

Frank Spiegel

Dr. sc. hum.

**Methodenkritische Analyse der Fragebogendiagnostik im Rahmen der
psychotraumatologischen Forschung
unter besonderer Berücksichtigung des Zusammenhangs von psychischer
Traumatisierung und gynäkologischer Symptomatik**

Promotionsfach: Psychosomatik

Doktorvater: Prof. Dr. med. Günter H. Seidler

Fragestellung: Ausgehend von einem bisher unzureichend validierten psychosomatischen Modell der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) fokussiert die vorliegende Pilotstudie *erstens* den Zusammenhang von psychischer Traumatisierung und speziell gynäkologischer Symptomatik und soll *zweitens* zur Entwicklung von Gestaltungsvorschlägen für weitere Fragebogenuntersuchungen im Forschungsfeld der Psychotraumatologie und Gynäkopsychologie dienen.

Material und Methoden: Von September 2002 bis April 2003 wurden von Backe, Mika und Seidler (2006) in einer interdisziplinären Fragebogenstudie umfassende Daten zu erlebten, potenziell traumatisierenden Ereignissen (PTE), traumaspezifischen, störungsunspezifischen und gynäkologischen Symptomen erhoben. Untersucht wurde die Prävalenz traumatischer Ereignisse und der posttraumatischen Belastungsstörung in einer gynäkologischen Praxis. Die Bedeutsamkeit dieser Primärstudie liegt in der Differenziertheit und umfangreichen Menge erhobener Symptome an einer großen Zufallsstichprobe von Frauen (n = 480). Besonders aus dem Forschungsbereich der Gynäkopsychologie konnten bisher kaum Ergebnisse zum Zusammenhang von Symptomen der PTSD und somatischen, speziell gynäkologischen Variablen vorgelegt werden. Obwohl forschungsmethodische Fragestellungen in der Primärstudie nicht fokussiert wurden, erlaubten das Studiendesign und die Stichprobengröße zudem nachträgliche, erweiterte, explorative forschungsmethodische Analysen.

Ergebnisse: 298 von 480 (62.1 %) Probandinnen gaben an, mindestens ein potenziell traumatisierendes Ereignis (PTE) erlebt zu haben. Insgesamt wurden von den 480 Probandinnen 378 PTE berichtet. 103 Probandinnen berichteten einen „Unfall“ (21.5 %), 83 eine „lebensbedrohliche Krankheit“ (17.3 %) und 75 eine „Schwangerschaftsproblematik ohne Fehlgeburt“ (15.6 %). „Kriegserlebnisse“ wurden von drei Probandinnen (0,6 %) berichtet, Gefangenschaft von einer Probandin (0.2 %). 155 Probandinnen (32.3 %) berichteten, auf ihr erlebtes PTE mit „Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen“ reagiert zu haben (A2 Kriterium nach DSM-IV). In der Befragungsphase 1 (in der gynäkologischen Praxis) wurde 15 Mal die Diagnose PTSD und 20 Mal eine Verdachtsdiagnose PTSD vergeben. In der Befragungsphase 2 (Beantwortung der Fragebögen zuhause) wurde 12 Mal die Diagnose PTSD und 23 Mal die Verdachtsdiagnose PTSD vergeben. Bei fünf der Probandinnen mit einer PTSD-Diagnose und drei Probandinnen mit einer Verdachtsdiagnose aus der Befragungsphase 1 konnte die Diagnose in der Befragungsphase 2 validiert werden. Es wurden mit dieser Auswertungsmethode circa 1 % PTSD-Diagnosen ermittelt, die als Schätzer für die Prävalenz der PTSD in einer Frauenarztpraxis dienen könnten. Es zeigte sich allerdings, dass bei allen Fragebogenstudien immer mit einem (unbestimmten) Anteil an falsch-positiven und falsch-negativen Diagnosen gerechnet werden muss. Bei fünf von 15 in qualitativen Einzelfallanalysen untersuchten positiven PTSD-Diagnosen, musste die Diagnose nach der Einzelfallanalyse revidiert werden, d. h. dass sich positive Diagnosen einer einzig auf Traumafragebögen gestützten Diagnostik zu 33 % als falsch positiv herausstellten. Setzt man danach eine positive Diagnose mit dem tatsächlichen Vorliegen einer PTSD gleich, führt dies zu einer massiven Überschätzung der Prävalenz.

Aber auch Hinweise auf eine Unterschätzung der Prävalenz ergaben sich durch die Analyse möglicher falsch-negativer Diagnosen. Diese können einerseits durch den Abbruch der Teilnahme, andererseits aber auch durch verzerrte Antworten entstehen. 7.7 % der Probandinnen waren wegen des Abbruchs der Befragung nicht diagnostizierbar. Der Anteil an konsequent fortgesetzter Dissimulation möglicher PTSD-Symptomen wird aber in der vorliegenden Stichprobe als gering eingeschätzt. Der Anteil der Frauen, die unter einer PTSD leiden und (deshalb) nicht zu medizinischen Untersuchungen gehen und der Anteil derer, die von vornherein die Teilnahme verweigerten, konnte nicht ermittelt werden, muss aber ebenfalls bei der Interpretation der Prävalenz berücksichtigt werden.

Weiter gaben 384 Probandinnen (80.0 %) an, unter mindestens einer gynäkologischen Belastung zu leiden. Ein bedeutsamer psychosomatischer Zusammenhang von potenziell traumatisierenden Ereignissen und gynäkologischen Symptomen konnte aber trotz

signifikanter Korrelationen der PTSD-Diagnose mit Schmerzen in unterschiedlichen Lokalisationen nicht hinreichend bestätigt werden.

Die methodische Hypothese, Antwortverweigerungstendenzen bei Traumatisierten durch liberalere Eingangskriterien entgegenzuwirken, konnte mit den vorgenommenen Modifikationen am PDS-d ebenfalls nicht bestätigt werden und bedarf weiterer Überprüfung. Der Versuch die Sensitivität in der Eingangsphase einer sequenziellen Testung dazu zu erhöhen, sollte in Folgestudien durch Pretests vor der Datenerhebung überprüft werden.

Schlussfolgerung: Für Fragebogenstudien aus dem Bereich der Psychotraumatologie und Psychosomatik müssen unterschiedliche traumaspezifische, störungsunspezifische und somatische und diagnostische Verfahren verwendet werden, um „koexistierende“ Symptome aus dem somatischen und psychischen Bereich in einem gemeinsamen Ergebnis zu integrieren. Die Traumafolgestörungen bilden eine große Gruppe an Störungen, die nach unterschiedlichen Auslöserereignissen und unterschiedlichen, individuellen Folgebelastungen differenzierbar sind. Aufgrund der komplexen Gesamtsymptomatik und den verlaufsabhängigen, zum Teil unspezifischen und komorbiden Symptomen bedarf es umfangreicher Stichprobengrößen, um unterschiedliche Symptommuster beziehungsweise Traumafolgen zu untersuchen. Deshalb erscheint es sinnvoll großangelegte Fragebogenstudien inhaltlich und forschungsmethodisch weiter zu entwickeln.

Zur Reduktion von Fehldiagnosen und Erhebung reliablerer Prävalenzabschätzungen in psychotraumatologischen Fragebogenstudien wird daher vorgeschlagen, künftige Studienplanungen verstärkt am Studienziel auszurichten. Für die Durchführung von Fragebogenstudien speziell zur Abschätzung der Prävalenz bedeutet das, dass das Studiendesign weniger stark auf reine Erhebung der Störungskriterien der PTSD auszurichten ist. Es erscheint vielmehr von Bedeutung zu sein, die Symptome einer PTSD-Diagnose möglichst umfassend und eindeutig zu erheben. Die Zusammenhänge und Wechselwirkungen von Ereignis-, Personen- und Belastungscharakteristika müssen dabei detailliert erfasst werden, d. h. die umfassende Erhebung von traumaspezifischen, somatischen, mit der PTSD komorbiden und biographischen Daten, wie in der Primärstudie, ist dringend notwendig, um die erhobenen Diagnosen differenzialdiagnostisch valide von anderen Störungsbildern abgrenzen zu können. Eine Verkürzung des diagnostischen Prozederes auf ein Kurzscreening erscheint dabei nicht ratsam.

Bei der Auswertung von Fragebogendaten erscheint es besonders wichtig, die erhobenen Daten nicht nur quantitativ auszuwerten, sondern die sich daraus ergebenden Verdachtsdiagnosen in qualitativen Einzelfallanalysen zu validieren.

Zur Untersuchung des Zusammenhangs von gynäkologischen und Symptomen einer PTSD ist eine Folgestudie angedacht. Dabei soll der Zusammenhang von langwierigen und Mehrfachbelastungen durch potenziell traumatisierende Ereignisse, von der Ausprägung einer PTSD-Symptomatik und von potenziell traumatisierenden Ereignissen mit einer körperlichen Komponente aus dem Bereich der Gynäkologie (UV) und dem Ausmaß an körperlichen, speziell gynäkologischen Belastungen (AV) untersucht werden.

Die Unterscheidung auf dem Kontinuum der Symptombelastung im Grenzbereich zwischen „unbelastet“ und PTSD-Diagnose wird bei allen Studien mit Zufallsstichproben (aus dem Bereich ambulanter Praxen) von besonderer Relevanz sein müssen. Ein hinreichend eindeutiges Verständnis dieses Kontinuums, besonders an der Grenze zum unbelasteten Bereich, würde allgemein zu einem besseren Verständnis und zu immer exakteren Prävalenzabschätzungen der PTSD, gerade im Rahmen von zukünftigen psychogynäkologischen (Fragebogen-) Studien führen.