

1. Einleitung

Veröffentlichungen über Erklärungsansätze zu straftatrelevantem Verhalten lösen in der Öffentlichkeit oft heftige Diskussionen aus. Häufig wird ein wissenschaftliches Herangehen gleichgesetzt mit Parteinahme für den Täter ohne genügende Würdigung dessen, was den Opfern geschehen ist. Dabei ist Wissen über Bedingungsbeziehungen von Lebenssituation, Persönlichkeit und daraus resultierende Verhaltensmuster von Delinquenten und die rechtzeitige Einflussnahme der beste Opferschutz. Nachvollziehbar bleibt die Verständnislosigkeit gegenüber allzu leichtfertigem Umgang mit Vertrauen in die Therapierbarkeit von deliktbezogenen Störungen, die Parteinahme für Opfer jeglicher Straftaten oder gar die Sorge vor Gefahren für die eigenen Kinder.

Aufgrund des derzeitigen humanen Menschenbildes ist die Gesellschaft gefordert, eine differenzierte Verantwortung auch für Straftäter zu übernehmen. Straftäter werden als solche nicht geboren. Die biologisch-konstitutionellen Voraussetzungen eines jeden Menschen sind eingebettet in gesellschaftliche Bedingungen. Das Bezugssystem eines jeden Individuums führt zu Lernerfahrungen, die wiederum mitbestimmend für seine Persönlichkeit sind. Wenn also soziale Bedingungen bzw. Milieuerfahrungen der Menschen die Entwicklung delinquenten Handelns hervorrufen können, dann sollte man sich mit genau diesen Gründen auseinandersetzen.

In der vorliegenden Studie geht es um forensische Patienten, einer speziellen Gruppe psychisch kranker Straftäter. Untersuchungen zeigen, dass sie nicht nur Quelle sondern auch Opfer von Gewalt sind. Eine große Anzahl dieser Pa-

tienten war seit frühester Kindheit emotionaler Vernachlässigung, multiplen Misshandlungen, früher Institutionalisierung wie Heimaufenthalte und somit problematischen Beziehungserfahrungen durch instabile Bezugssysteme ausgesetzt (Adams, 2003; Albrecht, 1997; Solomon & Heide, 1999; Weeks & Widom, 1998). Viele Autoren gehen mittlerweile davon aus, dass Straftaten eine „Reinszenierung eigener Traumatisierungen“ sein können und es sich um einen „cycle of violence“ handelt (Bentovin, 1999; Deegener, 1999; Dutton & Hart, 1992; Hiday, Swanson, Swartz, Borum & Wagner, 2001; Horowitz, 1997; Naumann-Lenzen, 1998; Silva, Alpert, Munoz, Singh, Matzner & Dummit, 2000; Stein & Lewis, 1992; Weeks & Widom, 1998). Es gelang ihnen, Assoziationen zwischen spezifischen kindlichen Traumatisierungen und Delikten aufzuzeigen (Carrion & Steiner, 2000; Dutton & Hart, 1992; Higgins & McCabe, 2000; Kennerly, 2003; Stiels-Glenn, 2003; Tonolasaro & Holt, 1999; Weeks & Widom, 1998). Lerntheoretisch betrachtet, handelt es sich bei der „Reinszenierung“ um ein Modelllernen bzw. soziales Lernen. Als Kinder eignen sich die Betroffenen möglicherweise eine bestimmte Form des sozialen Umgangs durch Beobachtung ihrer Bezugspersonen an und imitieren dann das Gelernte aus Mangel an Alternativen (Bandura, 1965; Bauer, 1996).

Der psychotraumatologische Ansatz bietet somit eine Basis zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Persönlichkeit und Straftaten (Spitzer, Dudeck, Liß, Gillner & Freyberger, 2000). Die Auseinandersetzung mit traumatischen Lebensereignissen auch speziell bei forensischen Patienten ist neben präventivem Opferschutz zudem aus einem anderen Grund sinnvoll. Es entspricht dem therapeutischen Auftrag, den die Forensische Psychiatrie zu erfüllen hat. Es kann letztendlich nur etwas behandelt werden, was auch bekannt ist.

Konkret soll das Konstrukt der „complex posttraumatic stress disorder“/ komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (komplexe PTSD) oder auch „Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ (DESNOS) bei forensischen Patienten Gegenstand der Untersuchung sein, wobei beide Abkürzungen bzw. Begrifflichkeiten synonym verwendet werden. Bei diesem Symptomkomplex handelt es sich nicht um eine eigenständige psychiatrische Diagnose. Er ist weder in das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1998), dem amerikanischen Klassifikationssystem für psychiatrische Störungen aufgenommen worden, noch in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (Dilling & Freyberger, 2001) zu finden. Das Konstrukt wurde aufgrund von Beobachtungen in der Arbeit mit von kindlicher Traumatisierung Betroffenen herausgearbeitet und fand in verschiedenen Untersuchungen Bestätigung (Ford, 1999; Ford & Kidd, 1998; Plock & Hamann, 2004; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 1996; Zlotnick, Zakriski, Shea, Costello, Begin, Pearlstein & Simpson, 1996). Die komplexe PTSD ist umfassender als die „einfache“ Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und insgesamt eher auf eine langfristig persönlichkeitsverändernde Symptomatik, insbesondere den psychologischen Effekten nach belastenden Situationen orientiert.

Die vorliegende Arbeit setzt sich im theoretischen Teil mit Formen der chronischen Traumata in der Kindheit – insbesondere unter forensischen Gesichtspunkten – auseinander und äußert sich zur Epidemiologie und dem Forschungsstand zum Konstrukt der komplexen Posttraumatischen Belastungsstö-

rung. Anschließend erfolgt die Vorstellung der Studie zur komplexen PTSD bei forensischen Patienten.

Exkurs Maßregelvollzug

Dieser Exkurs soll eingefügt werden, um die Bedingungsbeziehungen zu verdeutlichen, unter denen ein Rechtsbrecher zum Maßregelpatient wird. Die Frage, wie man auf abweichendes, sozial schädliches Verhalten mit welcher Sanktion reagiert, stellt sich in jeder Gesellschaft. Wenn man die öffentliche Diskussion verfolgt, wird deutlich, dass derzeit an eine Strafe sehr hohe Erwartungen geknüpft sind. Strafe ist Sühne für eine Tat und sollte dabei die Sozial-schädlichkeit derselben wichten, dem Zweck der Besserung dienen und gleichzeitig auch andere – potentielle Täter – abschrecken. Das entscheidende Moment bei allen Aspekten ist, dass die Strafe eng mit der „Vorwerfbarkeit“ des delinquenten Verhaltens verknüpft ist (Volckart, 1999). Wenn jemand in einer Gesellschaft kriminelles Verhalten bewusst einsetzt, dabei das Risiko von Konsequenzen einkalkuliert und diese wissend in Kauf nimmt, macht eine Sanktion entsprechend des allgemeinen Strafkodex Sinn (Volckart, 1999; Klemm, 2003). Es gibt aber Straftäter, die zum Tatzeitpunkt aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung in ihrer Schuldfähigkeit eingeschränkt sind bzw. diese bei ihnen ganz aufgehoben ist. Nach derzeit geltendem Recht geht man davon aus, dass das bei krankhaften seelischen Störungen, bei tiefgreifenden Bewusstseinsstörungen oder bei Schwachsinn und anderer schwerer seelischer Abartigkeit gegeben ist. Die rechtliche Basis bilden die Paragraphen 20 und 21 des Strafgesetzbuches (StGB). Beide werden zum besseren Überblick nachfolgend dargestellt.

§ 20. Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinnns oder einer anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln.“

§ 21. Verminderte Schuldfähigkeit

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.“

Die eingeschränkte oder aufgehobene Schuldfähigkeit hat aber nicht zur Folge, dass sich eine Gesellschaft nicht auch vor diesen Straftätern schützen muss. Es bedarf eben anderer Sanktionen, die diesem Personenkreis gerecht werden. In unserer Gesellschaft gibt es dafür das Mittel der freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung (Kammeier, 2002; Rasch, 1995a; Volckart, 1999). Für suchtkranke Straftäter regelt der § 64 StGB die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Die anderen psychisch kranken Straftäter werden nach § 63 StGB in ein Psychiatrisches Krankenhaus der Forensischen Psychiatrie eingewiesen. Die Ziele der Unterbringung – die Besserung und Sicherung – wurden vom Gesetzgeber festgeschrieben. Es geht also zum einen um die Heilung bzw. Besserung des Patienten, aber auch andererseits um den Schutz der Allgemeinheit durch Sicherung dieser Personen, bis davon ausgegangen werden kann, dass keine Straftaten mehr von ihnen zu erwarten sind. Neben dem therapeutischen Anliegen existiert somit auch das Bedürfnis des Gesetzgebers, die Gesellschaft vor neuen Straftaten dieser Person zu bewahren (Dahle, 1995b). Da es sich bei der vorliegenden Stichprobe um nach § 63 StGB verur-

teilte Patienten handelt, sei der Paragraph an dieser Stelle zur besseren Übersicht aufgeführt und der § 64 StGB fortlaufend vernachlässigt.

§ 63. Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus

„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Taten ergibt, dass von ihm in Folge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.“

In der Umsetzung dieser Gesetze wird zunächst im Rahmen eines erkennenden Verfahrens die psychische Verfassung des Täters begutachtet. Es wird geprüft, ob zum Tatzeitpunkt die in den §§ 20 und 21 StGB beschriebenen Eingangsmerkmale zutreffen und dies ursächliche Auswirkungen auf die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit hat. Bei der Feststellung der Einsichtsfähigkeit wird untersucht, inwieweit die straffällig gewordene Person sich überhaupt als handelndes Wesen begreift, über gesellschaftlich relevantes Normwissen verfügt und das Unrecht der eigenen Handlung einsehen kann. Unter Steuerungsfähigkeit wird die Kompetenz verstanden, auf der Basis der Einsichtsfähigkeit das eigene Verhalten entsprechend regulieren zu können. Gegen eine Beeinträchtigung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit sprechen somit u.a. eine gezielte Tatvorbereitung, planmäßiges Vorgehen, komplexer, in Etappen gestalteter Handlungsablauf, Möglichkeit alternativen Verhaltens unter ähnlichen Umständen und die vorhandene Fähigkeit zu warten, also kontrolliertes Verhalten zu zeigen (Saß, 1987).

Kommt das Gericht im Strafverfahren zu der Erkenntnis, dass §§ 20 oder 21 StGB zutreffend sind, gilt die zu verhängende Maßregel als zeitlich unbefristet.

Das bedeutet aber nicht, dass die psychisch kranken Straftäter sich im recht-freien Raum befinden und/oder lebenslang „weggesperrt“ werden können. Es ist eine Überprüfungsfrist durch das Gericht von mindestens 6 Monaten bis zu einem Jahr im Gesetz verankert. Im Rahmen einer gerichtlichen Anhörung wird dann immer über den Fortlauf der weiteren Vollstreckung entschieden. Die da-für zuständige Strafvollstreckungskammer kann z.B. die weitere Vollstreckung dann zur Bewährung aussetzen, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte keine rechtswidrigen Taten mehr begeht (Kammeier, 2002). Aspekte betreffs der Deliktgeschichte, der prädeliktischen Persönlichkeit und des derzeitigen Therapiestandes finden Beachtung in der Bestimmung dieser sogenannten Kriminalprognose. Für die Reichweite der Maßregel gemäß § 63 StGB gilt ne-ben der Bestimmung einer positiven Kriminalprognose auch der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (Greuel, 1999; Dahle, 1995a; Dessecker, 1997). Dadurch wird verhindert, dass schwierige Personen schon bei geringfügigeren Straftaten zeitlich unbegrenzt untergebracht werden.

2. Kindliche Traumatisierungen

2.1. Formen der kindlichen Traumata

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wäre es einseitig und zu kurz gegriffen, forensische Patienten nur als Quelle von Gewalt zu sehen. Ein Großteil von ihnen war interpersonalem Traumas in der Kindheit ausgesetzt (Adams, 2003; Albrecht, 1997; Solomon & Heide, 1999). Die Bedeutung problematischer Erziehungsverhaltens einschließlich Misshandlungen durch Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen für Kinder und ihre Entwicklung ist unumstritten. Frühe Bindungserfahrungen sind persönlichkeitsbildend. Die Familie bietet den notwendigen Lern- und Schutzraum für die Entwicklung eines Kindes (Egle, Tiber, Hoffmann & Steffens, 1997; Fonagy, 1998; Kennerly, 2003; McFarlane & van der Kolk, 2000a). Kinder lernen über ihre Modelle – den Bezugspersonen – ihre Selbst- und Fremdsicht bzw. ihre Überzeugungssysteme (Kennerly, 2003). Die sich speziell mit dieser Problematik auseinandersetzende Bindungstheorie und deren Forschung zeigt auf, dass Kinder mit sicheren Bindungsverhältnissen in der frühen Kindheit ein kompetentes Selbst mit einer metakognitiven Steuerungsfähigkeit entwickeln können im Gegensatz zu Kindern mit unsicheren Bindungen (Fonagy, 1998). Zudem reagieren sie z.B. vermehrt mit Depressionen und Aggressionen im Vorschulalter und später in der Pubertät (Albani, Geyer, Kächele & Pokorny, 2003; Asendorf, 2004; Burton, Foy, Bwanansi, Johnson & Moore, 1991; Fonagy, 1998; Fricke & Reddemann, 2000; Renken et al. 1989; Troy & Sroufe, 1987). Das lässt den Schluss zu, dass Familienverhältnisse, in denen problematische Bindungen vorhanden sind als dysfunktional für die Entwicklung einer Persönlichkeit gewertet werden müssen.

Misshandlungen oder Vernachlässigung lassen genau auf diese problematischen Bedingungen schließen und sollen nun in den Focus rücken.

Misshandlungen können vielschichtig sein. Sie sind in der Hauptsache nicht auf eine isolierte, gewaltvolle Handlung reduziert, sondern umfassen ein Ensemble von beeinträchtigenden Verhaltensmustern durch Eltern oder andere Bezugspersonen gegenüber Schutzbefohlenen. In der Regel dauern sie über einen längeren Zeitraum an. Übergänge zwischen einzelnen Misshandlungen sind fließend. So wie es häufig keine isolierten Reaktionen sind, ist auch selten eine einzelne Missbrauchsform anzutreffen (Adams, 2003; Albrecht, 1997; Bernecker-Wolff, Hutz, Lauer, Nowotny, Thyen & Wolff, 2000; Dornes, 1997; Wetzel, 1977). Nach Bernecker-Wolff et al. (2000) ist Kindesmisshandlung "...ein Syndrom..., bei dem ein zielgerichtetes, aber auch ein ungewolltes Handeln bzw. Nichthandeln in konfliktreichen Beziehungsarrangements und schwierigen Lebensverhältnissen (d. h. in komplexen Situationen) zur Verletzung und Verstörung eines Kindes führen." (S. 29). Soziale Faktoren, die die Komplexität solcher Situationen mitbestimmen, können Wohnungsprobleme, niedrige sozioökonomische Basis, Trennung der Eltern oder andere partnerschaftliche Probleme und aber auch eine eigene Geschichte von Misshandlungen der Bezugspersonen sein (Bender & Lösel, 1997; Breslau & Davis, 1992; Fonagy, 1998; Huber, 2003; Resick, 2003; Shalev, 2000). Gerade Letzteres macht die Notwendigkeit der frühzeitigen Einflussnahme auf Prozesse des Modellernens bzw. des „cycle of violence“ deutlich.

Zur Auftrittshäufigkeit von kindlichen Traumata sei zunächst die Studie von Perkonig et al. (2000) genannt. Die Autoren ermittelten in der deutschen Allge-

meinbevölkerung eine Lebenszeitprävalenz für Traumatisierungen, zu der auch Misshandlungen in der Kindheit zählten bei Frauen von bis zu 16% und bei Männer bis zu 19%. Studien in der Population der Strafgefangenen zeigten dagegen eine deutlich höhere Auftrittswahrscheinlichkeit kindlicher Traumatisierungen von 41 – 98% in dieser spezifischen Population (Carrion & Steiner, 2000; Fondacaro, 1999; Widom & Weeks, 1998).

In der Literatur wird zwischen folgenden Formen unterschieden:

<i>Misshandlungen</i>	<i>Vernachlässigung/ Unterlassung</i>
- körperliche/ physische	- emotionale
- emotionale	- körperliche/ physische
- sexuelle	

Es gibt auch Anregungen, zwischen den Begrifflichkeiten Missbrauch und Miss- handlung, v.a. bei sexuellen Übergriffen inhaltlich zu unterscheiden (Remschmidt, 1989; Wipplinger & Amman, 1998). Von Misshandlungen soll bei Bedrohung oder anderen Gewaltanwendungen gesprochen werden. Der Begriff Missbrauch sollte dagegen gewählt werden, wenn diese ausbleiben. Da die Grenze doch eher fließend und wahrscheinlich aus der Sicht der Folgen für die Opfer schwierig zu quantifizieren ist, wird diese Differenzierung in der vorlie- genden Arbeit nicht aufgegriffen.

Unter physischen Misshandlungen wird eine häufige, nachhaltige körperliche Bestrafung verstanden (Dornes, 1997). Diese umfasst einen Schlag mit der Hand, Prügeln bis zum gewaltsamen Angriff mit Gegenständen wie Riemen, Stöcken oder Küchengegenständen bzw. Waffen. Physischer Missbrauch führt

somit zu keiner zufälligen körperlichen Verletzung beim Kind, die wiederum von Blutergüssen bis hin zu inneren Verletzungen, Knochenbrüchen oder Verbrennungen reichen können (Bernecker-Wolff et al., 2000). Die Autoren differenzieren zwischen gezielter Gewaltausübung, wie z. B. Disziplinierung bei Kontrollmaßnahmen und reaktiver Gewalttätigkeit, wie z.B. Kontrollverlust nach einer emotionalen Ausnahmesituation. Die Lebenszeitprävalenz einer physischen Misshandlung für die amerikanische Allgemeinbevölkerung lag nach Kessler et al. (1995) bei Männern um 3%, bei Frauen um 5%. Eine Studie in Großbritannien fand diese Misshandlungsform bei 12% aller Kinder als gegeben (Kennerly, 2000). Bei Psychatriepatienten lag sie schon deutlich höher bei 35% (Gast, 2001). In der Gruppe der Strafgefangenen liegt die Häufigkeit physischer Misshandlungen bei 41% (Burton et al., 1994) und in der Population der Maßregelpatienten zwischen 43 – 82% (Dimmek, 1997; Dudeck, 2000; Hämäläinen & Haapasalo, 1996; Liß, 2002).

Emotionale Misshandlungen sind häufige, nachhaltige emotionale Bestrafungen (Dornes, 1997). Bernecker-Wolff et al. (2000) sehen sie als Kern jeder einzelnen Missbrauchsform. Weiter heißt es hier: „Sie umfasst qualitativ und quantitativ ungeeignete und unzureichende, altersinadäquate Handlungen und Beziehungsformen und -verhältnisse von Sorgeberechtigten zu Kindern in der Form der Ablehnung, des Überforderns, des Herabsetzens, des Ängstigens und Terrorisierens, des Isolierens, des Korrumpierens, der Ausbeutung und der Verweigerung emotionaler Zuwendung und Unterstützung, wodurch das Bestreben eines Kindes, seine affektiven, kognitiven und moralischen Entwicklungsbedürfnisse zu befriedigen, in einem Maße eingeschränkt, frustriert und durchkreuzt wird, dass die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes beeinträchtigt und ge-

schädigt wird.“ (S.29). Dornes (1997) verdeutlicht explizit in diesem Zusammenhang vor allem den Aspekt des gegenseitigen Auspielens bzw. demonstrativen Vorziehens von Geschwistern. Buskotte (1992) verweist auf eine Häufigkeit von emotionalen Misshandlungen und Vernachlässigung bei Kindern von 10 – 15%.

„Sexuelle Misshandlung ist eine geltende Generationsschranken (unter Ausnutzung einer Macht- und Autoritätsposition) überschreitende sexuelle Aktivität eines Erwachsenen mit Minderjährigen in der Form (1) der Belästigung, (2) der Masturbation, (3) des oralen, analen oder genitalen Verkehrs oder (4) der sexuellen Nötigung, bzw. (5) der Vergewaltigung sowie (6) der sexuellen Ausbeutung durch Nötigung von Minderjährigen zu pornographischen Aktivitäten und Prostitution, wodurch die körperliche und seelische Entwicklung, die Unversehrtheit und Autonomie, die sexuelle Selbstbestimmung der Minderjährigen gefährdet und beeinträchtigt werden und die Gesamtpersönlichkeit nachhaltig gestört wird.“ (Bernecker-Wolff et al., 2000, S. 29). Die Auftrittswahrscheinlichkeit dieser Erfahrung liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 10 – 25% für Frauen und 2 – 8% für Männer (Engfer, 1997; Liß, 2001; Richter-Appelt, 1995). Bei einer Studie in Großbritannien gaben 11% der Kinder an, sexuell missbraucht zu werden. In der Population der Psychatriepatienten liegen die Angaben zur Prävalenz zwischen 18 – 75% (Egle, et al., 1997; Gast, 2001; Liß, 2001; Resch et al., 1998). Für die Gruppe der Strafgefangenen konnten Studien eine Häufigkeit von 40 – 50% ermitteln (Dixon et al., 1995; Fondacaro et al., 1999; Stein, 2000). Bei Maßregelpatienten fand Liß (2002) eine Prävalenz von 15%, Dimmek (1997) kommt dagegen auf 41%.

Bei körperlicher und emotionaler Vernachlässigung handelt es sich um eine deutliche und dauerhafte Nichtbeachtung der grundlegenden seelischen und körperlichen Bedürfnisse eines Kindes nach Nahrung, Sauberkeit, medizinischer Versorgung und affektiver Kommunikation (Bernecker-Wolff et al., 1997, Dornes, 1997; Engfer, 1997). Bei Bernecker-Wolff et al. (2000) heißt es ausführlicher: „Kindesvernachlässigung ist eine situative oder andauernde und wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns bzw. ein aus Not, eigener Vernachlässigungserfahrungen, aus Unkenntnis und Unfähigkeit entstandenes Unvermögen sorgeverantwortlicher Personen, die materiellen und seelischen Grundbedürfnisse eines Kindes zu befriedigen, es angemessen zu ernähren, zu pflegen, zu kleiden, zu beherbergen, vor äußeren und gesundheitlichen Gefahren zu schützen, es emotional und beziehungsmäßig, erzieherisch und schulisch zu fördern.“ (S.28). Nach Schätzungen sind auf dem Gebiet der Bundesrepublik ca. 10 – 15% der Kinder davon betroffen (Buskotte, 1992). Für die Population der Psychiatriepatienten geht Gast (2001) von einer Auftrittshäufigkeit von 46% aus. Bei Hämäläinen und Haapasalo (1996) finden sich Angaben zur Prävalenz bei Straftätern von 38 – 94%. Dimmek (1997) gibt in der Population der Maßregelpatienten eine Häufigkeit dieser Erfahrung von 41% an und Liß (2002) von 49%.

2.2. Kindliche Traumatisierungen unter forensischem Aspekt

Dass der traumatologische Ansatz für Straftäter Relevanz hat, zeigt sich in verschiedenen Studien (American Academy of Pediatrics, 2001; Bwanansi, Johnson & Moore, 1994; Stiels-Glenn, 2003; Tonolasaro & Holt, 1999). Untersu-

chungen von Frank (1993), Esser (1994) und Wolf (1994) wiesen nach, dass z.B. Vernachlässigung als eine Form der Misshandlung in der Kindheit für Dreiviertel aller Strafgefangenen eine Rolle gespielt hat (Burton et al. 1994; Carrion & Steiner, 2000; Engfer, 1997; Higgins & McCabe, 2000; Joraschky, 1997a; Solomon & Heide, 1999). Weeks und Widom (1998) kamen in einer anderen Studie zu dem Ergebnis, dass speziell Gewaltstraftäter signifikant häufiger einer emotionalen Vernachlässigung ausgesetzt waren als Nichtgewaltstraftäter. Dutton & Hart (1992) fanden in ihrer Untersuchung von männlichen Häftlingen heraus, dass diejenigen mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit dreimal häufiger in Gewalttaten im Erwachsenenalter verwickelt waren. Sie konnten zudem einen Zusammenhang zwischen physischen Misshandlungen und physischer Gewalt bzw. sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt aufzeigen. Andere Studien verweisen auch speziell bei der Population der forensischen Patienten auf die Bedeutung gerade kindlicher Traumatisierungen (Dudeck, 2000; Spitzer et al., 2000; Stiels-Glenn, 2003)

Solomon & Heide (1999) fanden in ihrer Arbeit mit Straftätern ein komplexes Störungsbild aufgrund kindlicher Misshandlungserfahrungen vor, das von massiven Somatisierungen über Selbstzerstörungstendenzen bis zu zwanghaftem Verhalten reicht. Sie regten daraufhin an, die wohl bekannteste Einteilung möglicher traumatischer Stressoren um eine weitere Kategorie für Straftäter zu erweitern. Es handelt sich dabei um die Einteilung nach Terr (1991) in Typ-I und Typ-II Trauma. Das Typ-I Trauma ist gekennzeichnet durch plötzlich auftretende Einzelereignisse (Schocktrauma) mit akuter Lebensgefahr wie Naturkatastrophen, Unfälle, technische Katastrophen und kriminelle Gewalttaten. Das Typ-II Trauma ist dagegen lang anhaltend. Es handelt sich um Serien von Ereignis-

sen, die unerwartet und lebensbedrohlich sind wie Geiselhaft, mehrfache Folter, Kriegsgefangenschaft, KZ-Haft, wiederholte körperliche Gewalt in Form von Kindesmisshandlungen, sexueller Missbrauch sowie wiederholte Vergewaltigung. Solomon und Heide (1999) spalten vom Typ-II Trauma nun die Ereignisse ab, die multipel und extrem gewaltvoll sind, in der frühen Kindheit beginnen und sich über einen langen Zeitraum hinziehen. Aber nicht nur die Komplexität der Störung, die diese Erfahrungen aus der Kindheit nach sich ziehen, sondern auch die Bewertung der Erfahrung durch die Betroffenen scheint dies notwendig zu machen. Gerade diese Patienten erinnern ihre Misshandlungen häufig nicht als traumatisches Ereignis. Sie beschreiben ihre Kindheit als gut und ihre Eltern als wunderbar bzw. sie offenbaren Misshandlungen als eine bei ihnen notwendige Erziehungsmaßnahme (Feldmann-Summers, 1998; Herman & Harvey, 1997; Stein & Lewis, 1992; Weeks & Widom, 1998).

3. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

3.1. Zur Entstehung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung

Herman (1992) führte das Konstrukt der „komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung“ ein, um ein charakteristisches Störungsbild nach chronischen interpersonellen Traumatisierungen zu beschreiben (Dickenson, de Gruy, Dickinson & Candib, 1998; Herman, 1992a,b, 1993; Resick, 2002; Sack, 2004; van der Kolk, 1998; Zlotnick et al., 1996). Das Symptombild basiert auf klinischen Beobachtungen und Erfahrungen in der Arbeit mit traumatisierten Personen. Es werden dabei 3 Symptomebenen hervorgehoben, auf die sich eine chronifizierte interpersonale Traumatisierung auswirkt (Butollo, Hagl & Krüsmann, 1999; Ide & Paez, 2000):

1. somatische Ebene (z.B. körperliche Beeinträchtigungen)
2. charakterliche Ebene (z.B. Beziehungsfähigkeit, Identitätsgefühl)
3. Verhaltensebene (z.B. wiederholte Viktimisierung)

Diese Beobachtungen wurde im Rahmen der Vorbereitung des amerikanischen Klassifikationssystems DSM-IV zur PTSD-Diagnose von einer Expertengruppe in einer Feldstudie zum Gegenstand gemacht und weiter verifiziert (Ford, 1999, Ford & Kidd, 1998; Herman, 1992a,b; Ide & Paez, 2000; Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan & Resick, 1997; Plock & Hamann, 2004; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 1997; Sack, 2004). Ihrem Vorschlag, es als diagnostische Kategorie DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) aufzunehmen, wurde nicht nachgekommen. Gründe hierfür vermutet Sack (2004) in der Überschneidung mit anderen Diagnosen wie

der „einfachen“ PTSD, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Dissoziativen Störungen. Schreuder (1999) sieht trotz Bestätigung der darin enthaltenen Langzeitwirkung keine Eigenständigkeit des Konstruktes. Die Forschungsergebnisse ließen nur den Schluss zu, dass die komplexe PTSD ausschließlich im Zusammenhang mit der PTSD existiert und ausschließlich die Erweiterung um eine dichte Beschreibung der psychologischen Folgen darstellt.

Aus diesem Grund wird sich zunächst den diagnostisch relevanten Merkmalen der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 zugewandt. Die Diagnosekriterien dieses Klassifikationssystems werden genutzt, da die Erfassung psychiatrischer Störungen in der Untersuchungsstichprobe ebenfalls nach ICD-10 erfolgt. Es sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Gleichgültigkeit gegenüber anderen Personen, Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können, sind ebenfalls vorhanden. Meist findet sich ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen. Mögliche langfristige Folgen werden ausgeklammert. Die ausführlichen Diagnosekriterien finden sich im Anhang (vgl. Abschnitt 8.A).

Die Lebenszeitprävalenz der PTSD liegt bei bis zu 10% (Becker & Maercker, 2002: 1 – 3%; Herpertz, Langkafel & Senf, 2004: 10%; Kessler et al., 1995: 7.8%; Perkonigg, Kessler, Storz & Wittchen, 2000: 1 – 2.2%; Steil & Ehlers, 1996: bis 9%; van der Kolk, Bessler & Suzuki, 1998: 10%). Alle Autoren verwei-

sen auf einen geschlechtsspezifischen Unterschied. Die Wahrscheinlichkeit an einer PTSD zu erkranken ist für eine Frau doppelt so hoch wie für einen Mann. Neben der Geschlechtsspezifität wird für die Etablierung dieses Störungsbildes auch eine Historie von Traumatisierungen als Risikofaktor diskutiert. So wurden beispielsweise PTSD-Erkrankungen bei Vietnam-Veteranen mit traumatischen Vorerfahrungen und Veteranen ohne Traumata in ihrer Vorgeschichte verglichen. In der ersten Gruppe litten zum Untersuchungszeitpunkt 26% an einer PTSD, während im Vergleich nur 6% der Vietnamveteranen ohne entsprechende Vorerfahrungen an einer PTSD erkrankt waren (Bremner, Southwick, Johnson, Yehuda & Charney, 1993; Dixon, Howie & Starling, 2005; Shalev, 2000). Diese Ergebnisse heben noch mal die Bedeutung früher Traumatisierungen bei der Entwicklung von Langzeitfolgen hervor.

Für die spezifischen Populationen wie forensischen Patienten oder Strafgefangenen weisen verschiedene Untersuchungen darauf hin, dass bei ihnen die Prävalenz einer „einfachen“ PTSD im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht ist (Burton et al., 1994; Dixon, Howie & Starling, 1995; Dudeck, 2002). Wenn also die komplexe PTSD eine Erweiterung der „einfachen“ PTSD darstellt, untermauert es die Sinnhaftigkeit, in dieser Population das Konstrukt zu untersuchen. Einen Überblick der bereits erwähnten Studien zur Prävalenz der PTSD gibt hierzu die nachfolgende Tabelle 3.1.1.

Tabelle 3.1.1.: Studien zur Prävalenz von PTSD

Studie	Population	Lebenszeit	Punkt
Burton et al., 1994	Männliche jugendliche Strafgefangene (n = 91)	-	24%
Dixon et al. (1995)	Weibliche jugendliche Täter (n = 100)	17%	20%
Dudeck (2001)	Maßregelpatienten (n = 53)	36%	17%

In Langzeitstudien zeigte sich, dass die PTSD nicht nur eine Akutreaktion auf das traumatische Ereignis ist, sondern in einen chronischen Verlauf übergehen kann (Ford & Kidd, 1998; Jongedijk, Carlier, Schreuder & Gersons, 1996; Newman, Orsillo, Herman, Niles & Litz, 1995). Nach DSM-IV (APA, 1994) geht man von einem solchen aus, wenn die Symptomatik länger als 3 Monate andauert (Hankin, 1997; Schreuer, 1999). Es gibt Belege für eine Chronifizierung bei verschiedenen Risikogruppen wie z.B. Kriegsveteranen. Hier sind Verläufe bis zu Jahrzehnten dokumentiert (Becker & Maerker, 2002; Ford & Kidd, 1998; Hankin, 1997; Jongedijk, Carter, Carlier & Schreuder, 1996; Newman et al., 1995, Shalev, 2000). Allerdings wird als ein Mangel der PTSD-Diagnose gerade bei diesen Langzeitreaktionen die unzureichend beschriebenen psychologischen Effekte bei den Betroffenen angegeben, was die Bedeutung eines eigenständigen Konstruktes untermauert (Butollo, Hagl & Krüsmann, 1999; Deneke, 1999; McFarlane & Yehuda, 2000; Roth et al., 1997; Sack, 2004; Streeck-Fischer, Sachsse & Özkan, 2001). Um dem wenigstens etwas zu genügen, wurde die komplexe PTSD zumindest unter „Zugehörige Merkmale und Störungen“ bei der Diagnose PTSD im DSM-IV assoziiert.

Im Klassifikationssystem der ICD-10 wurde aufgrund ähnlicher Überlegungen für psychische Langzeitfolgen nach Traumatisierungen die Diagnose der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung eingeführt (Driessen, Beblo, Reddemann, Rau, Lange, Silva, Berea, Wulff & Ratzka, 2002; Kühler & Stachetzki, 1999; Sack, 2004; Wöller et al., 2000). Als Extrembelastungen sind Aufenthalt im Konzentrationslager, Folter, Katastrophen und anhaltende lebensbedrohliche Situationen benannt. Die auslösende Situation ist somit eingegrenzt und Kindheitstraumata wie sexueller bzw. physischer Missbrauch und emotionale bzw. körperliche Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter, sofern diese nicht als eindeutige lebensbedrohliche Ereignisse beschrieben werden, entsprechen demzufolge nicht dem vorgegebenen ätiologischen Moment. Sack (2004) geht sogar davon aus, dass sich diese Diagnose ausschließlich auf die Folgen von Extrembelastungen im Erwachsenenalter bezieht. Durch diese Einschränkung findet diese Diagnose wahrscheinlich wenig Beachtung (Sack, 2004) und eine empirische Überprüfung der Kategorie erfolgte bisher nicht (Driessen et al., 2002; Schreuder, 1999). Trotzdem eröffnet die Aufnahme dieser Diagnose in die ICD-10 den Blick auf eine klassifizierbare dauerhafte Persönlichkeitsänderung durch traumatisierende Lebensereignisse. Bisher ist die diagnostische Praxis eher so, dass andauernde, inadäquate und starre Verhaltensmuster bei Betroffenen über komorbide Persönlichkeitsstörungen abgebildet werden (Herman, 1992, 1993; Resick, 2003). Auf den ersten Blick erscheint diese Verfahrensweise als ausreichend. Das Problem liegt jedoch darin, dass mit dem eventuellen Ausbleiben des PTSD-Vollbildes ein direkter Bezug zur Traumatisierung verloren geht, was durchaus therapeutische Bedeutung hat. Es erfolgt möglicherweise eine Stigmatisierung auf eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur ohne lerngeschichtliche Zusammenhänge. Zudem kann die Diag-

nose der Persönlichkeitsstörung erst im Laufe des Erwachsenenalters sicher gestellt werden, was bei kindlichen Traumata eine weitere Schwierigkeit darstellt (Sack, 2004).

3.2. Symptombild der cPTSD

Im Überblick beinhaltet die komplexe PTSD folgende Kategorien (Herman, 1992, 1993; McFarlane & Weisaeth, 2000; Pelcovitz et al., 1997; van der Kolk, 1998; van der Kolk, 2000a):

A) Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus

- Chronische Affektdysregulation
- Schwierigkeiten, Ärger zu modulieren
- Selbstdestruktives und suizidales Verhalten
- Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit
- Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen

B) Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins

- Amnesie
- Dissoziation

C) Somatisierung

D) Chronische Persönlichkeitsveränderungen

- Änderungen in der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle
- Selbstvorwürfe, Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden

- Änderungen in der Wahrnehmung des Schädigers: verzerrte Sichtweisen und Idealisierungen des Schädigers
- Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen (beispielsweise Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten; Tendenz, erneut Opfer zu werden bzw. andere zum Opfer zu machen)

E) Veränderungen in Bedeutungssystemen

- Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen

Störung der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus: Kinder lernen die Steuerung ihrer Affekte durch die regulierend eingreifenden Reaktionen ihrer Bezugspersonen. Misshandelte oder vernachlässigte Kinder zeigen hier deutliche Störungen. Sie tendieren entweder zu aggressiv-ausagierendem oder zu unterwürfig-ängstlichem Verhalten (van der Kolk, 2000a). Es fehlt ein regulierender Spiel- und Lernraum durch instabile Familienverhältnisse. Sie können durch fehlende Modelle und für sie unkontrollierbare Situationen nicht lernen, ihre Affekte zu beherrschen. Sie neigen zu einer ständigen Übererregung (van der Kolk, 2000a) und können sich selbst nicht beruhigen. Auffallend ist, dass gerade aggressive, aber auch autoaggressive Impulse bei traumatisierten Personen eine große Rolle spielen. So gelingt es ihnen wahrscheinlich, ihre Affekte überhaupt unter Kontrolle zu bringen (Eckardt-Henn, 2005; Sachsse, 1997; Spitzer, Effler & Freyberger, 2000; van der Kolk, 2000a). Als ein Beispiel für autoaggressive Verhaltensmuster seien suizidale Handlungen aufgeführt. Mullen (1993) konnte nachweisen, dass Suizidhandlungen bei Betroffenen von sexuellem Missbrauch vor dem 16. Lebensjahr 3.2 mal häufiger sind als bei Nichtbe-

troffenen dieser Altersgruppe. Dass Misshandlungen, insbesondere sexuelle Übergriffe, auch langfristige Auswirkungen auf das Erleben von körperlicher Nähe, Berührungen durch andere Menschen und somit der sexuellen Bedürfnisbefriedigung haben, ist naheliegend. Betroffene haben Schwierigkeiten in ihrer Hingabefähigkeit, nicht zuletzt, weil sie auch harmlose oder lustbetonte Reize als bedrohlich bewerten (Fuckert, 1999; Herman, 1993; Mullen, 1998; Shalev, 2000; van der Kolk, 2000a).

Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins: Dissoziative Symptome und Störungen gelten als ein mögliches Reaktionsmuster auf Traumatisierungen (Carrion & Steiner, 2000; Eckhardt-Henn, 2005; Herman, 1992, 1993; Kapfhammer, 2001; Liß, 2002; Shields & Cicchetti, 1998; van der Kolk, 2000a; Wöller, 2005; Wöller, Siol & Liebermann, 2001). Zu den in der komplexen PTSD subsumierten dissoziativen Symptomen gehört die dissoziative Amnesie und die Depersonalisation. Unter Dissoziative Amnesie wird die episodische Unfähigkeit, persönliche Informationen abzurufen, verstanden. Bei der Depersonalisation hat der Betroffene das Gefühl, sich und seine Umgebung als unwirklich zu erleben (Liß, 2002; Wöller et al., 2000). In der Arbeit mit traumatisierten Patienten wurde beobachtet, dass diese sich häufig nicht an Teile ihres Lebens erinnern konnten, sie Schwierigkeiten hatten, ihren Alltag zu organisieren, sich häufig aus der Realität „wegdachten“, wenn sie unter Anspannung litten und sich insgesamt unreal wie in einem Traum erlebten. Sie berichteten, dass sie das Gefühl hätten, als ob mehrere Personen in ihnen seien und Einfluss auf ihr Verhalten nehmen (Feldman-Summers, 1998; Herman, 1992a,b, 1993; Herman & Harvey, 1997; Sack, 2004; Stein & Lewis, 1992; van der Kolk, 2000a). Man konnte diese Phänomene auch bei Kindern beobachten (Pynoos, Steinberg &

Goenjian, 2000). Sie konnten so schmerzliches Empfinden ausblenden und sich das Gefühl geben, dass das, was passiert, nicht ihnen passiert. Die betroffenen Kinder können damit der körperlichen Bedrohung und der seelischen Demütigung begegnen. Dissoziation ist durchaus eine Form der Traumabewältigung, die im peritraumatischen Bereich für die betroffene Person sinnvoll, auf lange Sicht aber für eine adäquate Bewältigung wenig hilfreich ist (Morgenstern, Spitzer & Freyberger, 2005; Teegen, 1998). In diesem Zusammenhang steht das bereits diskutierte destruktive und suizidale bzw. parasuizidale Verhalten einer Person. Es stellt ein Antidissoziativum dar. Personen, die zu solchen Mustern greifen, bekommen das Gefühl, wieder etwas zu spüren und real zu sein (Liß, 2002; Sachsse, Esslinger & Schilling, 2004; Spitzer, Effler & Freyberger, 2000).

Somatisierung: Ein enger Zusammenhang zwischen Trauma und Somatisierung wird ebenfalls angenommen (Hennigsen & Jacobsen, 2002; Hessel, Geyer, Schumacher & Brähler, 2003; Hoffmann, Egle, Tiber & Joraschky, 1997; Naumann-Lenzen, 1998; North, 2002; Tagay et al., 2004; van der Kolk, 2000a; Zimmermann, Hahne, Biesold & Lanczik, 2005). Bei diesem Symptombereich geht es um somatoforme Beschwerden ohne eine körperliche Erkrankung und um hypochondrische Ängste. Ein Erklärungsansatz für diese Störungen bei Traumatisierten wäre, dass speziell misshandelten/ vernachlässigten Kindern Worte fehlen, um ihre Gefühlslagen zu beschreiben und sie diese daher über eine körperliche Symptomatik zum Ausdruck bringen (van der Kolk, 2000a). Ein anderer ist, dass die Kontrolle über die Außenwelt verloren ging und dies zu einer erhöhten Orientierung auf den eigenen Körper führt (Hessel et al., 2003). Auf einen weiteren Aspekt verweisen Spitzer & Barnow (2005). Wenn die Betroffenen einen Arzt aufsuchen, führt die Zuwendung, die sie durch ihn erfahren,

zu einem Lerneffekt. Sie erleben nicht nur, dass sich so die Leere ihres Tages füllt, sondern auch ihre Ängste und innere Anspannung sich reduzieren, wenn ihnen versichert wird, dass sie nichts haben. Sie werden aufgrund dessen diese Situation immer wieder herbeiführen.

Chronische Persönlichkeitsveränderungen: Ein wichtiger Punkt sind hier die anhaltenden Schuldgefühle. Traumatisierte fühlen sich häufig wegen aller möglichen Situationen und Reaktionen schuldig. Die Ursache sieht van der Kolk (2000a) darin, dass sie zum Zeitpunkt der Misshandlung auf einer Entwicklungsstufe waren, in der sie noch nicht die Fähigkeit besaßen, Verantwortung richtig zuzuschreiben. Sie verbinden dann jede kommende Situation, in der sie ein Gefühl von Kontrollverlust wahrnehmen, mit Schuldgefühlen. Es könnte sich eine erlernte Hilflosigkeit anschließen. Wenn sie ihre Traumatisierung als immer wiederkehrend, selbst verschuldet und unkontrollierbar attribuieren, ist das eine Bewertung, die, sofern die Betroffenen sie auf andere Bereiche übertragen, kein Gefühl mehr von Kontrolle über alle Lebensbereiche vermittelt. Sie werden auf neue, belastende Situationen immer wieder mit Hilflosigkeit reagieren (Franke, 1997; Heller, Larrieu, D'Imperio & Boris, 1999; Huber, 2003; Resick, 2003).

Zu diesen chronischen Veränderungen zählt auch die verzerrte Sichtweise auf den Täter. Misshandelte bzw. vernachlässigte Kinder entwickeln zu ihren Peinigern eine enge emotionale Bindung (Herman, 1993; Naumann-Lenzen, 1998; van der Kolk, 2000a). Sie klammern sich nahezu an diese Bezugspersonen. Dieses Phänomen wird in der Literatur als das „Stockholm-Syndrom“ beschrieben. Erwachsene Geiseln sind unter anderem sogar bereit gewesen, sexuelle Beziehungen zu ihren Peinigern einzugehen (van der Kolk, 2000a). Der Symptomkomplex der komplexen PTSD hat gerade an dieser Stelle eine Modifizie-

rung durch Pelcovitz et al. (1997) erfahren. Die verzerrte Wahrnehmung des Täters wurde herausgelöst, denn verschiedene Studien – u.a. die DSM-IV Feldstudie – ergaben, dass dieser Punkt im Rahmen des Konstruktes eine zu vernachlässigende Relevanz hat (Jongedijk et al. 1996; Pelcovitz et al., 1997; Sack, 2004; Teegen & Schriefer, 2002).

Veränderungen in Bedeutungssystemen: Durch Traumatisierungen kommt es zu einer Unterbrechung der persönlichen Erfahrung und existentielle Grundannahmen des Menschen werden zerstört. Er wird u.a. mit der Wahrheit konfrontiert, dass das reale Leben sein Gefühl in die eigene Unverletzlichkeit beschädigen kann (Liß, 2002; Turner, 2000; Teegen, 2002). Janoff und Bulmann (1992) fanden in einer Studie drei fundamentale Grundannahmen des Menschen bezüglich seines Selbst und der Welt: „(1) Wohlwollen der Welt; (2) Sinnhaftigkeit der Welt; (3) Die eigene Person ist wertvoll.“ Wenn nun für einen Betroffenen sowohl das „Wohlwollen“ und die „Sinnhaftigkeit“ der Welt in Frage gestellt ist als auch die erlebte Grenzüberschreitung zu dem Schluss führt, die Person ist nicht so wertvoll, als dass sie geschützt wird, muss das zu existentiellen Veränderungen im Wertesystem führen (Becker & Maerker, 2002; Joraschky, 1997b; Resick, 2003; van der Kolk, 2000a,b). Es liegt nahe, dass alle bis dahin erworbenen Lebensüberzeugungen und Werte infrage gestellt sind. Zudem dürfte es extrem schwer fallen, neue Perspektiven zu finden.

3.3. Forschungsstand zur komplexen PTSD

Wenngleich Schreuder (1999) Zweifel an dem Konstrukt der komplexen PTSD äußert, konnte die externe Validität des Syndroms durch Studien bei verschiedensten Populationen nachgewiesen werden.

Newman et al. (1995) untersuchten 10 Kriegsveteranen zum Konstrukt und konnten aufzeigen, dass die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung für diese – wenn auch sehr kleine – Stichprobe von Bedeutung ist. Alle Veteranen zeigten u.a. Probleme in der Affektregulation und hatten Amnesien bezüglich wichtiger Lebensereignisse. Sie gaben an, Lebensinhalt und Zukunftsperspektiven verloren zu haben und niemandem vertrauen zu können. Auch ständige Grenzüberschreitungen durch andere gehörten zu ihren typischen Lebensmustern. Die Autoren machen deutlich, dass gerade diese psychologischen Effekte unter der Diagnose der PTSD nicht erfasst werden, aber offensichtlich große Bedeutung haben.

Jongedijk et al. (1996) eruierten die Bedeutung dieses Konstruktes ebenfalls bei Kriegsveteranen und überprüften gleichzeitig die Häufigkeit der „einfachen“ PTSD. Dabei fanden sie folgende Verteilung: 67% der Untersuchten erfüllten die Kriterien einer PTSD. 15 Teilnehmer (71%) zeigten mindestens vier Symptombereiche der komplexen PTSD und 10 (48%) erfüllten mindestens fünf Bereiche des Konstruktes. Ein vollständiges DESNOS-Bild zeigte sich bei acht Teilnehmern (38%). Allerdings trat der Symptomkomplex nicht unabhängig von einer PTSD auf.

Zlotnick et al. (1996) befragten 108 Frauen, von denen 74 einen sexuellen Missbrauch und 39 (52%) zusätzlich noch körperlichen Misshandlungen ausgesetzt waren. Von den 34 Frauen ohne sexuelle Missbrauchserfahrung hatten allerdings 11% physische Misshandlungen erfahren. Das Ergebnis zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen der sexuellen Missbrauchserfahrung und dem Symptomkomplex DESNOS, der nicht über ein strukturiertes Interview sondern über alternative, den Kategorien entsprechenden Einzelverfahren erfasst wurde, auf. Alle missbrauchten Frauen offenbarten Somatisierungssymptome, Dissoziation, Angst, eine grundsätzliche Feindseligkeit und andere negative Schemata und nicht zuletzt soziale Dysfunktionen. Zudem neigten sie zur Selbstzerstörung und Viktimisierung auch im Erwachsenenalter. Die Autoren werteten dieses Ergebnis als deutlichen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und DESNOS. Die Komorbidität zur PTSD wurde in dieser Studie nicht geprüft.

Roth und Kollegen (1997) untersuchten 234 Probanden mit sexuellen und/oder physischen Missbrauchserfahrungen. Die genaue Verteilung in der Stichprobe war wie folgt:

- 128 (56%) der Probanden hatten einen sexuellen Missbrauch erlebt;
- 67 (28%) der Probanden hatten eine körperliche Misshandlung erlebt;
- 39 (16%) der Probanden hatten beide Traumatisierungen erfahren.

Die Ergebnisse zur komplexen PTSD lassen sich nach Roth et al. (1997) wie folgt darstellen:

Tabelle 3.3.1.: Darstellung der Studienergebnisse nach Roth et al. (1997)

Trauma	Komplexe PTSD und PTSD		Nur PTSD		Nur komplexe PTSD		Keine der Diagnosen	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexueller Missbrauch	68	53	26	20	1	1	33	26
Körperliche Misshandlungen	16	24	14	21	2	3	35	52
Sexuelle und körperliche Misshandlungen	29	74	5	13	2	3	3	8
Total	113		45		5		71	

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sexueller Missbrauch, speziell in Kombination mit körperlichen Misshandlungen ein erhöhtes Risiko darstellt, an einer komplexen PTSD in Komorbidität mit PTSD zu erkranken. Die Autoren kommen zu der Schlussfolgerung, dass dieses Konstrukt die psychischen Folgen der von Missbrauch Betroffenen deutlich besser beschreibt als die Diagnose der PTSD alleine oder andere traumaspezifischer Störungsbilder.

Die Gruppe um Dickinson (1998) konnte in ihrer Untersuchung ebenfalls die Konstruktvalidität der komplexen PTSD nachweisen. Die Probanden waren 99 Frauen mit der Erfahrung eines sexuellen Missbrauchs in der Kindheit. Nach einer Clusteranalyse konnten sie bei 10 Teilnehmerinnen ein hohes Niveau von Somatisierung, Dissoziation, Depression und PTSD-Symptomatik finden. Es zeigte sich zudem, dass diese Frauen neben Kindesmissbrauch auch signifikant häufiger physischen Misshandlungen ausgesetzt waren.

Weine, Becker, Vojvoda, Hodzic, Sawyer, Hyman, Laub und McGlashan (1998) untersuchten bosnische Überlebende des Genozids. Keine der 24 Personen (12 Männer und 12 Frauen) erfüllten die Kategorien der komplexen PTSD. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass das Konstrukt DESNOS für diese Gruppe nicht trägt. Die personalen Veränderungen sind in diesem Fall andere, was möglicherweise auf das auslösende Ereignis zurückzuführen ist. Es handelt sich dabei um eine Erwachsenenenerfahrung durch den Genozid und nicht um chronifizierte, frühe Traumata.

Ford und Kidd (1998) untersuchten 74 Kriegsveteranen, bei denen ein chronischer Verlauf der PTSD vorlag. Die Untersuchung zeigte, dass 57% an einer komplexen PTSD litten. Ein großer Teil dieser Patienten (74%) hatte neben den Schrecken des Krieges auch Kindheitstraumata erlebt. Bei 26% führten allein die Kriegserlebnisse zu DESNOS. Gleichzeitig wurde bei dieser Stichprobe deutlich, dass mit einem Vorliegen der Symptomatik die Wahrscheinlichkeit von Verhaltensänderung im therapeutischen Setting sinkt. Dies untermauert die Bedeutung einer entsprechenden Diagnostik dieses Konstruktes für die Therapie.

Ford (1999) gelang es, die komplexe PTSD unabhängig von einer „einfachen“ PTSD relevant nachzuweisen. Er untersuchte 74 Kriegsveteranen und kam zu folgender Diagnoseverteilung:

- 26% hatten eine PTSD,
- 26% hatten eine komplexe PTSD,
- 31% hatten sowohl eine PTSD als auch eine komplexe PTSD
- 13% hatten keine der beiden Diagnosen.

Das Konstrukt war assoziiert mit frühen Kindheitstraumata und der häufigen Inanspruchnahme professioneller Hilfen. Dies unterstützt die These von Ford und Kidd (1998), dass DESNOS Patienten extrem starre Verhaltensmuster aufweisen, die eine Verhaltensänderung im therapeutischen Sinne schwierig macht und zur Hospitalisierung der Patienten führen kann.

Teegen und Schriefer (2002) untersuchten die Folgeschäden von Gewalterfahrungen in Ehe- und Partnerschaften an 71 Frauen. Bei 58% wurde eine PTSD festgestellt und bei 27% das Beschwerdebild einer komplexen PTSD, überwiegend (bis auf eine Teilnehmerin) in Komorbidität mit der PTSD. Die Kategorien des Konstruktes waren durch die Gesamtstichprobe wie folgt verteilt: 90% der Probandinnen litten unter Störung ihrer Beziehungsfähigkeit, 87% unter negativen Veränderungen bezüglich ihrer Wertorientierungen und 70% unter multiplen, somatoformen Beschwerden sowie dissoziativen Störungen. Frauen mit einer komplexen PTSD berichteten im Gegensatz zu den Frauen ohne signifikant häufiger über Viktimisierungserfahrungen bereits in ihrer Kindheit.

Teegen und Vogt (2002) interessierten sich für die bleibenden körperlichen Folgeschäden und für das Symptombild der PTSD bei Überlebenden von Folter und bezogen dabei das Beschwerdebild der PTSD ein. Es beteiligten sich 33 Personen (76% Männer). Die Autoren fanden bei 94% eine PTSD und 2/3 zeigten daneben auch die Symptomatik der komplexen PTSD.

McLean und Gallop (2003) bestimmten die Häufigkeit von komplexer PTSD und Borderline-Persönlichkeitsstörung und unterschieden zwischen Frauen mit einer frühen und späten Missbrauchserfahrung. Sie stellten fest, dass vor allem

Frauen, die diese Erfahrung zu einem frühen Zeitpunkt machen mussten, signifikant häufiger (94.7% vs. 0%) beide Beschwerdebilder ausbildeten. Als Ursache wird angenommen, dass frühe Missbrauchserfahrungen häufiger Inzest sind, durch frühen Beginn länger in der Lebensgeschichte anhalten und somit deutlich risikohafter für Spätfolgen sind. Sie zeigten eine grundsätzliche Überlappung der Störungsbilder, was erneut Fragen zur konzeptionellen Überschneidung beider Symptomkomplexe aufwirft.

Plock und Hamann (2004) untersuchten die Bedeutung von Traumata für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und ermittelten gleichzeitig die Bedingungen für das Auftreten einer komplexen PTSD bei dieser Personengruppe. Das Vollbild dieser Störung zeigten 31.4% der Borderline Patienten, subsyndromal fand sich das Konstrukt bei weiteren 21.6% der Stichprobe. Als statistisch relevant erwies sich dabei das Vorhandensein eines Typ-II Traumas und im Rahmen intrapersonaler Faktoren die Neigung zu einer hohen Schadensvermeidung. In der Untersuchung kam es zur Doppeldiagnose bei 51.7% der Typ-II und nur 8.3% der Typ-I Traumatisierten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Studien zur komplexen PTSD eine hohe Konstruktvalidität bestätigen konnten (Allen, Coyne & Huntoon, 1998; Ide & Paez, 2000; Pelcovitz et al., 1997). Der Symptomkomplex ist in spezifischen Populationen überprüft worden, so z.B. bei von sexuellen und/oder physischen Misshandlungen Betroffenen (Dickinson et al., 1998; McLean & Gallop, 2003; Roth et al., 1997; Zlotnick et al., 1996), bei Kriegsveteranen (Ford, 1999; Ford & Kidd, 1998; Jongedijk et al., 1996; Newman et al., 1995), bei Überlebenden von Folter (Teegen & Vogt, 2002) und nicht zuletzt bei Frauen mit Ge-

walterfahrungen in der Beziehung (Teegen & Schriefer, 2002). Alle Studien bestätigen die Hypothese, dass chronische Traumatisierungen zu dem komplexen Bild DESNOS führen können. Auffallend und von sowohl diagnostischer als auch therapeutischer Bedeutung ist, dass es sich dabei um besonders starre Reaktionsmuster handelt und die Betroffenen zur Hospitalisierung neigen (Ford, 1999; Ford & Kidd, 1998). Eine relevante Eigenständigkeit dieses Symptomkomplexes konnte allerdings erst eine Studie (Ford, 1999) aufzeigen. Ansonsten zeigte sich v.a. eine Überlappung mit der PTSD (Jongedijk et al 1996; Roth et al., 1997; Teegen & Schriefer, 2002; Teegen & Vogt, 2002) oder mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (McLean & Gallop, 2003). Einig sind sich die Autoren jedoch darin, dass dieses Konstrukt die psychologischen Effekte nach chronischer Traumatisierungen deutlich besser beschreibt als die „einfache“ PTSD

Sack (2004) weist noch darauf hin, dass einige Symptombereiche, die auch häufig bei Traumatisierten auftreten, von der Arbeitsgruppe um Herman nicht in das Konstrukt aufgenommen wurden. Dazu zählen Suchtmittelmissbrauch bzw. Abhängigkeitserkrankungen. Ob sie als komorbide Störungen anzusehen sind oder Eingang in diesen Symptomkomplex finden sollten, wird derzeit diskutiert (Luxenberg, Spinazzola & van der Kolk, 2001; Ross, 2000; Sack, 2004). Viele Studien belegen durchaus einen engen Zusammenhang (Brady et al., 2000; Brooke, 1993; Deykin & Buka, 1997; Dixon et al., 2005; Fondacaro, Holl & Powell, 1999; McFarlane, 2000; Schützwohl, 2000; van der Kolk, 2000a). Resick (2003) erklärt sich die Assoziation von komplexer PTSD und Substanzkonsum damit, dass die Betroffenen so versuchen, das Erlebte zu vergessen und ihre Symptome im Sinne einer Selbstmedikation zu lindern. Drogen, insbesondere

Heroin, aber auch Alkohol haben durchaus eine dämpfende Wirkung auf Aggression und Furcht und können helfen, Schlaflosigkeit oder Alpträume vorübergehend zu begegnen (van der Kolk, 2000a,b).

3.4. Schlussfolgerungen für die Studie

Der Zusammenhang zwischen Traumatisierung, insbesondere chronischen Traumata in der Kindheit und komplexer PTSD wurde dargelegt. Bei forensischen Patienten, obwohl eine Population mit häufigen Kindheitstraumatisierungen, ist dieses Konstrukt noch nicht empirisch untersucht worden. Die vorgelegte Studie beschäftigt sich daher explorativ mit folgenden Hypothesen und Fragestellungen:

- Forensische Patienten haben überdurchschnittlich häufig chronifizierte Traumata erlebt.
- Das Symptombild der komplexen PTSD/ DESNOS lässt sich bei forensischen Patienten häufig nachweisen.
- Bei Patienten mit komplexer PTSD sind chronifizierte Traumata signifikant häufiger als bei Patienten ohne.
- Lassen sich Zusammenhänge zwischen komplexer PTSD und
 - spezifischen kindlichen Traumatisierungen und Erziehungsverhalten,
 - soziodemografischen und forensisch-psychiatrischen Daten,
 - psychiatrischen Störungen, insbesondere der PTSD und spezieller Psychopathologie sowie
 - Persönlichkeitsmerkmalen und interpersonalen Problemen aufzeigen?

4. Methodik

4.1. Planung und Durchführung

Bei der hier vorgelegten Studie handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung von Patienten der Klinik für Forensische Psychiatrie des HANSE-Klinikums Stralsund. Sie sind vermindert schuldfähige Straftäter, die nach einem erkennenden Verfahren entweder in die Psychiatrie eingewiesen oder bei denen die Einweisung unter Beauftragung einer ambulanten Therapie ausgesetzt worden ist.

Bei der Datenerhebung kamen verschiedene Methoden zum Einsatz. Über Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen und einer Expertenbefragung wurden alle notwendigen Daten anonymisiert von September 2004 bis Mai 2005 erfasst.

Zunächst wurden die Probanden persönlich über Inhalt und Verlauf der Untersuchung informiert. Es gab zwei umfangreichere Interviews, die in je einer Sitzung durchgeführt wurden. Zum einen war es das Verfahren zur Erfassung der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung und zum anderen handelte es sich um ein Instrument zur Erfassung der psychischen Störungen nach ICD-10 (DIA-X). Zudem bekamen die Teilnehmer eine Mappe mit den Selbstbeurteilungsverfahren in folgender Reihenfolge ausgehändigt:

- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
- Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE)
- Die Symptomcheckliste von Derogatis (SCL-90)
- Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)
- Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)

- Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP)
- 16-Persönlichkeits-Faktoren-Test (PF-R).

Eine genaue Vorstellung der einzelnen Instrumente erfolgt unter Punkt 4.2.

Die allgemeinen forensisch-psychiatrischen Daten wurden mit Hilfe einer Expertenbefragung (Bezugstherapeut des jeweiligen Patienten) und nach Aktenlage entsprechend eines Erhebungsbogens für Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten (Schalast, 2003) erfasst. Zudem fand eine Fremdeinschätzung zur Auftrittswahrscheinlichkeit von kindlichen Traumatisierungen statt.

Für die Stichprobe galten folgende Einschlusskriterien:

- psychisch kranke Straftäter (in einem Verfahren musste eine verminderte Schuldfähigkeit oder die Aufhebung derselben festgestellt worden sein)
- Mindestalter: 18 Jahre
- freiwillige Teilnahme in Absprache mit dem Bezugstherapeuten
- keine Belohnung oder andere Konsequenzen für die Probanden

Folgende Ausschlusskriterien wurden festgelegt:

- Intelligenzminderung ($IQ \leq 70$); bei Grenzfällen wurde entsprechend der kognitiven Fähigkeiten über Teilnahme entschieden und alle Fragebögen im Interviewverfahren durchgeführt ($n = 5$).
- psychisch kranke Straftäter mit der Einweisungsdiagnose einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung nach ICD-10

4.2. Erhebungsinstrumente

Im folgenden Abschnitt werden die angewandten Verfahren in der Reihenfolge vorgestellt, wie sie den Patienten in der Untersuchung vorgelegt wurden:

Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung

Diagnostisches Anliegen: Dieses Interview von Sack & Hoffmann (2001) beruht auf dem amerikanischen SIDES (Structured Interview for Disorder of Extreme Stress; Pelcovitz et al, 1997). Die Items des Verfahrens orientieren sich an den Kriterien der komplexen PTBS und erfassen sowohl die aktuelle als auch die Lebenszeitdiagnose. Die Kriterien einschließlich zugehörige Itemzahl lauten:

- I Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen mit 16 Items
- II Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins mit fünf Items
- III Störungen der Selbstwahrnehmung mit sechs Items
- IV Störungen der Beziehung zu anderen Menschen mit fünf Items
- V Somatisierung mit drei Items
- VI Veränderungen der Lebenseinstellungen mit fünf Items

Die Auswertung erfolgte durch einfaches Auszählen der Items entsprechend der Kriterien. Sind alle Störungsbereiche beim Probanden vorhanden, geht man vom Vorliegen einer komplexen PTBS.

Reliabilität: Die inneren Konsistenzen (Cronbachs α) der einzelnen Skalen liegt zwischen .57 und .71. Für den Gesamttest liegt sie bei $\alpha = .96$.

Validität: Es konnte in verschiedenen Untersuchungen (Ford, 1999; Ford & Kidd, 1998; Ide & Paez, 2000; Newman et al., 1995; Pelcovitz et al., 1997; Roth et al., 1997; Zlotnick et al., 1996) eine Konstruktvalidität nachgewiesen werden. So fanden sich hohe Korrelationen zwischen komplexer PTSD und den Frage-

bögen zu somatoformen Symptomen, dissoziativen Symptomen, Angst und andere Störungen der Affektregulationen.

Interview des Diagnostischen Expertensystems für psychische Störungen (DIA-X)

Diagnostisches Anliegen: Es handelt sich bei diesem Verfahren von Wittchen & Pfister (1997) um ein Diagnosesystem für häufige psychische Störungen des Jugend- und Erwachsenenalters. Die Originalversion des Composite International Diagnostic Interview (CIDI) ist dabei erheblich überarbeitet und erweitert worden (Wittchen & Pfister, 1997). Das DIA-X beinhaltet die Definitionen und Kriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 sowohl lebenszeitbezogen als auch querschnittsgefasst für 12 Monate. Ausgeklammert sind dabei psychische und Verhaltensstörung des Kinder- und Jugendalters und die Persönlichkeitsstörungen.

Beim DIA-X handelt es sich um ein vollstandardisiertes und modular aufgebautes Interview. Es besteht aus 16 Einheiten: A - Demografie; B - Störungen durch Tabak; C - Somatoforme und Dissoziative Störungen; D - Phobien und Angststörungen; E - Depressive Störungen; F - Manie und bipolare affektive Störungen; G - Schizophrenie und andere psychotische Störungen; H - Essstörungen; I - Störungen durch Alkohol; K - Zwangsstörungen; L - Drogenmissbrauch; M - Organisch bedingte Psychosen; N - Posttraumatische Belastungsstörung; P - Interviewbeobachtung; Q - Abschlussfragen und Fragebögen; X - Interviewbeurteilung.

Reliabilität: Es sind durchgängig hohe Interraterreliabilitäten von .81 – 1.00 vorhanden, ebenso für die einzelnen Diagnosen (.82 bis .98). Die Retest-Reliabilitäten für die Diagnosen liegen zwischen .49 für die undifferenzierte so-

matoforme Störung und .92 für die Panikstörung (Wittchen, 1997; Plock & Hamann, 2004).

Validität: Hier liegen zufrieden stellende Ergebnisse zu einer psychiatrisch behandelten Patientengruppe und einer Zufallsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung vor (Wittchen, 1997; Plock & Hamann, 2004).

Bearbeitungszeit: Das strukturierte Interview dauert mindestens ein Stunde.

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Diagnostisches Anliegen: Das Verfahren nach Bernstein und Fink (1993) dient zur retrospektiven Selbsteinschätzung von Misshandlungen in der Kindheit. Die in der Studie genutzte Kurzform umfasst 34 Items. Die Items werden auf einer 5-stufigen Antwortskala von 1 = „stimmte niemals“ bis 5 = „stimmte sehr oft“ beurteilt.

Reliabilität: Die internen Konsistenzen (Cronbachs α) für Gesamtwert und Subskalen lagen von .79 bis .94. Die Retest- Reliabilität beträgt .88.

Validität: Bernstein (1994) konnte an einer Stichprobe ($n = 286$) von Suchtkranken durch eine Faktorenanalyse einen Gesamtwert als Maß der Kindheitstraumata und fünf Subskalen ermitteln: emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlungen, sexueller Missbrauch, emotionale und körperliche Vernachlässigung. Außerdem war die Übereinstimmung mit einem Fremdbeurteilungsinterview gut, was die Autoren (Bernstein et al., 1994; Fink et al., 1995) als Beleg für die Validität werten.

Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE)

Diagnostisches Anliegen: Der FEE ist nach Schumacher, Eisemann & Brähler (2000) ein Testverfahren, das auf dem schwedischen EMBU (Egna Minnen

Beträffende Uppfostran – deutsch: Meine Erinnerung an die Erziehung) Fragebogen basiert. Als Ergebnis von Repräsentativerhebungen von 1994 und 1999 konnten durch die Autoren faktorenanalytisch drei replizierbare EMBU-Dimensionen ermittelt und für den FEE übernommen werden (Schumacher et al., 2000). Den drei Dimensionen (Ablehnung und Strafe; emotionale Wärme; Kontrolle und Überbehütung) wurden je acht Items zugeordnet, wobei die Dimensionen jeweils für Mutter und Vater getrennt sind. Das Selbstbeurteilungsinstrument umfasst demzufolge 24 Items in Frageform mit einem vierstufigem Antwortmodell von 1 = „Nein, niemals“ bis 4 = „Ja, ständig“.

Reliabilität: Die internen Konsistenzen (Cronbachs α) nehmen Werte zwischen .72 und .89 ein. Die Testhalbierungs-Reliabilitäten (Spearman-Brown) liegen zwischen .70 und .88. Zur Retest-Reliabilität der FEE-Skalen liegen derzeit noch keine empirischen Untersuchungen vor (Schumacher et al., 2000).

Validität: Die faktorielle Validität der drei aus dem EMBU-Fragebogen übernommenen Dimensionen ist belegt (Schumacher et al., 2000).

Normen: Die Normen liegen nach Geschlecht und je vier Altersgruppen und insbesondere für Bewohner der alten und neuen Bundesländer vor (Schumacher et al., 2000).

Bearbeitungszeit: Die Bearbeitungsdauer liegt bei bis zu 10 Minuten.

Die Symptomcheckliste (SCL-90-R)

Diagnostisches Anliegen: Die SCL-90-R (Franke, 2002) ist ein standardisiertes Instrument zur Messung der subjektiv erlebten Beeinträchtigung einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Es beinhaltet neun Skalen (Somatisierung; Zwanghaftigkeit; Unsicherheit im Sozialkontakt; Depressivität; Ängstlichkeit; Aggressivität/Feindseligkeit; phobische Angst; paranoides Den-

ken; Psychotizismus) und eine Globalskala (Global-Severity-Index/ GSI = durchschnittliche psychische Belastung). Das Verfahren umfasst insgesamt 90 Items und diese sind auf einer 5-stufigen Antwort-Skala (0 = „überhaupt nicht“; 1 = „ein wenig“; 2 = „ziemlich“; 3 = „stark“; 4 = „sehr stark“) zu bewerten.

Reliabilität: Die interne Konsistenz (Cronbachs α) liegt für die einzelnen Skalen zwischen .75 und .87 und für die Globalskala bei .97. Die Retest-Reliabilität für die deutsche Stichprobe nach einem einwöchigen Messintervall hat bei den Skalen Werte zwischen .69 und .92 und bei der Globalskala einen Wert von .90 (Franke, 2002).

Validität: Es liegen für dieses Verfahren Ergebnisse zur konvergenten und diskriminanten Validität vor. Konfirmatorische Faktoranalysen bestätigen die Skalen des SCL-90 (Franke, 2002).

Normen: Es liegen Normen getrennt nach Geschlecht und acht Altersgruppen vor (Franke, 2002).

Bearbeitungszeit: Die Dauer der Bearbeitung beläuft sich auf 10 – 15 Minuten.

Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Diagnostisches Anliegen: Der FDS orientiert sich an der Dissociative Experiences Scale (DES) von Bernstein und Putnam (1986). Die Originalversion beruht auf dem Dissoziationskonzept des DSM-III und wurde für das FDS um mehrere Items erweitert, die den zusätzlichen Symptomen nach ICD-10 entsprechen. Somit hat die Testperson insgesamt 44 Items zu dissoziativen Phänomenen wie Amnesie, Absorption, Derealisation und Konversion auf einer 10-stufigen Skala, die von 0–100% reicht, zu bewerten.

Reliabilität: Die innere Konsistenzen der einzelnen Skalen (Cronbachs α) liegen zwischen .78 und .81. Für den FDS insgesamt ist der Wert bei .93. Die Retest-

Reliabilität nach einem 10 – 14-tägigen Messintervall ist ebenfalls zufriedenstellend und beträgt $r = .82$ (Freyberger et al., 1999).

Validität: Prüfungen hinsichtlich der Validität zeigten, dass der FDS mit seinen Subskalen ein von anderen Aspekten psychischer Beeinträchtigung unabhängiges Konstrukt ist. Bezüglich der diskriminanten Validität liegen Daten vor, die eine Möglichkeit der Unterscheidung sowohl zwischen verschiedenen Patientengruppen als auch gesunden Probanden nachweisen (Freyberger et al., 1999).

Normen: Normen wurden anhand einer repräsentativen Stichprobe ($n = 1066$) ermittelt und liegen in Form von Prozenträngen für „Normalbevölkerung“ und für „dissoziative Störungen“ vor (Freyberger et al., 1999).

Bearbeitungszeit: Die Bearbeitungsdauer beläuft sich auf bis zu 10 Minuten.

Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)

Diagnostisches Anliegen: Beim Rahmenmodell für dieses Inventar von Schmenkmezger, Hodapp und Spielberger (1992) geht man davon aus, dass Emotionen in Handlungsketten eingebunden sind. Das von Rost und Scherner (1987) für die Emotion Angst konzipierte Modell wird hier auf das Gefühl Ärger übertragen (Schmenkmezger et al., 1992). Man differenziert dabei zwischen der Auslösungsphase, den Erscheinungsweisen, den Formen der Emotionsverarbeitung und der Stabilisierung. Die erste Phase ist die Ärgerauslösung, die das ärgerauslösende Ereignis, die Ärgerneigung und kognitive Bewertung dessen umfasst. Die Ärgerneigung (trait) ergibt sich aus einer genetischen Disposition und Lernerfahrungen. Die nächste Phase beinhaltet die Ärgererscheinungsformen (state), die sich in physiologische Reaktion, diesbezügliche Kognitionen und entsprechendes Verhalten unterteilen lassen. Zu den Ärgerausdruckswei-

sen als Verarbeitungsstrategien gehört der Ausdruck gegen andere Personen oder Objekte in der Umgebung, der Ausdruck nach innen wie Unterdrückung und die Ärgerkontrolle. Die letzte Phase ist die Ärgerstabilisierung i.S. von stabilisiertem oder chronifiziertem Ärgerstress.

Der STAXI geht auf die amerikanische Version von Spielberger (1988) zurück. Es umfasst 44 Items, die in fünf Skalen und zwei Zusatzskalen aufgehen: die Ärgerzustandsskala (State-Anger; S-A), die Ärgerdispositionsskala (Trait-Anger; T-A); die Skala zur Erfassung von nach innen gerichtetem Ärger (Anger-in; AI); die Skala zur Erfassung nach außen gerichtetem Ärger (Anger-out; AO) und die Kontrollskala (Anger-control; AC). STAXI ist in drei Teilen untergliedert. Der erste Teil beinhaltet die 10 Zustandsitems. Der zweite Teil umfasst die 10 Dispositionsitems. Zum dritten Teil gehören alle 24 Items der Ärgerausdrucks-skalen. Alle Skalen werden nach einem 4-Punkte-Rating beurteilt von 1 = „überhaupt nicht/ fast nie“ bis 4 = „sehr/ fast immer“.

Reliabilität: Die innere Konsistenzen (Cronbachs α) der einzelnen Teilskalen liegen zwischen .71 bis .95. Die Retest-Koeffizienten nach einem 8-wöchigen Zeitintervall sind allerdings etwas uneinheitlich und liegen für die Trait-Anger-Skala bei der männlichen Stichprobe bei $r = .75$ und für die weibliche bei $r = .76$. Für die State-Anger-Skala liegen sie bei $r = .60$ bzw. $r = .20$, also erwartungsgemäß niedriger (Schmenkmezger et al., 1992).

Validität: Bezüglich der Gültigkeit dieses Testverfahrens haben Faktorenanalysen eine gute Differenzierung von Ärgerzustand- und Ärgerausdrucksdisposition ergeben (Schmenkmezger et al., 1992).

Normen: Die Normen sind anhand einer repräsentativen Stichprobe ($n = 990$) erstellt. Sie sind nach Geschlecht und drei Altersgruppen unterteilt (Schmenkmezger et al., 1992).

Bearbeitungszeit: Die Bearbeitungsdauer dieses Verfahrens liegt bei etwa 10 Minuten.

Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (Deutsche Version) – (IIP-D)

Diagnostisches Anliegen: Mit diesem Fragebogen (Horowitz, Strauß & Kordy, 2000) werden interpersonale Verhaltensweisen erfasst, die dem Untersuchten schwer fallen bzw. die dieser im Übermaß zeigt. Die Basis für dieses Verfahren bildet das Circumplex-Modell nach Horowitz. Dabei geht man zum einen davon aus, dass sich interpersonale Verhaltensweisen in einem zweidimensionalen semantischen Raum einordnen lassen. In einer Interaktion rufen bestimmte Aktionen einer Person ganz bestimmte Reaktionen bei einer anderen Person hervor i.S. des Komplementaritätsprinzip. Können Interaktionspartner diese notwendige Flexibilität nicht entwickeln, entstehen interpersonale Spannungen.

Die Auswertung des Selbstbeurteilungsbogens erfolgt entsprechend der acht verwandten Circumplex-Skalen (zu autokratisch/dominant; zu streitsüchtig/konkurrierend; zu abweisend/kalt; zu introvertiert/sozial vermeidend; zu selbstunsicher/unterwürfig; zu ausnutzbar/nachgiebig; zu fürsorglich/freundlich; zu expressiv/aufdringlich). Es steht dem Probanden eine fünfstufige Antwortskala zur Verfügung (0 = „nicht“; 1 = „wenig“; 2 = „mittelmäßig“; 3 = „ziemlich“; 4 = „sehr“).

Reliabilität: Der Konsistenzkoeffizient (Cronbachs α) für die einzelnen Skalen liegt zwischen .36 und .64. Die Retest-Reliabilitäten bei einem achtwöchigen Messintervall liegen zwischen $r = .81$ und $r = .90$ (Horowitz et al., 2000).

Validität In Validierungsstudien von Wuchner, Eckert und Biermann-Ratjen (1993) zur Prognose des Behandlungserfolgs nach stationärer Gruppentherapie

wurde aufgezeigt, dass es mit Hilfe des IIP möglich ist, klinische Gruppen zu unterscheiden, dass das IIP auch zur Indikationsstellung bzw. Prognose für psychotherapeutische Behandlung geeignet ist und dass sich mit dem IIP Zusammenhänge mit anderen klinischen Merkmalen wie Persönlichkeitsmerkmale (Beckmann, Richter & Brähler, 1984) und Bindungsstile (Bartholomev & Horowitz, 1991) aufzeigen lassen.

Normen: Die Normierung der deutschen Version erfolgte anhand dreier Stichproben von insgesamt 1335 Probanden. Es liegen Normtabellen nach Geschlecht und Altersgruppen unterteilt vor (Horowitz et al., 2000).

Bearbeitungszeit: Die Bearbeitungsdauer liegt für die von uns gewählte Langform bei ca. 20 Minuten.

Der 16-Persönlichkeits-Faktoren-Test (PF-R)

Diagnostisches Anliegen: Die deutsche Revision (16-PF-R; Schneewind & Graf, 1998) des Verfahrens zur mehrdimensionalen Erfassung der intraindividuellen Persönlichkeitsstruktur im Erwachsenenalter, beruht auf der neuesten (fünften) amerikanischen Ausgabe des 16-PF von 1994. Von dieser Revision wurden 72% der Items übernommen und 14% neu entwickelt. Der Fragebogen besteht insgesamt aus 184 Items, die den 16 Primärdimensionen, einer Skala zur Erfassung zur sozialen Erwünschtheit sowie fünf Globalfaktoren der Persönlichkeit (Extraversion, Unabhängigkeit, Selbstkontrolle, Ängstlichkeit, Unnachgiebigkeit) zugeordnet werden. Die einzelnen Skalen bestehen aus 9 bis 13 Items und sind zufällig angeordnet. Nur die Skala zur Erfassung des logischen Denkens ist zur besseren Übersicht am Ende des Testhefts als geschlossener Bereich platziert worden. Die Probanden können zwischen jeweils drei Antwortal-

alternativen wählen. Diese sind für die jeweiligen Frage ausformuliert und entsprechen im Sinn: „trifft für mich zu“; „weder/ noch“; „trifft für mich nicht zu“.

Reliabilität: Die internen Konsistenzen (Cronbachs α) der Primärdimensionen sind zufrieden stellend und liegen durchschnittlich bei $r = .74$. Bei den faktorenanalytisch ermittelten Globaldimensionen liegt der Konsistenzkoeffizient durchschnittlich bei $r = .81$. Die Testwiederholungsreliabilitäten bei einem einmonatigen Messintervall liegen durchschnittlich bei den Primärdimensionen bei $r = .83$ und bei den Globalfaktoren bei $r = .86$.

Validität: Die Konstruktvalidität des PF-R konnte sowohl für die Primär- als auch für die Globalfaktoren nachgewiesen werden. Eine Validierung wurde anhand bekannter Persönlichkeitstests wie dem Freiburger-Persönlichkeits-Inventar (FPI-R); Deutsche Personality Research Form (PRF-KA) und Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-II) vorgenommen und entsprechend bestätigt (Schneewind et al., 1998).

Normen: Die Normierung der deutschen Fassung erfolgte anhand einer Eichstichprobe von 1.209 Personen und liegt nach Geschlecht und jeweils drei Altersgruppen vor (Schneewind et al., 1998).

Bearbeitungszeit: Die Bearbeitungsdauer liegt bei 40 – 50 Minuten.

Erhebungsbogen: „Patienten mit geringer Entlassungsperspektive“

Dieser Erhebungsbogen (Schalast, 2003) beinhaltet alle relevanten Daten zur Beschreibung der Patientengruppe einer Forensischen Psychiatrie. Ursprünglich kam dieser Bogen im Rahmen eines Projektes des Instituts für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen zum Einsatz. Es sollte dabei erfasst werden, wie viele nach § 63 StGB untergebrachte, psychisch kranke Straftäter der Bundesrepublik Deutschland grundsätzlich eine geringe Entlassungsper-

spektive aufweisen. Diese verkürzte Fassung wurde von dem Bezugstherapeuten des teilnehmenden Patienten ausgefüllt. Diese Experten verfügen nicht nur über Aktenkenntnis sondern über „gefiltertes“ Wissen zu anamnestischen und aktuellen Belangen ihrer Patienten. Über diesen Erhebungsbogen wurden für alle Studienteilnehmer Daten zu folgenden Aspekten erhoben:

- Soziodemografische Merkmale: Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulbildung, Berufstätigkeit
- Forensisch-psychiatrische Merkmale: Rechtsgrundlage der Unterbringung, Delikt, erste dissoziale Auffälligkeit, Anzahl strafrechtlicher Aburteilungen, Alkohol- und Drogenprobleme
- Sozialisationsmerkmale: Vollständigkeit der Primärfamilie, Heimaufenthalte

Abschließend beurteilten die Bezugstherapeuten, ob und wenn ja, welche Kindheitstraumata von ihren Patienten durchlitten worden waren (körperliche, sexuelle und/oder emotionale Misshandlung; emotionale und/oder körperliche Vernachlässigung).

4.3. Charakterisierung der Stichprobe

Im Jahre 1998 waren nach Angaben des statistischen Bundesamtes 3683 Personen deutschlandweit, davon 175 weibliche gemäß § 63 StGB in einer Klinik für Forensische Psychiatrie untergebracht (Stolpmann, 2001). In Mecklenburg-Vorpommern befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung auf der Grundlage des § 63 StGB 141 Patienten in den drei Forensischen Kliniken (Stralsund, Ue-

ckermünde, Rostock). Derzeit werden 90 Patienten in Stralsund behandelt, davon erfüllten 44% (40 Patienten) die Ausschlusskriterien.

Von den verbleibenden 50 Patienten der Forensischen Psychiatrie Stralsund haben sich 34 bereit erklärt, an der Studie teilzunehmen. Davon waren 29 Probanden im stationären Setting, zwei Probanden sind in ambulanter Therapie und drei Patienten sind im Nachsorgebereich zum Untersuchungszeitpunkt durch Klinikmitarbeiter betreut worden. Von den Probanden aus dem ambulanten Bereich kamen die Fragebögen unvollständig zurück, so dass sie aus dem Teilnehmerpool herausfielen und letztendlich 32 Probanden (64% der möglichen Patienten) in die Auswertung gingen. Die Daten, die als Grundlage für die Charakterisierung dienten, sind ausschließlich fremdanamnestisch über den Erhebungsbogen von Schalast (2003) erhoben worden.

Die weitere Charakterisierung der Stichprobe erfolgt nach soziodemografischen, forensisch-psychiatrischen Merkmalen und den Angaben zur Sozialisation:

Soziodemografische Merkmale

Alter und Geschlecht

Das Durchschnittsalter der Untersuchungsgruppe war 36.9 Jahre (SD = 11.8; Bereich: 20 – 61). Die Stichprobe bestand aus 28 männlichen und vier weiblichen Personen. Auf eine nach Geschlecht differenzierte Aufschlüsselung wurde aufgrund des geringen Anteils von Frauen verzichtet.

Familienstand

Von den Probanden war nur ein geringer Anteil (n = 4) zum Untersuchungszeitpunkt in einer festen Partnerschaft. Ein Teilnehmer war verwitwet. Der überwiegende Teil war ledig (n = 17) beziehungsweise geschieden oder getrennt lebend (n = 10). Insgesamt waren 27 Studienteilnehmer (84.4%) ohne Partner.

Schulabschluss

Von den Probanden hatten 20 (62.5%) einen Schulabschluss, davon:

Sonderschule	4 (12.5%)
Hauptschule	8 (25.0%)
Realschule	8 (25.0%)

Berufstätigkeit vor Einweisung bzw. Beginn der Therapie

Von den 32 Teilnehmern der Studie hatten 46.9% (n = 15) einen regulär erworbenen Berufsabschluss. Die tatsächliche Form der Berufstätigkeit vor der Einweisung war wie folgt verteilt (vgl. Tabelle 4.3.1.1.).

Tabelle 4.3.1.: Berufstätigkeit

Berufstätigkeit	n	%
Keine Arbeit	11	34.4
Ungelernte Arbeiter	4	12.5
Angelernte Arbeiter	2	6.3
Gelernte Arbeiter	12	37.5
Angestellter in Ausbildung	2	6.3
Selbständiger (Klein- oder Mittelbetrieb)	1	3.1

Bei 11 Untersuchten, das entspricht 34.4% der Teilnehmer, bestand vor der Festnahme ein Arbeitsverhältnis.

Forensisch-psychiatrische Merkmale

Rechtsgrundlage

Von den 32 Teilnehmer der Studie waren 26 (81.3%) zum ersten Mal im Maßregelvollzug untergebracht. Bei vier Patienten (12.5%) handelte es sich um eine erneute Unterbringung nach § 63 StGB. Bei zwei Patienten (6.2%) war der § 63 StGB zur Bewährung unter Auflage einer ambulanten Therapie angeordnet worden.

Unterbringungsdelikte

Die Delikte, die zur Unterbringung führten, sind sehr differenziert aufgeschlüsselt und in Tabelle 4.3.2.1.dargestellt:

Tabelle 4.3.2.: Delikte

Delikt	n	%
Tötungsdelikt	2	6.2
Körperverletzung	1	3.1
Sexualdelikt ohne Gewalt	8	25.0
Sexualdelikt mit Gewalt	11	34.4
Sonstige Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung	1	3.1
Eigentumsdelikt ohne Gewalt	2	6.2
Brandstiftung	6	18.8
Straftaten im Vollrausch	1	3.1

Zusätzlich differenziert werden kann die Straftat noch durch die Unterscheidung zwischen Einzel- und Gruppendedelikte. Von den Probanden befanden sich sechs (18.8%) bei ihrer Straftat in einer Gruppe.

Erste dissoziale Auffälligkeit

Durchschnittlich zeigten sich erste dissoziale Auffälligkeiten bei der Untersuchungsgruppe im Alter von 18.1 Jahren (SD = 6.4). Wenn man dies für verschiedene Altersgruppen aufschlüsselt, ergibt sich, die in Tabelle 4.3.2.2. dargestellte Verteilung, wobei fünf Patienten (15.6%) keine frühen delinquenten Verhaltensweisen zeigten.

Tabelle 4.3.3.:Alter bei der ersten dissozialen Auffälligkeit

Alter in Jahren	N	%
9 – 13 (erste Auffälligkeit bis zur Strafmündigkeit)	5	15.6
14 – 17 (Strafmündigkeit bis zur Volljährigkeit)	9	28.1
über 18	13	40.6

Strafrechtliche Aburteilungen

Die erste strafrechtliche Aburteilung hatten die Patienten im Alter von durchschnittlich 22.2 Jahren (SD = 7.4). Von den 32 Teilnehmern waren für 10 Probanden (31.3%) die Aburteilung nach § 63 StGB die erste Verurteilung überhaupt.

Erste psychiatrische Auffälligkeit

Die erste psychiatrische Auffälligkeit trat mit durchschnittlich 17.9 Jahren (SD = 9.5) auf. Für die gewählten Altersgruppen ergab sich folgende Verteilung:

- Altersgruppe 4 – 8 Jahre : 5 Patienten (15.6%)
- Altersgruppe 9 – 13 Jahre: 3 Patienten (9.4%)
- Altersgruppe 14 – 17 Jahre: 7 Patienten (21.9%)
- Altersgruppe ab 18 Jahre: 11 Patienten (34.4%)

Keine psychiatrische Auffälligkeit vor Unterbringung zeigten sechs Patienten (18.8%).

Alkohol- und Drogenprobleme in der Vorgeschichte

Nach Fremdbeurteilung gab es bei 43.8% der Patienten (n = 14) keine bzw. unerhebliche Alkoholprobleme in der Vorgeschichte. Zu Missbrauchsepisoden kam es bei 28.1% (n = 9) der Teilnehmer und eine Abhängigkeit war ebenfalls bei neun Untergebrachten aus der Anamnese bekannt. Drogenprobleme einschließlich Medikamentenmissbrauch fanden sich bei sieben (21.9%) Teilnehmern, wobei bei einem eine eindeutige Abhängigkeit aus der Vorgeschichte ersichtlich war.

Aktuelle Diagnose:

Es wurde die klinische Verlaufsdiaagnose erfasst. Es zeigt sich bei dieser Probandengruppe eine Häufung bei den Diagnosen der kombinierten und narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Einen differenzierten Überblick gibt die nachfolgende Tabelle.

Tabelle 4.3.4: aktuelle Diagnose

Diagnose	n	%
Schizoide Persönlichkeitsstörung	3	9.4
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	2	6.3
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typ)	2	6.3
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline)	1	3.1
Histrionische Persönlichkeitsstörung	1	3.1
Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung	3	9.4
Abhängige Persönlichkeitsstörung	1	3.1
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	10	31.3
Kombinierte Persönlichkeitsstörung	9	28.1
Gesamt	32	

Angaben zur kindlichen Sozialisation

Vollständigkeit der Primärfamilie

Die nachfolgende Tabelle stellt die Konstellation der Ursprungsfamilie des Patienten dar.

Tabelle 4.3.5.: Konstellation der Primärfamilie

	n	%
Patient ist durchgängig mit beiden Eltern aufgewachsen	13	40.6
Patient ist durchgängig mit einem Elternteil aufgewachsen	7	21.9
Instabilität der Elternbeziehung	12	37.5

Heimaufenthalte und Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor dem 14. Lebensjahr

Von den Studienteilnehmern sind 10 schon vor ihrem 14. Lebensjahr in einem Heim untergebracht worden. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 31.3%. Zu Einweisungen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kam es bei fünf Unterbrachten (15.6%).

4.4. Statistische Analyse

Die Datenanalyse wurde mit Hilfe des Computerprogramms „Statistical Package for the Social Science“ (SPSS, Version 12.0) durchgeführt. Es wurden je nach Datenqualität Häufigkeiten (n) und entsprechende Prozentwerte (%) oder Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) berechnet und dokumentiert. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde nicht von einer Normalverteilung ausgegangen, so dass beim statischen Vergleich der Daten bei absoluten Zahlen der Chi-Quadrat-Test angewandt wurde, bei Zellenhäufigkeit ≤ 5 wurde auf eine statistische Auswertung verzichtet. Mittelwertvergleiche erfolgten über den U-Test.

5. Darstellung der Ergebnisse

5.1. Kindheitstraumata bei der Gesamtstichprobe

Zur Erfassung dieser Daten wurden die Bezugstherapeuten der Studienteilnehmer gebeten, nach einem Rating die entsprechenden Erfahrungen bei ihren Patienten abzubilden. Die Experten sahen durchschnittlich 2.6 (SD = 1.4) chronifizierte Traumata bei ihren Patienten als gegeben an. Bei vier Patienten waren weder Missbrauch noch Vernachlässigung aus der Vorgeschichte bekannt. Bei 87.5% der Stichprobe (28 Personen) konnten mindestens eine dieser negativen Kindheitserlebnisse zugeordnet werden. Einen prozentualen Überblick gibt die nachfolgende Tabelle 5.1.1.

Tabelle 5.1.1: Prozentualer Anteil der einzelnen Kindheitstraumata

Kindheitstraumata	%
Emotionaler Missbrauch	68.8
Sexueller Missbrauch	37.5
Körperliche Misshandlung	56.3
Emotionale Vernachlässigung	59.4
Körperliche Vernachlässigung	40.6

Es zeigte sich, dass der emotionale Missbrauch die häufigste Form von chronifizierten Traumatisierungen in dieser Stichprobe ist. Als zweithäufigstes Trauma ist die emotionale Vernachlässigung erfasst worden. Körperliche Misshandlungen, körperliche Vernachlässigung und sexueller Missbrauch folgen entsprechend.

Im Selbstbeurteilungsverfahren zu Kindheitstraumata (CTQ) zeigte sich eine andere Reihenfolge. Die emotionale Vernachlässigung war mit 72% die meist genannte Form. Es folgten mit 57% die körperliche Vernachlässigung, mit 50% der emotionale Missbrauch, mit die 41% physischen Misshandlungen und mit 37% der sexuelle Missbrauch.

5.2. Prävalenz der Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Aktuell erfüllten neun Patienten (28.1%) die Kriterien der komplexen PTSD. Eine Lebenszeitprävalenz für diesen Symptomkomplex fand sich bei 16 Patienten (50%). Welche Bedeutung dabei die einzelnen Diagnosekategorien für die gesamte Stichprobe haben, wird in der nachfolgenden Tabelle 5.2.1. für die 3-Monats- und die Lebenszeitprävalenz dargestellt.

Tabelle 5.2.1.: Prozentuale Prävalenz der einzelnen Kategorien der komplexen PTSD

Kategorie	3 Monate	Lebenszeit
I Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen	40.6	68.8
II Störung der Wahrnehmung und des Bewusstseins	43.8	68.8
III Störung der Selbstwahrnehmung	40.6	71.9
IV Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen	78.1	78.1
V Somatisierung	40.6	56.3
VI Veränderung der Lebenseinstellungen	56.3	75.0

Es zeigen sich die Probleme der Patienten bei der 3-Monatsprävalenz vor allem in Beziehungsstörungen zu anderen Menschen (Kategorie IV) und in der Veränderung von Lebenseinstellungen (Kategorie VI).

Bezüglich der Lebenszeitprävalenz offenbaren sich für diese Population vor allem Probleme im zwischenmenschlichen Bereich (Kategorie IV), in der Veränderung von Bedeutungssystemen (Kategorie VI) wie mangelnde Zukunftsperspektiven und der Verlust persönlicher Grundüberzeugungen und in der Selbstwahrnehmung (Kategorie III) wie z.B. unzureichende Selbstfürsorge, Schuld- und Schamgefühle.

Für die einzelnen Merkmale aller Kategorien, die für die gesamte Stichprobe als sicher vorhanden beurteilt wurden, gibt die Tabelle 5.2.2. eine Übersicht. Bei einer aktuell vorhandenen Symptomatik aus dem Konstruktbereich DESNOS standen die Merkmale wie „andere zu verletzen“, „leicht aus der Fassung zu geraten“ und die „Schwierigkeit, Abstand zu gewinnen, wenn man aufgewühlt ist“ für alle befragten Patienten besonders im Vordergrund. Bei einer Lebenszeitprävalenz dieses Komplexes sahen die Probanden ebenfalls das Merkmal „andere zu verletzen“ für sich als besonders zutreffend an, gefolgt von den Merkmalen „veränderte Lebenseinstellung“ aufgrund besonderer Lebensereignisse; die „Unfähigkeit, anderen Menschen zu vertrauen“; „keinen Lebenssinn“ und letztendlich das Gefühl, sehr „leicht aus der Fassung zu geraten“.

Tabelle 5.2.2.: Prävalenz der Einzelmerkmale der komplexen PTSD

Merkmal	3 Monate	Lebenszeit
I Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen		
leicht aus der Fassung zu bringen		10 (31.3%)
schwer Abstand zu gewinnen, wenn innerlich aufgewühlt	14 (43.8%)	6 (18.8%)
Schwer, zur Ruhe zu kommen	10 (31.3%)	10 (31.3%)
meistens ärgerlich	9 (28.1%)	9 (28.1%)
Gedanken, jemanden zu verletzen	5 (15.6%)	6 (18.8%)
Schwer, Ärger zu kontrollieren	9 (28.1%)	10 (31.3%)
Wut besser verbergen	9 (28.1%)	3 (9.4%)
Häufig Unfälle	3 (9.4%)	3 (9.4%)
Nachlässig bei eigener Sicherheit	9 (28.1%)	10 (31.3%)
Selbstverletzendes Verhalten	4 (12.5%)	6 (18.8%)
Suizidplan	10 (31.3%)	10 (31.3%)
Unangenehm, berührt zu werden	7 (21.9%)	5 (15.6%)
Sex vermeiden	5 (15.6%)	2 (6.3%)
Viel an Sex denken	5 (15.6%)	6 (18.8%)
Promiskuität	6 (18.7%)	3 (9.4%)
Aussetzen von gefährlichen Situationen	8 (25.0%)	8 (25.0%)
II Störungen der Wahrnehmung und des Bewusstseins		
Amnesie	9 (28.1%)	4 (12.5%)
Schwer, Alltag zu planen	4 (12.5%)	4 (12.5%)
Ausklinken aus der realen Welt	9 (28.1%)	9 (28.1%)
Sich als unwirklich empfinden	7 (21.9%)	5 (15.6%)
Mehrere Personen in mir	5 (15.6%)	4 (12.5%)
III Störungen der Selbstwahrnehmung		
Kein Einfluss, was im Leben passiert	3 (9.4%)	6 (18.8%)
Gefühl, für immer zerstört	12 (37.5%)	10 (31.3%)
Schuldig fühlen	7 (21.9%)	6 (18.8%)
Dauernd schämen	8 (25.0%)	9 (28.1%)
Isoliert von anderen	11 (34.4%)	9 (28.1%)
Andere sorgen sich mehr	12 (37.5%)	8 (25.0%)
IV Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen		
Schwer, anderen zu vertrauen	16 (50.0%)	11 (34.4%)
Vermeiden von Kontakten	10 (31.3%)	8 (25.0%)
Schwierigkeit Konflikte auszutragen	11 (34.4%)	13 (40.6%)
Eigene Grenzen werden verletzt	10 (31.3%)	11 (34.4%)
Verletzen anderer	17 (53.1%)	13 (40.6%)
V Somatisierung		
Somatisierung	8 (25.0%)	9 (28.1%)
Ausmaß Somatisierung	6 (18.7%)	7 (21.9%)
Sorgen Somatisierung	8 (25.0%)	7 (21.9%)
VI Veränderungen von Lebenseinstellungen		
Zukunft pessimistisch	10 (31.3%)	8 (25.0%)
Liebe pessimistisch	9 (28.1%)	7 (21.9%)
Arbeit pessimistisch	11 (34.4%)	6 (18.8%)
Kein Lebenssinn	10 (31.3%)	11 (34.4%)
Veränderte Lebenseinstellung	12 (37.5%)	12 (37.5%)

5.3. Kindheitstraumata, elterliches Erziehungsverhalten und komplexe PTSD

Die Ergebnisse des Expertenrating zeigen, dass alle chronifizierten Traumata bei der Gesamtstichprobe, jedoch insbesondere bei der von komplexer PTSD Betroffenen von Bedeutung sind. Patienten ohne diese Störung hatten durchschnittlich 2.1 (SD = 1.2) der verschiedenen Traumatisierungen erlebt. Bei den Probanden mit komplexer PTSD waren es 3.2 (SD = 1.4) Kindheitstraumata. Dieser Unterschied war statistisch signifikant ($Z = -2.2$; $p = .028$). Im Vergleich der Patienten mit und ohne komplexer PTSD lässt sich – statistisch abgesichert – feststellen, dass die Patienten mit dieser Symptomatik häufiger unter körperlichen Misshandlungen litten als die ohne. Die emotionale Vernachlässigung lässt sich auch durchaus häufiger bei Patienten mit komplexer PTSD als jenen ohne finden (68.8% vs. 50.0%), ebenso die körperliche Vernachlässigung (50.0% vs. 31.4%). Es handelt sich dabei um keine statistisch abgesicherten Phänomene. Einen differenzierten Überblick gibt die Tabelle 5.3.1.

Tabelle 5.3.1.: Vergleich der Traumahäufigkeiten zwischen Patienten mit und ohne komplexer PTSD (Expertenrating)

Traumatische Erfahrungen	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD		Statistik (χ^2 -Test)	
	n	%	n	%	χ^2	p
emotionaler Missbrauch	12	75.0	10	62.5	.58	n. s.
sexueller Missbrauch	7	43.8	5	31.3	.53	n. s.
körperliche Misshandlungen	12	75.0	6	37.5	4.57	.033
emotionale Vernachlässigung	11	68.8	8	50.0	1.17	n. s.
körperliche Vernachlässigung	8	50.0	5	31.3	1.17	n. s.

Neben dem Expertenrating wurde zur Erfassung von problematischen Kindheitserfahrungen der CTQ (Childhood-Trauma-Questionnaire) als Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt. Auch nach diesem Verfahren kann festgestellt werden, dass die Patienten mit komplexer PTSD die Erfahrung der körperlichen Misshandlungen signifikant häufiger als Traumatisierung beschreiben als Patienten ohne. Einen genauen Überblick gibt die Tabelle 5.3.2.:

Tabelle 5.3.2.: Vergleich der Traumahäufigkeiten zwischen Patienten mit und ohne komplexer PTSD (Selbstbeurteilung)

CTQ	Patienten mit		Patienten ohne		Statistik	
	komplexer		komplexe		(U-Test)	
	PTSD		PTSD			
Subskala	M	SD	M	SD	Z	p
Emotionaler Missbrauch	13.6	3.4	11.0	6.1	-1.70	n. s.
Körperliche Misshandlungen	11.4	4.2	7.3	2.8	-2.84	0.004
Sexueller Missbrauch	9.7	5.8	7.8	4.9	-1.35	n. s.
Emotionale Vernachlässigung	17.8	3.8	7.8	6.5	-.24	n. s.
Körperliche Vernachlässigung	11.5	4.6	10.1	3.5	-.74	n. s.
Gesamt	64.9	13.4	53.4	15.8	-1.72	n. s.

In diesem Zusammenhang soll auch das Erziehungsverhalten der Eltern dargestellt werden. Die verschiedenen Erziehungsstile der wichtigen Bezugspersonen wurden mit Hilfe des FEE (Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten) erfasst. Es wurde deutlich, dass die Studienteilnehmer mit cPTSD statistisch signifikant häufiger Ablehnung und Strafe von Vater und Mutter erleben als die nicht betroffenen (siehe Tabelle 5.3.3.).

Tabelle 5.3.3.: Vergleich des elterlichen Erziehungsverhaltens zwischen Patienten mit und ohne komplexer PTSD

FEE	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD		Statistik (U-Test)	
	M	SD	M	SD	Z	p
Mutter						
Ablehnung/Strafe	17.3	5.5	13.5	5.6	-2.10	0.036
emotionale Wärme	14.7	3.5	16.1	7.4	.92	n. s.
Kontrolle/Überbehütung	16.9	4.1	14.2	5.4	-1.74	n. s.
Vater						
Ablehnung/Strafe	18.3	5.9	13.2	5.3	-2.39	0.018
emotionale Wärme	12.9	3.8	16.9	6.6	-1.63	n. s.
Kontrolle/Überbehütung	15.8	3.8	13.3	-1.7	-1.68	n. s.

5.4. Zusammenhang zwischen komplexer PTSD und soziodemografischen, forensisch-psychiatrischen Daten

Es konnte kein statistischer Zusammenhang zwischen den soziodemografischen Daten und komplexer PTSD nachgewiesen werden. Die ermittelten Daten sind im Anhang unter Punkt 8.B aufgeführt.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei den forensisch-psychiatrischen Daten. Es zeigte sich, dass die Teilnehmer mit komplexer PTSD signifikant früher dissozial auffällig geworden waren als die Teilnehmer ohne. Patienten mit dieser Störung hatten zudem ein signifikant höheres Strafmaß durch das Gericht zugesprochen bekommen als Patienten ohne diese Symptomatik. Hinsichtlich der

anderen forensisch psychiatrischen Daten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 5.4.1.: Vergleich dissozialer Verhaltensauffälligkeiten zwischen Patienten mit und ohne komplexer PTSD

	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD		Statistik (U-Test)	
	M	SD	M	SD	Z	p
Erste dissoziale Auffälligkeit (Alter)	15.5	4.4	20.4	7.1	-2.17	.030
erste strafrechtliche Aburteilung (Alter)	21.1	7.5	23.2	7.4	-1.23	n. s.
Anzahl früherer Aburteilungen	4.6	1.9	4.8	2.9	-.13	n. s.
Gesamtdauer der Haftaufenthalte (in Monaten)	49.9	49.7	31.3	32.9	-.39	n. s.
Zeit früherer Unterbringungen (in Monaten)	73.3	41.6	24.0	41.6	-1.73	n. s.
Strafmaß (in Monaten)	58.1	31.1	46.9	37.4	-1.97	.049

Bei der Darstellung der Straftaten als ein weiteres forensisches Merkmal ist zwischen den Gruppen der Gewalt-, Sexual- und andere Straftätern wie z.B. Brandstiftern unterschieden worden. Zu 62.5% waren die Studienteilnehmer der Gruppe der Sexualstraftaten, zu 18.8% der Gruppe der Gewaltstraftäter und zu 18.8% der anderen Straftaten zuzuordnen. Alle Deliktgruppen sind gleichhäufig bei Patienten mit und ohne komplexer PTSD anzutreffen.

Tabelle 5.4.2.: Vergleich der Deliktverteilung zwischen Patienten mit und ohne komplexer PTSD

	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD		Statistik (χ^2 -Test)	
	n	%	n	%	χ^2	p
Delikt:						
Gewaltdelikt	3	18.8	3	18.8	.00	n.s.
Sexualdelikt	10	62.5	10	62.5		
andere Delikte (z.B. Brandstiftung)	3	18.8	3	18.8		

Es gab keinen statistisch abgesicherten Zusammenhang zwischen komplexer PTSD und den eher psychiatrisch relevanten Daten. Aus diesem Grund wird auf eine Darstellung an dieser Stelle verzichtet. Die Ergebnisse finden sich im Anhang unter Punkt 8.B.

Es zeigte sich auch kein statistischer Zusammenhang zwischen komplexer PTSD und der kindlichen Sozialisation. Auffallend ist bei der untersuchten Population die häufige Instabilität der Elternbeziehung. Nur 1/3 der Probanden der Gesamtstichprobe wuchsen durchgängig mit beiden Elternteilen auf. Alle weiteren Ergebnisse finden sich ebenfalls im Anhang unter Punkt 8.B.

5.5. Zusammenhang zwischen komplexer PTSD und Problemen im Therapieverlauf

Meldepflichtige Vorkommnisse i.S. eines Vergehens gegen die Hausordnung gab es bei 31.2% (n = 10) der Stichprobe im Rahmen des Therapieverlaufes. Erfasst wurden dabei Drogen- und Alkoholmissbrauch, Entweichung und das Begehen neuer Straftaten während der Unterbringung. Bei sechs Probanden kam es nur zu einem dieser Vergehen, wobei Alkoholmissbrauch das häufigste Ereignis (n = 3) war, dann folgten neue Straftaten (n = 2) und eine Entweichung. Bei vier Probanden handelte es sich um mindestens zwei verschiedene Vorkommnisse und/oder um mehr als ein Vorkommnis bezüglich einer Problemgruppe, hier vor allem auch wieder insbesondere um Alkoholmissbrauch. Es zeigte sich insgesamt das Bild, dass alle Vorkommnisse eher bei Patienten mit cPTSD zu finden waren als bei der Gruppe der nicht von dieser Störung Betroffenen. Auf eine statistische Auswertung wurde allerdings verzichtet, da die Zellenhäufigkeit < 5 war. In Tabelle 5.5.1. werden die Gruppen der Patienten bezüglich ihrer Vorkommnisse im Therapieverlauf vergleichend dargestellt.

Tabelle 5.5.1.: Vergleich problematischer Vorkommnisse im Therapieverlauf zwischen Patienten mit und ohne komplexer PTSD

	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD	
	M	SD	M	SD
Alkoholmissbrauch	1.2	2.7	.13	.34
Drogenmissbrauch	.69	2.5	0	
Entweichung von Ausgang	.50	1.3	.06	.25
Entweichung aus geschlossenem Bereich	.19	.54	0	
neue Straftaten ohne Ermittlungsverfahren	.06	.25	0	
neue Straftaten mit Ermittlungsverfahren	.25	.45	0	

5.6. komplexe PTSD, komorbide Störungen und Psychopathologie

Es folgt eine Darstellung der Häufigkeiten von psychiatrischen Erkrankungen für die Gruppen der Patienten mit und ohne komplexer PTSD, die mit dem standardisierten Interview DIA-X erfasst wurden. Hier zeigte sich, dass Patienten mit komplexer PTSD häufiger die Diagnosen der „einfachen“ Posttraumatischen Belastungsstörung und der rezidivierenden depressiven Störung aufwiesen als die Patienten ohne diese Störung.

Tabelle 5.6.1.: Vergleich psychiatrischer Diagnosen zwischen Patienten mit und ohne komplexer PTSD

Psychiatrische Diagnose (ICD-10)	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD		Statistik (χ^2 -Test)	
	n	%	n	%	χ^2	p
F1 Störungen durch psychotrope Substanzen						
- F10 Störungen durch Alkohol	6	37.5	10	62.5	2.00	.157
- F12 Störungen durch Cannabinoide	3	18.8	1		*	
- F13 Störungen durch Sedativa	2	12.5	0		*	
- F14 Störungen durch Kokain	1	6.3	0		*	
- F15 Störungen durch Stimulantien	2	12.5	0		*	
- F16 Störungen durch Halluzinogene	2	12.5	0		*	
- F17 Störungen durch Tabak	6	37.5	8	50.0	.51	.476
- F18 Störungen durch Lösungsmittel	1	6.3	0		*	
- F19 Störungen durch andere	1	6.3	0		*	
F3 Affektive Störungen						
- F32 Depressive Episode	3	18.8	2		*	
- F33 Rezidivierende depr. Störung	8	50.0	1	6.3	7.58	.015
- F34 Anhaltende affektive Störung	3	18.8	1		*	
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen						
- F40 phobische Störungen	7	43.8	12	75.0	3.24	.072
- F41 Angststörung	0		1		*	
- F43.1 PTSD	8	50.0	1	6.3	7.58	.015
- F44 Dissoziative Störung	3	18.8	0		*	
- F45 Somatoforme Störung	9	56.2	4	25.0	3.24	.072

* bei Zellenhäufigkeit < 5 wurde auf eine statistische Auswertung verzichtet

Die somatischen und psychischen Beeinträchtigungen wurden mit dem Selbstbeurteilungsverfahren SCL-90 (Symptom-Check-Liste) gemessen und sind nachfolgend dargestellt:

Tabelle 5.6.2.: Vergleich der SCL-90 Daten zwischen Patienten mit und ohne komplexer PTSD

SCL-90	Patienten mit		Patienten ohne		Statistik	
	komplexer		ne komplexe		(U-Test)	
	PTSD		PTSD		Z	p
	M	SD	M	SD		
Somatisierung	.43	.40	.30	.22	-.63	n. s.
Zwanghaftigkeit	.71	.70	.39	.36	-1.46	n. s.
Unsicherheit im Sozialkontakt	.86	.86	.32	.29	-2.45	.014
Depressivität	.90	.85	.39	.40	-2.02	.043
Ängstlichkeit	.69	.72	.28	.34	-2.13	.033
Aggressivität/ Feindseligkeit	.90	.89	.19	.26	-2.54	.011
Phobische Angst	.39	.49	.05	.12	-2.04	.041
Paranoides Denken	.92	.99	.56	.67	-1.35	n. s.
Psychotizismus	.77	.94	.24	.20	-1.96	.050
Globalwert GSI	.75	.66	.32	.53	2.39	.017

Die Werte der Globalskala (GSI) für psychische Belastung sind bei den Patienten mit komplexer PTSD signifikant höher als bei Patienten ohne. Das bedeutet, dass sich diese Patienten deutlich beeinträchtiger fühlen als die Gruppe ohne diese Störung. Im Vergleich der beiden Gruppen zeigte sich auch bei den Subskalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/

Feindseligkeit und Phobische Angst eine höhere Beeinträchtigung bei den von komplexer PTSD Betroffenen.

Um die dissoziative Symptomatik zu erfassen, wurde der FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen) eingesetzt. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick zum Zusammenhang zwischen DESNOS und den erfassten dissoziativen Symptomen:

Tabelle 5.6.3.: Vergleich der FDS Werte zwischen Patienten mit und ohne komplexer PTSD

FDS	Patienten mit		Patienten oh-		Statistik	
	komplexer		ne komplexe		(U-Test)	
	PTSD		PTSD			
Skala	M	SD	M	SD	Z	p
FDE	14.1	18.4	4.9	5.1	-1.99	.059
DES	9.5	14.1	6.7	6.9	-1.91	.057
Amnesie	13.4	20.2	5.4	5.5	-.50	n. s.
Absorption	23.0	20.4	9.6	12.4	-2.40	.016
Derealisation	9.8	19.7	1.2	2.8	-2.02	.044
Konversion	8.3	14.5	2.8	3.6	-.59	n. s.

Hier zeigen sich zwar keine statistisch abgesicherten Auffälligkeiten im Vergleich der beiden Gruppen bei den Globalskalen FDS und DES, allerdings lassen sich Trends aufzeigen (FDE: $p = .059$; DES: $p = .057$). Bei den Subskalen Absorption (Versunkenheit) und Derealisation allerdings wiesen die Patienten mit DESNOS statistisch signifikant höhere Werte auf als die ohne.

5.7. Komplexe PTSD und inter- und intrapersonale Komponenten

Um ein möglicherweise für die DESNOS Patienten typisches Persönlichkeitsprofil zu erfassen, wurde der 16 PF-R (Persönlichkeitsfragebogen) eingesetzt. Patienten mit komplexer PTSD zeigten im Vergleich zu denen ohne Auffälligkeiten bei den Skalen emotionale Stabilität und Ängstlichkeit. Sie waren im Vergleich weniger emotional stabil und zeigten eine höhere Ängstlichkeit. Einen gesamten Überblick für die einzelnen Skalen gibt die Tabelle 5.7.1. auf der folgenden Seite.

Bezüglich ihres Erlebens von Ärger (erfasst durch das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar – STAXI) zeigte der Vergleich zwischen Patienten mit komplexer PTSD und denen ohne, dass die Teilnehmer mit dieser Symptomatik eine höhere Intensität des subjektiven Ärgerzustandes (State-Anger) zu einem bestimmten Zeitpunkt aufwiesen als die nicht Betroffenen. Ebenso haben die Patienten mit komplexer PTSD ein hitzigeres Temperament und erleben schon bei geringer Provokation Ärger (Skala Anger-Temperament). Die Ergebnisse sind im Einzelnen in der Tabelle 5.7.2. aufgeführt (vgl. S. 73).

Tabelle 5.7.1.: Vergleich der 16 PF-R Daten zwischen Patienten mit und ohne komplexe PTSD

16 PF-R	Patienten mit		Patienten oh-		Statistik	
	komplexer		ne komplexe		(U-Test)	
	PTSD		PTSD			
Skala	M	SD	M	SD	Z	p
Wärme	4.88	2.27	5.38	1.89	-.66	n. s.
log. Schlussfolgern	4.00	.73	4.75	1.48	-1.80	n. s.
Emotionale Stabilität	3.75	1.69	5.13	1.89	-2.10	.032
Dominanz	4.88	2.47	5.25	1.92	-.74	n. s.
Lebhaftigkeit	5.56	2.37	5.50	2.16	-.17	n. s.
Regelbewusstsein	6.19	1.64	6.75	1.92	-.96	n. s.
Soziale Kompetenz	4.31	1.58	4.63	2.25	-.48	n. s.
Empfindsamkeit	6.63	1.96	6.50	2.19	-.25	n. s.
Wachsamkeit	7.19	2.04	5.50	3.25	-1.51	n. s.
Abgehobenheit	7.56	2.25	5.94	2.41	-1.92	n. s.
Privatheit	7.31	1.49	6.31	1.89	-1.65	n. s.
Besorgtheit	6.00	2.25	5.88	1.82	-.44	n. s.
Offenheit für Veränderung	5.50	2.03	5.19	1.83	-.30	n. s.
Selbstgenügsamkeit	6.63	2.06	5.50	2.34	-1.34	n. s.
Perfektionismus	5.88	2.19	6.06	2.29	.32	n. s.
Anspannung	6.75	1.48	5.44	2.19	-1.76	n. s.
Extraversion	3.56	1.67	4.56	1.96	-1.44	n. s.
Ängstlichkeit	7.19	1.52	5.75	1.77	-2.25	.025
Selbstkontrolle	5.81	1.56	6.00	2.00	-.44	n. s.
Unabhängigkeit	5.25	2.14	5.31	1.62	-.46	n. s.
Unnachgiebigkeit	4.19	2.07	5.19	2.11	1.33	n. s.

Tabelle 5.7.2.: Vergleich der STAXI-Werte zwischen Patienten mit und ohne komplexer PTSD

Skala	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD		Statistik (U-Test)	
	M	SD	M	SD	Z	p
State-Anger	19.0	8.6	10.9	.77	-3.73	.001
Trait-Anger	20.9	5.0	17.3	5.0	-1.89	.059
Anger temperament	10.4	2.9	8.0	2.4	-2.40	.016
angry reaction	10.4	2.6	9.3	3.0	-1.31	n. s.
Anger-in	19.1	4.2	16.5	4.0	-1.80	n. s.
Anger-out	16.7	6.1	13.6	4.0	-1.44	n. s.
Anger Control	19.6	5.0	22.6	4.0	-1.93	n. s.

Zur Erfassung interpersonaler Verhaltensmuster wurde das IIP (Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme) genutzt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5.7.3. dargestellt:

Im Vergleich der beiden Patientengruppen waren die Teilnehmer mit DESNOS häufiger streitsüchtig und zu abweisend in ihren Verhaltenmustern.

Die Erhöhung des Testgesamtwertes als statistischer Trend zeigt auf, dass Patienten mit komplexer PTSD im interpersonalen Bereich größere Problemlagen aufweisen als Patienten ohne.

Tabelle 5.7.3.: Vergleich der interpersonalen Problemen zwischen Patienten mit und ohne komplexer PTSD

IIP	Patienten mit		Patienten oh-		Statistik (U-Test)	
	komplexer PTSD		ne komplexe PTSD			
Skala	M	SD	M	SD	Z	p
Zu autokratisch	1.3	.6	1.0	.7	-1.42	n. s.
Zu streitsüchtig	1.7	.7	1.2	.6	-2.18	.030
Zu abweisend	1.9	.7	1.1	.7	-2.80	.005
zu introvertiert	1.6	.7	1.2	.8	-1.51	n. s.
Zu unterwürfig	1.3	.9	1.7	.8	-1.21	n. s.
Zu ausnutzbar	1.6	.8	1.3	.9	-.92	n. s.
Zu fürsorglich	1.7	.7	1.4	.8	-1.06	n. s.
Zu expressiv	1.6	.7	.9	.7	-1.82	n. s.
Mittlerer Gesamtwert	1.6	.5	1.2	.5	-1.96	.050

5.8. Exemplarische Kasuistik

Der heute 34jährige Herr K. wurde 2002 wegen Vergewaltigung und räuberischer Erpressung zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 5 Jahren verurteilt. Da beim Patienten tatzeitbezogen eine spezifische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.8) vorlag, die sich unter den juristischen Begriff der schweren anderen seelischen Abartigkeit subsumieren ließ, wurde vom Gericht die verminderte Schuldfähigkeit nach § 21 StGB entsprechend der Empfehlung des psychiatrischen Sachverständigen festgestellt und die Einweisung in den psychiatrischen Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB angeordnet.

Biografisch relevante Informationen:

Herr K. wurde 1971 in Sachsen-Anhalt unehelich geboren. Seine Halbschwester kam ein Jahr später zur Welt. Die heute arbeitslose 53-jährige Mutter ist in einem Jugendwerkhof (Heim für schwererziehbare Kinder und Jugendliche) groß geworden und hat dort auch den leiblichen Vater kennen gelernt, zu dem der Patient nur als 14-jähriger kurzzeitig Kontakt hatte. Der Vater zeigte Bemühungen, ihn zu sich und aus dem Heim zu holen, in dem der Patient zu der Zeit lebte. Aus nicht bekannten Gründen kam es nicht dazu. Seither gab es keinen Kontakt mehr.

Herr K. hatte zwei Stiefväter. Der erste Stiefvater war der leibliche Vater der Schwester. Es kam zur Trennung der Eltern als der Patient ungefähr sechs Jahre alt war. Der zweite Stiefvater und heutige Ehemann der Mutter kam kurze Zeit später in die Familie.

In der Reflexion seiner Beziehung zur Ursprungsfamilie und den damit verbundenen Erfahrungen, erinnert Herr K. vordergründig kein Wunschkind gewesen zu sein. Im Alltag habe er das ständig zu spüren bekommen. Seine Schwester wurde mit Zuwendung überhäuft, während der Untergebrachte sich von je her ausgegrenzt fühlte. Gab es Streit zwischen den Geschwistern oder war etwas beim Spielen entzwei gegangen, bekam der Patient die Schuld. Zudem machten seine Eltern ihm in allen möglichen Zusammenhängen deutlich, was für ein besonderes Kind seine Schwester sei. Er hasse seine Schwester heute regelrecht für diese Bevorzugung.

Eine andere, besonders problematische Erfahrung sei die Beziehung zum ersten Stiefvater. Der habe ihn oft unmotiviert verprügelt. Besonders gewalttätig sei dieser immer unter Alkohol geworden. Einen Schutz durch die Mutter habe er nie erfahren. Seine Schwester sei nicht von Misshandlungen betroffen gewe-

sen. Der zweite Stiefvater wäre deutlich netter mit ihm umgegangen. Dieser hätte ihn nie ohne Grund geschlagen, ihn aber auch nicht in die Familie integriert. Er sei das „schwarze Schaf“ und seine Schwester der „Liebling“ geblieben. Herr K. wurde erst mit sieben Jahren eingeschult. Aufgrund von Verhaltensproblemen und Leistungsdefiziten wurde er ein Jahr später in eine Sonderschule umgeschult. Wieder ein Jahr später erfolgte eine Heimeinweisung, mit der ein erneuter Orts- und Schulwechsel verbunden war. Der Patient war zu der Zeit neun Jahre alt. Die Heimeinweisung stellte für den Patienten eine weitere, extrem problematische Situation dar. Er erinnerte zum Gesprächszeitpunkt das Gefühl, nun völlig aus der Familie ausgeschlossen zu sein, zumal seine Mutter ihr Versprechen, ihn bald wieder nach Hause zu holen, nicht einhielt. Der Patient glaubte lange Zeit, dass der Heimaufenthalt nur vorübergehend sein sollte. Bei jedem Besuch seiner Familie dachte er, mit nach Hause genommen zu werden.

Im Alter von 13 Jahren wurde Herr K. aufgrund von zunehmenden Verhaltensproblemen im Heim, die nicht näher benannt wurden, in einem Jugendwerkhof (wie auch schon seine Eltern) untergebracht. Diesen Aufenthalt erlebte Herr K. nur als eine erneute, für ihn nicht nachvollziehbare Bestrafung. Seiner Meinung nach gab es nur Schwierigkeiten mit ihm, weil sich im Heim niemand für ihn interessierte. Zudem sei es auch hier zu Misshandlungen gekommen. Er formulierte als Fazit: „Alles was ich noch wissen musste, um mich verbal und körperlich durchzusetzen, habe ich im Jugendwerkhof gelernt.“

Nach der Entlassung aus dem Jugendwerkhof 1990 arbeitete der Patient ein Jahr bei einer „Drückerkolonne“ und zog danach von 1991 – 1994 mit einem Zirkus mit. Hier erinnert Herr K., dass er in diesen Jahren das erste Mal ein Zu-

gehörigkeitsgefühl zu bestimmten Menschen entwickelte. Er hatte „seine Familie“ gefunden.

Nach seiner Bundeswehrzeit, von Mai 1995 bis Februar 2001 war der Patient in Haft. Herr K. wurde wegen sexueller Nötigung und schwerer Körperverletzung verurteilt. Nach der Entlassung war er kurzzeitig in einer Leihfirma tätig. Vor seiner erneuten Inhaftierung 2001 hatte er als Kellner gejobbt.

Psychosexuelle Entwicklung und Partnerschaften:

Der Patient hat eine sexuelle Aufklärung weder durch die Eltern noch durch Bezugspersonen aus dem Heim erfahren. Seine erste sexuelle Erfahrung war traumatisch für den Untergebrachten. Im Alter von 13 Jahren wurde er im Jugendwerkhof durch einen Mitbewohner einmalig vergewaltigt. Dieser hatte ihn zum Oralsex gezwungen. Der Übergriff war so schambesetzt, dass er als Jugendlicher nie darüber sprach. (Anmerkung: Er wollte auch während des Interview nicht weiter darauf eingehen.) Danach sammelte Herr K. sexuelle Erfahrungen mit Frauen ohne Besonderheiten. Mit 17 Jahren baute er die erste feste Bindung zu einer Mitbewohnerin des Jugendwerkhofes auf. Diese dauerte ein Jahr. Zu sexuellen Kontakten kam es nicht regelmäßig, aber immer in beiderseitigem Einverständnis. Von 1990 – 1994 hatte der Untergebrachte viele kurze Beziehungen mit „normalem“ Geschlechtsverkehr. Seine zukünftige Ehefrau lernte Herr K. durch eine Anzeige kennen. Er sei ihr erster Freund gewesen. Sexuelle Kontakte waren regelmäßig, allerdings ohne viel Zärtlichkeit. Während der Inhaftierung 1997 heiratete der Patient seine Freundin. Sie bekamen eine gemeinsame Tochter.

Nach seiner Entlassung war das Zusammenleben durch die Eifersucht der Partnerin schwierig. Es kam darüber sogar zu körperlichen Auseinandersetzungen.

gen. Im Mai 2001 trennte sich das Ehepaar. Kurz darauf kam es zur erneuten Straftat, dem Einweisungsdelikt.

Seit seinem jetzigen Aufenthalt in der forensischen Psychiatrie gab es verschiedene Kontakte zu Frauen. Der Untergebrachte lernte diese meist durch Anzeigen kennen.

In der Reflexion seiner Partnerschaften, sah Herr K. sich als den fürsorglichen und sich den Bedürfnissen der Frauen sehr unterwerfenden Partner. Er hielt seine Form der Beziehungsgestaltung als die für eine Frau anstrebenswerteste.

Psychopathologischer Befund und Behandlungsverlauf:

Im Interview zeigte sich Herr K. bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten gut orientiert mit formal geordneten Gedankengängen ohne Anhalt für denkinhaltliche Störungen. Mimik und Gestik wirkten die meiste Zeit etwas theatralisch, inszeniert. Im Kontakt verhielt sich der Untergebrachte sehr wechselhaft. Er schwankte zwischen freundlich-zugewandt und misstrauisch-distanziert. Herr K. schien dabei ständig um Kontrolle bemüht.

Das Leistungsniveau lag im unteren Durchschnittsbereich, wobei sowohl das sprachliche Abstraktionsvermögen als auch das Erfassen sozialer Abläufe als gut durchschnittlich einzuschätzen waren und somit aus dieser Hinsicht keine Bedenken bezüglich der Ergebnisse bestehen.

Mit seiner Straftat und seiner Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus setzte sich der Patient weder im Interview noch laut Therapieverlaufsbericht adäquat auseinander. Das Einweisungsdelikt bestritt Herr K. kategorisch. Das Opfer habe nur behauptet, vergewaltigt worden zu sein, um sich an ihm zu rächen. Gründe für das Rachebedürfnis konnte Herr K. nicht benennen.

Der Patient befand sich zum Interviewzeitpunkt bereits zwei Jahre in der Unterbringung. Es war bis dahin nicht gelungen, eine stabile Arbeitsbeziehung zum therapeutischen Team herzustellen. Der Untergebrachte agierte extrem und zeigte exzessive Spaltungsabsichten. Herr K. provozierte neben meldepflichtigen auch immer wieder nicht meldepflichtige Vorkommnisse, also geringere Verstöße gegen die Hausordnung und beanspruchte so viel Aufmerksamkeit. Das Gefühl, Opfer von Milieubedingungen zu sein, scheint typisch für den Patienten. So berichtete er, dass andere das aus ihm gemacht haben, was er heute ist. Das Externalisieren von Schuld und die Verantwortungsübertragung auf konstellative Faktoren behielt der Untergebrachte auch bei, als er über die erste Deliktserie von sexueller Nötigung und gefährlicher Körperverletzung berichtete. Diese Taten seien z.B. nur aufgrund von Alkoholkonsum nach von seiner geschiedenen Ehefrau provozierten Stresssituationen „passiert“. Sexuelle Gewaltfantasien schließt Herr K. in diesem Zusammenhang anfänglich völlig aus, wobei er aber im Verlauf zugab, „leichte“ sadomasochistische Wünsche zu haben.

Interview zur Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung:

A) Verlauf: Herr K. wurde in die Studie einbezogen, da er alle Einschlusskriterien erfüllte. Er erklärte sich unmittelbar bereit, an allen Untersuchungsmethoden teilzunehmen und offen alle Fragen zu beantworten.

In den Interviews wird der vordergründige Bedarf nach Auseinandersetzung mit den Erfahrungen aus der Kindheit deutlich. Der Patient spricht immer wieder über das Verlassenheitsgefühl aus der Kindheit und den vielen Misshandlungen. Gekränkt war Herr K. vor allem durch den Vertrauensbruch der Mutter. Der Wunsch nach Integration in die Familie ist bis heute präsent. Die Möglichkeit, so ausführlich über die Kindheitssehnsüchte und -belastungen sprechen zu kön-

nen, empfand Herr K. sichtbar als sehr angenehm. Der Patient konnte sich aber nur schwer wieder von der Thematik lösen. Es entstand der Eindruck, dass der Patient zu diesem Zeitpunkt ein exzessives Bedürfnis nach bedingungsloser Zuwendung und nicht nach differenzierter Auseinandersetzung hatte.

B) Ergebnisse: Herr K. erfüllt derzeit die Kriterien einer Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. Die einzelnen Symptombereiche zeigen sich wie folgt:

Bereich der Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen: Die Kontrolle des Patienten ist sowohl bei auto- als auch bei fremdaggressiven Handlungen stark eingeschränkt. Herr K. hat eine verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen, autodestruktiven Handlungen und neigt zu Selbstverletzungen. Außerdem bestehen Störungen der Sexualität und ein sehr exzessives Risikoverhalten. Obwohl der Untergebrachte leicht aus der Fassung zu bringen ist, sieht er bei sich die Fähigkeit, sich selbst schnell wieder zu beruhigen. Suizidalität spielt bei ihm keine Rolle.

Bereich der Störung der Wahrnehmung oder des Bewusstseins: Herr K. zeigt Amnesien, dissoziative Episoden und Depersonalisationssymptome. Besonders die Flucht aus der realen Welt wird deutlich. Offensichtlich hat der Patient nur einen geringen Bezug zur Realität.

Bereich der Störungen der Selbstwahrnehmung: Bei dem Untergebrachten existiert das Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein. Die Scham über sich selbst führt ihn dazu, anderen etwas über sich vorzuspielen, damit diese ihn nicht kennen lernen bzw. durchschauen. Weiterhin sieht sich der Patient isoliert und abgeschnitten von der Umwelt – also fern von anderen Menschen und ganz anders als sie. Auffallend ist auch das extreme Bagatellisieren gefährlicher Situationen. Herr K. setzt sich oft potentiellen Risikosituationen aus.

Bereich der Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen: Die Unfähigkeit, anderen Menschen zu vertrauen, ist beim Patienten ausgeprägt. In diesem Zusammenhang stellt der Patient das Verhalten der Mutter immer wieder in den Vordergrund. Sie hat ihm als Kind immer wieder die Rückkehr in die Familie versprochen. Das ist nie eingetreten. Weiterhin findet sich der Untergebrachte immer wieder in Situationen, in denen seine Grenzen verletzt werden. Er selbst neigt auch dazu, andere Menschen sowohl körperlich als auch seelisch zu verletzen.

Bereich der Somatisierung: Der Patient erfüllt das Kriterium der somatoformen Beschwerden und zeigt massive hypochondrische Ängste.

Bereich der Veränderungen in den Lebenseinstellungen: Herr K. fühlt sich in Bezug auf die Zukunft hoffnungslos und pessimistisch. Durch die persönlichen Erlebnisse ist es zum innerlichen Bruch gekommen und zur Neubewertung der Lebensüberzeugungen. Dinge, die mal wichtig waren, kann er heute nicht mehr leben. So gelingt es ihm kaum, dauerhafte Beziehungen aufzubauen, obwohl er ein großes Verlangen nach Nähe und Familie hat. Der Patient hat das Gefühl, dass er immer das kaputt macht, was er eigentlich haben möchte.

6. Diskussion der Ergebnisse

6.1. Repräsentativität der Stichprobe

Bei der hier vorliegenden Studie handelt es sich mit $n = 32$ um eine kleine und damit nur bedingt repräsentative Stichprobe. Man muss davon ausgehen, dass der Informationsgehalt, der grundsätzlich von der Stichprobengröße abhängig ist, bei dieser Teilnehmerzahl begrenzt bleibt (Clauß & Ebner, 1974). Manche eruierte Merkmale variierten zudem so stark, dass keine statistisch relevante Aussage getroffen werden konnte.

Im Größenvergleich mit anderen Untersuchungen zu Maßregelpatienten rangiert diese Studie am unteren Rand. Andere Untersuchungen wie die von Dudeck (2000) mit $n = 53$, Liß (2002) mit $n = 53$, Seiffert (1999) $n = 144$ und Dimmek (1997) mit $n = 48$ waren größer als die vorliegende, zudem bezogen Dudeck, Dimmek und Liß sowohl nach § 63 als auch nach § 64 StGB untergebrachte ein. Bei der wohl bisher umfangreichsten Studie von Leygraf (1988) in dieser Population mit $n = 1973$ handelte es sich um in den alten Bundesländern nach § 63 StGB untergebrachte Patienten.

Hinsichtlich demografischer Daten lassen sich vor allem mit Hilfe der genannten Studien folgende Einordnungen vornehmen:

Das Durchschnittsalter der Untersuchungsstichprobe lag bei 36,4 Jahren. Im Vergleich dazu betrug es in den Studien von Liß und Dudeck (2000, 2002) 32,6 Jahre, bei Leygraf (1988) 39,3 Jahre und von Entdorf in einer neueren Untersuchung von 2005 bei 38 Jahre.

Die Geschlechterverteilung in dieser Studie war bezüglich des Frauenanteils mit 12.5% etwas höher im Vergleich zu anderen Studien und zum gesamtdeutschen Maßregelvollzug. Ansonsten liegt der Anteil weiblicher Patientinnen zwischen 3 – 7% (Dahle, 1998a; Dessecker, 1996; Dudeck, 2001; Leygraf 1988; Liß, 2002). Diese Besonderheit ist wahrscheinlich dem Umstand geschuldet, dass in Mecklenburg-Vorpommern die nach § 63 StGB verurteilten Frauen derzeit vorrangig in Stralsund untergebracht werden.

Der Familienstand ordnet sich nur in etwa in die anderen Studien ein. So waren etwa die Hälfte (53%) der Probanden niemals verheiratet. Das Ergebnis liegt damit deutlich unter den sonst ermittelten Werten mit ca. 70% (Dessecker, 1996, Dimmek, 1997; Dudeck, 2000; Leygraf, 1988; Liß, 2002). Geschieden oder getrennt lebend waren 31% der Stichprobe, was ebenfalls über den Werten der anderen Untersuchungen (Dessecker, 1997: 13%; Dudeck, 2000: 25 %; Leygraf, 1988: 11%; Liß, 2002: 25%) liegt.

Bezüglich der Schulbildung lässt sich bei dieser Stichprobe feststellen, dass mehr Patienten einen höheren Schulabschluss (25%) als den Hauptschulabschluss hatten. Das Ergebnis liegt damit über den von Leygraf (1988) ermittelten Wert in Höhe von 9.3%, aber deutlich unter dem von Dudeck (2000) und Liß (2002), die einen Wert von etwa 34% ermittelten.

Bezüglich eines regulär erworbenen Berufsabschlusses liegt diese Stichprobe mit 46.9% im Mittel der Vergleichsdaten. Bei Leygraf (1988) hatten nur 24.4% eine abgeschlossene Berufsausbildung (ähnlich auch Dessecker, 1997). Bei Dudeck (2000) und Liß (2002) lag der Wert mit 60% deutlich höher.

Hinsichtlich juristischer Daten soll zunächst Bezug auf das Einweisungsdelikt genommen werden. Es haben sich mit 62.5% deutlich mehr Sexual- als Gewaltstraftäter mit 15.6% zur Teilnahme an dieser Untersuchung bereiterklärt. Bei Leygraf (1988) waren es in der untersuchten Stichprobe dagegen ca. 40% Gewaltstraftäter, bei Dudeck (2000) und Liß (2002) ca. 50%, während die Sexualstraftäter in den genannten Studien nur ca. 1/3 der Stichproben ausmachten. Einen noch geringeren Anteil gab es in den Untersuchungen von Jöckel & Müller-Isberner im Jahr 1982 mit 20.6%. Im Jahr 1994 waren es dann in einer Vergleichsstudie dieser Autoren auch knapp 1/3 der Untersuchungspopulation mit 27.4%. In diesem Bereich lag auch die Studie von Dessecker (1980) mit 27%. In einer Prognosestudie von Seifert et al. (1999) waren es sogar nur 11%.

In der vorliegenden Studie befinden sich 81.2% der Teilnehmer erstmalig in dieser Unterbringungsform. Bei Leygraf (1988) waren es 80.9%. Zu einer erneuten Unterbringung in den Maßregelvollzug wurden 12.5% der Probanden verurteilt. In der Untersuchung von Leygraf waren es dagegen nur 4% Rückfalltäter.

Psychiatrischer Auffälligkeiten ließen sich bei 81.3% der Patienten bereits in der Vorgeschichte finden. Es wurde dabei nicht erfasst, ob diese eine Behandlung beinhaltete. Als ungefähre Vergleichsdaten können folgende Studien dienen: bei Leygraf (1988) wiesen 61.3% und bei Kröger und Plöger (1997) 54% eine psychiatrischen Vorbehandlung auf.

Da es sich nur um nach § 63 StGB untergebrachte Patienten handelt und das Ausschlusskriterium einer wahnhaften/psychotischen Erkrankung bestand, gab

es in dieser Stichprobe nur die Diagnose der Persönlichkeitsstörung. Damit finden sich aktuell zu dieser vorliegenden Diagnoseverteilung keine Vergleichsdaten.

Zusammenfassend ist zu vermerken, dass die demografischen Faktoren wie Durchschnittsalter und Familienstand dieser Stichprobe den bisherigen Studien bezüglich der Population der Maßregelpatienten entsprechen, ebenso die Daten zur derzeitigen Rechtsgrundlage. Bei Schulbildung und Berufsabschluss liegt diese Studie zwischen älteren und neueren Vergleichsuntersuchungen. Das bedeutet, dass die Probanden gebildeter als bei früheren Untersuchungen sind, aber insgesamt unter dem Niveau der hier aufgeführten neueren Untersuchungen liegen. Gänzlich abweichend ist diese Stichprobe bezüglich des Frauenanteils, der Persönlichkeitsstörung als ausschließliche Einweisungsdiagnose und des Deliktes.

6.2. Traumatisierungen in der Kindheit

Kindliche Traumatisierungen – als die spezifische Lebenserfahrung für das zu untersuchende Konstrukt – haben nach dem Expertenrating für die Untersuchungsstichprobe eine Auftrittswahrscheinlichkeit von 87.5%. Das bedeutet, dass nach Meinung der Bezugstherapeuten nur vier Patienten der Gesamtstichprobe keine Kindheitstraumatisierungen erlebt haben. Auf die betroffenen Patienten kommen im Durchschnitt 2.63 Traumata. Man kann im Einklang mit Dimmek (1997) davon ausgehen, dass beim Großteil der Patienten ein problematisches, konflikt- und gewaltbereites Klima in den Ursprungsfamilien

herrschte. Im Vergleich zur vorliegenden Studie erleben nach Kessler et al. (1995) 60.7% der Männer und 51.2% der Frauen der U.S.-amerikanischen Allgemeinbevölkerung mindestens ein traumatisches Erlebnis. Bei psychiatrischen Patienten wiesen mindestens 98% eine Traumatisierung auf, wobei bei beiden Bezugsgrößen nicht die Einschränkung auf kindliche Traumatisierung gilt (Dudeck, 2000; Spitzer et al., 2000). Widom und Weeks (1998) fanden in ihrer Stichprobe von Strafgefangenen eine Prävalenz kindlicher Traumata von 68% und Fondacaro et al. (1999) von 41%. Eine noch höhere Auftretshäufigkeit dieser Erfahrungen konnten Carrion und Steiner (2000) bei dieser Personengruppe mit 98% nachweisen. In der Studie von Dudeck (2000) in der Population der Maßregelpatienten stellten 36% der angegebenen Traumata eine kindliche Traumatisierung da.

Mit 68.8% war der emotionale Missbrauch die häufigste Form der Kindheits-traumata. Das ist eine der kindlichen Traumatisierung, die im Alltag von Kindern schwer aufzuspüren ist. Erziehungsmethoden wie z.B. ständiges Kritisieren, Drohungen, Verächtlichmachung und demonstratives Vorziehen eines Geschwisterkindes sind von außen kaum beobachtbar und hinterlassen keine offensichtlichen körperlichen oder klassifizierbaren psychischen Schädigungen, auf die die Umwelt konkret reagieren kann. Es ergibt sich zudem ein weiteres Problem aus dem gesellschaftliche Kontext. Viele Praktiken wie Hausarrest oder Liebesentzug sind in der Gesellschaft akzeptierte Erziehungsmethoden (Dornes 1997; Engfer, 1997). Als Vergleichswert sei der von Buskotte (1992) für emotionalen Missbrauch und Vernachlässigung bei Kindern von 10 – 15% genannt. Hämäläinen und Haapasalo (1996) fanden bei Straftätern diese Form in der Kindheit bei 97% der Untersuchten.

Die emotionale Vernachlässigung mit 59.4% stand in der Untersuchungsstichprobe an zweiter Stelle, die körperliche mit immerhin 40.6% an vierter. Auf die besondere Bedeutung von Vernachlässigung als kindliche Traumatisierung wird in der Literatur hingewiesen, ebenso auf die Schwierigkeit des Nachweises bei dieser Form (Engfer, 1997; Lembke, 2005; Maxfield & Widom, 1996). Für die Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik sind schätzungsweise 10 – 15% der Kinder z.B. von emotionaler Vernachlässigung/ emotionalem Missbrauch betroffen (Buskotte, 1992). Unter Vernachlässigung im Allgemeinen leiden nach Schätzungen zwischen 5.000 – 50.000 Kinder in Deutschland (Lembke, 2005). Autoren führen an, dass z.B. in den USA Vernachlässigung verbreiteter ist als andere Missbrauchsarten. Diese Form der chronifizierten Traumatisierung macht dort dreiviertel aller Jugendamtsaktivitäten aus (Maxfield & Widom, 1996). Bei anderen Populationen wie den psychiatrischen Patienten geht Gast (2001) von einer Auftrittshäufigkeit von 46% aus. Dimmek (1997) fand in der Population der Maßregelpatienten bei 66.2% der Teilnehmer eine emotionale Vernachlässigung. Dudeck (2000) und Liß (2002) lagen in ihrer Studie bei dieser Population mit 49% etwas darunter.

Körperliche Misshandlungen kommen in der vorliegenden Stichprobe zu 56.3% vor und sind die dritthäufigste Form der kindlichen Traumatisierungen. In der amerikanischen Allgemeinbevölkerung liegt die Häufigkeit bei Männern um 3%, bei Frauen um 5% und in Großbritannien wird sie mit 12% angegeben (Kennerly, 2000). Zum Vergleich fand Gast (2001) bei Psychatriepatienten eine Prävalenz physischer Misshandlungen von 35%. Dudeck (2000) und Liß (2001) kommen mit 56% in der Population der Maßregelpatienten zu einer gleich hohen Auftrittshäufigkeit wie in der vorliegenden Studie. Dimmek (1997) hat diese

Erfahrung für verschieden Altersintervalle erfasst. Wenn man hier den Durchschnitt bildet, ordnet sich auch das Ergebnis mit durchschnittlich 53% hier ein. Deutlich höher ist das Ergebnis für diesen Personenkreis mit 67% bei Stein und Lewis (1992) mit 82% bei Hämäläinen und Haapasalo (1996) ausgefallen.

Einen sexuellen Missbrauch haben 37.5% der untersuchten Patienten erleben müssen. Die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 10 – 25% bei den Frauen und zwischen 2 – 8% bei den Männern (Engfer, 1997; Liß, 2002; Richter-Appelt, 1995). In der britischen Allgemeinbevölkerung wird sie mit 11% angegeben (Kennerly, 2000). Dixon et al. (2005) fanden dagegen bei jugendlichen Straftätern eine Häufigkeit dieser Misshandlungsform von 50% und Fondacaro et al. (1995) von 40%. Das in der Studie ermittelte Ergebnis liegt deutlich über der ermittelten 15%igen Traumatisierungsrate von Dudeck (2000) und Liß (2002) in der Population der Maßregelpatienten. Dimmek (1997) ermittelte eine sexuelle Missbrauchsrate von 10%. Allerdings muss angemerkt werden, dass bei dieser Stichprobe prozentual mehr weibliche Probanden teilnahmen, was zur Erhöhung beigetragen haben kann. Ursächlich kann noch ein anderer Fakt wirken. Der prozentuale Sexualstraftäteranteil ist mit 62.5% deutlich höher als in anderen Studien. Als Vergleich sei nur die Studie von Entdorf (2005) für Mecklenburg-Vorpommern erwähnt, der auf einen durchschnittlichen Anteil von 42.7% kommt. Wenn man der These der Reinszenierung eigener Traumatisierung in Form von Straftaten folgt, müsste sich mit dem Anteil der Sexualstraftäter auch der Anteil von sexuellen Missbrauchserfahrungen erhöhen.

Als weitere Diskussionsgrundlage dient eine Gegenüberstellung der Häufigkeiten für die einzelnen Traumata nach Selbst- und Fremdbeurteilung für die Gesamtstichprobe (Tabelle 6.2.1.).

Tabelle 6.2.1.: Gegenüberstellung der Häufigkeiten kindlicher Traumata nach Selbst- und Fremdbeurteilung

Traumata	Fremdbeurteilung (Häufigkeit in %)	Selbstbeurteilung (Häufigkeit in %)
emotionaler Missbrauch	69	50
sexueller Missbrauch	38	38
körperliche Misshandlung	56	41
körperliche Vernachlässigung	41	57
emotionale Vernachlässigung	60	72

Auffallend bei dem Vergleich ist, dass eine Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung nur für den sexuellen Missbrauch besteht. Begründet liegt dies möglicherweise in der Enttabuisierung dieses Erfahrungsbereiches aber auch in der spezifischen Untersuchungsgruppe. Durch eine offensive Öffentlichkeitsarbeit herrscht zum einen Klarheit über die Definition dieses Traumas und zum anderen kann es dadurch für die betroffenen Personen weniger schambesetzt. Ein anderer Aspekt könnte aus der hohen Anzahl der Sexualstraftäter resultieren. Es ist für eine Behandlung schlüssig, dieses Thema deliktspezifisch in den Therapieprozess aufzunehmen, so dass gerade bei dieser Form der kindlichen Traumatisierung eine gemeinsame Sicht von Bezugstherapeuten und Patienten besteht.

Bei den verschiedenen Formen der Vernachlässigung zeigt sich, dass die Patienten mehr über Defizite in diesem Bereich beklagen als die Therapeuten annehmen oder aus der Aktenlage hervorgeht. Die Schwierigkeit des Aufspürens dieser Traumata ist bereits hingewiesen worden. Es gilt hier noch den Blick des therapeutischen Teams zu schärfen, denn entscheidend für den Veränderungsprozess ist das persönliche Erleben der Patienten.

Besonders interessant ist, dass auch bei der körperlichen Misshandlung eine Diskrepanz besteht. Die Patienten fühlen sich weniger misshandelt als es offensichtlich nach Aktenlage deutlich wird. Es stützt den ebenfalls bereits diskutierten Aspekt, dass Kinder körperliche Züchtigung oft als eine notwendige bzw. gerechtfertigte Erziehungsmaßnahme sehen und nicht als Kindheitstraumatisierung werten.

Es fand sich eine Auftrittswahrscheinlichkeit kindlicher Traumatisierungen von 87.5% und eine durchschnittliche Traumatisierungsrate von 2.6. Die erste These, dass es sich bei dieser Population um einen in der Kindheit häufig traumatisierten Personenkreis handelt, konnte für jede Form im Vergleich zu anderen Personengruppen bestätigt werden.

6.3. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und ihre Assoziation mit Kindheitstraumata

Aktuell erfüllten neun Patienten die Kriterien der komplexen PTSD. Das sind 28.1% der Stichprobe. Eine Lebenszeitprävalenz dieses Konstruktes konnte bei

16 Patienten (50%) aufgezeigt werden. Diese Häufigkeiten korrespondieren mit den Ergebnissen anderer Studien. Roth et al. (1997) fanden in ihrer Stichprobe von sexuellem oder physischem Missbrauch betroffenen Personen eine 50%ige Lebenszeitprävalenz von DESNOS, ähnlich auch die Studie von McLean & Gallop (2003) mit einer Auftritthäufigkeit von 55%. Bei untersuchten Kriegsveteranen zeigten 38 – 100% dieses Beschwerdebild (Ford, 1999; Ford & Kidd, 1998; Jongedijk et al., 1996; Newman et al., 1995). In anderen Populationen wie misshandelte Frauen oder Folteropfer konnte die komplexe PTSD mit 27% und 66% Anteil an Betroffenen nachgewiesen werden (Teegen & Schriefer, 2002; Teegen & Vogt, 2002).

Die verschiedenen Kategorien des Konstruktes sind von der Gesamtstichprobe relativ gleichwertig als für sich zutreffend erlebt worden. Die Werte der Kategorien I-IV und VI liegen zwischen 68.8% bei der Kategorie „Störung der Wahrnehmung und des Bewusstseins“ und 78.1% bei der Kategorie „Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen“. Die Kategorie „Somatisierung“ hat eine Auftritthäufigkeit von 56.3%. Bei einer Rangfolge steht somit die Kategorie „Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen“ (78.1%) an erster Stelle, gefolgt von „Veränderungen in der Lebenseinstellung“ (75%) und den Kategorien „Störung der Selbstwahrnehmung“ und „Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen“ (je 71.9%).

Zu einer ähnlichen Rangfolge bei der Beurteilung der einzelnen Bereiche durch die Gesamtstichprobe, wenn auch in höherer Häufigkeit, kommen Teegen & Schriefer (2002). In ihrer Stichprobe von misshandelten Frauen sind 90% von einer Beziehungsstörung betroffen, 87% stellten Veränderungen in der Lebens-

einstellung fest und 70% zeigten Störungen in der Selbstwahrnehmung, in der allgemeinen Wahrnehmung und des Bewusstseins und im Bereich Somatisierung. Eine etwas andere Reihenfolge fand sich in der Studie von Jongedijk et al. (1996). Es offenbarten 81% der Gesamtstichprobe Störungen in der Selbstwahrnehmung. Störungen in der Regulation von Affekten und Impulsen war mit 62% die am wenigsten besetzte Kategorie. Die anderen Kategorien lagen dazwischen.

Zu den wichtigsten Einzelmerkmalen für die vorliegende Studie zählten:

- „Verletzen anderer“ (40.6%)
- „Schwierigkeiten, Konflikte auszutragen“ (40.6%)
- „Veränderte Lebenseinstellung“ (37.5%)
- „Kein Lebenssinn“ (34.4%)
- „Eigene Grenzen werden durch andere verletzt“ (34.4%)
- „Schwer, anderen zu vertrauen.“ (34.4%)

Diese Items spiegeln die Probleme von Maßregelpatienten in der Beziehungsgestaltung einschließlich wiederkehrende Reviktimisierung bzw. Viktimisierung anderer und ihren mangelnden Lebenssinn wider. Es scheint, als dass sie zu einer zwanghaften Wiederholung der eigenen erlebten Traumatisierung in Form von Bedrohen und Verletzen anderer neigen bzw. wiederholt in Situationen kommen, in denen ihre eigenen Grenzen – wie schon als Kind – verletzt werden.

Die These, dass das Konstrukt mit hoher Auftrittswahrscheinlichkeit bei Maßregelpatienten zu finden ist, kann mit einer 50%-igen Lebenszeitprävalenz als bestätigt angesehen werden.

Zwischen komplexer PTSD und kindlichen Traumatisierungen lässt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang hinsichtlich der Häufigkeit chronifizierter Kindheitstraumata aufzeigen. Die Experten sahen bei den Patienten mit komplexer PTSD durchschnittlich 3.13 der möglichen Erfahrungen als erlebt an. Bei den nicht vom Störungsbild Betroffenen waren es dagegen durchschnittlich 2.13 Formen kindlicher Traumata.

Ein direkter, statistisch signifikanter Zusammenhang mit einer spezifischen Traumatisierung im Rahmen der Fremdbeurteilungsverfahren kristallisierte sich zwischen komplexer PTSD und körperlichen Misshandlungen heraus. Untermauert wird dieses Ergebnis durch das Selbstbeurteilungsverfahren (CTQ) zu kindlichen Traumatisierungen. Eine statistische Signifikanz war auch im Rahmen dieses Verfahrens zwischen körperlichen Misshandlungen und DESNOS bei den betroffenen Patienten im Vergleich zu denen ohne messbar. Es ist davon auszugehen, dass Patienten dieser Stichprobe, vor allem dann eine komplexe PTSD ausbildeten, wenn sie unter vielfachen Traumatisierungen, insbesondere unter körperlichen Misshandlungen litten. Bei dieser Form kindlicher Traumata rücken neben der emotionalen Belastung des Nichtkalkulierbaren dieser Übergriffe, das Gefühl einer besonderen Ohnmacht und Demütigung, spürbare Schmerzen und eine reale Angst, dass die körperliche Unversehrtheit, das Leben der Person tatsächlich bedroht ist, in den Erlebensbereich.

Der physische Missbrauch ist eine Kindheitserfahrung, die auch häufig mit der „einfachen“ PTSD zusammenhängt (Kessler et al., 1995) bzw. in anderen Studien zur komplexer PTSD konkret im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch (McLean & Gallop, 2003; Roth et al., 1997) eine besondere Relevanz

hatte. Die Autoren stellten ebenfalls fest, dass Probanden dann ein besonderes Risiko hatten an PTSD und komplexer PTSD zu erkranken, wenn sie in ihrer Kindheit sowohl sexuellem Missbrauch als auch physischen Misshandlungen ausgesetzt waren. In den meisten Studien zur DESNOS werden kindliche Traumatisierungen als grundsätzliche Risikofaktoren für die Etablierung dieser Störung herauskristallisiert (Ford, 1999; Ford & Kidd 1998; Teegen & Schriefer, 2002; Zlotnick et al., 1996). Allerdings wird statistisch meist nicht weiter zwischen den einzelnen Formen differenziert, so dass, bis auf die eben dargelegten, keine weiteren Vergleichsdaten vorliegen.

Auch das Ergebnis des FEE, dem Selbstbeurteilungsverfahren zum Erziehungsverhalten der Eltern ordnet sich hier problemlos ein. Die Gruppe der von DESNOS Betroffenen erlebte signifikant häufiger eine besondere Strenge, viel Kritik und Tadel durch die Eltern, was sowohl den körperlichen und emotionalen Missbrauch beinhalten kann und auf ein konflikt- und gewaltbereites Klima schließen lässt (Dimmek, 1997). Timmermann & Emmelkamp (2005) fanden in ihrer Befragung ebenfalls heraus, dass forensische Patienten signifikant häufiger über pathologische Beziehungsmuster berichteten als die Vergleichsgruppen aus Strafgefangenen und Allgemeinbevölkerung – allerdings eher in Form einer mangelnden Aufmerksamkeit durch die Mutter.

Die These, dass kindliche Traumatisierungen und problematische Erziehungsmuster bei den von komplexer PTSD Betroffenen eine größere Rolle spielen als bei den nicht betroffenen Patienten, lässt sich statistisch bestätigen.

6.4. Komplexe PTSD im Zusammenhang mit soziodemografischen, forensischen sowie inter- und intrapersonalen Merkmalen

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse hinsichtlich soziodemografischer, forensisch-psychiatrischer Daten, Problemen im Therapieverlauf, komorbiden Störungen, Psychopathologie und ausgewählten inter- und intrapersonalen Komponenten diskutiert werden.

Bei den soziodemografische Daten war keine statistisch relevante Assoziation zur komplexen PTSD nachweisbar. Auch Autoren anderer Studien konnten das Konstrukt nicht in statistisch nachweisbare Abhängigkeit von Alter, Bildung, Familien- und Berufsstand bringen (Ford, 1999; Teegen & Schriefer, 2002; Teegen & Vogt, 2002; Zlotnik et al., 1996). Es scheint, dass kein Zusammenhang zwischen solchen Faktoren und DESNOS besteht.

Einen statistisch relevanten Zusammenhang zur komplexen PTSD gab es auch nicht bei den psychiatrischen, dafür aber bei den forensisch-spezifischen Daten. So sind die Patienten mit dieser Symptomatik mit durchschnittlich 15.5 Jahren deutlich früher strafrechtlich in Erscheinung getreten als die nicht von komplexer PTSD-Betroffenen mit durchschnittlich 20.4 Jahren. Eine zweite Assoziation ergab sich beim Strafmaß. Patienten mit DESNOS wurden bei ihrem Einweisungsdelikt zu einer Freiheitsstrafe von durchschnittlich 58.1 Monate im Gegensatz zu den Patienten ohne von durchschnittlich 46.9 Monaten verurteilt. Hierbei gilt es zu bedenken, dass das Strafmaß durch die Schuld bestimmt wird, die der Täter auf sich geladen hat. Das Gericht wägt zudem die Umstände

– also die situativen Zusammenhänge – ab, die für und gegen den Täter sprechen. Dazu gehören:

- die Beweggründe und Ziele des Täters,
- die Gesinnung, die aus der Tat spricht und der aufgewandte Wille,
- das Maß der Pflichtwidrigkeit,
- die Art der Ausführung und die verschuldeten Auswirkungen,
- das Vorleben des Täters, seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse,
- das Verhalten nach der Tat, besonders sein Bemühen, den Schaden wieder gutzumachen (Strafgesetzbuch, 2000).

Bei einem höheren Strafmaß ist anzunehmen, dass diesem besonders starre Verhaltensmuster mit Impulsivität, einem fehlenden Opferempfinden, hoher Aggressivität und Feindseligkeit in der straftatrelevanten Situation zugrunde liegen.

Diese problematischen Verhaltensabläufe der Patienten mit komplexer PTSD spiegeln sich scheinbar auch im Therapieverlauf wieder. Die Patienten mit dieser Störung provozierten insgesamt mehr problematische Vorkommnisse als die nicht betroffenen Teilnehmer der Studie. Grundsätzlich sind solche Regelverstöße als Ausdruck von eingeschränkter Behandelbarkeit einer Person im Klinikalltag zu bewerten (Schalast, 2003). Diese Schwierigkeiten zeugen von einem Mangel an Einsicht, einer noch aktiven Symptomatik und Impulsivität (Gonzales-Cabeza, 2000; Nedopil, 2000). Gestützt werden die Ergebnisse bezüglich der demografischen und forensisch-relevanten Daten auch noch mal durch die Studie von Freese, Born & Müller-Isberner (1995). Sie fanden in ihrer retrospektiven Untersuchung zu problematischen Vorkommnissen im Rahmen

des Therapieverlaufs heraus, dass dafür forensische Merkmale trennschärfere Prädiktoren sind als klinische Verlaufsdaten oder rein psychiatrische Kriterien. Risikofaktoren waren schwere biografische Beeinträchtigungen, frühe dissoziale Auffälligkeiten, multiple Verurteilungen und mehrjährige Haftstrafen (Scheurer, 1993; Walter & Remscheid, 2004).

Dass von komplexer PTSD Betroffene in ihren Verhaltensmustern starr sind und zu einer Hospitalisierung neigen, wenn sie nicht in der Gesamtheit möglicher Beschwerden wahrgenommen und behandelt werden, konnten auch schon andere Studien zu diesem Konstrukt aufzeigen (Ford, 1999; Ford & Kidd, 1998; Teegen & Vogt, 2002). Die vorliegende Untersuchung liefert somit ein stützendes Argument für die Bedeutung dieses Konstruktes als diagnostische Kategorie mit relevanten Behandlungsimplicationen.

Die komorbiden Störungen nach ICD-10 wurden durch das Fremdbeurteilungsverfahren DIA-X erfasst. Es konnte aufgezeigt werden, dass Patienten mit komplexer PTSD statistisch signifikant häufiger unter affektiven Störungen litten als die Patienten ohne. Wie zu erwarten war, lag in dieser Gruppe öfter die „einfache“ PTSD aber auch die rezidivierende depressive Störung vor. Wenn man die Häufigkeit der affektiven Störungen für die Gesamtstichprobe betrachtet, ergibt sich ein Prozentsatz von 50% (16 Personen). Relevante Vergleichswerte schwanken hier sehr stark. Möller & Hell (2002) fanden in einer Strafgefangenenstichprobe 28% affektive Störungen und Dixon et al. (2005) sogar 75%. Papanastassiou, Waldon, Boyle & Chesterman (2004) diagnostizierten in einer Gruppe von psychisch kranken Mördern Depression z.B. nur bei 11%.

Die Lebenszeitprävalenz der PTSD-Diagnose liegt für die gesamte Stichprobe bei 28%. Der Vergleichswert für die Allgemeinbevölkerung wird bei bis zu 10% angegeben (Kessler et al., 1995: 7.8%; Perkonig et al., 1996: bis 2%; Steil & Ehlers, 1996: bis 9%; Tagay et al., 2004; van der Kolk et al., 1998: 10%). Die Lebenszeitprävalenz bei psychiatrischen Patienten liegt dagegen bei 40% (Poitzsch, Brady & Saladin, 1998) und bei Straftätern zwischen 17 – 33% (Dixon et al., 1995; Powell et al. 1997). In der Untersuchung von Dudeck (2000) in der Population der Maßregelpatienten zeigten 36% das Symptombild einer „einfachen“ PTSD.

In diesem Zusammenhang ist auch zu diskutieren, dass die komplexe PTSD lediglich eine Erweiterung der „einfachen“ PTSD um psychologische Effekte wie der Zerstörung von persönlichen Lebensperspektiven, der Re- und Viktimisierung, der Störung der Beziehungsfähigkeit und auch um körperbezogene Effekte wie die Somatisierung darstellen soll. In der vorliegenden Studie wurde allerdings nur bei 50% der DESNOS Patienten auch eine PTSD diagnostiziert. Damit war der Anteil von Patienten mit DESNOS ohne Komorbidität mit dieser Störung deutlich höher als mit bis zu 2% bei allen anderen Studien zum Konstrukt (Jongedijk et al., 1996; Roth et al. ,1997; Teegen & Schriefer, 2002; Teegen & Vogt, 2002). Bisher konnte nur Ford (1999) in seiner Studie eine relativ eigenständige Auftretswahrscheinlichkeit des Konstruktes nachweisen. Insgesamt 26% der Probanden litten unter dem Symptomkomplex ohne gleichzeitig eine PTSD ausgebildet zu haben. Formal-methodische Gründe für dieses Phänomen sind eher auszuschließen. Bei beiden angewandten Verfahren zur Erfassung der Störungsbilder handelt es sich um strukturierte Interviews, die auch den retrospektiven Moment beinhalteten. Offensichtlich ist aber, dass Patienten

mit gerade kindlichen Traumatisierungen sich eher in den einzelnen Kategorien der komplexen PTSD wiederfinden als in der psychiatrischen Kategorie der „einfachen“ PTSD. Dies entspricht auch den Vermutungen der Autoren um Herman und van der Kolk, die aus diesem Grund den Symptomkomplex einführten. Ob daneben die spezifische Gruppe der Maßregelpatienten ebenfalls von Bedeutung ist, muss offen bleiben. In der Untersuchung von Ford (1999) handelte es sich um Kriegsveteranen und andere Studien zum Konstrukt bei forensischen Patienten bzw. der vergleichbaren Straftäterpopulation liegen noch nicht vor.

Die bereits im Theorieteil diskutierte Komorbidität von komplexer PTSD und Abhängigkeitserkrankungen zeigte sich in dieser Studie nicht. Massive Alkoholprobleme hatten allerdings 50% der Gesamtstichprobe. Vergleichsstudien aus der Gefangenenpopulation ergaben Auftrittshäufigkeiten für Abhängigkeitserkrankungen von 25 – 92% (Bland et al. 1998; Brooke, 1993; Dixon et al., 2005). Dass kein statistisch signifikanter Zusammenhang von Sucht speziell mit dieser Störung gefunden wurde, liegt wahrscheinlich an der insgesamt hoch traumatisierten Stichprobe der Maßregelpatienten und lässt sich nicht auf die spezifische Form der physischen Misshandlung oder auf das Auftreten mehrerer kindlicher Traumata zurückführen. In beiden Aspekten unterschied sich nämlich die Gruppe der von komplexer PTSD Betroffenen von der nicht an diesem Störungsbild leidenden Studienteilnehmer.

Um Aussagen zur Psychopathologie der von DESNOS betroffenen Patienten zu treffen, wurde zum einen das Selbstbeurteilungsverfahren SCL-90 angewandt. Statistische Relevanz hatten hier die Globalskala zur psychischen Befindlichkeit

und die Subskalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Depression, Ängstlichkeit, Phobien und Aggressivität/ Feindseligkeit. Wenn man diese Skalen zusätzlich nach Testnormierung bewertet, zeigt sich auch hier eine deutliche Erhöhung in den Subskalen Unsicherheit, Depression, Aggressivität und Angst. Die Skala Phobische Ängste liegt noch im Normbereich und ist nur im Vergleich zur Patientengruppe ohne komplexer PTSD auffällig. In der Studie von Teegen & Schriefer (2002) zeigte sich im Rahmen dieses Verfahrens ein statistischer Zusammenhang zwischen komplexer PTSD und allen Subskalen, also nicht nur den eben genannten. Bei Zlotnick et al. (1998) hatte insbesondere die Subskala Somatisierung statistische Relevanz. Die auffallend geringe Bedeutung der Subskala Somatisierung für die von dieser Störung Betroffenen in der vorliegenden Untersuchung scheint diskussionswürdig. Dieser Fakt zeigte sich auch schon in der Besetzung der DESNOS-Kategorie Somatisierung im Interview zu diesem Konstrukt. Sie war für die Gesamtstichprobe im Gegensatz zu den anderen Bereichen von deutlich geringerer Bedeutung. Bei den Stichproben der genannten Vergleichsstudien handelte es sich ausschließlich um weibliche Probanden, während in der vorliegenden Studie 87.5% der Teilnehmer männlich waren. Hessel (2003) stellte fest, dass Mädchen ab der Pubertät mehr somatoforme Beschwerden entwickeln als Jungen, so dass diese unterschiedliche Bewertung geschlechtsspezifische Ursachen haben kann.

Um weitere Aussagen zur Psychopathologie zu treffen, wurde neben der allgemeinen psychischen Beeinträchtigung auch dissoziative Störungen bei den Probanden erfragt. Es ist mit dem Selbstbeurteilungsverfahren FDS erfasst worden. Ein statistisch relevanter Unterschied zwischen Patienten mit komplexer PTSD und denen ohne bestand bei den Phänomenen der Absorption und

Derealisation. Im Vergleich zur Normalbevölkerung liegen die Testwerte dieser Patientengruppe ebenfalls im auffällig zu wertenden Prozentbereich von 76–100%. Teilnehmer mit DESNOS neigen demzufolge eher dazu, sich von der Welt entfernt zu fühlen und unwirklich zu sein. Sie zeigen zudem die Tendenz zu imaginativen Erlebniswelten. Zlotnick et al. (1998) wiesen in ihrer Stichprobe der sexuell missbrauchten Frauen hier sogar einen hoch signifikanten Zusammenhang von komplexer PTSD mit dem Globalwert dieses Diagnostikum nach. Dies ist in der vorliegenden Studie nicht messbar gewesen. Zum Vergleich wird auch das Ergebnis aus dem Fremdbeurteilungsverfahren DIA-X bezüglich dissoziativer Störungen herangezogen. Bei nur drei Patienten – alle aus der Gruppe der von komplexer PTSD Betroffenen – konnte die Diagnose der dissoziativen Störung vergeben werden. Das entspricht ca. 10% der Gesamt- bzw. ca. 20% der Teilstichprobe. Die vorliegende Studie liegt damit höher im Vergleich zur europäischen Allgemeinbevölkerung mit 3% und zu europäischen Psychiatriepatienten mit 4 – 8% (Gast, 2001; Liß, 2002; Vanderlinden, 1993), aber unter den ermittelten Werten anderer Studien bei Straftätern und Maßregelpatienten. Carrion und Steiner (2000) konnten eine Prävalenz von 28% und Liß (2002) bei forensischen Patienten von 25% nachweisen. Allerdings handelte es sich in beiden genannten Studien um eine anderes Messverfahren, dass sich zudem am DSM-IV orientiert, während in der vorliegenden Studie das DIA-X nach ICD-10 zum Einsatz kam. Im ICD-10 werden nämlich gerade die für diese Stichprobe offenbaren Derealisationsphänomene ausdrücklich nicht eingeschlossen, da bei „diesen Syndrome nur begrenzte Aspekte persönlicher Gefühle und Identität betroffen sind“ (ICD-10, S.168), so dass sich die Diskrepanz zu den Studien mit höherer Prävalenz eventuell dadurch erklärt. Das die Patienten mit komplexer PTSD häufiger als die Patienten ohne diese Symptomatik aufwiesen, könnte

darauf hinweisen, dass bei ihnen die Kindheitstraumata schwerer waren und früher einsetzten. Dann nämlich zeigen Personen eine höhere Ausprägung an dissoziativen Störungen (Liß, 2001). Mit den anderen Ergebnissen dieser Studie korrespondieren die Untersuchungen von Mulder (1998) und Swet und Halpert (1993), die herausfanden, dass Erwachsene gerade dann dissoziative Störungen aufwiesen, wenn sie in der Kindheit vor allem körperlichen Misshandlungen ausgesetzt waren (Liß, 2001).

Abschließend sollen nun einige ausgewählte inter- und intrapersonalen Komponenten diskutiert werden. Um spezifische Persönlichkeitsmerkmale im Zusammenhang mit der komplexer PTSD zu erfassen, wurde der PF-R als Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt. Ein statistischer Zusammenhang zeigte sich hier konkret zwischen DESNOS und den Skalen emotionale Stabilität und Ängstlichkeit. Bei einem Mittelwert für die Skala emotionale Stabilität von 3.8 ist er bei diesen Patienten auch nach Testnorm auffallend niedrig und deutet auf eine stimmungslabile, emotional instabile, sehr empfindliche, leicht aus dem seelischen Gleichgewicht zu bringende Persönlichkeit hin. Der genannte Mittelwert liegt noch unter denen von den Autoren Schneewind & Graf (1998) ermittelte Wert bei Gruppen, die zum Vergleich herangezogen werden. Es handelt sich dabei um Personenstichproben mit niedrigem emotionalen Wohlbefinden bzw. hohem Stressempfinden. Die jeweiligen Werte lagen bei durchschnittlich 4.2 und 5.1. Für die Gruppe mit entgegengesetzt hohem emotionalen Wohlbefinden ergab sich dagegen ein Wert von 7.6. Für die Gruppe mit niedrigem Stresserleben wurde ein Mittelwert von 6.7 ermittelt.

Der Mittelwert für die Skala Ängstlichkeit mit 7.2 ist auffallend hoch und deutet darauf hin, dass sich die Patienten mit komplexer PTSD eher als verletzlich,

leicht zu beunruhigen und aus dem Gleichgewicht zu bringen, selbstzweifelnd, sorgenvoll, reizbar und stimmungslabil sehen. Der genannte Mittelwert lässt sich am ehesten wieder mit denen von den Autoren Schneewind & Graf (1998) ermittelten Werten bei den Persönlichkeitsprofilen für die genannten Gruppen mit niedrigem emotionalen Wohlbefinden von 7.2 und mit hohem Stresserleben von 6.3 vergleichen. Die entgegengesetzten Gruppen mit hohem emotionalen Wohlbefinden und den Personen mit niedrigem Stresserleben zeigten Werte von 4.0 und 4.9.

Um zum Ärgerausdruck als weitere Komponente Aussagen zu treffen, kam der STAXI zur Anwendung. Eine nachgewiesene statistische Signifikanz zwischen der Skala State-Anger und der komplexen PTSD lässt darauf schließen, dass die betroffenen Patienten häufiger Ärger erfahren und sich durch andere meist unfair behandelt fühlen. Sie sind damit eher Frustrationen ausgesetzt als die nicht von dieser Symptomatik betroffenen Patienten. Diese Skala erfasst allerdings einen Zustand, der von situativen Merkmalen beeinflusst wird. Da der Großteil der Stichprobe derzeit unter vergleichbaren Bedingungen lebt, kann es trotzdem als relevantes Ergebnis diskutiert werden. Als Vergleichsgruppe werden für diese Skala klinische Stichproben herangezogen (Schwenkmezger, Hodapp & Spielberger, 1992). Die Mittelwerte bei den Gruppen der Alkoholiker, Neurotiker und Psychosomatiker liegen zwischen 13.3 und 14.6 und damit deutlich unter dem Mittelwert der von komplexer PTSD Betroffenen mit 19.0.

Statistisch ebenfalls relevant für die DESNOS Gruppe war die Skala Anger-Temperament. Das bedeutet, dass diese Patienten eher ein hitziges Temperament haben und schon bei geringer Provokation Ärger erleben. Sie handeln meist impulsiv. Schwenkmezger et al. (1992) verweisen allerdings darauf, dass

diese Skala faktorenanalytisch bestimmt und nicht weiter analysiert oder validiert ist. Deswegen hat dieser Fakt nur geringe Aussagekraft.

Zu einem Ergebnis, dass hier zugeordnet werden kann, kommt Scheurer (1993). Er konnte für straffällige Männer mit einem anderem Verfahren nachweisen, dass diese Gruppe im Vergleich zur Gruppe von nicht Straffälligen unter erhöhter Zustandsangst litt. Zudem zeigte sich bei der Straffälligengruppe eine ausgeprägte Tendenz, Situationen schneller als bedrohlich zu bewerten.

Die meisten der beschriebenen problematischen Verhaltensmuster finden sich auch in der Beziehungsgestaltung wieder, die mit dem Selbstbeurteilungsverfahren IIP erfasst wurde. Patienten mit komplexer PTSD zeichnen sich im Unterschied zu Patienten ohne im interpersonalen Bereich vor allem dadurch aus, dass sie Schwierigkeiten haben, anderen zu vertrauen, diese zu unterstützen und eigene Bedürfnisse denen anderer zurückzustellen. Sie neigen dazu, regelrecht Auseinandersetzung mit anderen zu suchen. Zudem haben die Patienten Schwierigkeiten, anderen gegenüber Verpflichtungen einzugehen, Gefühle zu zeigen und sich anderen nahe zu fühlen. Beide Mittelwerte der eben beschriebenen Subskalen ergeben Test-Stanine-Werte, die auch als auffällige, von der Normstichprobe abweichende gewertet werden können. Die Erhöhung des Testgesamtwert als statistischer Trend zeigt auf, dass Patienten mit komplexer PTSD im interpersonalen Bereich größere Problemlagen aufweisen als Patienten ohne. Hier lässt sich das Ergebnis von Edwards & Donaldson (1989) einordnen. Sie fanden in einer Gruppe von PTSD-Patienten ein misstrauisches, feindseliges Verhalten und die Neigung zu Ärger im interpersonalen Kontakt. Während Dudeck (2001) allerdings bei ihrer Stichprobe in der Population der Maßregelpatienten einen statistischen Zusammenhang konkret zur Subskala zu

autokratisch/ dominant herstellen konnte, fand sich in der vorliegenden Studie eine statistische Assoziation zwischen DESNOS und den oben beschriebenen Subskalen zu abweisend/kalt und zu streitsüchtig/konkurrierend speziell bei von komplexer PTSD betroffenen Maßregelpatienten.

6.5. Der psychotraumatologische Ansatz im forensischen Bereich

Geschlechtsspezifischer Ansatz:

Es stellt sich immer wieder die Frage, warum es im Maßregelvollzug einen extrem hohen Anteil männlicher Patienten (bis zu 96%) gibt. Wenn man davon ausgeht, dass Delinquenz ein Ausdruck von Gewalt und mangelnder Empathie den Opfern gegenüber ist, könnte zur Erklärung der psychotraumatologische Ansatz greifen. In der vorliegenden Studie wurde eine Rate von chronifizierten Kindheitstraumata in Höhe von 87.5% gemessen. Das heißt, dass ein Großteil der Patienten in ihrer Kindheit Misshandlungen und Vernachlässigungen ausgesetzt waren. Dass diese Traumata langfristige Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung haben, ist bereits ausführlich diskutiert worden. Exemplarisch wird deswegen an dieser Stelle auf Untersuchungsergebnisse zurückgegriffen, die sich mit der Thematik speziell geschlechtsspezifisch auseinandersetzen. So zeigt sich, dass Jungen nach Traumatisierungen in der Kindheit eher mit Formen der Aggression reagieren als Mädchen und dass Aggression zudem das am längsten bestehende Symptom nach solch einem Ereignis darstellt (Bange & Böhme, 1998; Kendall-Tackett, Meyer-Williams & Finkelhor, 1998; Streeck-Fischer, 1998). Aggressive Verhaltensmuster spielen in der Sozialisation von Jungen grundsätzlich eine größere Rolle. Scheithauer (2003) führt hierzu aus,

dass schon im Kleinkindalter Jungen eine größere Reizbarkeit und ein größeres Ausmaß an Ärger zeigen, Mädchen dagegen eher Furcht. Während in Mädchen-Freundschaften eine hohe Intimität und Vertrautheit gesucht wird, gestalten Jungen ihre Beziehungen über gemeinsame Unternehmungen, insbesondere sportliche Aktivitäten. Sportliche Situationen beinhalten wiederum Konkurrenz und somit aggressive Momente. Weiter führt der Autor aus, dass Jungen in Konfliktsituationen eher nach effektiveren, aber auch aggressiveren Lösungsmustern suchen und dabei weniger nach Fakten über soziale Situationen fahnden – wie z.B. mögliche Opferfolgen. Auch aus der Sicht des traditionellen Erziehungsanspruchs wird bei Jungen mehr die Notwendigkeit für Durchsetzungsvermögen gesehen, während bei Mädchen Verhaltensweisen wie Anpasstheit und Verantwortung von Beziehungsgestaltung im Vordergrund stehen (Nowara, 1994). Für Jungen sind somit aggressive Verhaltensmuster biologisch und sozial determiniert. Um einen adäquaten Umgang mit dieser Emotion zu erlernen, ist ein ausbalancierender Bezugsrahmen notwendig. Das sind in der Sozialisation familiäre bzw. familienähnliche Strukturen mit stabilen Bindungen. Gerade familiäres Zugehörigkeitsgefühl befähigt zur „Herrschaft über Aggressionen“ (Fonagy, 2003; Nowara, 1994). Bei Kindheitstraumatisierungen kann man jedoch von massiven Störungen in diesem Bereich ausgehen (Joraschky, 1997; Nowara, 1994). Unsichere, problematische Bindungsstile stellen einen Risikofaktor für inadäquaten Einsatz von Aggressionen vor allem für Jungen und infolge auch für Delinquenz dar (Albani et al., 2003; Asendorf, 2004; Burton et al., 1991; Fonagy, 1998; Fricke & Reddemann, 2000; Moffitt et al., 2002; van der Kolk & Fessler, 1994).

Traumatisierungen, sofern sie unbehandelt bleiben, scheinen einen negativ verstärkenden Einfluss auf den Umgang mit Aggressionen im Sozialisationsprozess bei Jungen zu haben. Aufgrund nicht verinnerlichter Bewältigungsstrategien stellen diese Verhaltensmuster auch einen Risikofaktor für frühe und anhaltende Delinquenz dar.

„Cycle of Violence“:

Die These von der Reinszenierung eigener traumatischer Erlebnisse wurde bereits im ersten Abschnitt diskutiert. Es soll erneut Bezug darauf genommen werden, da in dieser Studie Hinweise zur ihrer Unterstützung gefunden wurden. Bei „cycle of violence“ oder Reinszenierung eines Traumas wird davon ausgegangen, dass es bei einer nicht adäquaten Verarbeitung des persönlichen Schicksals zur zwanghaften Wiederholung des Erlebten kommt. Das bedeutet, dass der Betroffene immer wieder in die gleiche grenzverletzende Situation kommt oder andere in diese bringt. Es besteht demzufolge ein Zusammenhang zwischen erlebter Gewalt und eigenen Aggressionen (Bentovin, 1999; Deegener, 1999; Dutton & Hart, 1992; Hiday et al., 2001; Horowitz, 1997; Naumann-Lenzen, 1998; Silva et al., 2000; Stein & Lewis, 1992; Weeks & Widom, 1998). So konnten Untersuchungen zu diesem Thema bereits zeigen, dass Gewalterfahrungen in der Kindheit deutlich das Risiko erhöhen, auch anderen gewaltvoll zu begegnen (Dulz & Nadolny, 1998; Hiday et al., 2001; van der Kolk & McFarlane, 2000a). Für Betroffene könnte darin der Versuch bestehen, vor allem dem Gefühl der Ohnmacht nach Traumatisierungen entgegenzuwirken. Über Aggressionen gegenüber andere kann Macht zurückerhalten werden und das wiederum stabilisiert möglicherweise das verlorene Selbstwertgefühl (Czierpka, 2003; Scheithauer, 2003; van der Kolk & Fessler, 1994).

In der vorliegenden Studie kristallisierte sich die Bedeutung kindlicher Traumatisierungen für die Gesamtstichprobe (87.5% der Teilnehmer) und insbesondere physische Misshandlungen (75.0% der Teilnehmer) für die vom untersuchten Konstrukt Betroffenen heraus. Daraus ergibt sich ein erster Hinweis für die These des „cycle of violence“. Ein extrem hoher Anteil der Patienten hat in der Kindheit grenzüberschreitende Erfahrungen gemacht und wiederum als Erwachsener andere, allein schon durch die vorliegende Straftat, viktimisiert. In der Selbstbeurteilung sah fast die Hälfte der Teilnehmer das Verletzen anderer als eine für sich problematische Verhaltensweise im Alltag.

Ein weiterer Hinweis stellt der – im Vergleich zu anderen Studien – in dieser Population erhöhte Anteil von sexuellem Missbrauch als kindliche Traumatisierung dar. Ursächlich kann hier durchaus der hohe Anteil von Sexualstraftätern sein, was einen konkreten Zusammenhang zwischen erlebter Traumatisierung und analoger Viktimisierung aufzeigen könnte. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kamen Dutton & Hart (1992). Sie bestätigten bei einer Straffälligengruppe die Assoziation zwischen sexuellem Missbrauch und begangenen Sexualstraftaten.

Die These der Reviktimisierung scheint durch die vorliegende Studie weiter untermauert. Viktimisierung kann zur Reinszenierung der eigenen traumatischen Erlebnisse in Form von Delinquenz führen. Zu bedenken ist dabei unbedingt, dass die Reinszenierung solange zwanghaft bleiben kann, bis die eigenen traumatischen Erfahrungen adäquat aufgearbeitet sind. Es wäre damit in der Therapie von Maßregelpatienten ein psychotraumatologischer Ansatz unumgänglich.

Bedeutung für die therapeutische Arbeit:

Die explizit gemessenen Persönlichkeitsaspekte wie Ängstlichkeit, erhöhte Ärgerdisposition oder die Psychopathologie wie Dissoziation bzw. die Bindungsprobleme durch mangelndes Vertrauen gegenüber anderen Personen bei den Patienten mit komplexer PTSD können Ursache für eine geringe Erreichbarkeit im therapeutischen Prozess sein, die sich v.a. in problematischen Vorkommnissen im Behandlungsverlauf zeigt. Es gibt Hinweise darauf, dass, wenn dem Opfer im Täter nicht begegnet wird, es zu einer grundsätzlichen Nichtbehandelbarkeit und somit zur Hospitalisierung führen kann (Fricke & Reddemann, 2000).

Verstärkt wird dieses Problem noch durch den abweisenden Bindungsstil, durch den sich diese Patienten auszeichnen. Die vordergründig feindselige Dominanz im interpersonalen Bereich bedeutet, dass diese Personen Schwierigkeiten haben, auf andere zuzugehen, mit ihnen überhaupt in Kontakt zu treten und anderen Personen nicht nur feindselig gesinnt zu sein. Die Basis in der therapeutischen Arbeit ist aber Beziehungsaufbau und -gestaltung. Wenn dies schon durch undifferenzierte Wahrnehmung und die mangelnde Beziehungsbereitschaft des Patienten gestört ist, stellt sich ein Behandlungseffekt kaum ein (Horowitz, 1997). Diesen Schwierigkeiten kann nur mit Geduld beim Behandelnden begegnet werden. Dazu ist es nötig, Kenntnisse zu den vorliegenden Zusammenhängen zu haben und sich bewusst methodisch darauf einzustellen.

Als zusätzliches Problem offenbarte sich in der Studie, dass psychiatrische Störungen das Beschwerdebild der von Traumatisierungen Betroffenen nicht ausreichend abbilden. Dem kann nur mit einer differenzierten Diagnostik z.B. durch das Konstrukt der komplexen PTSD und psychotraumatologischen Ansätzen im

Rahmen der Therapie begegnet werden (Dudeck, 2000; Liß, 2002; Spitzer et al., 2000).

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls erwähnenswert, dass die Patienten, die im Behandlungsverlauf keine Persönlichkeitsnachreifung zeigen und zudem durch häufige Regelverstöße auffallen, wahrscheinlich auch deswegen „hospitalisieren“, weil ihre Kriminalprognose nicht positiv gestellt werden kann. Die in diesem Bereich operationalisierten Verfahren beinhalten Bewertungen zum Sozialverhalten, zum Therapiestand und zu produzierten Vorkommnissen als mögliche Risikofaktoren für einen Rückfall (Conzalez-Cazeba, 2000; Seifert, Jahn & Bolten, 2000; Nedopil, 2005). Hierzu dürften nach dem vorliegenden Ergebnis v.a. die Patienten mit einer unbehandelten komplexen PTSD gehören. Die Studie zeigte auf, dass sie durch Misstrauen, einer besonderen Feindseligkeit und häufiges Fehlverhalten auffallen und zudem diese Muster sich als starr und wenig verrückbar erweisen.

Wenn man im therapeutischen Bereich den traumatischen Erlebnissen der Täter keinen Raum schenkt, können die starren Verhaltensmuster zusätzlich zu problematischen Vorkommnissen im Behandlungsverlauf führen. Da die derzeit gültigen psychiatrischen Diagnosekriterien offensichtlich nicht ausreichen, um das Beschwerdebild bei traumatisierten Maßregelpatienten abzubilden, sollte das Konstrukt komplexe PTSD/ DESNOS im forensischen Bereich Eingang finden.

6.6. Methodenkritik und weiterführende Forschungsansätze

Bei der Auswahl der methodischen Verfahren zur Erfassung der Daten wurde Wert auf eine formale Durchführung mit standardisierten Interviews und testtheoretisch gut validierten Selbstbeurteilungsskalen gelegt. Es wurden Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren im Rahmen der psychodiagnostischen Prüfverfahren kombiniert. Neben Testmethoden kamen Erhebungen zu spezifischen Daten sowie Dokumentenanalyse zum Einsatz. Die angewandten Methoden sollen im Folgenden kritisch diskutiert werden.

Als erster Gesichtspunkt sei angemerkt, dass bei der vorliegenden Studie eine Fülle von Testmethoden zum Einsatz kam, die zu einer Überforderung und Ermüdung beim Probanden geführt und somit das Ergebnis verzerrt haben kann.

Durch die geringe Teilnehmerzahl waren keine geschlechtsspezifischen Aussagen möglich und die Übertragung der Ergebnisse auf die Gruppe der Maßregelpatienten bleibt ebenfalls begrenzt, zumal es sich zum einen ausschließlich nach § 63 StGB untergebrachte, psychisch kranke Straftäter handelte und zum anderen die Gewaltstraftäter im Gegensatz zu den Sexualstraftätern unterrepräsentiert waren.

Es handelt sich bei der Studie um eine Querschnittsuntersuchung. Die Daten sind zu einem festen Zeitpunkt erhoben worden und berücksichtigen damit keinen Verlauf (Liß, 2002). Da die Ergebnisanalyse sich auf die Lebenszeitprävalenz des Merkmalskonstrukt komplexe PTSD bezog, wird der Einfluss der spezifischen Umgebungsvariablen der Maßregelvollzug als gering angesehen.

Auch bei den testpsychologischen Verfahren wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Messung der Persönlichkeitsmerkmale um latent vorhandenes Verhalten handelt und dies nicht auf die besonderen Lebensumstände in der Forensischen Psychiatrie zurückzuführen ist.

Weiterhin wurden die Probanden darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Studie für sie keine Auswirkungen auf ihre Unterbringungssituation hat. Zudem wurden die Patienten auf die Anonymisierung der Daten hingewiesen und ihnen entsprechend Datenschutz zugesichert. Dies machte sich zudem notwendig, um dem Problem der sozialen Erwünschtheit entgegenzuwirken (Liß, 2002). Da der Untersucher gleichzeitig auch Therapeut der Klinik ist, kann wahrscheinlich trotz der Vorkehrungen nur von einer Minimierung dieses Problems der sozialen Erwünschtheit ausgegangen werden.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine retrospektive Untersuchung, die neben der sozialen Erwünschtheit als Verzerrung auch das Problem von Leugnung oder dissoziativen Phänomenen bezüglich der Erinnerung an kindliche Traumata aufweist (Liß, 2002). Aufgrund dessen wurden Erhebungen durch Experten und Fremdbeurteilungsverfahren im testpsychologischen Bereich angewandt. Eine Begrenzung der Verzerrungen ist durch die Filterung erreicht. Es gilt aber auch hier zu bedenken, das Wissen der Experten beruht auf Aktenkenntnis und Patientenbehandlung. Akten können fehlerhaft oder unvollständig sein. Zusätzlich externe Belege können nur durch Aufhebung der Schweigepflicht und des Therapiegeheimnisses eingeholt werden. Inwieweit es durch den behandelnden Therapeuten im Vorfeld geschehen ist, kann nicht be-

urteilt werden. Somit muss es dieser Aspekt kritisch angemerkt werden (Liß, 2002).

Ein weiteres Problem ergibt sich aus den wenigen Studien zum Konstrukt. Die vorhandene Methodenvielfalt und die sehr spezifischen Stichproben machen Vergleiche schwierig. DESNOS/ komplexe PTSD gilt nicht als eigenständige Diagnose und wird – wie bereits ausführlich diskutiert – als eine, wenn auch sinnvolle Erweiterung der „einfachen“ PTSD angesehen. Das erklärt eventuell das noch geringe Interesse am Konstrukt. Mit der Population der Maßregelpatienten verhält es sich ähnlich. Es gibt wenige Studien, die einen klinischen Aspekt aufgreifen und damit liegen nur wenige Vergleichsdaten über Diagnosen, Therapieverläufe bzw. Problemen im therapeutischen Kontext vor (Stolpmann, 20001). Allgemein gilt die Forensische Psychiatrie als ein Fachgebiet, dass sich mit der Begutachtung und Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher befasst. Im engeren Sinne wird es als ein Fach betrachtet, dass sich mit „gerichtlichen“ Fragen auseinandersetzt (Rasch, 1996). Viele Experten sehen derzeit sicherheitsrelevante Aspekte im Vordergrund. Entsprechend liegt der Schwerpunkt der Wissenschaft und Forschung vor allem auf der Verbesserung der kriminalprognostischen Begutachtung (Rasch, 1996; Stolpmann, 2001).

Im Interview (SIDES) zum Symptomkomplex ist nicht erfasst worden, inwieweit die Unterbringung in einem Maßregelvollzug selbst als Verstärker bzw. als eigenständige Traumatisierung einen Einfluss auf das Ergebnis hatte. Im Gegensatz zu anderen Studien spielte die Straftat und nachfolgende Unterbringung als Auslöser einer PTSD bei den Patienten keine Rolle. Die Studie von Papanastassiou et al. (2004) dagegen zeigte auf, dass 58% der Probanden aufgrund

ihrer eigenen Straftat (Mord) eine PTSD ausbildeten. Dudeck (2000) kommt in der Stichprobe der Maßregelpatienten auf deutlich niedrigere 9% PTSD Auftretshäufigkeit. Die Studie von Gray et al. (2003) zeigte zwar auch ein Zusammenhang von eigener Straftat und PTSD aber nur in Verbindung mit schwieriger Kindheit bzw. problematischer Entwicklungsgeschichte.

Begrenzt blieb auch die Erfassung der Kindheitstraumata. Sowohl im Selbst- als auch im Fremdbeurteilungsverfahren sind die verschiedenen Formen weder vollständig noch mit Zusatzinformationen wie Eintrittsalter, Dauer, Häufigkeit und Schwere erfasst worden. Als eine weitere wichtige Form kindlicher Traumatisierung könnte die Zeugenschaft von Übergriffen gegenüber ihnen nahestehenden Personen sein, wie z.B. eine Misshandlung vom Vater gegenüber der Mutter. Viele Autoren verweisen auf eine große Bedeutung der Zeugenschaft als Traumatisierung (Dudeck, 2000; Dutton, 1992; Higgins & McCabe, 2000; Huber, 2003; Kessler et al., 1995; Liß, 2002). Ebenso spielen die genannten Angaben zu den einzelnen Misshandlungs- und Vernachlässigungsformen in der Ausbildung von Langzeitfolgen, insbesondere bei der PTSD generell eine wesentliche Rolle (Butollo et al, 1999; Green, 1990; Maerker, 1997; Pynoos et al., 2000). Auch verschiedene Einzelsymptome werden mit diesen Zusatzdaten konkret in Zusammenhang gestellt. Gast (2001) verweist z.B. auf den Zusammenhang von Schwere der Misshandlungen in der Kindheit und dissoziativer Symptomatik im Erwachsenenalter (Liß, 2002).

Nun zu den weiterführenden Forschungsansätzen. Mit einer deutlich erhöhten Stichprobengröße und Untersuchungen von Vergleichsgruppen wie der Straftäterpopulation sind differenzierte Aussagen zum Zusammenhang zwischen

DESNOS und forensisch-psychiatrischen Daten (einschließlich Therapieverlaufdaten) möglich. Gerade die forensischen Daten könnten mit Lockerungsverläufen und speziellen Prognosekriterien spezifiziert werden.

Der Schwerpunkt dieser Studie lag bei psychopathologischen Verhaltensmustern. Zur Datenbasis könnten protektive Faktoren (wie Konfliktbewältigungsstrategien, Lebenssinn u.a.) hinzugefügt werden. Dies erscheint schon deswegen interessant, weil sich nur bei 50% der Patienten mit einer Lebenszeit-Diagnose das Symptombild der komplexen PTSD noch aktuell zeigte.

Im Rahmen des Expertenratings könnten die einzelnen Traumatisierungen um Eintrittsalter, Dauer, Häufigkeit und Schwere erweitert werden. Differenziertere Aussagen zu Traumatisierungen und deren Folgen wären möglich.

7. Zusammenfassung

Kindliche Traumatisierungen wie Vernachlässigung und Misshandlungen führen bei Betroffenen zu Persönlichkeitsveränderungen, die in dem Konstrukt Disorder of extreme Stress not otherwise specified (DESNOS) oder komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (komplexe PTSD) zusammengefasst wurden.

Es umfasst 6 verschiedene Subkategorien:

- I Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen
- II Störungen der Wahrnehmung und des Bewusstseins
- III Störungen der Selbstwahrnehmung
- IV Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen
- V Somatisierung
- VI Veränderung der Lebenseinstellung

Mit diesen Symptombereichen wird der Schwerpunkt des Beschwerdebildes – anders als bei den Diagnosekriterien der einfachen Posttraumatischen Belastungsstörung – auf mögliche psychologische Effekte und die Somatisierungssymptomatik als Langzeitfolgen gelegt.

Verschiedenste Studien konnten eine hohe Konstruktvalidität bestätigen. Bei den Stichproben handelte es sich um Opfer von sexuellem und/oder physischer Misshandlung, um Kriegsveteranen und bei Borderline-Patienten, bei denen auch kindliche Traumatisierungen eine Rolle spielten. Es wurden Prävalenzen von 31.4% bis 100% ermittelt.

Bei Maßregelpatienten handelt es sich um eine Population, bei der gehäuft eine kindliche Traumatisierung zu finden sind. Vor diesem Hintergrund sollte in der

vorliegenden Studie die Prävalenz von DESNOS/ komplexe PTSD bei forensischen Patienten überprüft werden. Die Stichprobe setzte sich aus 28 männlichen und vier weiblichen Probanden zusammen. Das Durchschnittsalter betrug 36.9 Jahre. Es kamen verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren aus dem testpsychologischen Bereich ebenso zum Einsatz wie Erhebungen zu Kindheitserfahrungen und forensisch-psychiatrischen Daten. Zur Erfassung des Beschwerdebildes komplexer PTSD diente ein strukturiertes Interview.

Es zeigte sich eine Lebenszeitprävalenz des Konstruktes bei dieser Stichprobe von 50%. Die von DESNOS Betroffenen erlebten signifikant häufiger chronifizierte Traumatisierungen. Eine direkte Assoziation bestand zu körperlichen Misshandlungen. Zudem hatten diese Patienten auch signifikant häufiger das Gefühl, dass der Erziehungsstil ihrer Eltern von Strenge, Kritik und Tadel geprägt war.

Zudem wurde geprüft, wie sich der Zusammenhang zu komorbiden psychiatrischen Störungen und der Psychopathologie der Patienten mit komplexer PTSD darstellte. Statistische Assoziationen gab es zur einfachen posttraumatischen Belastungsstörung und zur rezidivierenden depressiven Störung. Von der komplexen PTSD-Betroffenen zeigten 50% auch eine „einfache“ PTSD. Damit kann von einer relativen Unabhängigkeit des Konstruktes von der PTSD im Rahmen dieser Studie ausgegangen werden.

Statistische Assoziationen von DESNOS gab es nicht im Bereich soziografischer, sondern nur im Bereich der forensisch-psychiatrischen Daten zu Aspekten wie höheres Strafmaß, frühe dissoziale Auffälligkeit und mehr problemati-

sche Vorkommnisse im Therapieverlauf. Verschiedene Persönlichkeitsaspekte wie eine hohe Ängstlichkeit, emotionale Instabilität, erhöhte Ärgerdisposition und im interpersonalen Kontext das Problem, überhaupt vertrauensvolle Beziehungen bzw. Verpflichtungen gegenüber anderen Personen einzugehen, waren zusätzlich statistisch auffällig.

Die gesamten Ergebnisse können Ausdruck von starren Verhaltensmustern sein und die geringe Ansprechbarkeit im Behandlungsverlauf erklären. Im therapeutischen Setting kann nur behandelt werden, was bekannt ist. Das Konstrukt komplexe PTSD hat somit als Diagnostikum Bedeutung, zumal die komorbiden psychiatrischen Diagnosen das Störungsbild der betroffenen Patienten nur ungenügend abbilden.

Die geringe Fallzahl lässt allerdings nur eine begrenzte Übertragung der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der Maßregelpatienten zu.

8. Anhang

8.A. Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD 10 (F 43.1)

- A. Die Betroffenen waren einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
- D. Entweder 1. oder 2.
 - 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
 - 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
 - a. Ein- und Durchschlafstörungen,
 - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
 - c. Konzentrationsschwierigkeiten,
 - d. Hypervigilanz,
 - e. Erhöhte Schreckhaftigkeit.
- E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach dem Ende einer Belastungsperiode auf.

8.B. Tabellen

Tabelle B.1.: Vergleich Familienstand und Rechtsgrundlage zwischen den Gruppen mit und ohne komplexe PTSD

	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD		Statistik (χ^2 -Test)	
	N	%	N	%	χ^2	p
Familienstand:					2.53	n. s.
- ledig	7	43.8	10	62.5		
- verheiratet	3	18.8	1	6.3		
- geschieden/ getrennt lebend	5	31.3	5	31,3		
- verwitwet	1	6.3	0	0		
Rechtsgrundlage:					3.15	n. s.
- erstmalige Unterbringung	12	75.0	14	87.5		
- erneute Unterbringung	3	18.8	1	6.3		
- Widerruf/ bedingte Entlassung	1	6.3	0			
- andere/sonstige	0	0	1	6.3		

Tabelle B.2.: Vergleich Aufenthalte im Heim und Psychiatrie zwischen den Gruppen mit und ohne komplexe PTSD

	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD		Statistik (χ^2 -Test)	
	N	%	N	%	χ^2	p
Heimaufenthalt vor 14. LJ	11	68.8	11	68.8		n. s.
Aufenthalt in Kinder- und Jugendpsychiatrie vor 14. LJ	2	12.5	3	18.8	.24	n. s.

Tabelle B.3.: Vergleich der Schul- und Berufsbildung zwischen den Gruppen mit und ohne komplexe PTSD

	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD		Statistik (χ^2 -Test)	
	N	%	N	%	χ^2	p
Schulabschluss	7	43.8	10	62.5	1.13	n. s.
Schulbildung:					1.67	n. s.
- kein Schulbesuch	2	12.5	1	6.3		
- Sonderschule ohne Abschluss	3	18.8	3	18.8		
- Sonderschule mit Abschluss	2	12.5	2	12.5		
- Volksschule ohne Abschluss	1	6.3	2	12.5		
- Volksschule mit Abschluss	5	31.3	3	18.8		
- Realschule	3	18.8	5	31.3		
Berufsbildung:					6.42	n. s.
- keine	6	37.5	5	31.3		
- ungelernter Arbeiter	1	6.3	3	18.8		
- angelernter Arbeiter	2	12.5	0	0		
- gelernter Arbeiter	7	43.8	5	31.3		
- Angestellter	0		2	12.5		
- Selbständiger	0		1	6.3		
Berufstätigkeit vor Festnahme	3	18.8	8	50.0	3.46	n. s.

Tabelle B.4.: Vergleich Drogen- und Alkoholprobleme zwischen den Gruppen mit und ohne komplexer PTSD

	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD		Statistik (χ^2 -Test)	
	N	%	N	%	χ^2	P
Drogenprobleme in der Vorgeschichte					5.46	n. s.
- Missbrauchsepisoden	7	43.8	2	12.5		
- deutliche Missbrauchsepisoden/ Abhängigkeit	5	31.3	4	24.0		
Alkoholprobleme in der Vorgeschichte:					4.67	n. s.
- Missbrauchsepisoden	5	31.3	1	6.3		
- deutliche Missbrauchsepisoden/ Abhängigkeit	1	6.3	0	0		
Aufenthalt in der Allgemeinpsychiatrie	5	31.3	3	18.8	.67	n. s.

Tabelle B.5.: Vergleich der Diagnose der Persönlichkeitsstörung zwischen den Gruppen mit und ohne komplexe PTSD

	Patienten mit komplexer PTSD		Patienten ohne komplexe PTSD		Statistik (χ^2 -Test)	
	N	%	N	%	χ^2	p
Persönlichkeitsstörung:					,00	n. s.
schizoide	1	6.3	2	12.6		
dissoziale	2	12.6	0	0		
Emotional-instabil: impulsiver Typ	1	6.3	1	6.3		
Emotional-instabil: Borderline Typ	0	0	1	6.3		
histrionisch	1	6.3	0	0		
ängstlich-vermeidend	2	12.6	1	6.3		
abhängig	1	6.3	0	0		
narzisstisch	2	12.6	8	50.0		
kombinierte	6	37.5	3	18.8		

9. Literaturverzeichnis:

- Abele, A., Mitzlaff, S., Nowak, W. (1975).** Einstellungen gegen Abweichlern und abweichendem Verhalten. In Abele, Mitzlaff, Nowak (Hrsg.). *Abweichendes Verhalten, Erklärungen, Scheinerklärungen und praktische Probleme*. frommann-holzboog. 231-261
- Adams, J. (2002).** Child Abuse: Fundamental Issue in Forensic Clinical Practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 46(6): 729-733
- Albani, C., Blaser, G., Körner, A., König, S., Marschke, F., Geißler, I., Geyer, M., Pokorny, D., Staats, H., Benninghofen, D., Dahlbender, R., Cierpka, M., Kächele, H. (2002).** Der Zusammenhang zwischen der Valenz von Beziehungserfahrungen und der Schwere der psychischen Beeinträchtigung. *Psychotherapie-Psychosomatik-Psychologische Medizin* 52: 282-285
- Albani, C., Geyer, M., Kächele, H.; Pokorny, D. (2003).** Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. *Psychotherapeut* 48: 388-402
- Albrecht, G..** Vorwort. In Dimmek (Hrsg.). *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früherer Gewalterfahrung*. Lengerich: Pabst: II-IV
- Allen, J.G., Coyne, L., Huntoon, J. (1998).** Complex Posttraumatic Stress Disorder. Woman From a Psychometric Perspective. *Journal of Personality Assessment* 70 (2): 277-298
- Allen, J.G., Huntoon, J., Evans, R.B. (1999).** Complexities in Complex Posttraumatic Stress Disorder in Inpatient Woman: Evidence From Cluster Analysis of MCMI-III Personality Disorder Scales. *Journal of Personality Assessment*. 73(3): 449-471
- Amann, G., Wipplinger, R. (1998).** Prävention von sexuellen Missbrauch- Ein Überblick. In Amann & Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag: 655-678
- American Academy of Pediatrics/ Committee on Adolescence (2001).** Health Care for Children and Adolescents. *The Juvenile Correctional Care System* 107 (4): 799-803

- Amsel-Kainarou, A., Nelles, J. (1993).** *Forensische Psychiatrie-Machtinstrument oder Schattendasein*. Bern: Haupt
- Andersen, H.S., Sestoft, D., Lillebæk, T., Gabrielsen, G., Hemingsen, R., Kramp, P. (2000).** A Longitudinal Study of Prisoners on Remand: Psychiatric Prevalence, Incidence and Psychopathology. Solitary vs. Non- Solitary Confinement. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 102: 19-25
- Asendorf, J.B. (2004).** *Psychologie der Persönlichkeit*. 3. Auflage. Berlin: Springer
- Bange, D., Boehme, U. (1998).** Sexuelle Gewalt an Jungen. In Amann & Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag: 726-735
- Bandura, A. (1969).** *Principles of Behaviour Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston
- Bauer, M. (1996).** Modellernen in der Verhaltenstherapie. In Reinecker & Schmelzer (Hrsg.). *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe: 223-233
- Beck, F. et al. (1995).** *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. 3. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Becker, E., Maerker, A. (2002).** Die Posttraumatische Belastungsstörung. *DNP* 3: 48-52
- Beier, K.M. (1997).** Prognose und Therapie von Sexualstraftätern aus sexualmedizinischer Sicht. *Kriminalpädagogische Praxis* 25 (37): 13-25
- Bender, D., Lösel, F..** Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und der Bewältigung von Misshandlung und Vernachlässigung. In Egle, Hoffmann & Joraschky (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlungen, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer: 35-53
- Bentovim, A. (1999).** *Zum Verständnis der Entwicklung sexuell missbrauchenden Verhaltens*. KiZ- Kind im Zentrum (Hrsg.). Wege aus dem Labyrinth: 111-125
- Bergmann, Maria V. (1998):** Die Angst vor Retraumatisierung und die Abwehrfunktion der negativen therapeutischen Reaktion. Schlösser & Höhfeld (Hrsg.). Psychosozialverlag: 33-50

- Bernecker-Wolff, A., Hutz, P., Lauer, H., Nowotny, E., Thyen, Wolff, R. (2000).** *Kindesmisshandlungen. Erkennen und Helfen.* Kinderschutzzentrum Berlin (Hrsg.)
- Bernstein, D.P., Fink, L. (1998):** Childhood Trauma Questionnaire- A Retrospective Self-Report. *The Psychological Corporation.* San Antonio: Harcourt Brace & Company
- Bisold, K.H. (2000).** Psychotrauma- Wenn nichts mehr ist wie früher... *Extracta Psychiatrica* 3 : 24-28
- Blair, R. J.R. (2001).** Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and Psychopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 71: 727-31
- Blais, M., Hilsenroth, M., Castlebury, F. (1997).** Psychometric Characteristics of The Cluster B Personality Disorders under DSM-III-R; And DSM-IV. *Journal of Personality Disorder* 11 (3): 270-278
- Bland, R., Newman, S., Thompson, A., Dyck, R. (1998).** Psychiatric Disorder in the Population and in Prisoner. *International Journal of Law and Psychiatry* 21 (3): 273-279
- Bohleder, Werner (2000).** Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche* 9/10: 797-840
- Brady, K.T., Killeen, T.K., Brewerton, T., Lucerini, S. (2000).** Comorbidity of psychiatric disorder and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 61 (7): 22-32
- Bremner, J.D., Southwick, S.M., Johnson, D.R., Yehuda, R., Charney, D.S. (1993).** Childhood Physical Abuse and Combat Related Posttraumatic Stress Disorder. Vietnam Veteran. *American Journal of Psychiatry* 150(2): 235-239
- Breslau, N., Davis, G. (1992).** Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults: Risk Factors for Chronicity. *American Journal of Psychiatry* 149: 671-675
- Breyman, K. (1997).** Aggressionsdelikte von Jugendlichen und ihre justizielle Verarbeitung. Jugendstrafrechtliche Praxis zwischen Integration und Ausgrenzung. In Warnke, Trott, Renschmidt (Hrsg.). *Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Bern, Stuttgart: Verlag Hans Huber: 339-345
- Bronisch, T., Bohus, M., Dose, M., Reddemann, L., Unkel, C. (2002):** *Krisenintervention bei Persönlichkeitsstörungen: Therapeutische Hilfe bei Suizida-*

lität, Selbstschädigung, Impulsivität, Angst und Dissoziation. München: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Bronisch, T., Mombour, W. (1998). The Modern Assessment of Personality Disorders Part 2: Reliability and Validity of Personality Disorder. *Psychopathology* 31: 293-301

Brooke, Deborah (1993). Addiction, Dependencies and Abuse in Mentally Abnormal Offender Population. *Current Opinion in Psychiatry* 6: 769-773

Brose, B. (1997). Psychiatrische Karriere und Stigmatisierung. In Dimmek (Hrsg.). *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung.* Lengerich: Pabst: 137-153

Bühning, P. (2005). Maßregelvollzug - „Fachkompetenz ist wichtiger als die Profession“. *Deutsches Ärzteblatt* 102 (11): B611-B612

Burkard, G. (1997) Soziographische Merkmale in Dimmek (Hrsg.): *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung.* Lengerich: Pabst: 21-33

Burton, D., Foy, D., Bwanausi, C., Johnson, J., Moore, L. (1994). The Relationship between Traumatic Exposure, Family Dysfunction, and Post-Traumatic Stress Symptoms in Male Juvenile Offenders. *Journal of Traumatic Stress* 7 (1): 83-93

Butollo, W. (1996). Psychologische Behandlung von Kriegstraumatisierten: Projekte in Bosnien. Mandl (Hrsg.). *Bericht über den 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München.* Göttingen: Hogrefe: 187-194

Butollo, W. (1997). Traumapsychologie und Traumapsychotherapie. *Psychotherapie.* 2. Jahrg. 2 (1): 23-34

Butollo, W., Gavranidou, M. (1999). Intervention nach traumatischen Ereignissen. In Oerter, v.Hagen, Röper & Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie.* Weinheim: Beltz: 459-476

Butollo, W., Hagl, M., Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion post-traumatischer Bewältigung.* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Carrion, V., Steiner, H. (2000). Trauma and Dissociation in Delinquent Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry* 39 (3): 353-359

- Carter-Snell, C., Hegadorn, K. (2003).** Stress Disorders and Gender: Implications for Theory and Research. *Canadian Journal of Nurse Research* 35: 34-55
- Cicchetti, D. (1999).** Entwicklungspathologie: Historische Grundlagen, konzeptuelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In Oerter, v.Hagen, Röper & Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz: 11-44
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack; Knauer, E. (2003).** Der Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation: Eine kritische Betrachtung. *Fortschritte in Neurologie/ Psychiatrie* 71: 600-608
- Clauß, G., Ebner, H. (1974).** *Grundlagen der Statistik für Psychologen, Pädagogen und Soziologen*. Berlin : Volk und Wissen
- Cuffe, S., Addy, C., Garrison, C., Waller, J.; Jackson, K., McKeown, R., Chilappagare, S. (1998):** Prevalence of PTSD in a Community Sample of Older Adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37 (2): 147-154
- Czierpka, M. (2003).** Gewaltprävention statt Präventivschlag. *Psychotherapeut* 48 (2): 78-79
- Dahle, K.-D. (1995).** *Zur Versorgung forensisch-psychiatrischer Patienten in den neuen Bundesländern, Bestandsaufnahme und Empfehlungen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 53. Nomos Verlagsgesellschaft
- Dahle, K.-D. (1997a).** Kriminalprognosen im Strafrecht/ Psychologische Aspekte individueller Verhaltensvorhersagen. In Steller & Volbert (Hrsg.). *Psychologie im Strafverfahren*. Bern: Verlag Hans Huber
- Dahle, K.-D. (1997b):** Therapie und Therapieindikation bei Straftätern. In Steller & Volbert (Hrsg.). *Psychologie im Strafverfahren*. Bern: Verlag Hans Huber: 142-159
- Damman, G., Benecke, C. (2004).** Angstzustände bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Erscheinungsformen, Psychodynamik und Behandlung. *Psychotherapeut* 49: 193-202
- Davidson, J.R.T. (2002).** Surviving disaster: what comes after the trauma? *British Journal of Psychiatry* 181: 366-368

- Davidson, J.R.T.; Fairbank, J.A. (1992):** The Epidemiology of Posttraumatic Stress Disorder; Davidson & Foa (1992): Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond. *American Psychiatry Press*: 147-169
- Davis, J. (1997):** *Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder in Former Second World War Prisoners of War*. Adelphi University: Institute of Advanced Psychology Studies
- Deegener, G. (1995).** *Sexueller Missbrauch: Die Täter*. Weinheim: Beltz: 193-248
- Deegener, G. (1999).** *Diagnostik und Therapie von psychosexuell auffälligen männlichen Jugendlichen*. KiZ- Kind im Zentrum (Hrsg.). Wege aus dem Labyrinth: 91-110
- Deneke, F.-W. (1999).** Neurobiologische Aspekte von Strukturbildungs- und Regulationsprozessen speziell bei Borderline-Patienten und unter besonderer Berücksichtigung sexuell traumatischer Erfahrung. *Persönlichkeitsstörungen* 3: 119-131
- Dessecker, A. (1997).** Straftäter und Psychiatrie. *Kriminologie und Praxis* 21
- Deykin, E.Y., Buka, S.L. (1997).** Prevalence and Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder Among Chemically Dependent Adolescents. *American Journal of Psychiatry* 154 (6): 752-757
- Dickenson, Ph.D., Verloin deGruy III, F., Dickenson, M.D., Candib, L.M. (1998).** Complex Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from the Primary Care Setting in General hospital psychiatry: psychiatry. *Medicine and Primary Care* 20: 214-224
- Dixon, A., Howie, P., Starling, J. (2005).** Trauma Exposure, Posttraumatic Stress, and Psychiatric Comorbidity in Female Juvenile Offender. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44 (8): 789-806
- Dornes, M. (1997):** Vernachlässigung und Misshaandlung aus der Sicht der Bindungstheorie. In Egle, Hoffmann & Joraschky (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlungen, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer: 65-78
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Berea, R.C., Wulff, H., Ratzka, S. (2002).** Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Zustand der Forschung. *Nervenarzt* 73: 820-829

Dudeck, M. *Traumata und Posttraumatische Belastungsstörung bei forensisch-psychiatrische Patienten.* Unveröff. Diss. Ernst- Moritz- Arndt- Universität: Greifswald

Dudeck, M., Liß, H., Spitzer, C., Freyberger, H.J. (2004). Die Posttraumatische Belastungsstörung bei psychisch kranken Straftätern: zwei Falldarstellungen. *Recht und Psychiatrie* 22 (1): 13-17

Dünkel, F., Geng, B. (1994). Rückfall und Bewährung von Karrieretäter nach Entlassung aus dem sozialtherapeutischen Behandlungsvollzug und aus dem Regelvollzug. In Steller, Dahle & Basque (Hrsg.). *Straftäterbehandlung, Argument für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis.* Pfaffenweiler: Centaurus- Verlagsgesellschaft: 35-59

Duffek, H. (1998). Therapie mit Tätern im Strafvollzug. In Amann & Wipplinger (Hrsg.) *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie.* 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag: 587-602

Dulz, B., Jensen, M. (1997). Vom Trauma zur Aggression- von der Aggression zur Delinquenz. Einige Überlegungen zu Borderline- Störungen. *Persönlichkeitsstörungen* 4: 189-198

Dulz, B., Nadolny, A. (1998). Opfer als Täter- Ein Dilemma des Therapeuten. *Persönlichkeitsstörungen* 1: 36-42

Dutton, D.G., Hart, Stephan D. (1992). Evidence for Long-Term, Specific Effects of Childhood Abuse and Neglect on Criminal Behaviour in Men. *International Journal of Offender and Comparative Criminology* 36: 129-137

Ebert, D., Heßlinger, B. (2000). Forensische Beurteilung der ADS/ ADHD des Erwachsenenalters. *Psycho* 26 (4): 225-228

Eckhardt-Henn; A. (2005). Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten. *Psychodynamische Psychotherapie* 3: 155-161

Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Steffens, M. (1997). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In Egle, Hoffmann & Joraschky (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlungen, Vernachlässigung.* Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH: 3-20

Ehlers, A. (1996). Ein kognitives Modell der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung. In Mandl (Hrsg.). *Bericht über den 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München.* Göttingen: Hogrefe: 580-585

- Engfer, A. (1997).** Gewalt gegen Kinder in der Familie. In Egle, Hoffmann & Joraschky (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlungen, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH: 21-34
- Entdorf, K. (2005).** Kosten im Maßregelvollzug: Expertise zu einer ökonomisch-kriminologischen Evaluation in Mecklenburg/ Vorpommern; Kostensenkung im Maßregelvollzug durch adäquatere Diagnostik, Prognostik und Rehabilitation von jugendlichen, heranwachsenden und jungen erwachsenen Straftätern in Mecklenburg-Vorpommern. Forschungsprojekt im Auftrag des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommerns. *Zwischenbericht*
- Faller, H. (2003).** Verhaltensgenetik. Was bringt die Genetik für das Verständnis der Entwicklung von Persönlichkeitseigenschaften und psychischen Störungen? *Psychotherapeut* 48 (2): 80-92
- Fazel, S., Danesh, J. (2002).** Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* 359 (16): 545-550
- Fehlenberg, D. (2000).** Schwierigkeiten bei der Begutachtung von Persönlichkeitsgestörten. *Recht und Psychiatrie* 18 (3): 105-112
- Feldmann-Summers, S., Pope, K. (1998).** Die Erfahrung des Vergessens eines Missbrauchs in der Kindheit: Eine nationale Befragung von Psychologen. In Amann & Wipplinger. *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag: 274-283
- Fegert, Häßler, Schnoor, Rebernig, König, Auer, Schläfke (2003).** Bestandsaufnahme und Qualitätssicherung der forensisch-psychiatrischen Gutachtertätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern bei Mord- und Brandstiftungsdelikten. Norderstedt: Books on Demand GmbH
- Fiedler, P. (1998).** Dissoziative Identitätsstörung, multiple Persönlichkeit und sex. Missbrauch in der Kindheit. In Amann & Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag: 217-234
- Fiedler, P. (1999).** Salutogenese und Pathogenese in der Persönlichkeitsentwicklung. In Oerter, v.Hagen, Röper & Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz: 315-334
- Fiedler, P. (2001).** Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz 1999
- Fiedler, P. (2003).** Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe

- Fiedler, P. (2004).** Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeutenjournal* 3 (1): 4-12
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T., Petzold, E. (2001).** Posttraumatische Belastungsstörung Leitlinie und Quellentext Reihenherausgeber: G. Rudolf & W. Eich Stuttgart: Schattauer
- Flatten, G., Schiepek, G., Hansch, D., Perlitz, V., Petzold, E.R. (2003).** Die Wirkung von traumatischen Stress auf biophysische Selbstorganisationsprozesse. Ein Beitrag zum Verständnis der Posttraumatischen Belastungsstörung aus der Perspektive der Synergetik. *Psychotherapeut* 48 (1): 31-39
- Flesch, M. (2001).** Das diagnostisch-dialektische Dilemma: Die dissoziale Persönlichkeitsstörung im forensisch-diagnostischen Spannungsfeld. In Osterheider, M. (Hrsg.). *Forensik 2000*. 15. Eickelborner Fachtagung. Dortmund PsychoGen Verlag: 37-45
- Fonagy, P. (1998).** Frühe Bindung und die Bereitschaft zu Gewaltverbrechen in Streeck-Fischer (Hrsg.). *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 91-127
- Fonagy, P. (2003).** Towards a developmental understanding of violence. *British Journal of Psychiatry* 183: 190-192
- Fondacaro, K., Holt, J., Powell, T. (1999).** Psychological Impact of Childhood Sexual Abuse on Male Inmates: The Importance of Perception. *Child Abuse & Neglect* 23 (4): 361-369
- Ford, J.D. (1999).** Disorder of Extreme Stress Following War-Zone Military Trauma: Associated Features of Posttraumatic Stress Disorder or Comorbid but Distinct Syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (1): 3-12
- Ford, J.D.; Kidd, P. (1998).** Early Childhood Trauma and Disorder of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress* 11 (4): 743-761
- Frädrich, S., Pfäfflin, F. (2000).** Zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Strafgefangenen. *Recht und Psychiatrie* 18 (3): 95-104
- Franke, A. (1992).** Zum Stand der konzeptuellen und empirischen Entwicklung des Salutokonzepts. Aaron Antonowsky: Zur Entmystifizierung der Gesundheit; Forum 36. dgvt Verlag: 169-215
- Franke, G.H. (2002).** SCL-90-R Symptom- Checkliste von L.R. Derogatis. Deutsche Version. 2. Auflage. Weinheim: Beltz Test GmbH

- Freese, R. (1998).** Die „Psychopathy Checklist“ (PCL-R und PCL-SV) von R.D. Hare und Mitarbeitern in der Praxis. In Müller-Isberner & Gonzales Cabeza (Hrsg.). *Forensische Psychiatrie*. Forum Verlag Godesberg: 81-92
- Freese, R., Born, P., Müller-Isberner, R. (1995).** Gravierende Delikte während der Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB). *Nervenarzt* 66: 542-549
- Freyberger, H.J. (2002).** Kriseninterventionsansätze in Psychodynamischen Psychotherapien. *Psychodynamische Psychotherapie* 2: 79-83
- Freyberger, H., Freyberger, H. J. (2002).** KZ-Traumatisierung: Die Überlebenden und die Täter. *Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 9 (3): 103-121
- Freyberger, H.J., Spitzer, C., Stieglitz, R.-D. (1999).** FDS- Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. Bern: Verlag Hans Huber
- Fricke, P., Reddemann, L. (2000).** Dem Opfer im Täter begegnen in Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. *Werkstattsschriften* 7 (1): 39-49
- Frommer, J. (2002).** Psychische Störungen durch globaler gesellschaftliche Veränderungen- Zur politischen Traumatisierung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 70: 418-428
- Fuckert, D. (1999).** Persönlichkeitsentwicklung, Trauma und Sexualität in der Nachfolge der Schule Wilhelm Reichs. Ein integratives körperpsychotherapeutisches Modell. *Persönlichkeitsstörungen* 3: 132-55
- Fydrich, T., Schmitz, B., Dietrich, G., Heinicke, S., König, J. (1996).** Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In Schmitz, Fydrich & Limbacher (Hrsg.) *Persönlichkeitsstörungen. Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Beltz: 56-90
- Fydrich, T., Schmitz, B., Hennch, C., Bodem, M. (1996).** Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In Schmitz, Fydrich & Limbacher (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Beltz: 91-113
- Gast, U. (2003).** Das Konzept der komplexen dissoziativen Störungen. *Psychodynamische Psychotherapie* 2: 79-90
- Gast, U. (2004).** Die Dissoziative Identitätsstörung (DIS). In Sachsse (Hrsg.). *Traumazentrierte Psychotherapie- Theorie, Klinik und Praxis*. Bern: Schattauer: 59-79

- Göppinger, H. (1983).** Der Täter in seinen sozialen Bezügen. Ergebnisse aus der Tübinger Jungtäter – Untersuchung. Heidelberg: Springer
- Göppinger, H. (1997).** Kriminologie. 5. Auflage. München: Beck
- Gramigna, R (2004).** Psychotherapie im Spannungsfeld zwischen Patientenbehandlung und Tätertherapie. *Recht und Psychiatrie* 22 (2): 56-61
- Gray, N.S., Carman, N.G., Rogers, P., MacCulloch, M.J., Hayward, P., Snowden, R.J. (2003):** Post-traumatic stress disorder caused in mentally disordered offenders by the committing of serious violent or sexual offence. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 14 (1): 27-43
- Green, B.L. (1990).** Terminology and Generic Stressor Dimensions. *Journal of Applied Social Psychology* 20: 1632-1642
- Green, B., Goodman, L., Krupnik, J., Corcoran, C., Petty, R., Stockton, P., Stern, N. (2000).** Outcomes of Single Versus Multiple Trauma Exposure in a Screening Sample. *Journal of Traumatic Stress* 13 (2): 271-286
- Gretenkord, L. (1992).** Psychisch kranke Rechtsbrecher auf der Flucht in: Das Risiko kalkulieren...Patientenbeurteilung und Lockerungsentscheidung als implizite Gefährlichkeitsprognose. *Werkstattsschriften zur Forensischen Psychiatrie* 4: 85-102
- Gretenkord, L. (1994).** Gewalttaten nach Maßregelvollzug (§ 63 StGB)- zur Rückfälligkeit der aus der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina von 1977 bis 1985 entlassenen Patienten. In Steller, Dahle & Basque (Hrsg.). *Straftäterbehandlung*. Pfaffenweiler: Centaurus- Verlagsgesellschaft: 75-89
- Greuel, L. (1997):** Schuldfähigkeitsbegutachtung. In Steller & Volbert (Hrsg.). *Psychologie im Strafverfahren*. Bern: Verlag Hans Huber: 105-118
- Grünberg, K. (2000):** Zur Tradierung des Traumas der nationalsozialistischen Judenvernichtung in Psyche. *Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* 9/10: 1002-1037
- Hankin, C.S. (1997).** Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In Maerker (Hrsg.). *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Berlin: Springer-Verlag: 358-380
- Hamburger, M.E., Lilienfeld, S.O., Hogben, M. (1996).** Psychopathy, gender and gender roles: Implications for antisocial and histrionic personality disorder. *Journal of Personality Disorder* 10(1): 41-55

- Hartkamp, Ott, Wöller, Langenbach (2002).** Dissoziale Persönlichkeitsstörung. In Tress, Wöller; Langenbach & Ott (Hrsg.): *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer: 93-121
- Hartkamp; Wöller; Langenbach; Ott (2002).** Narzisstische Persönlichkeitsstörung. In Tress, Wöller, Langenbach & Ott (Hrsg.): *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer: 213-234
- Hartkamp, Wöller, Ott, Langenbach (2002):** Borderline- Persönlichkeitsstörung (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus). In Tress, Wöller, Langenbach & Ott (Hrsg.): *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer: 123- 168
- He, X., Felthous, A., Holzer, C., Nathan, P., Veasey, S. (2001).** Factors in Prison Suicide: One Year Study in Texas. *Journal of Forensic Sciences* 46 (4): 896-901
- Heller, S., Larrieu, J., D'Imperio, R., Boris, N. (1999).** Research on Resilience to Child Maltreatment: Empirical Considerations. *Child Abuse & Neglect* 23 (4): 321-338
- Hennigsen, F. (2000).** Destruktion und Schuld. Spaltungen und Reintegration in der Analyse eines traumatisierten Patienten. *Psyche- Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* 9/10: 974-1001
- Hennigsen, F. (2002).** Traumatisierte Flüchtlinge und der Prozess der Begutachtung. Psychoanalytische Perspektiven. Vortrag
- Hennigsen, P., Jacobsen, T. (2002).** Diagnosen und Ursachenzuschreibungen bei somatoformen und angrenzenden psychischen Störungen in Psychodynamischen Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie* 1: 203-211
- Herman, J.L. (1992a).** Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress* 5: 377-391
- Herman, J.L. (1992b).** Sequelae of Prolonged and Repeated Trauma: Evidence for a Complex Posttraumatic Syndrome (DESNOS). In Davidson & Foa (Hrsg.). *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond*. American Psychiatry Press: 213-228
- Herman, J.L. (1993).** Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler Verlag GmbH
- Herman, J.L., Harvey, M. (1997).** Adult of Childhood Trauma: A Naturalistic Clinical Study. *Journal of Traumatic Stress* 10 (4): 557-571

- Herpetz, S., Saß, H. (2003).** Psychiatrische Konzepte von Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen* 7: 140-150
- Hessel, A., Geyer, M., Schumacher, J., Brähler, E. (2003).** Somatoforme Beschwerden bei Jugendlichen in Deutschland. *Psychotherapeut* 48 (2): 109-116
- Hiday, Swanson, Swartz, Borum, Wagner (2001).** Victimization: A link between mental illness and violence?. *International Journal of Law and Psychiatry* 24: 559-572
- Higgins, D., McCabe, M. (2000).** Relationships Between Different Types of Maltreatment During Childhood and Adjustment in Adulthood. *Child Maltreatment* 5 (3): 261-272
- Hochauf, R. (2004).** Körpererfahrung im Trauma. *Psychoanalyse und Körper* 3 (5): 61- 102
- Hoffmann, S. (2002).** Exkurs: Die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in DSM-IV und ICD-10 – auch eine „Pathocharakterologie“. *Persönlichkeitsstörungen* 3: 186-189
- Hoffmann, S.O., Eckhardt-Henn, A. (2001).** Angst und Dissoziation- Zum Stand der wechselseitigen Beziehung der beiden psychischen Bedingungen. *Persönlichkeitsstörungen Sonderband*: 28-39
- Hoffmann, S. O., Egle, U. T., Joraschky, P. (1997).** Bedeutung von Traumatisierungen in Kindheit und Jugend für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen- Versuch einer Bilanz. In Egle, Hoffmann & Joraschky (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlungen, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer: 417-422
- Holtus, A. (1992).** Die Urlaubs- und Lockerungspraxis im Maßregelvollzug in: Das Risiko kalkulieren...Patientenbeurteilung und Lockerungsentscheidung als implizite Gefährlichkeitsprognose. *Werkstattsschriften zur Forensischen Psychiatrie* 4: 103-146
- Horowitz, M.J. (1997).** Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. Integrative psychodynamisch- kognitive Psychotherapie. In Maerker (Hrsg.). *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag: 145-177
- Horstbrink, H., Leber, C. (1997).** Auffälligkeiten und Delinquenz in der Biographie. In Dimmek (Hrsg.): *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken*

Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung. Lengerich: Pabst: 121-136

Horstkotte, H. (2004). Unterbringung psychisch gestörter Täter: Aktuelle Probleme aus Gesetzgebung und Gerichtsprozess. In Dokumentation der Fachtagung. Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales

Huber, M. (2003). Trauma und die Folgen, Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Paderborn: Junfermann Verlag

Hundertmark, B. (1997). Kriminelle Karriere und Stigmatisierung. In Dimmek (Hrsg.): *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung.* Lengerich: Pabst: 207-225

Ide, N., Paez, A. (2000). Complex PTSD: A Review of Current Issues. *International Journal of Emergency Mental Health* 2 (1): 43-51

Jähmig, H.-U. (1993). Die Tötungssituation- Modell für sexuell motivierte Tötungsdelikte. In Leygraf, Volbert, Horstkotte & Fried (Hrsg.). *Die Sprache des Verbrechens- Wege zu einer klinischen Kriminologie-* Festschrift für Wilfried Rasch. Stuttgart: Kohlhammer: 7-12

Jatzko, A., Schmitt, A., Kordon, A., Braus, D.F. (2005). Bildgebende Befunde bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS): Literaturübersicht. *Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie* 73: 377-391

Jöckel, D. (1992). Untersuchung zur Maßregelvollzugsbehandlung in: Das Risiko kalkulieren...Patientenbeurteilung und Lockerungsentscheidung als implizite Gefährlichkeitsprognose. *Werkstattsschriften zur Forensischen Psychiatrie* 4: 71-84

Johnson, J., Smailes, E., Cohen, P., Brown, J., Bernstein, D. (2000). Associations between four Types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorder* 14 (2): 171-187

Jongedijk, R.A., Carlier, I.V.E., Schreuder, B.J.N., Gersons, B.P.R. (1996). Complex Posttraumatic Stress Disorder: An exploratory Investigation of PTSD and DES NOS Among Dutch War Veterans. *Journal of Traumatic Stress* 9 (3): 577-86

Joraschky, P. (1997a). Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch auf Selbstwert und Körperbild. In Egle, Hoffmann, Joraschky

- (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlungen, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer: 117-130
- Joraschky, P. (1997b)**. Sexueller Missbrauch und Vernachlässigung in Familien. In Egle, Hoffmann, Joraschky (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlungen, Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer: 79-92
- Jordan, J., Barde, B. (2005)**. Posttraumatische Belastungsstörungen nach einem Herzanfall. *Psychotherapeut* 50: 33-42
- De Jong, Komproe, Ommeren, Masri, Araya, Khaeled, van de Put, Soma-sundaram (2001)**. Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *JAMA* 1 286 (5): 555-562
- Josephs, L. (1996)**. Woman and trauma: A cotemporary psychodynamic approach to traumatization for patients in the OB/GYN psychological consultation clinic. *Bulletin of the Menninger Clinic* 60 (1): 22-38
- Joseph, S., Milliams, R., Yule, W. (1995)**. Psychosocial Perspectives On Post-Traumatic Stress. *Clinical Psychology Review* 15 (6): 515-544
- Kammeier, H. (2002)**. Maßregelvollzugsrecht. 2. Auflage. Walter de Gruyter
- Kancyper, L. (2000)**. Das Gedächtnis des Grolls und das Gedächtnis des Schmerzes. *Psyche- Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* 9/10: 954-973
- Kendall-Tackett, K., Meyer Williams, L., Finkelhor, D. (1998)**. Die Folgen von sexuellem Missbrauch bei Kindern: Review und Synthese neuerer empirischer Studien. In Amann & Wipplinger (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. 2.Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag: 151-186
- Kennerly, H. (2003)**. Schatten über der Kindheit- Wie sich frühe psychische Traumata auswirken und wie man sie bewältigt. Bern: Verlag Hans Huber
- Kersting, A. (2005)**. Trauern Frauen anders als Männer? Geschlechtsspezifische Unterschiede im Trauerverhalten nach dem Verlust eines Kindes. *Psychotherapeut* 50: 129-132
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. (1995)**. Post-traumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52: 1048-1060
- Kopfhammer, H.P. (2001)**. Trauma und Dissoziation- eine neurobiologische Perspektive. *Persönlichkeitsstörungen* 5 Sonderheft: 4-27

- Klemm, T. (2003).** Delinquenz, Haftfolgen und Therapie mit Straffälligen. Leipzig: Edition Erata
- Klemm, T. (2004).** Situationsmuster- Wege zu einer Theorie der Persönlichkeit. Leipzig: Edition Erata
- Klingst, M. (2003).** Wegsperrern für immer? Die Medien und das Sexualstrafrecht. *Forensik 2003: krank und/oder kriminell*. 18. Eickelborner Fachtagung. Dortmund: PsychoGen Verlag: 40-50
- Klußmann, R. (2000).** Persönlichkeitsstörung und Psychosomatik. In Nissen (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörung*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer: 71-78
- Kobbe, U. (1992).** Lockerungen im Maßregelvollzug am Beispiel des Westfälischen Zentrums für Forensische Psychiatrie Lippstadt – Ergebnisse eines Forschungsprojektes aus therapeutischer Sicht. In *Werkstattsschriften zur Forensischen Psychiatrie* 4: 39-62
- Köhler, D., Hinrichs G. (2004).** Die Prävalenz psychischer Störungen bei jugendlichen und heranwachsenden Gefangenen im Regelvollzug. In *Forensik 2003: krank und/oder kriminell*. 18. Eickelborner Fachtagung. Dortmund: PsychoGen Verlag: 174-182
- Korn, D.L., Leeds, A.M. (2002).** Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology* 58 (12): 1465-1487
- Kraus, C., Dammann, G., Rothgorde, J., Berner, W. (2004).** Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsorganisation bei Sexualdelinquenten. *Recht und Psychiatrie* 22 (2): 95-104
- Kristiansson, M., Sumelius, K., Søndergaard, H.-P. (2004).** Posttraumatic Stress Disorder in the Forensic Psychiatric Setting. *Journal of American Academy of Psychiatry Law* 23 (4): 399-407
- Kröber, H.-L. (1998).** Die Beurteilung der „schweren anderen seelischen Abarbeitigkeit“. In Müller-Isberner & Gonzales Cabeza (Hrsg.). *Forensische Psychiatrie*. Godesberg: Forum Verlag: 15-28
- Kröber, H.-L. (2004).** Probleme bei der psychiatrischen Begutachtung und Behandlung ausländischer Rechtsbrecher. In Dokumentation der Fachtagung. Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales

- Koepsel, K. (1993).** Psychisch krank, aber verantwortlich- der Straftäter von morgen? In Leygraf, Volbert, Horstkotte & Fried (Hrsg.). *Die Sprache des Verbrechens- Wege zu einer klinischen Kriminologie-* Festschrift für Wilfried Rasch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer: 139-147
- Kreutzberg, K. (1999).** Die Paradigmen der Psychiatrie und der Maßregel. *Recht & Psychiatrie* 1: 28-35
- Krüger, A., Plöger, R. (1997).** Vom ungeliebten Kind zum beziehungsfähigen Menschen?. In Dimmek (Hrsg.): Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung. Lengerich: Pabst: 173-190
- Krystal, H. (2000).** Psychische Widerständigkeit: Anpassung und Restitution bei Holocaust- Überlebenden. *Psyche- Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* 4 (9/10): 840-859
- Kühler, T., Stachetzki, R. (2005).** Differentialdiagnostik: Borderlinepersönlichkeitsstörung und komplexe Belastungsstörung. *Psychotherapeut* 50: 25-32
- Kunzke, D., Güls, F. (2003).** Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen im Erwachsenenalter. Eine Übersicht für die klinische Praxis. *Psychotherapeut* 48 (1): 50-70
- Kurth, R., Pokorny, D., Körner, A., Geyer, M. (2002).** Der Beziehungs- Muster- Fragebogen (BeMus): Validierung anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Psychotherapie- Psychosomatik- Medizinische Psychologie* 52: 179-188
- Kury, H. (2003).** Indikationen für psychowissenschaftliche Gutachten im Strafprozess. In Marneos, Rössner, Haring & Brieger (Hrsg.). *Psychiatrie und Justiz.* München: Zuckerschwerdt Verlag: 35-41
- Lahmann, C., Richter, R. (2002).** Leitliniengestützte Therapie der somatoformen Störungen in Psychodynamischen Psychotherapien. *Psychodynamische Psychotherapie* 1: 225-230
- Lamnek, S. (1994).** Neue Theorien abweichenden Verhaltens. München: W.-Fink-Verlag
- Langenbach, Hartkamp, Ott, Wöller (2002).** Abhängige (Asthenische) Persönlichkeitsstörung. In Tress, Wöller, Langenbach & Ott (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext.* Stuttgart: Schattauer: 205-212

- Langenbach, Hartkamp, Wöller, Ott (2002).** Anankastische (Zwanghafte) Persönlichkeitsstörung. In Tress, Wöller, Langenbach & Ott (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer: 181-194
- Langenbach, Ott, Hartkamp, Wöller (2002).** Ängstlich (Vermeidende) Persönlichkeitsstörung. In Tress, Wöller, Langenbach & Ott (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer: 195-204
- Langenbach, Wöller, Hartkamp, Ott, Tress (2002).** Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In Tress, Wöller, Langenbach & Ott (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer
- Laub, D. (2000).** Eros oder Thanatos? Der Kampf um die Erzählbarkeit des Traumas. *Psyche- Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* V (9/10): 860-894
- Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U. (1998).** Die Auswirkungen des sexuellen Mißbrauchs im Kindesalter auf Selbstbild und psychische Entwicklung im Jugendalter. In Schlösser & Höhfeld (Hrsg.). *Trauma und Konflikt*. Psychosozial-Verlag: 491-503
- Lembke, J. (2005):** Die Spuren der Verwahrlosung. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung 47: 72
- Lempp, R. (1993).** Mord und Totschlag. Die Motive Jugendlicher. In Leygraf, Volbert, Horstkotte & Fried (Hrsg.). *Die Sprache des Verbrechens- Wege zu einer klinischen Kriminologie- Festschrift für Wilfried Rasch*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer: 7-12
- Leygraf, N. (1988).** Psychisch kranke Straftäter. Berlin: Springer- Verlag
- Leygraf, N. (1997).** Gravierende Delikte während der Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB)- Kommentar zum Beitrag von R. Freese et al. *Nervenarzt* (1995). 66: 542-549. *Nervenarzt* 68: 434-437
- Leygraf, N. (2002).** Verschieden Möglichkeiten als nicht therapierbar zu gelten. *Recht und Psychiatrie* 20 (1): 3-7
- Liß, H. (2002).** Dissoziationen bei forensischen Patienten. Berlin: Mensch & Buch Verlag
- Lösel, F. (1975).** Persönlichkeitspsychologische Aspekte delinquenten Verhaltens. In Abele, Mitzlaff & Nowak (Hrsg.). *Abweichendes Verhalten, Erklärungen, Scheinerklärungen und praktische Probleme*. frommann-holzboog: 135-177

- Lösel, F. (1994).** Meta-analytische Beiträge zur wiederbelebten Diskussion des Behandlungsgedankens. In Steller, Dahle & Basque (Hrsg.). *Straftäterbehandlung, Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis*. Pfaffenweiler: Centaurus Verlagsgesellschaft: 13-34
- Lösel, F. (1998).** Evaluation der Straftäterbehandlung: Was wir wissen und noch erforschen müssen. In Müller-Isberner & Gonzales Cabeza (Hrsg.) *Forensische Psychiatrie*. Godesberg: Forum Verlag: 29-50
- Lösel, F., Bender, D. (1999).** Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklungspsychopathologie: Zur Kontroverse um patho- versus salutogenetische Modelle. In Mandl (Hrsg.). Bericht über den 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München. Göttingen: Hogrefe: 302-307
- Lösel, F., Linz, P. (1975).** Familiäre Sozialisation von Delinquenten. In Abele, Mitzlaff & Nowak (Hrsg.). *Abweichendes Verhalten, Erklärungen, Scheinerklärungen und praktische Probleme*. frommann-holzboog: 181-204
- Ludewig, K., Becker, A.-M. (2001).** Erfahrungen in der Therapie sexuell traumatisierter Jugendlicher. *Kriminalpädagogische Praxis* 29 (40): 8-20
- Maerker, A. (2003).** Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforschung. In A. Maerker (Hrsg.). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Heidelberg: Springer Verlag: 3-49
- Marneos, A., Ullrich, S., Rössner, D. (2003).** Das Dilemma der Begutachtung: Das Hallenser Angeklagtenprojekt. In Marneos, Rössner, Haring, Brieger (Hrsg.). *Psychiatrie und Justiz*. München: Zuckerschwerdt Verlag: 2-12
- Marshall, L.A., Cooke, D.J. (1999).** The Childhood Experience of Psychopaths: A Retrospective Study Of Familial And Societal Factors. *Journal of Personality Disorders* 13(3): 211-225
- Mayr, U. (1998).** „ Da muss was gewesen sein...“ Über das Bedürfnis mancher Patienten sexuell missbraucht worden zu sein. *Psychotherapeut* 43: 229-237
- McFarlane, A.C. (2000).** Posttraumatic Stress Disorder: A Model of the Longitudinal Course and the Role of Risk Factors. *Journal of Clinical Psychiatry* 61 (5): 15-20
- McFarlane, A.C., Van der Kolk, B.A. (2000a).** Trauma und seine Herausforderung an die Gesellschaft. In Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic Stress*. Paderborn: Junfermann Verlag: 48-69

- McFarlane, A.C., Van der Kolk, B.A. (2000b).** Widerstandskraft, Vulnerabilität und der Verlauf posttraumatischer Reaktionen. In Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic Stress*. Paderborn: Junfermann Verlag: 141-167
- McLean, L.M., Gallop, R. (2003).** Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry* 160: 369-371
- Melcher, C. (2002).** „Und jetzt bin ich dieses Monster...“ Sexuelle Gewalt durch Frauen. In *Werkstattsschriften: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 9 (1): 23-50
- Mende, W. (1993).** Suchtvarianten in Delinquenz und Kriminalität. In Leygraf; Volbert, Horstkotte & Fried (Hrsg.). *Die Sprache des Verbrechens- Wege zu einer klinischen Kriminologie-* Festschrift für Wilfried Rasch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer: 32-37
- Mescher, M., Janowski, N. (1997).** Biographische Merkmale. In Dimmek (Hrsg.). *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung*. Lengerich: Pabst: 35-58
- Meszáros, K. (2000).** Modellernen. In Stumm & Pritz (Hrsg.). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Frankfurt am Main: Zweitausendundeins: 440
- Michels, H.-P. (2003a).** Depression im Jugendalter- Diagnostik und Behandlung. In Michels & Borg-Laufs (Hrsg.). *Schwierige Zeiten, Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen*. Tübingen: dgvt-Verlag: 71-114
- Michels, H.-P. (2003b).** Sozialphobie im Jugendalter- Diagnostik und Behandlung. In Michels & Borg-Laufs (Hrsg.). *Schwierige Zeiten, Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen*. Tübingen: dgvt-Verlag: 115-152
- Mika, J. (2004).** Sexualstraftäterbehandlung. Kasuistik einer psychodynamischen Einzeltherapie. *Recht & Psychiatrie* 22 (2): 51-56
- Mitzlaff, S., Abele, A., Nowak, W. (1975).** Erklärung, Scheinerklärung und heuristisches Modell, um den kritischen Zugang zu Theorien abweichendes Verhalten zu strukturieren. In Abele, Mitzlaff, Nowak (Hrsg.). *Abweichendes Verhalten, Erklärungen, Scheinerklärungen und praktische Probleme*. frommann-holzboog: 65-123
- Möller, A.A., Hell, D. (2003).** Affective Disorder and Psychopathy in a sample of Younger Male Delinquents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107: 203-207

- Möller, A., Raeber, S., Hell, D. (2002).** „Sensation Seeking“ – Anmerkungen zu methodischen Aspekten der Erfassung von „Erlebnissuche“ durch eine deutschsprachige Übersetzung und Bearbeitung der Zuckermann-Skala. In *Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 9 (1)
- Mönnigmann, K., Heien, T. (1997).** Der familiäre Hintergrund von Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In Dimmek (Hrsg.). *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung*. Lengerich: Pabst: 59-80
- Moffitt T., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. (2002).** Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and psychopathology* 14: 179- 207
- Moggi, F. (1998).** Sex. Kindesmisshandlungen: Traumatisierungsmerkmale, typische Folgen und ihre Ätiologie. In Amann & Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch: Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. 2. Auflage Tübingen: dgvt-Verlag: 187-200
- Morgenstern, C., Spitzer, C., Freyberger, H.J., Spitzer, N. (2005).** Dissoziative Störungen- „Ich erinnere mich an nichts“!. *Psychodynamische Psychotherapie* 3: 176-181
- Müller-Isberner, R. (1998).** Prinzipien der psychiatrischen Kriminaltherapie. In: Müller-Isberner & Gonzales Cabeza (Hrsg.). *Forensische Psychiatrie*. Godesberg: Forum Verlag: 51-64
- Mullen, Paul E. (1998).** Der Einfluss von sex. Missbrauch auf die soziale, interpersonelle und sexuelle Funktion im Leben Erwachsener und seine Bedeutung in der Entstehung psychischer Probleme. In Amann & Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag: 246-259
- Munetz, M., Grande, T., Chambers, M. (2001):** The Incarceration of Individuals with Severe Mental Disorder. *Community Mental Health Journal* 37 (4): 361-372
- Muysers, J. (2004).** Langfristige Behandlung im Maßregelvollzug als Teil einer Gesamtkonzeption der Behandlung. In Dokumentation der Fachtagung Maßregelvollzug: Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales
- Nagin; T. (2001).** Parental and Early Childhood Predictors of Persistent Physical Aggression in Boys From Kindergarten to High School. *Archives of General Psychiatry* 58: 389-394

- Naumann-Lenzen, M. (1998).** Traumatisierung im Kindesalter und posttraumatische Somatisierung. Schlösser & Höfeld (Hrsg.). *Trauma und Konflikt*. Psychosozial-Verlag: 439-463
- Nedopil, N. (1996).** Forensische Psychiatrie- Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 2. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Nedopil, N. (1997).** Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für Prognose künftiger Delinquenz. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 80: 79-92
- Nedopil, N. (2002).** Therapierrelevante Kriminalprognose. Wischka, Jesse, Klettke & Schaffer (Hrsg.). *Justizvollzug in neuen Grenzen*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag:168-179
- Neusser, S., Launer, P. (1997).** Gewalterfahrung und Gewaltausübung in der Biographie: Wechselwirkungen? in Dimmek (Hrsg.). *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung*. Lengerich: Pabst: 191-205
- Newman, E., Orsillo, S., Herman, D.S., Niles, B.L., Litz, B.T. (1995).** Clinical Presentation of Disorder of Extreme Stress in Combat Veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease* 183 (10): 628-632
- Niebergall, G., Remschmidt, H.(1997).** Zum Stellenwert der Psychodiagnostik bei der forensischen Begutachtung von jugendlichen Straftätern. In Warnke, Trott & Remschmidt (Hrsg.). *Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern: Verlag Hans Huber: 232-248
- Norris, F.H. (2002).** Disaster in Urban Context. *Journal of urban health* 79 (3): 308-317
- Nowara, S. (1993).** Psychisch kranke Straftäterin. In Leygraf, Volbert, Horstkotte & Fried (Hrsg.). *Die Sprache des Verbrechens- Wege zu einer klinischen Kriminologie- Festschrift für Wilfried Rasch*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer: 266-275
- Nowara, S. (1994).** Frauen im Maßregelvollzug- Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit mit Frauen im Maßregelvollzug. In Steller, Dahle & Basque (Hrsg.). *Straftäterbehandlung- Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis*. Pfaffenweiler: Centaurus- Verlagsgesellschaft: 132-141

- Odd, D., Eckenrode, J., Henderson, C., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L., Luckey, D. (1997).** Long-Term Effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect. *JAMA* 278: 637-643
- Oerter, R. (1999).** Klinische Entwicklungspsychologie: zur notwendigen Integration zweier Fächer. In Oerter, v.Hagen, Röper & Noam (1999). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz: 1-10
- Oerter, R., Noam, G. (1999).** Der konstruktivistische Ansatz. In Oerter, v.Hagen, Röper & Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz: 45-78
- Oerter, R., Schneewind, K.A., Resch, F. (1999).** Modelle der klinischen Entwicklungspsychologie. In Oerter, v.Hagen, Röper & Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Beltz: 79-118
- Okon, E. (2002).** Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 57: 4-7
- Orlob, S. (2000).** Zur forensisch-psychiatrischer Relevanz von Persönlichkeitsstörungen. In Nissen (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörung*. Stuttgart: Kohlhammer: 168-187
- Ortmann, C., Fechner, G., Bajanowski, T., Brinkmann, B. (2001).** Fatal Neglect of the Elderly. *International Journal of Legal Medicine* 114: 191-193
- Oswald, M.E. (1997).** Richterliche Urteilsbildung. In Steller, Max & Volbert (Hrsg.). *Psychologie im Strafverfahren*. Bern: Verlag Hans Huber: 248-269
- Ott, Langenbach, Hartkamp, Wöller (2002).** Histrionische Persönlichkeitsstörung. In Tress, Wöller, Langenbach & Ott (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer: 169-180
- Paar, G. H., von Hagen, C., Kriebel, R., Wörz, T. (1999).** Genese und Prognose psychosomatischer Störungen. In Oerter, v.Hagen, Röper & Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz: 299-313
- Panziere, R., Decius, M. (1997).** Gewaltausübung Unterbringungsdelikte Kriminelle Karriere und Gewaltentwicklung. In Dimmek (Hrsg.). *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung*. Lengerich: Pabst: 101-119

- Papanastassiou, M., Waldron, G., Boyle, J., Chesterman, L. (2004).** Post-Traumatic Stress Disorder in mentally ill perpetrators of homicide. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 15 (1): 66-75
- Peichl, J. (2001).** Die Transformation der traumatischen Erinnerung- Techniken der Traumatherapie- Eine Revue der Erklärungsmodelle und Therapieansätze. In Streeck-Fischer, Sachsse & Özkan (Hrsg.). *Körper, Seele, Trauma: Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck-Ruprecht: 151-173
- Peichl, J. (2005):** Psychodynamische Behandlungsstrategien für Trauma-assoziierte Störungen im klinischen Setting. *Psychodynamische Psychotherapie* 4: 38-45
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B.A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., Resick, P. (1997).** Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorder of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress* 10 (1): 3-16
- Perkonigg, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H. – U. (2000).** Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 101: 46-59
- Perlewitz, E. (1986).** Wirkungen von Gewalt auf die Persönlichkeitsentwicklung. In Feldmann- Bange & Krüger (Hrsg.). *Gewalt und Erziehung*. Bonn: Psychiatrie- Verlag: 27- 51
- Pertz, T. (2001).** Therapie von Tätern ist der Opferschutz- „Sexualdelikte- Opfer und Täter“. *Kriminalpädagogische Praxis* 29 (40): 35-37
- Petermann, U., Petermann, F. (1999).** Entwicklungspsychopathologische Grundlagen zur Planung einer Kinderverhaltenstherapie. In Oerter, v.Hagen, Röper & Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz: 400-420
- Peters, U.-H. (2003).** Für und Wider ICD-10 Kapitel V. *Fortschrift Neurologie Psychiatrie* 71: 115-117
- Petzold, H. (1993):** Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann
- Pfäfflin, F. (1997).** Formen der Delinquenz- eine Einführung. *Persönlichkeitsstörungen* 4: 156-160
- Pfäfflin, F., Kächele, H. (2002).** Muss Forensische Psychotherapie neu erfunden werden. In Wischka, Jesse, Klettke & Schaffer (Hrsg.). *Justizvollzug in neuen Grenzen*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag:180-226

- Plassmann, R. (2005):** Psychotherapie traumatisierter Patienten- Die Arbeit mit bipolarem EMDR. *Psychoanalyse & Körper* 4 (6): 91-107
- Plock, K., Hamann, N. (2004).** Die Bedeutung von Traumata für die Komplexität der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Diplomarbeit. Ernst- Moritz- Arndt Universität Greifswald
- Pollähne, H. (1992).** Lockerungen im Maßregelvollzug am Beispiel des Westfälischen Zentrums für Forensische Psychiatrie – Ergebnisse eines Forschungsprojektes aus juristischer Sicht. *Werkstattsschriften zur Forensischen Psychiatrie* 4: 17-38
- Preuss, Rujescu, Giegling, Koller, Bottlender, Engel, Möller, Soyka, Pütz (1997).** Aufbau und Inhalt der empirischen Untersuchungen. In Dimmek (Hrsg.). *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung.* Lengerich: Pabst: 1-19
- Pynoos, R.S., Steinberg A.M., Goenjian, A. (2000).** Traumatische Belastungen in Kindheit und Jugendalter- Neuere Entwicklungen und Kontroversen. In Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic Stress.* Paderborn: Junfermann: 265-288
- Rahm, D. (1993).** Einführung in die Integrative Therapie: Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann
- Raine, Lencz, Bihrlé, LaCasse, Colletti (2000).** Reduced Prefrontal Gray Matter Volume and Reduced Automatic Activity in Antisocial Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry American Medical Association* 57: 119-127
- Rasch, W. (1992).** Lockerungen: Eine unendliche Geschichte in: Das Risiko kalkulieren...Patientenbeurteilung und Lockerungsentscheidung als implizite Gefährlichkeitsprognose. *Werkstattsschriften zur Forensischen Psychiatrie* 4: 1-16
- Rasch, W. (1999).** Forensische Psychiatrie. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Rasmussen, K. (1998).** Psychopathy als Prädiktor für intrainstitutionelle Gefährlichkeit. In Müller-Isberner & Gonzales Cabeza (Hrsg.). *Forensische Psychiatrie.* Godesberg: Forum Verlag: 93-98
- Rauchfleisch, U. (1993).** Chancen und Probleme der ambulanten Psychotherapie von Straffälligen. In Amsel-Kainarou & Nelles (Hrsg.). *Forensische Psychiatrie-Machtinstrument oder Schattendasein.* Bern: Haupt: 65-88

- Rayel, M.G. (2000).** Clinical and Demographic Characteristics of Elderly Offenders at a Maximum-Security Forensic Hospital. *Journal of Forensic Science* 45 (6): 1193-1196
- Rehder, U. (1993a).** Sexualdelinquenz. *Kriminalpädagogische Praxis* 21 (33): 18-37
- Rehder, U. (1993b).** Tötungsdelikte. *Kriminalpädagogische Praxis* 21 (33): 38-47
- Rehder, U. (2002).** Diagnostik und Vollzugsplanung. In Wischka, Jesse, Klettke & Schaffer (Hrsg.). *Justizvollzug in neuen Grenzen*. Lingen: Kriminalpädagogischer Verlag:180-226
- Rehder, U. (2004).** Vorüberlegungen zu einem Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter. *Forensik 2003: krank und/oder kriminell*. 18. Eickelborner Fachtagung. Dortmund: PsychoGen Verlag: 60-74
- Rehder, U., Meilinger, H.G. (1997).** Sexueller Missbrauch- Straftat und inhaftierte Täter. *Kriminalpädagogische Praxis* 25 (37): 31- 43
- Rehder, Nuhn-Naber, Eitzmann, Griepenburger, Pern (2004).** Behandlungsindikation bei Sexualstraftätern. *Monatszeitschrift für Kriminologie* 87 (5): 371-385
- Remschmidt, H. (1997).** Zur Ätiologie und Genese gewalttätigen Verhaltens. Folgerungen für die Begutachtung. In Warnke, Trott & Remschmidt (Hrsg.). *Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern: Verlag Hans Huber: 193-209
- Resick, P.A. (2002).** Stress und Trauma- Grundlagen der Psychotraumatologie. Bern: Verlag Hans Huber
- Richter, R. (1997).** Erzählweisen des Körpers: Kreative Gestaltarbeit in Therapie, Beratung, Supervision und Gruppenarbeit. Seelze-Velber: Kallmeyer
- Richter-Appelt, H. (1998).** Differentielle Folgen von sexuellen Missbrauch und körperlicher Misshandlung. In Amann & Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag: 201-216
- Riecher-Rössler, A. (2002).** Krisenintervention heute- integrativ und interdisziplinär. *Psychodynamischen Psychotherapie* 2: 84-92
- Riemer, A., Schindler, J. (1997).** Sexualanamnese. In Dimmek (Hrsg.). *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung*. Lengerich: Pabst: 81-99

- Richter-Unger, S. (1999).** Therapeutische Arbeit mit missbrauchenden Erwachsenen im Rahmen eines familienorientierten Ansatzes; KiZ- Kind im Zentrum (Hrsg.). Wege aus dem Labyrinth: 162-167
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B.A., Mandel, F. (1997).** Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 10 (4): 539-555
- Rotthaus, W., Gruber, T. (1998).** Systemische Tätertherapie mit Jugendlichen und Heranwachsenden – Einladung zur Konstruktion einer Welt der Verantwortlichkeit. Amann & Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. 573-585
- Rückert, S. (2003):** Sexualverbrechen- Wird er es wieder tun? Die Zeit- Dossier 08/ 2003
- Ruchkin, V., Schwab-Stone, M., Koposov, R. A., Vermeiren, R., King, R. A. (2003).** Suicidal Ideations and Attempts in Juvenile Delinquents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44 (7): 1058-1066
- Ruiter de Corine, Greeven (2000):** Personality Disorder in a Dutch Forensic Psychiatric Sample: Convergence of Interview and Self- Report Measure. *Journal of Personality Disorder* 14 (2): 162-170
- Sachsse, U. (1997).** Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik- Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Sachsse, U. (2002).** Die posttraumatische Belastungsstörung: neurobiologisches Wissen und therapeutische Perspektiven. *Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 9 (3): 79-100
- Sachsse, U., Eßlinger, K., Schilling, L. (2004).** Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. In Sachsse (Hrsg.). *Traumazentrierte Psychotherapie- Theorie, Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer: 92-103
- Sack, M. (2004).** Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 75: 451-459
- Saradjian, J. (1999).** Frauen als Missbraucherinnen- Ergebnisse einer Forschungsstudie. KiZ- Kind im Zentrum (Hrsg.). Wege aus dem Labyrinth: 126-137

- Saß, H. (1987):** Psychopathie- Soziopathie-Dissozialität. Berlin, Heidelberg: Springer
- Saß, H. (1998).** Persönlichkeit - Dissozialität – Verantwortung. In Müller-Isberner & Gonzales Cabeza (Hrsg.). *Forensische Psychiatrie*. Godesberg: Forum Verlag: 1-14
- Saß, H. (2001).** Gewaltkriminalität und Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen* Sonderheft 2001 (5): 40-52
- Saß, H., Ebel, H., Houben, I. (1997).** Affektdelikte bei Jugendlichen und Heranwachsenden. In Warnke, Trott & Remschmidt (Hrsg.). *Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern: Verlag Hans Huber: 265-280
- Saß, H., Steinmeyer, E.M. (1996).** Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In Schmitz, Fydrich & Limbacher (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Bern: Beltz: 42-55
- Saß, H., Jünemann, K. (2000).** Klassifikation und Ätiopathogenese von Persönlichkeitsstörungen. In Nissen (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörung*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer: 9-27
- Schalast, N. (2003).** Patienten des Maßregelvollzugs gemäß §63 StGB mit geringen Entlassungschancen. Projektbericht. Landschaftsverband Rheinland; Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen
- Schaumburg, C. (2003).** Basiswissen: Maßregelvollzug. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Shea, M., Zlotnick, C., Weisberg, R. (1999).** Commonality and Specificity of Personality Disorder Profiles in Subjects With Trauma Histories. *Journal of Personality Disorders* 13 (3): 199-210
- Scheithauer, H. (2003).** Aggressives Verhalten von Jungen und Mädchen. Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Schepker, R. (1997).** Ergebnisse einer Umfrage unter Juristen zu den Beauftragungsgründen und Erwartungen für forensisch-jugendpsychiatrische Gutachten. In Warnke, Trott & Remschmidt (Hrsg.). *Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern: Verlag Hans Huber: 292-300
- Scheurer, H. (1993).** Persönlichkeit und Kriminalität. Regensburg: S. Roderer Verlag

- Schmeck, K. (2001).** Die Bedeutung von Temperamentsmerkmalen für die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Persönlichkeitsstörungen* 5: 189-198
- Schmitz, B., Fydrich, T., Limbacher, K. (1996).** Diagnostik und Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen: Eine Einführung. In Schmitz, Fydrich & Limbacher (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Bern: Beltz: 1-26
- Schneewind, K., Graf, J. (1998).** Der 16 Persönlichkeits- Faktoren- Test. Revidierte Fassung. Bern: Verlag Hans Huber
- Schneider, H.-L (1994).** Kriminologie der Gewalt. Stuttgart, Leipzig: Hirzel
- Schreiber, H.-L. (2003).** Die Schuldfähigkeitsbeurteilung zwischen psychiatrischen und juristischen Kriterien. In Marneos, Rössner, Haring & Brieger (Hrsg.). *Psychiatrie und Justiz*. München: Zuckerschwerdt Verlag: 14-19
- Schneider, U. (2004).** Überlegungen zur Änderung des Maßregelrechts in: Dokumentation der Fachtagung Maßregelvollzug. Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales
- Schneider, W. (2002).** Bilden Persönlichkeitstests Krankes oder Gesundes ab? Zur Pathophilie der diagnostischen Instrumente. *Persönlichkeitsstörungen* 3: 155-173
- Schroer, S. (1999).** Das Anregen der Selbstorganisation komplexer Systeme: Ressourcenstärkung bei jugendlicher Suizidalität. In Oerter, v.Hagen, Röper & Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Bern: Beltz: 437-459
- Schubbe, O. (1999).** Psychologische Traumatherapie. KiZ- Kind im Zentrum (Hrsg.). Wege aus dem Labyrinth: 176-183
- Schützewohl, M. (1997).** Diagnostik und Differentialdiagnostik. In Maerker (Hrsg.). Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. Berlin, Heidelberg: Springer: 76-101
- Schützewohl, M. (2000).** Frühinterventionen nach traumatisierenden Erfahrungen. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 68: 423-432
- Schumacher, J., Eisemann, M., Brähler, E. (2000).** FEE- Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten. Bern: Verlag Hans Huber
- Schwarzer, R. (1993).** Streß, Angst und Handlungsregulation. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

- Schwenkmezger, P., Hodapp, V., Spielberger, C. (1992).** Das State- Trait-Ärgerausdrucks - Inventar- STAXI. Bern: Verlag Hans Huber
- Seedat, S., Nyamai, C., Njenga, F., Vythilingum, B., Stein, D.J. (2004).** Trauma exposure and post-traumatic stress symptoms in urban African schools - Survey in Cape Town and Nairobi. *British Journal of Psychiatry* 184: 169-175
- Seifert, D., Jahn, K., Bolten, St. (2000).** Legalprognose bei Patienten des Maßregelvollzugs (gemäß § 63 StGB): Erste Ergebnisse einer prospektiven Prognosestudie. In Marneros, Rössner, Haring, Brieger (Hrsg.) *Psychiatrie und Justiz*. München: Zuckschwerdt: 128-135
- Seto, M., Barbaree, H. (1995).** THE ROLE OF ALCOHOL IN SEXUAL AGGRESSION. *Clinical Psychology Review* 15: 545-566
- Shields, A., Cicchetti, D. (1998).** Reactive Aggression Among Maltreated Children: The Contributions of Attention and Emotion Dysregulation. *Journal of Clinical Child Psychology* 27 (4): 381-395
- Silva, R., Alpert, M., Munoz, D. M., Singh, S., Matzner, F., Dummit, S. (2000).** Stress and Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry* 157 (8): 1229-1235
- Silva, J.A., Derecho, D.V., Leong, G.B., Weinstock, R., Ferrari, M.M. (2001).** A Classification of Psychological Factors Leading to Violent Behaviour in Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Forensic Science* 46 (2): 309-316
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., Rutter, M. (2004).** Predictors of antisocial personality- Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry* 184: 118-127
- Snyder, J., Schrepferman, L., Peter, C. St. (1997).** Origins of Antisocial Behaviour. *Behaviour Modification* 21 (2): 187-215
- Solomon, E.P., Heide, K. (1999).** Typ III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 43 (2): 202-210
- Solomon, Z., Mikulincer, M., Bleich, A. (1998).** Characteristic Expressions of Combat-related Posttraumatic Stress Disorder among Israeli Soldiers in the 1982 Lebanon War. *Behavioural Medicine: an Interdisciplinary Journal of Research and Practice* 14: 171-178
- Spangler, G., Zimmermann, P. (1999).** Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprogno-

sen. In Oerter, v.Hagen, Röper & Noam (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Bern: Beltz: 170-194

Stadtland, Hollweg, Dietl, Reich, Nedopil (2004). Langzeitverläufe von Sexualstraftätern. *Monatszeitschrift für Kriminologie* 87 (5): 371-385

Steil, R. (1999). Psychologische Modelle zur Ätiologie und Aufrechterhaltung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychomedizin* 11/1: 10-20

Steil, R. (2003). Posttraumatische Belastungsstörung, Version 1

Steil, R., Ehlers, A. (1996). Die Posttraumatische Belastungsstörung: Eine Übersicht. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 17 (3): 169-212

Stein, A., Lewis, O. (1992). Discovering physical abuse: Insights from a follow-up study of delinquents. *Child Abuse & Neglect* 16: 523-531

Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., Forde, D.R. (1997). Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder: Findings From a Community Survey. *American Journal of Psychiatry* 154 (8): 1114-1119

Steiner, H., Garcia, I. G.; Matthews, Z. (1997). Posttraumatic Stress Disorder in Incarcerated Juvenile Delinquents. *Journal of Academy of Child and Adolescents Psychiatry* 36 (3): 357-365

Steller, M. (1994). Behandlung und Behandlungsforschung- Einführung. In Steller, Dahle & Basque (Hrsg.). *Straftäterbehandlung, Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis*. Pfaffenweiler: Centaurus- Verlagsgesellschaft: 3-12

Stevenson, J., Meares, R., Comerfort, A. (2003). Diminished Impulsivity in older Patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 160:165-166

Stiels-Glenn, M. (2002). Straftaten als Traumafolge - ein Widerspruch in Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. *Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 10 (3): 29-47

Streeck-Fischer, A. (1998). Über die Seelenblindheit im Umgang mit schweren Traumatisierungen. In Streeck-Fischer (Hrsg.). *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 13-20

Streeck-Fischer, A., Sachsse, U., Özkan, I. (2001). Perspektiven der Traumaforschung. In Streeck-Fischer, Sachsse & Özkan (Hrsg.). *Körper, Seele, Trauma: Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 12-22

- Spitzer, Effler, Freyberger (2000).** Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziationen und selbstverletzendem Verhalten bei Borderline Patienten. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 3: 273-285
- Spitzer, C., Grabe, H.J., Barnow, S., Freyberger, H.J. (2005).** Dissoziative Störungen mit pseudoneurologischer Konversionssymptomatik. *Psychodynamische Psychotherapie* 3:162-172
- Sprung, L, Sprung, H. (1984):** Grundlagen der Methodologie und Methodik der Psychologie. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., Senf, W. (2004).** Trauma, posttraumatische Belastungsstörung und Somatisierung. *Psychotherapie- Psychosomatik-Medizinische Psychologie* 54: 198-205
- Teegen, F. (1998).** Behandlung dissoziativer Symptome- Ein kognitiv-behaviouraler Ansatz. In Amann & Wipplinger (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*. 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag: 537-557
- Teegen, F. (2002).** Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Eine Untersuchung des diagnostischen Konstruktes am Beispiel misshandelter Frauen. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 50: 219-233
- Teegen, F., Vogt, S. (2002).** Überlebende von Folter. Eine Studie zu komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23 (1): 91-106
- Terr, L. (1991).** Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 148: 10-20
- Terr, L. (2001).** Was passiert mit Erinnerungen nach traumatischen Belastungen?. In Streeck-Fischer, Sachsse & Özkan (Hrsg.). *Körper, Seele, Trauma: Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck-Ruprecht: 23-42
- Testrot, A. (1997).** Ist Devianz eine Folge „gestörter“ Sozialisation?. In Dimmek (Hrsg.). *Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung*. Lengerich: Pabst: 155-171
- Thiel, C. (2004).** Belastungen in der Kindheit und in der Jugend Essgestörter. *Psychotherapeut* 49: 21-26

- Timmermann, I., Emmelkamp, P. (2005).** Parental Rearing Styles and Personality Disorder in Prisoners and Forensic Patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 12: 191-200
- Tonolasaro, K.M., Holt, J.C. (1999).** Psychological Impact of Childhood Sexual Abuse on Male Inmates: The Importance of Perception. *Child abuse & Neglect* 23: 361-369
- Tress, W., Bunkert-Tress, B., Hartkamp, N., Wöller, W., Langenbach, M. (2003).** Spezifische psychodynamische Kurzzeittherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 48 (1): 15-22
- Tress, W., Wöller, W., Hartkamp, N., Langenbach, N., Ott (2002):** Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext. Stuttgart: Schattauer
- Tritt, K., Peseschkian, H., Bidmon, R. K., Mühldorfer, S., Loew, T.H. (2002).** Psychodynamische Psychotherapie bei somatoformen Störungen im symptomatischen Monitoring. *Psychodynamische Psychotherapie* 1: 212-224
- Van der Kolk, B.A. (1998).** Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheits-traumata. In Streeck-Fischer (Hrsg.). *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 33-56
- Van der Kolk, B.A. (2000a).** Die Vielschichtigkeit des Anpassungsprozesses nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit. In Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic Stress*. Paderborn: Junfermann Verlag: 169-194
- Van der Kolk, B.A. (2000b).** Der Körper vergisst nicht- Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic Stress*. Paderborn: Junfermann Verlag: 195-217
- Van der Kolk, B.A. (2000c).** Trauma und Gedächtnis in Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic Stress*. Paderborn: Junfermann Verlag: 221-240
- Van der Kolk, B.A., Burbridge, J.A., Suzuki, J. (1998).** Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. In Streeck-Fischer (Hrsg.). *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 57-78
- Van der Kolk, B.A., Fessler, R. (1994).** Childhood Abuse and Neglect and loss of Selbst-regulation. *Bulletin of Menninger Clinic* 58 (2): 145-168

- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A. (2000).** Trauma - ein schwarzes Loch. In *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann Verlag: 27-45
- Van der Kolk, B. A., Van der Hart, O., Marmar, C.R. (2000).** Dissoziationen und Informationsverarbeitung beim posttraumatischen Belastungssyndrom. In Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (Hrsg.). *Traumatic Stress*. Paderborn: Junfermann Verlag: 241-261
- Van Marle, H. (1993).** Steuerung von Aggressionen in milieuthérapeutischer Perspektive. In Leygraf, Volbert, Horstkotte & Fried (Hrsg.). *Die Sprache des Verbrechens- Wege zu einer klinischen Kriminologie-* Festschrift für Wilfried Rasch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer: 253-265
- Van Outsem (1999).** Theoretische und praktische Aspekte der therapeutischen Arbeit mit sexuell missbrauchten Jungen und jungen Männern; KiZ- Kind im Zentrum (Hrsg.). *Wege aus dem Labyrinth*: 83-91
- Varvin, S. (2000).** Die gegenwärtige Vergangenheit. Extreme Traumatisierung und Psychotherapie. *Psyche- Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* LIV. (9/10): 895-930
- Veenema, T.G., Schroeder-Bruce, K. (2002).** The Aftermath of Violence: Children, Disaster, and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Pediatrics Health Care* 16 (5): 235-244
- Venzlaff, U. (2001).** Hundert Jahre Traumatherapie. In Streeck-Fischer, Sachsse & Özkan (Hrsg.). *Körper, Seele, Trauma: Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck-Ruprecht: 143-150
- Venzlaff, U., Dulz, B., Sachsse, U. (2004).** Zur Geschichte der Psychotraumatologie. In Sachsse (Hrsg.). *Traumazentrierte Psychotherapie- Theorie, Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer: 5-29
- Vogelgesang, M. (2004).** Verhaltenstherapie bei dissoziativen Störungen. *Psychotherapeut* 49: 139-147
- Volckart, B. (1999).** Maßregelvollzug- Das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt. 5. Auflage. Luchterhand
- Wagner, F.E., Seidler, G.H. (2004).** Das problematische Eingangskriterium der posttraumatischen Belastungsstörung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin* 2 (1): 9-16

- Walger, P. (2003).** Kriminalität und das Spektrum der hyperkinetischen Störung *Forensik 2003*. krank und/oder kriminell. 18. Eickelborner Fachtagung. Dortmund: PsychoGen Verlag: 183-195
- Walsh, E., Moran, P., Scott, C., McKenzie, K., Burns, T., Creed, F., Tyrer, P., Murray, R.M., Fahy, T. (2003).** Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 183: 233-238
- Walter, R., Remscheid, H. (2004).** Die Vorhersage der Delinquenz im Kindes- und Jugend- und Erwachsenenalter. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 87 (5): 332-352
- Ward, C.L., Flisher, A.J., Zissis, C., Muller, M., Lombard, C. (2001).** Exposure to Violence and its relationship to Psychopathology in adolescents. *Journal of the International Society for Child and Adolescent* 7: 297-301
- Weeks, R., Widom, C. (1998).** Self-Reports of Early Childhood Victimization Among Incarcerated Adult Male Felons. *Journal of Interpersonal Violence* 13 (3): 346-361
- Weine, S., Becker, D., Vojvoda, D., Hodzic, E., Sawyer, M., Hyman, L., Laub, D., McGlashan, H. (1998).** Individual Change After Genocide in Bosnian Survivors of "Ethnic Cleansing": Assessing Personality Dysfunction. *Journal of Traumatic Stress* 11 (1): 147-153
- Wetzel, P. (1997).** Gewalterfahrungen in der Kindheit: Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden- Baden: NOMOS Verlagsgesellschaft
- Wischka, B. (2001).** Was wirkt? – Sozialtherapie für Sexualstraftäter. *Kriminalpädagogische Praxis* 29 (40): 27-34
- Wischka, B. (2004).** Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)-Entwicklung – Inhalte – Erfahrungen. *Forensik 2003*. 18. Eickelborner Fachtagung. Dortmund: PsychoGen Verlag: 74-86
- Wittchen, H.-U. (1996).** Klassifikation und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In Schmitz, Fydrich & Limbacher (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Beltz: 27-41
- Widom, C. (1989).** Does Violence Beget Violence? A Critical Examination of the Literature. *Psychological Bulletin*. 106 (1): 3-28
- Wittchen, H.-U., Pfister, H. (1997):** Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA- X- Interviews. Swets & Zeitlinger

- Wöller, W. (2005).** Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 73: 83-90
- Wöller, Hartkamp, Langenbach, Ott (2002).** Paranoide Persönlichkeitsstörung. Tress, Wöller, Langenbach & Ott (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer: 69-82
- Wöller, Langenbach, Ott, Hartkamp (2002).** Schizoide Persönlichkeitsstörung. In Tress, Wöller, Langenbach & Ott (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer: 83-92
- Wöller, Langenbach, Ott, Hartkamp, Tress (2002).** Therapie von Persönlichkeitsstörungen. In Tress, Wöller, Langenbach, Ott (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer: 47-62
- Zerssen, D. (2000).** Variants of premorbid personality disorder: a taxonomic model of their relationships. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 250: 234-248
- Zlotnik, Zakriski, Shea, Costello, Begin, Pearlstein, Simpson (1996).** The Long-Term Sequelae of sexual Abuse: Support for a Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress* 9 (2): 195-205

10. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum

Unterschrift

11. Lebenslauf

Geboren am 21.05.1966 in Rostock
Familienstand geschieden
Kinder Christian, geb. am 12.02.1989
Eltern Peter und Traute Chevalier, geb. Köhler

Schule

1972-1976 Grundschule in Wismar
1976-1978 Polytechnische Oberschule in Wismar
1978-1980 Polytechnische Oberschule in Tribsees
1980-1982 Erweitere Oberschule in Franzburg
1982-1984 Erweitere Oberschule in Grimmen mit Abschluss Abitur

Studium/ Ausbildungen

1984-1985 Vorpraktikum in der Neptunwerft Rostock
1985-1990 Studium der Psychologie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena
1995-2000 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie, einschließlich eines Psychiatrischen Jahres im Klinikum der Hansestadt Stralsund (Lehrkrankenhaus der Universität Greifswald)

Berufstätigkeiten

1991-1992 Mitarbeiterin in der Behindertenhilfe des Sozialamtes Offenbach am Main
1992-2002 Psychologin mit Arbeitsschwerpunkt Diagnostik und Psychotherapie in der Ehe- und Familienberatungsstelle zunächst in Trägerschaft der Hansestadt Stralsund, ab 2000 in eigener Trägerschaft
seit 2002 Psychologin an der Klinik für Forensische Psychiatrie des HANSE-Klinikums Stralsund

12. Danksagung

Meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. H.J. Freyberger, danke ich für sein motivierendes Interesse und die stetige Unterstützung sowohl zu Beginn der sehr persönlichen Auseinandersetzung mit der Möglichkeit einer Promotion als auch im Verlauf dieses Projektes.

Mein besonderer Dank gebührt Herrn PD Dr. Carsten Spitzer. Durch ihn entstand nicht nur die Idee zu diesem interessanten Dissertationsthema. Seine scheinbar unerschöpfliche Geduld, die wertvollen Anregungen und sein Blick fürs Wesentliche waren für mich eine wichtige Basis meiner Arbeit.

Dem Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie am HANSE-Klinikum Stralsund, Herrn Dr. Dr. M. Gillner, danke ich für die stete Bereitschaft, mich in meinem Anliegen sowohl inhaltlich als auch formal zu unterstützen. Seine regelmäßigen Motivationsschübe waren für mich Ansporn und Verpflichtung.

Außerordentlich danke ich Dr. Manuela Dudeck, Dipl.-Psych. Verena Habura, Hanka Schmidt und Dr. Simone Wittmann. Ihre Bereitschaft und Form der Unterstützung machte es mir möglich, Hilfe ohne schlechtes Gewissen in Anspruch zu nehmen. Einen herzlichen Dank auch an meine Familie, allen anderen Kolleginnen und Freunden, die mir interessiert und immer wieder motivierend zur Seite standen.

Nicht zuletzt aber gilt mein Dank allen Patienten der Forensischen Klinik des HANSE-Klinikum Stralsund, die sich bereit erklärt haben, uneigennützig an dieser Befragung teilzunehmen. Ohne sie wäre dieses Projekt so nicht möglich gewesen.