

Aus der  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
der Universität zu Köln

Abteilung für Medizinische Psychologie

Leiter: Prof. Dr. rer. biol. hum. Volker Tschuschke

---

**Alexithymie und Posttraumatische  
Belastungsstörung -  
Eine Untersuchung an psychiatrischen  
Patienten**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde  
der Hohen Medizinischen Fakultät  
der Universität zu Köln

vorgelegt von  
Marc Szynaka  
aus Porz am Rhein

promoviert am  
11. Juli 2012

Dekan: Universitätsprofessor Dr. Dr. h.c. T. Krieg

1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. rer. biol. hum. V. Tschuschke

2. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. G. Lehmkuhl

## **Erklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistung erhalten von Universitätsprofessor Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. Volker Tschuschke und von Dr. rer. medic. Rainer Weber.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin / eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorliegenden Dissertation stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

---

**Köln, Februar 2012**

**Marc Szynaka**

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden in Kooperation mit einem psychiatrischen Landeskrankenhaus in Deutschland unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. Volker Tschuschke von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Uniklinik Köln erhoben. Des Weiteren waren folgende Doktoranden an dieser Studie beteiligt:

S. Kühne, K. Roeber, S. Gawlik, S. Nolte, R. Deckers, J. Siekmann und D. Cziofalo.

Die Oberärzte des psychiatrischen Landeskrankenhauses waren an der Datenerhebung beteiligt und haben die Durchführung der psychologischen Tests überwacht.

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mir mit Rat und Tat bei dieser Arbeit zur Seite standen, allen voran Professor Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. Volker Tschuschke und Dr. rer. medic. Rainer Weber.

Weiterhin möchte ich den Mitarbeitern des Psychiatrischen Krankenhauses, in dem diese Studie stattfand, danken. Ohne sie wäre die Durchführung dieses Projektes niemals realisierbar gewesen.

Dank an alle Patienten, welche sich freiwillig für diese Studie zur Verfügung gestellt haben.

Und ganz besonderen Dank meiner Familie und meinem Freundeskreis, für ihre Zeit und Geduld. Ebenfalls ganz besonderer Dank an Katja, ohne Dich hätte ich diese Arbeit bestimmt nicht beendet.

**Für meine Eltern**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>9</b>
1.1 Belegungszahlen in der stationären Psychiatrie	9
1.2 Alexithymie	10
1.3 Soziodemographische Aspekte der Alexithymie	11
1.4 Primäre und sekundäre Alexithymie	16
1.5 Messverfahren für Alexithymie	17
1.5.1 Toronto Alexithymia Scale	18
1.5.2 Beth-Israel-Questionnaire	19
1.5.3 Levels of Emotional Awareness	19
1.5.4 Observer Alexithymia Scale	20
1.6 Posttraumatische Belastungsstörung	21
1.6.1 Historisches	21
1.6.2 Definition	22
1.6.3 Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung	24
1.6.4 Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung	25
1.6.5 Komorbiditäten der Posttraumatischen Belastungsstörung und weitere durch ein Trauma verursachte Störungen	26
1.6.6 Therapie einer Posttraumatischen Belastungsstörung	28
1.7 Entstehung einer Alexithymie als Folge einer Posttraumatischen Belastungsstörung	29
1.8 Relevanz dieser Arbeit	35
<b>2. Fragestellungen</b>	<b>36</b>
2.1 Alexithymie und Geschlecht	36
2.2 Alexithymie und Bildung	36

---

2.3	Zusammenhänge zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung	36
2.4	Alexithymie: Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch	38
2.5	Alexithymie und körperliche Misshandlung	38
2.6	Zusammenfassung der Hypothesen und Fragestellungen	39
<b>3.</b>	<b>Methodik</b>	<b>40</b>
3.1	Studienort	40
3.2	Verwendete Fragebögen und Tests	40
3.2.1	Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)	41
3.2.2	Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R)	43
3.2.3	Die Toronto Alexithymia Scale (TAS-26)	43
3.3	Weitere Testverfahren und Zeitpunkt der Durchführung	44
3.3.1	Tests bei Aufnahme	44
3.3.2	Tests bei Entlassung	44
3.4	Fragebogen bei Aufnahme	45
3.5	Fragebogen einen Tag nach stationärer Aufnahme	45
3.6	Entlassungsbogen für den Therapeuten	45
3.7	Entlassungsbogen für den Patienten	45
3.8	Auswertung	46
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>47</b>
4.1	Beschreibung der Stichprobe	47
4.1.1	Altersverteilung	47
4.1.2	Psychiatrische Diagnosen	47
4.1.3	Ergänzende psychiatrische Diagnosen	48
4.2	Deskriptive Statistik	49
4.2.1	Psychiatrische Diagnosen der alexithymen Patienten nach ICD-10	49

---

4.2.2	Bedrohliche Ereignisse aller Patienten in der Vergangenheit	51
4.2.3	Körperliche Gewalterfahrung	52
4.2.4	Sexueller Missbrauch	55
4.2.5	Bildungsniveau	56
4.3	Untersuchung der Hypothesen	57
4.3.1	Alexithymie und Geschlecht	57
4.3.2	Schulabschluss der alexithymen Patienten	58
4.3.3	Alexithymie und Posttraumatische Belastungsstörung	59
4.3.4	Alexithymie und sexueller Missbrauch	63
4.3.5	Alexithymie und Gewalterfahrung (ohne sexuellen Missbrauch)	64
<b>5.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>65</b>
5.1	Zusammenfassung Alexithymie und Posttraumatische Belastungsstörung	65
5.2	Alexithymie und Geschlecht	66
5.3	Alexithymie und Schulbildung	70
5.4	Alexithymie und Posttraumatische Belastungsstörung	72
5.5	Alexithymie und sexueller Missbrauch	77
5.6	Alexithymie und körperliche Gewalt	78
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>80</b>
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>82</b>
<b>8.</b>	<b>Anhang</b>	<b>88</b>
<b>9.</b>	<b>Lebenslauf</b>	<b>96</b>

# 1. Einleitung

Alexithymie ist ein unter anderem von Sifneos (1973) beschriebenes Konstrukt, welches die Schwierigkeiten eigene Emotionen wahrzunehmen und anderen mitzuteilen, beschreibt. Inwieweit Alexithymie mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung assoziiert ist, ist nicht eindeutig geklärt. Auch die genaue Beschreibung der mit Alexithymie assoziierten Variablen ist in der Literatur widersprüchlich. Diese Arbeit umfasst die Untersuchung 205 stationärer, psychiatrischer Patienten und untersucht den Zusammenhang von Alexithymie, Posttraumatischer Belastungsstörung und den Variablen Bildung und Geschlecht.

## 1.1 Belegungszahlen in der stationären Psychiatrie

Die Zwölf-Monats-Prävalenz für „psychische Störungen“ liegt nach Üexküll et al. (2003) in der Gruppe der 18-65-jährigen Bundesbevölkerung bei 32%, das heißt, 32% der Gruppe der 18-65-jährigen leiden innerhalb eines Jahres an einer „psychischen Störung“. In den Hausarztpraxen wären geschätzte 35% aller Patienten aufgrund einer psychischen oder psychosomatischen Symptomatik behandlungsbedürftig.

Die Lebenszeit-Prävalenz für eine Posttraumatische Belastungsstörung liegt in den USA bei 7,8% (Kessler et al., 1995). 89,6% aller US-Bürger erfahren einmal in ihrem Leben ein traumatisches Erlebnis, jedoch nicht jeder von ihnen entwickelt in Folge eine Posttraumatische Belastungsstörung.

Dieser größer werdende Bedarf an stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung hat zu einem verstärkten Interesse und zu einer zunehmenden Relevanz der Psychiatrie und Psychotherapie in der Medizin geführt. In einem bundesweiten Vergleich der Patientenstrukturen aus dem Jahre 2005, an dem sich 241 psychiatrische

Einrichtungen für Erwachsene beteiligten, wurde festgestellt, dass die Anzahl der stationären Betten der Psychiatrie in Deutschland bis zum Jahr 2005 auf 41.646 angewachsen war. Davon sind 26.790 für die Allgemeine Psychiatrie, 7.252 für Abhängigkeitserkrankungen und 7.497 für die Gerontopsychiatrie vorgesehen. Allein in Nordrhein-Westfalen, dem bevölkerungsstärksten Bundesland, waren in über 34 Kliniken 8.151 Patienten auf alle drei Teilbereiche (Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie) verteilt (Bundesweiter Vergleich der Patientenstrukturen gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Winnenden 2005).

## 1.2 Alexithymie

Sifneos und Nemiah (1973) werteten Protokolle und aufgenommene Interviews von 25 Patienten einer psychosomatischen Klinik aus. Von diesen Patienten litten 9 an einer Colitis ulcerosa, 9 an Asthma, 5 an Magengeschwüren und 2 an rheumatoider Arthritis. Von ihnen hatten 16 Patienten Probleme, ihre Gefühle verbal auszudrücken. Des Weiteren fielen die Abwesenheit von Fantasie und ein spezieller Denkstil auf, der bereits 1963 von den beiden französischen Psychoanalytikern Marty und de M'Uzan **pensée opératoire** (1978) genannt worden war. Damit wurde ein Mangel an Fantasie und ein Festhalten an äußeren Details bezeichnet, was bei Patienten mit psychosomatischen Krankheiten häufig vorkommt. Der am stärksten auffallende Charakterzug war jedoch die Unfähigkeit, beschreibende Worte für ihre Gefühle zu finden. Sifneos fasste dies 1972 unter dem Begriff der **Alexithymie** zusammen. Den Begriff der Alexithymie leitete er dabei aus dem Griechischen ab (a= Mangel, Lexis= Arbeit, thymos= Stimmung, Gefühl). Sifneos entwarf einen Fragebogen (1973), der im Wesentlichen folgende Symptome erfasst:

- die Unfähigkeit, passende Worte für Gefühle zu finden,
- das Fehlen von Fantasie,

- aktives Handeln, um Gefühle zu zeigen und Konflikte zu vermeiden statt diese zu verbalisieren,
- die Neigung, endlos lange die Umstände einer Situation zu beschreiben statt der dabei erlebten Gefühle,
- die Unfähigkeit zur Kommunikation über Gefühle.

Taylor (1984) beschrieb das Konzept der Alexithymie als kognitiv-affektive Unruhe, die durch die beeinträchtigte Fähigkeit eines Individuums charakterisiert ist, Emotionen zu erleben, zu bezeichnen und auszudrücken. Die heutige gültige Definition umfasst im Wesentlichen folgende Charakteristika:

- Schwierigkeiten im Beschreiben und Erkennen von Gefühlen,
- Fehlen von Fantasie,
- Schwierigkeiten, zwischen körperlicher- und emotionaler Aktivierung zu unterscheiden,
- ein nach außen orientierter Denkstil.

Lange Zeit wurde das Konstrukt der Alexithymie nicht als eigenständig existent, sondern als Teil einer Reaktion nach einem traumatischen Erlebnis angesehen. Alexithymie, psychische Gefühllosigkeit und emotionale Veränderungen wurden als der Kern der Posttraumatischen Belastungsstörung verstanden. Bis heute ist nicht klar, ob Alexithymie nur als ein Teil der Posttraumatischen Belastungsstörung auftritt, oder ein eigenständiges Krankheitsbild darstellt.

### **1.3 Soziodemographische Aspekte der Alexithymie**

Lane et al. (1998) untersuchten bei 380 zufällig ausgesuchten Personen aus zwei amerikanischen Orten den Zusammenhang zwischen Alexithymie und den Variablen „Geschlecht“, „Alter“ und „sozioökonomischer Status“. Diese Informationen sollten dazu beitragen, das Konstrukt der Alexithymie weiter zu entschlüsseln. In dieser Studie zeigte sich eine signifikant positive Korrelation zwischen Alexithymie, gemessen mit der TAS-20

(Toronto Alexithymie Scale), und dem männlichen Geschlecht ( $r=0,15$ ,  $p<0,01$ ). Ebenfalls fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen einem höheren Alter der untersuchten Personen und Alexithymie ( $r=0,14$ ,  $p<0,01$ ). Ein weiterer negativer Zusammenhang fand sich zwischen Alexithymie und Jahren an Schulbildung ( $r=-0,30$ ,  $p<0,001$ ) und sozialem Status ( $r=-0,20$ ,  $p<0,001$ ). Die Autoren dieser Studie benutzten für die Erhebung ihrer Daten sowohl die TAS-20, als auch die „Levels of Emotional Awareness“ (LEAS) und fanden in beiden Tests vergleichbare Ergebnisse. Bei der TAS-20 handelt es sich um einen Fragebogen zur Messung des Konstruktes der Alexithymie. Es werden dabei die drei Symptomuntergruppen 1) Schwierigkeiten in der Identifizierung von Gefühlen, 2) Schwierigkeiten in der Beschreibung von Gefühlen und 3) ein nach außen orientierter Denkstil getestet. Die LEAS ist ein Test in Form eines Rollenspieles zur Messung der Alexithymie. Dabei werden 20 verschiedene Szenen gespielt und das Verhalten der Probanden durch einen Untersucher bewertet. Patienten mit hohen LEAS-Werten sind dabei weniger alexithym als Patienten mit niedrigen Werten. Beide Inventare werden in den Kapiteln 1.5.1 und 1.5.3 genauer vorgestellt.

Pasini et al. (1992) untersuchten eine Gruppe von insgesamt 417 italienischen Probanden aus Freizeitvereinen und Schulen bezüglich der Variablen Geschlecht, Alter und Bildungsstand mit Hilfe der TAS-26 (eine überarbeitete Form der TAS-20). Sie fanden heraus, dass höheres Alter sowohl im Gesamtwert, als auch in den Einzelwerten des Tests positiv mit dem Ausmaß an Alexithymie korrelierte. Personen mit geringerem Bildungsstand zeigten signifikant höhere Werte in den Faktoren 1 (Schwierigkeiten in der Unterscheidung zwischen körperlicher und emotionaler Erregung,  $p<0,001$ ), 2 (Schwierigkeiten Gefühle zu beschreiben,  $p<0,05$ ) und 4 (ein nach außen orientierter Denkstil,  $p<0,02$ ), wie auch im Gesamtwert ( $p<0,001$ ), jedoch nicht in Faktor 3 (reduzierte Tagträumerei). Männer und Frauen unterschieden sich nicht hinsichtlich des Gesamtwerts, jedoch war der Wert des Faktors 1 bei Frauen signifikant höher ( $p<0,01$ ) als bei Männern.

Salminen et al. (1999) fanden in einer für die finnische Bevölkerung repräsentativen Studie ähnliche Ergebnisse bezüglich Bildungsstand und Alter der Probanden, jedoch nicht bezüglich des Geschlechtes. Insgesamt wurden 1285 randomisierte Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren über das Register der Sozialversicherung ausgesucht und mittels TAS-20 untersucht. In dieser Studie waren Männer zweimal häufiger alexithym als Frauen. Außerdem korrelierten ein höheres Alter, ein niedriger Bildungsstand und ein geringer sozialer Status mit der Ausprägung der Alexithymie. Körperlich hart arbeitende Männer waren zudem häufiger alexithym als weniger körperlich hart arbeitende Männer. Die Autoren warfen die Frage auf, ob Alexithymie ein kulturelles Problem sein könnte, und bezweifeln, dass die Ergebnisse der finnischen Bevölkerung auf andere Kulturen übertragbar sind. Auch in anderen Studien fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alexithymie und dem männlichen Geschlecht (Mattila et al., 2007; Honkalampi et al., 2004; Honkalampi et al., 2004; Kokkonen et al., 2001; Jula et al., 1999). Mason et al. (2005) hingegen fanden, dass Frauen signifikant häufiger von Alexithymie betroffen waren als Männer.

Kauhanen et al. (1993) untersuchten 2297 Männer in Südfinnland. Diese waren Teilnehmer einer Studie zur Untersuchung von Risikofaktoren für Herzerkrankungen und setzte sich aus vier repräsentativen Alterskohorten (42, 48, 54 und 60 Jahre) zusammen. Die TAS-26 ergab, dass unverheiratete Männer im Gegensatz zu verheirateten Männern häufiger alexithym waren. Außerdem hatten sie auch weniger soziale Kontakte und weniger Bekanntschaften als Probanden ohne Alexithymie. Wie in vorherigen Studien bereits belegt, zeigten sich auch hier ein geringer Bildungsgrad, ein höheres Alter und ein niedrigerer sozialer Status als Prädiktoren für Alexithymie. Von den Autoren wurde die Vermutung angestellt, dass eine höhere Schulbildung mehr Wörter für Gefühle vermittele. In diesem Falle würde Alexithymie einen kulturell, sozial und sprachlich geprägten Stil des Umganges mit Gefühlen und Somatisierung darstellen. Gleichzeitig könnte Alexithymie die Bildungserfolge in der

Schule und das Erreichen eines höheren Bildungsstandes negativ beeinflussen. Auch ein geringer sozioökonomischer Status in der Kindheit scheint sich positiv auf die Entwicklung einer Alexithymie auszuwirken.

Kirmayer et al. (1993) untersuchten in einer Gruppe von 244 Patienten an einem Krankenhaus soziodemografische Faktoren, Krankheitsvorgeschichte, Symptome und Krankheitswahrnehmung in Bezug auf Alexithymie. Sie fanden heraus, dass Alexithymie signifikant mit zunehmendem Alter, abnehmendem Bildungsgrad, depressiven Symptomen und einem mangelndem Selbstbewusstsein korrelierte. Sie untersuchten dabei alle vier Faktoren der TAS-26 separat. Faktor 1 (Schwierigkeiten in der Unterscheidung zwischen körperlicher und emotionaler Erregung) korrelierte mit Bildung, sozialen Wünschen, depressiven Symptomen und körperlichem Selbstbewusstsein, Faktor 2 (ein nach außen orientierter Denkstil) mit emotionaler Unterdrückung und Selbstbewusstsein, Faktor 3 (Schwierigkeiten Gefühle zu beschreiben) mit Alter, sozialen Wünschen, der Ernsthaftigkeit einer früheren somatischen Erkrankung, depressiven- und somatischen Symptomen und mit emotionaler Unterdrückung. Faktor 4 (reduzierte Tagträumerei) korrelierte nur mit dem Alter und dem Selbstbewusstsein. Diese Untersuchung zeigt, dass nicht alle mit der TAS erhobenen Faktoren mit den gleichen soziodemographischen Faktoren gleich stark korrelieren.

In einer weiteren Studie mit psychiatrischen Patienten untersuchten Simson et al. (2005) den Zusammenhang von Geschlecht, Schulbildung und Partnerschaft in Bezug auf Alexithymie. Der Grad der Alexithymie wurde dabei sowohl mit der TAS-20 als auch mit der LEAS gemessen. Die Autoren fanden einen Geschlechtsunterschied in dem einen Inventar (LEAS), jedoch nicht in dem anderen (TAS-20). Patientinnen dieser Studie waren weniger alexithym als Männer (LEAS). In Bezug auf Schulbildung zeigte sich eine negative Korrelation zu Alexithymie gemessen mit der LEAS. Wurde hingegen die Ausprägung einer Alexithymie mit der TAS-20 bestimmt, gab es keinen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen. Die Autoren vermuten, dass Fantasie, ein flexibler Kognitionsstil und

Konfliktfähigkeit sich positiv auf den schulischen Werdegang auswirken. Patienten mit einem hohen LEAS-Wert (d.h. geringer ausgeprägte Alexithymie) lebten häufiger in festen Partnerschaften als solche mit niedrigen Werten. Für die TAS-20 fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der Partnersituation.

In einer Studie an gesunden Kontrollprobanden in Deutschland fanden Franz et al. (2008), dass es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem männlichen Geschlecht und Alexithymie gibt ( $p < 0,01$ ). Weiterhin war der TAS-20 Gesamtwert bei geschiedenen und alleinlebenden Personen höher als bei verheirateten oder in einer Beziehung lebenden Personen. Auch eine geringe Schulbildung war mit einem hohen TAS-20 Gesamtwert assoziiert.

In einer Studie von Mattila et al. (2006) an einer finnischen Normalpopulation ergaben sich ähnliche Ergebnisse. Männer (11,9%) waren häufiger alexithym als Frauen (8,1%). Ebenfalls zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen Alexithymie und unverheirateten oder verwitweten Personen. Es bestand auch eine negative Korrelation zwischen dem Grad der Schulbildung und Alexithymie.

Bei einer Untersuchung von 882 Schülern im Alter von 12-17 Jahren fanden Säkkinen et al. (2007) hingegen keinen Geschlechtsunterschied in Bezug auf Alexithymie. Ebenso fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Alexithymie bei Karukivi et al. (2010).

Larsen et al. (2006) untersuchten die Zusammenhänge von Alexithymie und „Frustessen“ bei adipösen Patienten. Dabei zeigte sich, dass Alexithymie bei adipösen Männern häufiger assoziiert war als bei adipösen Frauen. Jedoch fand sich in dieser Studie kein direkter Zusammenhang zwischen Alexithymie und Geschlecht.

Zusammenfassend ist Alexithymie ein Konstrukt, das charakterisiert ist durch Schwierigkeiten in der Beschreibung und dem Erkennen von Gefühlen, Fehlen von Fantasie, Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen körperlicher- und emotionaler Aktivierung und einem nach

außen orientierten Denkstil. In den meisten Studien ist die Häufigkeit oder die Ausprägung einer Alexithymie assoziiert mit geringerer Schulbildung, höherem Alter, geringerem sozialen Status und männlichem Geschlecht. Es scheint, dass es Unterschiede der Sensitivität verschiedener Testinventare für Alexithymie gibt. Mit der TAS wird häufiger kein signifikanter Zusammenhang oben genannter Variablen und Alexithymie gefunden, während die LEAS meist Unterschiede feststellt. Eine umfassende Darstellung der Messinventare für Alexithymie findet sich in 1.5.

#### **1.4 Primäre und sekundäre Alexithymie**

Freyberger (1977) beschreibt den Unterschied zwischen primärer und sekundärer Alexithymie. Bei psychosomatischen Patienten stellt die primäre Alexithymie einen entscheidenden prädisponierenden Faktor für die Entwicklung somatischer Erkrankungen dar. Die Alexithymie ist in diesen Fällen schon vor einer somatischen Erkrankung vorhanden und bedingt diese.

Die sekundäre Alexithymie entsteht bei Patienten mit einer primären somatischen Erkrankung und wird durch diese hervorgerufen, zum Beispiel bei Dialyse-Patienten. Sie kann temporär existieren und nach der Genesung der somatischen Erkrankung auch wieder rückläufig sein. Dies beschreibt Freyberger als akute sekundäre Alexithymie. Bleibt die Alexithymie jedoch weiterhin auch über die Manifestierung der somatischen Erkrankung hinaus bestehen, spricht Freyberger von einer chronisch sekundären Alexithymie. Hier stellt die sekundäre Alexithymie einen protektiven Faktor für die Schwere der somatischen Erkrankung dar. Sie ist ein psychischer Abwehrmechanismus gegen die aus der Erkrankung resultierenden Emotionen, die die betreffende Person nicht akzeptieren bzw. bewältigen kann.

Laut Freyberger (1977) wirken psychoanalytische Techniken in der Therapie einer Alexithymie nicht, weil den Patienten die Möglichkeit zur Selbstreflexion fehle. Außerdem haben diese Patienten eine verringerte Frustrationstoleranz. Ein ausreichendes Maß an Frustrationstoleranz ist aber entscheidend für den Erfolg einer psychoanalytisch ausgerichteten Psychotherapie (Freyberger, 1977). Als letzten Punkt führte er eine prädominante oder oral-narzisstische Persönlichkeit an, die das Erlernen eines neuen emotionalen Verhaltens unmöglich mache.

Nach Freyberger (1977) bestehen viele Parallelen zwischen der primären und der sekundären Alexithymie, nicht nur bezüglich der Symptomatik. Der innere Druck, eine primär organische Erkrankung zu akzeptieren und die daraus resultierende emotionale Erschöpfung, wird vom Patienten als narzisstisches Trauma erfahren. Die dadurch entstehenden aggressiven Tendenzen führen zu einer starken Erregung, die sich dann gegen den Patienten selbst richtet. Dieser wehrt diese selbstaggressiven Tendenzen ab, was dann zu einer sekundären Alexithymie führt.

### **1.5 Messverfahren für Alexithymie**

Die verschiedenen Messverfahren für Alexithymie unterscheiden sich darin, ob sie auf Fremdeinschätzung (z.B. Alexithymia-Provoked Response Questionnaire, Beth-Israel-Questionnaire) oder in Form eines Fragebogens mit Selbsteinschätzung beruhen (z.B. Toronto Alexithymia Scale).

Manche Tests beruhen auf dem Mechanismus der Projektion, dies sind so genannte projektive Verfahren (z.B. Rorschach-Test). Diese sind jedoch schlecht formal auswert- und interpretierbar und damit kaum objektiv. Außerdem gestaltet sich die Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Gruppen schwierig und die Abhängigkeit vom Untersucher ist groß.

Anderen Tests fehlen hinreichende Reliabilitäten und Validitäten (z.B. Shalling Sifneos Psychosomatic Scale).

Die heute am häufigsten verwendeten Tests zur Messung einer Alexithymie sind Toronto Alexithymia Scale (TAS), Beth-Israel Questionnaire, Levels of Emotional Awareness (LEAS) und Observer Alexithymia Scale. Diese Tests sind ausreichend validiert und reliabel, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht. Im folgenden Abschnitt werden diese vier Verfahren erläutert.

### 1.5.1 Toronto Alexithymia Scale (TAS)

Die ursprünglich entworfene Version der TAS (1985) umfasste fünf verschiedene Faktoren:

1. Schwierigkeiten in der Beschreibung von Gefühlen,
2. Unterscheidung körperlicher von emotionaler Aktivierung,
3. Mangel an Introspektion und soziale Konformität,
4. fehlendes Fantasieleben,
5. fehlende Erinnerung an Träume.

Die TAS wurde revidiert und in TAS-26 umbenannt. Sie beinhaltet in dieser Version 26 Items zu 4 Skalen:

1. Schwierigkeiten, Gefühle zu beschreiben,
2. Schwierigkeiten in der Unterscheidung zwischen körperlicher und emotionaler Erregung,
3. eingeschränktes Tagträumen,
4. ein nach außen orientierter Denkstil.

Die Reliabilität dieses Tests war gut, jedoch war die Validität einzelner Skalen nicht ausreichend.

Der Test wurde erneut revidiert, und es resultierte die TAS-20 mit 20 Items zu drei Skalen:

1. Schwierigkeiten in der Identifizierung von Gefühlen,
2. Schwierigkeiten in der Beschreibung von Gefühlen,
3. ein nach außen orientierter Denkstil.

Der Faktor „Tagträumen“ korrelierte negativ mit den anderen Faktoren, und entfiel daher.

Dieser Test ist ausreichend validiert, reliabel und der heute meistbenutzte Test zur Messung einer Alexithymie.

### 1.5.2 Beth-Israel-Questionnaire

Der ursprünglich entwickelte Beth-Israel-Questionnaire (1973) bestand aus 17 Fragen, von denen acht für die Auswertung relevant waren. Beantwortete der Untersuchte sechs dieser Fragen positiv, wurde er als alexithym eingestuft. Dieser Test hatte jedoch keine gute Test-Retest-Reliabilität. Der Beth-Israel-Questionnaire wurde revidiert (1994), und besteht nun aus zweimal sechs Items. Die ersten sechs Items messen die Fähigkeit, Gefühle zu erfassen und auszudrücken, die zweiten sechs Items messen den nach Außen orientierten Denkstil. Dieser Test zeigt eine gute Paralleltest-Reliabilität mit der TAS-20.

### 1.5.3 Levels of Emotional Awareness (LEAS)

Bei diesem Test muss sich der Untersuchte in Personen hineinversetzen, die in verschiedenen Situationen interagieren. Bei Gesunden rufen diese Interaktionen bestimmte emotionale Reaktionen hervor, z.B. Traurigkeit. Im Anschluss müssen die wahrgenommenen Gefühle beschrieben werden. In 20 Szenen stehen zwei Personen in einer Interaktion und der Untersuchte wird aufgefordert, erst aus der Perspektive der einen Person, dann aus der anderen Perspektive zu beschreiben, welche Gefühle er bei sich selbst wahrnimmt, wenn er sich vorstellt, diese Person zu sein.

Jede einzelne Szene wird analysiert und der Patient erhält jeweils einen Wert zwischen null und fünf für seine Angaben. Null Punkte werden bei

der Nennung von Gedanken statt von Gefühlen vergeben, ein Punkt bei der Beschreibung von körperlichen Empfindungen, zwei Punkte bei der Beschreibung von folgenden Handlungen, drei Punkte beim Gebrauch von einfachen Emotionsausdrücken, vier Punkte, wenn von diesen einfachen Emotionsausdrücken mehrere benutzt werden, um die Situation eines Beteiligten zu beschreiben, und fünf Punkte bei der Beschreibung beider Perspektiven mit mehreren Emotionsausdrücken, die jeweils den Standpunkt des anderen aufzeigen.

Der LEAS zeigt eine gute Reliabilität und Validität; ist jedoch im Gegensatz zur TAS-20 zeitaufwendiger hinsichtlich Durchführung und Auswertung und wird deswegen seltener eingesetzt. Er korreliert mäßig mit den Werten in der TAS-20 ( $n=380$ ,  $r=-0,19$ ,  $p<0,001$ ) und ist entgegengesetzt gepolt, d.h. eine Alexithymie wird mit der LEAS bei niedrigen Werten diagnostiziert, mit der TAS hingegen bei hohen Werten.

#### 1.5.4 Observer Alexithymia Scale

Bei diesem neuen Testverfahren werden 33 Items abgefragt und mit einer Vier-Punkte-Likert-Skala bewertet. Es werden fünf verschiedene Faktoren bewertet: Distanziertheit, Lebensklugheit, Somatisierung, Humorlosigkeit und Rigidität. Dieser Test ist ein Fremdeinschätzungstest, der keinerlei besondere Vorkenntnisse erfordert und auch von Laien benutzt werden kann. Dies birgt den Vorteil, dass er von Menschen erhoben werden kann, die den Untersuchten gut kennen (z.B. Familie, Freunde). Eine ausreichende Validierung liegt zum Zeitpunkt der vorliegenden Dissertation noch nicht vor.

In der vorliegenden Dissertation wird zur Diagnostik der Alexithymie die TAS-26 eingesetzt.

## 1.6 Posttraumatische Belastungsstörung

### 1.6.1 Historisches

Als erster beschrieb Da Costa 1871 psychovegetative Symptome bei Soldaten des Amerikanischen Bürgerkrieges (1861-1864). Er nannte dieses Phänomen „Irritable heart“ und führte es auf die körperliche Überanstrengung durch den Krieg zurück. Page (1885) beschrieb als Folge von Eisenbahnunfällen die Symptome der Angst, Schlafstörungen, Albträume, Konzentrationsstörungen und einige somatische Symptome. Er bezeichnete dies als „traumatische Hysterie“.

Oppenheim (1889) beschrieb ein Phänomen, welches er ebenfalls nach Eisenbahn- und Arbeitsunfällen feststellte. Es war durch Desorientiertheit, Aphasie, Schlafstörungen und die Unfähigkeit zu stehen charakterisiert. Er benutzte dafür den Begriff der „traumatischen Neurose“ und führte als Ursache mikroskopische Veränderungen im Gehirn an, die er mit damaligen Methoden nicht nachweisen konnte.

Ende des neunzehnten Jahrhunderts machte Charcot (1887) auf die Bedeutung von Traumata bei hysterischen Symptomen aufmerksam. Dabei verstand er unter der Hysterie multiple Symptome meist bestehend aus einer körperlich-seelischen Entkoppelung. Jedoch wurde der Begriff der Hysterie für eine Vielzahl von Symptomen benutzt, z.B. für Krampfanfälle, Stupor, Amnesie, Schlafstörungen, Angst u.a. Auch Freud als Begründer der Psychoanalyse beschäftigte sich in seinem Werk „Jenseits des Lustprinzips“ (1920) mit traumatischen Situationen.

In jüngerer Zeit beschreibt Bronisch (1997) in seinem Artikel „Posttraumatic Stress Disorder“ dass es im Ersten Weltkrieg (1914 – 1918) bei vielen Soldaten zu einem so genannten „Kriegszittern“ kam: Männer, die von der Front nach Hause zurückkehrten, litten plötzlich unter einem unerklärlichen Zittern. Diese Männer wurden als Simulanten bezeichnet und das Vorliegen einer Erkrankung wurde nicht erwogen. Grund war die damals vorherrschende Meinung, dass es eines somatischen Befundes bedürfe, um ein „Kranksein“ festzustellen. Es

dauerte Jahrzehnte, bis die Posttraumatische Belastungsstörung (DSM-III, 1980) näher definiert und als Erkrankung anerkannt wurde. Bei der DSM-III (Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, Dritte Version) handelt es sich um ein System zur Klassifizierung psychischer Erkrankungen herausgegeben von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung. Dieses System operationalisiert Diagnosekriterien psychischer Erkrankungen. Ein weiteres System zur Klassifizierung von Erkrankungen ist die ICD (International statistical classification of diseases and related health problems). Diese umfasst jedoch nicht nur psychiatrische Erkrankungen, sondern auch somatische Krankheiten. Momentan existiert die vierte überarbeitete Version der DSM (DSM-IV) und die zehnte Version der ICD (ICD-10).

### 1.6.2 Definition

Grundsätzlich sind die akute Stressreaktion und die Posttraumatische Belastungsstörung zu unterscheiden. Nach Möller (2006) ist die akute Stressreaktion definiert als eine kurzfristige Antwort auf einen Stressor. Nach ICD-10 muss zwischen Stressor und Reaktion ein zeitlicher Zusammenhang von einigen Stunden bis maximal drei Tagen hergestellt werden können. Im Wesentlichen umfasst die Symptomatik Angst und Depression, die auch gemeinsam auftreten können. Es gibt noch andere Symptome, darunter Kontaktstörungen und somatische Erscheinungen (zum Beispiel Tremor oder Palpitationen). Nach Flatten (2004) ist die Posttraumatische Belastungsstörung definiert als eine mögliche Reaktion auf ein oder mehrere traumatisierende Ereignisse, die der eigenen Person widerfahren oder bei einer fremden Person beobachtet werden. Es kommt zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. Es gibt viele verschiedene Arten eines Traumas. Sie können grob unterschieden werden in Lebensbedrohung, körperliche Verletzung oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit und Sehen oder Erfahren des Todes einer engen Bezugsperson. Auch bei Helfern, welche nicht unmittelbar betroffen sind, kann nach einem Einsatz in einem

Katastrophengebiet eine Posttraumatische Belastungsstörung auftreten. Die Beschreibung der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 weicht von der Klassifizierung nach DSM-IV geringfügig ab.

Nach DSM-IV werden die Traumata beschrieben als „potenzielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzungen oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schreck reagiert wird.“ Die Symptome umfassen im Wesentlichen die Intrusion (das ständige Wiedererleben des Ereignisses), Hyperarousal (gesteigerte Erregbarkeit) sowie Vermeidung von an das Ereignis erinnernden Situationen und Numbing (Gefühllosigkeit, Betäubtheit). DSM-IV und ICD-10 unterscheiden sich in Bezug auf den Zeitraum bis zum Auftreten der Symptome. Nach ICD-10 beträgt die Latenz zwischen dem Ereignis und dem Auftreten der Symptome einige Wochen bis Monate, selten länger als sechs Monate. Es kommt hier außerdem selten zu einem chronischen Verlauf, der dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung übergehen kann. Nach DSM-IV ist ein verzögerter Beginn definiert, wenn die Symptomatik nach sechs Monaten oder später auftritt. Außerdem unterteilt es die Posttraumatische Belastungsstörung in eine akute und eine chronische Form. Eine akute Posttraumatische Belastungsstörung dauert weniger als drei Monate, eine chronische länger als drei Monate.

Nach Herman (1992) stellt die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung eine besonders schwere Form der Traumareaktion dar. Sie tritt auf, wenn ein länger andauerndes Trauma erlebt wird. Besonders charakteristisch sind eine leichte Erregbarkeit mit im Vordergrund stehendem Zorn und Wut, mangelnder Affekt- und Impulskontrolle, Unfähigkeit, Gefühlsausdrücke abzustufen und selbstzerstörerische Tendenzen. Ebenfalls können auch körperliche Erkrankungen und Somatisierungsstörungen auftreten.

### 1.6.3 Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung

Kessler et al. (1995) untersuchten in den USA 8098 Menschen im Alter zwischen 15-54 Jahren auf eine Posttraumatische Belastungsstörung. Insgesamt beendeten die Untersuchung 5877 Probanden. Dabei fanden sie eine Lebenszeit-Prävalenz für das Vorliegen einer PTSD (Posttraumatic stress disorder) von 7,8%. Bei Frauen war die Zahl derer mit einer PTSD fast doppelt so hoch wie bei Männern (Frauen = 10,4% und Männer = 5,4%). Auch verheiratete Probanden hatten eine höhere Prävalenz als unverheiratete. Die Zahl der Personen, die ein traumatisches Erlebnis in ihrer Lebensgeschichte erlebt hatten, war bei Männern mit 60,7% im Gegensatz zu Frauen mit 51,2% höher. Dies zeigt, dass Männern häufiger ein traumatisches Erlebnis widerfährt, sie jedoch im Gegensatz zu Frauen seltener eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Auch die Art des Traumas variierte zwischen den beiden Geschlechtern. Das häufigste Trauma, welches von den Probanden genannt wurde, war Augenzeuge einer Verletzung oder des Todes eines anderen Menschen geworden zu sein (35,6% der Männer und 14,5% der Frauen), gefolgt von Feuer-, Flut- und Naturkatastrophen (18,9% der Männer und 15,2% der Frauen) und einem lebensgefährlichen Unfall (25% der Männer und 13,8% der Frauen). Männer nannten häufiger als Frauen körperliche Gewalt, Kriegserfahrung, die Bedrohung mit einer Waffe, Gefangenschaft und Entführung als die Belastung auslösendes Ereignis. Frauen nannten häufiger Vergewaltigung, sexuelle Belästigung, Vernachlässigung im Kindesalter und körperliche Gewalt in der Kindheit. Das Trauma, das am häufigsten zu einer PTSD führte, war Vergewaltigung. 56% der vergewaltigten Männer und 45,9% der vergewaltigten Frauen reagierten auf dieses Trauma mit einer PTSD.

Mueser et al. (2008) fanden in einer Gruppe von Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren, dass Mädchen (42%) häufiger an einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten als Jungen (19%). Ebenfalls fand sich ein Zusammenhang zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung und sexuellem Missbrauch (61% mit sexuellem Missbrauch und 15% ohne

sexuellen Missbrauch), PTSD und Depression (47% der Jugendlichen litten an einer Depression und 16% hatten keine Depression) und PTSD und einer Behandlung mit Psychopharmaka (53% mit Psychopharmaka und 26% ohne Psychopharmaka).

#### 1.6.4 Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die erste Einschätzung auf das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfolgt aufgrund eines therapeutischen Gespräches zwischen Patient und Therapeut (Flatten, 2004). Zusätzlich erfolgt dabei die Erhebung der Gesamtsituation (Sozial- und Familienanamnese) des Patienten. Während des Gespräches sind das Vorliegen einer vertrauensvollen Beziehung und die individuell spezielle Situation des Patienten zu beachten z.B. gebührender körperlicher Abstand, begleitende Vertrauensperson, Türe offen lassen (Flatten, 2004). Anschließend sollte die erhobene Diagnose mit Hilfe operationalisierter Verfahren (Interviews/Fragebögen) weiter untersucht werden. Hier kann zwischen diagnostischen Interviews und Selbstbeurteilungsverfahren unterschieden werden.

Zu den diagnostischen Interviews zählt unter anderem das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS). Hier werden in einem ca. 30-45 Minuten dauernden Interview 17 Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung erfragt. Ein weiteres Verfahren ist die Clinician Administered PTSD Scale (CAPS). Hier werden zu den 17 Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung weitere Items erfragt, welche die Intensität von Schuldgefühlen, Desillusionierung, Depressivität und Erinnerungsprobleme erfassen.

Zu den Selbstbeurteilungsverfahren gehört unter anderem die Posttraumatic Stress Scale-10 (PTSS-10). Hier werden in einem ca. 3 Minuten dauernden Test 10 Fragen bezüglich der Symptome Alpträume, Schlafstörungen, Ängste und Schreckhaftigkeit erfragt. Weitere Selbstbeurteilungstests sind die Impact of Event Scale-Revidierte Form (IES-R)

und die Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), welche in Kapitel 3.2.1 und 3.2.2 näher beschrieben werden.

#### 1.6.5 Komorbiditäten der Posttraumatischen Belastungsstörung und weitere durch ein Trauma verursachte Störungen

Nach Flatten (2004) gibt es Komorbiditäten, die mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung stehen, darunter Depressionen, dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und somatische Erkrankungen. Spitzer et al. (2007) untersuchten 122 Patienten mit SMI (severe mental illness), darunter Patienten mit einer Schizophrenie oder bipolarer oder major Depression. Dabei fanden sie bei 68% (n=83) der 122 untersuchten Patienten ein Trauma in der Vergangenheit. 23% (n=28) davon wiesen gegenwärtig Symptome einer PTSD auf.

#### Depressive Störungen und Störungen der Affektkontrolle

Nach einem traumatischen Erlebnis kann es zu Störungen der Impulskontrolle oder zu Störungen der Aufmerksamkeit kommen (Flatten, 2004). Bei traumatisierten Personen kommt es beispielsweise zu einem plötzlichen Umschwenken der Affekte, sofern ein Erlebnis ähnliche Gefühle hervorruft wie das erlebte Trauma. Diese Personen reagieren bei Stimuli, die an das erlebte Trauma erinnern, mit der gleichen Reaktion, als würde dieses Trauma erneut erlebt.

Depressive Störungen mit Suizidgedanken und Suizidversuchen und das Gefühl der Stigmatisierung treten bei traumatisierten Patienten häufiger auf (Flatten, 2004; Mueser et al., 2008).

#### Dissoziative Störungen

Nach Flatten (2004) werden verschiedene Symptome der Dissoziation bei Trauma-Patienten beobachtet, darunter Amnesie und Depersonalisation

und Derealisation. Auch die Bildung einer multiplen Persönlichkeitsstörung stellt eine Folge, besonders einer frühkindlichen Traumatisierung, dar.

### Persönlichkeitsstörungen

Einige Studien haben nachgewiesen, dass eine Vielzahl von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Vergangenheit ein traumatisches Erlebnis hatte. So stellten Herman et al. (1989) bei 81% der Borderline-Patienten in der Vergangenheit ein traumatisches Erlebnis fest. Nach Zanarini et al. (2002) gibt es eine positive Korrelation zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

### Sucht und Substanzmissbrauch

Viele Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden unter einem Substanzmissbrauch (Evren et al., 2010). Felitti et al. (1998) fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Traumata in der Kindheit, Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch. Auch Veteranen des Vietnamkrieges mit Posttraumatischer Belastungsstörung zeigen häufig Substanzmissbrauch (Bremner et al., 1996). Bei 79% lag ein Alkoholmissbrauch, bei 32% ein Missbrauch von Sedativa, bei 55% ein Marihuanamissbrauch, bei 26% ein Opiatmissbrauch, bei 34% ein Kokainmissbrauch und bei 30% ein Missbrauch mehrerer Substanzen vor. Die meisten Patienten schilderten, dass Alkohol, Marihuana, Heroin und Benzodiazepine die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung besserten. Kokain hingegen führte zu einer Verstärkung der Übererregtheit.

### Somatische Erkrankungen

Es gibt verschiedene Formen körperlicher Erkrankungen, die bei Trauma-Patienten häufiger vorkommen als bei entsprechenden Kontrollgruppen

ohne Trauma. So fand Golding (1994) unter anderem bei Frauen mit sexuellen Übergriffen in der Vergangenheit gehäuft gastrointestinale- oder neurologische Symptome, Schmerzsymptome und Sexualstörungen. Dieses erhöhte Vorkommen an Symptomen war sowohl bei pathophysiologisch erklärbaren, wie bei nicht erklärbaren Beschwerden gleichermaßen erhöht.

So prädisponieren wiederholte Traumata in der Kindheit für Rückenschmerzen im Erwachsenenalter (Schofferman et al., 1993). Ebenfalls sind gastroenterologische Erkrankungen mit einem Missbrauch in der Vergangenheit assoziiert (Drossman et al., 1995).

Romans et al. (2002) fanden in ihrer Studie bei Patientinnen, die als Kind körperlich misshandelt wurden, häufiger chronische Schmerzen im Erwachsenenalter. Bei Patientinnen mit einem sexuellen Missbrauch im Erwachsenenalter fanden sich gehäuft Unterleibsschmerzen und ein chronisches Fatigue-Syndrom. Bei Patientinnen, denen eine körperliche Misshandlung im Erwachsenenalter widerfahren ist, fand sich gehäuft ein chronisches Fatigue-Syndrom, Unterleibsschmerzen und Kopfschmerzen.

#### 1.6.6 Therapie einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Für die Posttraumatische Belastungsstörung gibt es kein einheitliches Therapiekonzept. Diese Störung ist so vielfältig, dass jeweils ein individuell ausgerichteter Ansatz berücksichtigt werden muss. Pharmakotherapie und psychotherapeutische Verfahren können kombiniert eingesetzt werden (Möller, 2006). Die Kognitive Verhaltenstherapie als auch Konfrontationsverfahren haben sich in der Therapie der PTSD bewährt (Möller, 2006). Bei psychoanalytisch-psychodynamischen Verfahren ist das supportive Gespräch empfehlenswert, besonders bei akuten Krisen. Es stellt den Versuch einer emotionalen Stützung dar. Die Krisenintervention bezieht sich besonders auf die aktuelle Situation und der Therapeut hat die Möglichkeit, sowohl verschiedene Konfliktpartner, als auch die Umwelt mit einzubeziehen.

Eine Pharmakotherapie mit selektiven Serotonin Reuptake-Hemmern (SSRI`s) ist bei der Therapie der PTSD wirksam und indiziert (Schoenfeld et al., 2004). Substanzen der ersten Wahl sind dabei Paroxetin und Sertralin. Es wurden unter der Therapie hohe Responseraten erzielt, d.h. es fand sich ein deutliches Ansprechen der Symptome auf die applizierten Substanzen. Weiterhin haben sich auch Imipramin, Clonazepam, Buspiron, Carbamazepin und atypische Neuroleptika bewährt.

### **1.7 Entstehung einer Alexithymie als Folge einer Posttraumatischen Belastungsstörung**

Das Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) ist eng mit dem Konzept der Alexithymie verbunden und in der jeweiligen Symptomatik gibt es Überschneidungen. 1986 untersuchten Krystal et al. vier Gruppen von Patienten. Veteranen aus dem Vietnamkrieg um 1970 mit und ohne Posttraumatische Belastungsstörung, Patienten mit einer psychosomatischen Erkrankung und eine Vergleichsgruppe, bestehend aus psychiatrischen Patienten mit affektiven Störungen. Alexithymie wurde dabei mittels verschiedener Testverfahren untersucht. Im BIPQ (Beth Israel Psychosomatic Questionnaire), einem diagnostischen Inventar zur Erfassung einer Alexithymie zeigte sich bei den Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Vergleich zur Vergleichsgruppe ohne Posttraumatische Belastungsstörung ein Trend zu höheren Alexithymiewerten (im Mittel 2,9, Standardabweichung (SD) 2,7,  $p=0,06$ ). Beim APRQ (Alexithymia Provoked Response Questionnaire) hatten die Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit 5,9 (SD 3,6) ebenfalls erhöhte Werte zur Vergleichsgruppe, das Signifikanzniveau wurde mit  $p=0,051$  nur knapp überschritten.

Hyer et al. (1990) untersuchten eine Gruppe von 227 Vietnamveteranen, die in drei Gruppen unterteilt war. Eine Gruppe bestand aus Alkoholikern, eine aus PTSD-Patienten und eine andere aus allgemeinpsychiatrischen Patienten. Alexithymie wurde mittels MMPI (Minnesota Multiphasic

Inventory) gemessen. Alexithymie war in der Gruppe der Veteranen mit PTSD mit 8,9 (SD 2,5) signifikant am stärksten ausgeprägt ( $p < 0,01$ ).

Fukunishi et al. (1994) zeigten in ihrer Arbeit mit 24 schwerstverbrannten Patienten, dass Alexithymie in der chronischen Phase der Erkrankung deutlicher ausgeprägt war als in den anderen Phasen.

In einer weiteren Arbeit untersuchten Fukunishi et al. (1996) die partiellen Ähnlichkeiten zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung. Dies wurde an zwei Gruppen von Patienten untersucht. Die erste bestand aus 26 Patienten mit Verbrennungen, die zweite aus 27 Patienten mit Fingeramputationen. In beiden Gruppen waren sowohl die PTSD-Symptome als auch die der Alexithymie häufiger vorhanden als in der gesunden Vergleichsgruppe. Beobachtet wurde, dass zwei PTSD-Kriterien, Vermeidung und emotionale Gefühllosigkeit, signifikant positiv mit den TAS-Ergebnissen korrelierten. Aus dieser Studie resultierte die Hypothese, dass Alexithymie entstehen könnte, wenn emotionale Verarbeitungsprozesse von PTSD-Symptomen gestört werden. Außerdem wurde gezeigt, dass emotionale Störungen vom Grad der funktionellen Wiederherstellung nach einer Fingeramputation beeinflusst werden können. In der Gruppe der Patienten mit Verbrennungen ergab sich, dass die TAS-Ergebnisse positiv korrelierten mit Verbrennungen im Gesicht, jedoch nicht mit den PTSD-Symptomen und der eigenen körperlichen funktionellen Einschätzung.

Zeitlin et al. (1993) untersuchten die Auswirkungen von Vergewaltigung bei 12 Opfern mit PTSD. Als erstes untersuchten sie das Auftreten von Alexithymie. Danach wurde untersucht, ob Alexithymie bei Patienten mit Trauma auftritt, oder ob primär eine Posttraumatische Belastungsstörung vorhanden sein muss. Als letztes wurde der Effekt einer einmaligen Traumatisierung mit einer wiederholten Traumatisierung verglichen. Dabei ergab sich, dass die Patienten mit einer einmaligen Traumatisierung im Gegensatz zu den mehrfach traumatisierten, nicht alexithym waren. Die Autoren zogen die Schlussfolgerung, dass Alexithymie sich nicht infolge eines einmaligen Traumas entwickelt, sondern durch den wiederholten

psychischen Stress. Vergleichbare Ergebnisse fanden Zeitlin et al. (1989) zwischen dem Grad der Alexithymie und Kampfeinsätzen bei Vietnamveteranen. Sie fügten jedoch hinzu, dass aufgrund der kleinen Fallzahl diese Ergebnisse nicht repräsentativ seien.

Eine andere Arbeit von Yehuda et al. (1997) untersuchte das Auftreten von Alexithymie bei Überlebenden des Holocaust. Es wurden eine Gruppe mit und eine ohne PTSD in Bezug auf die Zusammenhänge zwischen Alexithymie, Schwere des Traumas und Schwere der PTSD miteinander verglichen. Dabei ergab sich, dass Holocaust-Überlebende mit PTSD einen signifikant höheren Grad an Alexithymie hatten als Überlebende ohne PTSD. Dabei gab es interessanterweise keinen Zusammenhang zwischen Stärke des Traumas und Ausmaß der Alexithymie. Jedoch nahm der Grad an Alexithymie mit der Wiederholung der Traumatisierung zu. Abschließend wurde kein direkter Zusammenhang zwischen Alexithymie und einer Traumatisierungs-Exposition festgestellt, vielmehr spielt die dem Trauma folgende Posttraumatische Belastungsstörung die entscheidende Rolle. Als eine andere Erklärungstheorie führten die Autoren an, dass Alexithymie vielleicht eine vorher schon existente Eigenschaft ist, die den Ausdruck von PTSD als Antwort auf ein Trauma erleichtert. Sie kamen abschließend zu keinem eindeutigen Ergebnis; somit blieben zwei Optionen offen: 1. Alexithymie ist eine schon vor dem Trauma bestehende Eigenschaft, oder 2. Alexithymie ist die sekundäre Konsequenz einer chronischen Erkrankung.

Badura (2003) schloss sich diesen Überlegungen an. Er untersuchte 274 Kriegsveteranen auf Alexithymie und PTSD. Dabei betrachtete er insbesondere die Überlappungen beider Konstrukte. Er fand positive Korrelationen zwischen PTSD und Alexithymie. Es wurden jedoch auch vermehrt Fälle von Alexithymie bei Veteranen ohne eine Posttraumatische Belastungsstörung gefunden. Daher warf er die Frage auf, ob Alexithymie bei Patienten mit PTSD als ein Teil dieser Störung angesehen werden sollte. Diese Theorie wurde schon von Yehuda et al. (1997) vertreten. Sie kamen zu der Ansicht, dass bei Veteranen mit einer Posttraumatischen

Belastungsstörung das Symptom der emotionalen Gefühllosigkeit wohl eher ein Teil der PTSD sei und kein eigenes Störungsbild. Auch Declercq et al. (2010) fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung und Alexithymie.

Sondergaard et al. (2004) untersuchte eine Gruppe von Flüchtlingen auf Alexithymie, PTSD, die Höhe des Prolaktin-Spiegels und das Ausmaß der Depression. Dabei stellten sie fest, dass die ersten beiden Faktoren der Alexithymie, Schwierigkeiten in der Identifizierung und Schwierigkeiten in der Beschreibung von Gefühlen, mit den negativen Gefühlen der PTSD assoziiert waren. Der Faktor 3, nach außen orientierter Denkstil, zeigte keinen Zusammenhang mit der Posttraumatischen Belastungsstörung.

In einer Studie von McCaslin et al. (2006), die an New Yorker Polizisten vor und nach dem Angriff auf das „World Trade Center“ am 11. September 2001 durchgeführt wurde, ergab sich, dass erhöhte Alexithymie-Werte eine PTSD nach dem 11. September begünstigten. Die erhobenen Alexithymie-Werte zeigten wiederum einen positiven Zusammenhang mit emotionaler Vernachlässigung und emotionalem Missbrauch in der Kindheit. Die Studie zeigte, dass Alexithymie nicht nur in Zusammenhang steht mit der Schwere des traumatischen Ereignisses, sondern dass sie vielmehr eine symptomatische Antwort auf das traumatisierende Ereignis zu sein scheint. Hier zeigt sich ein Unterschied zur Studie von Yehuda et al. (1997), welche keinen Zusammenhang zwischen der Stärke des Traumas und dem Ausmaß an Alexithymie feststellten.

Spitzer et al. (2007) führten eine Studie an 122 Patienten mit SMI (severe mental illness) durch. Diese Gruppe beinhaltete Patienten mit einer Schizophrenie und Patienten mit einer bipolaren oder major Depression. Bei 68% der Patienten fand sich ein Trauma in der Vergangenheit. Patienten mit PTSD-Symptomen hatten dabei mehr psychopathologische Leiden und häufiger eine Alexithymie als Patienten mit einem Trauma in der Vergangenheit, aber ohne PTSD und Patienten ohne ein Trauma. Die Autoren diskutieren die Frage, ob Alexithymie eine Charaktereigenschaft,

ein Risikofaktor für die Entwicklung einer PTSD oder eine sekundäre Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis und eine PTSD ist.

Teten et al. (2008) untersuchten an einer Gruppe von Kriegsveteranen die Zusammenhänge zwischen PTSD, Alexithymie und verbalen impulsiven Aggressionen. Alle in dieser Studie aufgenommenen Veteranen wiesen ein traumatisches Erlebnis in der Vergangenheit auf. Dabei zeigte sich, dass 92,1% der Veteranen eine PTSD hatten. Alexithymie war assoziiert mit impulsiven Aggressionsausbrüchen. Auch fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung (Cronbach  $\alpha=0,37$ ;  $p<0,05$ ).

In einer Studie von McLean et al. (2006) wurden 70 Frauen mit einem sexuellen Missbrauch in der Kindheit auf den Zusammenhang zwischen komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung, Affektkontrolle, Dissoziation, Somatisierung und Alexithymie untersucht. Hier wurde kein Zusammenhang zwischen komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung und Alexithymie nachgewiesen. Evren et al. (2010) kamen zu einem ähnlichen Ergebnis. Bei McLean et al. (2006) zeigte sich jedoch zusätzlich ein Zusammenhang zwischen Alexithymie und Affektdysregulation. Auch zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Alexithymie und somatischen Erkrankungen (Verdauungsprobleme, chronische Schmerzen, kardio-pulmonale Probleme, Konversionssymptomen und sexuellen Symptomen). Der sexuelle Missbrauch durch den Vater war der am höchsten signifikante Prädiktor für Alexithymie.

Frewen et al. (2006) berichteten eine positive Korrelation zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung von  $r= 0,76$  mit einem  $p$ -Wert  $<0,001$ . Alexithymie korrelierte positiv mit allen Formen kindlicher Traumata ( $p<0,001$ , emotionalem Missbrauch,  $r=0,76$ , emotionaler Vernachlässigung,  $r=0,70$ , sexuellem Missbrauch,  $r=0,62$ , physischer Gewalt,  $r=0,75$  und physischer Vernachlässigung,  $r=0,72$ ).

Ähnliche Ergebnisse ergab eine Metaanalyse von 12 Studien von Frewen et al. (2008). Hier war Alexithymie charakteristisch für Männer mit kriegsassoziierter PTSD. Jedoch waren auch bei Personen mit nicht

kriegsassoziierter PTSD (Überlebende des Holocaust, Flüchtlinge, Vergewaltigungsopfer) klinisch erhöhte Alexithymie Werte festzustellen.

In einer klinischen Studie von Frewen et al. (2008) zeigte sich, dass Personen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung häufiger alexithym waren als die Kontrollgruppe (PTSD  $M=59,38$ ,  $SD=13,67$ ; ohne PTSD  $M=35,39$ ,  $SD=8,86$ ). Auch Zahradnik et al. (2009) fanden ähnliche Ergebnisse. Bei Frewen et al. (2008) fand sich auch eine positive Korrelation zwischen Alexithymie und emotionaler Vernachlässigung. Hinsichtlich emotionalen Missbrauchs, physischer Vernachlässigung, physischen und sexuellen Missbrauchs fand sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang zur Alexithymie.

Zusammenfassend zeigt sich in der Literatur ein enger Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung. Alexithymie wird von einigen Autoren als Teil oder Symptom einer Posttraumatischen Belastungsstörung angesehen. Andere Autoren wiederum betrachten Alexithymie als ein eigenständiges Konstrukt, welches die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach einem traumatischen Erlebnis begünstigt. Nach eingehender Literaturrecherche stellt sich dem Leser die Frage, welche dieser beiden Theorien am ehesten zu verfolgen ist? Als Essenz aus der Literatur ergibt sich für mich das Bild, dass Alexithymie ein eigenes Konstrukt ist, welches auch ohne eine Posttraumatische Belastungsstörung vorkommen kann. Jedoch begünstigt eine Alexithymie im Vorfeld die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach einem traumatischen Erlebnis. Ebenfalls kann nach einem traumatischen Erlebnis eine Alexithymie, als Symptom einer Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten und hier als Teil eines Abwehrprozesses dieser Erlebnisse verstanden werden.

## **1.8 Relevanz dieser Arbeit**

Ziel dieser Arbeit ist das Herausarbeiten des Zusammenhangs zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung und Alexithymie. Die Merkmale der Patienten mit Alexithymie sollten weiterhin hinsichtlich Geschlecht und Schulbildung untersucht werden. Die meisten Arbeiten zur Thematik Alexithymie und PTSD untersuchten spezielle Patientengruppen, d.h. es wurden z.B. Gruppen mit ähnlichen Traumata untersucht und zu einer Gruppe zusammengefasst. Nach meinem Kenntnisstand gibt es bislang keine Arbeit, die das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung und der Alexithymie bei Patienten einer Klinik für allgemeine Psychiatrie und Psychosomatik in Deutschland untersucht hat. Die Literaturrecherche wurde mit Hilfe der Suchmaschine „Pubmed“ durchgeführt. Als Suchbegriff wurden „Alexithymia and PTSD“, „Alexithymia“ und „PTSD“ eingegeben und ein Zeitraum der letzten 10 Jahren erfasst.

Die vorliegende Dissertation entstand im Rahmen eines Forschungsprojektes in einer Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychosomatik. Die teilnehmenden Patienten wurden zufällig für diese Studie ausgesucht (anfallende Stichprobe). Patienten auf geschlossenen Stationen oder Patienten mit einer klinisch manifesten Schizophrenie wurden nicht in diese Studie einbezogen.

## **2. Fragestellungen**

Im Rahmen dieser Arbeit werden verschiedene Fragestellungen untersucht.

### **2.1 Alexithymie und Geschlecht**

Diese Studie soll den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Alexithymie bei einer Stichprobe stationärer, allgemein-psychiatrischer Patienten untersuchen, da die gegenwärtige Studienlage keine eindeutige Einschätzung zulässt.

### **2.2 Alexithymie und Bildung**

In der Literatur wird beschrieben, dass Bildung und Alexithymie negativ miteinander korrelieren, meist waren die Patientenstichproben dabei in Hinblick auf die Erkrankung oder das Alter homogen. Für die vorliegende Arbeit gab es weder eine Altersbeschränkung noch eine Fokussierung auf eine spezielle Störung. Aus dieser Arbeit resultieren daher weitere Erkenntnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Bildung und Alexithymie.

### **2.3 Zusammenhänge zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung**

In der Einleitung wurden bereits die Zusammenhänge zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung dargelegt, wie sie die bisherige Forschung herausgearbeitet hat. Dabei wurde ersichtlich, dass es unterschiedliche Theorien über die Zusammenhänge zwischen

Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung gibt. Einige Autoren gehen von einer Koexistenz zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung aus (z.B. Hyer et al., 1991).

Andere Autoren vertreten hingegen die Ansicht, dass Alexithymie eher als das Symptom der „emotionalen Kälte“ im Rahmen der Posttraumatischen Belastungsstörung und anderer Störungsbilder zu werten ist (Badura et al., 2003). Weiterhin wurden die meisten Studien, die sich mit dieser Thematik befassen, stets an Traumapatienten mit einer bestimmten Art von Traumatisierung durchgeführt (z.B. Kriegsveteranen (Badura, 2003; Krystal et al., 1986; Hyer et al., 1990 und 1991), Flüchtlinge (Sondergaard et al., 2004), Polizisten (McCaslin et al., 2006), Patienten mit sexuellem Missbrauch (McLean et al., 2006), Holocaust-Opfer (Yehuda et al., 1997), Alkohol- und Substanzabhängige (Handelsmann et al., 2000), Kinder mit malignen hämatologischen Erkrankungen (Fukunishi et al., 2001), Patienten mit Fingeramputation oder Verbrennungen (Fukunishi et al., 1996).

Das Besondere dieser Arbeit ist es, nicht eine spezielle Klientel mit einem gleichgearteten Trauma zu untersuchen, sondern eine Studie an allgemeinspsychiatrischen Patienten durchzuführen. Dabei soll herausgestellt werden, wie häufig beide Störungen bei dieser Patientengruppe auftreten, und ob beide Störungen bei diesen Patienten in einem direkten Zusammenhang stehen.

Ein weiteres Ziel dieser Studie soll es sein, die Zusammenhänge zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung genauer zu untersuchen. Zur Erfassung der Alexithymie wurde die TAS-26 benutzt. Zur Erfassung der Posttraumatischen Belastungsstörung wurden zwei verschiedene Tests benutzt, die Impact of Event Scale-Revised (IES-R) und die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). Dabei wird zwischen dem Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV und ICD-10 unterschieden. Es soll festgestellt werden, ob es einen statistisch signifikanten Zusammenhang dieser beiden Konstrukte sowohl nach ICD-10 als auch nach DSM-IV gibt und ob diese Zusammenhänge in

den beiden verwendeten Tests zur Erfassung einer Posttraumatischen Belastungsstörung ähnlich sind.

#### **2.4 Alexithymie: Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch**

Ein weiteres Ziel der Arbeit ist, den Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch als spezielles Trauma und Alexithymie zu untersuchen. Bei diesen Patienten liegt nicht zwingend eine Posttraumatische Belastungsstörung vor.

#### **2.5 Alexithymie und körperliche Misshandlung**

Die im Theorieteil gewonnenen Erkenntnisse zeigen, dass die Studienlage hier nicht eindeutig ist. Einige Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Misshandlung im Kindesalter und Alexithymie (Berenbaum, 1996; Frewen et al., 2006; McLean et al., 2006), andere konnten keinen signifikanten Zusammenhang feststellen (Frewen et al., 2008). Die vorliegende Studie untersucht den Zusammenhang zwischen Alexithymie und körperlicher Misshandlung im gemischten Patientenkontext einer Psychiatrischen Klinik. Bei diesen Patienten liegt ebenfalls nicht zwingend eine Posttraumatische Belastungsstörung vor.

## 2.6 Zusammenfassung der Hypothesen und Fragestellungen

### Hypothese 1:

Alexithymie hängt mit dem Geschlecht zusammen, ungeachtet der psychiatrischen Diagnose, und zwar sind männliche Patienten der allgemein-psychiatrischen Klinik signifikant häufiger von Alexithymie betroffen als weibliche Patienten.

### Hypothese 2:

Alexithymie korreliert bedeutsam negativ mit Schulbildung.

### Hypothese 3:

Es gibt einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung, d.h. allgemein-psychiatrische Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung haben signifikant häufiger eine Alexithymie als Patienten ohne posttraumatische Belastungsstörung.

### Fragestellung Missbrauch und Alexithymie:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Missbrauch und Alexithymie?

### Fragestellung Misshandlung und Alexithymie:

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Misshandlung und Alexithymie?

## **3. Methodik**

### **3.1 Studienort**

Die in der Arbeit verwendeten Daten sind an einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus mit Abteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik erhoben worden. Diese Klinik verfügt über 124 Betten auf 8 Stationen. Die Klinik verfügt über ein umfangreiches therapeutisches Angebot. Dieses umfasst u.a. Ergotherapie, Aromatherapie, Bewegungstherapie, psychologische Gruppen- und Einzeltherapien. Aufgenommen wurden Patienten bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, Angst- und Zwangsstörungen, neurotischen Störungen, allgemeinpsychiatrischen Erkrankungen, depressiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und bei Substanzabusus. Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer sämtlicher Patienten dieser Klinik betrug 28 Tage.

### **3.2 Verwendete Fragebögen und Tests**

Die Befragungen und Tests wurden an mehreren Tagen ihres stationären Aufenthaltes mit den Patienten durchgeführt. Am ersten Tag fand ein Gespräch mit dem Therapeuten, einem Oberarzt für Psychiatrie statt. Dieser erfasste neben den nach ICD-10 verschlüsselten Diagnosen ebenfalls die Vormedikation des Patienten. Es wurden weiterhin das Globale Funktionsniveau (GAF) eingeschätzt und psychiatrische oder psychotherapeutische Vorbehandlungen erfragt. Im Anschluss erfolgte eine genaue Erhebung der somatischen- und der Sozialanamnese.

Am zweiten Tag nach Aufnahme erfolgte eine erneute Befragung des Patienten. In dieser wurden weitere Daten der Sozialanamnese erfragt, sowie auch eine Selbsteinschätzung der Beschwerden erhoben. Im Anschluss an dieses Gespräch erhielten die Patienten als „Papier/Bleistift-Test“ die Adult Attachment Scale (AAS), die Posttraumatic Stress

Diagnostic Scale (PDS) und den Impact of Event Scale (revidierte Form) (IES-R). Nach Beendigung dieser Tests wurden am Computer die Symptom-Checkliste-90 (revidierte Form) (SCL-90-R), der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS), das Borderline Persönlichkeits Inventar (BPI), die Toronto Alexithymia Scale-26 (TAS-26) und das Strukturierte Klinische Interview für DSM IV, Achse 2 (SKID-II) durchgeführt. Die für die vorliegende Arbeit relevanten Inventare werden im folgenden Abschnitt genauer erläutert.

Einen Tag vor Entlassung aus der stationären Behandlung wurden die Patienten erneut zu ihren Symptomen befragt, darunter auch, ob subjektiv eine Besserung stattgefunden habe. Danach wurden erneut FDS und SCL-90 am Computer durchgeführt. Auch die IES-R wurde zum Abschluss erneut durchgeführt.

Alle Tests wurden nach einer kurzen Einführung von den Patienten eigenständig ausgefüllt. Bei Rückfragen konnte ein Testleiter befragt werden.

Im Vorfeld wurde die Studie zur Genehmigung der Ethikkommission des Landes Rheinland-Pfalz vorgelegt. Ebenfalls wurde am ersten Tag der Studie eine schriftliche Einverständniserklärung der Patienten eingeholt.

### 3.2.1 Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

Die PDS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das das Vorhandensein einer Traumatisierung und das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder Akuten Belastungsstörung erfasst. Dieses Instrument wurde den Patienten als „Papier/Bleistift-Test“ vorgelegt. Die Beantwortung der Fragen dauerte nach einer kurzen Einweisung ca. 10-15 Minuten. Es gibt sowohl anzukreuzende Antwortmöglichkeiten als auch die Möglichkeit zur freien Formulierung von Antworten. Die PDS besteht aus vier Teilen. In Teil 1 werden elf verschiedene, häufig vorkommende traumatische Erlebnisse, erfragt (z.B. schwerer Unfall, sexueller Angriff, Folter, Krieg, Gefangenschaft u.a.). Unter Item 12 kann ein anderes

traumatisches Erlebnis, das vorher nicht genannt wurde, aufgeschrieben werden. Danach wird nach dem am meisten belastenden Erlebnis gefragt. Als Antwortmöglichkeiten gibt es eine dichotome Skala, die die Antworten „Ja“ und „Nein“ zulässt.

Teil 2 erfasst als erstes den Zeitpunkt, zu dem das traumatische Ereignis stattfand. Auf einer folgenden dichotomen Skala, die ebenfalls mit „Ja“ und „Nein“ beantwortet werden kann, wird die subjektive Einschätzung der bedrohlichen Situation erfragt. Es wird nach folgenden Punkten gefragt:

- eigene körperlicher Verletzung
- körperliche Verletzungen von anderen
- der empfundenen Gefahr für das eigene Leben
- der empfundenen Gefahr für das Leben anderer
- Hilflosigkeit
- und nach Entsetzen und Angst

In Teil 3 werden 17 Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung abgefragt, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala beantwortet werden können. Es wird die Häufigkeit des Auftretens dieser Symptome in Bezug auf das schlimmste Erlebnis im letzten Monat erfasst.

In Teil 4 wird die Beeinträchtigung von neun Lebensbereichen erfragt (z.B. Arbeit, Haushalt, Freizeit, Sexualität usw.). Der Patient kann hier auf einer dichotomen Skala zwischen „Ja“ und „Nein“ wählen.

Die Auswertung des Tests erfolgte per Hand und benötigte ca. 5 Minuten. Dabei wurde in Teil 1 als erstes untersucht, ob eine Traumatisierung vorliegt. In Teil 2 wurden die Traumakriterien überprüft. Der Test ermöglicht es dem Untersucher, das Vorliegen eines Traumas festzustellen, wie auch den Schweregrad des Traumas zu bestimmen. Die PDS untersucht Traumakriterien sowohl nach DSM-IV, als auch nach ICD-10.

Die Auswertung nach ICD-10 ist ähnlich derer nach DSM-IV, jedoch weniger differenziert.

### 3.2.2 Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R)

Die IES-R ist ein Verfahren zur Erfassung, ob eine Posttraumatische Belastungsstörung wahrscheinlich ist und wurde den Patienten als „Papier/Bleistift-Test“ vorgelegt. Der Fragebogen ist schnell und einfach in der Beantwortung und die Bearbeitung dauert ca. 10 Minuten. Die IES-R erfasst die drei Subskalen: Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal der Posttraumatischen Belastungsstörung mit 22 Fragen. Diese Fragen können von den Patienten mit den vorgegebenen Antworten „überhaupt nicht“, „selten“, „manchmal“ und „oft“ beantwortet werden. Die Fragen erfassen für die Posttraumatische Belastungsstörung typische Symptome. Für die Antworten werden Punkte vergeben, 0 Punkte für „überhaupt nicht“, 1 Punkt für „selten“, 3 Punkte für „manchmal“ und 5 Punkte für oft. Über die Formel  $(X = (-0,02 \times \text{Intrusion}) + (0,07 \times \text{Vermeidung}) + (0,15 \times \text{Überregung}) - 4,36)$  wird ein Gesamtwert aus den drei Skalenwerten errechnet. Wenn der errechnete Wert  $X > 0$  ist, dann ist eine PTB-Diagnose wahrscheinlich.

### 3.2.3 Die Toronto Alexithymia Scale (TAS-26)

Die TAS-26 ist ein Verfahren zur Bestimmung einer Alexithymie. In der vorliegenden Arbeit wurde die deutsche Version der TAS-26 benutzt. Der Test besteht aus 26 Fragen und dauert ca. 5-10 Minuten. Er erfasst die subjektive Einschätzung der einzelnen Dimensionen der Alexithymie. Er besteht aus folgenden drei Skalen:

1. Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen
2. Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
3. extern orientierter Denkstil

Diese drei Skalen können zu einer Gesamtskala zusammengefasst werden, die dann einen Gesamtwert für die Ausprägung einer Alexithymie angibt. Patienten ab einem Gesamtwert größer bzw. gleich 54 werden als alexithym bezeichnet.

### **3.3 Weitere Testverfahren und Zeitpunkt der Durchführung**

Die SCL-90-R, die FDS, der BPI, die TAS-26 und der SKID-II wurden am Computer von den Patienten bearbeitet. Alle anderen Tests wurden als „Papier/Bleistift-Tests“ vorgelegt.

#### 3.3.1 Tests bei Aufnahme

- die AAS (Adult Attachment Scale) zur Erfassung von zwischenmenschlichen Bindungen und Beziehungen
- die PDS zur Erfassung einer Posttraumatischen Belastungsstörung
- die IES-R zur Erfassung einer Posttraumatischen Belastungsstörung
- die SCL-90-R zur Messung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung
- die FDS zur Erfassung von dissoziativen Symptomen
- der BPI zur Messung einer Borderline Persönlichkeit
- die TAS-26 zur Messung einer Alexithymie
- der SKID-2 zur Messung von Persönlichkeitsstörungen

#### 3.3.2 Tests bei Entlassung

- die IES-R zur Erfassung der Besserung einer Posttraumatischen Belastungsstörung
- die SCL-90-R zur Erfassung der Veränderung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung

- die FDS zur Erfassung der Veränderung von dissoziativen Symptomen

### **3.4 Fragebogen bei Aufnahme**

Zum Zeitpunkt der Aufnahme wurden in einem ca. 45 Minuten dauernden persönlichen Gespräch verschiedene Daten erhoben, der Fragebogen ist im Anhang A beigefügt. Es wurden sowohl eine sozial- wie auch medizinische Anamnese erhoben.

### **3.5 Fragebogen einen Tag nach stationärer Aufnahme**

Diesen Fragebogen erhielten die Patienten bei der Aufnahme und wurden aufgefordert, diesen bis zum nächsten Tag auszufüllen (s. Anhang B). Es wurde sowohl eine Sozialanamnese wie auch die weiteren Lebensumstände des Patienten erfragt. Des Weiteren wurde der Patient aufgefordert, maximal fünf Therapieziele zu formulieren.

### **3.6 Entlassungsbogen für den Therapeuten**

Dieser Bogen wurde vom Therapeuten/Arzt einen Tag vor Entlassung des Patienten ausgefüllt. Es wurden sowohl die psychiatrischen wie auch die somatischen Diagnosen des Patienten erfasst, ebenso die Medikation.

### **3.7 Entlassungsbogen für den Patienten**

Hier wurden die einzelnen Therapieformen und therapeutischen Maßnahmen erfragt und in welchem Ausmaß sie dem Patienten – nach seiner Einschätzung - geholfen haben.

Es wurde das Ausmaß eruiert, in dem der Patient seine Therapieziele, welche er bei Aufnahme formuliert hatte, erreicht hat. Außerdem wurde erfasst, ob sich eine Änderung der Therapieziele ergeben hatte. Zum Schluss sollte noch der Grad der allgemeinen Zufriedenheit mit dem jetzigen Leben angegeben werden.

### **3.8 Auswertung**

Nach Beendigung der Studie wurde eine Kodierungsmaske der einzelnen Items für SPSS 17.0 für Windows XP erstellt. Sämtliche Daten, sowohl die Fragebögen als auch die Papier/Bleistift-Tests und die computergestützten Tests wurden in diese Maske eingegeben.

In der vorliegenden Arbeit werden neben den demographischen Daten die Testergebnisse der TAS-26, der IES-R und der PDS ausgewertet.

Mittels Chi-Quadrat-Test wird der Zusammenhang zwischen Alexithymie und Geschlecht, Alexithymie und Schulbildung, Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung nach ICD-10 und DSM IV, sowie Alexithymie und Posttraumatische Belastungsstörung mit IES-R, Alexithymie und sexuellem Missbrauch und Alexithymie und Gewalt-erfahrungen, getestet.

Für die Tests wurde ein Signifikanzniveau von 0,05 festgelegt. Wenn ein p-Wert kleiner 0,05 ermittelt wurde, wurde die Nullhypothese, dass es keinen Zusammenhang zwischen den beiden untersuchten Merkmalen gibt, verworfen.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Beschreibung der Stichprobe

#### 4.1.1 Altersverteilung

Die Patienten wurden zufällig ausgewählt (anfallende Stichprobe). Ausschlusskriterien waren der Aufenthalt auf einer betreuten Station oder das Vorliegen einer schweren Psychose. Außerdem waren Patienten mit schweren hirnrorganischen Störungen, geistig stark retardierte Patienten und Patienten, die des Lesens und Schreibens nicht mächtig waren, ausgenommen. Insgesamt wurden 205 Patienten aus den Fachbereichen Psychiatrie und Psychosomatik untersucht. Davon waren 75 (36,6%) der Patienten männlichen und 130 (63,4) Patienten weiblichen Geschlechts. Tabelle 1 zeigt die Altersverteilung.

**Tabelle 1: Altersverteilung der Patienten**

<b>Alter der Patienten</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>
18-20 Jahre	14	6,8
21-30 Jahre	34	16,6
31-40 Jahre	59	28,8
41-50 Jahre	55	26,8
51-60 Jahre	39	19,0
61-66 Jahre	4	2,0
Gesamt	205	100

N=Häufigkeit der Patienten

#### 4.1.2 Psychiatrische Diagnosen

Die psychiatrischen Aufnahmediagnosen wurden am ersten Tag der Aufnahme erstellt und nach ICD-10 verschlüsselt. Für diese Studie werden nur die Hauptdiagnosen berücksichtigt, welche zur Aufnahme in die Psychiatrie führten.

Am häufigsten wurden neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit 65,4% diagnostiziert (Tabelle 2). Daraufhin folgte mit großem Abstand die Diagnose der Affektiven Störungen mit 16,6%. Der Hauptanteil der Affektiven Störungen war eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode, nämlich 7,8%. Eine weitere größere Gruppe an Diagnosen, die zur Aufnahme in die Psychiatrie führte, war die Gruppe der Abhängigkeitserkrankungen. Insgesamt wurden 24 Patienten (11,7%) mit der Diagnose eines Substanzmissbrauches in diese Studie aufgenommen. Bei 21 dieser Patienten (10,2%) lag ein Alkoholmissbrauch vor.

**Tabelle 2: Aufnahmediagnosen nach ICD-10**

ICD-10	Diagnose	N	Prozent
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	24	11,7
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	11	5,4
F3	Affektive Störungen	34	16,6
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	134	65,4
F5	Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren	2	1,0
Gesamt		205	100

N=Häufigkeit der Patienten

#### 4.1.3 Ergänzende psychiatrische Diagnosen

Bei der Aufnahme wurden alle Patienten auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 untersucht (Tabelle 3). Bei 73 Patienten lag keine Persönlichkeitsstörung vor (35,6%). Die am häufigsten gestellte Diagnose war die der „Emotional instabilen Persönlichkeit“ bei insgesamt 55 Patienten (26,8%). Fast gleich häufig wurde eine „Ängstlich vermeidende Persönlichkeit“ bei insgesamt 23 Patienten (11,2%)

festgestellt und eine „Abhängige (Asthenische) Persönlichkeit“ bei 21 Patienten (10,2%).

**Tabelle 3: Persönlichkeitsstörungen**

ICD-10	Diagnose	N	Prozent
	keine Persönlichkeitsdiagnose oder fehlende Angabe	73	35,6
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung	1	0,5
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung	4	2,0
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung	3	1,5
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	55	26,8
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung	11	5,4
F60.5	Anankastische Persönlichkeitsstörung	4	2,0
F60.6	Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	23	11,2
F60.7	Abhängig (asthenische) Persönlichkeitsstörung	21	10,2
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung	9	4,4
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	1	0,5
Gesamt		205	100

N=Häufigkeit der Patienten

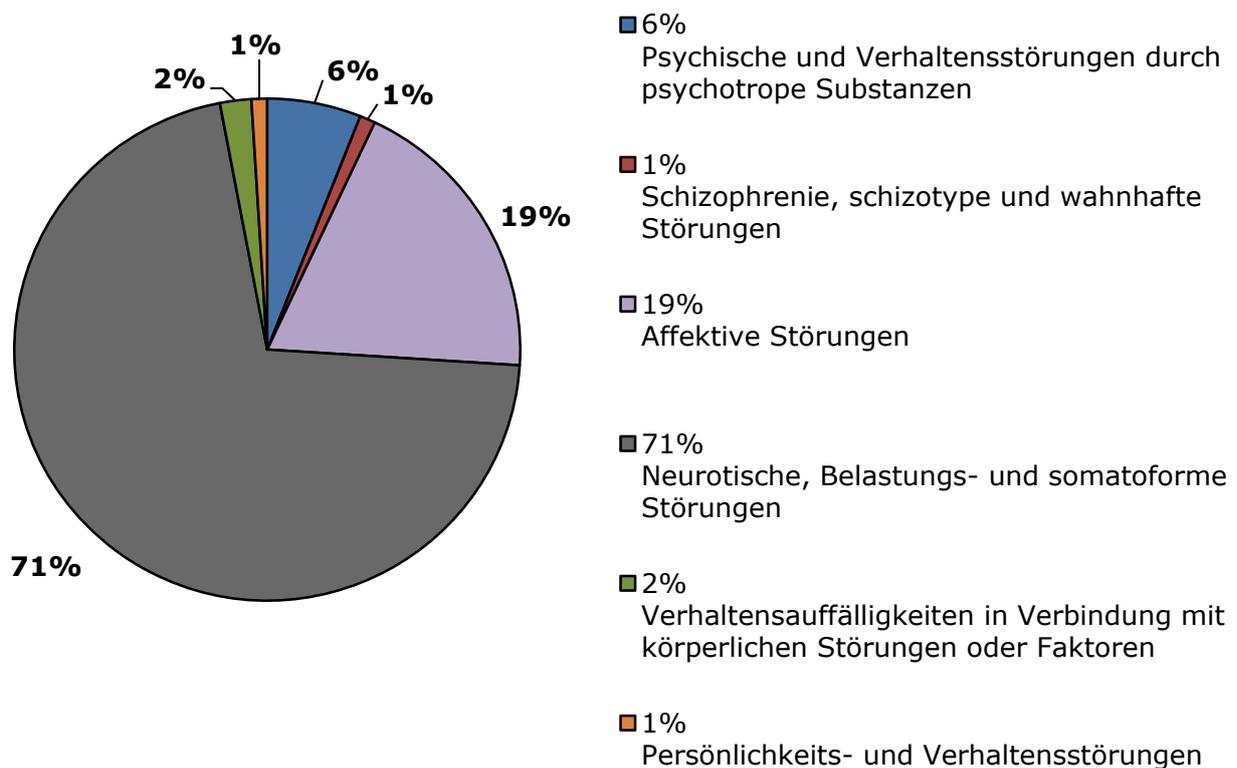
## 4.2 Deskriptive Statistik

### 4.2.1 Psychiatrische Diagnosen der alexithymen Patienten nach ICD-10

Bei der Erhebung des Aufnahmebogens wurde die psychiatrische Hauptdiagnose erfasst. Bei 132 der 205 untersuchten Patienten lag eine Alexithymie vor (getestet mittels TAS-26). Am häufigsten war bei den alexithymen Patienten die Diagnose der ICD-10 Gruppe F4 (Neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen) vertreten (94 von 132 Patienten). Dabei wurde am häufigsten die Diagnose F43.2 (Anpassungsstörungen) bei insgesamt 47 Patienten gestellt, gefolgt von F43.1 (Posttraumatische Belastungsstörung) bei insgesamt 12 Patienten (siehe Abbildung 1).

In der Gruppe F3 (Affektive Störungen) mit 25 Patienten zeigten sich zwei weitere Häufungen bei F33.2 (Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome) mit 11 Patienten und bei F34.1 (Dysthymia) mit 8 Patienten.

Danach kam die Gruppe F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) mit 8 Patienten, gefolgt von F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) und F5 (Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren) mit jeweils 2 Patienten. Ein Patient hatte als psychiatrische Hauptdiagnose eine Diagnose der Gruppe F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Die prozentuale Verteilung ist der Abbildung 1 zu entnehmen.



**Abbildung 1: Psychiatrische Hauptdiagnosen der alexithymen Patienten (n=132)**

#### 4.2.2 Bedrohliche Ereignisse aller Patienten in der Vergangenheit

Alle Patienten (n=205) wurden nach bedrohlichen Ereignissen in der Vergangenheit gefragt. Dabei sollte erhoben werden, ob es eine - nach eigenen Angaben - Traumatisierung des Patienten gab. Es wurde dabei nach Verkehrsunfällen, körperlicher Gewalt, sexueller Gewalt, lebensbedrohlichen Erkrankungen, Verlust von Freunden/Angehörigen, Kriegserfahrungen, Gefangenschaft, Naturkatastrophen, Partnerschaftstrennungen, sonstigen bedrohlichen Ereignissen und nicht bedrohlichen Ereignissen gefragt. Insgesamt erlebten 125 Patienten (61%) ein bedrohliches Ereignis (Tabelle 4). 80 Patienten erlebten in ihrer Vergangenheit kein bedrohliches Ereignis. Der Hauptanteil bedrohlicher Ereignisse war körperliche Gewalt (34 Patienten, 16,6%). Am zweithäufigsten wurde sexuelle Gewalt angegeben (24 Patienten, 11,7%) und an dritter Stelle eine lebensbedrohliche Erkrankung (18 Patienten, 8,8%). Die Ereignisse „Naturkatastrophe“ und „Gefangenschaft“ wurden nur von jeweils einem Patienten angegeben.

**Tabelle 4: Bedrohliches Ereignis im bisherigen Leben**

<b>Bedrohliches Ereignis</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>
nein	80	39,0
Verkehrsunfall	15	7,3
körperliche Gewalt	34	16,6
sexuelle Gewalt	24	11,7
lebensbedrohliches Ereignis	18	8,8
Verlust eines Verwandten/Freundes	13	6,3
Gefangenschaft/Entführung	1	0,5
Naturkatastrophe	1	0,5
eigene Partnerschaftstrennung	2	1,0
sonstiges	17	8,3
Gesamt	205	100,0

N=Häufigkeit der Patienten

Diese Befragung wurde vor der Testung einer Traumatisierung durch die beiden Testverfahren des IES-R und des PDS durchgeführt.

Es wurde weiterhin nach einem zweiten bedrohlichen Ereignis im Leben gefragt. Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, erlebten 174 Patienten kein zweites bedrohliches Ereignis in ihrem Leben. Das am häufigsten angegebene weitere Ereignis war für sieben Patienten (3,4%) das Erfahren sexueller Gewalt, gefolgt von einer lebensbedrohlichen Erkrankung (6 Patienten, 2,9%).

**Tabelle 5: Zweites bedrohliches Ereignis im Leben**

<b>Zweites bedrohliches Ereignis</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>
nein	174	84,9
Verkehrsunfall	3	1,5
körperliche Gewalt	5	2,4
sexuelle Gewalt	7	3,4
lebensbedrohliches Ereignis	6	2,9
Verlust eines Verwandten/Freundes	1	0,5
Gefangenschaft/Entführung	1	0,5
eigene Partnerschaftstrennung	2	1,0
sonstiges	6	2,9
<b>Gesamt</b>	<b>205</b>	<b>100,0</b>

N=Häufigkeit der Patienten

Es wurde nach einem dritten bedrohlichen Ereignis im Leben gefragt. Ein Patient gab sexuelle Gewalt an (0,5%) und zwei Patienten eine sonstige Form von Gewalt (1,0%).

#### 4.2.3 Körperliche Gewalterfahrung

Alle Patienten (n=205) wurden nach körperlicher Gewalterfahrung gefragt. 95 Patienten haben Gewalt erlebt (46,3%), 110 Patienten (53,7%) haben

keine Gewalt in ihrer Vergangenheit erlebt. Es wurde speziell darauf eingegangen, durch wen diese Gewalt ausgeübt wurde. **Dabei waren auch Doppelangaben möglich.** Es konnte angegeben werden, ob die Gewalt durch den Vater, die Mutter, durch Verwandte, durch Freunde, durch Bekannte, durch Fremde, durch den Partner, durch Lehrer, durch Erzieher oder durch Sonstige ausgeübt wurde. Es gab auch eine Spalte, welche bei fehlender Erinnerung angegeben werden konnte. Dies lag nur bei einer Patientin vor. Die unterschiedlichen Häufigkeiten sind in Tabelle 6 angegeben. Am häufigsten wurde Gewalt durch den Vater ausgeübt, (45 Patienten, 22%), gefolgt von Gewalt durch die Mutter (28 Patienten, 13,7%). An dritter Stelle folgte Gewalt durch den Partner (22 Patienten, 10,7%).

**Tabelle 6: Erfahrene Gewalttätigkeit durch Personen (Gesamtangabe aufgrund von Doppelnennungen nicht möglich)**

<b>Gewaltausübende Person</b>	<b>"Ja"</b>	<b>"Ja" in Prozent</b>
Gewalt durch Vater	45	22
Gewalt durch Mutter	28	13,7
Gewalt durch Verwandte	8	3,9
Gewalt durch Freunde	5	2,4
Gewalt durch Bekannte	11	5,4
Gewalt durch Fremde	2	1
Gewalt durch Partner	22	10,7
Gewalt durch Lehrer	1	0,5
Gewalt durch Erzieher	4	2
keine Erinnerung	1	0,5
sonstige	6	2,9

Ja: Personenbezogene Gewalterfahrung

Es wurde auch das Alter der ersten Phase der körperlichen Gewalt erfasst (Tabelle 7). **Zwei Patienten, die in dem vorherigen Item angaben Gewalt erfahren zu haben, beantworteten diese Frage nicht.** Insgesamt machten 93 Patienten (45,4%) in ihrem Leben eine Gewalterfahrung. Davon erlebten 72 Patienten (35,1%) die erste Phase ihrer Gewalterfahrung bis zum Beginn der Volljährigkeit mit 18 Jahren, was 77,4% der Patienten mit Gewalterfahrung in der Lebensgeschichte ausmacht. Eine Gewalterfahrung bis zum 10. Lebensjahr machten 28,8%. Damit hat der überwiegende Teil der Patienten mit Gewalterfahrung diese in der Kindheit oder in der Pubertät gemacht. Nach dem 18. Lebensjahr erfuhren 13 Patienten (6,4%) die erste Phase der Gewalttätigkeit. **Insgesamt 8 Patienten (3,9%) machten keine Angaben oder hatten keine Erinnerung mehr an den Zeitpunkt der Gewalterfahrung.**

**Tabelle 7: Beginn der ersten Phase körperlicher Gewalt**

<b>Gewaltausübende Person</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>
keine Gewalt	112	54,6
Gewalt im Alter von 0-1 Jahr	5	2,4
Gewalt im Alter von 1-5 Jahren	27	13,2
Gewalt im Alter von 6-10 Jahren	27	13,2
Gewalt im Alter von 11-17 Jahren	13	6,3
Gewalt im Alter von 18-25 Jahren	7	3,4
Gewalt im Alter von 26-35 Jahren	4	2,0
Gewalt im Alter von 36-45 Jahren	1	0,5
Gewalt im Alter von über 45 Jahren	1	0,5
unbekannt/keine Angabe/keine Erinnerung	8	3,9
<b>Gesamt</b>	<b>205</b>	<b>100,0</b>

N=Häufigkeit der Patienten

#### 4.2.4 Sexueller Missbrauch

Neben dem Erleben körperlicher Gewalt wurde gesondert nach sexuellem Missbrauch in der Lebensgeschichte gefragt. 56 Patienten (27,3%) haben sexuellen Missbrauch erfahren, 147 Patienten (71,7%) verneinten einen sexuellen Missbrauch in ihrer Lebensgeschichte. Ein Patient gab an, keine Erinnerung mehr zu haben und ein weiterer Patient konnte zu diesem Thema nicht befragt werden. Ein Patient, der angab, keinen sexuellen Missbrauch erfahren zu haben, gab später jedoch an, im Alter von 6-10 Jahren missbraucht worden zu sein. Ein weiterer Patient gab an, missbraucht worden zu sein, jedoch fehlt bei diesem Patienten das Datum des Beginns des Missbrauches. Des Weiteren wurde erfragt, durch wen der sexuelle Missbrauch stattgefunden habe. **Dabei waren auch mehrfache Angaben möglich.** Wie aus Tabelle 8 ersichtlich, wurden die meisten Patienten, nämlich 14, durch so genannte Bekannte, also Personen des weitläufigeren sozialen Netzes sexuell missbraucht. Am zweithäufigsten erfolgte ein sexueller Missbrauch durch „andere Verwandte“, d.h. nicht Vater oder Mutter (13 Patienten); an dritter Stelle erfolgte ein Missbrauch durch Freunde (12 Patienten). An vierter Stelle erfolgte ein Missbrauch durch den Vater (9 Patienten), ein Missbrauch durch die Mutter wurde in zwei Fällen berichtet.

**Tabelle 8: Sexuelle Gewalt durch Personen (Gesamtangabe aufgrund von Doppelnungen nicht möglich)**

<b>Sexuelle gewaltausübende Person</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>
sexuelle Gewalt durch Bekannte	14	6,8
sexuelle Gewalt durch andere Verwandte	13	6,3
sexuelle Gewalt durch Freunde	12	5,9
sexuelle Gewalt durch Vater	9	4,4
sexuelle Gewalt durch Fremde	7	3,4
sexuelle Gewalt durch Partner	6	2,9
sexuelle Gewalt durch Mutter	2	1,0
sexuelle Gewalt durch Lehrer	2	1,0
sexuelle Gewalt durch Erzieher	2	1,0
sonstige	1	0,5

N=Häufigkeit der Patienten

Ebenfalls erfragt wurde das Alter, in dem der erste sexuelle Missbrauch stattfand. Von den 54 Patienten, bei denen ein sexueller Missbrauchsbeginn angegeben wurde, erlebten 46 Patienten den ersten sexuellen Missbrauch vor dem 18. Lebensjahr (85,2%). Wie in Tabelle 9 ersichtlich, lag dabei der Hauptanteil in den Alterssparten von 11-17 Jahren (19 Patienten) und in der Sparte von 6-10 Jahren (17 Patienten). Nur ein Patient gab an, im Alter zwischen 36-45 Jahren erstmals sexuell missbraucht worden zu sein.

**Tabelle 9: Erster sexueller Missbrauch**

<b>Alter des ersten sexuellen Missbrauchs</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>
kein Missbrauch	151	73,7
im Alter von 0-5 Jahren	10	4,9
im Alter von 6-10 Jahren	17	8,3
im Alter von 11-17 Jahren	19	9,3
im Alter von 18-25 Jahren	5	2,4
im Alter von 26-35 Jahren	2	1
im Alter von 36-45 Jahren	1	0,50
Gesamt	205	100

N=Häufigkeit der Patienten

#### 4.2.5 Bildungsniveau

Das Bildungsniveau der Patienten wurde anhand des höchsten erreichten Schulabschlusses erfasst. Wie in Tabelle 10 ersichtlich, erstreckt sich hierbei der Schulabschluss von der Sonderschule bis zum Abitur/Fachhochschulreife. Es wurde ebenfalls ein fehlender Abschluss, wie auch die Antwort „noch in der Schule“ erfasst. Insgesamt acht Patienten machten keine Angaben zum erreichten Schulabschluss.

**Tabelle 10: Höchster erreichter Schulabschluss**

<b>Schulabschluss der Probanden</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>
noch in der Schule	4	2,0
Sonderschulabschluss	1	0,5
Hauptschulabschluss	87	42,4
Realschulabschluss/Mittlere Reife	58	28,3
Abitur/Fachhochschulreife	37	18,0
ohne Abschluss	10	4,9
fehlende Angabe	8	3,9
Gesamt	205	100

N=Häufigkeit der Patienten

Die meisten Patienten haben entweder einen Haupt- oder Real- schulabschluss (87 bzw. 58 Patienten, entsprechend 42,4 bzw. 28,3%). 37 Patienten (18,0%) haben Abitur oder Fachhochschulreife.

### **4.3 Untersuchung der Hypothesen**

#### 4.3.1 Alexithymie und Geschlecht

Mittels Chi-Quadrat Test (Tabelle 11) wurde die Hypothese 1 geprüft, dass (allgemein-psychiatrische aufgenommene) Männer häufiger von Alexithymie betroffen sind als Frauen. Das Vorliegen einer Alexithymie wurde mit der TAS-26 diagnostiziert. Von den 205 in die Studie eingeschlossenen Patienten waren 132 alexithym. Davon waren 90 weiblich und 42 männlich. Von den 65 nicht alexithymen Patienten waren insgesamt 31 männlich und 34 weiblich. Von 8 Patienten konnten die Daten wegen fehlender und/oder unvollständiger Angaben nicht verwertet werden. Der Chi-Quadrat Test mit einem Freiheitsgrad von 1 (df=1) ergab 4,71 mit  $p=0,0301$ . Der p-Wert liegt unter dem gewählten Alpha-Fehlerniveau von 0,05, damit ist das Ergebnis signifikant. Frauen sind

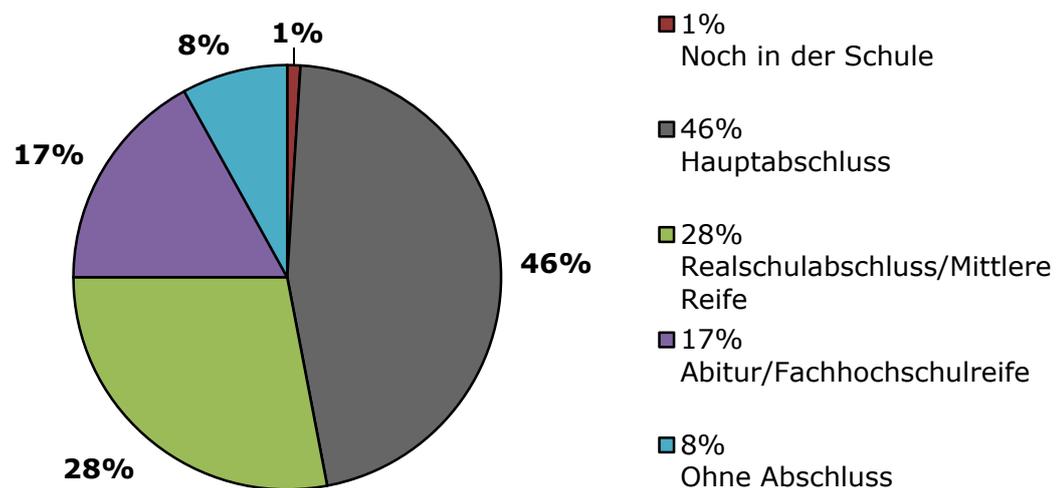
folglich häufiger von Alexithymie betroffen als Männer. Hypothese 1 wird damit verworfen.

**Tabelle 11: Chi-Quadrat Test, Alexithymie und Geschlecht**

Alexithymie Ergebnis	Männer	Frauen	Wert fehlt	Summe
nein	31	34	0	65
ja	42	90	0	132
Wert fehlt	2	6	0	8
Summe	75	130	0	205

#### 4.3.2 Schulabschluss der alexithymen Patienten

Bei alexithymen Patienten zeigt sich, wie auch in der Gesamtstichprobe, ein Überwiegen des Hauptschulabschlusses (46%). Die genaue prozentuale Verteilung ist der Abbildung 2 zu entnehmen.



**Abbildung 2: Verteilung der Schulabschlüsse bei alexithymen Patienten**

Bei der Testung der Hypothese 2 (Alexithymie korreliert negativ mit Schulbildung) wurden die Patienten, die noch in der Schule waren (n=2) und die Patienten, die keine Angabe machten (n=7) nicht mit einbezogen. Die Variable Alexithymie wurde am kritischen Wert 54 der TAS-26 dichotomisiert und in die Testung einbezogen. Die Korrelation zwischen Alexithymie und dem Grad des höchsten erreichten Schulabschlusses ergab einen Korrelationskoeffizient  $r(X, Y)$  von -0,18 mit einem  $p=0,012$ . Es gibt also einen Zusammenhang zwischen geringer Schulbildung und dem Vorliegen einer Alexithymie; damit ist Hypothese 2 angenommen.

#### 4.3.3 Alexithymie und Posttraumatische Belastungsstörung

Ob es einen überzufälligen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung bei allgemein-psychiatrischen Patienten gibt, sollte ebenfalls in der vorliegenden Arbeit überprüft werden (Hypothese 3).

Dabei unterscheidet der PDS bei seiner Auswertung zwischen dem Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 und nach DSM IV. Die PDS unterscheidet hierbei in ihrer Auswertung zwischen dem Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV und ICD-10. Beide Klassifikationssysteme sind bezüglich der Symptomatik bis auf geringe Unterschiede gleich. Hierzu gehören die Intrusive Symptomatik, das Vermeidungsverhalten und die Übererregung. Auch bezüglich der Traumakriterien gibt es nur geringe Unterschiede. DSM-IV hat, im Unterschied zu ICD-10 als zusätzliches Diagnosekriterium hierbei die Beeinträchtigung sozialer, beruflicher und anderer wichtiger Funktionsbereiche. Auch gibt es einen Unterschied im Zeitkriterium. Nach DSM-IV ist ein Bestehen der Symptomatik für mindestens einen Monat gefordert. Danach wird nur noch in eine akute oder chronische Posttraumatische Belastungsstörung (Dauer kürzer oder länger als 3 Monate) unterschieden. Ebenfalls wird zwischen einer Posttraumatischen Belastungsstörung ohne und einer mit verzögertem Beginn unterschieden (Beginn der Symptomatik  $<$  oder  $>$  als 6 Monate). ICD-10 macht diese

Unterscheidung nicht. Hier wird als einziges Zeitkriterium ein Beginn der Symptomatik in den ersten 6 Monaten nach dem traumatischen Ereignis gefordert. Bei beiden Tests ist die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung beim Vorliegen aller Kriterien gegeben. Die PDS unterscheidet hier nur zwischen dem Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung und dem Nichtvorliegen, ohne eine Abstufung vorzunehmen. Die IES-R erfragt hingegen die Symptome der Vermeidung, der Intrusion und der Übererregung. Zeitkriterien liegen bei diesem Test nicht vor. Ab einem Wert  $x > 0$ , nach Berechnung mittels einer Regressionsformel, wird eine Verdachtsdiagnose auf eine Posttraumatische Belastungsstörung gestellt. Ebenfalls wird nicht zwischen dem Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 oder DSM-IV unterschieden. Die TAS-26 erfasst in ihrer Auswertung alle drei Skalen der Alexithymie (Schwierigkeiten in der Identifikation von Gefühlen, Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen und ein extern orientierter Denkstil). Bei diesem Test gibt es keine Abstufung. Ab einem Gesamtwert von  $\geq 54$  werden Patienten als alexithym bezeichnet. Die Testung erfolgte hierbei mittels Chi-Quadrat Test. Für die Auswertung mittels Chi-Quadrat Test wurden diese Werte ohne Vorliegen einer Abstufung benutzt.

Von den alexithymen Patienten lag bei 38 eine und bei 94 keine Posttraumatische Belastungsstörungen vor. Von den nicht alexithymen Patienten lag bei insgesamt 12 nach ICD-10 eine Posttraumatische Belastungsstörung vor und 53 Patienten wurden negativ auf eine Posttraumatische Belastungsstörung getestet. Acht Datensätze konnten wegen unvollständiger Angaben nicht in die Auswertung mit einbezogen werden. Die Verteilung der Werte ist Tabelle 12 zu entnehmen.

**Tabelle 12: Alexithymie und Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10**

Alexithymie Ergebnis	PTSD ICD-10 (nein)	PTSD ICD-10 (ja)	Wert fehlt	Summe
nein	53	12	0	65
ja	94	38	0	132
Wert fehlt	1	0	7	8
Summe	148	50	7	205

Der Chi-Quadrat Test mit einem Freiheitsgrad von 1 ( $df=1$ ) ergab ein  $\chi^2$ -Wert von 2,45 ( $p=0,117$ ). Damit konnte kein überzufälliger Zusammenhang zwischen Alexithymie und dem Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 Kriterien nachgewiesen werden. Hypothese 3 wird somit verworfen.

Aus der Testung des Zusammenhanges zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung nach den Kriterien des DSM-IV resultierte ein anderes Ergebnis. Erneut konnten hier acht Datensätze wegen unvollständiger Angaben nicht mit einbezogen werden. Von den als alexithym getesteten Patienten lag bei 83 eine und bei 49 lag keine Posttraumatische Belastungsstörung vor. Bei 31 der nicht alexithymen Patienten lag nach DSM-IV eine und bei 34 keine Posttraumatische Belastungsstörung vor (siehe Tabelle 13).

**Tabelle 13: Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung nach DSM-IV**

Alexithymie Ergebnis	PTSD DSM-IV (nein)	PTSD DSM-IV (ja)	Wert fehlt	Summe
nein	34	31	0	65
ja	49	83	0	132
Wert fehlt	0	0	8	8
Summe	83	114	8	205

Der Chi-Quadrat Test mit einem Freiheitsgrad von 1 ( $df=1$ ) ergab einen  $\chi^2$ -Wert von 4,15 ( $p=0,04$ ). Damit zeigt sich hier ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung nach DSM-IV Kriterien, d.h. Alexithymie und eine Posttraumatische Belastungsstörung treten signifikant häufig gemeinsam auf.

Das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung wurde ebenfalls mittels IES-R erhoben. Dieser Test trifft die Aussage, ob das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung wahrscheinlich ist. Hier zeigte sich (siehe Tabelle 14), dass von den insgesamt 131 Patienten, bei denen die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung gering ist, 58 nicht alexithym und 73 alexithym getestet wurden. Von den Patienten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung waren 7 nicht alexithym und 59 alexithym.

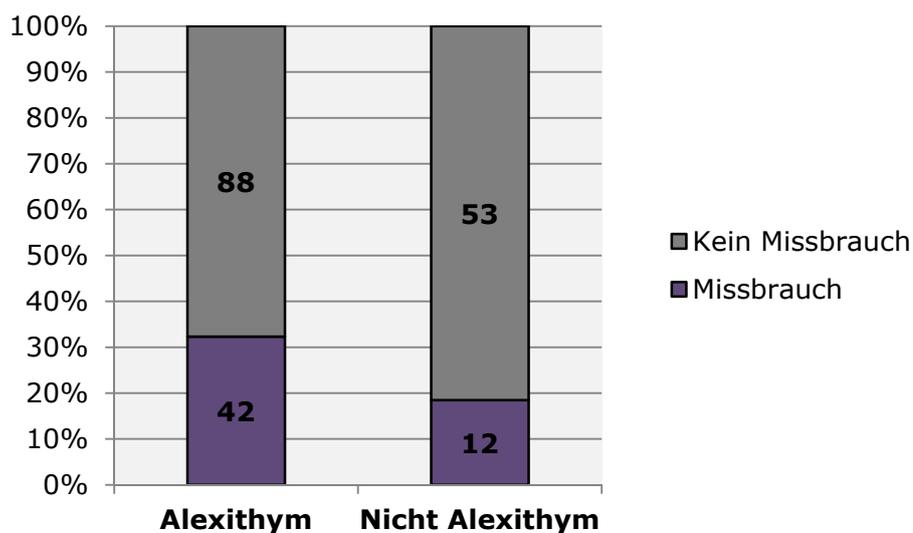
**Tabelle 14: Alexithymie und Posttraumatische Belastungsstörung getestet mittels IES-R**

<b>Alexithymie Ergebnis</b>	<b>PTSD IES-R wahrscheinlich (nein)</b>	<b>PTSD IES-R wahrscheinlich (ja)</b>	<b>Wert fehlt</b>	<b>Summe</b>
nein	58	7	0	65
ja	73	59	0	132
Wert fehlt	0	0	8	8
Summe	131	66	8	205

Der Chi-Quadrat Test mit einem Freiheitsgrad von 1 ( $df=1$ ) ergab hier einen Wert von  $\chi^2$ -Wert von 22,5 mit einem  $p=0,00001$ . Hier zeigt sich also ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Alexithymie und dem wahrscheinlichen Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

#### 4.3.4 Alexithymie und sexueller Missbrauch

Von den alexithymen Patienten (n=132) gaben insgesamt 42 (31,8%) an, in der Vergangenheit sexuell missbraucht worden zu sein. 88 (66,7%) Patienten gaben an, nicht sexuell missbraucht worden zu sein. Ein Patient hatte keine Erinnerung mehr an das Ereignis und ein Patient konnte dazu nicht befragt werden. Bei 8 Patienten konnten die Daten wegen fehlender und unvollständiger Angaben nicht verwertet werden. Vergleicht man dies mit der Gruppe der nicht alexithymen Patienten zeigt sich, dass hier nur 12 (18,5%) angeben, sexuell missbraucht worden zu sein, während 53 (81,5%) keinen sexuellen Missbrauch erlebt hatten. Zur prozentualen Verteilung siehe Abbildung 3.



**Abbildung 3: Alexithymie unter Berücksichtigung des sexuellen Missbrauchs**

Der Chi-Quadrat Test mit einem Freiheitsgrad von 1 (df=1) ergab dabei ein  $\chi^2$ -Wert von 4,15 mit  $p=0,042$  (Tabelle 15). Damit zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alexithymie und sexuellem Missbrauch in der Vergangenheit, d.h. Patienten mit Alexithymie sind häufiger von sexuellen Missbrauchserfahrungen betroffen als Patienten ohne Alexithymie.

**Tabelle 15: Alexithymie und sexueller Missbrauch**

<b>Alexithymie Ergebnis</b>	<b>Missbrauch (nein)</b>	<b>Missbrauch (ja)</b>	<b>Wert fehlt</b>	<b>Summe</b>
nein	53	12	0	65
ja	88	42	0	130
Wert fehlt	6	2	2	10
Summe	147	56	2	205

#### 4.3.5 Alexithymie und Gewalterfahrung (ohne sexuellen Missbrauch)

Von den insgesamt 132 alexithymen Patienten berichteten 62 von Gewalterfahrungen in der Vergangenheit, 70 Patienten hatten keine Gewalterfahrung. Bei den nicht alexithymen Patienten berichteten 30 über Gewalterfahrungen in der Vergangenheit und 35 hatten keine Gewalterfahrung in der Vergangenheit. Acht Patienten konnten wegen fehlender Angaben nicht mit einbezogen werden. Der Chi-Quadrat Test mit einem Freiheitsgrad von 1 ( $df=1$ ) ergab hier  $\chi^2 = 0,01$  mit  $p=0,91$ . Damit zeigt sich kein Zusammenhang zwischen Alexithymie und Gewalterfahrungen in der Vergangenheit (Tabelle 16).

**Tabelle 16: Alexithymie und Gewalterfahrung in der Vergangenheit**

<b>Alexithymie Ergebnis</b>	<b>Misshandlung (nein)</b>	<b>Misshandlung (ja)</b>	<b>Wert fehlt</b>	<b>Summe</b>
nein	35	30	0	65
ja	70	62	0	132
Wert fehlt	5	3	0	8
Summe	110	95	0	205

## 5. Diskussion

### 5.1 Zusammenfassung Alexithymie und Posttraumatische Belastungsstörung

Die Zusammenhänge zwischen Alexithymie und der Posttraumatischen Belastungsstörung sind bis heute nicht eindeutig geklärt. Einige Autoren betrachten Alexithymie als einen Teilaspekt der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung (Badura, 2003; Yehuda et al., 1997). Andere Autoren fanden keinen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung (McLean et al., 2006).

Der Symptomkomplex der Posttraumatischen Belastungsstörung umfasst das Wiedererleben der traumatischen Situation, Überregtheit und ein Vermeidungsverhalten von ähnlichen Situationen (Sack M., 2004). Diese werden durch ein, für den Einzelnen subjektiv empfundenes traumatisches Ereignis hervorgerufen. Die Lebenszeitprävalenz liegt dabei nach Kessler et al. (1995) in den USA bei 7,8%. Nicht jeder Mensch mit einem traumatischen Erlebnis in der Vergangenheit entwickelt in Folge eine Posttraumatische Belastungsstörung. Es findet sich jedoch ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Frauen im Gegensatz zu Männern (Kessler et al., 1995). Wie in Kapitel 1.6.5 bereits ausgeführt, gibt es eine Reihe von Komorbiditäten, welche mit der Posttraumatischen Belastungsstörung assoziiert sind. Diese reichen von somatischen bis zu psychiatrischen Erkrankungen. Die Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung umfasst sowohl das therapeutische Gespräch (Flatten, 2004) als auch verschiedene diagnostische Interviews (siehe Kapitel 1.6.4). So mannigfaltig wie die Diagnostik ist auch die Therapie. Diese reicht von der medikamentösen Therapie bis zur Verhaltens- oder Gesprächstherapie (siehe Kapitel 1.6.6).

Bei der Alexithymie handelt es sich um ein Konstrukt, welches Schwierigkeiten in der Emotionswahrnehmung und der Mitteilung von

Emotionen beschreibt. Bei verschiedenen Erkrankungen findet sich ein zusätzlich gehäuftes Auftreten von Alexithymie, über das schon Sifneos und Nemiah (1973) berichteten. Die Diagnostik der Alexithymie umfasst verschiedene psychologische Tests, wovon die TAS-20 der heute am häufigsten verwendet Test ist (siehe Kapitel 1.5). Die Studienlage bezüglich der soziodemographischen Aspekte ist, im Hinblick auf Alexithymie, nicht einheitlich. Dies ist der Grund für eine nähere Betrachtung verschiedener soziodemographischer Aspekte in dieser Arbeit.

Die vorliegende Studie erfolgte an einer Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik in Rheinland-Pfalz. Betreut wurde die Studie vor Ort durch zwei an dieser Klinik angestellte Fachärzte. Die Stichprobe (anfallende Stichprobe über mehrere Monate) setzte sich aus Patienten dieser Klinik zusammen. Ausschlusskriterien waren dabei der Aufenthalt auf einer betreuten Station, eine akute schwere Psychose, Patienten mit schweren hirnrorganischen Störungen, Patienten, die des Lesens und Schreibens nicht mächtig waren, sowie geistig stark retardierte Patienten. Insgesamt betrug die Stichprobe 205 Patienten. Nur wenige Patienten stimmten der freiwilligen Befragung nicht zu.

## **5.2 Alexithymie und Geschlecht**

Von den insgesamt 205 Patienten, die an der Studie teilgenommen haben, waren 75 Patienten (36,6%) männlichen und 130 Patienten (63,4) weiblichen Geschlechts. Bei der Testung der Hypothese 1, dass Männer häufiger alexithym einzustufen sind als Frauen, ergab sich nach Testung der Hypothese mittels Chi-Quadrat-Test ein statistisch signifikantes Ergebnis  $\chi^2=4,71$  ( $p=0,0301$ ). Frauen sind in dieser Studie häufiger alexithym als Männer. Damit musste die Hypothese verworfen werden.

Insgesamt zeigt sich hier die Studienlage uneinheitlich. Bei Larsen et al., (2006) zeigte sich in einer Stichprobe in den Niederlanden kein

Zusammenhang zwischen Geschlecht und Alexithymie im TAS-20 Gesamtwert. Es gab lediglich einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen „Frustessen“, männlichem Geschlecht und Alexithymie. Honkalampi et al., (2004) fanden für Alexithymie eine Prävalenz von 12,8% für Männer und 8,2% für Frauen. Insgesamt fanden sie einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Alexithymie und dem männlichen Geschlecht. Jedoch bestand die Gruppe der untersuchten Probanden aus Patienten mit einer gerade überstandenen schweren Episode einer Depression. Ebenfalls in einer Studie aus Finnland (Salimen et al. 1999) fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alexithymie und dem männlichen Geschlecht. Mattila et al. (2006) kamen zu ähnlichen Ergebnissen, wobei keiner ihrer Probanden jünger als 30 Jahre alt war. Zwar war diese Gruppe repräsentativ für Finnland, jedoch stellt sich die Frage, ob diese Ergebnisse auf eine Normalpopulation in Deutschland ebenfalls zuträfen. Die Autoren fanden ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und höherem Alter und begründeten dies mit den geschichtlich bedingten autobiographischen Ereignissen der Probanden (Landflucht, zweiter Weltkrieg). Salimen et al. (1999) warfen ebenfalls die Frage auf, ob es zwischen einzelnen Kulturen einen Unterschied in der Prävalenz von Alexithymie gibt.

Alle vier oben genannten Studien benutzten den TAS-20 zur Evaluation der Alexithymie. Pasini et al. (1992) benutzten in Italien, wie in der vorliegenden Studie ebenfalls die TAS-26. Dabei fanden sie keinen Geschlechtsunterschied bezüglich Alexithymie, jedoch untersuchten sie in ihrer Studie 417 gesunde Probanden im Gegensatz zu der vorliegenden Studie. Parker et al. (1989) fanden in ihrer Studie keinen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Geschlecht. Jedoch benutzten sie einen Cut-off-Wert von  $\geq 72$  zur Identifizierung von alexithymen Patienten und einen Cut-off-Wert von  $\leq 62$  zur Identifizierung von nicht alexithymen Patienten. In dieser Studie wurde ein Cut-off-Wert von  $\geq 54$  zur Identifizierung von alexithymen Patienten benutzt. Dieser Cut-off-Wert wurde von den Testautoren der deutschen Version der TAS-26 festgelegt

(Kupfer et al., 2001). Bei einem höheren Cut-off-Wert wird bei weniger Patienten eine Alexithymie diagnostiziert als bei einem Cut-off-Wert von 54. Ebenfalls würden bei einem unteren Cut-off-Wert von  $\leq 62$  zur Diagnostizierung nicht alexithymer Patienten in dieser Studie einige Patienten, die hier als alexithym beurteilt wurden, herausfallen. Hier zeigt sich, dass ein Vergleich der Studie mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit schwierig ist. In einer weiteren finnischen Studie von Säkkinen et al. (2007) fand sich ebenfalls kein Zusammenhang zwischen Alexithymie und Geschlecht, jedoch wurden in dieser Studie ausschließlich Schüler im Alter zwischen 12 und 17 Jahren untersucht. Lane et al. (1998) untersuchten in ihrer Studie sowohl mittels LEAS als auch mittels TAS-20. Hierbei fand sich in beiden Gruppen ein relevanter Zusammenhang zwischen Alexithymie und dem männlichen Geschlecht.

Simson et al. (2005) untersuchten in ihrer Studie 146 Patienten aus einer Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin mittels LEAS und TAS-20. Signifikante Geschlechtsunterschiede ergaben sich hierbei für die LEAS, jedoch nicht für die TAS-20. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den LEAS-Summenwerten und dem männlichen Geschlecht.

Salimen et al. (1999) betrachteten die drei Faktoren der Alexithymie in ihrer Studie einzeln. Frauen waren eher fähig, ihre Gefühle zu beschreiben und sie zeigten einen weniger nach außen orientierten Denkstil als Männer. Nur die Fähigkeit Gefühle zu identifizieren war bei beiden Geschlechtern gleich stark ausgeprägt. Die Autoren begründeten den Unterschied in den beiden Faktoren „Beschreibung von Gefühlen und ein nach außen orientierter Denkstil“, mit frühkindlichem Lernverhalten, welches in einzelnen Kulturen für die beiden Geschlechter unterschiedlich ist. Dass es keinen Geschlechterunterschied in Faktor 1 (Identifizierung von Gefühlen) gab, war für die Autoren überraschend. Mattila et al. (2006) fanden ähnliche Ergebnisse, konnten jedoch weder eine biologische, eine psychologische noch eine Mischung aus beiden Ursachen ausschließen. Auch Kauhanen et al. (1993), in deren Studie Männer

häufiger alexithym waren als Frauen, vermuteten eher frühkindliche Umwelt- wie auch Erziehungsfaktoren als Grund für den Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Bezüglich des Umgangs mit Gefühlen wird ein Unterschied zwischen den Geschlechtern in der Literatur unterstellt. Dieser Umgang werde individuell durch die Erziehung in der Familie, aber auch durch die Sozialisation in den einzelnen Kulturen geprägt. In vielen Familien erfolge eine typische, geschlechtsgebundene Erziehung der Kinder, wobei dies im 20. Jahrhundert und in den Jahrhunderten zuvor mehr ausgeprägt gewesen sei als im 21. Jahrhundert. Die meisten Studien, die den Zusammenhang zwischen Alexithymie und Geschlecht untersuchten, stammen aus Europa. Der europäische Kulturkreis ist schon alleine aufgrund seiner geographischen Nähe, wie auch aufgrund seiner gemeinsamen Geschichte eng miteinander verbunden und es gibt, besonders in letzter Zeit weniger Unterschiede zwischen den einzelnen Nationalitäten. Trotzdem gibt es bis heute einen unterschiedlichen Umgang der einzelnen Kulturen, sowohl mit der Geschlechterrolle als auch mit Gefühlen, auch in Europa. Somit erscheint es nicht verwunderlich, dass es hier Unterschiede in den einzelnen Studien gibt. Interessant wären hierzu Studien aus Ländern, die nicht dem westlichen Kulturkreis angehören. Eventuell liegt der Geschlechtsunterschied bezüglich Alexithymie in der unterschiedlichen Sozialisation und Erziehung der Geschlechter in der Kindheit. Männer werden häufiger dazu angehalten, ihre Gefühle nicht in der Öffentlichkeit zu zeigen oder zu äußern. Ein typischer Ausspruch aus der Kindheit, der dies verdeutlicht, ist „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“. Dies ist meines Erachtens in dem unterschiedlichen Rollenverhalten begründet, welches die beiden Geschlechter bis heute in der Gesellschaft haben. Hier kommen auch soziokulturelle Unterschiede verschiedener Gesellschaften zum Tragen, da die Geschlechterrollen in den unterschiedlichen Kulturkreisen verschieden besetzt und definiert sind. Gibt es beispielsweise einen Unterschied in der Häufigkeit von Alexithymie zwischen den Geschlechtern zwischen Deutschen und Immigranten? Ändern sich diese Unterschiede,

sofern die Kinder der Immigranten „deutsch“ erzogen und sozialisiert werden? Oder bleibt die Häufigkeit der Ausprägung einer Alexithymie bei den Geschlechtern gleichverteilt? Dies wäre eine interessante Fragestellung für weitere Studien.

### **5.3 Alexithymie und Schulbildung**

Bezüglich der Testung der Hypothese 2, Alexithymie korreliere bedeutsam negativ mit Schulbildung, fand sich eine geringe, jedoch statistisch signifikante Korrelation mit  $p=0,012$ . Folglich konnte die Hypothese angenommen werden. Viele der Studien, die sich mit der Frage eines Zusammenhanges zwischen Alexithymie und Bildung beschäftigen, stammen aus Finnland (Kauhanen et al., 1993; Salimen et al., 1999; Kokkonen et al., 2001; Mattila et al., 2006). Alle vier fanden einen statistischen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Bildung. Die Variable Bildung wurde dabei anhand des Schulabschlusses gemessen. Jedoch unterscheidet sich das finnische Schulsystem vom deutschen, sowohl in seiner Gliederung wie auch in seinen Schwerpunkten. Hier stellt sich die Frage, inwieweit diese Ergebnisse auf Deutschland übertragbar sind. Studien aus Deutschland zeigen insgesamt ein uneinheitliches Bild bezüglich des Zusammenhanges zwischen Alexithymie und Bildung. Sowohl Subic-Wrana et al. (2005) wie auch Waller et al. (2004) fanden in ihren Studien keinen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Bildung. Simson et al. (2005) hingegen fanden in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen Bildung und Alexithymie, sofern Alexithymie mit der LEAS erhoben wurde. In der TAS-20 hingegen fand sich in derselben Studie kein Zusammenhang zwischen Bildung und Alexithymie. Franz et al. (2008) fanden wiederum einen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen. Hier zeigt sich ein in Deutschland evaluiertes uneinheitliches Bild in Bezug auf die Fragestellung, ob es einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Bildung gibt. Dies mag zum einen an den unterschiedlichen Tests zur Evaluierung der Alexithymie liegen (LEAS,

TAS-20) wie auch an den unterschiedlichen Stichproben. Simson et al. (2005) untersuchten eine Normalpopulation in ihrer Studie. In der vorliegenden Studie wurde ein selektives Patientengut aus einer Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik untersucht. Diesbezüglich ist die Studie von Subic-Wrana et al. (2005) ähnlich, die Patienten aus zwei psychosomatischen Kliniken in Deutschland untersuchte. Jedoch benutzten sie zur Untersuchung der Alexithymie nicht die hier verwendete TAS-26. Bei Simson et al. (2005) zeigte sich innerhalb der Studie ein Unterschied. Im Gegensatz zur LEAS fand sich bei der TAS-20 kein Zusammenhang in Bezug auf Bildung. Insgesamt zeigt sich jedoch in den meisten Studien, dass Alexithymie negativ mit Schulbildung assoziiert ist. Ebenfalls fand sich in vielen Studien ein Zusammenhang zwischen Alexithymie und Schichtzugehörigkeit. Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten wurden häufiger positiv auf Alexithymie getestet als Patienten aus oberen sozialen Schichten. Simson et al. (2005) überlegten in ihrer Studie, ob „Fantasie, ein flexibler Kognitionsstil und Konfliktfähigkeit sich positiv auf die schulische Entwicklung auswirken“. Ebenfalls gaben sie jedoch zu bedenken, dass eine bessere Schulbildung sich wiederum positiv darauf auswirke, einen Test zu verstehen und auszufüllen. Lane et al. (1998) vermuteten, dass ein geringer Wortschatz um seine Gefühle auszudrücken, eventuell der Grund für ein gehäuftes Auftreten von Alexithymie in unteren sozialen Schichten mit geringer Schulbildung sein könne. Mattila et al. (2006) vermuteten ebenfalls, dass bessere Bildung einem Patienten mehr Möglichkeiten gebe, seine Gefühle zu verbalisieren und zu kommunizieren. Der Grad der Schulbildung hängt mit dem sozialen Status, Werten und der emotionalen Atmosphäre in der Familie zusammen (Salminen et al. 1999). Eine bessere Schulbildung vermittelt mehr Wörter für Gefühle (Kauhanen et al. 1993). Ebenfalls könnte Alexithymie einen Lernprozess in der Kindheit oder im Erwachsenenalter beeinflussen, sofern Alexithymie mit einer kognitiven Beeinträchtigung oder die Abwesenheit von Alexithymie mit einer besseren schulischen Leistung assoziiert ist (Kauhanen et al. 1993).

Es stellt sich die Frage, ob der Zusammenhang zwischen Alexithymie und Schichtzugehörigkeit nicht der hierfür relevante Faktor ist, da Angehörige aus geringeren sozialen Schichten ihre Kinder häufiger auf untergeordnete Schulformen schicken als Angehörige höherer sozialer Schichten. Einige Studien zeigen den Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Alexithymie (Lane et al., 1998; Salimen et al., 1999). So stellt sich die Frage, ob Alexithymie nicht eigentlich auf der Schichtzugehörigkeit beruht, da untere soziale Schichten eventuell einen anderen Umgang mit Gefühlen haben als Angehörige höherer sozialer Schichten. Damit wäre die Schulbildung eine von Alexithymie unabhängige Komponente. Jedoch ist die Annahme, dass eine bessere Schulbildung mehr Wörter zum Ausdruck von Gefühlen vermittelt genauso wahrscheinlich wie, dass das Vorhandensein von Fantasie eine bessere Leistung in der Schule bedingt.

#### **5.4 Alexithymie und Posttraumatische Belastungsstörung**

Bei der Testung der Hypothese 3, ob es einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung gibt, zeigte sich ein uneinheitliches Ergebnis. Bei der Auswertung der PDS wird zwischen dem Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 und nach DSM-IV unterschieden. Hierbei finden sich Unterschiede. Sowohl nach ICD-10 wie nach DSM-IV gehört zur Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung ein auslösendes Ereignis. Dies umfasst sowohl das eigene Erleben von Gewalt, Unfall, Folterung und Naturkatastrophen, oder das Erleben von Gewalt, Folter und Tod anderer. In beiden Bewertungssystemen die dadurch hervorgerufene Symptomatik ähnlich, nämlich Intrusion, Vermeidungsverhalten und Übererregung. Unterschiede gibt es hier im Zeitkriterium. Nach DSM-IV muss die Symptomatik schon seit mindesten einem Monat zur Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung bestehen. Dieses Zeitkriterium gibt es nach ICD-10 in dieser Form nicht. Hier muss jedoch die Symptomatik innerhalb der ersten 6 Monate nach dem traumatischen Ereignis auftreten.

DSM-IV unterscheidet des Weiteren, im Gegensatz zu ICD-10, zwischen einer akuten- und einer chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung. Akut, wenn die Symptomatik nicht länger als 3 Monate dauert, und chronisch, wenn die Symptomatik länger als 3 Monate dauert. Außerdem wird nach DSM-IV zwischen einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit und einer solchen ohne verzögerten Beginn unterschieden. Tritt die Symptomatik innerhalb der ersten 6 Monate nach dem traumatischen Ereignis auf, ist das Diagnosekriterium einer Posttraumatischen Belastungsstörung ohne verzögerten Beginn gegeben. Tritt sie später auf, handelt es sich um eine Posttraumatische Belastungsstörung mit verzögertem Beginn. Diese Kriterien werden auch in der Auswertung der PDS umgesetzt. Während sich bei der Testung der Patienten, welche nach DSM-IV an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, ein signifikanter Zusammenhang mit Alexithymie fand, konnte dies bei den nach ICD-10 Kriterien an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leidenden nicht bestätigt werden. Hier fand sich ein p-Wert von 0,117, damit ergab sich keine signifikante Korrelation zwischen den beiden Variablen.

Der entscheidende Faktor liegt hierbei im Zeitraum des Auftretens der Symptomatik. Treten die Symptome innerhalb der ersten sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis auf, ist eine Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10, sofern die anderen Kriterien erfüllt sind, gegeben. Bei der Auswertung nach DSM-IV ist die Zeitspanne zwischen traumatischem Erlebnis und Auftreten der Symptomatik für die Diagnose unerheblich. Hier wird jedoch ein anhaltender Zeitraum von mindestens einem Monat für die Symptomatik gefordert, um eine Posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren. Schon bei der manuellen Auswertung fiel auf, dass einige Patienten, die nach DSM-IV an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, dies nach den ICD-10-Kriterien nicht taten. Der dafür entscheidende Faktor war in vielen Fällen das nach ICD-10 geforderte Auftreten der Symptomatik innerhalb der ersten 6 Monate nach dem traumatischen Ereignis.

Als weiterer Test für das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung wurde die IES-R benutzt. Dieser Test unterscheidet nicht zwischen einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 oder DSM-IV. Des Weiteren gibt es bei diesem Test keinen Zeitfaktor. Es wird weder der Zeitraum zwischen traumatischem Ereignis und Symptomatik noch die Dauer der Symptomatik erfragt. Hier zeigt sich ein Unterschied im Test im Vergleich zur PDS. Es wurden die drei Skalen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal untersucht und nach Umrechnung des Summenscores mit einer Regressionsformel ergab sich ein Gesamtwert. Bei der Testung der Hypothese 3 („Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung“) fand sich ein hoch signifikanter Zusammenhang ( $p=0,00001$ ) zwischen dem Vorliegen einer Alexithymie und einer Posttraumatischen Belastungsstörung, sofern zur Ermittlung der Posttraumatischen Belastungsstörung die IES-R benutzt wurde.

In vielen anderen Studien fand sich ebenfalls ein Zusammenhang zwischen Alexithymie und der Posttraumatischen Belastungsstörung. Einige dieser Studien benutzten ebenfalls unterschiedliche Tests zur Evaluation einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Zum Beispiel benutzten Frewen et al. (2006) sowohl die CAPS (Clinician administered PTSD scale) als auch die CTQ (Childhood trauma questionnaire). Hier fand sich ein Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung. Mehrere weitere Studien zeigten einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung (Fukunishi et al., 1994; Hyer et al., 1990; Sondergaard et al., 2004; Declercq et al., 2010). Jedoch fand sich keine Studie, die die hier verwendeten Tests in Kombination benutzte. Daraus schließend fand sich keine Studie, die ähnlich unterschiedliche Ergebnisse fand. Jedoch gab es Studien (McLean et al., 2006), die keinen Zusammenhang zwischen Alexithymie und komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung fanden. Hier zeigt sich, wie in der Fachliteratur gefordert (Bodenburg et al., 2010), dass eine Diagnosestellung nur anhand von Testdaten nicht statthaft ist.

Die Diagnose einer Erkrankung sollte nicht von der verwendeten Testmodalität abhängig sein, sondern sollte das Gesamtbild aus Testverfahren, Anamnese, Aktendurchsicht und Verhaltensbeobachtung sein (Bodenburg et al., 2010).

McCaslin et al. (2006) fanden in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Polizisten nach dem Anschlag auf das World Trade Center am 11. September 2001 in New York. Polizisten, die vor dem 11. September alexithym waren, entwickelten häufiger eine Posttraumatische Belastungsstörung nach dem Anschlag. Dies zeigt nach Meinung der Autoren, dass Alexithymie nicht nur ein Teilaspekt einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist. Ihrer Meinung nach ist Alexithymie eher ein vorher bestehendes Persönlichkeitsmerkmal, das einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung darstellt. Badura (2003) versteht Alexithymie und die Gefühllosigkeit im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung eher als einen Coping-Prozess auf dem Boden einer Vermeidungshaltung. Zahrdnik et al. (2009) fanden, dass eine Alexithymie eine Posttraumatische Belastungsstörung nach einem traumatischen Erlebnis bedingen kann. Sie schlugen vor, hier zur Prävention einer Posttraumatischen Belastungsstörung, Alexithymie im Vorfeld in ihrer Ausprägung zu reduzieren. Ähnlich sahen es Hyer et al. (1990) nämlich, dass Alexithymie ein Maß an Vermeidung sei. Fukunishi et al. (1996) führen aus, dass bei verletzten Patienten eine Alexithymie offensichtlich werde, wenn die Verarbeitung einer Posttraumatischen Belastungsstörung gestört werde.

Meines Erachtens nach gibt es hier kein einheitliches Bild. Auf der einen Seite kann eine Alexithymie unabhängig von einer Posttraumatischen Belastungsstörung auftreten und sollte daraufhin auch als eigenständige Störung angesehen werden. Da jedoch die Schnittmenge zwischen Alexithymie und der Posttraumatischen Belastungsstörung groß ist, kann die Testung einer Alexithymie nach einem traumatischen Ereignis positiv

ausfallen. Ich schließe mich der Meinung von McCaslin et al. (2006) an, dass - sofern eine Alexithymie vorliegt - diese die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach einem traumatischen Ereignis wahrscheinlicher macht.

Meiner Ansicht nach sollte für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung nur ergänzend auf Testverfahren zurückgegriffen werden. Das Gesamtbild des Patienten aus Anamnese, verbalen als auch nonverbalen Äußerungen sollte wesentlich zur Diagnose beitragen. Es zeigt sich in den Ergebnissen der Testverfahren, dass Patienten, die nach dem einen Testverfahren an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, in dem anderen Testverfahren nicht an einer PTSD leiden. Wenn sich ein Therapeut nur auf Testverfahren verliesse, würden Patienten, welche eventuell an einer behandlungsbedürftigen Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, nicht erfasst. Ebenfalls zeigt sich hier die Schwierigkeit, eindeutige, auf jeden Menschen übertragbare Diagnosekriterien zur Erfassung von psychischen Krankheiten zu erstellen. Patienten, die nach ICD-10 an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, tun dies nach DSM-IV nicht und umgekehrt. Hier zeigt sich, meines Erachtens nach, wie unentbehrlich das Gespräch mit einem geschulten und erfahrenen Therapeuten ist. Würde man sich hier strikt auf die starren Kriterien der Bewertungssysteme verlassen, käme es mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Fehldiagnosen. Dies zeigt die Komplexität des Formenkreises der psychischen Erkrankungen. Nicht jeder Mensch reagiert gleich auf ein traumatisierendes Ereignis und nicht jeder Mensch zeigt genau die gleichen Symptome. Ebenfalls zeigt sich daran die Schwierigkeit, Menschen und ihre Psyche in feste Schemata einzuordnen. Dies bedeutet nicht, dass diese Schemata unwichtig oder gar überflüssig wären. Im Gegenteil haben diese Diagnosekriterien eine Vereinfachung und eine gewisse Vereinheitlichung von Erkrankungs-Definitionen erbracht. Allerdings zeigt sich, dass sie sowohl zu ergänzen und zu überarbeiten sind, wie auch die individuelle klinische Sicht des

Therapeuten entscheidend bei der Integration mit Testergebnissen bleiben sollte.

## **5.5 Alexithymie und sexueller Missbrauch**

Eine weitere Fragestellung der Arbeit war, ob es einen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Alexithymie gibt. Zeitlin et al. (1993) fanden einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und sexuellem Missbrauch. Sowohl in der Gruppe der Patienten mit wie auch der Patienten ohne PTSD fand sich ein Zusammenhang. Jedoch war die untersuchte Stichprobe klein und bestand nur aus 24 Vergewaltigungsopfern. In der vorliegenden Studie lag die Anzahl der vergewaltigten Patienten bei insgesamt 56. 42 dieser Patienten waren alexithym und 12 Patienten waren nicht alexithym. Hier fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alexithymie und sexuellem Missbrauch ( $p=0,042$ ). Ebenfalls fanden McLean et al. (2006), dass sexueller Missbrauch durch den Vater ein Prädiktor für Alexithymie ist. Dies war in dieser Studie jedoch der einzige Prädiktor für Alexithymie von den untersuchten Traumata (elterliche Vernachlässigung, Familiengeheimnisse, emotionaler- oder physischer Missbrauch oder Zeuge von Gewalt gewesen zu sein). Nur für dieses Trauma fand sich ein relevanter Zusammenhang. In der vorgenannten Studie fand sich, entgegen der vorliegenden Studie, kein relevanter Zusammenhang zwischen Alexithymie und komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung. Berenbaum (1996) hat ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Missbrauch in der Kindheit gefunden, wobei er nicht zwischen sexuellem Missbrauch und körperlichem Missbrauch unterschied. Insgesamt zeigt sich jedoch in der überwiegenden Literatur, wie auch in der vorliegenden Studie, ein statistisch relevanter Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Alexithymie.

Frewen et al. (2008) vermuten, dass eine Alexithymie im Erwachsenenalter entsteht, wenn Erziehungspersonen es versäumen, Kindern den Unterschied zwischen charakteristischen emotionalen Gefühlen beizubringen. Ebenfalls vermuten sie als grundlegend das fehlende Erlernen von Erregungskontrolle und das versäumte Erlernen einer adäquaten Antwort auf herausfordernde Lebensumstände. McLean et al. (2006) vermuteten, dass Missbrauch durch die Eltern in der Kindheit Auswirkungen auf das Kind in Bezug auf die Beschützer habe und eine zentrale Rolle in der Affektdysregulation einnehme.

Nach allgemeiner Auffassung ist der sexuelle Missbrauch ein Eindringen in den intimsten Bereich eines Menschen. Kinder vertrauen ihren Eltern oder anderen Erziehungspersonen. Kommt es im Rahmen dieses Verhältnisses dann zu einem sexuellen Missbrauch, ist dieses Vertrauensverhältnis gestört, wenn nicht sogar zerstört. Es kommt zu einem Gefühl der Machtlosigkeit. Das Kind erlernt auf der einen Seite falsche Emotionen und den falschen Umgang mit diesen Emotionen durch den Missbrauch. Auf der anderen Seite möchte es nicht, dass die Verletzung, welche es durch den Missbrauch erfährt nach außen dringt, und erlernt somit seine Gefühle zu verstecken und zu unterdrücken. Ebenfalls kommt es zu einem falschen Umgang mit Gefühlen, die dann durch eine Art von Übererregung eine Form von Ausdruck finden können.

## **5.6 Alexithymie und körperliche Gewalt**

In Fragestellung zwei, ob es einen Zusammenhang zwischen körperlicher Misshandlung und Alexithymie gibt, fand sich ein anderes Ergebnis als bei der sexuellen Gewalt. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Gewalterfahrung in der Vergangenheit und dem Vorliegen einer Alexithymie ( $p=0,91$ ). Damit scheint sexueller Missbrauch, als eine Form von Gewalterfahrung, mehr für eine Alexithymie zu prädisponieren als andere Arten körperlicher Gewalt. McLean et al. (2006) fanden hingegen

einen Zusammenhang zwischen Gewalt in der Kindheit und Alexithymie. Auch Berenbaum (1996) fand einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und Gewalt in der Kindheit. Jedoch unterschied Berenbaum (1996) nicht zwischen sexuellem und körperlichem Missbrauch in Bezug auf den Zusammenhang mit Alexithymie. Frewen et al. (2008) fanden zwar einen Zusammenhang zwischen Alexithymie und emotionaler Vernachlässigung, jedoch keinen signifikanten Zusammenhang mit sexuellem oder körperlichem Missbrauch.

Hier stellt sich die Frage, inwieweit sexueller Missbrauch eine besonders schwere Form der körperlichen und psychischen Gewalterfahrung ist.

## 6. Zusammenfassung

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung handelt es sich um ein Krankheitsbild, welches, spätestens seit den Kriegseinsätzen deutscher Soldaten in Afghanistan, mehr an Bedeutung und Aufmerksamkeit in der Bundesrepublik Deutschland gewonnen hat. Alexithymie ist ein Konstrukt, das Schwierigkeiten im Beschreiben und Identifizieren von Emotionen umfasst. In der vorliegenden Arbeit wurde der Zusammenhang zwischen Alexithymie und Geschlecht, Alexithymie und Schulbildung und Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung eingehend beleuchtet. Darüber hinaus wurden auch die Zusammenhänge zwischen Alexithymie und sexuellem Missbrauch und zwischen Alexithymie und Misshandlung an Patienten (n=205) einer psychiatrischen Klinik in Deutschland untersucht.

In dieser Studie waren Frauen signifikant häufiger alexithym als Männer. Ebenfalls korrelierte Schulbildung negativ und sexueller Missbrauch positiv mit Alexithymie. Keinen Zusammenhang gab es zwischen Alexithymie und Gewalterfahrungen in der Vergangenheit.

Die Studienlage in der Literatur ist bezüglich soziodemographischer Faktoren und Alexithymie wie auch Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung uneinheitlich. Jedoch zeigen sich Unterschiede im Vergleich der Studien zueinander, sowohl in den verwendeten Testverfahren, wie auch in den untersuchten Stichproben. Jedoch scheint dies nicht der einzige relevante Faktor für die unterschiedlichen Ergebnisse zu sein. Vielmehr liegt es daran, dass viele einzelne Faktoren und das Zusammenwirken dieser Faktoren eine Alexithymie beeinflussen. Einzelne Faktoren sollten nicht isoliert betrachtet werden, vielmehr sollte das Gesamtbild jedes einzelnen Patienten, inklusive des soziokulturellen Hintergrundes, mit den vielen ihn beeinflussenden Faktoren, berücksichtigt werden. Dies zeigt sich auch bei der Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Alexithymie und Posttraumatischer

Belastungsstörung. Hier ist der Zusammenhang abhängig von dem benutzten Bewertungssystem für die Posttraumatische Belastungsstörung (DSM-IV vs. ICD-10). Es zeigt sich, dass die unterschiedlichen Definitionen der Posttraumatischen Belastungsstörung in den unterschiedlichen Bewertungssystemen hier ein entscheidender Faktor ist. Dies zeigt die Komplexität der genauen Definition psychischer Erkrankungen und der Festlegung einheitlicher Diagnosekriterien auf. Dennoch zeigt sich in den meisten Studien ein Zusammenhang zwischen Alexithymie und Posttraumatischer Belastungsstörung. Teilweise ist die Alexithymie ein Teilaspekt der Posttraumatischen Belastungsstörung, sie kommt jedoch auch ohne eine Posttraumatische Belastungsstörung vor.

Insgesamt veranschaulicht dies deutlich den Bedarf an weiterführenden Forschungen auf diesem Gebiet.

## 7. Literaturverzeichnis

- (1) Badura AS (2003). Theoretical and empirical exploration of the similarities between emotional numbing in posttraumatic stress disorder and Alexithymia. *J Anxiety Disord.* 17(3): 349-60
- (2) Berenbaum H (1996). Childhood Abuse, Alexithymia and Personality Disorder. *Journal of Psychosomatic Research.* 41(6): 585-595
- (3) Bodenbug S, Fabra M (2011). Psychologische Selbsteinschätzungsskalen in gutachterlichen Untersuchungen. *Nervenarzt.* 82(7): 910-915
- (4) Bremner JD, Southwick SM, Darnell A, Charney DS (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry.* 153(3): 369-375
- (5) Bronisch T (1997). Posttraumatic Stress Disorder - Posttraumatische Belastungsstörung - Neuere Forschungsergebnisse. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 65: 195-207
- (6) Bundesweiter Vergleich der Patientenstruktur gemäß Psych-PV; Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Winnenden (2005). 14. Ausgabe
- (7) Charcot JM (1887). *Lecons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière.* Delahaye & Lecrosnie
- (8) Da Costa JM (1871). On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am J Med Sci.* (61): 18-52
- (9) Declercq F, Vanheule S, Deheegher J (2010). Alexithymia and posttraumatic stress: subscales and symptom clusters. *J Clin Psychol.* 66(10): 1076-89
- (10) Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA (1995). Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med.* 123(10): 782-794
- (11) Evren C, Dalbudak E, Cetin R, Durkaya M, Evren B (2010): Relationship of alexithymia and temperament and character dimensions with lifetime post-traumatic stress disorder in male alcohol-dependent inpatients. *Psychiatry Clin Neurosci.* 64(2): 111-119

- (12) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *Am J Prev Med.* 14(4): 245-258
- (13) Flatten G (2004). Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. 2. Schattauer. 3-11
- (14) Flatten G (2004). Posttraumatische Belastungsstörung: Akute und komplexe Traumafolgestörungen. 2. Schattauer. 29-50
- (15) Franz M, Popp K, Schaefer R, Sitte W, Schneider C, Hardt J, Decker O, Braehler E (2008). Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 43(1): 54-62
- (16) Freud S (1940). *Jenseits des Lustprinzips.* Ges.-Werk XIII. Imago. London
- (17) Frewen PA, Dozois DJ, Neufeld RW, Lanius RA (2008). Meta-analysis of Alexithymia in posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 21(2): 243-256
- (18) Frewen PA, Lanius RA, Dozois DJ, Neufeld RW, Pain RW, Hopper JW, Densmore M, Stevens TK (2008). Clinical and neural correlates of Alexithymia in posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol.* 117(1): 171-181
- (19) Frewen PA, Pain C, Dozois DJ, Lanius RA (2006). Alexithymia in PTSD: psychometric and fMRI studies. *Ann N Y Acad Sci.* 1071: 397-400.
- (20) Freyberger H (1977). Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and secondary Alexithymia. *Psychother. Psychosom.* 28: 337-342
- (21) Fukunishi I, Chishima Y, Anze M (1994). Posttraumatic stress disorder and Alexithymia in burn patients. *Psychol Rep.* 75(3 Pt 1): 1371-6
- (22) Fukunishi I, Sasaki K, Chishima Y, Anze M, Saijo M (1996). Emotional disturbances in traumapatients during the rehabilitation phase: studies of posttraumatic stress disorder and Alexithymia. *Gen Hosp Psychiatry.* 18(2): 121-7
- (23) Fukunishi I, Tsuruta T, Hirabayashi N, Asukai N (2001). Association of Alexithymia characteristics and posttraumatic stress responses following medical treatment for children with refractory haematological diseases. *Psychol Rep.* 89(3): 527-34
- (24) Golding JM (1994). Sexual Assault History and Physical Health in Randomly Selected Los Angeles Women. *Health Psychology.* 13(2): 130-138

- (25) Handelsmann L, Stein JA, Bernstein DP, Oppenheim SE, Rosenblum A, Magura S (2000). A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: Alexithymia, hostility, and PTSD. *Addict Behav.* 25(3): 423-8
- (26) Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA (1989). Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry.* 146(4): 490-495
- (27) Herman JL (1992). Complex PTSD: a syndrome of survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress.* 5: 377-391
- (28) Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Haatainen K, Hintikka J, Viinamäki H (2004). Relationships among Alexithymia, adverse childhood experiences, sociodemographic variables, and actual mood disorder: a 2-year clinical follow-up study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics.* 45(3): 197-204
- (29) Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Hintikka J, Antikainen R, Haatainen K, Tanskanen A, Viinamäki H (2004). Do stressful life-events or sociodemographic variables associate with depression and Alexithymia among a general population? A 3 year follow-up study. *Compr Psychiatry.* 45(4): 254-260
- (30) Hyer L, Woods MG, Summers MN, Boudewyns P, Harrison WR (1990). Alexithymia among Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Clin Psychiatry.* 51(6): 243-7
- (31) Hyer L, Woods MG, Boudewyns P (1991). PTSD and Alexithymia: Importance of emotional clarification in Treatment. *Psychotherapy.* 28(1): 129-139
- (32) Jula A, Salminen JK, Saarijärvi S (1999). Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension.* 33(4): 1057-1061
- (33) Karukivi M, Hautala L, Kaleva O, Haapasalo-Pesu KM, Liuksila PR, Joukamaa M, Saarijärvi S (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *J Affect Disord.* 125(1-3): 383-7
- (34) Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW, Salonen JT (1993). Social Factors in Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry.* 34(5): 330-335
- (35) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 52: 1048-1060
- (36) Kirmayer LJ, Robbins JM (1993). Cognitive and Social Correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics.* 34(1): 41-52

- (37) Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Läksy K, Jokelainen J, Järvelin MR, Joukamaa M (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of Alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry*. 42(6): 471-476
- (38) Krystal JH, Giller EL Jr, Cicchetti DV (1986). Assessment of Alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosom Med*. 48(1-2): 85-94
- (39) Kupfer J, Brosig B, Brähler E (2001). TAS-26. Hogrefe Göttingen
- (40) Lane RD, Sechrest L, Riedel R (1998). Sociodemographic Correlates of Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*. 39(6): 377-385
- (41) Larsen JK, van Strien T, Eisinga R, Engels RC (2006). Gender differences in the association between Alexithymia and emotional eating in obese individuals. *J Psychosom Res*. 60(3): 237-243
- (42) Marty P, M`uzan M de (1978). Operative thinking: (Vortrag aus dem Jahr 1962). *Psyche*. 32: 974-984
- (43) Mason O, Typson M, Jones C, Potts S (2005). Alexithymia: its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychol Psychother*. 78(Pt 1): 113-125
- (44) Mattila AK, Ahola K, Honkonen T, Salimen JK, Huhtala H, Joukamaa M (2007): Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *Psychosom Res*. 62(6): 657-665
- (45) Mattila AK, Salimen JK, Nummi T, Joukamaa M (2006). Age is strongly associated with Alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*. 61(5): 629-635
- (46) McCaslin SE, Metzler TJ, Best SR, Liberman A, Weiss DS, Fagan J, Marmar CR (2006). Alexithymia and PTSD symptoms in urban police officers: cross-sectional and prospective findings. *J Trauma Stress*. 19(3): 361-373
- (47) McLean LM, Toner B, Jackson J, Desrocher M, Stuckless N (2006). The relationship between childhood sexual abuse, complex post-traumatic stress disorder and Alexithymia in two outpatient samples: examination of women treated in community and institutional clinics. *J Child Sex Abus*. 15(3): 1-17
- (48) Möller HJ (2006). Therapie psychischer Erkrankungen. Behandlung von Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen. 3. Auflage. Thieme. 864-897
- (49) Mueser KT, Taub J (2008). Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems. *Psychiatr Serv*. 59(6): 627-634

- (50) Oppenheim H (1889). Die traumatischen Neurosen – nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten fünf Jahren gesammelten Beobachtungen. Hirschwald. Berlin
- (51) Page H (1997). Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion (1885). In: Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR: Full and partial posttraumatic stress disorder. Findings from a community survey. *Am J Psychiatry*. 154: 1114-1119
- (52) Parker J, Taylor GJ, Bagby RM (1989). The Alexithymia Construct: Relationship With Sociodemographic Variables and Intelligence. *Comprehensive Psychiatry*. 30(5): 434-441
- (53) Pasini A, Delle Chiaie R, Seripa S, Ciani N (1992). Alexithymia as Related to Sex, Age, and Educational Level: Results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 Normal Subjects. *Comprehensive Psychiatry*. 33(1): 42-46
- (54) Romans S, Belaise C, Martin J, Morris E, Raffi A (2002). Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom*. 71(3): 141-150
- (55) Sack M (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*. 75(5): 451-459
- (56) Säkkinen P, Kaltiala-Heino R, Ranta K, Haataja R, Joukamaa M (2007). Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia scale and prevalence of Alexithymia in a finish adolescent population. *Psychosomatics*. 48(2): 154-161
- (57) Salimen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J (1999). Prevalence of Alexithymia and its Association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*. 46(1): 75-82
- (58) Schoenfeld FB, Marmar CR, Neylan TC (2004). Current concepts in pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*. 55(5): 519-531
- (59) Schofferman J, Anderson D, Hines R, Smith G, Keane G (1993). Childhood psychological trauma and chronic refractory low-back pain. *Clin J Pain*. 9(4): 260-265
- (60) Sifneos PE (1973). The prevalence of "Alexithymic" Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychother Psychosom*. 22: 255-262
- (61) Simson U, Martin K, Schäfer R, Janssen P, Franz M (2005). Alexithymie in einer klinischen Stichprobe. *Psychother Psych Med*. 55: 347-353

- (62) Sondergaard HP, Theorell T (2004). Alexithymia, emotions and PTSD; findings from a longitudinal study of refugees. *Nord J Psychiatry*. 58(3): 185-191
- (63) Spitzer C, Vogel M, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ (2007). Psychopathology and Alexithymia in severe mental illness: the impact of trauma and posttraumatic stress symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 257(4): 191-196
- (64) Subic-Wrana C, Bruder S, Thomas W, Lane RD, Köhle K (2005). Emotional awareness deficits in inpatients of a psychosomatic ward: a comparison of two different measures of Alexithymia. *Psychosom Med*. 67(3): 483-489
- (65) Taylor GJ (1984). Alexithymia: Concept, Measurement, and Implications for Treatment. *Am J Psychiatry*. 141(6): 725-732
- (66) Teten AL, Miller LA, Bailey SD, Dunn NJ, Kent TA (2008). Empathic deficits and Alexithymia in trauma-related impulsive aggression. *Behav Sci Law*. 26(6): 823-832
- (67) Üexküll (2003). Psychosomatische Medizin. Institutionalisierung. 6: Urban&Fischer. 565-576
- (68) Waller E, Scheidt CE (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *J Psychosom Res*. 57(3): 239-247
- (69) Yehuda R, Steiner A, Kahana B, Binder-Brynes K, Southwick SM, Zelman S, Giller EL (1997). Alexithymia in Holocaust survivors with and without PTSD. *J Trauma Stress*. 10(1): 93-100
- (70) Zahradnik M, Stewart SH, Marshall GN, Schell TL, Jaycox LH (2009). Anxiety sensitivity and aspects of Alexithymia are independently and uniquely associated with posttraumatic distress. *J Trauma Stress*. 22(2): 131-138
- (71) Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA (2002). Severity of Reported Sexual Abuse and its Relationship to Severity of Borderline Psychopathology and Psychosocial Impairment among Borderline Inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 190: 381-387
- (72) Zeitlin SB, McNally RJ, Cassidy KL (1993). Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization. *Am J Psychiatry*. 150(4): 661-663
- (73) Zeitlin SB, Lane RD, O`Leary DS, Schrift MJ (1989). Interhemispheric Transfer Deficit and Alexithymia. *Am J Psychiatry*. 146: 1434-1439



**3.1. Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)**

- Codiere (Beachte: Benutze auch entsprechende Zwischenwerte, z.B. 45,68,72)
- 100-91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.
  - 90-81 keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
  - 80-71 Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
  - 70-61 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
  - 60-51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
  - 50-41 Ernste Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
  - 40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzigt und versagt in der Schule).
  - 30-21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken) ODER Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
  - 20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
  - 10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende

Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.  
 0 Unzureichende Informationen

**3.2. Funktionsniveau**

- Ebene 1 (higher level)  
integr. Über-Ich – stabiles Selbstkonzept – Trauer kann erlebt werden – Verdrängung, Intellektualisierung
- Ebene 2 (intermediate level)  
überstrenge Moral, überhohes Ich-Ideal – prägenitale (orale) Impulse – verminderte Fähigkeit Schuld zu empfinden – Spaltung, Verleugnung, Omnipotenz
- Ebene 3 (lower level)  
Überwiegen prägenit. Aggr. – sadist. Über-Ich-Vorläufer – Dominanz von Partialobj.-Bez. – mangelh. Obj.-konstanz – Einfühlung in andere und Schulerleben kaum möglich

**4.1. allgemeinmedizinische Vorbehandlung**

Krankenhausaufenthalte in Organmedizin in den letzten 12 Monaten

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> keine        | <input type="checkbox"/> bis 1 Woche                                |
| <input type="checkbox"/> bis 2 Wochen | <input type="checkbox"/> bis 4 Wochen                               |
| <input type="checkbox"/> bis 6 Wochen | <input type="checkbox"/> bis 8 Wochen                               |
| <input type="checkbox"/> > 8 Wochen:  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Dauer in Wochen) |

**4.2. Psychiatrische Vorbehandlungen**

- Ambulant: nein  ja   
 Häufigkeit:  regelmäßig  bei Bedarf  
 erstmals(Jahr)   
 unbekannt
- Stationär: nein  ja   
 Anzahl:   
 Erstmals:   
 unbekannt
- Teilstat.: nein  ja   
 Anzahl:   
 Erstmals:   
 unbekannt

**4.3. Psychotherapeutische Vorbehandlung**

- |               | früher                   | erstmals(Jahr)   | z.Zt                     | keine                    | Abbruch                  |
|---------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Amb/Einzel    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amb/Gruppe    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stationär     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| teilstationär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 4.4 Jahr der letzten Entlassung aus teilstationärer Behandlung

#### 4.5 Art der letzten Entlassung aus teilstationärer Behandlung

- regulär  
 vorübergehende Verlegung  
 Beurlaubung  
 Entweichung  
 Entlassung gegen ärztlichen Rat  
 Entlassung wegen mangelnder Motivation  
 unbekannt

#### 4.6 Jahr der letzten Entlassung aus stationärer Behandlung

#### 4.7 Art der letzten Entlassung aus stationärer Behandlung

- regulär  
 vorübergehende Verlegung  
 Beurlaubung  
 Entweichung  
 Entlassung gegen ärztlichen Rat  
 Entlassung wegen mangelnder Motivation  
 unbekannt

#### 5.1 Eigenanamnese

- Infektionen:  
 Krebserkrankung:  
 Frakturen:  
 Hirninfarkt:  
 Gewicht    kg  
 Größe    cm  
 Adipositas : BMI    
 Untergewicht :BMI    
 Asthma bronchiale  
 Hepatitis  
 Herzerkrankung  
 anhaltende gastrointestinale Beschwerden  
 chronische Schmerzen  
 chronische Kopfschmerzen  
 chronische Erschöpfung  
 neurolog. Vorerkrankung.....

- EEG:  
 CCT:  
 sonstige Stoffwechselerkrankung:.....

- Gab es in ihrem bisherigen Leben ein bedrohliches Ereignis; wenn ja, bitte benennen:.....

Sie fühlten sich dadurch beeinträchtigt:

- gar nicht sehr stark

#### 5.2 Gynäkologische u. Sexualanamnese

- Menarche im   Lj.  unbekannt  
 Aborte Anzahl   
 Schwangerschaftsabbruch Anzahl   
 Geburten: Anzahl   
 Lebensalter bei der 1.Schwangerschaft    
 Geschlechtsverkehr mit 50 oder mehr Partnern  
 jemals nachgewiesene sexuell übertragbare Erkrankung

#### 5.3 weitere Anamnese

- Nikotinabusus; Menge:.....  
 Alkoholkonsum; Menge:.....  
 Keine körperl. Aktivität in der Freizeit  
 zwei oder mehr Wochen depressiver Stimmung innerhalb des letzten Jahres  
 mind. ein Suizidversuch in der Anamnese  
 Selbsteinschätzung als alkoholabhängig  
 jemals Einnahme illegaler Drogen  
 jemals i.v. Drogenkonsum

## 5.4 weitere Anamnese

- dauerhaft gute Beziehung zu einer Bezugsperson in der Kindheit(<18.Lj.)
- Aufwachsen in Mehrgenerationenfamilie
- gutes Ersatzmilieu nach Mutterverlust
- robustes, kontaktfreudiges Temperament
- soziale Stärkung z.B. durch Jugendgruppe
- unterstützende Bezugsperson im Erwachsenenalter
- Heirat im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- Dauer der aktuellen Beziehung: \_\_\_\_ Jahre

## 5.5 spezielle Angaben zur Herkunftsfamilie

**mütterliche Berufstätigkeit** im 1.Lebensjahr

Ja  Nein  unbekannt

**Schulausbildung** der Eltern:

- Vater:  unbekannt:
- Mutter:  unbekannt:

**letzte Berufstätigkeit** der Eltern:

- Vater:  Mutter:
- unbekannt:  unbekannt:
- längerfristige **Arbeitslosigkeit** (>2 J) eines Elternteiles

Anzahl der **Geschwister**:

Stellung in der Geschwisterreihe: \_\_\_\_\_

- behindertes Geschwisterteil

Patient/in ist überwiegend **aufgewachsen in**:

- Mietwohnung  Eigentumswohnung
- Haus der Eltern  Heim  sonstiges:

**Aktuelles Alter der Eltern:**

Vater  Mutter   
 unbekannt  unbekannt  
 falls verstorben, wann (Jahreszahl)?

Vater  Mutter

Dauerhaft gute Beziehung zu einer primären **Bezugsperson**?

- Ja; Zu wem? \_\_\_\_\_
- Nein

Erlebte der Patient/die Patientin ihr Elternhaus **harmonisch**? Skalieren Sie:

- 
- gar nicht sehr stark

**finanzielle Probleme** der Eltern in der Kindheit des Patienten/der Patientin

**Vorstrafen:**

- eigene Vorstrafen:

in der Familie

- Vater  Mutter  Geschwister
- nein  unbekannt

**psychische Störungen** (z.B. Sucht)

- Vater; Welche? \_\_\_\_\_
- Mutter; Welche? \_\_\_\_\_
- Geschwister; Welche? \_\_\_\_\_
- nein
- unbekannt

**chronische körperliche Erkrankung** der Eltern

- Vater; Welche? \_\_\_\_\_
- Mutter; Welche? \_\_\_\_\_
- nein
- unbekannt

**Suizidhandlungen**

- Vater; im Alter von  Jahren
- Mutter; im Alter von  Jahren
- nein
- unbekannt
- Geschwisterteil; im Alter von  Jahren

**aufgewachsen bei**

- Eltern
- Mehr-Generationen-Familie
- nur bei Vater
- nur bei Mutter
- bei Mutter und Stiefvater
- bei Vater und Stiefmutter
- andere Konstellation: \_\_\_\_\_

**Scheidung** der Eltern

- Ja; Wann (Jahreszahl)?
- Nein

**Aktivitäten des Patienten/der Patientin in**  
(Mehrfachnennung möglich)

	heute	früher
Jugendgruppe(nicht klerikal o. politisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der **Schulwechsel**  
 Anzahl der **Umzüge** in der Kindheit

**gute Kontakte zu Gleichaltrigen** in der  
Kindheit (< 18. Lj.)  Ja  Nein

**Verlust** eines älteren Geschwisterteiles  
oder  
eines engen Freundes im Alter von   Lj.

**Körperliche Gewalttätigkeit**

Ja; im Alter von   Lj. bis   Lj.  
durch  
 Vater  Mutter  sonstige.....

Nein  
 keine Erinnerung  
 nicht erfragt, weil Pat.  schamhaft  
 sehr verletzlich  
 leicht irritierbar  
 sonstiges:

**sexueller Missbrauch**

Ja; im Alter von   Lj. bis   Lj.  
durch  
 Vater  Mutter  sonstige.....

Nein  
 keine Erinnerung  
 nicht erfragt, weil Pat.  schamhaft  
 sehr verletzlich  
 leicht irritierbar  
 sonstiges:

**6. Motivation zur vorgesehenen Behandlung**

(Einschätzung des Therapeuten)

gar nicht sehr stark

Unterschrift Untersucher:

## Anhang B

## Aufnahmebogen

Datum:   
Chiffre:

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ Station : \_\_\_\_\_  
Geb. - Datum : \_\_\_\_\_ Aufnahme datum : \_\_\_\_\_

*Liebe Patientin, lieber Patient,*

wir möchten Sie darum bitten, auf dem vorliegenden Aufnahmebogen einige Fragen zu beantworten, die für Ihre Behandlung und die Einschätzung der therapeutischen Möglichkeiten wichtig sind.

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

**1.1. Kostenträger**

Wer ist Kostenträger Ihrer jetzigen Behandlung?

RVO – Kasse(z.B. AOK, DAK)  
 Ersatzkasse  
 Private Krankenversicherung, Beihilfe  
 LVA  
 BfA  
 sonstige Rentenversicherungsträger  
 Sozialhilfe  
 Berufsgenossenschaft

Krankenhaustagegeldversicherung vorhanden? Wenn ja: Welcher Betrag/Tag?  
e

**1.3. Herkunft**

in Deutschland aufgewachsen  
 anderes Herkunftsland  
Welches? \_\_\_\_\_  
Seit wann leben Sie in Deutschland?  
Jahreszahl eintragen:   
 Spätaussiedler aus \_\_\_\_\_

**1.2. Zuweisende Einrichtung**

FA Allgemeinmedizin  FA Psychiatrie  
 FA Psychotherapie  FA Neurologie  
 Innere Medizin  Neurologie  
 Chirurgie  Psychiatrie  
 Psychotherapie/  Suchtberatung  
Psychosomatik  
 Gynäkologie  Gesundheitsamt  
 Anderes

**1.4. Wartezeit**

Wie lange haben Sie auf die stationäre Aufnahme in unserer Klinik gewartet?

weniger als 2 Wochen  
 2 bis 4 Wochen  
 4 bis 12 Wochen  
 länger als 12 Wochen

**2.1. Geschlecht**

männlich  weiblich

**2.2. Alter**  Jahre**2.3. familiäre Situation***(Mehrfachnennung möglich)*

- ledig
- verheiratet seit? \_\_\_\_\_
- unverh. in fester Partnerschaft seit? \_\_\_\_\_
- getrennt lebend seit? \_\_\_\_\_
- geschieden seit? \_\_\_\_\_
- verwitwet seit? \_\_\_\_\_
- eigene Kinder? Zahl:
- Allein in Privatwohnung
- In Institution oder betreutem Wohnen
- bei Eltern (teil)
- mit Kind(-ern)
- bei Schwester/Bruder
- Anderen Verwandten
- Bekannten, Wohngemeinschaft o.ä.
- ohne festen Wohnsitz
- unbekannt/unklar

**2.4. höchster Schulabschluß**

Welches ist Ihr höchster Schulabschluß?

- noch in der Schule
- Sonderschulabschluß
- Hauptschulabschluß
- Realschulabschluß/Mittlere Reife
- Abitur/Fachhochschulreife
- ohne Abschluß
- sonst. Abschluß: \_\_\_\_\_

**2.5. höchster Berufsabschluß**

Welches ist Ihr höchster Berufsabschluß?

- noch in Berufsausbildung
- Lehre
- Meister/Fachschule
- Fachhochschule/Universität
- ohne Abschluß
- sonstiger Abschluß: \_\_\_\_\_

**2.6. jetzige/letzte Berufstätigkeit**

- Arbeiter/in
- Facharbeiter/in
- einfach./mittl. Angestellte/r, Beamte/r
- höhere/r Angestellte/r, Beamte/r
- Selbständige/r
- Auszubildende/r, Umschüler/in
- Schüler/in, Student/in
- Hausfrau/Hausmann
- Rentner/in
- Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_
- ohne Beruf
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**2.7. Erwerbstätigkeit**

- voll erwerbstätig
- teilzeitbeschäftigt
- nicht erwerbstätig
- arbeitslos
- Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

**2.8. Haupteinkommensquelle**

Welches ist Ihre Haupteinkommensquelle?

- Einkommen durch Arbeitstätigkeit/Rente
- Unterstützung durch Eltern
- Arbeitslosengeld/-hilfe
- Unterhalt durch Ehegatten/Partner(in)
- Sozialhilfe
- Bafög
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**3.1. Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme**

Waren Sie zum Aufnahmezeitpunkt krankgeschrieben?

 Ja  NeinWenn ja, wie viele Wochen schon?  **3.2. Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate**

Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig erkrankt?

- überhaupt nicht
- unter 3 Monate
- 3 - 6 Monate
- mehr als 6 Monate

**3.3. Vorzeitige Berentung**

ja    nein  
    Sind Sie jetzt vorzeitig berentet?  
    Steht Ihre stationäre Aufnahme in Zusammenhang mit einem Rentenverfahren?

**4.1. Vorgeschichte**

	früher	zur Zeit	keine
Sucht			
Alkohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Drogen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidversuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewalt gegen			
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5.1 Beschwerden/Symptomatik**

Symptom	seit... (Monat/Jahr)?
1. Symptom _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Symptom _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Symptom _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Symptom _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Symptom _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Symptom _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**5.2. Krankheitsvorgeschichte**

Beschwerdendauer bezogen auf das Hauptsymptom (1.Symptom s.o.)

<input type="checkbox"/> bis 1 Jahr	<input type="checkbox"/> bis 2 Jahre
<input type="checkbox"/> bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/> bis 10 Jahre
<input type="checkbox"/> bis 15 Jahre	<input type="checkbox"/> mehr als 15 Jahre

**6.1.Motivation zur vorgesehenen Behandlung**

Nicht motiviert 1...2...3...4...5 stark motiviert

**7.1.Festlegung individueller Therapieziele**

Nennen Sie uns bitte Ihre wichtigsten Therapieziele zum Zeitpunkt der Aufnahme . Formulieren Sie kurz und prägnant!  
 Geben Sie bitte auf der darunterliegenden Skala an, in welchem Maß dieses Therapieziel bereits erreicht ist.

Ziel 1: \_\_\_\_\_

Ziel 2: \_\_\_\_\_

Ziel 3: \_\_\_\_\_

Ziel 4: \_\_\_\_\_

Ziel 5: \_\_\_\_\_

             
 überhaupt    sehr    etwas    ziemlich    überwiegend  
 nicht    wenig

Bitte geben Sie jetzt noch Ihre allgemeine Zufriedenheit mit Ihrem jetzigen Leben auf einer Skala von 1 (schlecht) bis 10 (sehr zufrieden) an.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

# Lebenslauf

## Persönliche Daten

Name: Marc Szynaka  
Geburtsdatum: 09.08.1973  
Geburtsort: Porz am Rhein

## Schulbildung

1980-1984 Grundschule Porz  
1984-1994 Stadtgymnasium Köln-Porz

## Ausbildung

1995-1998 Abgeschlossene Ausbildung zum MTRA an der Universität zu Köln

## Hochschulausbildung

1999-2006 Studium der Humanmedizin an der Universität zu Köln

## Praxis

### Famulaturen

März 2003 Praxis für Innere Medizin, Drs. Theisen und Wiesel, Köln  
März 2004 St. Vinzenz Hospital Köln, Abteilung für Innere Medizin/  
Kardiologie  
August 2004 St. Antonius Klinikum Waldbreitbach, Abteilung für  
Psychiatrie  
Februar 2005 St. Antonius Krankenhaus Köln, Abteilung für Innere  
Medizin/Diabetologie

**Praktisches Jahr**

- August 2005      Abteilung für Innere Medizin der Kliniken der Stadt Köln,  
Krankenhaus Merheim, Direktor: Prof. Dr. W. Krone
- Dezember 2005    Abteilung für Chirurgie der Kliniken der Stadt Köln,  
Krankenhaus Merheim, Chefarzt: Prof. Dr. B. Bouillon
- April 2006        Klinik für Anästhesiologie und operative  
Intensivmedizin der Universität zu Köln,  
Lehrbeauftragter: Prof. Dr. Dr. K. A. Lehmann

**Berufserfahrung**

- 1998 – 1999      Festanstellung als MTRA ganztägig und im  
Bereitschaftsdienst im Radiologischen Institut der  
Universität zu Köln
- 1999 – 2006      Tätigkeit als MTRA im Nacht- und Wochenend-  
bereitschaftsdienst in der Röntgenabteilung des  
St. Antonius Krankenhauses Köln
- 2003 bis 2010    Tätigkeit als Dozent an der Wilhelm-Griesinger-Schule  
für Aus- und Fortbildung in Pflegeberufen in den  
Fächern Anatomie & Physiologie
- 2007 bis 2010    Assistenzarzt am Institut für Diagnostische und  
Interventionelle Radiologie, Klinikum Solingen  
(Chefarzt Prof. Dr. med. R. Lorenz)
- 2010 bis heute    Assistenzarzt am Institut für Diagnostische und  
Interventionelle Radiologie, Krankenhaus Düren  
(Chefarzt Prof. Dr. med. A. Kopp)

---

Marc Szynaka