



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Trauma, PTBS und Kohärenzgefühl
bei substanzabhängigen Wohnungslosen

Verfasserin:

Andrea Gavendova

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuerin: ao. Univ.-Prof. Priv. Doz. Dr. Brigitte Lueger Schuster

Danksagung

Zuerst möchte ich mich bei ao. Univ.-Prof. Priv. Doz. Dr. Brigitte Lueger Schuster für die Möglichkeit, dieses Projekt durchführen zu können, herzlich bedanken. Sie hat mich im Rahmen meiner Diplomarbeit mit ihrem fachlichen Wissen, wertvollen Anregungen, zahlreichen Hilfestellungen und Tipps unterstützt. Ebenso möchte ich mich bei Herrn Mag. Tobias Glück bedanken, für sein freundliches Entgegenkommen und seine Unterstützung beim Verfassen dieser Arbeit.

Zudem möchte ich mich bei meinen Studienkolleginnen Isabella Sarara Von und Melanie Hoffmeister für die gute Zusammenarbeit während dieses Projektes, die gegenseitige Unterstützung, ihre Ausdauer und das Engagement bedanken.

Weiters bedanke ich mich bei allen Einrichtungen der Wohnungslosen Hilfe Wien, die uns erst ermöglicht haben, diese Studie zu realisieren. Im Speziellen möchte ich all meinen Arbeitskollegen und der Hausleitung im HAUS R3 danken, für die flexible Gestaltung meiner Arbeitszeiten, ohne die mein Studium nicht möglich gewesen wäre.

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mich während der gesamten Zeit meines Studiums unterstützt haben und mir auch in anspruchsvollen Zeiten geduldig und liebevoll den Rücken stärkten.

Abschließend möchte ich meinen Freundinnen Ingrid, Raphaela, Jana und Isabella besonderen Dank entgegen bringen, dafür dass sie sind, wie sie sind, dass sie da waren und wir gemeinsam den Weg durchs Studium beschreiten konnten.

Anmerkung

Diese Diplomarbeit basiert auf einem Gruppenprojekt dreier Diplomandinnen (Gavendova, A., Sarara-Voh, I., Hofmeister, M.). Um eine gemeinsame Basis der Arbeiten zu schaffen, wurden einige Teile der Theorie und Erhebungsinstrumente von den drei Autorinnen gemeinsam erarbeitet und scheinen darum in gleicher bzw. ähnlicher Form in allen drei Arbeiten auf. Die entsprechenden Abschnitte sind im Inhaltsverzeichnis gekennzeichnet. Zusätzlich haben sich Methoden der einzelnen Arbeiten teilweise überschritten, dadurch kann es auch in diesen Abschnitten der Arbeit zu inhaltlichen Überlappungen kommen. Alle anderen Kapitel sind ausschließlich Teil der vorliegenden Diplomarbeit und wurden von der Verfasserin erstellt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Das generische Maskulinum bezieht beide Geschlechter mit ein. Im Sinne der Gleichbehandlung der Geschlechter sind entsprechende Begriffe als nicht geschlechtsspezifisch zu betrachten.

Zusammenfassung

Hintergrund: In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sehr verbreitet sind. Eine Vielzahl an Studien belegen die hohe Komorbidität der PTBS mit der Substanzabhängigkeit, andere haben die Rolle des Kohärenzgefühls bei beiden Erkrankungen untersucht. Untersuchungen zu obdachlosen Personen vor allem im deutschsprachigen Raum sind stark unterrepräsentiert.

Ziel: Ziel dieser Studie war wohnungslose Personen auf das Vorliegen von Trauma, PTBS und Substanzabhängigkeit (SA) zu untersuchen. Weiters wurden diesbezügliche Unterschiede in den Prävalenzen von Trauma und PTBS zwischen Personen mit/ohne Substanzabhängigkeit untersucht. Zusätzlich wurde das Kohärenzgefühl (SOC) untersucht und überprüft, ob es als Mediator für die Beziehung PTBS und Substanzabhängigkeit fungiert.

Methode: In dieser Querschnittstudie wurden 201 erwachsene wohnungslose Frauen und Männer untersucht. Traumatische Erfahrungen und PTBS wurden mittels THQ und PCL-C erfasst. Kohärenzgefühl mittels SOC L-9. Alle Daten wurden mittels Selbsteinschätzungsfragebogen erfasst.

Ergebnisse: Die Prävalenz von Trauma der gesamten Stichprobe lag bei 96% und bei PTBS bei 48%. Bei Personen mit SA waren die Prävalenzen viel höher als bei Personen ohne SA: Trauma 100% (SA)/91% (ohne SA); PTBS 63%/32%. Personen mit PTBS zeigen einen niedrigeren SOC als Personen ohne. Unterschiede im SOC zwischen Personen mit SA und ohne SA, gab es nur dann, wenn PTBS nicht vorhanden war. SOC

fungierte als partieller Mediator bei dem Zusammenhang zwischen PTBS und Substanzabhängigkeit.

Resümee: Die Ergebnisse dieser Studie gehen konform mit Ergebnissen anderer Studien, die ebenfalls zeigen, dass Trauma und PTBS im Obdachlosenbereich sehr verbreitet sind. Zudem konnte auch eine hohe Komorbidität von PTBS und Substanzabhängigkeit festgestellt werden. Das Kohärenzgefühl scheint eine Rolle auf den Zusammenhang dieser beiden Störungen auszuüben.

Abstract

Background: Primary research shows that trauma and posttraumatic stress disorder (PTSD) are very common. A large number of studies show a high comorbidity of PTSD with substance use disorder (SUD), others show the role of sense of coherence (SOC) in both disorders. Research about homeless persons especially in the German-language area is underrepresented.

Aim: Aim of the research study was the presence of trauma, PTSD and SUD in homeless people and the difference in the prevalence of trauma and PTSD between people with or without SUD. Furthermore the SOC was examined and validated if it stands as a mediator for the relations between PTSD and SUD.

Method: The sample of this cross-section study was assessed from 201 adult homeless men and women using a self-assessment questionnaire asking for the prevalence of traumatic events (THQ), PTSD (PCL-C) and SOC (L-9).

Results: The overall sample prevalence of trauma was 96% and 48% of PTSD. The prevalence of persons with SUD was in excess of persons without SUD: for trauma 100% with SUD and 91% without SUD, for PTSD 63% (SUD)/32% (without SUD), persons with PTSD showed a lower SOC than persons without. The variation in SOC of persons with SUD and without SUD were only found, when PTSD was not present. SOC functioned as a partial mediator in the relation between PTSD and SUD.

Conclusion: Results of this study are in line with results from other studies that suggest that trauma and PTSD are very common among homeless people. In addition a high comorbidity of PTSD and substance dependence was observed. The sense of coherence seems of importance in the relationship between these two disorders.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung (<i>Gav., Sar., Hof.</i>)*	13
1.1	Beschreibung des Projektvorhabens/Fragestellungen.....	15
2	Theoretische Grundlagen.....	16
2.1	Wohnungslosigkeit (<i>Gav., Sar., Hof.</i>)	17
2.1.1	Definition Wohnungslosigkeit nach ETHOS.	17
2.1.2	Ursachen und Folgen der Wohnungslosigkeit.....	18
2.2	Traumatisierung und PTBS (<i>Gav.</i>)	19
2.2.1	Historische Entwicklung.	19
2.2.2	Definition Traumatisierung.	21
2.2.3	Arten der Traumatisierungen.....	22
2.2.4	Definition PTBS.	23
2.2.5	Prävalenzen. (<i>Gav., Sar., Hof.</i>).....	24
2.2.5.1	Traumatisierung.	24
2.2.5.2	PTBS.	25
2.2.5.3	Obdachlosenbereich.	26
2.2.6	Komorbidität bei PTBS. (<i>Gav., Sar., Hof.</i>)	28

* Gav. - Gavendova, Sar. - Sarara-Voh, Hof. - Hofmeister

10 TRAUMA, PTBS UND SOC BEI WOHNUNGSLOSEN

2.3	Substanzabhängigkeit (<i>Gav.</i>).....	28
2.3.1	Definition Substanzabhängigkeit.....	28
2.3.2	Diagnose der Substanzabhängigkeit.....	29
2.3.3	Prävalenzen Substanzabhängigkeit.....	30
2.4	Trauma und PTBS bei Substanzabhängigkeit (<i>Gav., Sar., Hof.</i>).....	31
2.4.1	Erklärungsmodelle der Entstehung von PTBS und Substanzabhängigkeit.	33
2.5	Salutogenese und Kohärenzgefühl (<i>Gav.</i>)	35
2.5.1	Salutogenese.	35
2.5.2	Kohärenzgefühl.	36
2.5.3	Entwicklung und Stabilität des Kohärenzgefühls.....	38
2.5.4	Forschungsergebnisse in Zusammenhang mit Trauma, PTBS in Bezug auf das Kohärenzgefühl.	40
2.5.5	Forschungsergebnisse in Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit in Bezug auf das Kohärenzgefühl.....	41
2.5.6	Fazit.	43
2.6	Untersuchungsziel und Hypothesen.....	44
2.6.1	Untersuchungsziel.	44
2.6.2	Hypothesen.	45
3	Methode (<i>Gav., Sar., Hof.</i>),	47
3.1	Stichprobenbeschreibung.....	47
3.2	Untersuchungsmaterialien	49

TRAUMA, PTBS UND SOC BEI WOHNUNGSLOSEN	11
3.2.1 Informationsblatt zur Studienteilnahme.	50
3.2.2 Soziodemographische Daten.	50
3.2.3 Angaben zum Substanzkonsum.....	50
3.2.4 Trauma History Questionnaire (THQ).	51
3.2.5 Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C).....	51
3.2.6 Sense of Coherence Scala – Kurzskala (SOC-L9).	52
3.3 Durchführung (<i>Gav.</i>)	53
4 Ergebnisse.....	54
4.1 Deskriptive Analyse der Stichprobe (<i>Gav., Sar., Hof.</i>)	54
4.1.1 Demografische Daten.	54
4.1.2 Angaben zu Substanzkonsum.....	56
4.1.3 Lebenszeitprävalenz Trauma und Traumarten.	57
4.1.4 PTBS Lebenszeitprävalenz.....	58
4.1.5 Darstellung des PCL.....	60
4.1.6 Darstellung der THQ.	60
4.1.7 Darstellung des SOC.	61
4.2 Hypothesenprüfung (<i>Gav.</i>)	61
4.2.1 SOC-Unterschiedshypothesen.....	61
4.2.2 SOC als Mediator.	67
4.3 Antwortverhaltensanalyse.....	69
4.3.1 PCL-C.....	69

12	TRAUMA, PTBS UND SOC BEI WOHNUNGSLOSEN	
4.3.2	SOC-L9.....	70
5	Zusammenfassung der Ergebnisse (<i>Gav.</i>)	71
6	Diskussion, Limitation und Ausblick (<i>Gav.</i>).....	75
6.1	Diskussion.....	75
6.2	Limitation - Stärken und Schwächen der Studie	81
6.3	Ausblick	82
7	Literaturverzeichnis	84
8	Anhang (<i>Gav., Sar., Hof.</i>).....	96

1 Einleitung (Gav., Sar., Hof.)

Schätzungen zufolge leiden in Österreich über 37.000 Personen unter Wohnungslosigkeit bzw. sind von ihr bedroht. Diese Zahlen stammen aus einem Bericht von 2006, der vom Sozialministerium in Auftrag gegeben wurde. Der Bericht bezieht sich auf Personen, die im Jahr 2006 Delogierungsprävention, ambulante Hilfe oder (teil-) stationäre Angebotsbereiche der Wohnungslosenhilfe in Österreich in Anspruch genommen haben (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe - BAWO, 2009).

Häufige Ursachen für Wohnungslosigkeit sind nicht nur finanzielle Notlagen oder Armut, sondern ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren wie Scheidung oder Trennung vom Partner, nicht bewältigte Lebenskrisen, Delogierung aus einer Wohnung, Krankheit (Suchtverhalten, psychische Störung), Flucht vor Gewalt oder Missbrauch im Elternhaus, Haftentlassung oder Erleben von Krieg und Naturkatastrophen (Graber, Gutleiderer, Neumayer & Penz, 2005). Der Verlust des privaten Wohnplatzes ist nicht nur ein einschneidendes Ereignis mit sehr schwer auszugleichenden traumatischen, psychischen, sozialen und auch wirtschaftlichen Folgen (Graber et al., 2005), sondern kann auch zu psychischen Störungen wie Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Angststörungen und Substanzabhängigkeiten führen (Medlow, Klineberg & Steinbeck, 2014).

Zahlreiche internationale Studien im Bereich der Wohnungslosigkeit belegen die hohen Prävalenzraten von Trauma und Posttraumatischer Belastungsstörung (North & Smith, 1992; Smith, North & Spitznagel, 1993). Der Anteil der Personen mit problematischem Substanzkonsum unter den Obdachlosen in einer australischen Studie ($N = 4291$) beträgt 43% (Johnson & Chamberlain, 2008). In klinischen Studien, sowie

in repräsentativen Bevölkerungsuntersuchungen wird außerdem eine hohe Komorbidität zwischen PTBS und Substanzabhängigkeit beobachtet (Jacobsen, Southwick & Kosten, 2001). Das Risiko von Substanzkonsum oder der Entwicklung einer Substanzabhängigkeit bei Personen mit einer PTBS ist 2 bis 12 mal höher als bei Personen ohne PTBS (Kuhn, 2004).

Das Erleben von Traumata als Risikofaktor für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit ist mittlerweile in der Literatur gut erforscht (Ullman, Relyea, Peter-Hagene & Vasquez, 2013, Ouimette, Read & Brown, 2005) Die Ursache für eine hohe Komorbidität von PTBS und Substanzabhängigkeit versuchen viele theoretische Modelle zu erklären. Nach Khantzian (1997) versuchen substanzabhängige Personen durch den Substanzkonsum die PTBS-Symptomatik zu behandeln.

Da trotz hoher Komorbidität nicht alle Menschen mit einer PTBS ihre Symptomatik durch Substanzkonsum zu bewältigen versuchen und nicht alle Substanzabhängigen eine PTBS Symptomatik zeigen, bleiben hier viele Fragen offen. Über welche zusätzlichen Ressourcen verfügen Personen mit einer PTBS, um traumatische, oft sehr belastende Erfahrungen zu bekämpfen bzw. mit diesen umzugehen? Oder um möglicherweise der Substanzabhängigkeit nicht zu verfallen?

Antonovsky (1987) postuliert, dass hohes Kohärenzgefühl (Sense of Coherence - SOC) psychische Widerstandsfähigkeit aktiviert und dem Individuum verhilft, in kritischen und stressigen Lebenssituationen gesund zu bleiben. In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass Menschen, die ein niedrigeres Kohärenzgefühl haben, eher eine PTBS entwickeln. Parallel dazu gibt es auch Hinweise darauf, dass SOC den zukünftigen Substanzkonsum voraussagen kann (Garcia-Moya, Jimenez-Iglesias &

Moreno, 2012; Greventein, Bluemke, Nagy, Wippermann & Kröninger-Jungaberle, 2014). Untersuchungen in diesem Bereich stehen noch am Anfang (Grevenstein et al., 2014). Kann das Kohärenzgefühl bei Menschen mit PTBS die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit beeinflussen? Studien zur Erforschung des Kohärenzgefühls bei substanzabhängigen Personen mit PTBS stehen noch aus.

Die hohe Komorbidität von PTBS und Substanzabhängigkeit stellt ein großes Problem im Therapiebereich dar. Psychisches Trauma und PTBS können die Effektivität der Behandlung von Substanzabhängigkeit reduzieren und umgekehrt kann die Substanzabhängigkeit die Therapie der PTBS erschweren (Ford, Hawke, Alessi, Ledgerwood & Petry, 2007; Norman, Mayers, Wilkins, Goldsmith, Hristova, Huang, McCullough & Robinson, 2012). Daher haben die Zusammenhänge von Trauma-Erfahrungen, PTBS und Sucht bei wohnungslosen Personen eine hohe wissenschaftliche Relevanz, weil diese eine wichtige Rolle bei der Suchtbehandlung und der Versorgung von Wohnungslosen darstellen können. Insbesondere da Untersuchungen in diesem Bereich relativ neu und im deutschsprachigen Raum unterrepräsentiert sind.

Im Bereich der Wohnungslosigkeit könnten konkrete Studienergebnisse zu Häufigkeiten von Trauma und PTBS durch eine gezieltere Versorgung von traumatisierten Personen möglicherweise den Weg aus der Wohnungslosigkeit erleichtern.

1.1 Beschreibung des Projektvorhabens/Fragestellungen

Ausgehend von den Vorstudien zum Thema Trauma und PTBS bei substanzabhängigen Personen im wohnungslosen Bereich, untersuchte die vorliegende

Diplomarbeit die Prävalenz von Trauma und PTBS bei wohnungslosen Personen in den Einrichtungen der Wohnungslosen Hilfe Wien. Gefragt wurde nach der Art der Traumatisierungen, der Fokus lag auf eventuellen Unterschieden zwischen substanzabhängigen und nicht substanzabhängigen Wohnungslosen hinsichtlich der Prävalenzen von PTBS. Neben den Prävalenzen von Trauma und PTBS bei wohnungslosen Personen wurde auch das Kohärenzgefühl untersucht, dass sowohl für die Entwicklung einer PTBS, als auch für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit von Bedeutung ist.

2 Theoretische Grundlagen

Einleitend wird in den folgenden Kapiteln der Kontext der Wohnungslosigkeit, sowie deren Ursachen und Folgen beschrieben. Darauffolgend wird ein Überblick über Trauma, die diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und die Substanzabhängigkeit, sowie die Prävalenzen und Komorbiditäten der beiden Erkrankungen dargestellt. Weiter werden anhand der wichtigsten wissenschaftlichen Theorien und Befunde die Zusammenhänge zwischen PTBS und Substanzabhängigkeit hergestellt und näher erläutert.

Zum Schluss wird das theoretische Konzept des Kohärenzgefühls, sowie die für die Fragestellung der vorliegenden Diplomarbeit relevanten Zusammenhänge zu PTBS und Substanzabhängigkeit dargestellt.

2.1 Wohnungslosigkeit (Gav., Sar., Hof.)

2.1.1 Definition Wohnungslosigkeit nach ETHOS.

Obdachlosigkeit und Wohnungslosigkeit werden im deutschsprachigen Raum oft als Synonym verwendet. Der Europäische Dachverband der Wohnungslosenhilfe (FEANTESA) entwickelte eine international geltende Typologie für Wohnungslosigkeit, ETHOS (European Typology on Homelessness). Nach ETHOS sind wohnungslose Menschen nach ihrer Wohnsituation in 4 Kategorien definiert: 1) Obdachlos, 2) Wohnungslos, 3) Ungesichertes Wohnen und 4) Ungenügendes Wohnen. Im englischsprachigen Raum gibt es kein Synonym für Wohnungslosigkeit, daher wird Wohnungslosigkeit in der englischen Literatur ebenfalls als Obdachlosigkeit bezeichnet.

Obdachlose Menschen sind Menschen ohne Unterkunft. Sie leben auf der Straße, z.B. an öffentlichen Plätzen, wie Verschlägen, Parks oder wohnen unter Brücken. Zu dieser Kategorie gehören auch Menschen die in Notschlafstellen und niederschweligen Einrichtungen untergebracht sind.

Als *wohnungslos* gelten jene Personen die in Einrichtungen mit begrenzter Aufenthaltsdauer wohnen. Zu diesen zählen z.B. Übergangwohnheime, Asyle oder Herbergen. Weiter werden Frauen und Kinder in Schutzeinrichtungen, wie z.B. Frauenhäuser oder Immigranten und Asylwerber in Auffangstellen, Lagern, Heimen oder Herbergen zur Population der Wohnungslosen gezählt. Als wohnungslos gelten auch Migranten mit befristeter Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis, die in Gastarbeiterquartieren leben, wie auch aus Institutionen entlassene Personen z.B. aus Gefängnissen, Spitälern und Heilanstalten.

Ungesichertes Wohnen, mit dieser Zuordnung grenzt man jene Menschen ein, die in ungesicherten Wohnverhältnissen leben oder von Delogierung bedroht sind. Es betrifft auch Menschen, die in ihrer Wohnung von Gewalt bedroht sind.

Von *Ungenügendem Wohnen* sind Menschen betroffen, die in Wohnprovisorien wohnen, die für konventionelles Wohnen nicht gedacht, die notdürftig zusammengebaut sind oder als Wohnwägen oder Zelte fungieren. Das Wohnen in Gebäuden, die für Wohnzwecke gesperrt oder ungeeignet sind, sowie Wohnen in Räumen, die entgegen den Mindestanforderungen völlig überbelegt sind, zählt ebenfalls zu dieser Kategorie.

2.1.2 Ursachen und Folgen der Wohnungslosigkeit.

Tessler, Rosenheck und Gamache (2001) postulierten drei zusammenhängende Wege zur Obdachlosigkeit.

Erster Pfad Sozialauswahl: Der erste Pfad steht in Einklang mit Kausalmodellen, die mit psychischen Erkrankungen oder Substanzmissbrauch beginnen (z.B. „soziale Auslese“ oder „drift down“, in der die Personen mit chronischen, psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen gefährdet sind, soziale Isolation, Bildungs- und Wirtschaftsdefizite zu erleben). Psychisches Trauma und PTBS sind sowohl mit dem Risiko der Entwicklung von mentaler Krankheit, Substanzmissbrauch und mit einer Verschlimmerung der vorherigen psychischen Erkrankungen und dem vorherigen Substanzmissbrauch assoziiert (Tessler et al., 2001).

Zweiter Pfad sozioökonomische Notlage: Der zweite Pfad entspricht kausalen Modellen, in denen sozioökonomische Widrigkeiten als Folge von Hoffnungslosigkeit,

verminderter Selbstwirksamkeit und sozialer Entfremdung zu Obdachlosigkeit, dem Risiko von psychischen Erkrankungen und Sucht führen können (Tessler et al., 2001).

Dritter Pfad traumatische Erlebnisse: Der dritte Pfad geht oft mit spezifischen traumatischen Erfahrungen (z.B. häuslicher Gewalt) einher und kann für einige Personen ein direkter Weg vom psychologischen Trauma (PTBS und Folgeerkrankungen, wie soziale Isolation oder Probleme mit Wut und geistiger Konzentration) in die Obdachlosigkeit sein (Tessler et al., 2001).

2.2 Traumatisierung und PTBS (Gav.)

2.2.1 Historische Entwicklung.

Die Anfänge der Psychotraumatologie reichen zu den Zeiten vor dem ersten Weltkrieg zurück. Mit der Entstehung der Eisenbahn im 19. Jahrhundert begannen die ersten Versuche, die psychischen Auffälligkeiten bei Menschen zu beschreiben, die bei einem Eisenbahnunfall oder Arbeitsunfällen verletzt wurden. Die Ursache dieser Krankheitssymptome - vermutete man - sei ein Ausdruck einer Verletzung des Rückenmarks (Errichsen, 1866, 1875, zitiert nach Seidler, 2009). Der Neurologe Oppenheim führte im Jahre 1889 anhand der Beobachtung der Betroffenen als erster den Begriff „Traumatische Neurose“ ein, mit welchem er eine neue Krankheitskategorie schaffte, die die posttraumatischen Symptome umfasste (Oppenheim 1889, zitiert nach Seidler, 2009). Unzählige Soldaten, die im Ersten Weltkrieg an der Front kämpften, litten danach an einer heutzutage so genannten Traumafolgestörung (Seidler, 2009). Später stellte man fest, dass die Ursachen dieser Symptome emotional bedingt sind und der Begriff „shell shock“ oder auch „Kriegsneurose“ wurde eingeführt (Van der Kolk, 2000). Ausschlaggebend für den Durchbruch der Psychotraumatologie war die

Erforschung von Kriegsneurosen. Diese begannen nach dem 1. Weltkrieg und erreichten ihren Höhepunkt im Vietnamkrieg. Es wurde festgestellt, dass Männer, die vor dem Kriegseinsatz keinerlei psychische Auffälligkeiten aufwiesen, schwer traumatisiert zurückkehrten (Seidler, 2009).

Anfang der 70er Jahre wurden zum ersten Mal neben traumatisierten Kriegssoldaten auch anderen Bevölkerungsgruppen wie Kindern und Frauen Beachtung geschenkt. 1974 beobachteten Burgess und Holstrom, dass die traumatischen Syndrome von Frauen, die Opfer von Vergewaltigung waren, den Symptomen einer Kriegsneurose sehr ähnelten (Burgess & Holstrom, zitiert nach Van der Kolk, 2000). Van der Kolk (2000) berichtet, dass Kempe und Kempe sich im Jahr 1978 der Untersuchung traumatischer Folgen familiärer Gewalt, v.a. der Kindesmisshandlung widmeten.

1970 wurden so genannte „rap groups“ (Diskussionsgruppen) von den beiden Psychiatern Shatan und Lifton mit Kriegsveteranen gegründet, in welchen über deren Kriegserfahrungen diskutiert wurde. Sie fassten, nach Aufarbeitung der vorhandenen Literatur über die verschiedensten Symptome traumatisierter Bevölkerungsgruppen, die wichtigsten Symptome zu einem Klassifikationssystem zusammen. Ziel war es, dieses in das DSM-III aufzunehmen, was schließlich im Jahre 1980 unter dem Namen „Posttraumatic Stress Disorder“ gelang (Van der Kolk, 2000). Die damalige Symptombeschreibung unterschied sich noch stark von der heutigen Definition der PTBS. Erst später, vor der Aufnahme der PTBS in das „Diagnostische und statistische Manual Psychischer Störungen – DSM IV (1994)“ – , wurden die damaligen Diagnosekriterien genauer auf ihre Vorteile und Grenzen überprüft und noch einmal überarbeitet (Van der Kolk, 2000). In der aktuellen Version des DSM-5 wurden die

Diagnosekriterien der PTBS erneut verändert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schloss sich in der internationalen Klassifikation psychiatrischer Symptome dem DSM-III an. Die deutsche Übersetzung des ICD-10 führt den Begriff „Posttraumatische Belastungsstörung“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008).

2.2.2 Definition Traumatisierung.

Das Klassifikationssystem ICD-10 beschreibt „Trauma“ als ein „belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Aufmaßes (kurz oder langdauernd), die bei fast allen Personen eine tiefe Verzweiflung auslösen würde“ (Dilling et al., 2008).

Zu solchen Ereignissen zählen unter anderem das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, sexueller Missbrauch in der Kindheit, Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder Diagnosen einer lebensbedrohlichen Krankheit (Flatten et al., 2004).

In den Leitlinien der AWMF wird darauf hingewiesen, dass traumatische Ereignisse, nicht nur an der eigenen Person, sondern auch an fremden Personen erlebt werden können (Flatten et al., 2004).

Im DSM-5 ist der Begriff „Trauma“ weiter gefasst. Die Betroffenen waren einmal oder mehrmals dem Tod (tatsächlich oder angedroht), schwerwiegenden Verletzungen oder sexueller Gewalt ausgesetzt. Dies geschah durch direktes Erleben des traumatischen Ereignisses, persönliches Miterleben, wie das traumatisierende Ereignis

anderen zustößt, erfahren, dass das traumatische Ereignis einem engen Familienmitglied oder einem engen Bekannten zugestoßen ist und wiederholte oder sehr extreme Konfrontation mit aversiven Details des traumatischen Ereignisses (Falkai & Wittchen, 2015).

Das im DSM-IV-TR zuvor definierte Trauma als Folge einer intensiven Angst, einer Hilflosigkeit oder eines Entsetzens (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) wurde aus dem DSM-5 entfernt. Im Vergleich zum ICD-10 werden im DSM-5 die möglichen beobachtbaren Ereignisse ausdrücklich berücksichtigt.

2.2.3 Arten der Traumatisierungen.

Maercker (2013) klassifiziert traumatische Erfahrungen nach verschiedenen Gesichtspunkten und Dimensionen: menschlich verursachte vs. zufällige Traumata, kurz vs. langfristig. Diese sind zusätzlich um medizinisch bedingte Traumata erweitert worden.

Die Konfrontation mit traumatischen oder stressreichen Ereignissen kann sehr belastend sein und eine Vielzahl an psychischen Reaktionen nach sich ziehen. Diese werden unter dem Begriff Traumafolgestörungen zusammengefasst (Maercker, 2013). Im ICD-10 wird nach der Dauer der Symptomatik und Art der Belastung in akute Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Anpassungsstörung und andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung kategorisiert (Dilling et al., 2008). Im DSM-5 sind unter Trauma- und belastungsbezogenen Störungen zusätzlich reaktive Bindungsstörung und Beziehungsstörung mit Enthemmung bei Kindern angeführt (Falkai & Wittchen, 2015).

2.2.4 Definition PTBS.

Unter PTBS wird die verzögerte Reaktion auf ein erlebtes Trauma verstanden (Dilling et al., 2008). Die Symptomatik lässt sich folgenden 3 Symptomgruppen zuordnen, die jeweils in verschiedenen Einzelbeschwerden auftreten können (Maercker, 2013).

1. Intrusives Erinnern bzw. Wiederleben des Traumas
2. Vermeidungsverhalten
3. Hyperarousal (autonome Übererregung)

Hierbei ist anzumerken, dass im „Diagnostischen und statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5)“ die Symptomgruppe „Vermeidungsverhalten“ um die Symptomgruppe „negative mit Trauma assoziierte Veränderungen in Kognitionen und Stimmungen“ erweitert wurde (Falkai & Wittchen, 2015).

Der Symptombereich „*Intrusives Erinnern*“ wird im DSM-5 definiert als wiederholte, unwillkürliche und aufdrängende Erinnerungen an das traumatische Ereignis, wiederholte Alpträume, Flashbacks, in denen sich der Betroffene so fühlt oder so verhält, als ob das traumatisierende Ereignis wieder stattfinden würde (Falkai & Wittchen, 2015).

„*Vermeidungsverhalten*“ bezieht sich nach DSM-5 auf das Vermeiden von Stimuli, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert sind, wie zum Beispiel belastende Erinnerungen, Gedanken, Gefühle sowie von externen Bedingungen (wie z.B. Personen oder Orten), die mit dem traumatisierenden Ereignis verbundene Gedanken oder Gefühle hervorrufen (Falkai & Wittchen, 2015)

Im DSM-5 ist die zuvor beschriebene Symptomgruppe „*Vermeidungsverhalten*“ um eine neue Symptomgruppe „negative mit Trauma assoziierte Veränderungen in Kognitionen und Stimmungen“ erweitert worden. Diese bezieht sich z.B. auf die Unfähigkeit, wichtige Aspekte des traumatischen Ereignisses zu erinnern, anhaltend negatives Gefühlserleben, wie z.B. Angst, Schuld, Schamgefühle; eingeschränkte Wahrnehmung von positiven Affekten (z. B. die Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden) (Falkai & Wittchen, 2015).

„*Hyperarousal*“ bedeutet gemäß DSM-5 deutliche Veränderungen in der Erregbarkeit und den Reaktionen, wie zum Beispiel Reizbarkeit oder Wutausbrüche, leichtsinniges oder selbstzerstörerisches Verhalten, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen (Falkai & Wittchen, 2015).

Für eine PTBS-Diagnose müssen die Beschwerden mindestens einen Monat andauern, ein Leid oder eine Beeinträchtigung für die Person darstellen und andere Erkrankungen oder Substanzeinfluss als Ursache ausgeschlossen werden (Falkai & Wittchen, 2015). Im ICD-10 wird die Symptomatik grundsätzlich ähnlich beschrieben. Die Unterschiede beziehen sich auf die erforderliche Anzahl von Symptomen für die Diagnose.

2.2.5 Prävalenzen. (Gav., Sar., Hof.)

2.2.5.1 Traumatisierung.

Traumata sind keine seltenen Ereignisse. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung zeigten, dass 49% (28% Frauen und 21% Männer) der Bevölkerung mindestens ein Trauma erlebt haben (Maercker, Forstmeier, Wagner,

Glaesmer & Brähler, 2008). Deutlich höhere Prävalenzen von Trauma wurden in einer Studie in Kanada von Stein, Walker, Hazen, Forde und David (1997) gefunden. Sie berichteten von 74,2% der Frauen ($N = 389$) und 81,3% der Männer ($N = 389$). In einer Studie von Breslau (2001) betrug die Lebenszeitprävalenz der Belastung durch traumatische Ereignisse 39,1%.

2.2.5.2 PTBS.

Nicht alle Menschen entwickeln nach einem traumatischen Erlebnis eine Traumafolgestörung. Das Lebenszeitrisiko, eine PTBS zu entwickeln, beträgt zwischen 0,5% und 8,7% (Falkai & Wittchen, 2015). In einer nationalen Erhebung in den USA berichten Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes und Nelson (1995) von einem Lebenszeitrisiko von 7,8%. Wesentlich niedrigere Prävalenzraten berichten Studien aus Deutschland. In einer gesamtdeutschen Untersuchung konnte eine Prävalenz von 2,3% gezeigt werden (Maercker et al., 2008). Breslav et al. (1998) berichten von einer bedingten Wahrscheinlichkeit von 9,2% bei Frauen und 6,2% bei Männern bzgl. der Entwicklung einer PTBS. Außerdem assoziiert er dieses Risiko in Abhängigkeit von der Art des Traumas.

Hier ist anzumerken, dass es in der Literatur Hinweise darauf gibt, dass die Häufigkeit der Verbreitung eines Traumas und einer PTBS in Weltregionen oder politischen Regionen stark schwanken kann. Daher muss die regionale Herkunft der Studien beachtet werden (Maercker, 2013). Auch durch die Anwendung verschiedener Klassifikationssysteme kann nach einer Studie von Andrew, Slade und Peters (1999) die Häufigkeit der Diagnose von PTBS variieren. Demnach konnte nach ICD-10 bei 6,9% und nach DSM-IV bei 3% der untersuchten Personen eine PTBS diagnostiziert werden.

Die Art der Traumatisierung hat einen starken Einfluss auf die Häufigkeit der Entwicklung einer PTBS. Diese entsteht bei ca. 50% bis 80% der Opfer nach einer Vergewaltigung und bei ca. 25% der Opfer nach einem Gewaltverbrechen. Soldaten sind nach Kriegseinsätzen zu ca. 20%, Kriegs- oder politische Gefangene zu 50% bis 70%, von der Entwicklung einer PTSD betroffen. Bei Verkehrsunfallopfern sind es ca. 15% bis 39% (Siol, Flatten & Wöller, 2001; Yule, 2001). Nach dem Tod einer nahestehenden Person entwickeln 14,3 % eine PTBS (Breslau et al, 1998). In Studien von Glaesmer, Matern, Rief, Kuwert und Braehler (2015) konnte nachgewiesen werden, dass mit steigender Anzahl traumatischer Erfahrungen, PTBS häufiger auftritt. Ein Zusammenhang mit der Art der Traumatisierung konnte allerdings nicht belegt werden.

In Studien, die die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei PTBS untersucht haben, zeigen sich interessante Ergebnisse. Obwohl aus der Forschung hervorgeht, dass Männer häufiger über traumatische Ereignisse berichten (Kuhn, 2004), ist die Wahrscheinlichkeit bei Frauen, eine PTBS zu entwickeln, doppelt so hoch wie bei Männern. Die Gründe dafür sind noch unklar (Breslau & Anthony, 2007). Eine mögliche Erklärung ist, dass Frauen häufiger Vergewaltigung oder anderen Formen der Gewalt ausgesetzt sind (Falkai & Wittchen, 2015). In der kanadischen Bevölkerung lag die Geschlechtsverteilung bei 13% der Frauen und 6,2% der Männer (Breslau et al., 1998).

2.2.5.3 Obdachlosenbereich.

Sehr hohe Prävalenzen von Traumata und PTBS im Vergleich zu Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung stammen aus dem Obdachlosenbereich. Obwohl es sehr wenige Studien in diesem Bereich gibt, liefern diese überzeugende Beweise für eine hohe

Verbreitung der PTBS. Die meisten Studien hierzu wurden in Australien und den USA durchgeführt. Studien berichten, dass 18% der obdachlosen Männer und 34% der Frauen an einer PTBS leiden (North & Smith, 1992; Smith et al., 1993). In einer Übersichtsarbeit von Medlow et al., (2014) über mentale Gesundheit der obdachlosen Jugendlichen belegen Studien eine Prävalenz von PTBS von 5% bis 47%.

Taylor und Sharpe (2008) haben sogar festgestellt, dass 98% der obdachlosen Frauen und Männer ($N = 70$) mindestens eine traumatisierende Erfahrung im Verlauf ihres Lebens hatten und die Lebenszeitprävalenz von PTBS lag bei 79%. Ähnlich hohe Prävalenzen von traumatischen Erfahrungen wurden in einer australischen Studie ($N = 157$) gefunden. Hier haben über 90% der Männer und 100% der Frauen mindestens ein Trauma berichtet (Buhrich, Hodder & Teesson, 2000). Die häufigsten Arten der Trauma-Erfahrungen waren Gewalterfahrungen, sexueller Missbrauch bzw. Vergewaltigung, Erleben einer Naturkatastrophe oder eines Unfalls. Obwohl es sich hierbei nur um eine kleine Stichprobe handelt, ist der Vergleich zu Prävalenzen der Normalbevölkerung enorm hoch.

Studien die sich mit der Frage beschäftigen, ob hohe Prävalenzen bei PTBS einer Obdachlosigkeit vorausgehen oder sich eine PTBS erst in Folge der traumatischen Erlebnisse während der Obdachlosigkeit entwickelt, sind sehr begrenzt. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass Obdachlosigkeit eine Folge von PTBS ist. In einigen Studien wurde herausgefunden, dass zwischen 59% und 75% der Personen mit einer PTBS diese bereits vor der Episode der Obdachlosigkeit entwickelt haben (North & Smith, 1992; Smith et al., 1993; Taylor & Sharpe, 2008). North und Smith (1999) gehen aufgrund der Ergebnisse ihrer Studie von der Annahme aus, dass eine PTBS lange vor

der Obdachlosigkeit eintritt und eher zu der Entstehung von Obdachlosigkeit beitragen kann.

2.2.6 Komorbidität bei PTBS. *(Gav., Sar., Hof.)*

PTBS tritt üblicherweise mit anderen psychiatrischen Erkrankungen und psychischen Störungen zusammen auf. Mehr als die Hälfte der Personen mit einer PTBS leiden zusätzlich an mehr als einer psychischen Störung (Brady, Killeen, Brewerton, & Lucerini, 2000). Kessler et al. (1995) konnten zeigen, dass 88,3% der Männer und 79% der Frauen neben einer PTBS noch andere Störungen aufweisen. Die häufigsten Erkrankungen, die mit PTBS auftreten, sind Depressionen, Substanzabhängigkeit und Angststörungen (Brady et al., 2000; Kessler et al., 1995). Weitere Störungen, die häufig angegeben werden, sind Suizidalität, Borderline- oder antisoziales Verhalten (Maercker, 2013).

In einer Untersuchung von Taylor und Sharpe (2008), die bei Obdachlosen durchgeführt wurde, davon beziehend nur auf die Personen mit einer aktuellen PTBS, erfüllten 55% der Personen die Kriterien für eine Psychose, 69% für eine Depression, 50% für Angststörungen und 31% für Zwangsstörungen. Die höchste Prävalenz mit einem Wert von 88% zeigte sich für stoffgebundenen Drogenmissbrauch oder Abhängigkeit.

2.3 Substanzabhängigkeit *(Gav.)*

2.3.1 Definition Substanzabhängigkeit.

„Sucht“ als offizieller Begriff wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 1952 verwendet. Er wurde als ein Zustand periodischer oder chronischer

Intoxikation beschrieben, der durch wiederholte Einnahme einer Droge entsteht.

Heutzutage finden die Begriffe „psychische und körperliche Abhängigkeit“ „schädlicher Gebrauch“ oder „Missbrauch“ Verwendung (Lüdecke, Sachsse & Faure, 2010; Dilling et al., 2008).

2.3.2 Diagnose der Substanzabhängigkeit.

Um eine Diagnose dieser Abhängigkeitserkrankung festzustellen, werden die diagnostischen Manuale ICD-10 und DSM-5 herangezogen. Für die Störung, die im ICD-10 als Abhängigkeitssyndrom angeführt ist, führt das DSM-5 den Begriff Substanzkonsumstörung. Diese ist durch Muster kognitiver, verhaltensbezogener und körperlicher Symptome, sowie den fortgesetzten Gebrauch trotz klinischer Probleme charakterisiert. Substanzkonsumstörung kann im Zusammenhang mit diversen Klassen der psychotropen Substanzen vorliegen: Alkohol, Koffein, Cannabis, Halluzinogene, Inhalanzien, Opioide, Sedativa, Stimulanzien, Tabak oder anderen Substanzen. Alle diese Substanzen aktivieren das neuronale Belohnungssystem, das bei Überaktivierung dieses neuronalen Bereichs zum Ausfallen von Alltagsaktivitäten führen kann (Dilling et al., 2008; Falkai & Wittchen, 2015).

Merkmale, die für die Diagnose einer Substanzkonsumstörung ausschlaggebend sind, lassen sich laut DSM-5 allgemein den Gruppen *beeinträchtigte Kontrolle*, *soziale Beeinträchtigung*, *riskanter Konsum* und *pharmakologische Kriterien* zuordnen (Falkai & Wittchen, 2015).

Beeinträchtigte Kontrolle bezieht sich unter anderem auf den Konsum von Substanzen in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt, bestehender Wunsch oder mehrere erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu

kontrollieren, einzuschränken oder zu beenden. Außerdem verbringt die Person viel Zeit mit dem Konsum oder der Beschaffung der Substanz oder sich von der Wirkung zu erholen (Falkai & Wittchen, 2015).

Soziale Beeinträchtigung betrifft die soziale, berufliche oder Freizeitaktivität. Diese werden aufgrund des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt. Die Personen setzen den Konsum trotz zunehmender zwischenmenschlicher Probleme fort (Falkai & Wittchen, 2015).

Riskanter Konsum als dritte Kategorie beschreibt Merkmale wie z. B. wiederholter Konsum trotz des Wissens, dass dieser zu wiederkehrenden psychischen und körperlichen Problemen führt (Falkai & Wittchen, 2015).

Pharmakologische Kriterien betreffen die Toleranzentwicklung, durch Anstieg der benötigten Dosis und Substanzentzug (Falkai & Wittchen, 2015).

Im ICD-10 ist die Symptomatik sinngemäß ähnlich beschrieben. Wobei die Probleme im sozialen Bereich hier nicht explizit Erwähnung finden. Auch im ICD-10 spielt der Verlust der Kontrolle hinsichtlich des Substanzkonsums eine zentrale Rolle bei der Diagnose einer Abhängigkeit. Die wesentlichsten Unterschiede zwischen DSM-5 und ICD-10 beziehen sich auf die erforderliche Anzahl von Symptomen für die Diagnose (Dilling et al., 2008).

2.3.3 Prävalenzen Substanzabhängigkeit.

Im Auftrag vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde 2014 vom Institut für Therapieforschung in Deutschland ein Suchtbericht veröffentlicht. Demnach gibt es 1,77 Millionen Menschen in Deutschland, die von Alkohol und 1,3 Millionen

Menschen, die von Medikamenten abhängig sind. Bei Medikamentenabhängigkeit handelt es sich vor allem um opioidhaltige Analgetika und Benzodiazepine. Cannabis-, Kokain- und Amphetaminabhängigkeit liegt bei 0,5%, 0,2% und 0,1%. 77 300 Personen sind substituiert, d. h. sie befinden sich in einem opiatgestütztem Behandlungsprogramm.

Substanzabhängigkeit, sei es von Alkohol oder anderen illegalen Substanzen, ist im Obdachlosenbereich sehr verbreitet. Laut einer australischen Studie haben 43% der Obdachlosen Probleme mit dem Substanzkonsum (Johnson & Chamberlain, 2008). In Holland liegen die Prävalenzraten bei obdachlosen Menschen von Alkoholabhängigkeit bei 59% und die Abhängigkeit von illegalen Substanzen, wie Cannabis, Heroin und Kokain bei 76% (Reinking, Wolf & Kroon, 2001).

2.4 Trauma und PTBS bei Substanzabhängigkeit (*Gav., Sar., Hof.*)

Zahlreiche Studien belegen, dass gerade bei substanzabhängigen Personen ein erhöhtes Auftreten von traumatischen Erfahrungen und PTBS vorliegt (Brady, Back & Coffey, 2004; Gielen, Havermanes, Tekelenburg & Janson, 2012; Kuhn, 2004; Reynolds et al., 2005). Umgekehrt gibt es Hinweise darauf, dass bei Personen mit PTBS häufig eine Substanzabhängigkeit folgt (Brady et al., 2004; Mills, Teesson, Ross & Peters, 2006).

In einer Nationalstudie in Australien konnte gezeigt werden, dass das Risiko bei Personen mit PTBS, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln, 5,47-mal höher ist als bei Personen ohne PTBS. In einer Stichprobe von 10 641 Personen haben 34,4% der Personen mit PTBS zusätzlich eine Substanzabhängigkeit entwickelt (Mills et al., 2006). Weitere epidemiologische Studien ergaben, dass die Wahrscheinlichkeit eines

Substanzmissbrauchs und Substanzabhängigkeit zu entwickeln fünfmal bei Männern und bei Frauen mit PTBS 1,4 Mal höher liegt, als bei Personen ohne PTBS (Brady et al., 2004). Metastudie von Kuhn (2004) berichtet sogar, dass die Wahrscheinlichkeit bei Personen mit PTBS 2 bis 12-mal höher ist, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln.

Studie von Gielen et al. (2012) hat die Komorbidität von Trauma und PTBS zwischen substanzabhängigen Personen und nicht substanzabhängigen Personen verglichen. In der Stichprobe der substanzabhängigen Personen haben 36,6% eine PTBS gezeigt und 97% haben mindestens ein Trauma erlebt. Der Mehrzahl dieser Personen waren von Alkohol und Heroin abhängig. Bei der Kontrollgruppe konnte bei 10,2% Personen eine PTBS diagnostiziert werden und 86% haben mindestens ein Trauma erlebt.

Zu den häufigsten Traumatisierungen bei Personen mit PTBS und Substanzabhängigkeit zählen in der Regel der sexuelle Missbrauch bei Frauen und die körperliche Misshandlung oder Körperverletzung bei Männern. Personen, die sich hinsichtlich ihrer PTBS und Substanzabhängigkeit in Behandlung befinden, berichten häufig von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit. Dazu zählen körperliche Vernachlässigung oder Missbrauch, Vergewaltigung oder sexuelle Übergriffe, Miterleben von häuslicher Gewalt, Raub und der Tod geliebter Personen durch Mord (Brady et al., 2004). Opiatabhängige Personen berichten oft von emotionaler und körperlicher Vernachlässigung in der Kindheit (Davids et al., 2006).

Die Auswirkungen von Missbrauch in der Kindheit, sexuellem Missbrauch, wie auch körperlichen Misshandlungen sind gut dokumentiert. Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlungen können mit einer Reihe von psychischen Schwierigkeiten,

unter anderem auch mit Substanzabhängigkeit in Zusammenhang gebracht werden (Garcia-Rea & LePage, 2010). Der Schweregrad von sexuellem Kindesmissbrauch wurde sowohl mit PTBS Symptomen als auch mit Substanzgebrauch als Bewältigungsversuch assoziiert. Diese Ergebnisse legen nahe, dass die Definition des Trauma-Typs wichtig ist, um zu verstehen, wie die Trauma-Vergangenheit von Betroffenen jene Mechanismen beeinflussen können, die zu Trink- und Drogenproblemen führen (Ullman et al., 2013).

In anderen Studien konnte zwar ein Zusammenhang zwischen PTBS und Medikamentenmissbrauch, Drogenmissbrauch und Substanzabhängigkeit festgestellt werden, aber kein Zusammenhang zwischen Traumaerfahrung und Substanzabhängigkeit (Breslau, 2001; Breslau, Davis, Lonni & Schultz, 2003).

Zusammenfassend kann man sagen, dass bisherige wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt haben, dass PTBS oftmals von Substanzabhängigkeit begleitet wird (Brady, Killeen, Brewerton, & Lucerini, 2000; Breslau et al., 2003). Umgekehrt zeigt sich in Studien sowie Berichten aus Anamnesegesprächen, dass substanzabhängige Personen oftmals Traumata in ihrer Biographie aufweisen und darauf folgend eine PTBS entwickeln (Brady et al., 2004; Kuhn 2004; Schäfer & Krausz, 2006). In der Literatur findet man verschiedene Modelle, die den funktionellen Zusammenhang von Substanzabhängigkeit und PTBS zu erklären versuchen.

2.4.1 Erklärungsmodelle der Entstehung von PTBS und Substanzabhängigkeit.

Das am weitesten verbreitete Erklärungsmodell ist die „Selbstmedikationshypothese“ nach Khantzian (1997). Laut diesem Modell versuchen

Substanzabhängige durch den Substanzkonsum PTBS-Symptome, schmerzhaftes Gefühl, Selbstbewusstsein und soziale Beziehungen in den Griff zu bekommen. Der Substanzkonsum stellt also einen Versuch dar, Trauma-Symptome selbst zu „behandeln“. Der Beginn der PTBS Symptomatik ist oft mit Beginn von Alkohol, Cannabis, Heroin und Benzodiazepinen Konsum verbunden. Personen berichten unter Einfluss dieser Substanzen über eine Verbesserung der PTBS-Symptome. Vor allem werden dadurch Hyperarousal Symptome gelindert, Flashbacks traten in der Regel unter Drogenkonsum seltener auf und Vermeidungsverhalten könne gelöst werden. Patientinnen mit sexuellen Traumatisierungen können Sexualität eher ertragen (Bremner, Southwick, Darnell & Charney, 1996; Lüdecke et al., 2013).

Umgekehrt vertreten Autoren wie Reynolds et al. (2005) und Davis, Stoner, Norris, George und Masters (2009) die sogenannte „*High-Risk-Hypothese*“. Sie sind der Ansicht, dass Substanzabhängigkeit an sich das Risiko erhöht, ein Trauma zu erleben. Die Beeinträchtigung durch den Substanzkonsum verringert die Urteilsfähigkeit und erhöht demnach das Risiko eines Traumas. Außerdem sind Substanzabhängige durch ihren riskanten Lebensstil vielen traumatischen Situationen wie Beschaffungskriminalität, Prostitution oder Obdachlosigkeit ausgesetzt, was das Risiko einer Traumatisierung erhöht.

Weitere mögliche Erklärung für hohe Komorbidität bei diesen beiden Erkrankungen ist die „*Sensibilitätshypothese*“. Demnach ist bei Substanzabhängigen eine gewisse Anfälligkeit vorhanden, nach Traumaexposition eine PTBS-Symptomatik zu entwickeln. Dieses kann genetisch, neurobiologisch oder Umwelt bedingt sein (Chilcoat und Breslau, 1998a). Hier ist anzumerken, dass die Meta-Studie von Chilcoat

und Breslau (1998b), wie auch die Vergleichsstudie von Haller und Chassin (2014) vermehrt die „Selbstmedikationshypothese“ unterstützen und nur teilweise die „Hight - Risk- Hypothese“ belegen.

Wie eingangs erwähnt, werden nicht alle Personen mit traumatischen Erfahrungen substanzabhängig oder erkranken an psychischen Erkrankungen, und nicht alle Abhängigkeitskranken berichten über traumatische Erfahrungen vor Manifestation ihrer Sucht (Kuhn, 2004). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche gesundheitsfördernden Faktoren spielen hier eine Rolle?

2.5 Salutogenese und Kohärenzgefühl (Gav.)

2.5.1 Salutogenese.

Im Gegensatz zur Pathogenese, deren Fokus auf der Untersuchung von Faktoren liegt, die einen Menschen krank machen, beschäftigt sich die Salutogenese mit den Ursprüngen der Gesundheit. Dieser Ansatz von Antonovsky (1997) geht der Frage nach, was hält einen Menschen gesund?

Die pathogene Orientierung der Schulmedizin fußt auf einer Dichotomie zwischen „Gesundheit“ und „Krankheit“. Demnach sind Menschen entweder gesund oder krank. Der pathogenetische Ansatz geht von der Annahme aus, dass Krankheiten unmittelbar von mikrobiologischen, psychosozialen oder chemischen Erregern ausgelöst werden. Es wird versucht, diese Risikofaktoren bzw. Stressoren zu beseitigen, zu reduzieren, sich dagegen zu impfen oder anderwärtig diesen Stressoren auszuweichen. Im Mittelpunkt steht daher die Prävention, um menschliche Gesundheit aufrechtzuerhalten (Antonovsky, 1997).

Der salutogenetische Ansatz verwirft die dichotome Klassifizierung des Menschen als gesund oder krank. Antonovsky (1997) sieht den Menschen auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, auf dem er sich während seiner gesamten Lebensspanne bewegt, und mal mehr und mal weniger gesund ist.

Die Idee, dass gesunde Menschen nur wenigen Lebensstressoren ausgesetzt sind, ist nicht haltbar, da im Leben eines Menschen Stressoren immer präsent sind. Dennoch werden viele Menschen nicht krank, viele Menschen kommen sogar mit hoher Stressbelastung gut zurecht. Stressoren können sogar die Widerstandsressourcen mobilisieren und daher auch gesundheitsfördernd wirken (Antonovsky, 1997). Nach Antonovsky (1997) löst die Konfrontation mit Stressoren beim Menschen einen Spannungszustand aus, mit dem dieser umgehen muss. Ob diese Konfrontation zu einer Krankheit führt, hängt von der erfolgreichen Spannungsverarbeitung ab. Daher sieht er es als notwendig an, sich mit Faktoren zu beschäftigen, die diese Verarbeitung von Spannungen positiv determinieren können, damit sich der Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit positionieren kann (Antonovsky, 1997).

2.5.2 Kohärenzgefühl.

Zu den zentralen Fragen des salutogenetischen Ansatzes „Warum Menschen trotz krankmachender Lebensbedingungen gesund bleiben?“ und „wie man sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegen kann?“ entwickelte Antonovsky (1997) das Konzept des Kohärenzgefühls.

Das Kohärenzgefühl oder auch der Kohärenzsinn genannt (sense of coherence, SOC) bezeichnet Antonovsky (1997) als eine grundlegende Lebensorientierung. Diese

stellt ein Gefühl des Vertrauens dar, dass die Anforderungen, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben können, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind. Vertrauen, dass einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen im Leben zu begegnen. Vertrauen, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, für die sich Anstrengung und Engagement lohnen.

Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten „Verstehbarkeit“ (comprehensibility), „Handhabbarkeit“ (manageability) und „Sinnhaftigkeit“ (meaningfulness) zusammen (Antonovsky, 1997).

Verstehbarkeit bezieht sich auf das Ausmaß, inwiefern man interne und externe Stimuli kognitiv als sinnhaft, geordnet, strukturiert und vorhersehbar wahrnimmt. Personen mit einem hohen Ausmaß an „Verstehbarkeit“ gehen davon aus, dass zukünftige Stimuli vorhersagbar sind. Bei überraschenden Stimuli können sie diese besser einordnen und erklären (Antonovsky, 1997).

Handhabbarkeit drückt die Überzeugung aus, über genügend Ressourcen zu verfügen, um den Anforderungen zu begegnen. Ressourcen, wie die eigene Kontrolle über die Situation oder die Überzeugung, dass vertraute Personen wie zum Beispiel Freund, Gott oder Arzt die Situation kontrollieren können. Menschen mit einem hohen Ausmaß an „Handhabbarkeit“, sehen sich in schwierigen Situationen nicht in der Opferrolle und vom Leben als ungerecht behandelt. Anstatt endlos zu trauern, sind sie überzeugt, mit diesen Geschehnissen umgehen zu können (Antonovsky, 1997).

Bedeutsamkeit repräsentiert das motivationale Element. Es bezieht sich auf das Ausmaß, das Leben sowie dessen Anforderungen emotional als sinnvoll zu empfinden.

Probleme werden dann als Herausforderungen gesehen, für die es sich lohnt, eigene Energie zu investieren und sich zu engagieren. Das bedeutet nicht, dass man sich über schwierige Situationen im Leben freut, sondern dass man diesen einen Sinn verleiht. Personen mit hohem Ausmaß an Bedeutsamkeit berichten oft von Lebensbereichen, die ihnen emotional wichtig scheinen (Antonovsky, 1997).

Kohärenzgefühl wird daher nicht als eine Bewältigungsstrategie angesehen, sondern als eine generelle Lebenseinstellung, die Widerstandsressourcen, wie „individuelle Faktoren“, „Introspektionsfähigkeit“, „Intelligenz“ oder „Ich-Identität“ mobilisiert. Bei einer Konfrontation mit Stressoren, erleichtern diese Widerstandsressourcen, entstandene Spannungszustände aufzulösen und ermöglichen, an die Anforderungen flexibel heranzugehen (Antonovsky, 1997). Das Kohärenzgefühl wird oft als das Maß für das psychische Wohlbefinden und den Umgang mit stressbedingten Anforderungen beschrieben (Sommer & Ehlert, 2004; Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela & Koskenvuo, 2000).

2.5.3 Entwicklung und Stabilität des Kohärenzgefühls.

Das Kohärenzgefühl bildet sich anhand der Lebenserfahrung heraus. Ob man ein stärkeres oder schwächeres Kohärenzgefühl entwickelt, hängt von den Erfahrungen in der Kindheit, Jugend und teilweise im Erwachsenenalter ab. Wobei die Ausprägungen des Kohärenzgefühls in diesen Lebensphasen schwanken können. So sind für die Entwicklung der „Verstehbarkeit“ konsistente Lebenserfahrungen notwendig. Eine gute Belastungsbalance, d. h. weder Überforderung noch Unterforderung, bildet die Basis für „Handhabbarkeit“. Während die „Bedeutsamkeit“ durch Erfahrungen der Einflussnahme an Entscheidungsprozessen gefördert wird (Antonovsky, 1997).

Nach Antonovsky (1997) entwickelt sich das Kohärenzgefühl bis zum 30. Lebensjahr und bleibt ab dem 30. Lebensjahr weitgehend stabil. Wobei die Variabilität des Merkmals einen Streitpunkt in der Wissenschaft darstellt. Ergebnisse in neueren Untersuchungen, in denen die Stabilität des Kohärenzgefühls über Jahre hinweg überprüft wurde, widersprechen dieser Theorie (Grevenstein et al., 2014; Smith, Breslin & Beaton, 2003; Wiesmann, Rölker, Ilg, Hirtz & Hannich, 2006).

Dass das Kohärenzgefühl so beständig ist wie von Antonovsky angenommen, wurde in einer kanadischen Studie widerlegt. In dieser Studie wurde das Kohärenzgefühl über einen Zeitraum von 4 Jahren bei 6790 Senioren im mittleren Alter untersucht. Ergebnisse zeigten, dass sich bei 58% Senioren das Kohärenzgefühl um 10% veränderte (Smith et al., 2003). Auch Wiesmann et al. (2006) konnten in ihrer Feldstudie belegen, dass das Kohärenzgefühl durch verschiedene Interventionsprogramme wie Ausdauer-, Krafttraining, Yoga oder Meditation im Alter noch formbar und entwicklungsfähig ist.

Unabhängig davon ob das Kohärenzgefühl stabil oder weniger stabil ist, kann man sagen, dass ein hohes Kohärenzgefühl zu einer Entwicklung eines subjektiv guten Gesundheitszustandes beitragen kann, vor allem zur psychischen Gesundheit. Je stärker das Kohärenzgefühl, desto besser ist die wahrgenommene Gesundheit. Diese Beziehung wurde in zahlreichen Studien, unabhängig vom Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und Nationalität der untersuchten Personen und Studiendesign, belegt. Ferner erscheint das Kohärenzgefühl in der Lage zu sein, die Gesundheit vorherzubestimmen (Eriksson & Lindström, 2006).

2.5.4 Forschungsergebnisse in Zusammenhang mit Trauma, PTBS in Bezug auf das Kohärenzgefühl.

Einige Studien, die das Kohärenzgefühl bei Personen mit PTBS untersucht haben, konnten Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und PTBS feststellen (Erim et al., 2009; Fromberger et al., 1999; Schnyder, Moergeli, Klaghofer, & Buddeberg, 2001; Schnyder, Wittmann, Friedrich-Perez, Hepp & Moergeli, 2008; Tagay, Erim, Brähler & Senf, 2006; Tagay, Herpertz, Langkafel & Senf, 2005). In Untersuchungen von Tagay et al. (2006) wurden Patienten in einer psychosomatischen Ambulanz untersucht; dabei hat sich herausgestellt, dass Patienten mit PTBS ein niedrigeres Kohärenzgefühl aufwiesen. Hochsignifikante Unterschiede im Kohärenzgefühl konnte auch Erim et al. (2009) in einer klinischen Untersuchung in Deutschland feststellen, hier wurden türkische Patienten mit PTBS mit der deutschen und türkischen Normalbevölkerung verglichen.

Fromberger et al. (1998) zeigten in einer Studie mit Verkehrsunfallopfern auf, dass jene von ihnen, die nach dem Unfall keine PTBS entwickelt hatten, eine hohe Ausprägung des Kohärenzgefühls aufwiesen. Zusätzlich erbrachten sie einen Nachweis dafür, dass das Kohärenzgefühl negativ mit einer PTBS-Symptomatik und der Entwicklung einer PTBS korreliert. Schnyder et al. (2001) erzielten ähnliche Ergebnisse, allerdings trug das Kohärenzgefühl nicht zur Vorhersage der Symptomatik bei. Erst in einer weiteren Studie dieser Forschungsgruppe konnte gezeigt werden, dass nach einem Verkehrsunfall ein hohes Kohärenzgefühl zur Bewältigung von Stressoren führen und dadurch vor Entstehung einer PTBS schützen kann (Schnyder et al., 2008). Personen mit einem niedrigeren Kohärenzgefühl passen sich langsamer an traumatische

Erfahrungen an. In einer repräsentative Studie (N=20921) in England zeigten Personen mit niedrigerem Kohärenzgefühl eine langsamere Anpassungsfähigkeit an traumatische Erfahrungen (Surtees, Wainwright & Khaw, 2006).

2.5.5 Forschungsergebnisse in Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit in Bezug auf das Kohärenzgefühl.

Die Annahme von Antonovsky (1997), dass Personen mit niedrigerem Kohärenzgefühl dazu neigen, stressbedingte Situationen mit Alkohol oder Ähnlichem zu bewältigen und dadurch eher von Substanzmissbrauch betroffen sind, konnte in verschiedenen Studien belegt werden (Andersen & Berg, 2001; Arevalo, Prado & Amaro, 2007; Midanik, Soghikian, Ransom & Polen, 1992; Neuner et al., 2006).

In einer Untersuchung wurde hinsichtlich der Beziehung zwischen Alkoholproblemen und Kohärenzgefühl gezeigt, dass ein geringes Kohärenzgefühl zu Alkoholproblemen führen kann, vor allem in Bezug auf die Kontrolle von Alkoholgebrauch und der Frequenz des Trinkverhaltens (Midanik et al., 1992). Mit einem niedrigeren Kohärenzgefühl konnte, neben riskantem Alkoholkonsum, auch eine signifikant höhere Prävalenz von illegalem Drogenmissbrauch und Rauchen assoziiert werden. Diese Beziehung war unabhängig von Alter, Geschlecht, Arten der Substanzen und allen sozioökonomischen Variablen (Neuner et al., 2006).

Bei Substanzgebrauch in Verbindung mit Jugendlichen wurde aufgezeigt, dass ein hohes Kohärenzgefühl weniger Verbrauch von Tabak und Alkohol vorausagen kann (Garcia-Moya et al., 2012; Mattila et al., 2011). Dies ist insofern wichtig, als ein früher Substanzkonsum oft mit der Entwicklung eines in späterer Folge problematischen Konsumstils in Verbindung gebracht wird (Behrendt, Wittchen, Höfler, Lieb & Beesdo,

2009). In einer Längsschnittstudie von Grevenstein et al. (2014) wurde das Kohärenzgefühl als Prädiktor für den künftigen Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum untersucht. Diese Studienergebnisse ergaben allerdings, dass das Kohärenzgefühl als Prädiktor nicht in Verbindung mit dem Zigaretten- und Alkoholkonsum, wohl aber in Verbindung mit dem Cannabisverbrauch stand.

Studien, die das Kohärenzgefühl bei substanzabhängigen Personen in Bezug auf den Behandlungserfolg untersucht haben, zeigen, dass ein höheres Kohärenzgefühl die Chancen verbessert, sich von der Sucht zu erholen (Chen, 2006a, 2006b). In Bezug auf die Behandlung von substanzabhängigen Personen im Konsumbereich von Kokain, Opiaten, Benzodiazepinen, Amphetaminen und Cannabis, konnte das Kohärenzgefühl als stabiler Parameter und als Prädiktor für den Erfolg bei der Methadon-Behandlung gemessen werden (Abramsohn, Peles, Potik, Schreiber & Adelson, 2009; Anderson & Berg, 2001; Lundqvist, 1995).

Arevalo et al. (2007) haben neben Spiritualität und Copingstrategien, die Rolle des Kohärenzgefühls als Mediator zwischen wahrgenommenem Stress, PTBS Symptomen und Schweregrad der Suchtabhängigkeit überprüft. Ähnlich wie in den oben genannten Studien fanden auch sie bei Personen mit Substanzabhängigkeit ein niedriges Kohärenzgefühl. Zudem wurde ein negativer Zusammenhang zwischen einer PTBS-Symptomatik und dem Kohärenzgefühl assoziiert. Kohärenzgefühl als Mediator zwischen der Schwere der Alkohol- und Substanzabhängigkeit und PTBS Symptomatik, konnte allerdings nicht nachgewiesen werden. Vergleichsstudien sind noch ausständig.

2.5.6 Fazit.

Zusammenfassend kann man sagen, dass PTBS und Substanzabhängigkeit in der allgemeinen Bevölkerung hinreichend untersucht wurde. Studien in Bezug auf Randgruppen, wie z.B. obdachlose Personen, sind allerdings unterrepräsentiert. In einzelnen Studien finden sich zwar Hinweise darauf, dass diese beiden Erkrankungen in der Population im Obdachlosenbereich, im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung, häufiger vorkommen, aber konkrete Studien sind Einzelfälle und in einem größeren Forschungskontext nicht vorhanden. Daher ist es relevant diese Randgruppen in einem größeren Ausmaß wissenschaftlich zu untersuchen, bzw. ausgedehntere Nachforschungen hinsichtlich der PTBS und Substanzabhängigkeit durchzuführen. Vor allem wenn man sich die derzeitigen Forschungserkenntnisse vergegenwärtigt, die besagen, dass Substanzabhängigkeit und PTBS sehr oft gemeinsam auftreten, bzw. die Annahme besteht, dass Personen mit einer PTBS, die Symptomatik von PTBS, mit diversen Substanzen zu bewältigen versuchen.

Des Weiteren fehlen Studien zu den jeweiligen Faktoren, die die Zusammenhänge zwischen Substanzabhängigkeit und PTBS beeinflussen können. Es gibt etliche Studien die sich mit dem Thema „Kohärenzgefühl und Substanzabhängigkeit“, sowie mit „Kohärenzgefühl und PTBS“ auseinandergesetzt haben und hier auch Zusammenhänge belegen konnten. Es fehlen die Erkenntnisse, inwiefern das Kohärenzgefühl, bei Personen mit einer PTBS, die darauf oft folgende Substanzabhängigkeit beeinflussen kann. Studien wie die von Arevalo et al. (2007) mit dem Fokus auf das Kohärenzgefühl als Mediator zwischen einer PTBS-Symptomatik und der Schwere der

Substanzabhängigkeit stellen hier eher die Ausnahme dar. Bei obdachlosen Personen fehlen Forschungen zum Kohärenzgefühl im Allgemeinen.

2.6 Untersuchungsziel und Hypothesen

2.6.1 Untersuchungsziel.

Ausgehend von diesen unbeantworteten Fragestellungen war das Ziel dieser Studie:

a) Eine explorative Untersuchung um folgende Fragen zu beantworten: Wie verhält sich die Prävalenz von Traumaerfahrungen und PTBS bei den wohnungslosen Personen?

Um welche Arten der Traumatisierung handelt sich es bei Personen mit PTBS generell?

Gibt es in der Prävalenz von PTBS bei substanzabhängigen und nicht substanzabhängigen Wohnungslosen Unterschiede?

b) Die Ausprägung des Kohärenzgefühls bei obdachlosen Personen zu untersuchen. Der

Fokus lag auf den Unterschieden zwischen Personen mit und ohne

Substanzabhängigkeit, mit und ohne PTBS-Symptomatik, sowie

geschlechtsspezifischen Unterschieden. Ein weiterer Hauptaugenmerk lag auf der

Fragestellungen: gibt es Unterschiede zwischen substanzabhängigen Personen mit

PTBS und substanzabhängigen Personen ohne PTBS? Fungiert das Kohärenzgefühl als

Mediator zwischen PTBS und Häufigkeit des Substanzkonsums?

2.6.2 Hypothesen.

Um die Fragestellungen und Hypothesen kürzer und prägnanter darzustellen, werden die substanzabhängigen Wohnungslosen mit *SA* und die substanzunabhängigen mit *nicht SA* abgekürzt.

a.) Fragestellungen und Hypothesen zur Prävalenz Trauma und PTBS bei substanzabhängigen und nicht substanzabhängigen Wohnungslosen:

Fragestellung 1: Zeigen sich Unterschiede in der Prävalenz von Trauma bei *SA* und nicht *SA*?

H0: Die Prävalenz von Trauma ist bei *SA* nicht höher als bei nicht *SA*.

H1: Die Prävalenz von Trauma ist bei *SA* höher als bei nicht *SA*.

Fragestellung 2: Zeigen sich Unterschiede in der Prävalenz von PTBS-Symptomatik bei *SA* und nicht *SA*?

H0: Die Prävalenz von PTBS ist bei *SA* nicht höher als bei nicht *SA*.

H1: Die Prävalenz von PTBS ist bei *SA* höher als bei nicht *SA*.

b.) Fragestellungen und Hypothesen zum Kohärenzgefühl in der Gesamtstichprobe nach Substanzabhängigkeit, Geschlecht und PTBS-Symptomatik:

Fragestellung 3: Zeigen sich Unterschiede zwischen *SA* und nicht *SA* im Gesamtscore des Kohärenzgefühls?

H0: Es besteht kein Unterschied zwischen SA und nicht SA im Gesamtscore des Kohärenzgefühls.

H1: Es besteht ein Unterschied zwischen SA und nicht SA im Gesamtscore des Kohärenzgefühls.

Fragestellung 4: Zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in gesamten Stichprobe im Gesamtscore des Kohärenzgefühls?

H0: Es besteht kein geschlechtsspezifische Unterschied in gesamter Stichprobe im Gesamtscore des Kohärenzgefühls.

H1: Es besteht ein geschlechtsspezifische Unterschied in gesamter Stichprobe im Gesamtscore des Kohärenzgefühls.

Fragestellung 5: Zeigen sich Unterschiede zwischen Personen mit PTBS-Symptomatik und ohne PTBS-Symptomatik im Gesamtscore des Kohärenzgefühls?

H0: Es besteht kein Unterschied zwischen Personen mit PTBS-Symptomatik und ohne PTBS-Symptomatik im Gesamtscore des Kohärenzgefühls.

H1: Es besteht ein Unterschied zwischen Personen mit PTBS-Symptomatik und ohne PTBS-Symptomatik im Gesamtscore des Kohärenzgefühls.

Fragestellung 6: Zeigen sich Unterschiede zwischen SA und nicht SA mit/ohne PTBS-Symptomatik im Gesamtscore des Kohärenzgefühls?

H0: Es besteht kein Unterschied zwischen SA und nicht SA mit/ohne PTBS-Symptomatik im Gesamtscore des Kohärenzgefühls.

H1: Es besteht ein Unterschied zwischen SA und nicht SA mit/ohne PTBS-Symptomatik im Gesamtscore des Kohärenzgefühls.

Fragestellung 7: Zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen SA und nicht SA mit/ohne PTBS-Symptomatik im Gesamtscore des Kohärenzgefühls?

H0: Es besteht kein geschlechtsspezifischer Unterschied zwischen SA und nicht SA mit/ohne PTBS-Symptomatik im Gesamtscore des Kohärenzgefühls.

H1: Es besteht ein geschlechtsspezifischer Unterschied zwischen SA und nicht SA mit/ohne PTBS-Symptomatik im Gesamtscore des Kohärenzgefühls.

c.) Fragestellungen in Bezug auf den Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomatik, Substanzabhängigkeit und Kohärenzgefühl:

Fragestellung 8: Fungiert das Kohärenzgefühl als Mediator für den Zusammenhang von PTBS-Symptomatik und einem höherem Substanzkonsum?

H0: SOC hat keinen mediiierenden Einfluss auf den Zusammenhang von PTBS-Symptomatik und höherem Substanzkonsum.

H1: SOC hat einen mediiierenden Einfluss auf den Zusammenhang von PTBS-Symptomatik und höherem Substanzkonsum.

3 Methode (Gav., Sar., Hof.),

3.1 Stichprobenbeschreibung

Die Zielgruppe dieser Studie setzte sich aus erwachsenen Männern und Frauen, die ausschließlich in Einrichtungen der Wohnungslosen Hilfe Wien (Samariterbund und

Caritas) untergebracht sind. Es handelt sich hier um Übergangwohnheime für wohnungslose Menschen mit eingeschränkter Wohndauer.

Die gesamte Stichprobe ($N = 201$) setzte sich aus 80 (40%) Frauen und 121 (60%) Männern zusammen. Das durchschnittliche Alter in der gesamten Stichprobe lag bei 40.36 ($SD = 13.08$) Jahren. Bei 28% lag die Dauer der Obdachlosigkeit bei weniger als einem Jahr, bei 39% lag die Wohnungslosigkeit zwischen einem und drei Jahren, bei 19% lag sie zwischen vier und sechs Jahren, bei 7% dauerte die Wohnungslosigkeit bereits zwischen sieben und neun Jahren, 6% waren noch länger wohnungslos. In der gesamten Stichprobe waren 101 Personen substanzabhängig und 100 Personen nicht substanzabhängig.

Die Einteilung der Stichprobe in Wohnungslosen mit und ohne Substanzabhängigkeit erfolgte auf folgende Weise:

Alle Personen, die im Fragebogen bei der Frage, ob sie in einem *Substitutionsprogramm* sind, mit „ja“ antworten ($n = 92$) und alle Personen, die nach Selbsteinschätzung angeben, eine *aktuelle Abhängigkeitserkrankung* zu haben, ($n = 9$) wurden der Teilstichprobe der Wohnungslosen mit einer Substanzabhängigkeit zugewiesen. Diese Teilstichprobe bestand aus 101 Personen. Alle anderen Teilnehmer wurden der Teilstichprobe der Wohnungslosen ohne Substanzabhängigkeit zugewiesen und diese umfasst somit 100 Personen. Charakteristika der Stichprobe sind in der Tabelle 1 näher dargestellt.

Tabelle 1

Deskriptive Statistiken der soziodemografischen Variablen, gesamte Stichprobe (N = 201), sowie getrennt nach PTBS-Symptomatik, n = absolute Häufigkeit, % = relative Häufigkeit in Prozent, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Variable	Gesamt	Keine PTBS	PTBS
Geschlecht <i>n</i> (%):			
weiblich	80 (40)	33 (31)	47 (49)
Männlich	121 (60)	72 (69)	49 (51)
Alter <i>M</i> (<i>SD</i>)	40.36 (13.08)	43.12 (14.10)	37.34 (11.17)
Dauer der Wohnungslosigkeit <i>n</i> (%):			
kürzer als 1 Jahre	56 (28)	30 (29)	26 (27)
1 Jahr bis 3 Jahre	79 (39)	38 (36)	41 (43)
4 Jahre bis 6 Jahre	39 (19)	20 (19)	19 (20)
7 Jahre bis 9 Jahre	15 (7)	9 (9)	6 (6)
länger als 10 Jahre	12 (6)	8 (8)	4 (4)
Substanzabhängigkeit <i>n</i> (%):			
SA	101 (50)	37 (35)	64 ((67)
nicht SA	100 (50)	68 (65)	32 (33)

3.2 Untersuchungsmaterialien

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein Selbsteinschätzungsfragebogen ausgearbeitet, der aus mehreren Teilen bestand: Informationsblatt zur Studienteilnahme, demografischen Daten, Angaben zum Substanzkonsum und mehreren Testbatterien. Diese einzelnen Teile werden in der Folge näher beschrieben.

3.2.1 Informationsblatt zur Studienteilnahme.

In diesem Teil des Fragebogens wurden Teilnehmer allgemein in den Themenbereich der Untersuchung eingeführt. Themen, die diese Studie behandelt, können für Teilnehmer psychisch belastend sein und eventuell traumatische Erfahrungen wieder in Erinnerung rufen (Maercker, 2013). Aus diesem Grund wurden eine telefonische Kontaktangabe sowie die Möglichkeit einer Hilfestellung durch eine Konsiliarpsychiaterin geboten und in diesem Teil auch darauf verwiesen. Zum Schluss enthält dieser Teil die Datenschutzlinien und eine Einverständniserklärung.

3.2.2 Soziodemographische Daten.

In diesem Teil werden folgende soziodemographische Daten erhoben: Geschlecht, Alter, abgeschlossene Ausbildung, Familienstand, Anzahl der Kinder, Dauer der Wohnungslosigkeit.

3.2.3 Angaben zum Substanzkonsum.

Um zwischen substanzabhängigen und nicht substanzabhängigen Personen unterscheiden zu können und letztendlich die Einteilung in SA und nicht SA vollziehen zu können, wurden Substanzabhängigkeit und Substanzkonsumverhalten erhoben.

Substanzabhängigkeit und Substanzkonsum wurden mittels Fragebogen mit selbsterstellten Fragen erfasst. Dieser beinhaltet Fragen zum Konsum und Häufigkeiten von diversen Substanzen und Medikamenten (Alkohol, Cannabis, Kokain, Medikamente, usw.) sowie die Selbsteinschätzung der eigenen Substanzabhängigkeit (Ja/Nein Antwortformat). Weiter wurde mit diesem Fragebogen der Grad der Beeinträchtigung im Alltag durch den Substanzkonsum erhoben und ob eine

Therapiemaßnahme in Anspruch genommen wurde. Zusätzlich wurden die Teilnehmer in dem Fragebogen befragt, ob sie sich aktuell in einem Substitutionsprogramm befänden (siehe Anhang).

3.2.4 Trauma History Questionnaire (THQ).

Bei dem THQ handelt es um einen Selbstbeurteilungsbogen, der traumatische Ereignisse über die Lebensspanne misst. Er umfasst 24 Items und eignet sich für allgemeine, wie auch klinische Stichproben. Die Skalen der Checkliste basieren auf einem Interview, das während der Entwicklung des DSM-IV durchgeführt wurde. Der THQ ist in folgende traumatische Ereignisse gegliedert: Ereignisse, die mit Verbrechen in Verbindung stehen, allgemeine Katastrophen und Traumata, körperliche und sexuelle Erfahrungen und andere Ereignisse (Maercker & Bromberger, 2005).

Das Antwortformat ist zweistufig (Ja/Nein). Zusätzlich beinhaltet der THQ die Fragen nach der Häufigkeit der traumatischen Erlebnisse, dem Alter bei Erleben und einer ausführlicheren Beschreibung des erlebten Traumas (Maercker & Bromberger, 2005). Eine Erweiterung oder Kürzung der Itemliste ist prinzipiell möglich. Normen sind nach Geschlecht getrennt erhältlich (Maercker & Bromberger, 2005).

3.2.5 Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C).

PCL-C orientiert sich an den DSM-IV-Kriterien für eine PTBS und erfasst Symptome auf ein extrem belastendes Ereignis. Der Fragebogen besteht aus 17 Items. Die Antwortscala ist fünfstufig und reicht von „überhaupt nicht“ bis „äußerst“. Es werden die Kriterien: Vermeidung, Intrusion und Hyperarousal erhoben. Der PCL-C

ermöglicht eine Differenzierung zwischen dem Vollbild einer PTBS, einer partiellen PTBS oder keiner PTBS. Die Auswertung nimmt ca. 5 Minuten in Anspruch.¹

3.2.6 Sense of Coherence Scala – Kurzsкала (SOC-L9).

Aufbauend auf den 1983 entwickelten Fragebögen die „Sense of Coherence Scala“ nach Antonovsky, dient zur Erfassung des Kohärenzgefühls die von Schuhmacher et al. (2000b) entwickelte Leibziger Kurzsкала. Die dreidimensionale Leipziger Kurzform SOC-L9 umfasst insgesamt neun Items, die alle drei Subkomponenten des Kohärenzgefühls repräsentieren. Sie enthält 2 Items aus der Skala „Verstehbarkeit (comprehensibility)“, 3 Items aus der Skala „Handhabbarkeit (manageability)“ und 4 Items aus der Skala „Sinnhaftigkeit (meaningfulness)“ und dadurch das Kohärenzgefühl in all seinen Aspekten erfasst (Singer & Brähler, 2007).

Das Antwortformat ist eine siebenstufige Ratingskala (1=sehr oft bis 7=sehr selten oder nie). Es wird ein Gesamtpunktescore durch Addierung der Rohwerte errechnet. Es können Gesamtscores von 7 bis zu 63 Punkten erreicht werden. Je höher der Gesamtpunktescore, desto höher ist das Kohärenzgefühl der befragten Person. Der Einsatz des Fragebogens ist für Personen zwischen 18 und 92 Jahren möglich. In Bezug auf Reliabilität weist das Verfahren recht gute Werte auf, die innere Konsistenz liegt bei 0,87 (Singer & Brähler, 2007).

¹ Internet www.ptsd.va.gov am 06.09.2015:
www.ptsd.va.gov/PTSD/professional/pages/assessments/assessment-pdf/PCL-handout.pdf

3.3 Durchführung (Gav.)

Für die vorliegende Querschnittsuntersuchung wurden in Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe erwachsene Frauen und Männer einmalig befragt. Die Teilnehmer dürften das Alter von 18 Jahren nicht unterschreiten. Eine Altersgrenze nach oben wurde nicht festgesetzt. Den Kontakt mit den Einrichtungen sowie Ansuchen um eine Genehmigung für die Untersuchung erfolgte per E-Mail. Die Datenerhebung wurde mittels Paper-Pencil durchgeführt. Hierfür wurde ein Fragebogen bestehend aus mehreren Testbatterien erstellt. Der Erhebungszeitraum erstreckt sich vom 01.10.2014 bis zum 01.02.2015.

Insgesamt wurden in vier Einrichtungen die Daten erhoben: Haus R3, Haus Max Winter, Haus Sama und Haus Bilothestrasse. Es handelt sich hier um sozial betreute Wohnhäuser und Übergangswohnhäuser für wohnungslose Menschen. Die Rekrutierung und die Testung der Testpersonen erfolgten persönlich vor Ort in den Einrichtungen. Nach einer freiwilligen Zustimmung der Teilnahme an der Studie wurden Fragebogen in der jeweiligen Einrichtung ausgeteilt und zum vereinbarten Termin eingesammelt. In den meisten Fällen haben die Teilnehmer die Fragebogen selbst ausgefüllt und zur vereinbarten Zeit abgegeben. Bei einigen Teilnehmern entstand der Wunsch beim Ausfüllen des Fragebogens die von den Testleitern angebotene Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Einteilung für die spätere Auswertung der Stichprobe in Wohnungslose mit und ohne Substanzabhängigkeit erfolgte auf folgende Weise: Alle Personen, die im Fragebogen bei der Frage, ob sie in einem *Substitutionsprogramm* sind, mit „ja“ antworten und alle Personen, die nach Selbsteinschätzung angeben eine *aktuelle*

Abhängigkeitserkrankung zu haben, werden der Teilstichprobe der Wohnungslosen mit einer Substanzabhängigkeit zugewiesen. Alle anderen Teilnehmer werden der Teilstichprobe der Wohnungslosen ohne Substanzabhängigkeit zugewiesen.

Die Auswertung der gesamten Daten erfolgte mittels IBM SPSS-Statistics 22. Für die statistische Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen wurden folgende statistische Verfahren eingesetzt: deskriptive Datenanalyse, χ^2 -Test, Binomialtest, Welch-Test, Exakter Test nach Fisher, Mann-Whitney-*U*-Test, mehrfaktorielle ANOVA. Die Voraussetzungen für parametrische Verfahren wie eine Normalverteilung und Homogenität der Varianzen wurden mittels Kolmogorov-Smirnov-Test und Levene-Test überprüft. Für die Mediationsanalyse kam der „Process“ Test für SPSS zum Einsatz.

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Analyse der Stichprobe (*Gav., Sar., Hof.*)

4.1.1 Demografische Daten.

Die Trennung der Stichprobe in Personen mit und ohne Substanzabhängigkeit erfolgte auf folgende Weise: Alle Personen, die bei der Frage, ob sie in einem Substitutionsprogramm seien, mit „ja“ antworten ($n = 92$) und alle Personen, die angaben, eine aktuelle Abhängigkeitserkrankung zu haben, ($n = 92$) wurden der Teilstichprobe der Wohnungslosen mit einer Substanzabhängigkeit zugewiesen. Diese Teilstichprobe bestand aus 101 Personen, die Teilstichprobe der Wohnungslosen ohne Substanzabhängigkeit umfasste somit 100 Personen. Die Teilstichprobe der

Wohnungslosen mit einer Substanzabhängigkeit bestand aus 92 aktuell substituierten und 9 nicht substituierten Personen.

Die gesamte Stichprobe setzte sich aus 80 (40%) Frauen und 121 (60%) Männern zusammen, zwischen den beiden Stichproben gab es bezüglich Geschlechtsverteilung keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2(1) = .053$; $p = .817$; $N = 201$). Das durchschnittliche Alter in der gesamten Stichprobe lag bei 40,36 ($M = 40,36$; $SD = 13.08$) Jahren. Bezüglich Alter zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Teilstichproben (Welch-Test: $t(183.1) = 4.422$, $p < .001$). Personen ohne Substanzabhängigkeit ($M = 44.29$; $SD = 14.19$) waren dabei älter als Personen mit Substanzabhängigkeit ($M = 36.48$, $SD = 10.58$). In Bezug auf Schulbildung ergab sich folgendes Ergebnis für die gesamte Stichprobe: 2% hatten Volksschulabschluss, 55 (27%) verfügten über einen Pflichtschulabschluss, die Mehrheit hatte eine Lehre abgeschlossen (50%), 2% hatten einen Hochschulabschluss und 6% gaben einen anderen Schulabschluss an. Zwischen den beiden Teilstichproben gab es bezüglich Schulabschluss keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2(5) = 3.775$; $p = .582$; $N = 201$). 18% der gesamten Stichprobe waren verheiratet oder lebten in einer Partnerschaft, 4% waren verwitwet, die relative Mehrheit von 48% war ledig und 32% gaben an, geschieden zu sein. Bezüglich Nachkommen waren keine Unterschiede zwischen Obdachlosen mit und ohne Substanzabhängigkeit belegbar ($\chi^2(3) = 7.15$; $p = .067$, $N = 201$). Rund die Hälfte der gesamten Stichprobe (46%) gab an, keine Kinder zu haben, 31% hatten ein Kind, 28 (14%) hatten zwei Kinder, weitere 6% hatten 3 Kinder und 2% gaben an, mehr als drei Kinder zu haben. Zwischen den beiden Teilstichproben bestand hinsichtlich Kinderanzahl kein signifikanter Unterschied ($z = 1.060$; $p = .289$; $N = 201$; U-Test).

Nach der Dauer der Wohnungslosigkeit ergab sich folgende Zahlen: bei 28% liegt dauerte die Obdachlosigkeit weniger als ein Jahr, bei 39% hielt die Wohnungslosigkeit zwischen einem und drei Jahren an, bei 19% lag sie zwischen 4 und 6 Jahren, bei 7% dauerte die Wohnungslosigkeit bereits zwischen 7 und 9 Jahren, bei 6% dauerte sie noch länger. Auch bezüglich der Dauer der Wohnungslosigkeit waren zwischen den beiden Teilstichproben keine signifikanten Unterschiede belegbar ($z = -.581$; $p = .561$, $N = 201$).

4.1.2 Angaben zu Substanzkonsum.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über den aktuellen Substanzkonsum in der Gruppe der Personen mit einer Substanzabhängigkeit. Am häufigsten wurden konsumiert Benzodiazepine (66% mindestens mehrmals pro Woche), Haschisch (50% mindestens mehrmals pro Woche und Opiate (34% mindestens mehrmals pro Woche).

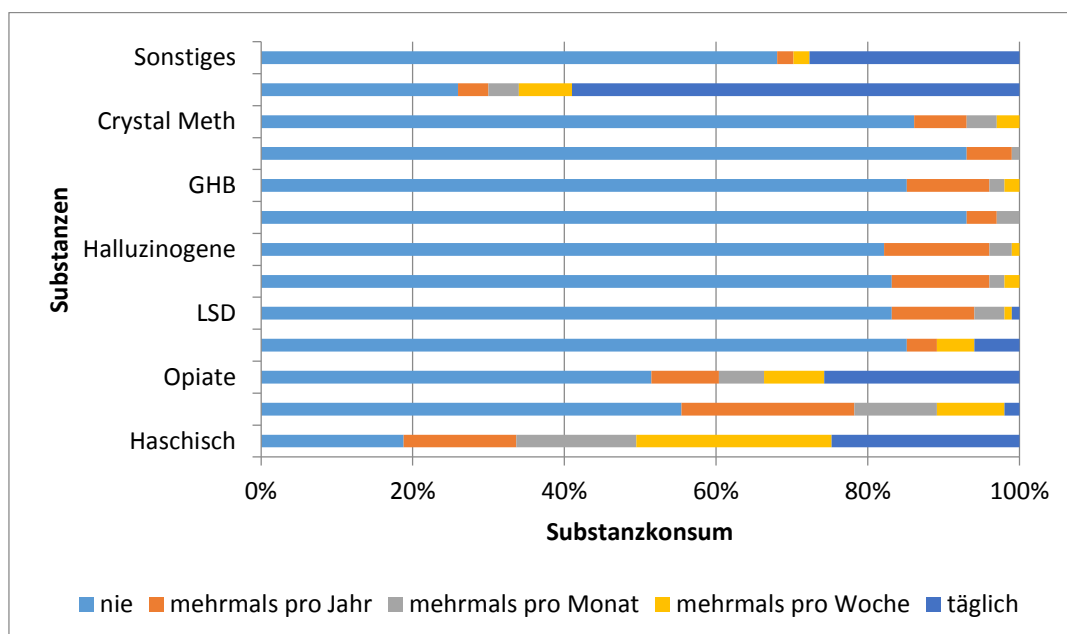


Abbildung 1. Substanzkonsum der Teilstichprobe mit einer aktuellen Substanzabhängigkeit ($n = 101$).

Insgesamt gaben 74 (37%) Personen an, bereits einmal eine Beratung oder Therapie wegen Alkohol oder Drogen gemacht zu haben. Davon waren 59 (58%) Personen mit einer Substanzabhängigkeit und 15 (15%) Personen ohne Substanzabhängigkeit.

4.1.3 Lebenszeitprävalenz Trauma und Traumarten.

Insgesamt wurden in der gesamten Stichprobe pro Person von 7.54 ($M = 7,54$; $SD = 4.33$) Traumata berichtet. Die Spannweite der Anzahl erlebter Traumata reichte von 0 bis 19. Insgesamt berichteten 96%, dass sie zumindest ein Trauma erlebt haben. Der Wert ist statistisch abgesichert signifikant höher als 50% (Binomialtest: $p < 0,001$). Die einzelnen Trauma Arten sind in Tabelle 2 abgebildet.

Tabelle 2

Trauma Erfahrungen nach Art der Trauma

Art der Trauma	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>%</i>
Allgemeine Katastrophen und Traumata	201	0.00	4.00	1.07 (1.10)	57
Ereignisse, die mit Verbrechen in Verbindung stehen	201	0.00	10.00	4.34 (2.34)	95
Körperliche und sexuelle Traumata	201	0.00	7.00	2.12 (1.89)	73
Gesamt	201	0.00	19	7.54 (4.33)	96

Die Traumaerfahrungen in der Gruppe mit Substanzabhängigkeit waren signifikant größer (Fisher Exact Test: $p = .002$; $N = 201$). In der Stichprobe der Substanzabhängigen hatten 100% der Personen wenigstens eine Traumerfahrung erlebt, in der Gruppe ohne Substanzabhängigkeit waren es 91%.

Es fanden sich bei allen drei Trauma-Arten signifikante Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Substanzabhängigkeit. Personen mit Substanzabhängigkeit wiesen generell höhere Prävalenzraten auf (Allgemeine Katastrophen: $\chi^2(1) = 17.648$; $p < .001$; $N = 201$; Verbrechen: $\chi^2(1) = 11.753$, $p < .001$; $N = 201$; Körperliche und sexuelle Erfahrungen: $\chi^2(1) = 17.473$; $p < .001$, $N = 201$). Prävalenzen der einzelnen Trauma-Arten, getrennt nach Substanzabhängigkeit sind in Abbildung 2 dargestellt.

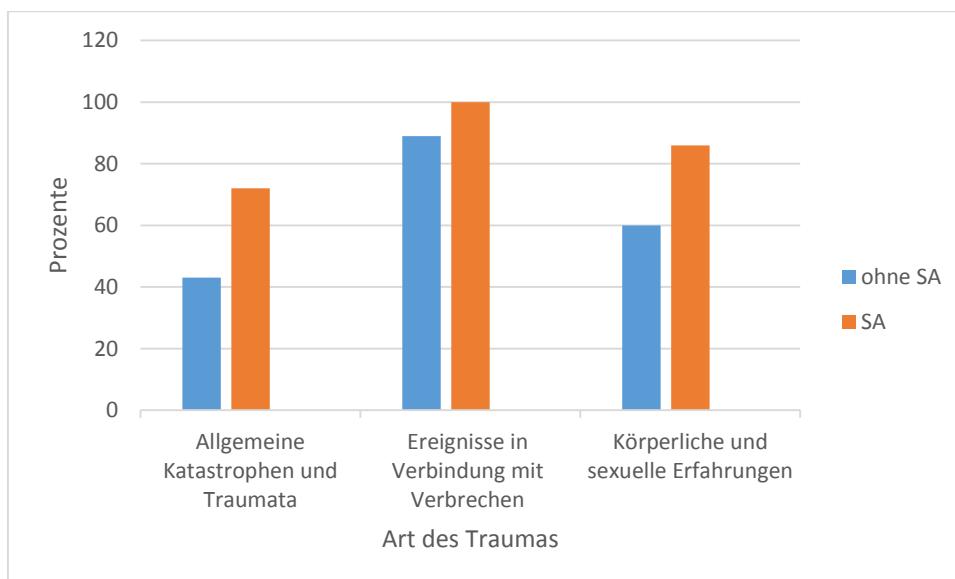


Abbildung 2. Art des Traumas, getrennt nach Substanzabhängigkeit

4.1.4 PTBS Lebenszeitprävalenz.

Anhand von zwei im Manual von PCL-C berichteten Cut-Off-Werten wurde eine Einteilung in Personen mit und ohne PTBS-Symptomatik vorgenommen. Der erste

CUT-Off Wert lag bei 36 Punkten, der zweite bei 45. Für weitere Auswertungen wurde die Einteilung nach dem strengeren Cut-Off Kriterium (> 45) herangezogen, das erschien insofern sinnvoll, da die PCL Werte in dieser Stichprobe generell sehr hoch waren und es daher angebracht erschien, ein strengeres Kriterium heranzuziehen, um eine bessere Differenzierung zu erhalten.² Nach der ersten Möglichkeit zeigte 122 (61%) der Stichprobe eine PTBS-Symptomatik auf, nach der zweiten Einteilung waren 96 (48%) eine PTBS- Symptomatik betroffen. In der Gruppe ohne PTBS lag die PTBS - Symptomatik niedriger ($M = 29.45$; $SD = 7.31$), als in der Gruppe mit PTBS - Symptomatik ($M = 57.42$; $SD = 10.21$). Der Unterschied in den PCL-Werte war hoch signifikant (Welch-Test: $t(170.9) = -22.146$; $p < .001$). In Tabelle 3 sind die Ergebnisse prozentuell dargestellt.

Tabelle 3

Bildung der Gruppe mit PTBS-Symptomatik (Angaben in absoluten Häufigkeiten und Prozent), $N = 201$

	Cut-Off 36 N (%)	Cut-Off 45 N (%)
Keine PTBS	79 (39%)	105 (52%)
PTBS	122 (61%)	96 (48%)

²Internet [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/PCL-handout.pdf) am <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/PCL-handout.pdf>

In der Abbildung 3 ist die PTBS-Symptomatik nach Substanzabhängigkeit dargestellt.

Bei einer Substanzabhängigkeit wiesen 63% eine PTBS auf, lag keine

Substanzabhängigkeit vor, so waren es 32%. Das Ergebnis war signifikant ($\chi^2(1) =$

19.815; $p < .001$, $N = 201$).

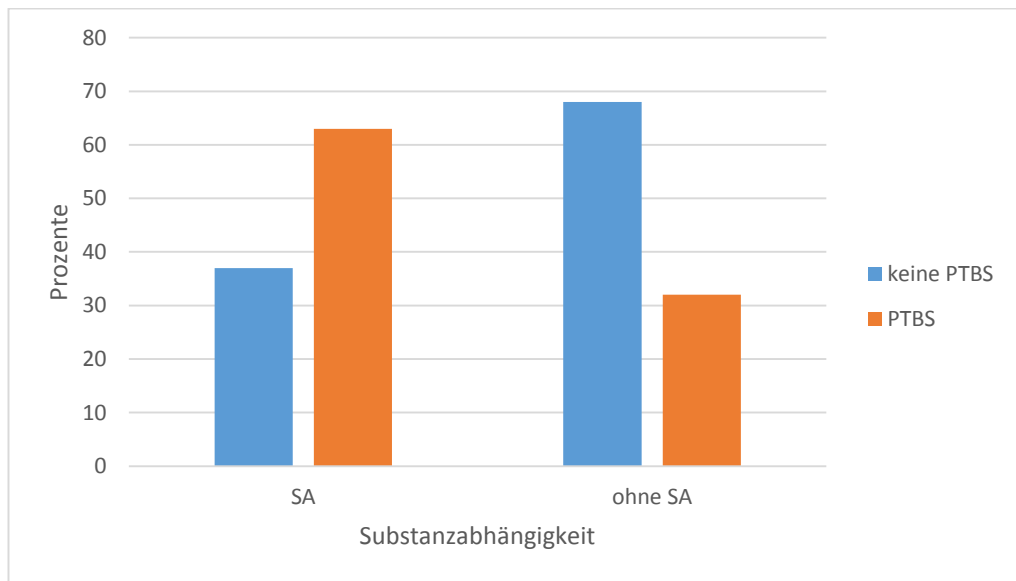


Abbildung 3. Prävalenzrate PTBS-Symptomatik, getrennt nach Substanzabhängigkeit

4.1.5 Darstellung des PCL.

Es wurde auch ein Cronbach- α für den PCL für diese Stichprobe berechnet, das Cronbach- α wies dabei einen sehr guten Wert von .93 auf. Der Gesamtwert lag bei $M = 42.81$ ($SD = 16.54$). Der geringste Wert lag bei 17 Punkten, das Maximum wurde mit 82 Punkten erreicht.

4.1.6 Darstellung der THQ.

Es wurde auch ein Cronbach- α für den THQ für diese Stichprobe berechnet, das Cronbach- α wies dabei einen guten Wert von .76 auf. Der Gesamtwert lag bei $M =$

22.45 ($SD = 11.47$). Der geringste Wert lag bei 17 Punkten, das Maximum wurde mit 82 Punkten erreicht.

4.1.7 Darstellung des SOC.

Es wurde für die vorliegende Stichprobe eine Reliabilitätsanalyse berechnet. Das Cronbach- α lag bei .88. Da in dieser Kurzform auch drei SOC-Subskalen enthalten sind, wurden auch für diese eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Für die zwei Items der Skala „Verstehbarkeit“ wurde ein $\alpha = .76$ ermittelt, der Reliabilitätskoeffizient für die Skala Sinnhaftigkeit (vier Items) lag bei .81, für die dritte Skala wurde ein $\alpha = .66$ ermittelt. Diese drei Subskalen verfügten somit über eine zufriedenstellende Zuverlässigkeit und wurden in weiterer Folge ebenfalls in die Auswertung mit einbezogen. Der Gesamtwert lag bei $M = 40.39$ ($SD = 12.62$), für die Subskala Handhabbarkeit wurde $M = 13.59$ ($SD = 4.45$) ermittelt, für die Subskala Sinnhaftigkeit lag der Wert bei $M = 18.27$ ($SD = 6.20$) und für die dritte Subskala „Verstehbarkeit“ bei $M = 8.53$ ($SD = 3,75$).

4.2 Hypothesenprüfung (Gav.)

4.2.1 SOC-Unterschiedshypothesen.

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte mittels einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse. Die abhängige Variable war der Gesamtwert des SOC, als unabhängige Variablen wurden die Substanzabhängigkeit, die PTBS-Symptomatik und das Geschlecht aufgenommen. Dadurch konnten alle Hypothesen mit einem Verfahren überprüft werden. Die Voraussetzung der Normalverteilung wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft und konnte als gegeben angenommen werden, die

Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde mittels Levene-Test überprüft ($F(7, 193) = 0.584; p = .769$) und konnte ebenfalls als gegeben angenommen werden.

Im Folgenden werden zuerst die Ergebnisse bezüglich des Haupteffekts referiert, hier ist anzumerken, dass bei Vorliegen von signifikanten Wechselwirkungen der Effekt des Haupteffektes kritisch zu hinterfragen ist (Bortz, 2005).

Bezüglich des Haupteffekts Substanzabhängigkeit konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit und ohne aktueller Substanzabhängigkeit im SOC-Gesamtwert festgestellt werden ($F(1, 193) = 7.396; p = .007; \eta^2 = .02$). SOC bei Personen mit einer Substanzabhängigkeit war deutlich niedriger ($M = 36.28; SD = 11.22$) als bei Personen ohne Substanzabhängigkeit ($M = 44.54; SD = 12.64$).

Bezüglich des Haupteffekts Geschlecht konnte festgestellt werden, dass sich Männer und Frauen (unabhängig von Substanzabhängigkeit und PTBS) nicht signifikant unterschieden ($F(1, 193) = 1.386; p = .241; \eta^2 = .00$). Männer ($M = 41.90; SD = 12.40$) und Frauen ($M = 38.10; SD = 12.67$) wiesen keinen Unterschied im SOC auf.

Zu einem signifikanten Ergebnis kam es beim Faktor PTBS-Symptomatik ($F(1, 193) = 122.887; p = .000; \eta^2 = .32$). Bei Personen ohne PTBS-Symptomatik war SOC deutlich höher ausgeprägt ($M = 48.53; SD = 9.26$) als bei Personen mit einer PTBS-Symptomatik ($M = 31.48; SD = 9.37$). In Abbildung 4 sind die Unterschiede des Haupteffekts grafisch dargestellt.

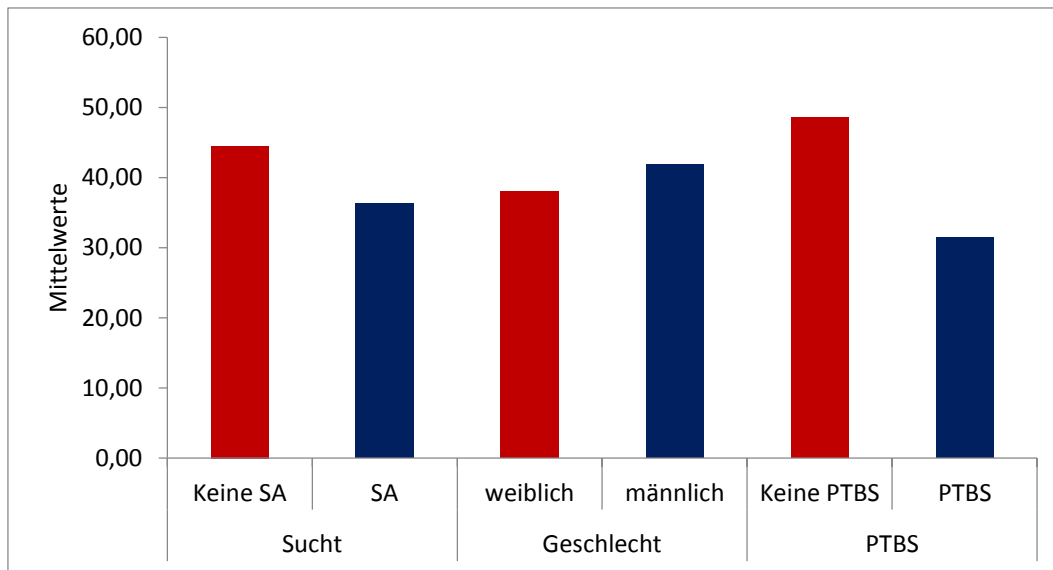


Abbildung 4. Mittelwert des SOC9 – Gesamt, getrennt nach den unabhängigen Variablen Substanzabhängigkeit, Geschlecht und PTBS, Fehlerindikator ± 1 Standardabweichung

Bei der Analyse der Wechselwirkung von Geschlecht und Substanzabhängigkeit konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($F(1, 193) = 0.117$; $p = .733$; $\eta^2 = .00$). Das bedeutet, dass sowohl bei Personen mit und ohne Substanzabhängigkeit geschlechtsspezifische Unterschiede nicht gegeben sind. Andererseits bedeutet das auch, dass die Differenz im SOC zwischen Personen mit und ohne Substanzabhängigkeit bei Frauen und Männern gleich groß war.

Die Wechselwirkung von Substanzabhängigkeit und PTBS-Symptomatik war signifikant ($F(1, 193) = 4.103$; $p = .044$; $\eta^2 = .01$). Abbildung 5 stellt diese Wechselwirkung grafisch dar. Die Differenz im SOC bei Nichtvorliegen einer PTBS größer war ($M = 45,03$; $SD = 8,25$) und ($M = 50,44$; $SD = 9,28$), als wenn eine PTBS vorhanden war ($M = 31,22$; $SD = 9,48$) und ($M = 32,00$; $SD = 9,26$). Demnach unterscheiden sich Personen mit Substanzabhängigkeit von Personen ohne

Substanzabhängigkeit hinsichtlich des Kohärenzgefühls nur, wenn keine PTBS vorliegt; wenn PTBS vorliegt, ist der Unterschied nicht mehr vorhanden, somit ist das Ergebnis des Haupteffekts Substanzabhängigkeit zu revidieren.

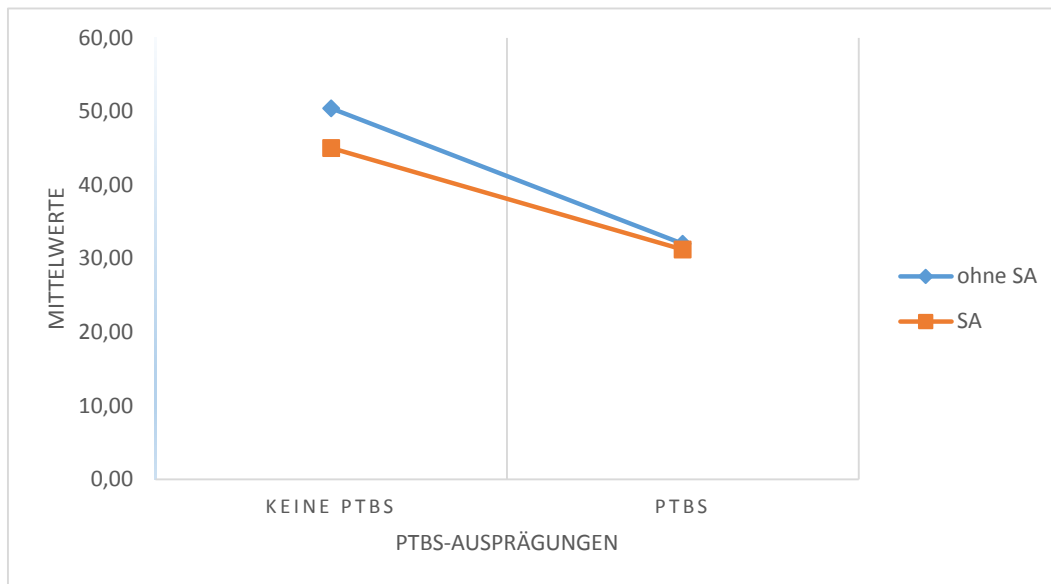


Abbildung 5. Darstellung der Wechselwirkung aus Substanzabhängigkeit und PTBS-Symptomatik (Fehlerindikator: ± 1 Standardabweichung, SOC-Gesamtwert)

Die Wechselwirkung aus Geschlecht und PTBS war nicht signifikant ($F(1, 193) = 0.024$; $p = .877$; $\eta^2 = .00$). Die Unterschiede im SOC zwischen Personen mit PTBS und Personen ohne PTBS waren nicht durch das Geschlecht beeinflusst. Es zeigte sich aber, dass die dreifache Wechselwirkung aus Geschlecht, Substanzabhängigkeit und PTBS-Symptomatik signifikant war ($F(1, 193) = 4.828$; $p = .029$; $\eta^2 = .01$). Diese Wechselwirkung bedeutet, dass bei Frauen in Abhängigkeit von Substanzabhängigkeit und PTBS die Unterschiede mehr ausgeprägt waren (vgl. Abbildung 6). Während bei Vorliegen keiner PTBS die Frauen mit einer Substanzabhängigkeit geringere Werte hatten als Frauen ohne Substanzabhängigkeit, so zeigte sich dieser Unterschied bei

Vorliegen einer PTBS nicht mehr. Das heißt, die PTBS hatte auch hier eine nivellierende Funktion.

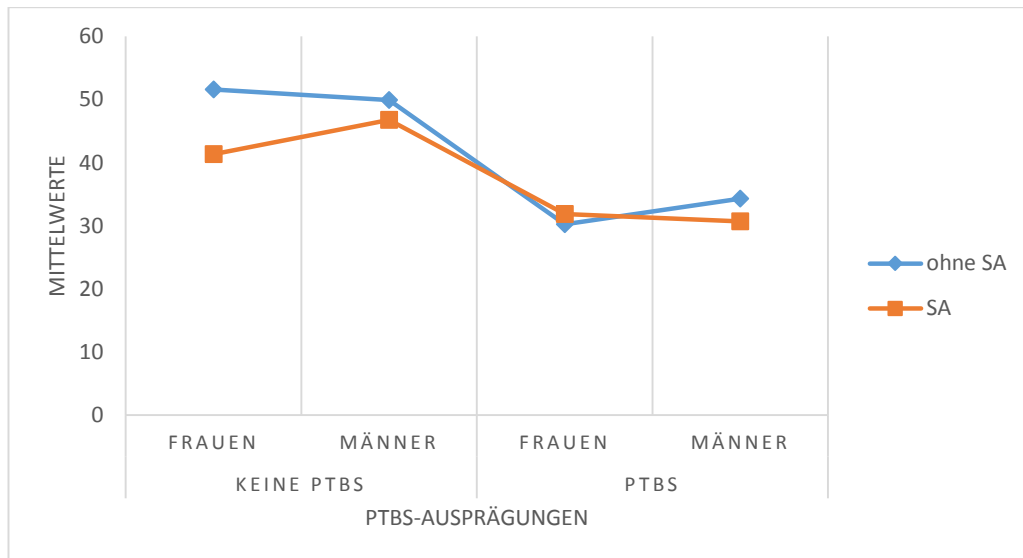


Abbildung 6. Darstellung der Wechselwirkung aus Geschlecht, Substanzabhängigkeit und PTBS-Symptomatik, SOC-Gesamtwert

Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit: In diesem Abschnitt wird nun verglichen, ob es Unterschiede zwischen den SOC-Skalen in Abhängigkeit von PTBS-Symptomatik, Substanzabhängigkeit und Geschlecht gibt. Um eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu haben, wird für diese Auswertung nicht der Summenwert der Subskalen, sondern der über die Itemanzahl je Subskala normierte Mittelwert herangezogen.

Es konnte festgestellt werden, dass die drei Subskalen in der gesamten Stichprobe unterschiedlich ausgeprägt sind ($F(1, 62, 313.37) = 7.229; p = .002, \eta^2 = .04$).

Verstehbarkeit ($M = 4.12; SE = 0.12$), Sinnhaftigkeit ($M = 4.53; SE = 0.09$) und Handhabbarkeit ($M = 4.41; SE = 0,90$). Posthoc Tests mit Bonferoni-Korrektur belegten

signifikante Unterschiede zwischen Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit ($p = .004$) und Verstehbarkeit und Handhabbarkeit ($p = .048$). Der Unterschied zwischen Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit war nicht signifikant ($p = .478$): Somit konnte festgehalten werden, dass die Subskala Verstehbarkeit signifikant geringer ausgeprägt war als die beiden anderen Subskalen. Diese Differenzen zwischen den drei Subskalen waren jedoch abhängig von Geschlecht ($F(1.62; 313.37) = 4.964; p = .012; \eta^2 = .03$) und der Substanzabhängigkeit ($F(1.62; 313.37) = 6.791; p = .003; \eta^2 = .03$).

Betrachtet man nun die Wechselwirkung mit dem Geschlecht, so zeigte sich, dass der Unterschied zwischen den drei Skalen bedingt war durch die besonders niedrigen Werte der Frauen in der Skala Verstehbarkeit (vgl. Abbildung 7).

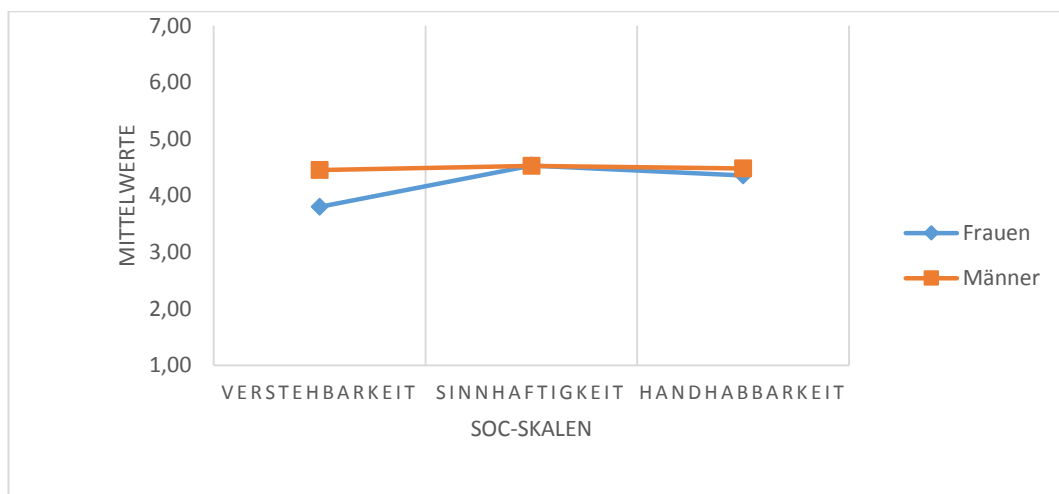


Abbildung 7. Wechselwirkung aus Geschlecht und Differenzen der Subskalen

Bei der Wechselwirkung mit der Substanzabhängigkeit zeigte sich, dass Sinnhaftigkeit in der Gruppe mit einer Substanzabhängigkeit deutlich geringer ausgeprägt war als bei Personen ohne Substanzabhängigkeit, bei den beiden anderen Skalen lassen sich diese Unterschiede in dieser Größe nicht feststellen (vgl. Abbildung 8).

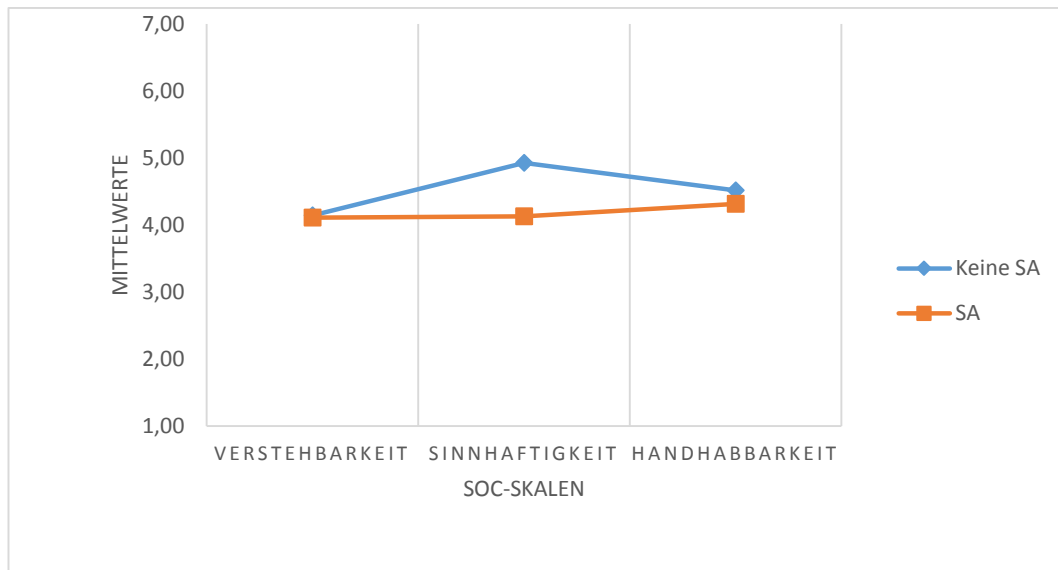


Abbildung 8. Wechselwirkung aus Geschlecht und Differenzen der Subskalen

Die PTBS-Symptomatik hatte keinen Einfluss auf die Unterschiede zwischen den drei Subskalen ($F(1.62; 313.37) = 1.016, p = .350; \eta^2 = .01$). Auch die Wechselwirkungen höherer Ordnung waren alle nicht signifikant.

4.2.2 SOC als Mediator.

Hier wurde nun untersucht, ob der niedrige SOC als Mediator für die Beziehung von PTBS-Symptomatik und erhöhtem Substanzkonsum fungiert. Für die Berechnung wurde die PTBS (unabhängige Variable) als Prädiktor für SOC (Mediator) und Substanzabhängigkeit (abhängige Variable) verwendet. Als Indikator für eine Substanzabhängigkeit wurde die Konsumhäufigkeit herangezogen. Es wurde ein Summenscore über die Konsumhäufigkeit gebildet, der durch die Anzahl der Substanzen dividiert wurde. Der Wertebereich dieses Index lag somit zwischen 0 als minimalster Ausprägung und 4 als höchstmöglicher Wert. Dadurch wurde die abhängige Variable als metrisch definiert. Die Unabhängige Variable (PTBS) und der

Mediator (SOC) als dichotom bzw. metrisch klassifiziert. Dadurch konnte eine klassische Mediationsanalyse durchgeführt werden. Eine Mediation liegt dann vor, wenn alle Pfade in Abbildung 9 signifikant sind. Die Durchführung erfolgt mit dem SPSS- „Process“ Test. Der „Process“ Test ermöglicht neben der Berechnung der üblichen Regressionen gleichzeitig auch die Abschätzung, ob ein vollständiger oder partieller Mediationseffekt besteht. Ein vollständiger Mediationseffekt liegt dann vor, wenn durch den Mediator kein direkter Effekt mehr zwischen unabhängiger und abhängiger Variablen besteht. Man spricht von einem partiellen Mediatoreffekt, wenn auch unter Berücksichtigung des Mediators noch immer ein Effekt von unabhängiger Variable auf abhängige Variable besteht (Hayes, 2013).

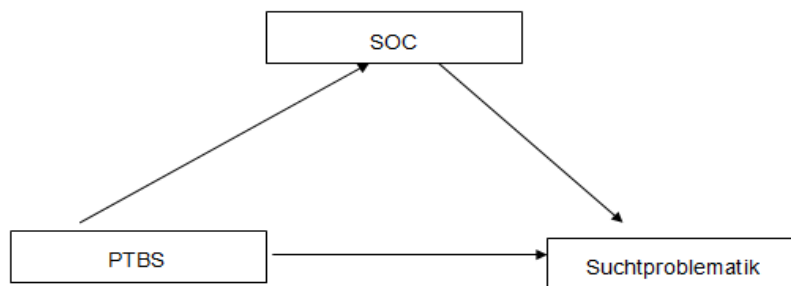


Abbildung 9. Kohärenzgefühl als Mediator

Im Folgenden werden die Regressionen beschrieben. Es zeigte sich ein negativ signifikanter Zusammenhang zwischen PTBS und SOC ($B = -17.054$; $SE = 1.315$; $\beta = -.677$; $p < .001$). Weiter kann auch gezeigt werden, dass der Regressionskoeffizient von SOC auf Substanzkonsum negativ signifikant war ($B = -0.012$; $SE = .002$; $\beta = -.356$; $p < 0.001$). Der Pfad von PTBS auf Substanzkonsum war ebenfalls signifikant ($B = 0.323$; $SE = 0.061$; $\beta = .352$; $p < 0,001$). Damit wurden die Bedingungen für eine Mediation erfüllt, da alle drei Pfade signifikant waren.

Dem zufolge führt Vorhanden der PTBS-Symptomatik zu geringeren Werten im SOC, ein niedrigerer Wert im SOC führt wiederum zu einem höheren Substanzkonsum. Der PTBS hat einen verstärkenden Einfluss auf den Substanzkonsum. Es wurde getestet, ob ein direkter Effekt vorliegt. Es zeigte sich ein signifikantes Ergebnis ($p = .022$). Weiter zeigte sich, dass der indirekte Effekt ($p = .130$) signifikant von Null abweicht, damit zeigte sich, dass ein niedriges Kohärenzgefühl partiell den Zusammenhang von PTBS-Symptomatik und erhöhtem Substanzkonsum mediiert.

4.3 Antwortverhaltensanalyse

4.3.1 PCL-C.

Da sich in der Stichprobe eine hohe Prävalenz von PTBS zeigte, wurde eine statistische Analyse des Antwortverhaltens im PCL-C durchgeführt, ob sich möglicherweise spezifische Antwortmuster im PCL-C erkennen lassen.

Der Boxplot zeigte das Antwortverhalten der Personen, wobei angezeigt wird, wie oft die Werte von einer Skala 1 bis 5 von wie vielen Personen gewählt wurden. Sollte die Person in verfälschender Weise beim Ausfüllen vorgegangen sein (z.B. nur Extremantworten oder nur Antworten in der Mitte), so würde das am Boxplot zu erkennen sein. Die Kategorie 1 wurde von 3 Personen bei allen Fragen gewählt. Dieser Wert erscheint durchaus realistisch zu sein, da ja hiermit keine PTBS assoziiert war. Beim Gegenpol (Wert 5) zeigte sich ebenfalls kein auffälliges Ergebnis. Es gab keine einzige Person, die bei mehr als 14 Fragen mit der Extremantwort 5 geantwortet hat. Auch bei der Tendenz zur Mitte waren keine Auffälligkeiten zu beobachten.

4.3.2 SOC-L9.

Auch beim SOC war zu erkennen, dass keine der Antwortalternativen in auffälliger Form ausgewählt wurde. Keine einzige Person hatte mehr als 9 Fragen in gleicher Weise beantwortet.

Bei der Korrelation der Häufigkeiten der ausgewählten Kategorien von SOC und PCL-C, zeigte sich ein Ergebnis, dass ebenfalls für die Validität der Daten spricht. Die Häufigkeit der Antwortkategorie 5 beim PCL-C korrelierte sehr hoch mit der Häufigkeit der Antwortkategorie 1 beim SOC ($r = .66$). Ähnlich verhält es sich bei der umgekehrten Situation, die Antwortkategorie 1 im PCL-C korrelierte ebenfalls hoch signifikant und positiv mit der höchsten Antwortkategorie im SOC (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4

Korrelationskoeffizienten der Häufigkeit ausgewählter Kategorien

Tests	PCL-C Wert 1	PCL-C Wert 2	PCL-C Wert 3	PCL-C Wert 4	PCL-C Wert 5
SOC Wert 1	-.29	-.32	-.11	.22	.66
SOC Wert 2	-.49	-.13	.12	.50	.35
SOC Wert 3	-.42	-.02	.34	.38	.06
SOC Wert 4	-.25	.03	.48	.10	-.11
SOC Wert 5	-.03	.22	.19	-.07	-.26
SOC Wert 6	.33	.30	-.22	-.33	-.33
SOC Wert 7	.65	-.03	-.42	-.45	-.25

5 Zusammenfassung der Ergebnisse (Gav.)

In dieser Studie wurden wohnungslose Menschen auf das Vorliegen von traumatischen Erfahrungen, PTBS-Symptomatik und Substanzabhängigkeit untersucht. Weiter wurden wohnungslose Personen mit und ohne Substanzabhängigkeit auf potentielle Unterschiede hinsichtlich der Prävalenzen von traumatischen Erfahrungen und PTBS untersucht. In weiterer Folge wurde die gesamte Stichprobe auf Unterschiede im Kohärenzgefühl in Bezug auf Substanzabhängigkeit, PTBS-Symptomatik und Geschlecht, sowie das Kohärenzgefühl als Mediator für den Zusammenhang zwischen PTBS und Substanzabhängigkeit überprüft.

An der Studie nahmen insgesamt 201 Personen teil. Davon 80 (40%) Frauen und 121 (60%) Männer. Durchschnittsalter lag bei 40,36 ($SD = 13,08$). 101 (50,2 %) Personen waren substanzabhängig und bei 100 (49,8%) Personen lag keine Substanzabhängigkeit vor. Bei Personen mit Substanzabhängigkeit wurden am häufigsten konsumiert: Benzodiazepine (66% mindestens mehrmals pro Woche), Haschisch (50% mindestens mehrmals pro Woche) und Opiate (34% mindestens mehrmals pro Woche).

Prävalenz Trauma: Insgesamt wurde in der gesamten Stichprobe pro Person von 7.54 ($SD = 4.33$) Traumata berichtet. Insgesamt berichteten 96% ($N = 201$), dass sie wenigstens ein Trauma erlebt haben. In Bezug auf Trauma-Arten wurden am häufigsten berichtet: traumatische Ereignisse, die mit Verbrechen in Verbindung stehen (95%), körperliche und sexuelle Erfahrungen (73%) und allgemeine Katastrophen und Traumata (57%). Personen mit Substanzabhängigkeit ($n = 101$) haben alle mindestens ein Trauma erlebt, bei Personen ohne Substanzabhängigkeit ($n = 100$) waren es 91%. Es

finden sich bei allen drei Arten von Traumata signifikante Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Substanzabhängigkeit. Personen mit Substanzabhängigkeit hatten generell höhere Prävalenzraten (Allgemeine Katastrophen: 72%/43%; Verbrechen: 100%/89% körperliche und sexuelle Erfahrungen: 86%/60%). *Prävalenz PTBS*: Anhand von Cut-Off Kriterium (> 45) zeigten in der gesamten Stichprobe 48% Personen ($N = 201$) eine PTBS-Symptomatik, 52% zeigten keine PTBS-Symptomatik. Hinsichtlich der Prävalenzen von PTBS-Symptomatik gab es signifikante Unterschiede bei Personen mit/ohne Substanzabhängigkeit. Bei einer Substanzabhängigkeit wiesen 63% eine PTBS auf, lag keine Substanzabhängigkeit vor, so waren es 32%.

SOC: Die mehrfaktorielle Varianzanalyse zeigt in Bezug auf Haupteffekt Substanzabhängigkeit einen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit und ohne aktuelle Substanzabhängigkeit im SOC-Gesamtwert. Es konnte festgestellt werden, dass das Kohärenzgefühl bei Obdachlosen mit einer Substanzabhängigkeit deutlich niedriger war als bei Obdachlosen ohne Substanzabhängigkeit. Bezüglich des Haupteffekts Geschlecht konnte gezeigt werden, dass sich Männer und Frauen (unabhängig von Substanzabhängigkeit und PTBS) im SOC-Gesamtwert nicht signifikant unterschieden. Zu einem deutlich signifikanten Ergebnis kam es beim Haupteffekt PTBS-Symptomatik. Liegt keine PTBS-Symptomatik vor, so war das Kohärenzgefühl deutlich höher ausgeprägt. Beim Vorliegen einer PTBS-Symptomatik lag diese viel niedriger.

Die Wechselwirkung aus Substanzabhängigkeit und PTBS-Symptomatik zeigten sich allerdings signifikant. Die Differenz bei den SOC-Mittelwerten bei Vorliegen keiner PTBS ist deutlich größer, als wenn eine PTBS vorhanden ist. Somit zeigte sich, dass sich Personen mit Substanzabhängigkeit von Personen ohne Substanzabhängigkeit

hinsichtlich Kohärenzgefühls nur dann unterscheiden, wenn keine PTBS vorliegt. Wenn PTBS vorliegt, ist der Unterschied nicht mehr vorhanden. Somit ist der oben beschriebene Unterschied im SOC zwischen Personen mit und ohne Substanzabhängigkeit zu revidieren, da bei Vorliegen von signifikanten Wechselwirkungen der Effekt des Haupteffektes kritisch zu hinterfragen ist.

Die Wechselwirkung aus Geschlecht und PTBS war nicht signifikant. Die Unterschiede im SOC zwischen Personen mit PTBS und Personen ohne PTBS werden nicht durch das Geschlecht beeinflusst.

Es zeigte sich, dass die dreifache Wechselwirkung aus Geschlecht, Substanzabhängigkeit und PTBS-Problematik signifikant war. Hier konnte festgestellt werden, dass bei Frauen in Abhängigkeit von Substanzabhängigkeit und PTBS das Kohärenzgefühl unterschiedlich ausgeprägt sind. Während bei Vorliegen keiner PTBS die Frauen mit einer Substanzabhängigkeit geringere Werte haben als Frauen ohne Substanzabhängigkeit, so zeigt sich dieser Unterschied bei Vorliegen einer PTBS nicht mehr. Die PTBS hat auch hier eine nivellierende Funktion.

In Bezug auf die drei Subskalen des Kohärenzgefühls konnte festgestellt werden, dass die Subskalen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit in der gesamten Stichprobe unterschiedlich ausgeprägt sind. Die Subskala Verstehbarkeit war signifikant geringer ausgeprägt als die beiden anderen Subskalen. Diese Differenzen zwischen den drei Subskalen sind jedoch abhängig von Geschlecht und der Substanzabhängigkeit. Der Unterschied zwischen den drei Skalen war bedingt durch den besonders niedrigen Wert der Frauen in der Skala Verstehbarkeit. Die Skala Sinnhaftigkeit war in der Gruppe mit einer Substanzabhängigkeit deutlich geringer ausgeprägt ist als bei Personen ohne

Substanzabhängigkeit. Bei den beiden anderen Skalen lassen sich diese Unterschiede in dieser Größe nicht feststellen. Die PTBS-Symptomatik hatte keinen Einfluss auf die Unterschiede zwischen den drei Subskalen.

SOC als Mediator: eine Mediationsanalyse hat gezeigt, dass das Vorhandensein einer PTBS als Prädiktor für Kohärenzgefühl und erhöhten Substanzkonsum angesehen werden kann. Es zeigte sich ein negativ signifikanter Zusammenhang zwischen PTBS und SOC. Weiters kann auch gezeigt werden, dass der Regressionskoeffizient vom SOC auf Substanzkonsum negativ signifikant war. Der Pfad von PTBS auf Substanzkonsum war ebenfalls signifikant. Damit wurden die Bedingungen für eine Mediation erfüllt, da alle drei Pfade signifikant waren. Der Test auf direkten Effekt zeigte ein signifikantes Ergebnis ($p = .022$). Weiter konnte auch gezeigt werden, dass der indirekte Effekt ($p = .13$) signifikant von Null abweicht, damit zeigte sich, dass das Kohärenzgefühl ein Mediator zwischen PTBS und erhöhte Häufigkeit vom Substanzkonsum ist, wobei der Mediationseffekt ein partieller war.

Demzufolge führt das Vorhandensein einer PTBS zu geringeren Werten im SOC, ein niedrigerer Wert im SOC geht mit einem höheren Substanzkonsum einher. Die PTBS zeigte einen verstärkenden Einfluss auf den höheren Substanzkonsum. Das Kohärenzgefühl scheint auf diese Beziehung zwischen PTBS und erhöhtem Substanzkonsum partiell einen Effekt auszuüben, welcher spürbar wird indem er diesen Zusammenhang zwar nicht gänzlich aufhebt, aber dennoch einen Effekt ausübt, im Sinne einer Abschwächung.

6 Diskussion, Limitation und Ausblick (Gav.)

6.1 Diskussion

Prävalenz Trauma und PTBS: Ein Ergebnis dieser Studie bekundet eine vergleichsweise höhere Trauma- und PTBS Prävalenzrate bei obdachlosen Personen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Die Literatur berichtet in diesem Zusammenhang von Prävalenzraten von Trauma Erfahrungen zwischen 39% und 81,3% (Breslau, 2001; Maercker et al., 2008; Stein et al., 1997). In vorliegender Studie berichten 96% der Personen, dass sie mindestens einer traumatischen Erfahrung ausgesetzt waren. Diese Ergebnisse bestätigen die in der Literatur postulierte Annahme, dass im Obdachlosenbereich Personen häufiger von traumatisierenden Erfahrungen betroffen sind. Zu diesem Schluss kamen auch Taylor und Sharpe (2008) und Buhrich et al. (2000). Sie berichten in ihren Studien über obdachlose Personen von einer Prävalenzrate zwischen 90% und 100%. Wie in diesen Studien berichteten die befragten Personen in vorliegender Studie häufig über Traumata, welche mit Verbrechen und Gewalt in Verbindung stehen (95%) oder mit körperlichen und sexuellen Erfahrungen (73%) wie allgemeine Katastrophen und Traumata (57%). In zahlreichen Untersuchungen konnte belegt werden, dass bei substanzabhängigen Personen ein erhöhtes Auftreten von traumatischen Erfahrungen vorliegt (Brady et al., 2004; Gielen et al., 2012; Kuhn, 2004; Reynolds et al., 2005). Durch den Vergleich der teilnehmenden Personen dieser Studie mit und ohne Substanzabhängigkeit konnte hinsichtlich der Prävalenzen ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Personen mit Substanzabhängigkeit ($n = 101$) hatten alle mindestens ein Trauma erlebt, bei Personen ohne Substanzabhängigkeit ($n = 100$) waren es 91%. Es fanden sich bei allen drei Arten von Traumata signifikante

Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Substanzabhängigkeit. Personen mit Substanzabhängigkeit hatten generell höhere Prävalenzraten (Allgemeine Katastrophen: 72%/43%; Verbrechen: 100%/89% Traumata aufgrund körperlicher und sexueller Erfahrungen: 86%/60%). Diese signifikanten Unterschiede konnte auch Gielen et al. (2012) in seiner Studie feststellen. Es wäre auch denkbar, dass diese signifikanten Unterschiede während der Befragung substanzbedingt durch verzerrte retrospektive Betrachtung der Erlebnisse und Situationen zu Stande kamen. Andersrum kann es in Anlehnung an die, in der Literatur häufig postulierte „*High-Risk-Hypothese*“ ein Hinweis darauf sein, dass substanzabhängige Personen tatsächlich durch den riskanten Lebensstil (z. B. Beschaffungskriminalität, Prostitution oder Konfrontation mit schweren infektiösen Erkrankungen, HIV-Infektion,...) gefährdeter sind ein Trauma zu erleben. Auch die durch den Substanzkonsum beeinträchtigte Urteilsfähigkeit könnte die Wahrscheinlichkeit ein Trauma zu erleben, erhöhen (Davis et al., 2009; Reynolds et al., 2005). Wobei hier generell unklar ist, ob diese Traumaerfahrungen vor der Entstehung der Substanzabhängigkeit oder danach erlebt wurden.

Prävalenz PTBS: Weiter konnten in dieser Untersuchung sehr hohe Prävalenzraten von PTBS festgestellt werden ($N = 201$, Cut-Off > 45, 48%). In Studien im Obdachlosenbereich wird über sehr unterschiedliche Prävalenzen von PTBS berichtet. In etwas älteren großangelegten Studien wird über eine Prävalenz von 18 % bei erwachsenen Männer und 34% bei erwachsen Frauen berichtet (North & Smith, 1992; Smith et al., 1993). Medlow et al. (2014) berichten in ihrer Übersichtsarbeit von Prävalenzen zwischen 5% und 47%. Diese Übersichtsarbeit bezieht sich auf Studien über wohnungslose Jugendliche, was die Vergleichbarkeit mit vorliegender Studie erschwert. Im Zuge der Recherche konnte nur eine Studie gefunden werden, die von

eine sehr hohen Prävalenz von 79% bei wohnungslosen Personen berichtet (Taylor & Sharpe, 2008). Allerdings handelte sich hier um eine sehr kleine Stichprobe ($N = 70$). Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse dieser Studie zu den Ergebnissen aus oben genannten Studien ist aus mehreren Gründen nicht zulässig. Für die Erhebung der PTBS-Symptomatik wurde in dieser Studie ein Screening Verfahren eingesetzt. Die Größe der Stichprobe in den einzelnen Studien variiert zu stark, zudem wurden die Untersuchungen teilweise bei Jugendlichen, jedoch größtenteils mit Erwachsenen durchgeführt.

In der Literatur wird vermehrt postuliert, dass PTBS oft von einer Substanzabhängigkeit begleitet wird (Brady et al., 2004; Mills et al., 2006). Hinsichtlich der Komorbidität von der PTBS- Symptomatik bei Substanzabhängigen wird von 34,4% aller Personen mit PTBS berichtet (Mills et al., 2006). Gielen et al. (2012) haben die Häufigkeit von PTBS bei substanzabhängigen und nicht substanzabhängigen Personen verglichen. Bei Substanzabhängigkeit lag die Prävalenz bei 36% bei der Kontrollgruppe bei 10%. Auch in vorliegender Studie konnten Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz von PTBS festgestellt werden, jedoch war diese im Vergleich wesentlich höher. Sie lag bei 63% bei Substanzabhängigkeit. Lag keine Substanzabhängigkeit vor, so waren es 32%. Dadurch sind diese Ergebnisse nicht mit anderen Studien konform. Der sehr hohe Unterschied bzw. die Komorbidität von PTBS bei substanzabhängigen Personen in dieser Studie im Vergleich zu anderen Studien ist, wie bereits einleitend erwähnt, aufgrund der Verwendung von Screening Verfahren sehr eingeschränkt. Eine mögliche Erklärung für die hohe Komorbidität von PTBS in dieser Stichprobe könnte im Beeinträchtigungsgrad der Personen durch diverse Substanzen liegen. Dadurch könnte es zu einer Verzerrung der Wahrnehmung bzw. einer falschen Einschätzung von einer

PTBS-Symptomatik kommen. In vielen Studien wurden substanzabhängige Personen in einer Therapieeinrichtung hinsichtlich der PTBS-Symptomatik befragt. Man kann vermuten, dass diese weniger von Substanzen beeinträchtigt waren bzw. der Substanzkonsum in der Vergangenheit lag. Auch die Anweisung zum Fragebogen, welcher die PTBS-Symptomatik erfasste: „*Nachstehend finden Sie eine Aufzählung von Problemen und Beschwerden, die Menschen manchmal als Antwort auf belastende Lebenserfahrungen aufweisen. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Kreuzen Sie dann einen Wert an. Damit geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem im vergangenen Monat als störend empfunden haben.*“ wurde eher ungenau formuliert und könnte missverstanden worden sein. D.h., manche Teilnehmer könnten diese Beschwerden als, auf alltagsbezogene, belastende Erfahrungen verstanden haben. Dementsprechend müssen Beschwerden wie z.B. Schlafprobleme, sich distanziert oder losgelöst fühlen, Schwierigkeiten sich zu konzentrieren usw. nicht unmittelbar auf eine PTBS-Symptomatik hindeuten. Eine andere mögliche Erklärung wäre die Überlappung der PTBS-Symptomatik mit Symptomen einer Substanzabhängigkeit oder einer anderen komorbiden Störung (z. B. Depression). Dennoch stellt das Resultat der hohen Prävalenzen von Trauma und PTBS bei substanzabhängigen Wohnungslosen eine wesentliche These dar, welche in der Forschung weiter verfolgt werden sollte.

SOC: In Bezug auf *SOC* konnte in der vorliegenden Stichprobe, wie angenommen, ein Unterschied zwischen Personen mit und ohne PTBS festgestellt werden. Die Ergebnisse gehen konform mit Befunden aus der Literatur, die postulieren, dass Personen mit einer PTBS im Vergleich zu Personen ohne PTBS ein sehr niedriges *SOC* aufweisen (Erim et al., 2009; Fromberger et al., 1999; Tagay et al., 2006). Etwas widersprüchlichere Ergebnisse im Vergleich zu anderen Studien konnten bei Personen

mit und ohne eine Substanzabhängigkeit festgestellt werden. Aktuelle Studien legen nahe, dass Personen mit einer Substanzabhängigkeit ein niedrigeres SOC aufweisen als Personen ohne Substanzabhängigkeit (Arevalo et al., 2007; Garcia-Moya et al., 2012; Mattila et al., 2011; Midanik et al., 1992). Bei vorliegender Stichprobe konnte zwar gezeigt werden, dass Personen mit einer Substanzabhängigkeit ein niedrigeres SOC aufweisen, jedoch nur dann, wenn sie keine PTBS-Symptomatik aufweisen. Lag eine PTBS-Symptomatik vor, so gab es bei Personen mit und ohne Substanzabhängigkeit keinen Unterschied im SOC. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die PTBS-Symptomatik hier einen moderierenden Einfluss ausübt. In oben genannten Studien wurde die Anwesenheit einer PTBS-Symptomatik allerdings nicht berücksichtigt. Abschließend kann man sagen, PTBS spielt offensichtlich eine entscheidende Rolle bei der Betrachtung des Kohärenzgefühls bei Substanzabhängigkeit insofern, als bei Vorhandensein einer PTBS, signifikante Unterschiede in diesen beiden Gruppen wegfallen.

In Bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede konnte festgestellt werden, dass bei Frauen in Abhängigkeit von Substanzabhängigkeit und PTBS das SOC unterschiedlich ausgeprägt ist. Während bei Vorliegen keiner PTBS die Frauen mit einer Substanzabhängigkeit geringere Werte haben als Frauen ohne Substanzabhängigkeit, so zeigt sich dieser Unterschied bei Vorliegen einer PTBS nicht mehr. Eine moderierende Wirkung von PTBS lässt sich auch hier vermuten. Vergleichsstudien zu diesen Ergebnissen wurden nicht gefunden. Der starke Einfluss der PTBS-Symptomatik auf geschlechtsspezifische Unterschiede sowie Unterschiede bei Personen mit und ohne Substanzabhängigkeit im SOC ist ohne weitere Untersuchungen nur schwer zu erklären. Eine hypothetische Erklärung wäre, dass der

Unterschiede bei Personen mit PTBS, welche daraus resultierend über ein ausgeprägt niedriges SOC verfügen, Variablen wie Geschlecht oder Substanzabhängigkeit keinen Einfluss mehr ausüben.

SOC als Mediator: Das Überprüfen der Pfade zwischen Vorhandensein einer PTBS, SOC und Substanzkonsum für eine Mediation, zeigt einen negativen Zusammenhang zwischen PTBS und SOC, SOC und Substanzkonsum, sowie einen positiven Zusammenhang zwischen PTBS und Substanzkonsum. Diese Zusammenhänge wurden auch in anderen Studien gefunden (Arevalo et al., 2007; Erim et al., 2009; Kuhn, 2004; Tagay et al., 2006). Zudem zeigte sich in dieser Stichprobe, dass das SOC partiell den Zusammenhang zwischen PTBS und erhöhtem Substanzkonsum beeinflusst. Zum Vergleich kann nur eine Studie von Aravelo et al. (2007) herangezogen werden, in welcher das SOC als Mediator überprüft wurde. Aravelo et al. (2007) haben das SOC als Mediator zwischen PTBS-Symptomatik und Schwere der Substanzabhängigkeit untersucht. Sie konnten SOC als Mediator nicht nachweisen. Da in vorliegender Studie als Prädiktor für SOC und Substanzkonsum das Vorliegen einer PTBS untersucht wurde und Substanzabhängigkeit durch Konsumhäufigkeit operationalisiert wurde, können die Ergebnisse nicht verglichen werden. Zudem konnte keine andere Studie gefunden werden, in der diese Beziehung untersucht wurde. Dennoch liefern diese Ergebnisse weitere Erkenntnisse darüber, welche Auswirkung das Kohärenzgefühl bei Personen mit PTBS auf den Konsum von den Substanzen und auf die darauf oft folgende Substanzabhängigkeit haben kann.

6.2 Limitation - Stärken und Schwächen der Studie

Stärken der vorliegenden Studien bestehen in der umfangreichen Untersuchung der wohnungslosen Personen hinsichtlich Trauma, PTBS, Substanzabhängigkeit und Kohärenzgefühl. Eine Einschränkung der vorliegenden Studie zeigt sich in der Auswahl der eingesetzten Erhebungsinstrumente. In dieser Studie wurde nicht erhoben, ob die traumatischen Erfahrungen bei substanzabhängigen Personen vor oder nach der Entstehung einer Substanzabhängigkeit erlebt wurden. Dies könnte eventuell einen Hinweis drauf geben, warum substanzabhängige Personen in dieser Stichprobe im Vergleich zu nicht substanzabhängigen Personen eine sehr hohe Prävalenz von Traumaerfahrungen aufweisen. Für die Erhebung der PTBS- Symptomatik wurde PCL-C verwendet. PCL-C orientiert sich an den DSM-IV-Kriterien für eine PTBS und erfasst die Symptome in Bezug auf ein extrem belastendes Ereignis. Es handelt sich um ein Screening Verfahren, anhand dessen keine klinische Diagnose erstellt werden kann. Daher ist auch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse hinsichtlich der Prävalenzen mit Erkenntnissen aus anderen Studien, die für die Erhebung standardisierte klinische Interviews verwendet haben, stark eingeschränkt. Die Erhebung der Substanzabhängigkeit erfolgte durch Selbsteinschätzung der eigenen Substanzabhängigkeit, demnach erfolgte auch die Einteilung der Teilstichprobe der Substanzabhängigen anhand dieser Kategorisierung. Eine Zuhilfenahme des „European Addiction Severity Index“ hätte möglicherweise die Objektivität und die Reliabilität der Ergebnisse begünstigen können. Es handelt sich hierbei um ein klinisches, stichhaltiges und zuverlässiges Instrument, welches das Problemverhalten sowie den Schweregrad der Substanzabhängigkeit erfasst (Scheurich et al., 2000). Durch die Anwendung dieses Verfahrens hätte es zu einer deutlicheren Differenzierung der Symptomatik der

Substanzabhängigkeit kommen können, wodurch mögliche Überlappungen mit PTBS-Symptomatik überprüfbar gewesen wären. In dieser Studie wurden keine weiteren komorbiden Störungen wie Depression oder Angststörungen erhoben, die eventuell zu einer besseren Differenzierung der PTBS-Symptomatik beitragen könnten.

In Bezug auf die Stichprobe konnte eine hohe Anzahl an Wohnungslosen rekrutiert werden, was sicherlich zu den hervorzuhebenden Aspekten dieser Studie gezählt werden kann. Da fast die Hälfte der Stichprobe zusätzlich eine Substanzabhängigkeit aufwies, ist eine Verzerrung der Daten durch eine mögliche Beeinträchtigung nicht ausgeschlossen. Demnach wäre eine Rekrutierung von substanzabhängigen Personen in Therapieeinrichtungen von Vorteil, da sich hier der Beeinträchtigungsgrad eventuell besser einschätzen lässt. Andererseits wären die in diesen Einrichtungen erhobenen Daten auf den Bereich der Wohnungslosigkeit nur schwer übertragbar.

6.3 Ausblick

Trotz der oben erwähnten Einschränkungen dieser Studie, zeigte sich, dass das Leben wohnungsloser Personen sehr häufig von traumatischen Erfahrungen begleitet wurde bzw. wird, was auch die sehr hohe Prävalenz von PTBS-Symptomatik vermuten lässt. Da der Bereich von Trauma und PTBS vor allem im Kontext der Wohnungslosigkeit wenig erforscht wurde, bzw. sehr wenige Studien zu diesem Thema vorhanden sind, sind weitere Untersuchungen erforderlich. Im Rahmen dieser Studie war es nicht möglich, auf die Zusammenhänge zwischen Wohnungslosigkeit, Trauma und PTBS näher einzugehen. Daher bleibt auch hier die Frage offen, inwiefern man die Wohnungslosigkeit als Folge der oder Ursache für eine PTBS betrachten kann. Neuere

Erkenntnisse könnten zu neuen Ansätzen bei der Versorgung von wohnungslosen Personen führen und den Weg aus der Wohnungslosigkeit gegebenenfalls erleichtern. Umgekehrt könnten weitere Untersuchungen und neue Erkenntnisse das Risiko dieses Personenkreises, in die Wohnungslosigkeit abzugleiten, verringern.

Die Ergebnisse in der vorliegenden Studie liefern unter anderem einen Hinweis darauf, dass das Kohärenzgefühl eine Rolle für die Beziehung zwischen PTBS und die oft darauf folgende Substanzabhängigkeit spielen kann. Inwiefern das Kohärenzgefühl die Entstehung von Obdachlosigkeit bewirken kann, gilt es in der Zukunft noch herauszufinden. In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass das Kohärenzgefühl nicht so stabil ist wie von Antonovsky (1997) angenommen und dass sich dieses durchaus über diverse Förderungsmaßnahmen steigern lässt. Demnach wären eine weitergehende und genauere Erforschung von Kohärenzgefühl, seine Förderungsmöglichkeiten und dessen Rolle für die Beziehung zwischen PTBS und Substanzabhängigkeit im Kontext der Obdachlosigkeit notwendig. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse könnten einerseits zur Entwicklung von Maßnahmen beitragen, die eine Überwindung der Obdachlosigkeit möglicherweise erleichtern. Andererseits könnten diese Erkenntnisse gleichermaßen bei Patienten mit PTBS als auch bei Patienten mit einer Substanzabhängigkeit im Behandlungskontext zu mehr Erfolg beitragen.

7 Literaturverzeichnis

- Abramsohn, Y., Peles, E., Potik, D., Schreiber, S. & Adelson, M. (2009). Sense of coherence as a stable predictor for methadone maintenance treatment (MMT) outcome. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41, 249-253.
- Andersen, S., & Berg, J. E. (2001). The use of sense of coherence to predict drop-out and mortality after residential treatment of substance abuse. *Addiction Research and Theory*, 9, 239-251.
- Andrews, G., Slade, T. & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Aravelo, S., Prado, G. & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31, 113-123.
- Behrendt, S., Wittchen, H. U., Höfler, M., Lieb, R. & Beesedo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? *Drug and Alcohol Dependence*, 99, 68-78.
- Bortz, J. (2005): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brady, K. T., Back, S. E. & Coffey, S. F. (2004). Substance abuse and posttraumatic stress disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 206-209.

- Brady, K. T., Killeen, T., Brewerton, T. & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 22-32.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Darnell, A. & Charney, D. S. (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *The American Journal of Psychiatry, 153*, 369-75.
- Breslau, N. (2001). Outcomes of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 55-59.
- Breslau, N. & Anthony, J. C. (2007). Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 607-611.
- Breslau, N., Davis, G., Lonni R. & Schultz, P. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry, 60*, 289-294.
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., Schulz, L., Davis, G. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*, 626-632.
- Buhrich, N., Hodder, T. & Teesson, M. (2000). Lifetime prevalence of trauma among homeless people in Sydney. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 963-966.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe – BAWO. (2009). Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich. [online]. URL:

http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Gruendlagen/BAWO-Studie_zur_Wohnungslosigkeit_2009.pdf.

Chen, G. (2006a). Natural recovery from drug and alcohol addiction among Israeli prisoners. *Journal of Offender Rehabilitation*, 43, 1-17.

Chen, G. (2006b). Social support, spiritual program, and addiction recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 306-323.

Chilcoat H. D. & Breslau N. (1998a). Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addictive Behaviors*, 23, 827-840.

Chilcoat H. D. & Breslau N. (1998b). Posttraumatic stress disorder and drug disorder: Testing causal pathways between. *Archives of General Psychiatry*, 55, 913-917.

Davids, E., Hartwig, U., Specka, M., Seeber, M., Kluwig, J., Gastpar, M. & Scherbaum, N. (2006): Traumaerlebnisse bei Opiatabhängigkeit. *Krankenhauspsychiatrie*, 17, 92-95.

Davis, K. C., Stoner, S. A., Norris, J., George, W. H. & Masters, N. T. (2009). Women's awareness of and discomfort with sexual assault cues effects of alcohol consumption and relationship type. *Violence Against Women*, 15, 1106-1125.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2008). *Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch diagnostische Leitlinien*. 6. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

- Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit. *Drogen- und Suchtbericht 2014*. [online]. URL:
<http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2014-03/drogen-und-suchtbericht.html>.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460-466.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376-381.
- Erim, Y., Morawa, E., Atay, H., Tagay, S., Aygün, S. & Senf, W. (2009). Traumaerlebnisse, Posttraumatische Belastungsstörung und Kohärenzgefühl bei türkischsprachigen Patienten einer psychosomatischen Ambulanz. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 18, 108-116.
- Europäischer Dachverband der Wohnungslosigkeit (FEANTSA). (2006). *ETHOS - European Typology on Homelessness and Housing Exclusion*. [online]. URL:
<http://www.feantsa.org/spip.php?rubrique175&lang=en>
- Falkai, P. & Wittchen, H. U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5: Deutsche Ausgabe* (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Woller, W. & Petzold, E. R. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinien und Quellentexte* (2. Auflage). Stuttgart, New York: Schattauer.

Ford, J. D., Hawke, J., Alessi, S., Ledgerwood, D. & Petry, N. (2007). Psychological trauma and ptsd symptoms as predictors of substance dependence treatment outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2417-2431.

Frommberger, U., Stieglitz, R., Straub, S., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E. & Berger, M. (1999). The concept of „sense of coherence“and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. *Jurnal of Psychosomatic Research*, 46, 343-348.

Garcia-Moya, I., Jimenez-Iglesias, A. & Moreno, C. (2012). *Sense of coherence and substance use in Spanish adolescents. Does the effect of SOC depend on patterns of substance use in their peer group?* Department of Development and Educational Psychology. University of Seville, Spain.

Garcia-Rea, E. A. & LePage, J. P. (2010). Effects of Childhood Abuse on Relapse in a Recently Homeless Substance-Dependent Veteran Population. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2, 201-205.

Gielen, N., Havermans, R. C., Tekelenburg, M. & Jansen, A. (2012). Prevelence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is. *European Journal of Psychotraumatology*, 3. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.177734

Glaesmer, H., Matern, B., Rief, W., Kuwert, P. & Braehler, E. (2015). Traumatisierung und posttraumatische Belastungsstörungen: Auswirkung von Art und Anzahl traumatischer Erfahrungen. *Nervenarzt*, 86, 800-806.

Graber, D., Gutleiderer, K., Neumayer, Ch. & Penz, A. (2005). *Wiener Wohnungslosenhilfe - Bericht über soziale Situation von wohnungslosen Menschen in Wien und die Auswirkungen der geleisteten Hilfsmaßnahmen*. Berichtsband. [online]. URL:

http://wohnen.fsw.at/downloads/dokumente/wr_wohnungslosenhilfe_2005.pdf

Grevenstein, D., Bluemke, M., Nagy, E., Wippermann, C. & Kroeninger- .Jungaberle, H. (2014). Sense of coherence and substance use: Examining mutual influences. *Personality and Individual Differences*, 65, 52-57.

Haller, M. & Chassin, L. (2014). Risk pathways among traumatic stress, posttraumatic stress disorder symptoms, and alcohol and drug problems: a test of four hypotheses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28, 841-51.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York: The Guilford Press.

Jacobsen, L., Southwick, S. & Kosten, T. (2001). Substance use disorder in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1184-90.

Johnson, G & Chamberlain, C. (2008). Homelessness and substance abuse: Which comes first? *Australian Social Work*, 61, 342-356.

Kessler, C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, Ch. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a consideration and recent application. *Harvard Review Psychiatry*, 4, 231-244.

Kuhn, S. (2004). Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzabhängigkeit: Eine Literaturübersicht. *Suchttherapie*, 5, 110-117.

Lundqvist, T. (1995). Chronic cannabis use and the sense of coherence. *Life Sciences*, 56, 2145-2150.

Lüdecke, Ch., Sachsse, U. & Faure, H. (2010). *Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext*. Stuttgart: Schattauer

Maercker, A. (Hrsg.). (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin.

Maercker, A. & Bromberger, F. (2005). Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychologische Berichte*, 32, 2.

Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Nervenarzt*, 79, 577-586.

Mattila, M. L., Rautava, P., Honkinen, P. L., Ojanlatva, A., Jaakkola, S., Aromaa, M., ... & Sillanpää, M. (2011). Sense of coherence and health behaviour in adolescence. *Acta Paediatrica*, 100, 1590-1595.

- Medlow, S., Klineberg, E. & Steinbeck, K. (2014): The health diagnoses of homeless adolescents: A systematic review of the literature. *Journal of Adolescence*, 37, 531-542.
- Midanik, L. T., Soghikian, K., Ransom, L. J. & Polen, M. R. (1992). Alcohol problems and sense of coherence among older adults. *Social Science & Medicine*, 34, 43-48.
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, L. & Peters, L. (2006). Trauma, ptbs, and substance use disorder: findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 652-8.
- National Center for PTSD. *Using the PTSD Checklist for DSM-VI (PCL)*. [online].
URL: www.ptsd.va.gov/PTSD/professional/pages/assessments/assessment-pdf/PCL-handout.pdf
- Neuner, B., Miller, P., Maulhardt, A., Weiss-Gerlach, E., Neumann, T., Lau, A., ... & Spies, C. (2006). Hazardous alcohol consumption and sense of coherence in emergency department patients with minor trauma. *Drug and Alcohol Dependence*, 82, 143-150.
- Norman, S. B., Myers, U. S., Wilkins, K. C., Goldsmith, A. A., Hristova, V., Huang, Z., McCullough, K. C. & Robinson, S. K. (2012). Review of biological mechanisms and pharmacological treatments of comorbid PTSD and substance use disorder. *Neuropharmacology*, 62, 542-551.
- North, C. & Smith, E. (1992). Posttraumatic stress disorder among homeless men and women. *Hospital & Community Psychiatry*, 43, 1010-6.

- Ouimette, P., Read, J. & Brown, P. J. (2005). Consistency of retrospective reports of DSM-IV criterion A traumatic stressors among substance use disorder patients. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 43-51.
- Reinking, D. P., Wolf, J. R. & Kroon, H. (2001). High prevalence of mental disorders and addiction problems among the homeless in Utrecht. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 145*, 1161-6.
- Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C. & Baldacchino, A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependence, 77*, 251-258.
- Saß, H., Wittchen H. U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR* (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe,
- Schäfer, I. & Krausz, M. (2006). *Trauma und Sucht: Konzepte-Diagnostik-Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Scheurich, A., Müller, M. J., Wetzell, H., Angheliescu, I., Klawe, C., Ruppe, A., ... & Szegedi, A. (2000). Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *Journal of Studies on Alcohol, 61*, 916-919.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R. & Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 594-9.

- Schnyder, U., Wittmann, L., Friedrich-Perez, J., Hepp, U. & Moergeli, H. (2008). Posttraumatic stress disorder following accidental injury: rule of exception in Switzerland? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 111-8.
- Seidler, G. H. (2009). Geschichte der Psychotraumatologie. In Mearker, A. (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 3-12). Berlin: Springer.
- Singer, S. & Brähler. (2007). *Die "Sense of Coherence Scala". Testhandbuch zur deutschen Version*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Siol, T., Flatten, G. & Wöller, W. (2001). Epidemiologie und Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung. In G. Flatten, A. Hofmann, P. Liebermann, W. Wöller, T. Siol & E. Petzold (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext* (S. 41–58). Stuttgart: Schattauer.
- Smith, E., North, C. & Spitznagel, E. (1993). Alcohol, drugs, and psychiatric comorbidity among homeless women: an epidemiologic study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 82-7.
- Smith, P. M., Breslin, F. C. & Beaton, D. E. (2003). Questioning the stability of sense of coherence: the impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 475-84.
- Sommer, I. & Ehler, U. (2004). Adjustment to trauma exposure prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder symptoms in mountain guides. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 329-335.

- Stein, M., Walker, J., Hazen, A. & Forde, D. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *The American Journal of Psychiatry*, *154*, 1114-1119.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A. & Koskenvuo, M. (2000). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*, 77-86.
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W. & Khaw, K. T. (2006). Resilience, misfortune, and mortality: evidence that sense of coherence is a marker of social stress adaptive capacity. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*, 221-227.
- Tagay, S., Erim, Y., Brähler, E. & Senf, W. (2006). Religiosity and sense of coherence-protective factors of mental health and well-being? *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *15*, 165-171.
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M. & Senf, W. (2005). Posttraumatic stress disorder in a psychosomatic outpatient clinic Gender effects, psychosocial functioning, sense of coherence, und service utilization. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*, 439-446.
- Taylor, K. M. & Sharpe, L. (2008): Trauma and post-traumatic stress disorder among homeless adults in Sydney. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*, 206-213.
- Tessler, R., Rosenheck, R., & Gamache, G. (2001). Comparison of homeless veterans with other homeless men in a large clinical outreach program. *Psychiatric Quarterly*, *73*, 109–119.

Tessler, R., Rosenheck, R. & Gamache, G. (2001). Gender differences in self-reported reasons for homelessness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 10, 243-254.

Thompson, S. J. (2005). Factors associated with trauma symptoms among runaway/homeless adolescents. *Stress, Trauma, and Crisis*, 8, 143-156.

Ullman S.E., Relyea M., Peter-Hagene, L. & Vasquez, A. L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. *Addictive Behaviors*, 38, 2219–2223

Van der Kolk, B. A., Weisaeth, L. & Van der Hart, O. (2000). Die Geschichte des Traumas in der Psychiatrie. In A. Van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 71-93). Paderborn: Junfermann

Yule, W. (2001). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 13, 194-200.

Wippermann, Ch. E. M., Grevenstein, D., Nagy, E., Neubert, J. C., Verres, R. & Kröniger-Jungaberle, H. (2015). Sense of Coherence und Konsum psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 31-42.

Wiesmann, U., Rölker, S., Ilg, H., Hirtz, P. & Hannich, H. J. (2006). On the stability and modifiability of the sense of coherence in active seniors, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 90-99.

8 Anhang (*Gav., Sar., Hof.*)

Selbstbeurteilungsfragebogen

Nr. _____

Information zur Studienteilnahme

Diese Studie wird von Studentinnen (Andrea Gavendova, Melanie Hofmeister, Isabella Sarara-Voh) im Rahmen einer Diplomarbeit am Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung an der Universität Wien durchgeführt. Sie befasst sich mit dem Erleben von traumatischen Erfahrungen und möglichen Zusammenhängen mit einer Substanzabhängigkeit bei wohnungslosen Menschen. Neben der Rolle von Trauma, in Bezug auf die Entwicklung von Substanzabhängigkeit, sollen auch verschieden gesundheitsfördernde Schutzmechanismen untersucht werden. Durch die Beantwortung des Fragebogens könnten traumatische Erlebnisse wieder in Erinnerung gerufen werden und möglicherweise eine psychische Belastung, die erfahrungsgemäß schnell abklingt, auftreten. Falls dies nicht der Fall ist, steht Ihnen im Haus R3 die Konsiliarpsychiaterin des Psychosozialen Dienstes der Stadt Wien, zur Verfügung. Für eine Terminvereinbarung wenden Sie sich bitte an das diensthabende Team im Haus R3 oder an uns, unter der angegebenen **Telefonnummer**.....

Der folgende Fragebogen enthält eine kurze Fragensammlung zu den Themen Substanzabhängigkeit, traumatische Erfahrungen und in diesem Zusammenhang stehende Schutzfaktoren.

Wir laden Sie herzlich dazu ein, an dieser Studie teilzunehmen!

Ihre Rechte:

Die Teilnahme an dieser Studie ist für alle Teilnehmer freiwillig. Sie können jederzeit eine Pause einlegen oder die Untersuchung ohne Angabe von Gründen abbrechen.

Datenschutz:

Sämtliche in dieser Studie erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Anonymität bleibt stets gewahrt. Die vergebene Kennzahl in der Kopfzeile der Fragebögen dient lediglich der korrekten Bearbeitung der Daten. Alle Daten werden ausschließlich gruppenbezogen analysiert; es findet keine personenbezogene Auswertung statt.

Einverständniserklärung:

Durch das Ankreuzen des unten stehenden Kästchens bestätigen Sie, dass Sie das vorliegende Informationsblatt gelesen und verstanden haben. Sie erklären sich mit der Teilnahme an dieser Studie sowie mit der Analyse Ihrer Daten durch befugte Personen einverstanden.

Ich habe die Information gelesen und verstanden und möchte an dieser Studie teilnehmen

Bitte lesen Sie sich die Instruktionen genau durch und beantworten Sie alle Fragen.
Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen anschließend an die Testleiterin zurück.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Demographische Daten

Geschlecht

- weiblich männlich

Alter: _____ Jahre

Höchste abgeschlossene Ausbildung

- Volksschule Hauptschule Lehre
 Matura Hochschulabschluss

Derzeitiger Familienstand

- verheiratet oder in Partnerschaft verwitwet ledig
 geschieden

Anzahl der Kinder

- keine 1 2
 3 mehr als 3

Dauer der Wohnungslosigkeit

- kürzer als 1 Jahr
 1 Jahr bis 3 Jahre
 4 Jahre bis 6 Jahr

7 Jahre bis 9 Jahre

länger als 10 Jahre

Ich befinde mich derzeit in einem Substitutionsprogramm:

ja

nein

Nehmen Sie folgende Drogen oder Medikamente zu sich? Wie oft?

	nie	mehrmal s pro Jahr	mehrmal s pro Monat	mehrmal s pro Woche	täglich
Haschisch/Marihuana (z.B. Gras, Shit, Joint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain (z.B. Crack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate (z.B. Heroin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamine/Aufputschmittel (z.B. Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinogene/wahnerzeugende Stoffe (z.B. Pilze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalantien/Schnüffelstoffe (z.B. Klebstoffe, Lachgas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB/Liquid Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(z.B. G-Juice, Liquid X, Soap)					
Ketamin (K, Special K, Vitamin K)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crystal (z.B. Crystal Meth, Yaba, Perlik, Piko, Ice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf- und Beruhigungsmittel (Valium, Tranquilizer, Benzodiazepine, Benzos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Würden Sie von sich selber sagen, dass Sie drogenabhängig oder drogenkrank sind oder waren?

NEIN
JA , ich <u>bin</u> abhängig von _____
JA , ich <u>war</u> abhängig von _____

3. Waren Sie schon mal in Beratung oder Therapie wegen Alkohol oder anderen Drogen?

Falls ja, wann?

<input type="checkbox"/> NEIN
<input type="checkbox"/> JA von _____/_____ (Monat/Jahr) bis _____/_____ (Monat/Jahr) von _____/_____ (Monat/Jahr) bis _____/_____ (Monat/Jahr) von _____/_____ (Monat/Jahr) bis _____/_____ (Monat/Jahr) von _____/_____ (Monat/Jahr) bis _____/_____ (Monat/Jahr)

4. Wenn eines oder mehrere der bisher beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen:

Wie schwer fällt es Ihnen aufgrund der beschriebenen Probleme, Ihren Alltag zu bewältigen (Arbeit, Haushalt, Mitmenschen):

überhaupt nicht schwer	etwas schwer	relativ schwer	sehr schwer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hier finden Sie eine Reihe von Fragen über schwerwiegende oder traumatische Lebensereignisse, wie z.B. Erfahrungen mit Verbrechen, allgemeinen Katastrophen oder körperliche Erfahrungen. Geben Sie bitte für jedes Ereignis an, ob es auf Sie zutrifft.

1. Hat jemals irgendjemand versucht, Ihnen unter Anwendung oder Androhung von Gewalt direkt etwas weg zu nehmen, wie bei einem Raubüberfall oder Straßenraub?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

2. Hat jemals irgendjemand versucht, Ihnen etwas zu rauben oder Sie tatsächlich beraubt (d.h. Ihre persönlichen Dinge gestohlen)?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

3. Hat jemals irgendjemand versucht oder ist es ihm gelungen, in Ihre Wohnung/Haus einzubrechen als Sie nicht da waren?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

4. Hat jemals irgendjemand versucht oder ist es ihm gelungen, in Ihre Wohnung/Haus einzubrechen während Sie da waren?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

5. Hatten Sie jemals einen schweren Arbeitsunfall, Autounfall oder anderen schweren Unfall?

ja

nein

Falls ja, wie oft? _____

ungefähr in welchem Alter? _____

6. Haben Sie jemals eine Naturkatastrophe erlebt, wie Tornado, Wirbelsturm, Flut, starkes Erdbeben usw., bei dem Sie sich oder eine von Ihnen geliebte Person in Todes- oder Verletzungsgefahr sahen?

ja

nein

Falls ja, wie oft? _____

ungefähr in welchem Alter? _____

7. Haben Sie jemals eine von Menschen verursachte Katastrophe erlebt, wie ein Zugunglück, einen Gebäudeeinsturz, einen Banküberfall, Feuer usw., bei dem Sie sich oder eine von Ihnen geliebte Personen in Todes- oder Verletzungsgefahr sahen?

ja

nein

Falls ja, wie oft? _____

ungefähr in welchem Alter? _____

8. Waren Sie jemals gefährlichen Chemikalien oder Radioaktivität ausgesetzt, die Ihre Gesundheit bedrohen könnten?

ja

nein

Falls ja, wie oft? _____

ungefähr in welchem Alter? _____

9. Waren Sie jemals in irgendeiner anderen Situation, in der Ihnen schwerer Schaden zugefügt wurde?

ja

nein

Falls ja, wie oft? _____

ungefähr in welchem Alter? _____

10. Waren Sie jemals in irgendeiner anderen Situation, in der Sie fürchteten, Sie könnten getötet oder schwer verletzt werden?

ja

nein

Falls ja, wie oft? _____

ungefähr in welchem Alter? _____

11. Haben Sie jemals jemanden gesehen, der schwer verletzt oder tot war?

ja

nein

Falls ja, wie oft? _____

ungefähr in welchem Alter? _____

12. Haben Sie jemals Leichen (außerhalb einer Beerdigung) gesehen oder hatten Sie aus irgendeinem Grund mit Leichen zu tun?

ja

nein

Falls ja, wie oft? _____

ungefähr in welchem Alter? _____

13. Hatten Sie jemals einen engen Freund oder ein Familienmitglied, das ermordet oder von einem betrunkenen Fahrer getötet wurde?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

14. Hatten Sie jemals einen Ehegatten, romantischen Partner oder ein Kind, das gestorben ist?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

15. Hatten Sie jemals eine schwere oder lebensbedrohliche Krankheit?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

16. Haben Sie jemals Nachricht von schwerer Verletzung, lebensbedrohlicher Krankheit oder unerwartetem Tod von jemandem, der Ihnen nahe stand, erhalten?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

17. Mussten Sie sich während Ihres Militärdienstes jemals an einem Kampf in einem offiziellen oder inoffiziellen Kriegsgebiet beteiligen?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

18. Hat Sie jemals irgendjemand gegen Ihren Willen dazu gebracht, Geschlechtsverkehr, Oralverkehr oder Analverkehr zu haben?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

19. Hat jemals irgendjemand Ihre intimen Körperteile angefasst, oder Sie mit Gewalt oder Drohung dazu gebracht, seine/ihre zu berühren?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

20. Gab es außer den Ereignissen, die in den Fragen 18 und 19 erwähnt wurden noch irgendwelche anderen Situationen, in denen eine andere Person versuchte Sie zu zwingen, ungewollten sexuellen Kontakt zu haben?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

21. Hat irgendjemand, einschließlich Familienmitgliedern oder Freunden, Sie jemals mit einem Gewehr, einem Messer oder einer anderen Waffe angegriffen?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____ ungefähr in welchem Alter? _____

22. Hat irgendjemand, einschließlich Familienmitgliedern oder Freunden, Sie jemals ohne eine Waffe angegriffen und schwer verletzt?

ja nein

Falls ja, wie oft? _____

ungefähr in welchem Alter? _____

23. Hat Sie jemand in Ihrer Familie jemals so hart geschlagen, „versohlt“ oder gestoßen, dass es Verletzungen verursachte?

 ja nein

Falls ja, wie oft? _____

ungefähr in welchem Alter? _____

24. Haben Sie irgendeine andere außergewöhnlich aufreibende Situation oder ein solches Ereignis erlebt, die/das noch nicht erfasst wurde?

 ja nein

Falls ja, wie oft? _____

ungefähr in welchem Alter? _____

Nachstehend finden Sie eine Aufzählung von Problemen und Beschwerden, die Menschen manchmal als Antwort auf belastende Lebenserfahrungen aufweisen. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Kreuzen Sie dann einen Wert an. Damit geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem im vergangenen Monat **als störend** empfunden haben.

A) Wiederholte, beunruhigende Erinnerungen, Gedanken oder Bilder einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?

1

2

3

4

5

gar nicht

ein wenig

mittelmäßig

ziemlich

äußerst

B) Wiederholte, beunruhigende Träume von einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit?

1 2 3 4 5

gar nicht ein wenig mittelmäßig ziemlich äußerst

C) Plötzliches Handeln oder Fühlen als ob die belastende Erfahrung noch einmal geschehen würde (als ob Sie sie wiedererleben würden)?

1 2 3 4 5

gar nicht ein wenig mittelmäßig ziemlich äußerst

D) Sich sehr aufgebracht fühlen, wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?

1 2 3 4 5

gar nicht ein wenig mittelmäßig ziemlich äußerst

E) Auftreten von körperlichen Reaktionen (z.B. Herzklopfen, Atembeschwerden, Schwitzen), wenn Sie durch irgendetwas an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert wurden?

1 2 3 4 5

gar nicht ein wenig mittelmäßig ziemlich äußerst

F) Vermeiden, über eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit nachzudenken oder zu sprechen oder vermeiden, Gefühle zu haben, die damit zusammenhängen?

1	2	3	4	5
gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst

G) Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, weil Sie diese an eine belastende Erfahrung aus der Vergangenheit erinnert haben?

1	2	3	4	5
gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst

H) Mühe, sich an wichtige Teile einer belastenden Erfahrung aus der Vergangenheit zu erinnern?

1	2	3	4	5
gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst

I) Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen gewöhnlich Freude gemacht haben?

1	2	3	4	5
gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst

J) Sich distanziert oder losgelöst von anderen Menschen fühlen?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

gar nicht ein wenig mittelmäßig ziemlich äußerst

K) Sich emotional taub fühlen oder unfähig zu sein, liebevolle Gefühle für diejenigen zu empfinden, die Ihnen nahe stehen?

1 2 3 4 5

gar nicht ein wenig mittelmäßig ziemlich äußerst

L) Das Gefühl haben, als ob Ihre Zukunft irgendwie vorzeitig beendet sein wird?

1 2 3 4 5

gar nicht ein wenig mittelmäßig ziemlich äußerst

M) Mühe, ein- oder durchzuschlafen?

1 2 3 4 5

gar nicht ein wenig mittelmäßig ziemlich äußerst

N) Sich reizbar fühlen oder Wutausbrüche haben?

1 2 3 4 5

gar nicht ein wenig mittelmäßig ziemlich äußerst

O) Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren?
--

1	2	3	4	5
gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst

P) „Über-aufmerksam,, oder wachsam oder auf der Hut sein?

1	2	3	4	5
gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst

Q) Sich nervös oder leicht erschreckbar fühlen?

1	2	3	4	5
gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	äußerst

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort an.

1. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

2. Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann oft so, dass...

Sie spüren, wie schön 1 2 3 4 5 6 7

es ist, zu leben

Sie sich fragen, wieso Sie

überhaupt leben

3. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie....

Eine Quelle tiefer Freude 1 2 3 4 5 6 7 eine Quelle von

und Befriedigung

Schmerz und Langweile

4. Wie oft sind Ihre Gedanken und Gefühle ganz durcheinander?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

5. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,...

Dann ist es bestimmt so, 1 2 3 4 5 6 7 dann wird

dass Sie sich auch weiterhin

bestimmt etwas passieren,

gut fühlen werden

das dieses Gefühl wieder verdirbt

6. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben...

ohne jeden Sinn und 1 2 3 4 5 6 7 voller

Zweck sein wird

Zweck sein wird

7. Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Ort, Datum

Unterschrift

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name	Gavendova Andrea
Geburtsdatum	17.10.1980
Geburtsort	Zilina, Slowakei
Staatsbürgerschaft	Slowakei

Ausbildung

Seit 2007	Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien
1995 – 1999	Handelsakademie, Zilina (Slowakei)
1987 – 1995	Volksschule & Hauptschule, Zilina (Slowakei)

Sprachkenntnisse

Muttersprache	Slowakisch
Fließend in	Deutsch
Gut in	Englisch

Berufliche Tätigkeiten

Seit 2008	Sozialbetreuerin, Arbeiter Samariterbund Angestellte
2004 – 2007	Servicemitarbeiterin , Restaurant El Torito
2001 - 2003	Servicemitarbeiterin, Segafredo

Praktika

11/2013 – 02/2014	8-wöchiges Pflichtpraktikum im AKH, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
-------------------	--

Fort- und Weiterbildungen

2012	Fortbildungsseminar „Krisengespräche –Suizidalität“ Workshop „Sucht und ihr Bezugssystem“
2011	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe BAWO Fachtagung, Innsbruck
2010	Fortbildungsseminar „Krise und Deeskalation“
2009	Fortbildungsseminar „Sucht“