased Risk? *J Studies Alcohol*, März:207-217
- Zanarini MC, Frankenburg FR (1997): Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Pers Disord* 11(1):93-104
- Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA (2002): Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis* 190(6):381-7
- Zlotnick C (1999): Antisocial Personality Disorder, Affect Dysregulation And Childhood Abuse Among Incarcerated Women. *J Pers Disord* 13(1):90-95
- Zweig-Frank H, Paris J (1997): Relationship of childhood sexual abuse to dissociation and self-mutilation in female patients, in role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. In: Zanarini MC (ed): Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., pp. 93-105

## ■ Korrespondenzadressen

Dr. med. Markus Reicherzer  
Centrum für psychosomatische Medizin, Klinik  
Dr. Schlemmer GmbH, Ringbergstr. 53, 83707 Bad Wiessee

Dr. rer. soc. Gerhard Henrich  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Langerstraße 3, 81675 München

PD Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber  
Städtisches Krankenhaus München-Harlaching; Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München