



UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES

## **Bachelorarbeit**

**Psychologie (B.Sc.)**

Thema der Bachelorarbeit:

**Hochsensibilität als Folge einer  
Entwicklungstraumatisierung**

**Isabell Paasch-Elfers**

**Erstprüferin:**

**Zweitprüfer:**

**Matrikel-Nr. 1118024**

**Prof. Dr. phil. Maren Metz**

**Daniel Sterzenbach, M.Sc.**

Die Bachelorarbeit ist bis zum 22.05.2021 einzureichen.

PY00-BAC-PB1-210630

## Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>2 Theoretischer Bezugsrahmen .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Hochsensibilität .....</b>	<b>8</b>
2.1.1 Begriffsbestimmung. ....	8
2.1.2 Faktorielle Struktur des Konstrukts .....	9
2.1.3 Erfassung von Hochsensibilität .....	9
2.1.4 Häufigkeit. ....	10
2.1.5 Kritik. ....	10
<b>2.2. Entwicklungstraumatisierungen .....</b>	<b>10</b>
2.2.1 Begriffsbestimmung .....	10
2.2.2 Prävalenz. ....	13
<b>2.3 Folgen einer Entwicklungstraumatisierung .....</b>	<b>14</b>
2.3.1 Psychische und psychosomatische Folgen. ....	14
2.3.2 Neurobiologische Folgen .....	15
<b>2.4 Schwangerschaft und Geburt.....</b>	<b>16</b>
<b>2.5 Traumafolgestörungen.....</b>	<b>16</b>
2.5.1 Posttraumatische Belastungsstörung .....	17
2.5.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung .....	19
2.5.3 Komorbiditäten PTBS / KPTBS.....	21
2.5.4 Epidemiologie KPTBS.....	21
2.5.5 Posttraumatisches Wachstum.....	21
<b>2.6 Aktueller Forschungsstand .....</b>	<b>22</b>
<b>2.7 Zielsetzung/Fragestellung .....</b>	<b>29</b>
<b>3 Methodik.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Versuchsablauf.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Stichprobe .....</b>	<b>30</b>

<b>3.3</b>	<b>Verwendete Fragebögen</b> .....	<b>33</b>
<b>3.4</b>	<b>Untersuchungsdesign und angewandte statistische Verfahren</b> .....	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>Vorbereitung der Daten und deskriptive Analyse</b> .....	<b>36</b>
<b>4.2</b>	<b>Hypothesentests</b> .....	<b>41</b>
<b>4.3</b>	<b>Explorative Datenanalyse</b> .....	<b>43</b>
<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>45</b>
<b>5.1</b>	<b>Limitationen</b> .....	<b>45</b>
5.1.1	Versuchsablauf .....	46
5.1.2	Stichprobe.....	46
5.1.3	Verwendete Fragebögen .....	47
<b>5.2</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b> .....	<b>48</b>
<b>5.3</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>54</b>
<b>5.4</b>	<b>Ausblick</b> .....	<b>56</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>60</b>
	<b>Anhangsverzeichnis</b> .....	<b>72</b>
	<b>Anhang</b> .....	<b>73</b>
	<b>Eigenständigkeitserklärung</b> .....	<b>119</b>

**Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle Nr.</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Seite</b>
1	Diagnostik und Symptomatik von Traumafolgestörungen	12
2	Prävalenzen traumatischer Kindheitserfahrungen	13
3	Diagnostische Merkmale DESNOS	20
4	Häufigkeiten HS-Aron und NON-HS	37
5	Häufigkeiten HS-Smolewska und NON-HS	38
6	Häufigkeiten traumatischer Kindheitserfahrungen	39
7	Prävalenzen traum, Kindheitserfahrungen Teilnehmende	40
8	Ergebnisse des Fragebogens ITQ	40

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>AES</b>	Aesthetic Sensivity (tiefer Verarbeitung von Reizen)
<b>CTQ</b>	Childhood Trauma Questionnaire
<b>DSM-5</b>	Diagnostic and Statistical Manual 5
<b>EM</b>	Emotionaler Misshandlung
<b>EOE</b>	Ease of Excitation (leichte Erregbarkeit durch innere und äußere Reize)
<b>EV</b>	Emotionale Vernachlässigung
<b>HS</b>	Hochsensibilität
<b>hs</b>	hochsensibel
<b>HS-Aron</b>	Teilnehmende, die nach Aron und Aron (1997) hochsensibel sind
<b>HSPS</b>	Highly Sensitive Person Scale
<b>HS-Smolewska</b>	Teilnehmende, die nach Smolewska et al. (2006) hs sind
<b>ICD-10</b>	International Classification of Diseases 10
<b>ICD-11</b>	International Classification of Diseases 11
<b>ITQ</b>	International Trauma Questionnaire
<b>KM</b>	Körperliche Misshandlung
<b>KPTBS</b>	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
<b>KV</b>	Körperliche Vernachlässigung
<b>LST</b>	Low Sensory Threshold (niedrige sensorische Reizschwelle)
<b>NON-HS</b>	Teilnehmende, die weder nach Aron und Aron (1997) noch nach Smolewska et al. (2006) hochsensibel sind
<b>pPTBS</b>	partielle Posttraumatische Belastungsstörung
<b>PTBS</b>	Posttraumatische Belastungsstörung
<b>SPS</b>	Sensory Processing Sensivity
<b>SM</b>	Sexueller Missbrauch

## 1 Einleitung

„Der Zweifel ist der Beginn der Wissenschaft. Wer nichts anzweifelt, prüft nichts. Wer nichts prüft, entdeckt nichts. Wer nichts entdeckt, ist blind und bleibt blind.“

*Teilhard de Chardin*

Im Jahr 1987 ließ sich die US-amerikanische Psychologin Elaine Aron operieren. Der Eingriff nahm sie emotional ungewöhnlich stark mit woraufhin der Arzt ihr nahelegte, sich in eine psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Die Therapeutin konnte keine krankhaften Auffälligkeiten bei Aron feststellen, sie bezeichnete Aron als hochsensibel (*hs*) und legte damit den Grundstein für ein neues Forschungsfeld (Aron, 2011, S. 16). Ein Jahrzehnt später beschrieb Aron, gemeinsam mit ihrem Ehemann Arthur, Menschen, die Reize intensiver wahrnehmen und anders verarbeiten als der Großteil der Bevölkerung. Bei ca. 15-20 % der Menschen lässt sich laut Aron und Aron (1997, S. 345) eine *Hochsensibilität (HS)* feststellen. Aron (2011, S. 40) geht davon aus, dass die hohe Sensibilität (von Aron auch *Sensory Processing Sensivity [SPS]* genannt) angeboren ist. Bisherige Forschungen konnten die Existenz der HS bisher nicht objektiv feststellen (Evans & Rothbart, 2008, S. 117). Laut Meißner (2015, S. 17) konnte bisher kein Beweis für die klare Abgrenzung des Konstrukts HS zu anderen Persönlichkeitseigenschaften oder psychologischen Diagnosen erbracht werden. Die von Aron (2011, k. A.) aufgeführten Eigenschaften einer *Highly Sensitive Person (HSP)* sind laut Meißner (2015, S. 17) zu vage und beliebig, so dass die meisten Leser sich darin wiederfinden können. Persönlichkeitsmerkmale wie Introversion, Neurotizismus oder Schüchternheit lassen sich laut Meißner (2015, S. 17) nur schwer von den Eigenschaften der HS abgrenzen. Zudem konnte eine Studie von Blach und Egger (2014) bei einem großen Anteil von Probanden, die mittels Fragebogen *Highly Sensitive Person Scale (HSPS)* als *hs* klassifiziert wurden, eine hohe Depressivität und Ängstlichkeit zeigen. Als eine Differenzialdiagnose der HS kommen laut Meißner (2015, S. 17) auch *Traumafolgestörungen* in Betracht. Frühe Traumatisierungen haben einen großen Einfluss auf die Struktur und Funktionalität des Gehirns und verändern diese nachhaltig bis irreversibel (Knop, Spengler & Heim, 2020, S. 183 f.). Die Folgen sind zahlreich und betreffen die körperliche und psychische Gesundheit der Betroffenen stark. Eine Studie von Felitti et al. (1998, S. 245) zeigte, dass traumatische Kindheitserfahrungen sehr viel alltäglicher sind als normalerweise

wahrgenommen und angenommen wird und dass sich eine sehr starke Beziehung zur Gesundheit ein halbes Jahrhundert später nachweisen ließ.

Die vorliegende Arbeit nimmt an, dass HS als eigenständiges Temperamentsmerkmal existiert und untersucht einen Zusammenhang von HS, *Entwicklungstraumatisierungen* und einer *Entwicklungstraumastörung* bzw. *Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS)* im Erwachsenenalter. Entwicklungstraumatisierung bezeichnet in dieser Arbeit traumatische Erfahrungen, welche in der Kindheit und Jugend gemacht wurden, Entwicklungstraumastörung und KPTBS werden synonym verwendet und folgend KPTBS genannt. Die KPTBS zählt zu den Traumafolgestörungen. Dieser Zusammenhang wurde bisher noch nicht empirisch untersucht. Die Forschungsfragen lassen sich aus dem aktuellen Forschungsstand der HS und Entwicklungstraumatisierung ableiten und lauten wie folgt: Machten hochsensible Personen häufiger traumatische Erfahrung in der Kindheit und Jugend als nicht hochsensible Personen? (FF1) Korrelieren HS und traumatische Kindheitserfahrungen miteinander? (FF2) Weisen hochsensible Personen häufiger die Symptome einer KPTBS auf als nicht hochsensible Personen? (FF3) Korrelieren HS und KPTBS miteinander? (FF4). Konkret werden die Hypothesen untersucht, dass je höher der Summenscore der HSPS, desto höher auch der Score der Subskalen des *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* Fragebogens (H1) und dass ein linearer Zusammenhang zwischen HS und KPTBS besteht (H2). Für die Erfassung der abhängigen Variable HS wird die HSPS von Blach und Egger (2014) und zum Vergleich eine veränderte Variante der HSPS von Smolewska, McCabe und Woody (2006) und für die unabhängigen Variablen das CTQ für die Erhebung von traumatischen Kindheitserfahrungen und das International Trauma Questionnaire zur Feststellung des Vorliegens einer KPTBS verwendet. Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden deskriptive Verfahren, Pearson-Korrelationen und *t*-Tests zum Gruppenvergleich von Personen mit und ohne HS durchgeführt. In einer Regressionsanalyse wird explorativ ein Modell zusammengestellt, welches die Varianz der erklärenden Variablen an dem Konstrukt HS am besten aufzeigt.

Im folgenden Kapitel 2 wird zunächst in die Begrifflichkeiten HS, Entwicklungstraumatisierung und Traumafolgestörungen eingeführt und Prävalenzen genannt. Für die Traumafolgestörung werden die psychischen, psychosomatischen und neurobiologischen Folgen und komorbide Störungen aufgezeigt. Am Ende des zweiten Kapitels wird ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand gegeben, von welchem die Forschungsfragen abgeleitet wurden. Im dritten Kapitel wird die

Methodik dieser Arbeit vorgestellt, worauf im vierten Kapitel die Präsentation der Ergebnisse folgt. Im fünften Kapitel findet die Diskussion über die Methoden, Stichprobe und Ergebnisse statt. Am Ende folgen eine Zusammenfassung und ein Ausblick.

## 2 Theoretischer Bezugsrahmen

### 2.1 Hochsensibilität

In diesem Kapitel wird anfänglich in die Begrifflichkeit HS eingeführt, worauf eine kurze Diskussion der faktoriellen Struktur des Konstrukts folgt. Des Weiteren wird ein Fragebogen zur Erfassung von HS vorgestellt, die Häufigkeit aufgezeigt und Kritik am Konstrukt aufgeführt.

**2.1.1 Begriffsbestimmung.** Das Konstrukt Hochsensibilität wurde 1997 von Aron und Aron eingeführt. Aron und Aron (1997) entwickelten die Theorie des angeborenen Temperamentmerkmals SPS und beschrieben damit *highly sensitive persons* (HSPs). HSPs sind demnach Personen mit einer hohen sensorischen Verarbeitungssensitivität (Konrad, 2020, S. 162). Das Konzept beruht auf vier Indikatoren, die von Aron, Aron und Jagiellowicz (2012, S. 262) unter dem Akronym DOES zusammengeführt wurden: *Depth of Processing* (höhere Gewissenhaftigkeit, tiefere Verarbeitung von sensorischen Informationen im Innen und Außen), *Overstimulation* (durch Verarbeitungstiefe schnellere Überreizung), *Emotional Intensity* (starke emotionale Reaktion und ausgeprägte Empathie) und *Sensory Sensitivity* (Wahrnehmung subtiler Umweltreize). Aron und Aron (1997, S. 345) beziehen in ihrer Studie u.a. auf eine Arbeit von Kagan, Snidman, Arcus und Reznick (1994, k. A.), nach welchen sich 15-25 Prozent der Bevölkerung als sensibler im Vergleich zu dem Rest der Population beschreiben lassen. Die Autoren mutmaßen, dass dies an einer intensiveren Verarbeitung von inneren und äußeren Reizen im zentralen Nervensystem liegt. Diese Reizoffenheit geht mit einer stärkeren Erregbarkeit einher, so dass eine reizintensive Situation leichter zu einer Überregung führt.

Lionetti et al. (2018, S. 11) konnten aufzeigen, dass Sensibilität ein kontinuierliches, normalverteiltes Persönlichkeitsmerkmal ist, welches entlang dieses Kontinuums drei unterscheidbare Sensibilitätskategorien aufweist: gering, mittel und hoch. Die Autoren nehmen an, dass die neurophysiologischen und psychischen Faktoren von Sensibilität in allen drei Gruppen ähnlich sind, jedoch

bei den hoch-sensiblen Personen ausgeprägter als bei den mittel- und gering-sensiblen.

Hierzulande ist die Terminologie uneinheitlich. In der populärwissenschaftlichen Literatur wird meist der Begriff Hochsensibilität verwendet, auch die Begriffe Hochsensitivität oder Hypersensibilität finden sich dort. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff HS verwendet.

**2.1.2 Faktorielle Struktur des Konstrukts.** Aron und Aron (1997, S. 359) stellten eine eindimensionale faktorielle Struktur des Konstruktes fest. Dies war in der Vergangenheit umstritten. Anhand einer Studie von Evans und Rothbart (2008, S. 108) an 300 Studierenden der Psychologie, konnten die Autoren zwei Faktoren berechnen: negative Affektivität und Orienting Sensivity (Wahrnehmung von inneren und äußeren Reizen mit niedriger Intensität). Smolewska et al. (2006, S. 1276), Evers, Rasche und Schabracq (2008, S. 196) und Konrad und Herzberg (2017, S.12) konnten hingegen drei sich bedingende Faktoren feststellen: *Ease of Excitation (EOE)*, worunter eine leichte Erregbarkeit durch äußere und innere Reize zu verstehen ist, *Aesthetic Sensivity (AES)*, eine ästhetische Sensibilität und *Low Sensory Threshold (LST)*, womit eine niedrige sensorische Reizschwelle erfasst werden kann. EOE steht für die emotionale Reaktivität auf physischen Input, AES misst die tiefere Verarbeitung von Reizen im Sinne einer stärkeren Reflexion und einem höheren Bewusstsein und der Faktor LST bildet die niedere sensorische Reizschwelle ab (Konrad & Herzberg, 2017, S. 2).

**2.1.3 Erfassung von Hochsensibilität.** Für die Messung von Hochsensibilität entwickelten Aron und Aron (1997, S. 352) eine englischsprachige, psychometrische Skala, HSPS, welche 27 Items beinhaltet. Die Skala wurde jedoch nicht für eine klinische Anwendung entworfen. Eine erste deutsche Übersetzung des Fragebogens, welcher empirisch untersucht wurde, veröffentlichten Blach und Egger (2011). Die 27 Items zur Messung einer HS, erheben Aspekte wie eine leichte Erregbarkeit, ästhetische Sensibilität, niedrige sensorische Reizschwelle, zeitliche Überforderung, Rückzug und Gewissenhaftigkeit. Eine Validierung der HSPS von Blach und Egger (2011) durch Konrad und Herzberg (2017), die *HSPS-G*, konnte für diese Arbeit nicht genutzt werden. Die HSPS-G war weder im Internet zu finden, noch haben die Autoren auf Anrufe oder E-Mails reagiert.

**2.1.4 Häufigkeit.** Gemäß Aron (2007, S. 9) sind ca. 15-20 Prozent der Bevölkerung hs (hs). In einer Studie mit 906 Erwachsenen konnten Lionetti et al. (2018, S. 6). 30 Prozent der Teilnehmenden der Gruppe der Hochsensiblen zuordnen. Urban und Vogel (2015, S. 6) schätzen die Häufigkeit hingegen nur auf 1 bis 3 Prozent.

**2.1.5 Kritik.** Obwohl in dieser Arbeit angenommen wird, dass das Konstrukt HS existiert, gibt es seitens der Forschung Zweifel an der Existenz. Meißner (2015, S.16) kritisiert die unklare Abgrenzbarkeit des Konstrukts. Eindeutige Forschungsarbeiten würden fehlen. Die Eigenschaften der HS seien zu vage und beliebig, weshalb sich die meisten mühelos darin wiederfinden können. Das Konstrukt HS ähnelt laut Meißner (2015, S. 17) stark der Diagnose Burnout. Auch die Differentialdiagnose Traumafolgestörung zieht er für HS in Erwägung. Die Temperamentsforscher Evans und Rothbart (2008, S. 117) kritisieren, dass Personen ihre HS per Fragebogen selbst identifizieren und der Befund nicht durch physiologische Messungen gestützt wird. Es fehlt zudem an Studien, in denen Hochsensibilität objektiv festgestellt werden konnte.

## **2.2. Entwicklungstraumatisierungen**

In diesem Kapitel wird zu Beginn die Begrifflichkeit Entwicklungstraumatisierung erläutert und Formen der traumatischen Kindheitserfahrungen und deren Prävalenz aufgeführt. Auch die Zeit der Schwangerschaft kann bereits traumatisierend sein, ein Unterkapitel widmet sich dieser Thematik. Am Ende des Kapitels werden die Folgen einer Entwicklungstraumatisierung beschrieben.

**2.2.1 Begriffsbestimmung.** Laut Garbe (2015, S. 17) ist Kindheit die Entwicklungsphase zwischen Geburt und Vollendung des 14. Lebensjahres. Während Säuglinge gänzlich auf die Fürsorge der Bindungsperson angewiesen sind, benötigen 14-jährige Kinder diese nur noch als Absicherung oder Begleitung bei ihrer zunehmenden Selbstständigkeit.

Im Laufe ihres Lebens bilden Kinder innere Arbeitsmodelle aus den internalisierten Erfahrungen mit ihren Bindungspersonen und wenden diese zur Regulierung von Beziehungen an. Diese inneren Arbeitsmodelle können sehr verschieden sein, je nachdem, welche Erfahrungen sie gemacht haben.

Traumatisierungen in der Kindheit, häufig verursacht durch Bindungspersonen, können verantwortlich für eine negative psychosoziale Entwicklung von Kin-

dern sein, so dass weitere Schritte durch das Leben mühsam oder gar nicht gelingen können, beschreibt Garbe (2015, S. 18). Je früher diese Traumatisierungen entstehen, desto tiefgreifender beeinflussen sie das Wachstum des neuronalen Systems. Traumatisierungen durch Bindungspersonen sind besonders schwer zu bewältigen, da die Bindungspersonen in der Kindheit eigentlich einen *sicheren Hafen* bieten sollen, wenn Gefahr droht. Finden Kinder diesen Halt bei ihren Bindungspersonen nicht, führt Garbe (2015, S. 18) fort, müssen sie nach Notlösungen suchen. Die traumatischen Erfahrungen mit der Bindungsperson werden in der Folge kognitiv durch verzerrte Erklärungsmuster umgedeutet, damit die Bindung zu den Tätern aufrechterhalten werden kann, da diese Bindung überlebensnotwendig ist. Van der Kolk (2009, S. 579) beschreibt diesen Prozess folgendermaßen:

Wenn die Bezugsperson emotional abwesend, inkonsistent, frustrierend, gewalttätig, überwältigend oder vernachlässigend ist, ist das Kind in Gefahr, unerträglichem traumatischen Stress ausgesetzt zu sein, und wird wahrscheinlich kein Gefühl dafür entwickeln können, dass die äußere Umwelt Erleichterung und Hilfe zu bieten vermag. Darum haben Kinder mit einem unsicheren Bindungsmuster Schwierigkeiten, sich auf die Hilfe anderer zu verlassen, und gleichzeitig schaffen sie es nicht, ihre emotionalen Zustände selbst zu regulieren. Infolgedessen erleben sie übermäßige Angstgefühle, Wut und Sehnsucht danach, versorgt zu werden. Diese Gefühle können so extrem sein, dass sie dissoziative Zustände oder gegen sich selbst gerichtete Aggressionen aktivieren. Innerlich ausgeklinkte, dissoziierte und überregte Kinder lernen, was sie fühlen (ihre Emotionen) und/oder wahrnehmen (ihre Kognitionen) zu ignorieren. Ist es Kindern unmöglich, ein Gefühl der Kontrolle und Sicherheit zu gewinnen, werden sie hilflos. Ist es ihnen unmöglich zu verstehen, was gerade passiert und sind sie nicht in der Lage, etwas zu verändern, dann reagieren sie unmittelbar auf einen (Angst-) Reiz mit einer (Kampf-/Flucht-/ Erstarrungs-)Reaktion, ohne etwas aus dieser Erfahrung lernen zu können. Später neigen sie dazu, wenn sie Erinnerungen an das Trauma (Empfindungen, physiologische Zustände, Bilder, Geräusche, Situationen) abermals ausgesetzt sind, so katastrophisch zu reagieren, als würden sie noch einmal traumatisiert.

Die Diagnosekriterien der Traumafolgestörung *Posttraumatischen Belas-*

*tungsstörung (PTBS)* lassen sich oft angemessen auf Menschen mit einem Typ I Trauma anwenden, da das traumatische Ereignis bekannt ist (Garbe, 2015, S. 26). Bei kindlichen, sich wiederholenden Traumatisierungen ist dies nicht der Fall. Es kann nicht ein einziges Ereignis für die vorhandenen Symptome verantwortlich gemacht werden. Über die Zeit hinweg bilden sich zudem häufig weitere Symptome aufgrund der Traumatisierungen heraus, so dass auch andere Diagnosen gerechtfertigt sein können, führt Garbe (2015, S. 27) auf. Die Diagnose PTBS kann laut den International Classifications of Diseases 10 (ICD-10) der WHO (DIMDI, 2014) und des Diagnostic and Statistical Manual 5 (DSM-5) der American Psychiatric Association (2018, k. A.) nicht gestellt werden, wenn nicht ein nachweisbares, traumatisches Ereignis in einem Zeitfenster des letzten halben Jahres stattgefunden hat. Die Diagnose PTBS wird den spezifischen Entwicklungsfolgen durch Traumatisierung von Bindungspersonen somit nicht gerecht. Streeck-Fischer (2012, S. 109) schlug daher die Diagnose *Entwicklungstraumastörung* und deren Übernahme in das ICD-11 vor. Brisch (2011, k. A.) stellt insbesondere die Bindungsqualität in den Mittelpunkt seiner Arbeit. Dieses betont auch Wöller (2009) und schlägt die Diagnose „Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen“ vor. In diesem Zusammenhang schlug Schellong (2013, S. 47) eine Klassifizierung der Diagnosen vor, die die unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen berücksichtigen soll:

Tabelle 1

*Diagnostik und Symptomatik von Traumafolgestörungen nach Schellong (2013)*

PTBS Typ	Symptome
TYP I einfache PTBS	Intrusionen, Vermeidung, Hyperarousal, ohne Komorbidität
Typ II PTBS plus traumakompensatorische Symptomatik	plus Komorbidität, z.B. Angst, Depressionen, Somatisierung, Abhängigkeitserkrankungen, Depersonalisation, Derealisation, sonstige kompensatorische Symptome
Typ III PTBS plus persönlichkeitsprägende Symptomatik	plus schwere emotionale Instabilität, dissoziative Symptomatik, Bindungs- und Beziehungstörungen, verändertes Selbst- und Weltbild
Typ IV PTBS plus komplexe Dissoziative Symptomatik	plus Amnesien, Teilidentitätsstörungen, Identitätswechsel

Demnach lassen sich Entwicklungstraumastörungen unter Typ II, vor allem aber auch unter Typ III und Typ IV finden. Wie bereits in Abschnitt 2.2.1 erwähnt, weisen Forschungsergebnisse eindeutig in die Richtung, dass sich die Folgen früher und langanhaltender Traumatisierungen, vor allem durch Bindungspersonen, komplexer und tiefer in die Persönlichkeit eingraben als Traumatisierungen, die in einer späteren Lebensphase geschehen. Während die KPTBS alle Formen multipler Traumatisierungen umfasst, kann laut Garbe (2018, S. 30) die kindliche Entwicklungstraumatisierung als eine wichtige Unterkategorie davon verstanden werden.

**2.2.2 Prävalenz.** Beispielhaft werden Prävalenzen von Studien aufgezeigt, welche mit dem CTQ durchgeführt wurden (Schweregrade *mäßig bis schwer* und *schwer bis extrem*).

Tabelle 2

*Prävalenzen traumatischer Kindheitserlebnisse nach Häuser, Schmutzer, Brähler & Glaesmer (2011, S. 289) und Witt, Sachser, Plener, Paul, Brähler und Fegert (2017, S. 642) in Prozent*

	Häuser et al.	Witt et al.
Subskala		
EM	4,6	6,5
KM	5,6	6,5
SM	6,3	7,6
EV	14,0	13,3
KV	28,8	22,6

Eine große Studie von Felitti et al. (1998, S. 258) mit dem Fragebogen *Adverse Childhood Experience (ACE)*, fand bei KM 28,3 Prozent und SM 20,3 Prozent. Die Fragebögen sind aufgrund eines anderen Schwerpunkts nicht durchgängig miteinander vergleichbar. In einer US-Studie (Child Maltreatment 2004) wurden die Daten per Telefon erhoben, hier zeigte sich bei KM bei Frauen 13,8, bei Männern 17,1 Prozent; SM bei Frauen 10,4 Prozent, bei Männern 6,7 Prozent; EV bei Frauen 25,7 Prozent und 31,3 Prozent bei Männern.

Bei der Durchsicht vieler Studien fiel auf, dass sich die Prävalenzen sehr unterscheiden, die hier aufgezeigten Prävalenzen sind deshalb nur beispielhaft. Belastende Kindheitserlebnisse werden retrospektiv und selbstbeurteilend erfasst, dies kann zu Verzerrungen führen. Falsch-negative Angaben sind im Kontext der

Erfassung von belastenden Kindheitserlebnissen laut Hardt & Rutter (2004, S. 273) möglich. Falsch-positive Antworten sind ebenso möglich, da nach konkreten Handlungen gefragt wird, die einen Interpretationsspielraum bieten. Zudem werden die Prävalenzen nicht einheitlich berechnet.

### **2.3 Folgen einer Entwicklungstraumatisierung**

Die Ergebnisse der Forschung zeigen, dass das Erleben von traumatischen Kindheitserfahrungen einen langandauernden Prozess in Gang setzt, der im Erwachsenenalter zu psychischen oder physischen Folgeschäden führen kann. Die Studien zeigen zudem hirnfunktionelle und hirnstrukturelle Veränderungen auf (de Haan, Deegener und Landolt, 2019, S.124), die insbesondere in Bereichen des emotionalen Erlebens und der emotionalen Regulation zu Veränderungen führen (Plener, Ignatius, Hubert-Lang und Fegert, 2017, S. 161).

Abgesehen von der Entwicklung einer PTBS oder KPTBS, gibt es viele weitere psychische Erkrankungen, die im Zusammenhang mit traumatischen Kindheitserlebnissen stehen. Plener et al. (2017, S. 163) geben an, dass dies nicht nur für Studien im Erwachsenenalter gezeigt werden konnte, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen, die innerhalb der letzten sechs Monate einem traumatischen Kindheitserlebnis ausgesetzt waren. Bisson et al. (2017, S. 217) konnten bei 95,1 Prozent der Kinder und Jugendlichen irgendeine Form einer psychischen Erkrankung nachweisen.

Folgen von Kindesmisshandlung treten laut Moggi (2009, S. 869) in der Regel unmittelbar bis mittelfristig (ca. innerhalb von 2 Jahren) nach Misshandlungsbeginn auf. Sie werden Kurzzeitfolgen genannt. Langzeitfolgen sind im Gegensatz zu Kurzzeitfolgen anhaltend oder treten mit einer Latenzzeit auf, meist während der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter, auch *sleep effect* genannt. Die Folgen von Kindesmisshandlung hängen zudem von ihrer Form und Schwere, von Bewältigungsprozessen und dem Entwicklungsstadium der Kinder (Säuglings-, Kleinkinds-, Kindes- und Schulalter) bzw. Adoleszenten ab, führt Moggi (2009, S. 870) weiter auf.

**2.3.1 Psychische und psychosomatische Folgen.** Garbe (2018, S. 37) zeigt folgende Symptome einer Entwicklungstraumatisierung auf:

- (a) Frühe Kindheit: Bindungsstörungen, oppositionelles Verhalten, Entwicklungsverzögerungen
- (b) Mittlere Kindheit: Schulversagen, Störungen des Sozialverhaltens, Dysphorie,

Lustlosigkeit, depressive Symptome, Selbstwertproblematik, geringere soziale Kompetenz

(c) Jugendalter: Selbstverletzungen, Suizidalität, Substanzmissbrauch, Störungen des Sozialverhaltens, auffälliges sexualisiertes Verhalten, dissoziative Störungen

(d) Erwachsenenalter: Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen, depressive Störungen, körperliche Erkrankungen.

Bei allen Kindesmisshandlungsformen können laut Moggi im Kindes- und Jugendalter (2009, S. 871) folgende Störungen auftreten:

(a) Emotionale Folgen: PTBS, Ängste, Phobien, Depression, niedriger Selbstwert, Suizidalität, Schuld- und Schamgefühle, Ärgerneigung, Feindseligkeit, selbstschädigendes Verhalten (z. B. Selbstverletzungen) und allgemeine Störungen der Affektregulation.

(b) Kognitive Folgen: Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, dysfunktionale Kognitionen (z. B. negative Attributionsmuster, negative Schemata), Sprach-, Lern- und Schulschwierigkeiten.

(c) Somatische und psychosomatische Folgen: Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Ess- und Schlafstörungen sowie Enuresis und Enkopresis.

(d) Auffälligkeiten im Sozialverhalten: Bei Trennungen von den misshandelnden Eltern zeigen misshandelte Kinder oft keine Gefühle, während sie zu fremden Personen ein übermäßiges Vertrauen manifestieren. Rückzugsverhalten, Fernbleiben vom Unterricht, Hyperaktivität, Appellationshandlungen (z. B. Weglaufen von zu Hause), aggressives Verhalten wie mutwilliges zerstören von Eigentum, physische Angriffe (unter Umständen mit Waffen) und anderes delinquentes Verhalten.

Norman, Byambaa, Butchart, Scott und Vos (2012, k. A.) stellten in einer Meta-Analyse folgende Zusammenhänge zwischen körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung im Erwachsenenalter fest:

(a) Körperliche Misshandlung: depressive Erkrankungen, Angststörungen, Essstörungen, Verhaltensstörungen/Störungen des Sozialverhaltens, Suizidversuche, Drogenkonsum, riskantes Sexualverhalten

(b) Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung: depressive Erkrankungen, Angststörungen, Suizidversuche, Drogenkonsum, riskantes Sexualverhalten.

**2.3.2 Neurobiologische Folgen.** Im Mittelpunkt der neurobiologischen Auswirkungen früher Traumatisierungen stehen drei eng miteinander verwobene biologische Systeme: das endokrine Nervensystem, das Immunsystem und das Zentralnervensystem. Studien zeigen, dass Opfer von frühen Traumatisierungen Auf-

fälligkeiten in der Funktionsweise dieser drei Systeme zeigen (Danese & McEwen, 2012, 31 ff.). Einen detaillierten Überblick bietet Kapitel 2.7.

## 2.4 Schwangerschaft und Geburt

Die Plazenta besitzt normalerweise einen Schutzmechanismus, der den Fötus vor zu viel Cortisol der Mutter schützt. Steigt die Konzentration von Cortisol (durch extreme Stresssituationen) zu stark an oder ist über einen langen Zeitraum erhöht, wird dieser Schutz unwirksam (Beijers, Buitellar & de Weerth, 2014, k. A). Der zu hohe Cortisolwert von Mutter und ungeborenem Kind kann laut Ramo-Fernández, Schneider, Wilker und Kolassa (2015, S. 707) zu epigenetischen Veränderungen beim ungeborenen Kind führen, welche das Kind auf die augenscheinlich suboptimale Umwelt nach der Geburt vorbereiten soll. Ramo-Fernández et al. (2015, 708) fanden heraus, dass z.B. das Gen NR3C1, welche Rezeptoren codiert das Cortisol bindet, bei Babys, die pränatalen Stress ausgesetzt waren, weniger aktiv war. Körperliche Stressreaktionen dauern dadurch länger an. Studien von Yehuda et al. (2005, S. 4117) und King, Dancause, Turcotte-Tremblay, Veru & Laplante (2012, 278 f.) zeigten eine veränderte Gehirnentwicklung (präfrontaler Cortex, Hippocampus und Amygdala waren weniger gut entwickelt) bei Kindern, deren Mütter in der Schwangerschaft ein Trauma erlebten. Möglicherweise funktioniert die Aufnahme von bestimmten Botenstoffen im Gehirn schlechter. Als Folge leiden diese Kinder später häufiger an einer *Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*, affektiven psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, so die Forscher. Zudem war das Risiko für Asthma und Allergien aufgrund einer beeinflussten Entwicklung des Immunsystems durch die pränatale Stressbelastung erhöht

## 2.5 Traumafolgestörungen

Das Wort *Trauma* stammt aus dem Griechischen und bedeutet *Verletzung, Wunde*. Fischer und Riedesser (1998, S. 79) definieren das Psychotrauma als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und dadurch eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. Ereignisse die traumatisch wirken, sind gekennzeichnet durch ein katastrophales Ausmaß und Intensität, dass diese auf die intrapsychische Balance einwirken. Im ICD-10 der WHO (2018, k. A.), wird ein Trauma als Ereignis oder eine Serie von außergewöhnlichen Bedrohungen oder

katastrophenartigem Ausmaß definiert. Das DSM-5 beschreibt Traumata als eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt (APA, 2013, S. 369). Ereignisse, die auf solche Definitionen zutreffen, lassen sich laut Maercker und Augsburg (2019, S. 16) nach verschiedenen Gesichtspunkten einteilen. Bewährt hat sich die Unterteilung in: Kurz- (Typ I-) versus langfristige (Typ-II-) Traumata, menschlich verursachte versus zufällige Traumata und medizinisch bedingte Traumata.

Die Typ-I Traumata beschreibt Terr (1989) als durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet, während Typ-II-Traumata durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und geringe Vorhersagbarkeit des traumatischen Verlaufs gekennzeichnet sind. Davidson und Foa (1993) kamen bei durchgeführten Studien über traumatische Auslöseereignisse zu dem Ergebnis, dass einerseits willentlich durch Menschen verursachte Traumata und andererseits die zeitlich länger andauernden Typ-II-Traumata in den meisten Fällen zu stärker beeinträchtigenden, komplexen Symptomen mit chronischem psychischem Verlauf führen können, als zufällige Traumata.

Die Klassifikation von Traumata wurde erst kürzlich um die *medizinisch bedingten Traumata* erweitert, so dass der Status laut Maercker und Augsburg (2019, S. 17) noch nicht endgültig geklärt ist. Das DSM-5 gibt vor, dass eine medizinische Situation mit einem katastrophenartigen Ausmaß einhergehen muss, um als traumatisches Ereignis zu gelten.

Spezifische Trauma- bzw. Gewaltfolgen werden laut Maercker und Hecker (2016, S. 28) heute als „Trauma- und belastungsbezogene Störungen“ zusammengefasst. Die spezifischen Folgen sind die PTBS, KPTBS, anhaltende Trauerstörung und die Anpassungsstörung. Als unspezifische Folgen gelten alle weiteren psychischen Störungen.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der PTBS und KPTBS, die im Folgenden beschrieben werden.

**2.5.1 Posttraumatische Belastungsstörung.** Die PTBS wird als ein Symptommuster mit Wiedererlebens-, Vermeidungs- und chronischen Überregungssymptomen beschrieben, welches auf eine traumatische Situation folgen kann (Maercker & Hecker, 2016, S. 28). In den beiden aktuell gültigen internationalen Klassifikationssystemen DSM-5 (WHO, 2018, 167 ff.) und ICD-10 (DIMDI, 2013, k. A.) sind trotz unterschiedlicher Operationalisierung folgende Merkmale/Kriterien einer PTBS ähnlich definiert:

(a) Erlebnis eines Traumas: Das erste Kriterium ist das sogenannte Traumakriterium, in dessen Mittelpunkt eine Todeskonfrontation oder andere extreme Gefahrensituationen steht. Das DSM-5 führt vier mögliche Formen der Traumaexposition auf: direkte Erfahrung, persönliche Zeugenschaft, Erfahren von einem plötzlichen Ereignis in der nahen Familie bzw. bei nahen Freunden und wiederholte oder extreme Konfrontation mit aversiven Details eines Ereignisses.

(b) Wiedererleben (Intrusion), unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma: Betroffene einer PTBS sind durch lebhaftere Eindrücke des traumatischen Geschehens belastet, die ungewollt und unkontrollierbar in den wachen Bewusstseinszustand als auch in den Schlaf „eindringen“. Symptome des Wiedererlebens können in verschiedenen Einzelsymptomen oder -beschwerden auftreten.

(c) Vermeidungsverhalten: Gedanken-, und Gefühlsvermeidung - Gedanken und Gefühle, die an das Trauma erinnern, werden vermieden. Der Erfolg der Vermeidungsbemühungen ist unwesentlich. Aktivitäts- oder Situationsvermeidung - Aktivitäten oder Situationen, die eine Erinnerung an das Trauma bewirken können, werden gemieden. Auch das Vermeiden von Personen oder Gesprächen, welche mit dem Trauma zusammenhängen, zählen dazu.

(d) Überregung (Hyperarousal): Wahrnehmung einer gegenwärtigen Bedrohung - Auch wenn Betroffenen die körperlichen Symptome häufig nicht mit dem Trauma in Verbindung bringen können, so reagiert auch der Körper nach einem Trauma mit. Die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems senkt sich, so dass auch nachfolgende Belastungen zu stärkerer Überregung führen.

(e) Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz): Betroffene sind ständig auf der Hut, innerlich unruhig und zeigen eine übertriebene Schreckhaftigkeit bei lauten oder unerwarteten Geräuschen. Für Betroffene lauern überall Gefahren, auch wenn diese objektiv nicht existieren. Menschen in der Umgebung werden kontinuierlich beobachtet und überprüft, um festzustellen, ob diese eine Bedrohung darstellen. Darüber hinaus bestehen ausgeprägte Bedenken, wie andere Personen einen sehen oder bewerten. Als Schutzmechanismus gegen die wahrgenommenen Bedrohungen kann aggressives Verhalten auftreten.

(f) Andauern der Symptome über einen gewissen Zeitraum: Laut ICD-10 müssen die Symptome mindestens über mehrere Wochen anhalten, das DSM-5 gibt die Dauer mit länger als einen Monat an. Im DSM-5 kann zusätzlich ein verzögerter Beginn (mindestens 6 Monate nach dem Ereignis) der Symptome möglich sein.

(g) Bedeutsame Funktionseinschränkungen: Das ICD-10 beschreibt, dass das

traumatische Erleben zu bedeutsamen Belastungen oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsrelevanten, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen führt. Im DSM-5 müssen diese Beeinträchtigungen klinisch bedeutsam sein, damit die Diagnose PTBS gestellt werden kann.

Subsyndromale Störungsbilder mit klinischer Relevanz wie z.B. eine Intrusion und Übererregungssymptome ohne Vermeidungsverhalten müssen für die Diagnosestellung beachtet werden. Der Leidensdruck bei Vorliegen einer partiellen PTBS, merkt Hausmann (2010, S. 75) an, kann für die Betroffenen ebenfalls sehr groß sein.

**2.5.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung.** Das Konzept der KPTBS geht zurück auf Herman (1992a, 1992b, 1993), die zuvor ebenfalls die diagnostische Kategorie *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* (DESNOS) als Forschungsdiagnose für das DSM IV vorgeschlagen hatte. Laut van der Kolk et al. (1996, S. 83) führen insbesondere komplexe, sequentielle und langanhaltende Traumatisierungen in Kindheit und Jugend, im Erwachsenenalter zu einer Symptomatik mit Verhaltensauffälligkeiten, die durch die diagnostischen Kriterien der PTBS nicht ausreichend erklärt werden konnten. Eine Arbeit von Cloitre et al. (2011, S. 619 ff.), verglich die Bedeutung chronischer Traumatisierungen im Kindes- und Erwachsenenalter mit der Entwicklung von KPTBS-Symptomen. Die Autoren konnten zeigen, dass zwischen der Intensität der Traumatisierungen und der Komplexität der PTBS-Symptome eine ausgeprägte Dosis-Wirkungs-Beziehung besteht. Als relevant ergaben sich vor allem Kindheitstraumata. Wie Susic-Vasic et al. (2015, S. 534 f.) feststellten, betreffen diese Merkmale Störungen der Affekt- und Impulsregulation, der Selbstwahrnehmung und Beziehungsgestaltung. Auch zeigten sich somatoforme Symptome und Veränderungen der persönlichen Glaubens- und Wertesysteme als solche Merkmale, wie sie sich auch im Konzept von Herman wiederfinden. Die folgende Tabelle 3 führt die Merkmale der DESNOS nach Herman (1993, S. 214-224) auf:

Tabelle 3:

*Diagnostische Merkmale der DESNOS nach Herman (1993)*


---

A	Unfähigkeit, zu vertrauen und Beziehungen zu anderen aufrechtzuerhalten
B	Tendenz, erneut Opfer zu werden
C	Tendenz, andere zum Opfer zu machen
D	Änderungen der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Gefühl, nichts bewirken zu können
E	Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen
F	Selbstreduktion und suizidales Verhalten
G	Chronische Affektdysregulation
H	Schwierigkeit, Ärger zu modellieren
I	Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
J	Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen
K	Gefühl, fortgesetzt geschädigt zu sein
L	Amnesie
M	Dissoziation
N	Somatisierung

---

Die Taskforce-Gruppe des DSM-5 hat DESNOS nicht als Diagnose in den forschungsrelevanten Kriterienkatalog aufgenommen, da die empirische Absicherung nicht als hinreichend belegt beurteilt wurde. Als Pendant zur KPTBS führt das DSM-5 den *Dissoziativen Subtyp der PTBS* auf. Laut DSM-5 muss beim Dissoziativen Subtyp der PTBS noch folgende Symptomatik vorhanden sein:

- (a) Depersonalisation: Gefühle der Unwirklichkeit bzw. des Losgelöst seins des eigenen Körpers und/oder
- (b) Derealisation: Wahrnehmung der eigenen Umgebung als unwirklich.

Die internationale Arbeitsgruppe des ICD-11 entschied sich aufgrund der Vorarbeiten von Cloitre et al. (2011) und des international geäußerten Bedürfnisses von Klinikern aus aller Welt zur wissenschaftlich basierten Einführung der KPTBS (Maercker et al., 2013, S. 201). Die KPTBS löst die Diagnose *Anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung* des ICD-10 ab. Neben den drei Kernsymptomen der klassischen PTBS (Wiedererinnerung, Vermeidung und Übererregung) umfasst die KPTBS im ICD-11 (WHO, 2018, k. A.), welches ab 2022 in Kraft tritt, drei weitere Symptomgruppen:

- (a) anhaltende und tiefgreifende Probleme der Emotionsregulation (verstärkte emotionale Reaktivität, Affektverflachung, gewalttätige Durchbrüche),
- (b) ein negatives Selbstkonzept (beeinträchtigte Selbstwahrnehmung wie die Überzeugung, minderwertig, unterlegen oder wertlos zu sein, Schuldgefühle, Schamgefühle)

(c) sowie Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen (Schwierigkeiten, nahe Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten).

**2.5.3 Komorbiditäten PTBS / KPTBS.** Ein konsistentes Ergebnis epidemiologischer Untersuchungen von Patienten mit PTBS, ist die hohe Komorbidität mit anderen Diagnosen, führen Maercker und Hecker (2019, S. 23) auf. Maercker (2013, S. 25 f.) nennt folgende Störungen oder Krankheiten als die häufigsten Folge- und Begleitprobleme von PTBS und KPTBS: Angststörungen, Depressionen (>50% der Betroffenen), Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder sucht (bis zu 80% der Betroffenen), Somatisierungsstörungen, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Je nach Untersuchung wird angegeben, dass bei 50–100 Prozent der Patienten mit PTBS komorbide Störungen vorliegen (Brunello et al., 2001, S. 151 f.). Die Autoren berichten, dass Patienten mit einer PTBS zudem häufig mehr als eine weitere komorbide Störung haben.

**2.5.4 Epidemiologie KPTBS.** Prävalenzen für die KPTBS wurden laut Hyland et al. (2017, k. A.) bisher erst in den USA, Dänemark und Deutschland berechnet. Hier liegen die Einjahresprävalenzen zwischen 0,5 -1 Prozent. Maercker (2019, S. 53) merkt ebenfalls an, dass die Datenlage zur KTBS sehr gering ist und führt auf, dass bisherige Daten mit Vorsicht zu interpretieren sind. In Deutschland zeigte sich eine Punktprävalenz von 0,5-0,7 Prozent und eine Lebenszeitprävalenz von 1,8 Prozent (Maercker, Hecker, Augsburg & Kliem, 2018, S. 1). In Israel zeigte sich eine Lebenszeitprävalenz von 2,6 Prozent (Ben-Ezra et al., 2018, S. 7) und in den USA von 1 - 3,3 Prozent (Perkonigg, Kessler, Storz & Wittchen, 2016, S. 46). Brewin et al. (2017, S. 10 f.) geben an, dass in spezialisierten Traumakliniken weltweit Prävalenzen von 32 bis 64 Prozent zu finden sind.

**2.5.5 Posttraumatisches Wachstum.** Posttraumatisches Wachstum beschreibt die Möglichkeit, dass Opfer traumatischer Erfahrungen nicht nur negative Folgen erleben, sondern auch persönliche Entwicklungsprozesse angeregt werden können, wenn sie sich mit den traumatischen Inhalten auseinandersetzen. Tedeschi und Calhoun (1996, S. 455 f.) haben fünf Bereiche des posttraumatischen Wachstums herausgearbeitet: Wertschätzung des Lebens, es wird ein Reifeprozess ausgelöst, welcher zur Veränderung der Prioritäten führt. Materielles verliert an Wert, die Bedeutung der kleinen Dinge nimmt zu, Beziehungen gewinnen an Wert.

Persönliche Beziehungen, durch mögliche zerstörte Beziehungen, können andere bestehende Beziehungen intensiviert werden. Zudem nimmt die Empathiefähigkeit zu. Betroffene empfinden ein höheres Mitgefühl, insbesondere für notleidende Menschen. Bewusstwerden, durch das Bewusstwerden der eigenen Verletzlichkeit wächst auch das Gefühl der eigenen Stärke. Betroffenen ist bewusst, dass das Leben jederzeit angreifbar ist, dennoch haben sie die Sicherheit, dass auch schlimme Ereignisse im Leben gemeistert werden können. Neue Möglichkeiten, es werden neue Ziele gesucht, möglicherweise findet ein Berufswechsel statt, oder Betroffene zeigen intensives soziales Engagement. Spirituelles Bewusstsein, Grenzerlebnisse können existenzielle Fragen aufwerfen, die zur Reflexion über den Lebenssinn führt. Dies kann zu einer größeren spirituellen Erkenntnis und somit zu größerer Zufriedenheit führen.

## **2.6 Aktueller Forschungsstand**

Im folgenden Kapitel wird der aktuelle Forschungsstand aufgeführt, der in Verbindung mit den thematischen Inhalten dieser Untersuchung stehen. Eine Studie, welche eine Verbindung von HS, traumatischen Kindheitserfahrungen und KPTBS untersucht, gibt es bisher noch nicht. In einem ersten Arbeitsschritt wurde der aktuelle Forschungsstand der HS nach passenden thematischen Inhalten untersucht und im zweiten Arbeitsschritt überprüft, ob Studien der betreffenden Thematik auch für Entwicklungstraumatisierung oder Traumafolgestörungen existieren. Die Ausführungen können hier leider nur kurzgehalten werden.

(a) Aron und Aron (1997, S. 346) stellen in einer Studie eine Verbindung zu dem Verhaltenshemmsystem *Behavioral Inhibition System* (BIS) und dem Verhaltensaktivierungssystem *Behavioral Approach System* (BAS) von Gray (2000) her. Aron und Aron (1997, S. 346) geben an, dass Personen mit einer hohen BIS-Aktivität (nicht-ungehemmte Personen die laut Aron und Aron auch als hs angesehen werden können) eher reflektiert und ängstlich vor Bestrafung sind. Eine höhere Sensibilität auf Reize kommt laut Aron und Aron (1997, S. 348) durch eine Orientierung nach innen anstatt nach außen, sowie der Fähigkeit zur retrospektiven und prospektiven Reflexion von Konsequenzen zustande. Teil des BIS ist laut Aron und Aron (1997, 349) der präfrontale Kortex, insbesondere die aktive rechte Hemisphäre. Die Aktivität im präfrontalen Kortex trägt insbesondere zu einer stärkeren subtilen Verarbeitung und Speicherung von Informationen sowie zu Reflexion bei (Patterson & Neweman, 1993, S. 731). Auch Smolewska et al. (2006, S. 1276) untersuchten den Zusammenhang des BIS und BAS mit SPS. Der stärkste Zu-

sammenhang wurde zwischen BIS und EOE gefunden, schwache Korrelationen mit AES und LST. Sobocko und Zelinski (2015, S. 6) fanden hohe Korrelationen zwischen dem Gesamtwert der HSPS und BIS. Dass BIS könnte nach Meinung der Autoren als neuropsychologischer Faktor für HS in Betracht gezogen werden.

Eine Studie von Zabihi, Abolghasemi und Aghajani (2005, S. 88) verglich den Anteil von Studenten mit und ohne Trauma in Verbindung mit BAS. Es fanden sich signifikant weniger traumatisierte Studenten mit BAS. Die Ergebnisse einer multiplen Regression zeigte, dass BIS 19 Prozent der Varianz von posttraumatischen Stresssymptomen erklärt. Miu, Bunea, Bilc und Szentagotai-Tatar (2017, S. 138) konnten die Ergebnisse für Probanden mit traumatischen Kindheitserfahrungen bestätigen, welche positiv mit BIS und negativ mit BAS korrelierten.

In einer Tagebuchstudie von Gable, Reis und Elliot (2000, S. 227) berichteten Teilnehmende mit hohem BIS über mehr negative Erlebnisse und erleben diese negativer als Vergleichsgruppen. Zudem investierten Teilnehmende mit hohem BIS mehr, um negative soziale Ereignisse zu vermeiden. Teilnehmende mit hohem BAS berichteten hingegen häufiger positive Erlebnisse und setzten sich häufiger positive Ziele. Gray (2000, S. 87 f.) verortet das BIS im septo-hippocampalen System, dieses besteht aus dem Hippocampus, den Septumkernen, Verbindungen zum zingulären Kortex, Verbindungen zum präfrontalen Kortex und der Amygdala.

(b) Big Five Persönlichkeitsdimension *Neurotizismus* (emotionale Labilität und Verletzlichkeit): eine große Korrelation ( $r = .45$ ) fanden Smolewska et al. (2006, S. 1275) für HS und Neurotizismus, insbesondere in den Bereichen EOE und LST (2006). Eine sehr große Korrelation ( $r = .61$ ) von EOE und Neurotizismus fanden Ahadi und Basharpour (2010, S. 570). Roy (2002, S. 1474) fand in einer Untersuchung einen Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und einem hohen Neurotizismuswert.

(c) Big Five Persönlichkeitsdimension *Verträglichkeit* (Rücksichtnahme, Kooperationsbereitschaft und Empathie): Zwischen HS und Verträglichkeit wurde kein Zusammenhang gefunden. Die Meta-Analyse von Lionetti et al. (2019, S. 150) bestätigt dieses Ergebnis. Hier findet sich keine passende Studie für Entwicklungstraumatisierungen oder KPTBS, ist aber im Verlauf der Diskussion ein interessantes Ergebnis.

(d) Big Five Persönlichkeitsdimension *Offenheit für neue Erfahrungen* (Aufgeschlossenheit): eine große Korrelation ( $r = .31$ ) konnten Smolewska et al. (2006,

S. 1275) zwischen HS und AES finden. Eine Studie von Joseph (2012, S. 816) zeigte, dass Traumata auch zu Lerneffekten führen und Betroffene gereift aus dem Trauma hervorgehen können. Traumatisches Wachstum führt u. a. zu mehr Offenheit für neue Erfahrungen und Herausforderungen.

(e) Big Five Persönlichkeitsdimension *Gewissenhaftigkeit* (Perfektionismus): Ahadi und Basharpour (2001, S. 570) fanden eine mittlere positive Korrelation ( $r = .25$ ) von AES und Gewissenhaftigkeit. Eine Meta-Analyse von Lionetti et al. (2019, S. 150) konnte keinen Zusammenhang von Gewissenhaftigkeit und HS feststellen.

(f) Aron, Aron und Davies (2005, S. 195) fanden eine Interaktion zwischen SPS und ungünstiger Umwelt in der Kindheit, welche zu negativer Affektivität (Ängstlichkeit und Depressionen) führt. Hochsensible Kinder würden alle Erfahrungen gründlicher verarbeiten und dadurch besonders von ihrer Umwelt beeinflusst. Die Autoren postulieren, dass hochsensible Kinder leichter negative Affektivität und Schüchternheit zeigen, da sie eine ungünstige Umwelt negativer erleben als nicht-hochsensible Kinder. Liss, Timmel, Baxley und Killingsworth (2005, S. 1434) untersuchten den Zusammenhang von SPS, Erziehungsstil, Ängstlichkeit und Depression. Die Ergebnisse zeigten eine Interaktion zwischen HS und Depression im Kontext niedriger elterlicher Fürsorge. Die Studie von Meyer und Carver (2000, S. 247) untersuchte den Zusammenhang von negativen Kindheitserinnerungen, SPS und Pessimismus mit den Kriterien des DSM-VI für eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Alle drei Bereiche korrelierten mit den Kriterien für eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung. In einer Studie von Neal, Edelman und Glachan (2002, S. 368) war SPS ein signifikanter Prädiktor für Ängstlichkeit. Die Werte der HSPS korrelierte am stärksten mit Agoraphobie, generalisierte Angst und Paniksymptomen, SPS war zudem ein signifikanter Prädiktor für eine Sozialphobie. Die höheren SPS-Werte bei Personen mit Sozialphobie werden möglicherweise durch dritte Variablen, z.B. Komorbiditäten moderiert, überlegten Hofman und Britan (2007, k. A.). Liss, Mailloux und Erchull (2008, S. 257-259) untersuchten den Zusammenhang von SPS, autistischen Symptomen, Ängstlichkeit, Alexithymie (Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren und zu beschreiben) und Depression. Sie beziehen sich hierbei auf die drei-faktorielle Struktur von Smolewska et al. (2006). Es zeigte sich ein hoher Zusammenhang mit EOE und LST. AES korrelierte mit Ängstlichkeit und Beachtung von Details, jedoch nicht mit Depressionen. EOE und Alexithymie sagten eine Depression vorher, wirken aber nicht miteinander. Blach & Egger (2014, S. 4) kamen in einer Veröffentlichung zu

dem Schluss, dass es sich bei extremer Feinfühligkeit eher um ein psychologisches als ein physiologisches Phänomen handeln könnte. Das Ausmaß an Ängstlichkeit – also die Neigung, Situationen als bedrohlich zu empfinden – konnte die HS in dieser Studie am besten erklären. Stärker sensible Personen berichten neben höheren Ängstlichkeitswerten auch über deutlich höhere Stress- und Depressivitätssymptome (Blach & Egger, 2011, S. 12). Das Modell der Regressionsgleichung erbrachte ein signifikantes Ergebnis. Die Prädiktoren Summenwert der Trait-Skala des STAI (Ängstlichkeit), Summenwert des BAI (Angst), Summenwert des BDI (Depression), Summenwert der SSCS (chronisch erlebter Stress), Alter und Geschlecht tragen zur Vorhersage von 59 Prozent des Kriteriums HS bei. Diese Faktoren sagen demnach einen Großteil des offensichtlich mehrdimensionalen Konstrukts HS vorher. Blach (2015, S. 139 f.) geht davon aus, dass sich hochsensible Personen durch den chronischen Stress eher im oberen Bereich der allgemeinen physiologischen Erregung bzw. Anspannung befinden. Durch den chronischen Stress wird die HPA-Achse ständig aktiviert, was mit der Zeit zu Hypercortisolismus führt, die HPA-Achse aber mit der Zeit erschöpft und sich ein Hypocortisolismus entwickelt.

Studien von De Bellis und Zisk (2014, S. 189 f.), Danese und McEwen (2012, k. A.) und Heim et al. (2008, S. 695 f.) beobachteten bei misshandelten Kindern und Erwachsenen, die retrospektiv von traumatischen Kindheitserfahrungen berichten, eine Fehlregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse). Bei Aktivierung der HPA-Achse (z. B. in Stresssituationen), werden im Hypothalamus das Kortikoprotein-Relasing-Hormon (CRH) und Vasopressin (AVP) ausgeschüttet. CRH und AVP binden sich an spezifische Rezeptoren, wodurch die Bildung des adenokortikotropen Hormons (ACTH) angeregt wird. ACTH löst die Herstellung und Freisetzung von Glukokortikoiden aus. Dieser Prozess unterstützt den Organismus bei der Anpassung an eine Stresssituation. Die Ergebnisse der Studien deuten nicht immer in die gleiche Richtung, Entwicklungstraumata wurden mit Hypo- als auch mit Hyperaktivität der HPA-Achse in Verbindung gebracht. Eine Hyperaktivität steht z.B. mit Depression, Angststörungen, Panikstörungen und einem erhöhten Risiko für Allergien in Verbindung (Egle et al. 2016, S. 443 f). Hypoaktivität wird z.B. mit Schmerzempfindlichkeit, Fibromyalgie (Bearce, 2008) fand in einer Stichprobe von Fibromyalgie-Patientinnen einen Hochsensiblen-Anteil von 58%), Asthma, Neurodermitis, atypische Depression, Intrusionen bei PTBS und Burnout in Verbindung gebracht (Reinicker, 2003, S. 65). Für die Erklärung der inkonsistenten Ergebnisse spielen laut Nemeroff (2016) die

Art und Dauer des Traumas, Alter und Zeitpunkt der Traumatisierung, das Vorliegen von psychischen Störungen und zusätzlichen Traumata eine Rolle. Einen wichtigen Faktor stellte die Zeit dar, die seit dem Trauma vergangen ist. Albers Riksen-Walraven, Sweep und de Weerth (2008, k. A.) stellten fest, dass eine sichere Bindung an zumindest ein Elternteil (z. B. ein Elternteil misshandelte und zu dem anderen gab es eine sichere Bindung) die schädigenden Auswirkungen von Entwicklungs-traumatisierung mildern kann. Dies wäre auch eine Erklärung für die unterschiedliche Auswirkung auf die HPA-Achse. Gunnar und Donzella (2002, S. 215 f.) vermuten, dass die Eltern-Kind-Interaktion in den ersten Jahren die Rolle eines externen Regulators einnimmt. Fällt dieser Regulator aus (z. B. weil der Missbrauch von den Eltern ausgeht), könnte es zu einem Glukokortikoidanstieg beim Kind kommen, welcher während der Entwicklung stressempfindlicher Hirnregionen (z.B. Hippocampus) zu einer Fehlregulation führen kann. Eine traumabedingte Fehlregulation der HPA-Achse wirkt sich laut Strüber, Strüber und Roth (2014, S. 28 f.) höchstwahrscheinlich auch auf andere neurobiologische Systeme aus (z. B. das serotonerge und dopaminerge System), umgekehrt beeinflussen die Fehlregulationen in diesen Systemen wiederum die HPA-Achse. Strüber et al. (2014, S. 24 f.) beschreiben, dass die sichere Bindung zu einem Elternteil bei traumatisierten Kindern, welche zu einer vermehrten Oxytocinausschüttung führt, zu einem anderen bioschemischen Entwicklungspfad führt (HPA-Achsen-Hypoaktivität) als bei traumatisierten Kindern ohne sichere Bindung (HPA-Achsen-Hyperaktivität). Teicher und Samson (2016, S. 256) berichten zudem, dass in der Kindheit misshandelte Personen mit einer starken Aktivierung der Amygdala auf negative Stimuli (z. B. ängstliche oder ärgerliche Gesichter) reagieren. Auf positive Stimuli (z. B. erwartete Belohnung) reagierten die Belohnungsschaltkreise (Stratium) nur schwach (hier zeigt sich eine Verbindung zu BIS/BAS). Die Autoren geben an, dass das stärkere Ansprechen auf Bedrohungs- als auf Belohnungsreize Gefahren schneller erkennen lässt, was in einer potentiell gefährlichen Umwelt eine sinnvolle Reaktion darstellt. Die verstärkte Wahrnehmung von Gefahren und negativen Reizen fördert hingegen die Entwicklung von Depression, Ängstlichkeit und Substanzmissbrauch. Heim et al. (2009, S. 957) fanden in ihrer Studie eine entgegengesetzte Beziehung zwischen Entwicklungs-trauma und dem Bindungshormon Oxytocin, Seltzer, Ziegler, Conolly, Prosocki und Pollak (2013, S. 6) fanden erhöhte Oxytocinwerte bei missbrauchten Personen. Mohiyeddini, Opacka-Juffry und Gross (2014, S. 473) vermuten, dass Coping-Strategien, die durch eine Unterdrückung des emotionalen Ausdrucks eine Rolle spielen (z. B. Gefühle für sich

behalten) und möglicherweise mit der Vermeidung sozialer Kontakte in Verbindung stehen, den Zusammenhang von Entwicklungstrauma und niedrigen Oxytocinwerten im Erwachsenenalter verstärken.

(g) Licht, Mortensen und Knudsen (2011, k. A.) untersuchten die Verbindung von SPS und dem Genotyp 5-HTTLPR S-Allel des Serotonin-Transporter-Gens. Es nahmen 200 gesunde Erwachsene im Alter von 18-88 Jahren an dieser Studie teil. SPS korrelierte positiv mit dem weiblichen Geschlecht, Distress, der Persönlichkeitseigenschaft Neurotizismus und Schadenvermeidung. SPS korrelierte negativ mit Extraversion. Höhere Werte der SPS (nur für den Faktor EOE) stehen laut der Studie in Bezug auf Geschlecht, Alter, Distress und Offenheit mit der Genvariante 5-HTTLPR S-Allel in Verbindung. Für Neurotizismus und Schadenvermeidung wurde diese Verbindung nicht gefunden. Ein höheres Sensitivitätslevel ist somit zum Teil auf das Serotonin-Transporter-Gen 5-HTTLPR S-Allel zurückzuführen. Chen et al. (2011, S. 8) konnten in einer Studie die Gene oder Genvarianten Tyrosinhydroxylase (TH), Dopamin-Beta-Hydroxylase (DBH), Dopamintransporter-Gen SLC6A3, Dopamin-Rezeptor DRD2, Neurolysin (Nln) und den Neurotensin-Rezeptor NTSR1 mit HS in Verbindung bringen.

Brückl und Binder (2017, S. 122) bringen das 5-HTTLPR S-Allel und DRD2 A1 Allel mit traumatischen Kindheitserfahrungen in Verbindung. In einer Meta-Analyse von Li et al. (2016, S.1) zeigten die Gene DRD2 und SLC6A3 signifikante Verbindungen zu PTBS. Lawford, Young, Noble, Kann und Ritchie (2006, S. 183) bringen DRD2 A1 Allel nicht nur mit PTBS in Verbindung, sondern auch mit den komorbiden Störungen Depression und Angststörungen. Eine erste Studie von Mustapic et al. (2007, S. 1088) weist bei DBH und Kindheitstraumata auf eine Gen-Umweltinteraktion hin. Niwa et al. (2013, S. 334) konnten epigenetische Veränderungen durch traumatische Erfahrungen in der Kindheit bei TH und Toda et al. (2014, S. 1) bei NTSR1 finden. Die DNA ist in beiden Fällen durch die traumatischen Erfahrungen geringer methyliert. Die Veränderung des Gens NTSR1 fanden sich in der Amygdala und die Veränderungen von TH in der Area tegmentalis ventralis (VTA), welches ein Teil des endogenen Belohnungssystems ist. Nln steuert in erster Linie die Funktion des Neuropeptids Neurotensin, welches im ZNS und im Dünndarm gebildet wird (Chceler & Ferro, 2018, k. A.). Neurotensin findet sich vor allem im Hypothalamus und in der Amygdala, wo es modulierende und regulatorische Rollen innehat. Es hat Einfluss auf das dopaminerge System und wirkt antipsychotisch (St-Gelais, Jomphe & Trudeau, 2006, S. 229). Eine Studie an Ratten (Normandeau et al., 2017, S.14 ff.) zeigte bei der Blockierung der Rezeptoren

von Neurensin, gestresstes und ängstliches Verhalten bei den Ratten. Auf den Menschen übertragen, gehen die Autoren davon aus, dass die Funktion des Neurensins an der Entstehung einer Angststörung beteiligt ist. Wie genau der neurophysiologische Mechanismus hier funktioniert, ist aber unbekannt

(h) Aron et al. (2014, S. 592) untersuchten die Hirnaktivität von 18 frisch verheirateten Paaren, mit dem Ziel die Reaktion auf fremde Emotionen zu überprüfen. Diese schauten sich Bilder von ihrem Partner und von Fremden mit glücklichem, traurigem oder neutralem Gesicht an. Zuvor wurden die Probanden mit einem Kurztest auf HS getestet. Es zeigte sich, dass der Blick auf die Bilder mit emotionalem Inhalt, Bereiche im Gehirn aktiv waren, die mit Bewusstsein, Aufmerksamkeit und Aktionsplanung in Verbindung stehen (z.B. Gyrus temporalis medius, anterioren zingulären Cortex, Insula und Gyrus frontalis). Der Studie ist nicht zu entnehmen, wie viele der Gruppe HS männlich oder weiblich sind. Dass Frauen stärkere Hirnaktivität in diesen Bereichen aufweisen, zeigte eine Studie von Spalek et al. (2015, S. 932)

Teicher und Samson (2016, S. 258) kamen in einer Übersichtsarbeit von Bildgebungsstudien zu dem Ergebnis, dass Kindesmisshandlung mit strukturellen Veränderungen im Corpus Callosum, im anterioren zingulären, dorsolateralen, präfrontalen und orbitofrontalen Kortex sowie im Hippocampus einhergeht. Danese und McEwen (2012, S. 36) ein geringeres Volumen des präfrontalen Kortex bei misshandelten Kindern und Erwachsenen, ein geringeres Hippocampusvolumen nur bei Erwachsenen. Dies könnte laut Smith (2005, S. 804) bedeuten, dass sich die strukturelle Veränderung erst mit der Zeit oder infolge einer PTBS ergeben. Ein Arbeitsmodell von Phillips et al. (2003, S. 507) zur neuronal-strukturellen Verarbeitung unterteilt ein Affekt-Netzwerk wie folgt: ein ventraler Teil (bestehend aus Amygdala, Insula, Striatum, anterioren zingulären und des präfrontalen Kortex) ist zuständig für die Beurteilung der emotionalen Bedeutung von Stimuli, der Vorbereitung eines angemessenen emotionalen Zustandes und der Regulierung der vegetativen Reaktion. Ein dorsaler Teil (bestehend aus Hippocampus, anterioren zingulären Kortex und präfrontalen Kortex) ermöglicht die willkürliche Einflussnahme und Kontrolle des emotionalen Zustands.

(i) Konrad (2020, S. 165) untersuchte den Zusammenhang von SPS und einem Borderline-Persönlichkeitsstil. Der Faktor EOE der HSPS-G zeigt eine mittlere Korrelation mit der *Subskala Borderline (BL)* des *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventars (PSSI)*. AES und LST korrelieren sehr schwach bis schwach. Der Gruppenvergleich HS / NON-HS zeigte, dass hochsensible Personen auf der

Subskala BL des PSSI höhere Werte im Vergleich zu den nicht-hochsensiblen Personen zeigen. Der Effekt war mittelgroß ausgeprägt.

Sack, Sachse und Dulz (2011, S. 200) merken an, dass 96 Prozent der Borderline-Patienten von traumatischen Kindheitserlebnissen berichten. Bei 118 der 148 Patienten wurde zusätzlich zur Borderline-Persönlichkeitsstörung auch eine KPTBS diagnostiziert (S. 201). Kindliche Traumatisierungen sind laut den Autoren eng mit der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer komorbiden Traumafolgestörung assoziiert (S. 202).

Die Gegenüberstellung der relevanten Forschungsergebnisse zeigt, dass es viele Überschneidungen bei den Themen dieser Arbeit gibt. Bei Genen oder Genvarianten zeigt sich ein möglicher epigenetische Einfluss auf die ähnlichen „Symptombilder“ von HS und traumatischen Kindheitserfahrungen. Aron konnte diese Einflussmöglichkeit bisher nicht klar von HS abgrenzen. Eine Abgrenzbarkeit von BIS, Neurotizismus, traumatischen Kindheitserfahrungen, Traumafolgestörungen und Komorbiditäten, Depressionen, Hyper- oder Hypocortisolismus mit all seinen Folgen, scheint schwer möglich. In dieser Feststellung liegt die Begründung der Fragestellungen dieser Arbeit.

## **2.7 Zielsetzung/Fragestellung**

In dieser Arbeit wird erstmals eine Verbindung von HS, traumatischen Kindheitserfahrungen und KPTBS untersucht. Abgeleitet von dem vorangegangenen theoretischen Bezugsrahmen wurden folgende Fragestellungen untersucht:

FF1: Machten hochsensible Personen häufiger traumatische Kindheitserfahrungen als nicht hochsensible Personen?

FF2: Korrelieren HS und traumatische Kindheitserfahrungen positiv miteinander?

FF3: Weisen hochsensible Personen häufiger die Symptome einer KPTBS auf als nicht hochsensible Personen?

FF4: Korrelieren HS und KPTBS positiv miteinander?

Die inhaltlichen Überschneidungen der in Kapitel 2.6 aufgeführten Forschungsergebnisse von HS, traumatischen Kindheitserfahrungen und Traumafolgestörungen ließen den Schluss zu, dass diese Themen miteinander in Verbindung stehen können.

Folgende Hypothesen werden aufgrund der FF1, FF2, FF3 und FF4 aufgestellt:

H1: Je höher der Summenscore der HSPS, desto höher der Score der Subskalen EM, KM, SV, KV, EV des Fragebogens CTQ.

H2: Es gibt einen linearen Zusammenhang zwischen HS und KPTBS.

### **3 Methodik**

Im Folgenden wird der Versuchsablauf dargestellt, die Stichprobengewinnung aufgezeigt und die Stichprobe beschrieben. Anschließend werden die Fragebögen vorgestellt und aufgezeigt, wie welche statistischen Verfahren verwendet wurden, um die Forschungsfragen zu beantworten.

#### **3.1 Versuchsablauf**

Die Datenerhebung erfolgte per Fragebogen mit dem Programm Unipark (vom 07.12.2020 bis 29.12.2020). Einzusehen in Anhang A.

Die Teilnehmenden wurden über den Zweck der Untersuchung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und den Datenschutz aufgeklärt.

Zusätzlich wurden die Teilnehmenden vorab über schwierige Inhalte der Umfrage informiert und darauf hingewiesen, dass die Umfrage zu jeder Zeit abgebrochen werden kann.

Die Umfrage bestand aus 90 Fragen, die Bearbeitungszeit wurde mit 15 bis 20 Minuten angegeben. Zu Beginn und vor jedem eingesetzten Fragebogen erhielten die Teilnehmenden Instruktionen für die Beantwortung der Fragen.

#### **3.2 Stichprobe**

Anhand theoretischer und empirischer Vorüberlegungen wurde die benötigte Stichprobengröße von  $N = 400$  festgelegt. Zur Berechnung wurde der Stichprobenrechner von SurveyMonkey genutzt. Als Populationsgröße wurden 20 Prozent der deutschen Bevölkerung angenommen (16 Millionen mögliche Hochsensible), ein Konfidenzniveau von 95 Prozent und eine Fehlerspanne von 5 Prozent. Insgesamt haben 623 Teilnehmende die Umfrage beendet, die benötigte Stichprobengröße wurde erreicht. Der überwiegende Anteil, 455 Teilnehmende, waren Kommilitonen des Studiengangs Psychologie und Wirtschaftspsychologie der Hamburger Fern-Hochschule. Die Anwerbung erfolgte per E-Mail durch die Hamburger Fern-Hochschule. Die Psychologiestudierenden wurden mit zwei Versuchspersonenstunden für die Teilnahme entlohnt. Da eine Umfrage bezüglich des Themas HS ausschließlich mit Psychologiestudierenden möglicherweise nicht ausreichend repräsentativ ist, konnten für eine Vergleichsgruppe 168 Teilnehmende rekrutiert werden, die weder Psychologie studieren noch studiert haben. Die

Anwerbung für die Teilnahme an der Umfrage erfolgte durch Versendung des Umfragelinks per E-Mail und in sozialen Medien im Umfeld der Autorin. Die Kommilitonen der Autorin wurden gebeten, Probanden in ihrem Umfeld anzuwerben, welche nicht Psychologie studieren, oder Psychologen sind. In der Hochbegabtenvereinigung Mensa wurde per E-Mail um eine Teilnahme gebeten. In Ratgeberbüchern bezüglich Hochbegabung wird häufig vermittelt, dass hochbegabte Personen meist auch HS sind, deshalb wurde vorab gefragt, ob die Probanden von einer vorliegende Hochbegabung wissen; 143 Teilnehmende bejahten diese Frage. 72 Teilnehmende sind weder Psychologiestudierenden/PsychologInnen noch hochbegabt.

Aufgrund eines technischen Fehlers wurde das Geschlecht nicht erhoben, konnte aber in den meisten Fällen anhand der angegebenen Berufsbezeichnung und freien Textangaben geschätzt werden. 341 der Teilnehmenden waren laut der Schätzung weiblich und 197 männlich. Bei 85 Teilnehmenden konnte das Geschlecht nicht zugeordnet werden.

Die Befragten verteilten sich in einer Altersspanne von 18 bis 71 Jahren ( $M = 3.46$ ,  $SD = 11.55$ ).

198 der Teilnehmenden waren ledig, 209 lebten in einer Partnerschaft, 177 waren verheiratet, 5 verwitwet und 7 teilten sich der Gruppe *Sonstige* zu.

Hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses wies ein Teilnehmender einen Hauptschulabschluss / ersten Bildungsabschluss auf, 19 einen Realschulabschluss / zweiten Bildungsabschluss, 238 absolvierten das Abitur, 187 verfügten über eine abgeschlossene Ausbildung, 187 über einen Hochschulabschluss und 2 Teilnehmende konnten keinen Abschluss aufweisen. 22 Teilnehmende gaben *Sonstige* als höchsten Bildungsabschluss an.

Des Weiteren wurden die Befragten bezüglich des Wissens über eine vorliegende oder vermutete HS befragt. Hier gaben 103 der Teilnehmenden an, HS zu sein, 80 vermuteten dieses. Aufgrund der vorliegenden HS befinden oder befanden sich 57 der Teilnehmenden in einer Psychotherapie oder anderen Lebensberatung. Die eigene HS empfinden 85 der Teilnehmenden eher als eine Belastung und 98 eher als ein Geschenk. In einem optionalen Antwortfeld hatten die Teilnehmenden Gelegenheit mitzuteilen, warum sie die HS eher als Belastung oder eher als Geschenk empfinden. Hier wurde deutlich, dass den Teilnehmenden eine Festlegung auf eine dieser beiden Antwortoptionen schwer viel, häufig wurde berichtet, dass beide Antwortoptionen gleichermaßen gelten würden. Im Folgenden drei Beispiele dieser gegebenen Antworten:

Sie hat in meinem Fall sehr wahrscheinlich stark zur Ausbildung einer sozialen Phobie, Depression und einer Persönlichkeitsstörung mitgewirkt. Insofern spüre ich eine große Belastung durch die Hochsensibilität. Andererseits ist sie derart mit meiner Persönlichkeit verschmolzen, dass ich nicht anders kann, als sie als Geschenk wahrzunehmen. Immerhin habe ich so eine starke Empathie entwickeln können, bin häufig aufmerksamer und so in der Lage anderen Hilfen anzubieten, die ich mir selbst wünschen würde. Nicht zuletzt ziehe ich einen großen Teil meiner Freude aus dem intensiven Erleben.

Für mich ist es beides. Geschenk und Belastung. Geschenk, weil ich mich oft gut fühle und die Welt umarmen könnte und an anderen Tagen es an mir zerzt und Energie raubt. Aber durch das stärkere Fühlen entsteht auch eine Qualität des Lebens. Belastend wird es, wenn ich selbst nicht in guter Grundverfassung bin, das heißt kaum Energiereserven habe, deshalb ist es für feinfühlige besonders wichtig auf sich zu achten und sich regelmäßig raus zu nehmen, auftanken.

Einerseits ist es natürlich ein Geschenk hs zu sein. Man kann sich gut in andere Menschen hineinversetzen, ist sehr emphatisch. Allerdings leide ich auch ziemlich oft darunter, dass ich so sensibel bin. Mir fällt es extrem schwer mich von den von mir wahrgenommen Reizen abzugrenzen - von den Gefühlen anderer. Ich reagiere besonders sensibel auf körperliche Berührungen und Nähe. Wenn mich jemand berührt oder auch nur zu dicht neben mir steht/sitzt, habe ich das Gefühl, dass meine Lebensenergie aus mir gesaugt wird und (vor allem die negativen) Gefühle der mich berührenden Person auf mich überschwappen. Diese will ich dann von mir abkratzen, bis meine Haut blutig ist. Meine Haut ist das Organ, welches bei mir am sensibelsten ist.

Teilnehmende, welche sich vorab als hs bezeichneten, oder vermuteten hs zu sein (183 Teilnehmende), wurden nach ihrer Lebenszufriedenheit in den letzten 4 Wochen befragt. 11 Teilnehmende gaben an überhaupt nicht zufrieden zu sein, 71 waren nicht sehr zufrieden, 81 waren zufrieden und 20 Teilnehmende waren sehr zufrieden.

### 3.3 Verwendete Fragebögen

Um die Variablen zu erheben, wurden folgende Fragebögen in alternierender Reihenfolge in der Umfrage abgefragt:

- (a) Hochsensibilität: HSPS (Fragebogen zur Feinfühligkeit). Einzusehen im Anhang B.
- (b) Traumatische Kindheitserfahrungen: eine verkürzte Version des CTQ. Einzusehen in Anhang C.
- (c) Traumafolgestörung: ITQ zur Erfassung einer partiellen PTBS, dem Vollbild einer PTBS und einer KPTBS. Einzusehen in Anhang D.

Nach jedem Fragebogen hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, in einem Freitextfeld eine Mitteilung zu hinterlassen.

(a) Fragebogen zur Feinfühligkeit (HS): Der von Blach und Egger (2011) ins Deutsche übersetzte Fragebogen von Aron und Aron (1997) misst mit 27 Items die HS. Der Fragebogen wird den Teilnehmenden als Fragebogen zur Feinfühligkeit vorgelegt, um Antworten nach sozialer Erwünschtheit zu vermeiden. Es werden Aspekte wie leichte Erregbarkeit, ästhetische Sensitivität (positive Aspekte), niedrige sensorische Reizschwelle, zeitliche Überforderung, Rückzug und Gewissenhaftigkeit erhoben. Die Items werden auf einer fünfstufigen Ratingskala beantwortet (*gar nicht zutreffend* [1], *nur wenig zutreffend* [2], *doch teilweise zutreffend* [3], *ziemlich gut zutreffend* [4] *völlig zutreffend* [5]). Die interne Konsistenz beträgt  $\alpha = .892$ . Für die HSPS liegt kein einheitliches Auswertungskriterium vor. Die englischsprachige Version von Aron und Aron (1997) liegt als Richtig-Falsch-Antworttyp mit den Ausprägungen *Ja* und *Nein* vor. Ab 14 Zustimmungen der Ausprägung *Ja* liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine HS vor. Der Dissertation von Blach (2011, S. 76) kann entnommen werden, dass der Mittelwert aller gegebenen Antworten der 27 Items berechnet und die Daten am Median in *Ja* und *Nein* geteilt werden.

Die HSPS wurde zusätzlich auf eine andere Art ausgewertet, da die Teilung der Antworten in *Ja* und *Nein* mit einem Cut-Off bei der Hälfte der mit *Ja* beantworteten Items, zu einer sehr hohen Anzahl von hochsensiblen Teilnehmenden führte. Lionetti et al. (2018) zeigten auf, dass Sensibilität ein 3-stufiges Kontinuum (gering, mittel, hoch) ist. Smolewska et al. (2006) eliminierten, nach einer Überarbeitung des Fragebogens, Item 1 und 11 der HSPS. Drei Faktoren werden laut den Autoren mit diesem Fragebogen gemessen: EOE, AES, und LST. Die interne Konsistenz für EOE beträgt  $\alpha = .81$ , für AES  $\alpha = .72$  und für LST  $\alpha = .78$  (Smolewska et al., 2006, S. 1273)

(b) CTQ: Mit der von Klinitzke, Romppel, Hauser, Brähler, & Glaesmer (2012) ins Deutsche übersetzte Kurzform des CTQ (Originalveröffentlichung Bernstein & Fink, 1998) beurteilen die Teilnehmenden mit 28 Items das Auftreten von Misshandlungen in der Kindheit und Jugend. Der Fragebogen besteht aus fünf Unterskalen, die auf einer fünfstufigen Rating-Skala (*überhaupt nicht* [1], *sehr selten* [2], *einige Mal* [3], *häufig* [4], *sehr häufig* [5]) *emotionale Misshandlung (EM)*, *körperliche Misshandlung (KM)*, *sexuellen Missbrauch (SM)*, *emotionale Vernachlässigung (EV)* und *körperliche Vernachlässigung (KV)* erheben. Jede Unterskala besteht aus fünf Items. Eine zusätzliche Bagatellisierungsskala besteht aus 3 Items. Der Gesamtwert jeder Unterskala reicht von fünf Punkten (keine Misshandlung) bis hin zu 25 Punkten (extreme Misshandlung). Der CTQ ist das international am häufigsten eingesetzte Screening-Instrument, um Misshandlungen in der Kindheit und Jugend (bis zum 18. Lebensjahr) zu erheben. Die Kurzform des Fragebogens CTQ wurde durch Hin- und Rückübersetzungen ins Deutsche übertragen und validiert. Die interne Konsistenz der Subskalen lag bei  $\alpha = .0,62 - 0,96$ . Der Interklassen-Koeffizient als Maß der Test-Retest Reliabilität bei einem Median von 6 Wochen lag für die Gesamtskala bei  $\alpha = .77$  und für die Subskalen bei  $\alpha = .58 - .81$  (Häuser et al., 2011, S. 12).

(c) International Trauma Questionnaire: Der von Cloitre et al. (2018) konzipierte und von Lueger-Schuster, Knäfel und Maercker (2018) ins Deutsche übersetzte Fragebogen ITQ ist ein kurzes Verfahren, welches sich auf die Kernsymptome der PTBS und KPTBS bezieht. Der Fragebogen besteht aus 2 Teilen mit je 4 Unterskalen auf einer fünfstufigen Skala (*gar nicht* [0], *ein bisschen* [1], *mittelmäßig* [2], *ziemlich* [3], *sehr stark* [4]). Die vier Unterskalen des ersten Teils messen die Symptombereiche der PTBS: *Wiedererleben im Hier und Jetzt* (1), *Vermeidung* (2), *Gefühl einer aktuellen Bedrohung* (3) und *funktionale Beeinträchtigung in Verbindung mit diesen Symptomen* (4). Die Unterskalen des zweiten Teils messen die Symptombereiche einer KPTBS: *affektive Dysregulation* (1), *negatives Selbstkonzept* (2), *problematische Beziehungen* (3) und die *funktionale Beeinträchtigung* (4). Die Unterskalen 1, 2 und 3 bestehen aus je zwei Indikatoren, die Unterskala 4 aus je drei Indikatoren. Maercker (2019, S. 56) gibt eine interne Konsistenz von  $\alpha = .78$  an.

Weitere gestellte Fragen: Die Teilnehmenden wurden vor Beginn der Beantwortung der 3 Fragebögen folgende Fragen gestellt: Alter, höchster Bildungsabschluss, Familienstand, Beruf, höchster Bildungsabschluss Mutter/Vater, sind Mutter/ Vater oder beide Elternteile hs, wurden Mutter/Vater oder beide Elternteile in

Kindheit traumatisiert, hatte die Mutter besonderen Stress oder Sorgen in der Schwangerschaft des Teilnehmenden, gab es Geburtskomplikationen, liegt ein Hochbegabung vor, ist der Teilnehmende ein Psychologiestudierender/PsychologInnen, ist eine HS bekannt oder wird sie vermutet, wenn ja, Lebenszufriedenheit in den letzten 4 Wochen, wurde eine Form von Lebensberatung (Coaching, Psychotherapeut etc.) in Anspruch genommen aufgrund der HS und ist die HS eher eine Belastung oder eher ein Geschenk. Für die letzte Frage gab es zusätzlich ein Freitextfeld für einen möglichen Mitteilungswunsch.

### **3.4 Untersuchungsdesign und angewandte statistische Verfahren**

Die Auswertung der Daten erfolgte mit IBM SPSS Version 27. Die Hypothesen wurden wie folgend beschrieben ausgewertet. In der vorliegenden Arbeit werden die Zusammenhänge zwischen Hochsensibilität, traumatischen Kindheitserfahrungen und KPTBS einmalig untersucht, Manipulationen wurden nicht vorgenommen, es handelt sich demnach um ein korrelatives Querschnittsdesign.

H1: Die erste Hypothese wurde mittels Begutachtung der jeweiligen Häufigkeiten auf den fünf Subskalen (EM, KM, SM, EV, KV) des Fragebogens CTQ in den Gruppen HS-Aron, HS-Smolewska und NON-HS überprüft. Berechnet wurden die Schweregradeinteilungen *gering bis mäßig*, *mäßig bis schwer* und *schwer bis extrem*. Zur Berechnung der Korrelation des Summenscores des Fragebogens HSPS der Gruppe HS-Smolewska und den Subskalen des CTQ, wurde die Pearson-Korrelation durchgeführt. Zum Vergleich der Gruppen HS und NON-HS wurde ein *t*-Test für eine unabhängige Stichprobe durchgeführt. Die Testvariablen waren die fünf Skalen des Fragebogens CTQ, die Gruppierungsvariable HS-Smolewska. Die Berechnung der Effektstärke der *t*-Tests erfolgte mit der Formel des Korrelationskoeffizienten *r* mit dem *t*-Wert und den Freiheitsgraden (*df*).

H2: Die zweite Hypothese wurde mittels Überprüfung der jeweiligen Häufigkeiten der Unterkategorie KPTBS des ITQ in den Gruppen HS-Aron, HS-Smolewska und NON-HS überprüft. Zur Berechnung der Korrelation des Summenscores HS-Smolewska und KPTBS wurde die Pearson-Korrelation durchgeführt. Zum Vergleich der Gruppen wurde ein *t*-Test für eine unabhängige Stichprobe durchgeführt. Die Testvariablen waren die fünf Skalen des Fragebogens CTQ, die Gruppierungsvariable HS-Smolewska und NON-HS. Die Berechnung der Effektstärke der *t*-Tests erfolgte mit der Formel des Korrelationskoeffizienten *r* mit dem *t*-Wert und den Freiheitsgraden (*df*).

Regressionsanalyse: Um den Einfluss verschiedener unabhängigen Variablen auf die HS zu überprüfen, wird eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Die Bedeutsamkeit des R-Quadrat wird mit der Effektstärke  $f$  nach Cohen (1992) berechnet.

## 4 Ergebnisse

Dieses Kapitels zeigt zu Beginn, wie die Daten für die statistischen Berechnungen vorbereitet wurden, danach wird die Stichprobe anhand der Fragebogenauswertung deskriptiv beschrieben. Anschließend folgen die Ergebnisse der Hypothesentests, Regressionsanalyse und der explorativen Datenanalyse.

### 4.1 Vorbereitung der Daten und deskriptive Analyse

Die ersten 48 Fälle mussten aufgrund von fehlenden Angaben entfernt werden, hier schien ein technischer Fehler vorzuliegen. Weitere drei Fälle wurden aufgrund eines zu geringen Alters entfernt, da eine Teilnahme das Mindestalter von 18 Jahren voraussetzte. Zwei Fälle wurden entfernt, da die Felder für freie Antworten mit Texten gefüllt wurden, aus denen sich eine unehrliche Beantwortung der Befragung ableiten ließ. Nach Bereinigung der Stichprobe konnten 623 Datensätze ausgewertet werden.

Nach Auswertung der HSPS durch das Teilen der Mittelwerte aller Antworten der 27 Items am Median 3,1 (Rating-Skala bei 3) in die Ausprägungen *Ja* und *Nein* (Ausprägungen 1 und 2 zählen als *Nein* und 3, 4, und 5 als ein *Ja*), erwiesen sich 486 Teilnehmende als sehr wahrscheinlich hs, 137 demnach als wahrscheinlich nicht hs. Eine HS liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit vor, wenn 14 oder mehr Items mit einem *Ja* beantwortet werden. Der Mittelwert der Ausprägungen *Ja* und *Nein* ist 18.45,  $SD = 5.82$ .

Tabelle 4

*Häufigkeiten HS-Aron und NON-HS*

HS-Aron	n	HS-Aron (n)	NON-HS (n)	Min / Max	M / SD
Gesamt	623	486	137	1 / 27	18.45 / 5.82
Altersgruppe 18-29 Jahre	310	242	68	2 / 27	18.17 / 5.52
Altersgruppe 30-44 Jahre	193	155	38	1 / 27	18.75 / 6.01
Altersgruppe 45-64 Jahre	118	88	30	4 / 27	18.75 / 6.25
Altersgruppe ab 65 Jahre	2	1	1	11 / 18	15.00 / 5.66
HS vorab angegeben	103	100	3	11 / 27	23.27 / 3.16
HS vorab vermutet	80	75	5	7 / 27	21.45 / 4.83
HS wird nicht vermutet	440	311	129	1 / 27	16.77 / 5.61
Psychologiestudierende/ PsychologInnen	455	352	103	1 / 27	18.27 / 5.78
Nicht-Psychologiestudie- rende/PsychologInnen	168	134	34	3 / 27	18.92 / 5.92
Hochbegabt	143	114	29	2 / 27	19.32 / 5.93
Nicht-hochbegabt	480	372	108	1 / 27	18.19 / 5.76
Nicht-Psychol./nicht-HB	72	51	21	3 / 26	17.07 / 6.20
Männlich	197	141	56	2 / 27	17.66 / 6.16
Weiblich	341	276	65	1 / 27	18.80 / 5.71

Tabelle 4 zeigt die Verteilung der Hochsensibilität bei verschiedenen Gruppen. NON-HS sind die Teilnehmende, die weder nach Aron noch nach Smolewska hs sind. Mit dieser Art der Auswertung waren 78 Prozent der Teilnehmenden höchst wahrscheinlich hs. Bei der Altersverteilung zeigt sich, dass ältere Teilnehmende im Mittel sensibler sind als die jüngeren Teilnehmende. Bei Teilnehmenden, die vorab angegeben haben, HS zu sein oder dieses vermuten, traf dieses auch fast immer zu. Psychologiestudierende sind im Mittel weniger sensibel als die Nicht-Psychologiestudierenden. Hochbegabte Teilnehmende sind im Mittel etwas sensibler als die nicht-hochbegabten Teilnehmende. Das Geschlecht hat ebenfalls einen Einfluss auf die HS, Frauen sind im Mittel etwas sensibler als die Männer dieser Stichprobe.

Aus Sicht der Autorin führte diese Art der Auswertung zu einer überhöhten Anzahl hochsensibler Personen. Aron und Aron (1997) geht von 15-20 Prozent Menschen mit Hochsensibilität aus. Um die Ergebnisse der HSPS von Aron und Aron (1997) mit einem neueren Konzept zur Hochsensibilität zu vergleichen, wurde beispielhaft der Fragbogen von Smolewska et al. (2006) ausgewählt.

Tabelle 5

*Häufigkeiten HS-Smolewska und NON-HS*

HS-Smolewska	<i>N</i>	HS- Smol. ( <i>n</i> )	NON- HS ( <i>n</i> )	Min / Max	<i>M</i> / <i>SD</i>
Gesamt	623	191	432		
Altersgruppe 18-29 Jahre	310	80	230	37 / 123	79.54 / 16.11
Altersgruppe 30-44 Jahre	193	65	128	34 / 117	81.25 / 17.61
Altersgruppe 45-64 Jahre	118	46	69	43 / 114	81.76 / 18.25
Altersgruppe ab 65 Jahre	2	1	1	68 / 77	72.50 / 16.36
HS vorab angegeben	103	81	22	60 / 118	96.43 / 11.06
HS vorab vermutet	80	44	36	53 / 116	89.74 / 14.89
HS wird nicht vermutet	440	66	360	34 / 123	75.05 / 15.35
Psychologiestudierende/ PsychologInnen	455	128	319	34 / 123	79.90 / 16.87
Nicht-Psychologiestudie- rende/PsychologInnen	168	63	105	37 / 116	88.48 / 18.84
Hochbegabt	143	82	61	36 / 125	90.46 / 19.13
Nicht hochbegabt	480	131	349	34 / 123	79.54 / 16.70
Nicht-Psychol. / Nicht-HB	72	17	55	37 / 113	76.57 / 17.86
Männlich	197	56	141	40 / 123	78.82 / 17.04
Weiblich	341	109	232	34 / 118	81.06 / 17.30

Tabelle 5 zeigt, dass sich durch diese Art der Auswertung geringere Häufigkeiten bei HS ergeben, nur noch 31 Prozent der Teilnehmenden sind hier noch hs. Die bei HS-Aron aufgeführten Unterscheidungen der Gruppen zeigen sich auch hier.

Der Fragebogen CTQ wurde nach den angegebenen Auswertungskriterien ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen sich wie folgt:

Tabelle 6

*Häufigkeiten traumatische Kindheitserfahrungen der Teilnehmenden nach der Schweregradeinteilung von Häuser, Schmutzer, Brähler & Glaesmer (2012)*

	Subskala	Nicht bis minimal <i>n</i>	Gering bis mäßig <i>n</i>	Mäßig bis schwer <i>n</i>	Schwer bis extrem <i>n</i>	<i>M</i> (Kategorie)
Gesamt ( <i>N</i> =623)	EM	271	156	81	115	2,06
	KM	501	46	44	32	1,37
	SM	419	87	67	50	1,60
	EV	250	167	88	118	2,12
	KV	2	250	225	146	2,83
HS-Aron ( <i>n</i> =486)	EM	184	124	72	106	2,21
	KM	379	42	40	25	1,41
	SM	314	73	56	43	1,65
	EV	177	133	73	103	2,21
	KV	2	174	189	121	2,88
HS-Smolewska ( <i>n</i> =191)	EM	57	36	36	62	2,54
	KM	138	17	20	16	1,55
	SM	111	33	23	24	1,79
	EV	49	55	27	60	2,51
	KV	0	58	67	66	3,04
NON-HS ( <i>n</i> =137)	EM	87	32	9	9	1,56
	KM	122	4	4	7	1,24
	SM	1	14	11	7	1,43
	EV	73	34	15	15	1,80
	KV	0	76	36	25	2,63

Tabelle 6 zeigt die Häufigkeiten der jeweiligen Skalen in den Schweregradeinteilungen *nicht bis minimal*, *gering bis mäßig*, *mäßig bis schwer* und *schwer bis extrem*. Bei KM scheint es einen Fehler bei der Beantwortung der Frage durch die Teilnehmenden gegeben haben. Die Frage und dazugehörige Antwort eines Items ist in einer doppelten Verneinung formuliert und somit schwerer zu verstehen, die Ergebnisse dieser Subskala sind somit in Frage zu stellen.

Prävalenzen (Schweregradeinteilungen *mäßig bis schwer* und *schwer bis extrem*) der jeweiligen Subskalen:

Tabelle 7

*Prävalenzen traumatische Kindheitserfahrungen*

	EM (%)	KM (%)	SM (%)	EV (%)	KV (%)
Gesamt	31,5	12,2	18,8	33,0	59,5
HS-Aron	36,6	13,3	20,3	36,2	63,8
HS-Smolewska	51,3	18,9	24,6	45,5	69,7
NON-HS	13,2	8,0	13,1	21,8	44,5

Von den 623 Teilnehmenden sind 200 Teilnehmende vor der Beantwortung der Items des ITQ aus der Umfrage ausgestiegen. Hier bot sich die erste Möglichkeit, offiziell aus der Befragung auszusteigen. 145 dieser Teilnehmenden waren HS nach Aron, 49 HS nach Smolewska, 13 waren NON-HS. Im Vergleich der Mittelwerte des CTQ in Tabelle 6, sind die Mittelwerte der Kategorien HS-Aron: EM = 1,69, KM = 1,08, SM = 1,22, EV = 1,71, KV = 2,52 und HS-Smolewska: EM = 1,86, KM = 1,10, SM = 1,22, EV = 1,90 und KV = 2,53. Nach den Mittelwerten zu urteilen, liegen auch in dieser Gruppe traumatische Kindheitserfahrungen vor, dennoch sind die Teilnehmenden an dieser Stelle aus der Umfrage ausgestiegen. Folgende Ergebnisse des ITQ wurden durch die vorgegebenen Auswertungskriterien mit 423 Teilnehmenden ermittelt:

Tabelle 8

*Ergebnisse des Fragebogens ITQ*

	pPTBS n (%)	PTBS n (%)	KPTBS n (%)	Gesamt n (%)
Gesamt (N=423)	45 (10,6)	48 (11,3)	196 (46,9)	289 (68,8)
HS-Aron (n=344)	36 (10,5)	39 (11,3)	186 (54,1)	261 (75,9)
HS-Smolewska (n=142)	15 (10,6)	12 (8,5)	102 (71,8)	129 (90,9)
NON-HS (n=124)	9 (8,1)	9 (8,1)	10 (8,6)	27 (21,8)

Tabelle 8 zeigt die Anzahl der Teilnehmenden, die nach Auswertung des Fragebogens ITQ die Kriterien der Diagnosen pPTBS, PTBS oder KPTBS erfüllen. In der Gruppe HS-Aron erfüllen 75,9 Prozent die Kriterien für eine der genannten Traumafolgestörungen, davon 54,1 Prozent für die KPTBS. In der Gruppe HS-Smolewska erfüllen 90,9 Prozent die Kriterien einer Traumafolgestörung, davon 71,8% für die KPTBS. In der Gruppe NON-HS erfüllen 21,8 Prozent die Kriterien einer Traumafolgestörung, 8,6 Prozent für die KPTBS.

## 4.2 Hypothesentests

Die Pearson-Korrelation und  $t$ -Tests setzen eine Normalverteilung der abhängigen und unabhängigen Variablen voraus. Für die Berechnungen verwendeten Variablen sind in dieser Stichprobe nach Kolmogorov-Smirnov nicht normalverteilt. Bei Anwendung des zentralen Grenzwertsatzes, ist die Stichprobe  $N = 623$  hinreichend groß, um von einer Normalverteilung auszugehen. Lumley et al. (2002) zeigen, dass bei einer Stichprobe  $N = <500$  ausreichend groß für die Anwendung des zentralen Grenzwertsatzes ist und Abweichungen der Normalverteilung keine Rolle spielen. Die verwendeten Verfahren  $t$ -Test und Pearson-Korrelation sind nach Benesch (2013, 205 f.) zudem robust gegen nicht normalverteilte Variablen, so dass die Wahrscheinlichkeit für einen *Fehler 2. Art* sehr gering ist.

Die Effektstärken der statistischen Verfahren werden üblicherweise nach Cohen (1992) beurteilt. Funder und Ozer (2019, S. 156) haben in einer Meta-Analyse von psychologischen Studien herausgefunden, dass die Effektstärken in der Psychologie anders beurteilt werden müssen. Diese stimmen nicht mit den Kriterien von Cohen (1992) überein. Für die folgenden Berechnungen werden die Effektstärken somit nach der aktuellen Studie von Funder und Ozer (2019) beurteilt.

H1: Tabelle 6 zeigt, dass sich die prozentualen Anteile der Subskalen SM, EM, KM, EV und KV im Vergleich HS und NON-HS unterscheiden, HS Teilnehmende machten häufiger traumatische Kindheitserfahrungen als NON-HS Teilnehmende.

Für die Berechnung der Korrelation der Variablen HS-Smolewska und den Subskalen des CTQ wurde die Pearson-Korrelation genutzt. Der Summenscore von HS-Smolewska korreliert signifikant mit jeder der fünf Subskalen des CTQ (SM:  $r = .19$ ,  $p = .000$ ;  $n = 623$ ; EM:  $r = .37$ ,  $p = .000$ ,  $n = 623$ ; KM:  $r = .17$ ,  $p = .000$ ,  $n = 623$ ; EV:  $r = .29$ ,  $p = .000$ ,  $n = 623$ ; KV:  $r = .23$ ,  $p = .000$ ,  $n = 623$ ). Je mehr Punkte ein Teilnehmender bei der HSPS erzielte, desto mehr Punkte erzielte dieser auch bei (einer oder mehreren) Subskalen des CTQ. Die Effektstärken von SM und KM entsprechen einem kleinen Effekt, für EV und KV einem mittleren Effekt und für EM einem großen Effekt. H1 kann somit bestätigt werden.

Zur Veranschaulichung der Gruppenunterschiede HS-Smolewska und NON-HS bei den Subskalen des CTQ, wurde für jede Subskala ein  $t$ -Test durchgeführt. Die Ergebnisse der  $t$ -Tests zeigten sich wie folgt:

(a) HS-Smolewska Teilnehmende der Stichprobe erlebten signifikant häufiger sexuellen Missbrauch in der Kindheit und Jugend ( $M = 7.27$ ,  $SD = 4.13$ ,  $n =$

191) NON-HS Teilnehmende ( $M = 6.36$ ,  $SD = 2.97$ ,  $n = 432$ ),  $t(621) = 2.938$ ,  $p = .003$ . Die Effektstärke beträgt  $r = .13$  und entspricht einem kleinen Effekt.

(b) HS-Smolewska Teilnehmende der Stichprobe erlebten signifikant häufiger emotionale Misshandlung in der Kindheit und Jugend ( $M = 12.83$ ,  $SD = 5.68$ ,  $n = 191$ ) als NON-HS Teilnehmende ( $M = 9.68$ ,  $SD = 4.53$ ,  $n = 432$ ),  $t(621) = 7.388$ ,  $p = .000$ . Die Effektstärke beträgt  $r = .31$ , diese entspricht einem großen Effekt.

(c) HS-Smolewska Teilnehmende der Stichprobe erlebten signifikant häufiger körperliche Misshandlung in der Kindheit und Jugend ( $M = 7.16$ ,  $SD = 3.58$ ,  $n = 191$ ) als NON-HS Teilnehmende ( $M = 6.24$ ,  $SD = 2.55$ ,  $n = 432$ ),  $t(621) = 3.630$ ,  $p = .000$ . Die Effektstärke beträgt  $r = .16$  und entspricht einem kleinen Effekt.

(d) HS-Smolewska Teilnehmende der Stichprobe erlebten signifikant häufiger emotionale Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend ( $M = 14.05$ ,  $SD = 5.65$ ,  $n = 191$ ) als NON-HS Teilnehmende ( $M = 11.26$ ,  $SD = 5.01$ ,  $n = 432$ ),  $t(621) = 6.162$ ,  $p = .000$ . Die Effektstärke beträgt  $r = .26$ , welche einem mittleren Effekt entspricht.

(e) HS-Smolewska Teilnehmende der Stichprobe erlebten signifikant häufiger körperliche Vernachlässigung in der Kindheit und Jugend ( $M = 11.72$ ,  $SD = 2.784$ ,  $n = 191$ ) als NON-HS Teilnehmende ( $M = 10.69$ ,  $SD = 2.41$ ,  $n = 432$ ),  $t(621) = 4.658$ ,  $p = .000$ . Die Effektstärke beträgt  $r = .20$  und entspricht einem mittleren Effekt.

Für die fünf Skalen des CTQ zeigten sich signifikante Unterschiede der Gruppen HS und NON-HS.

Die SPSS Ergebnistabellen für die Pearson-Korrelation  $t$ -Tests und befinden sich alternierend in Anhang E.

H2: 186 (54,1%) von 344 Teilnehmenden der Kategorie HS-Aron erfüllen die Kriterien einer KPTBS, in der Kategorie HS-Smolewska sind es 102 (71,8%) von 142 Teilnehmenden. In der Kategorie NON-HS erfüllen 10 (8,6%) von 124 Teilnehmenden die Kriterien einer KPTBS.

Für die Berechnung der Korrelation von HS-Smolewska und KPTBS wurde die Pearson-Korrelation herangezogen. HS korreliert signifikant mit KPTBS ( $r = .51$ ,  $p = .000$ ;  $n = 623$ ). Für die Faktoren von HS-Smolewska zeigten sich folgende Ergebnisse: EOE  $r = .50$ , LST  $r = .41$  und AES  $r = .35$ . Die Effektstärke für KPTBS ist sehr groß. Die Effektstärke für die Faktoren EOE und LST ist ebenfalls sehr groß, für den Faktor AES zeigt sich ein mittlerer Effekt.

Ergebnis des  $t$ -Test: HS-Smolewska Teilnehmende ( $M = 24.55$ ,  $SD = 7.84$ ,

$n = 142$ ) erfüllen häufiger die Kriterien einer KPTBS als NON-HS Teilnehmende ( $M = 17.76$ ,  $SD = 6.67$ ,  $n = 281$ ),  $t(421) = 9,318$ ,  $p = .000$ . Die Effektstärke ist  $r = .43$  und entspricht einem sehr großen Effekt. H2 kann bestätigt werden.

Die Ergebnisse für die Person-Korrelation und  $t$ -Test sind in Anhang 5 zu finden.

Regressionsanalyse: Die Ergebnisse einer linearen Regression sind nur unter bestimmten Voraussetzungen gültig: Homoskedastizität, Linearität, Normalverteilung der Residuen, keine Multikollinearität und keine starken Ausreißer (Stoetzer, 2017, S. 133 ff.). Homoskedastizität ist gegeben, die Residuen streuen unsystematisch um ihren Nullpunkt. Linearität und Normalverteilung der Residuen sind gegeben. Es liegt keine Kollinearität vor, alle Ergebnisse der Eigenwerte liegen unter 15. SPSS hat bei der Überprüfung der Residuenstatistik keine Fälle als Ausreißer aufgeführt. Somit sind alle Voraussetzungen erfüllt. Die dazugehörigen SPSS Diagramme und Tabellen sind in Anhang F hinterlegt.

Nach dem Sparsamkeitsprinzip „Occam’s razor“ (Wirtz, 2016, k. A.) wurden so wenig wie möglich Erklärungsvariablen in die Regression aufgenommen. Die bestmögliche Zusammenstellung der Erklärungsvariablen für HS-Smolewska [ $F(5, 235) = 22,401$ ,  $p < .001$ ] zeigte sich wie folgt: KPTBS Score, PTBS Score, HS der Eltern, besondere Probleme oder Sorgen in der Schwangerschaft des Teilnehmenden und das weibliche Geschlecht. Mit einem Punkt mehr bei KPTBS, steigt der Score HS-Smolewska um 0,765 Punkte, bei PTBS um 0,541. Sind die Eltern hs, steigt der Score HS-Smolewska um 4,895 Punkte, hatte die Mutter besondere Sorgen oder Probleme in der Schwangerschaft um 1,242 Punkte und ist der Teilnehmende weiblich, steigt der Score HS-Smolewska um 3,151 Punkte. Durch die aufgeführten Einflussvariablen, werden 32,3 Prozent der Streuung des Scores HS-Smolewska erklärt, was nach Cohen (1992) einem starken Effekt ( $f = .69$ ) entspricht. Die Effektstärke nach Pearson ist  $r = .57$ , was einem sehr großen Effekt entspricht. Die SPSS-Ergebnistabellen der Pearson-Korrelation und des  $t$ -Tests sind ebenfalls in Anhang G zu finden.

### **4.3. Explorative Datenanalyse**

Durch das explorative Vorgehen für die Regressionsanalyse wurden weitere erwähnenswerte Ergebnisse gefunden, die hier berichtet werden sollen. Teilnehmende, die vorab angegeben haben, hs zu sein, wurden noch 3 weitere Fragen gestellt. Wie war die Lebenszufriedenheit in den letzten 4 Wochen, wird HS eher als Belastung oder eher als Geschenk empfunden und wurde aufgrund

der HS eine Form von Lebensberatung in Anspruch genommen.

Ein *t*-Test untersuchte mit Gruppierungsvariable bei Lebenszufriedenheit sehr *zufrieden* und *überhaupt nicht zufrieden* explorativ verschiedenen Testvariablen. Hier zeigte sich bei CTQ Subskala KM Teilnehmende (*sehr zufrieden*  $M = 5.85$ ,  $SD = 1.87$ ,  $n = 20$ ; *überhaupt nicht zufrieden*  $M = 8.64$ ,  $SD = 4.32$ ,  $n = 11$ ), dass die Teilnehmenden unzufriedener waren, wenn sie körperliche Misshandlung in der Kindheit und Jugend erlebten [ $t(29) = -2,513$ ,  $p = .009$ ], große Effektstärke  $r = .43$ . Bei CTQ Subskala SM (*sehr zufrieden*  $M = 6.25$ ,  $SD = 1.86$ ,  $n = 20$ ; *überhaupt nicht zufrieden*  $M = 12.82$ ,  $SD = 8.83$ ,  $n = 11$ ), dass Teilnehmende unzufriedener waren, wenn sie sexuellen Missbrauch erlebten [ $t(29) = -3,241$ ,  $p = .000$ ], große Effektstärke  $r = .52$ . Bei dem HS-Faktor LST (*sehr zufrieden*  $M = 20.35$ ,  $SD = 6.92$ ,  $n = 20$ ; *überhaupt nicht zufrieden*  $M = 23.91$ ,  $SD = 3.42$ ,  $n = 11$ ) ergab sich, dass Teilnehmende unzufriedener im Leben waren, wenn sie höheren Score bei diesem Faktor erreicht haben erlebten [ $t(29) = -1,593$ ,  $p = .021$ ], nahezu große Effektstärke  $r = .29$ . Bei der Pearson-Korrelation korrelierte Lebenszufriedenheit mit dem KPTBS-Score ( $r = -.41$ ,  $p = .000$ ,  $n = 183$ ), EOE Score ( $r = -.25$ ,  $p = .001$ ,  $n = 183$ ), AES ( $r = -.15$ ,  $p = .043$ ,  $n = 183$ ), EM ( $r = -.24$ ,  $p = .001$ ,  $n = 183$ ), SM ( $r = -.26$ ,  $p = .000$ ,  $n = 183$ ), EV ( $r = -.27$ ,  $p = .000$ ,  $n = 183$ ), KV ( $r = -.22$ ,  $p = .000$ ,  $n = 183$ ). Die Effektstärken sind mittel bis groß.

Teilnehmende, die HS eher als Belastung erlebten ( $M = 7.80$ ,  $SD = 4.04$ ,  $n = 85$ ) häufiger körperliche Misshandlung als die Teilnehmenden, die HS eher als Geschenk erlebten ( $M = 6.61$ ,  $SD = 6.61$ ,  $n = 98$ ),  $t(181) = 2,238$ ,  $p = .006$ . Die Effektstärke ist klein ( $r = .16$ ). Waren die Eltern in der Kindheit traumatisiert, empfanden Teilnehmende die HS eher als Belastung ( $M = 1.62$ ,  $SD = 1.43$ ,  $n = 85$ ) als ein Geschenk ( $M = 98$ ,  $SD = 1.18$ ,  $n = 98$ ),  $t(181) = 0,597$ ,  $p = .011$ ). Die Effektstärke  $r = .04$  ist allerdings zu vernachlässigen.

Teilnehmende nahmen eher eine Art von Lebensberatung in Anspruch, wenn sie einen höheren Score bei SM (Lebensberatung:  $M = 8.53$ ,  $SD = 5.49$ ,  $n = 57$ ; keine Lebensberatung  $M = 7.11$ ,  $SD = 4.01$ ,  $n = 126$ ),  $t(181) = 1,962$ ,  $p = .007$ ) erreichten. Die Effektstärke ist mit  $r = .15$  klein.

Teilnehmende zeigten höhere Werte bei Faktor EOE, wenn die Mutter in der Kindheit traumatisiert ( $M = 28.49$ ,  $SD = 7.18$ ,  $n = 131$ ) wurde, als wenn die Mutter nicht in der Kindheit traumatisiert wurde ( $M = 28.62$ ,  $SD = 6.46$ ,  $n = 253$ ),  $t(382) = 2,584$ ,  $p = .036$ ). Hier zeigte sich mit  $r = .14$  ein kleiner Effekt. Anhang H ist *Tabelle Ergebnis t-Test Traumatisierung Mutter* ist zu entnehmen, dass es zudem einen signifikanten Gruppenunterschied bei EM, KM, SV, KV und EV gibt.

Die Effektstärken sind klein bis mittel. Wurde die Mutter in der Kindheit traumatisiert, erreichten die Teilnehmenden höhere Scores auf diesen Subskalen. War der Vater traumatisiert, wurde weder bei EOE noch bei EM, KM, SV, KV, EV ein Unterschied zu der Gruppe *kein Trauma bei Eltern* gefunden. Die Ergebnisse müssen der Tabelle in Anhang H entnommen werden, da dies nicht das Thema der Arbeit betrifft, hier aber dennoch erwähnt werden sollte.

Teilnehmende der Altersgruppe 45-64 Jahre ( $M = 19.65$ ,  $SD = 5.78$ ,  $n = 118$ ) erreichten höhere Werte bei LST, als die Gruppe 19-29 Jahre ( $M = 17.29$ ,  $SD = 5.463$ ,  $n = 310$ ),  $t(426) = 4,160$   $p = .05$ ). Die Effektstärke  $r = .23$  und entspricht einem mittleren Effekt.

## 5 Diskussion

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde der Zusammenhang von HS, traumatischen Kindheitserfahrungen und KPTBS untersucht. Durch die Ergebnisse wird deutlich, dass ein Zusammenhang zwischen den Themen besteht. Als Forschungsmethode wurde eine Online-Befragung mit den Fragebögen HSPS, CTQ und ITQ durchgeführt. Alle Fragebögen zeigen hohe interne Konsistenzen.

### 5.1 Limitationen

Diese Arbeit kann die Frage nicht beantworten, ob HS das Resultat der erlebten Kindheitstraumata ist oder ob die HS durch die tiefere Verarbeitung des Erlebten dazu führte, dass hochsensible Kinder ihre Umwelt negativer (traumatischer) wahrnehmen. Es wurde gezeigt, dass die Unterschiede bei traumatischen Kindheitserfahrung und Traumafolgestörungen bei HS und NON-HS sehr groß sind. So eine Untersuchung wurde erstmalig durchgeführt und versteht sich als eine erste Annäherung an diese Thematik. Für die weitere Forschung am Konstrukt HS, ergeben sich durch die Ergebnisse dieser Arbeit aber neue zu überprüfende Aspekte.

Nicht beantwortet werden kann zudem, wie genau das Zusammenspiel von HS, traumatischen Kindheitserfahrungen und Traumafolgestörungen genetisch, neurobiologisch, physiologisch oder psychologisch funktioniert. Auch hierfür ist die Arbeit nur als ein grober Überblick zu verstehen. Jedes Thema für sich könnte in einer eigenen Arbeit behandelt werden. Auch kann diese Arbeit den wissenschaftlichen Forschungsstand nicht komplett beleuchten und in den Zusammenhang der erhobenen Daten bringen, dafür sind die einzelnen Themen-

gebiete zu groß.

Bisher konnte die Existenz des Konstrukts HS als ein eigenständiges Temperamentsmerkmal wissenschaftlich nicht bestätigt werden. Ein Kritikpunkt dieser Arbeit ist die Annahme, dass HS als ein eigenes Temperamentsmerkmal existiert.

**5.1.1 Versuchsablauf.** Die gewonnenen Daten wurden durch eine Online-Befragung gewonnen. Die Durchführungsbedingungen der Datenerhebung konnten nicht kontrolliert werden, es kann somit nicht sicher gesagt werden, dass die Teilnehmenden die Umfrage aufmerksam und seriös durchgeführt haben. Es wurden keine Fragen zur Überprüfung der Aufmerksamkeit gestellt. Ein Problem bei Online-Befragungen kann zudem die Verzerrung der Stichprobe durch Selbstselektion sein, dies führt dazu, dass nur eine unzureichende Aussage über die Grundgesamtheit getroffen werden kann (Bosch, 2018, S. 5). Das Umfragetool Unipark erkennt die IP-Adresse der Teilnehmenden, eine Mehrfachbeantwortung der Umfrage wäre aber an einem anderen Gerät mit einer anderen IP-Adresse möglich. Ein technischer Fehler verhinderte die Erfassung des Geschlechts. Die Angaben wurden anhand der Berufsbezeichnung und den freien Antwortmöglichkeiten geschätzt.

**5.1.2 Stichprobe.** Die Stichprobe ist trotz ihrer Größe nicht repräsentativ. Es handelt sich nicht um eine Zufallsstichprobe, sondern um Teilnehmende, an die man leicht herankommt (Convenience Sample). Die auf diese Weise gewonnenen Ergebnisse können nicht verallgemeinert werden und unterliegen vermutlich Verzerrungen. Vielmehr zeigen die Ergebnisse, wie HS, Entwicklungstraumatisierung und KPTBS bei den Kommilitonen, den Hochbegabten des Vereins Mensa und im privaten Umfeld der Autorin zusammenhängen. Die Teilnehmenden des Hochbegabtenvereins Mensa sind zwar eine heterogenere Gruppe als die Kommilitonen der Autorin (Gemeinsamkeit des Psychologiestudiums), stellen aber auch eine nicht repräsentative Gruppe dar. Ein geringer Teil der Teilnehmenden wurde über soziale Medien angeworben, insbesondere mit dem Aufruf, das potenzielle Teilnehmende keine Psychologiestudierenden sein sollen und sich nicht von den Themen der Umfrage angesprochen fühlen. Möglicherweise führt dies zu geringeren Verzerrungen. Die Stichprobe deckt eine große Altersspanne und verschiedenen Berufsgruppen ab, im Hinblick auf die Bildung fehlen aber Teilnehmende mit geringer Bildung. Die Ergebnisse sagen somit auch nur etwas über die Mittel- und Oberschicht aus.

Es ist zu vermuten, dass insbesondere Leute an dieser Umfrage teilgenommen haben, die sich von den Themen dieser Arbeit angesprochen fühlen. Auch wenn HS in der Gesellschaft ein positives Temperamentsmerkmal darstellt, muss man mit diesem Begriff auf irgendeine Art in Verbindung gekommen sein. Dies geschieht häufig durch Selbsttests im Internet, oder der Zuschreibung von Coaches, Heilpraktikern oder Psychotherapeuten. Üblicherweise begibt man sich in eine Beratung, wenn ein Problem vorliegt, welches nicht selbstständig gelöst werden kann. Wer auf der Suche im Internet auf dieses Konstrukt stößt, wird diese Suche vermutlich nicht aufgrund von Zufriedenheit im Leben durchgeführt haben. Das eher schwierige Thema Entwicklungstraumatisierung spricht vermutlich auch Personen an, die mit diesem Thema auf irgendeine Art in Verbindung gekommen sind. Selbst bei einer Zufallsstichprobe bleiben die Bedenken des Ansprechens auf die Thematik, so dass eine wirklich repräsentative Stichprobe wohl nur schwer zu finden ist.

Für diese Arbeit wurde vorab nur die Befragung der Studenten des Fachbereichs Psychologie und Wirtschaftspsychologie der Hamburger Fern-Uni geplant. Während der Durchführung zeigte sich, dass nur sehr wenige Probanden als NON-HS eingestuft werden konnten. Für die Beantwortung der Forschungsfrage ist eine Varianz der Daten nötig, so dass die Stichprobe auch auf Teilnehmende außerhalb der geplanten Stichprobe erweitert wurde.

**5.1.3 Verwendete Fragebögen.** Mit der deutschen Fassung der HSPS (Blach & Egger, 2011) von Aron und Aron (1997, S. 352) wurden mit der Auswertungsart *Ja/Nein* und einem Cut-Off bei 14 Items *Ja-Antworten*, 78 Prozent der 623 Teilnehmenden als hs identifiziert. Für den verwendeten Fragebogen liegt kein einheitliches Auswertungskriterium vor. Auf die überarbeitete Fassung dieses Fragebogens von Konrad und Herzberg (2016) war ein Zugriff nicht möglich. Die HSPS beruht auf subjektiven Selbsteinschätzungen, Antworten nach einer sozialen Erwünschtheit oder Fehlattritionen sind bei diesem Fragebogen möglich.

Eine Frage des CTQ war anscheinend schwerer zu verstehen, da diese zusammen mit der Antwort in doppelter Verneinung formuliert wurde. Mehrere Teilnehmende der Studie kritisierten die Unverständlichkeit dieser Frage und merkten an, dass ihnen eine Antwort auf die betreffende Frage schwerfiel. Die retrospektive Erfassung von traumatischen Kindheitserfahrungen bei Erwachsenen kann zu Fehlattritionen, Suggestibilität und Verzerrungen aufgrund von subjektiver Logik kommen. Falsch negative Angaben aufgrund von Verdrängung oder Scham sind

laut Hardt und Rutter (2004, S. 270) möglich.

Auch der Fragebogen ITQ basiert auf subjektiven Selbsteinschätzungen. Somit kann es hier ebenfalls zu Fehlattritionen, Suggestibilität und Verzerrungen durch subjektive Logik kommen. Eine Diagnose sollte zudem nur von einer Fachperson gestellt werden und nicht durch Selbstzuschreibung einer Online-Befragung. Deshalb kann diese Arbeit nur zeigen, dass die Kriterien für die jeweiligen Diagnosen erfüllt wurden.

## 5.2 Diskussion der Ergebnisse

Von den 623 Teilnehmenden sind nach Aron und Aron (1997) 454 Teilnehmende höchstwahrscheinlich hs. Dieses entspricht 73 Prozent der Teilnehmenden und ist im Vergleich zu der Annahme von Aron und Aron (1997), dass 15-20 Prozent der Menschen hs sind, ein zu hoher Anteil. Hier bestand die Frage, ob dieses Ergebnis durch die Art der Auswertung, der Selbstselektion der Stichprobe oder möglicherweise auch an dem Zeitpunkt der Befragung liegt. Der Befragungszeitraum lag in den Tagen vor und kurz nach Weihnachten, in dem besonderen Pandemiejahr 2020. Es wäre möglich, dass die Lebenssituation durch die Covid-19 Pandemie selbst und durch die Beschränkungen des sozialen Lebens bei dem Ergebnis eine Rolle spielen. Für viele ist diese Situation belastend, stressig oder beängstigend. Eine höhere Sensibilität der Teilnehmenden durch diese besondere Zeit wäre nicht ausgeschlossen. Zur Überprüfung des Einflusses, wurde die Stichprobe vor der Datenauswertung außerplanmäßig um *nicht-Psychologiestudierende/PsychologInnen* erweitert und die HSPS auf eine weitere Weise ausgewertet. Dafür wurden zwei Dinge verändert. Die Items 1 und 11 wurden gestrichen (Smolewska et al., 2006) und es wurde ein Kontinuum der Sensibilität angenommen (Quelle), nach welchem nur das obere Drittel des erreichten Summenscores der HSPS (minus der Punkte der Items 1 und 11) der Gruppe HS zugeteilt wurde. Auf diese Weise waren nur noch 30,6 Prozent der Teilnehmenden hs. Dieser Prozentsatz scheint realistischer, eine ähnlich ausgewertete Studie von Lionetti et al. (2018) zeigte ein Ergebnis von 30 Prozent. Aus diesem Unterschied kann man schließen, dass die Lebenssituation durch die Covid-19 Pandemie keine besondere Einflussgröße auf das Ergebnis der Gruppe HS-Aron ist, sondern die Art der Berechnung des Ergebnisses der Gruppe HS-Aron. Betrachtet man den Unterschied zwischen den Gruppen *Psychologiestudierende/PsychologInnen* und *nicht-Psychologiestudierende/PsychologInnen*, so zeigt sich ein geringerer, aber nicht signifikanter Mittelwert bei den Psychologiestudierenden/PsychologInnen.

Ebenso findet sich kein signifikanter Unterschied bei traumatischen Kindheitserfahrungen und KPTBS. Für diese Stichprobe zeigt sich demnach, dass die Psychologiestudierenden/PsychologInnen keine „schlechtere“ Stichprobe im Sinne von Datenverzerrungen darstellen. Der Verdacht der Selbstselektion der Stichprobe bleibt, da auch 30,6 Prozent noch weit über der Angabe von Aron und Aron (1997, S. 345) liegt. Wie in Rategeberbüchern für Hochbegabung häufig erwähnt, sind hochbegabte Personen häufig auch hs. Hochbegabte Teilnehmende waren im Mittel etwas sensibler (nicht signifikant). Die Teilnehmenden wurden vorab gefragt, ob sie von einer vorliegenden HS wissen oder dieses vermuten. In der Gruppe HS-Aron berichteten 103 Teilnehmende hs zu sein 80 Teilnehmende vermuteten es. Bei 100 Teilnehmenden, die vorab angegeben haben, hs zu sein, bestätigte sich das Ergebnis, 75 Teilnehmende, die eine HS bei sich vermuteten, waren es auch. In der Gruppe HS-Smolewska konnte das Wissen oder die Vermutung bei 110 Teilnehmenden bestätigt werden, bei 58 Teilnehmenden nicht. Die hohe Übereinstimmung in der Gruppe HS-Aron lässt vermuten, dass die Teilnehmenden einen entsprechenden HS-Test absolviert haben, Freitextangaben der Teilnehmenden bestätigen dies. Die Selbstzuschreibung im Internet scheint insofern problematisch, als dass das Ergebnis nicht unbedingt zutrifft. Das Kapitel *Aktueller Forschungsstand* zeigte, welche das Temperamentsmerkmal HS mit anderen Konstrukten oder psychischen Erkrankungen hat. Im weiteren Verlauf werden vorwiegend Ergebnisse der Gruppe HS-Smolewska diskutiert.

FF1 und FF2 können wie folgt beantwortet werden: Die Prävalenz (nur die Schweregradeinteilungen *mäßig bis schwer* und *schwer bis extrem*) von EM ist in der Gruppe HS-Smolewska fast 4-mal so hoch wie die Prävalenz bei NON-HS, bei HS-Aron um das Dreifache höher. Bei KM, SM und EV zeigen die Prävalenzen ca. doppelt (bei HS-Smolewska etwas mehr und bei HS-Aron etwas weniger) so hohe Werte, bei Körperlicher Vernachlässigung liegt die Prävalenz um ca. 20 Prozent höher. Bei KV ist es möglicherweise zu Verständnisschwierigkeiten einer Frage mit doppelter Verneinung gekommen. Hochsensible Teilnehmende machten demnach deutlich häufiger traumatische Erfahrungen in Kindheit und Jugend als nicht hochsensible Personen. Bei der Pearson-Korrelation zeigten insbesondere emotionale Misshandlung ( $r = .36$ ) und emotionale Vernachlässigung ( $r = .29$ ) große Effektstärken. Eine mittlere Effektstärke zeigte sich bei körperlicher Vernachlässigung und kleine Effektstärken bei sexuellem Missbrauch und körperlicher Vernachlässigung. H1 konnte durch die errechneten Ergebnisse bestätigt werden. Die Prävalenzen sind insgesamt höher als die in Kapitel 2.2.2 aufgeführten

Prävalenzen. Eine ausreichende Vergleichbarkeit der Daten ist nicht gegeben, da die Daten unterschiedlich erhoben wurden. Die in Tabelle 2 aufgeführten Prävalenzen wurden durch ein Meinungsforschungsinstitut per direktem Interview erhoben. Hier besteht die Möglichkeit, dass die Teilnehmenden aufgrund von Scham falschnegative Antworten geben haben. Sexueller Missbrauch liegt bei Frauen insgesamt häufiger vor als bei Männern. Ein größerer Anteil der Teilnehmenden der Umfrage sind Frauen, so dass dies zu dieser höheren Prävalenz geführt haben kann. Trotz aller Unterschiede der Prävalenzen, schmälert es dennoch nicht die Ergebnisse der Gruppenunterschiede HS und NON-HS.

Aron et al. (2005) diskutieren, dass hochsensible Kinder alle Erfahrungen gründlicher verarbeiten, dadurch besonders von ihrer Umwelt beeinflusst werden und eine ungünstige Umwelt von HS-Kindern negativer erlebt wird. Die Frage, ob die HS dazu führte, dass die Teilnehmenden sich in der Kindheit emotional misshandelt oder emotional vernachlässigt *fühlten*, oder die emotionale Misshandlung / emotionalen Vernachlässigung zu der HS führte, kann mit dieser Arbeit nicht beantwortet werden. Inwieweit körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch durch eine gründlichere Verarbeitung der gemachten Erfahrungen zu einer doppelt so hohen Prävalenz führt, kann diese Arbeit ebenfalls nicht beantworten. Bei Betrachtung der Ergebnisse - und somit Beantwortung von FF3 und FF4 - des ITQ zeigte sich aber, dass in der Gruppe HS-Smolewska 90,9 Prozent der Teilnehmenden die Diagnosekriterien für eine pPTBS (10,6%), PTBS (8,5%) oder KPTBS (71,8 %) erfüllen. Selbst bei der Argumentation, dass hochsensible Teilnehmende als Kinder ihre ungünstige Umwelt „nur“ negativer erlebten, führte diese Tatsache bei dem Großteil der Teilnehmenden trotzdem zu einer Erfüllung der Kriterien für Traumfolgestörungen, insbesondere der KPTBS. In der Gruppe NON-HS erfüllten 21,8% die Diagnose einer Traumafolgestörung; pPTBS (8,1%), PTBS (8,1%) und KPTBS (8,6%). Der Unterschied bei KPTBS der Gruppen HS-Smolewska und NON-HS ist sehr groß. Hochsensible Teilnehmende erfüllen wesentlich häufiger die Kriterien einer KPTBS als NON-HS Teilnehmende. Die Berechnung der Pearson-Korrelation von HS und KPTBS zeigte eine sehr hohe Korrelation bei HS-Smolewska ( $r = .51$ ) und HS-Aron ( $r = .49$ ). Die HS-Faktoren EOE (leichte Erregbarkeit) und LST (niedrige sensorische Reizschwelle) von Smolewska et al. (2006) zeigten mit  $r = .50$  bei EOE und  $r = .41$  bei LST eine sehr große Korrelation. H2 wurde somit auch bestätigt. Die Items der KPTBS betreffen nicht nur die Gemeinsamkeiten der niederen sensorischen Reizschwelle und leichteren Erregbarkeit durch innere und äußere Reize mit HS (Kriterien für PTBS), sondern insbesondere

die Bereiche *affektive Dysregulation*, *negatives Selbstkonzept* und *problematische Beziehungen*. Um die Kriterien für eine KPTBS zu erfüllen, müssen diese Bereiche zu einer Beeinträchtigung im Leben des Betroffenen führen. *Affektive Dysregulation* zeigt eine sehr große Korrelation mit dem HS-Faktor EOE ( $r = .40$ ) und eine große Korrelation mit dem HS-Faktor LST ( $r = .38$ ). Ein negatives Selbstkonzept korreliert sehr hoch mit dem HS-Faktor EOE ( $r = .43$ ) und hoch mit dem HS-Faktor LST ( $r = .30$ ). Problematische Beziehungen korrelieren hoch mit dem HS-Faktor EOE ( $r = .38$ ) und LST ( $r = .36$ ). Die funktionellen Beeinträchtigungen im Leben durch die drei Symptombereiche der KPTBS, korrelieren sehr hoch mit dem HS-Faktor EOE ( $r = .42$ ) und hoch mit den HS-Faktoren LST ( $r = .35$ ) und AES ( $r = .38$ ). AES bezeichnet die tiefere Verarbeitung von Reizen im Sinne einer stärkeren Reflexion und einem höheren Bewusstsein (Konrad & Herzberg, 2017, S. 2). Smolewska et al. (2006) beziehen hier auch das HS-Item *Ich habe an stressigen Tagen das starke Bedürfnis, mich an einen Ort zurückzuziehen, wo ich alleine bin und mich erholen kann* in diesen Faktor ein, kritisch betrachtet, passt diese Frage nicht zu diesem Faktor. Dieses Item korreliert hoch mit KPTBS ( $r = .33$ ). Ein weiteres HS-Item des Faktors AES *Die Stimmungen anderer Menschen beeinflussen mich merklich* korreliert sehr hoch mit KPTBS ( $r = .42$ ), hier insbesondere mit dem Bereich *affektive Dysregulation* ( $r = .34$ ) und *negatives Selbstkonzept* ( $r = .36$ ). Dieses HS-Item korreliert zudem sehr hoch mit der funktionellen Beeinträchtigung im Leben durch die drei Symptombereiche der KPTBS ( $r = .40$ ). Dies könnte darauf hindeuten, dass aufgrund des negativen Selbstkonzeptes die Stimmungen der anderen Menschen genau beobachtet und auf sich selbst bezogen werden, was dann zu Schwierigkeiten mit dem Umgang der dadurch entstanden negativen Gefühlen führt. Zu diese Theorie passt auch die Korrelation zwischen dem HS-Item *Ich gebe mir große Mühe keine Fehler zu machen und nichts zu vergessen* und KPTBS ( $r = .29$ ), insbesondere mit dem negativen Selbstkonzept ( $r = .25$ ). Aron (2010, S. 646) beschreibt zwar einen Zusammenhang von HS und Gewissenhaftigkeit, dieser Zusammenhang konnte aber in Studien nicht gefunden werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen somit eher auf eine „negative“ Gewissenhaftigkeit hin, im Sinne von Fehlervermeidung. Der eher positive Faktor AES der HS korreliert hoch mit dem KPTBS Score, was vermuten lässt, dass die tiefere Verarbeitung von Reizen durch eine stärkere Reflexion und ein höheres Bewusstsein nicht unbedingt auf die Eigenschaften einer HS zurückzuführen ist, sondern auch mit Hypervigilanz zusammenhängen kann. Dies könnte das Ergebnis der Studie von Smolewska et al. (2006) bekräftigen, wonach kein signifikanter Zusammenhang

der Persönlichkeitsdimension *Verträglichkeit* und HS gefunden wurde. Die Persönlichkeitsdimension *Verträglichkeit* umfasst u. a. Empathiefähigkeit und Rücksichtnahme. Dieses Ergebnis ist insofern interessant, als das laut Aron (2010, S. 646) Hochsensible empathisch und umsichtig sind.

Lionetti et al. (2018) betrachten den Vergleich des Sensibilitäts-Kontinuums gering, mittel und hoch bildlich mit Löwenzahn, Tulpen und Orchideen, die Hochsensiblen sind hier die Orchideen. Aron (2011) beschreibt in ihrem Buch die Einzigartigkeit und die vielen besonderen Gaben der Hochsensiblen. Betrachtet man aber nun die Ergebnisse des ITQ und den daraus resultierenden erheblichen Beeinträchtigungen der Psyche und des Lebens der Menschen mit Traumafolgestörung, so ist von der Schönheit und Besonderheit der Orchidee nicht viel übrig, vielmehr bleibt die große „Verletzlichkeit“. Im Bildlichen bleibend wird hier ein Hinweis zur Pflege der Orchidee aufgeführt, welcher auf die Kindheit übertragen werden kann: „Die Wurzeln der Orchidee sind sehr empfindlich und lebensnotwendig. Werden sie einfach abgeschnitten, schadet das der Orchidee sehr“ (unbekannter Autor).

Die Regressionsanalyse zeigte die bestmögliche Erklärung der Streuung des Scores HS-Smoleweska mit den Einflussvariablen KPTBS-Score, PTBS-Score, hochsensible Eltern, besondere Probleme oder Sorgen in der Schwangerschaft der Teilnehmenden und weibliches Geschlecht. Der Größte Einfluss zeigte sich bei einer HS der Eltern. 78,5 Prozent dieser hochsensiblen Eltern weisen aber auch eine traumatische Erfahrung in der Kindheit auf. Ein einfacher Schluss, dass HS vererbt ist, lässt dieses Ergebnis nicht zu, da die epigenetische Weitergabe der traumabedingten, neurobiologischen Folgen durch die Eltern durchaus möglich sein können. Das weibliche Geschlecht ist ein bekannter Risikofaktor für die Entstehung einer Traumafolgestörung (Brewin et al., 2000, S. 766).

Vor der Regressionsanalyse wurde eine explorative Datenanalyse durchgeführt, bei der weitere erwähnenswerte Zusammenhänge finden ließen.

Teilnehmende, die sich vorab als HS einstufen oder dies vermuteten, wurden gefragt, ob sie aufgrund der HS eine Art von Lebensberatung in Anspruch genommen haben, wie hoch ihre Lebenszufriedenheit in den letzten 4 Wochen gewesen ist und ob sie die HS *eher als Belastung* oder *eher als Geschenk* empfinden.

Teilnehmende, die eine Form von Lebensberatung aufgrund der HS in Anspruch genommen haben, erlebten signifikant häufiger sexuellen Missbrauch ( $r = .15$ ) in der Kindheit und Jugend als die Teilnehmenden, die keine Lebensberatung

in Anspruch genommen haben.

Die Lebenszufriedenheit der Teilnehmenden war niedriger, wenn sie sexuellen Missbrauch oder körperliche Misshandlung in der Kindheit erlebten. Auch eine niedrige sensorische Reizschwelle (EOE) führte zu einer geringeren Lebenszufriedenheit. Dieser Unterschied der Lebenszufriedenheit in den letzten 4 Wochen zeigte sich in den Gruppen *sehr zufrieden* und *überhaupt nicht zufrieden*. Die Gruppenunterschiede bei *nicht sehr zufrieden* und *sehr zufrieden* waren etwas geringer. Die Pearson-Korrelation zeigte, dass die Lebenszufriedenheit stark negativ mit KPTBS korreliert ( $r = -.41$ ) und mittelmäßig negativ mit EOE ( $r = .25$ ) zusammenhing.

Es zeigte sich, dass Teilnehmende die HS *eher als Belastung* erleben, häufiger körperliche Misshandlung in Kindheit- und Jugend erlebten als die Teilnehmenden, die HS *eher als Geschenk* erleben ( $r = .16$ ). Es zeigte sich auch, dass die Eltern der Teilnehmenden, die HS eher als Belastung erleben, häufiger von Traumatisierungen in der Kindheit betroffen waren als die Eltern der Teilnehmenden, die HS eher als Geschenk erleben. Wurde die Mutter der Teilnehmenden in der Kindheit traumatisiert, zeigte sich ein höherer Wert bei dem HS-Faktor EOE (leichte Erregbarkeit durch innere und äußere Reize). Auf jeder der fünf Subskalen des CTQ zeigten sich kleine bis mittlere Effektstärken zwischen den Gruppen *traumatisierte Mutter* und *kein Trauma bei Eltern*. War der Vater von einer Traumatisierung in der Kindheit betroffen, hatte dies keinen signifikanten Einfluss. Der Faktor EOE ähnelt dem Kernsymptom *Überregung* der PTBS sehr. Traumatisierte wie hochsensible Personen, sind andauernd in einem Überregungszustand. Das höhere Ergebnis bei *EOE* und *traumatisierte Mutter* könnte durch die traumatischen Kindheitserlebnisse, aber auch durch intergenerationale Weitergabe des überregten Nervensystems der Mutter an das Kind zu erklären sein, insbesondere, da eine Traumatisierung des Vaters keine signifikanten Auswirkungen auf diese Bereiche hat. Es zeigten sich keine weiteren Einflüsse auf das Erleben der HS eher als Belastung oder eher als Geschenk. Dieses könnte bestätigen, dass sich die Teilnehmenden, wie angegeben, nicht klar für eine der beiden Antworten entscheiden konnten. Es könnte aber auch zeigen, dass nur das reine Erleben der HS eine Rolle spielt und nicht die möglichen Gründe, die zu der HS geführt haben. Als dritte Option könnte die Frage auch als obsolet betrachtet werden, da die HS für die Teilnehmende Belastung und Geschenk zugleich ist. An dieser Stelle soll kurz das posttraumatische Wachstum mit HS in Verbindung gebracht werden. Es wurde gezeigt, welches Wachstum Betroffenen erleben können, wenn sie sich mit ihren

Erlebnissen auseinandersetzen. Möglich wäre, dass ein Teil des eher positiven Faktors AES (siehe HSPS Item 2, 12, 15 und 22) auch das Resultat von besagtem posttraumatischem Wachstum ist. Diese Items korrelieren auch nur sehr gering mit KPTBS. Die HSPS ist in Anhang B zu finden.

Ein signifikanter Unterschied des Mittelwertes zeigte sich zwischen der Altersgruppe 18-29 Jahre und 45-64 Jahre (HS-Aron:  $r = .23$ ; HS-Smolewska:  $r = .26$ , mittlere Effektstärken). Teilnehmende der Altersgruppe 45-65 Jahre erzielten einen höheren Summenscore bei der HSPS als die jüngeren Teilnehmende. Bei Überprüfung der Korrelation des Alters und der drei Faktoren von Smolewska et al. (2006) EOE, AES und LST, zeigte sich eine kleine signifikante Korrelation ( $r = .17$ ) mit dem Faktor LST. In der zweiten Hälfte des mittleren Lebensalters nehmen die gesundheitlichen Beschwerden zu, Kinder werden erwachsen und verlassen das Elternhaus, neben dem Beruf wird häufig noch Unterstützung für die jüngere und ältere Generation geleistet (Lademann & Kolip, 2005, S. 11 f.). Diese Stressoren können eine Erklärung für die höheren Sensibilitätswerte des Faktors LST sein.

### **5.3 Zusammenfassung**

Diese Arbeit untersuchte den Zusammenhang von HS, traumatischen Kindheitserfahrungen und der Traumafolgestörung KPTBS. Einleitend wurde in die Begrifflichkeiten HS, Entwicklungstraumatisierung und Traumafolgestörungen eingeführt. Ein wichtiges Kapitel zur Herleitung der Fragestellungen war das Kapitel *Aktueller Forschungsstand*. Hier wurden in einem ersten Schritt die relevanten Forschungsergebnisse bezüglich HS aufgeführt und im zweiten Schritt passende Forschungsergebnisse von Entwicklungstraumatisierung oder Traumafolgestörung gegenübergestellt. Auf dieses Kapitel folgte die Erläuterung der Methodik dieser Arbeit und die Ergebnisvorstellung.

Die Daten dieser Arbeit wurden durch eine Online-Umfrage erhoben. Nach Bereinigung der Daten, konnten 623 Datensätze ausgewertet werden. Die Stichprobe setzte sich aus Studierenden der Studiengänge Psychologie und Wirtschaftspsychologie der Hamburger Fern-Hochschule und deren Umfeld, Mitgliedern des Hochbegabtenvereins Mensa, dem Umfeld der Autorin und aus gewonnenen Teilnehmenden in sozialen Netzwerken zusammen. Die Altersspanne lag bei 18-71 Jahren, Teilnehmende gehörten vielfach der Mittel- und Oberschicht an.

Die Forschungsfragen FF1 *Machten hochsensible Personen häufiger traumatische Kindheitserfahrungen als nicht-hochsensible Personen?* und FF2

*Korrelieren HS und traumatische Kindheitserfahrungen positiv miteinander?* konnten bejaht werden. H1 konnte bestätigt werden. Hochsensible Teilnehmende erlebten vier Mal häufiger emotionale Misshandlung, doppelt so häufig körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und 20 Prozent häufiger körperlicher Vernachlässigung, als Teilnehmende, welche nicht hs sind. Bei körperlicher Vernachlässigung lag ein Verständnisproblem bei einer der 5 Items vor, so dass dieses Ergebnis nicht ausreichend gut interpretiert werden kann. Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung korrelierten hoch mit HS und gering mit sexuellem Missbrauch und körperliche Misshandlung. Körperliche Vernachlässigung korrelierte im mittleren Bereich, dies ist aber aufgrund des erwähnten Problems nicht aussagekräftig. Aron et al. (2005) postulieren, dass hochsensible Kinder ihre Erfahrungen gründlicher verarbeiten und eine ungünstige Umwelt negativer erleben als nicht-hochsensible Kinder. Diese Arbeit konnte nicht beantworten, wie die Ursache-Wirkungsbeziehung von HS und traumatischen Kindheitserfahrungen ist, es kann aber durchaus angezweifelt werden, ob sich derartige Unterschiede bei den Häufigkeiten der erlebten traumatischen Kindheitserfahrungen nur durch eine gründlichere Verarbeitung dieser Erfahrungen ergeben. Betrachtet man die Ergebnisse der Forschungsfragen FF3 *Weisen hochsensible Personen häufiger die Symptome einer KPTBS auf als nicht-hochsensible Personen?* und FF4 *Korrelieren HS und KPTBS miteinander?*, so ließ sich zeigen, dass hochsensible Teilnehmende häufiger die Kriterien der Traumafolgestörungen erfüllten als nicht-hochsensible Teilnehmende. Je nach Auswertung des Fragebogens HSPS erfüllten 75,9 Prozent (nach Aron und Aron) und 90,9 Prozent (nach Smolewska et al.) der hochsensiblen Teilnehmenden die Kriterien für eine Traumafolgestörung, bei nicht-hochsensiblen Teilnehmenden 21,8 Prozent. Diese Prävalenz ist im Vergleich etwas hoch, dies wäre aber durch eine Selbstselektion der Stichprobe zu erklären. Zudem sollte eine Diagnose von einer Fachperson gestellt werden und nicht per Online-Umfrage. Die Unterschiede zwischen hochsensiblen und nicht-hochsensiblen Teilnehmenden bleiben dennoch relevant. Die Kriterien der KPTBS erfüllten 54,1 Prozent (nach Aron und Aron) und 71,8 Prozent (nach Smolewska et al.) der hochsensiblen Teilnehmenden, bei nicht-hochsensiblen Teilnehmenden nur 8,6 Prozent. Die Pearson-Korrelation ergab mit  $r = .51$  einen sehr starken Effekt, insbesondere bei den HS-Faktoren EOE und LST. Es konnte gezeigt werden, dass hochsensible Teilnehmende signifikant häufiger die Diagnosekriterien für eine KPTBS erfüllten. H2 konnte bestätigt werden. Demnach scheint es nicht relevant, ob HS die Ursache für die negativere Wahrnehmung

dieser traumatischen Erlebnisse ist, oder HS die Folge der traumatischen Kindheitserfahrungen. Als Folge erfüllen die Teilnehmenden sehr häufig die Kriterien der belastenden Diagnose KPTBS. Sollte in weiteren Forschungen die Existenz des Temperamentsmerkmals HS bestätigt werden, so wäre ein besonderer Schutz für hochsensible Kinder nötig, so dass die negativen Kindheitserlebnisse nicht zu einer Traumafolgestörung führen. Liegt die Ursache der HS allerdings in dem Erleben der traumatischen Kindheitserfahrungen begründet, so sollte die „Diagnose“ HS als ein positives Merkmal kritisch beleuchtet werden.

Bei der Regressionsanalyse trugen die Einflussvariablen KPTBS-Score, PTBS-Score, HS bei Eltern, besondere Probleme oder Sorgen in der Schwangerschaft der Teilnehmenden und das weibliche Geschlecht zur Erklärung der Streuung des HSPS Scores (Smolewska et al.) bei. Hierdurch wurden 32,5 Prozent der Streuung erklärt. Fraglich ist nun, welche anderen Einflüsse eine größere Streuung erklären können. Hier ist in erster Linie an die komorbiden Störungen der Traumafolgestörung zu denken, aber auch an die Möglichkeit des posttraumatischen Wachstums, welcher die eher positiven Aspekte des Faktors AES erklären könnte.

#### **5.4 Ausblick**

Bisherige Studien zur Hochsensibilität wurden bisher weitestgehend mit der HSPS von Aron und Aron durchgeführt. Für weitere wissenschaftliche Forschungen wäre eine Einigung auf einen Fragebogen und eine einheitliche Auswertung nötig, um die Ergebnisse vergleichbar zu machen.

Die Prävalenzen der Subskalen des CTQ sind in der Gesamtstichprobe höher als die Prävalenzen der beispielhaft aufgeführten vorherigen Forschungsergebnisse. Es würde deshalb Sinn machen, diese Arbeit an einer anderen Stichprobe zu replizieren. Möglich wäre, die Daten nicht per Online-Umfrage zu erheben, sondern Interviews mit einer geringeren Stichprobe durchzuführen. Dies würde auch Verzerrungen durch Verständnisfehler vermeiden. Zu Bedenken ist hier aber, dass Teilnehmende in einem Interview aufgrund von Scham möglicherweise verzerrt antworten, da das Berichten von diesen gemachten Erfahrungen schwerer sein kann als in einer anonymen Online-Befragung.

Wie diese Arbeit zeigte, liegen die Ursachen und Folgen einer HS, traumatischen Kindheitserlebnissen und Traumafolgestörungen sehr nah beieinander. Eine weitere Forschungsmöglichkeit zeigt sich hier für eine Studie, bei der HS, Traumafolgestörungen und komorbide Störungen der Traumafolgestörung (Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen) untersucht werden. Die

Ergebnisse von Blach & Egger (2014) zeigten schon einen Zusammenhang von HS, Depression und Ängstlichkeit. Es ist zu vermuten, dass eine Verbindung dieser Untersuchungen zu einer höheren Erklärung für das Konstrukt HS beiträgt.

HS korrelierte in einigen Studien hoch mit der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus. Eine Untersuchung von Neurotizismus, HS und traumatischen Kindheitserfahrungen würde die bereits vorliegenden Studien erweitern.

Die Persönlichkeitsdimension *Verträglichkeit* korrelierte in Studien nicht oder schwach mit HS. Eine Studie, welche HS und Verträglichkeit genauer untersucht, insbesondere in Verbindung mit Traumafolgestörungen und komorbiden Störungen, könnte einer Erklärung dazu beitragen, weshalb die Eigenschaft *Empathie* nicht oder nur schwach mit HS korreliert.

Zudem wäre eine erneute Überprüfung der Faktoren der HSPS eine Möglichkeit, sich der Frage zu nähern, ob HS tatsächlich ein eigenständiges Temperamentsmerkmal darstellt. Diese erneute Faktorenanalyse könnte in Verbindung mit den Folgen der Entwicklungstraumatisierung, sowie Traumafolgestörungen und posttraumatischem Wachstum betrachtet werden.

Interessant wären zu Studien, die HS und Entwicklungstraumata im Sinne von epigenetischer, transgenerationaler und intergenerationaler Weitergabe betrachten.

Diese Arbeit soll mit den Worten von Teilnehmenden schließen, die ihre Hochsensibilität beschreiben:

Ich bin leicht gestresst, empfinde oft schon den Alltag als anstrengend und auslaugend. Es ist unglaublich anstrengend, immer an alles zu denken, mit allem mitzuhalten, mich zu organisieren. Ich brauche Ruhe und Struktur, damit das klappt. Wenn Zuviel auf einmal auf mich einprasselt, schalte ich einfach ab. Außerdem nehme ich die Emotionen anderer extrem deutlich wahr und bin daher in sozialen Situationen oft sehr unsicher. Ich war auch viele Jahre lang sehr deutlich von meiner emotionalen Wahrnehmung dissoziiert.

Ich merke bei meiner Familie und auch bei meinen Mitarbeitern sofort, wenn etwas nicht stimmt. In manchen Situationen kann man die betreffenden Personen nicht ansprechen und weiß aber, dass etwas im Busch ist. Dieses bereitet mir teilweise schlaflose Nächte, da ich darüber

nachdenke. Ich kann nicht neben meinem Mann schlafen, da wenn dieser innerlich aufgeregt ist. Er kann damit gut umgehen, aber ich merke dieses und kann dann leider nicht schlafen. Ich beschäftige mich teilweise viel mit anderen Menschen und denke über die Reaktionen und Aktionen nach, was mich teilweise sehr belastet.

Die HS sorgt oft für emotionale Überreaktionen, Depressionen und behindert mich manchmal bei meinem Alltag

Oft ist es überfordernd, raubt außerdem Zeit und Nerven indem ich mir viele Gedanken um Kleinigkeiten mache - während der Situation und noch lange danach. Ich würde mich selbst als perfektionistisch bezeichnen und bekomme dies auch oft von meinem Umfeld zu hören. Die Ansprüche, die ich dabei an mich selbst stelle und die oft völlig über dem geforderten Maße liegen sind teilweise "erdrückend" und überschatten einiges. Andererseits war mein Bedürfnis danach sämtliche Details wahrzunehmen und zu verarbeiten auch schon oft eine Hilfe für mich selbst und Mitmenschen. Alles in allem ist es also eine Mischung aus "Geschenk" und "Belastung".

Extreme Empfindlichkeit bei Aussagen von anderen, viel zu vieles nachdenken, schlimmstenfalls entstehen dadurch (selten) Beinahe Panikattacken.

Belastung, da mich schon extrem leise Geräusche als störend empfinde, genauso bei Gerüchen. Ich muss mir, wenn ich in die Drogerie gehe, die Nase zu halten, weil der Geruchsschwall von Parfum und Deodorant, Seifen usw. sehr unangenehm ist. Ich bin oft mit geräuschunterdrückenden Kopfhörern unterwegs. Selbst Zuhause trage ich sie.

Ich weine sehr schnell aus diversen Gründen und werde entsprechend nicht immer ernst genommen, wiederkehrende Geräusch haben eine stark aversive Wirkung auf mich, viele Serien und Filme kann ich nicht sehen, weil sie sich länger negativ auf meine Gefühle auswirken, laute Stimmen lösen ein Panikgefühl in mir aus, auch wenn sie nicht in Streit begründet sind

Als Belastung empfinde ich HS aufgrund meiner extremen Geräusch- und Lichtempfindlichkeit, der geringen Belastbarkeit und der hohen Verletzlichkeit, als Geschenk aufgrund der emotionalen Tiefe, die ich empfinden kann und des musikalischen Talents, dass mir in die Wiege gelegt wurde. Was ich sowohl positiv als auch negativ empfinde ist die Fähigkeit, die Absichten meines Gegenübers schnell zu erkennen und mich darauf einzustellen. Oft vergesse ich mich dabei selbst, da ich es anderen immer recht machen will. Aber ich weiß eigentlich immer, woran ich bin. Allerdings bin ich hochgradig naiv und glaube immer an das Gute im Menschen (ich kann es nicht abstellen), weswegen ich schon sehr oft tief verletzt wurde. In den letzten 10 Jahren habe ich begonnen, andere Menschen zu meiden. Ich bin zwar verheiratet und habe vier Kinder, habe aber schon lange keinen mehr an mich gelassen und keine Freunde.

Ich merke zwar meist eher als andere, wenn es jemandem anderem nicht gut geht oder wenn irgend etwas nicht stimmt (ich finde oft kleinste Fehler, bemerke Lecks, Brand und Lösungsmittel sowie Kränkeln oder Sorgen tragen der Mitarbeiter), aber damit bin ich eine einsame Alarmleuchte, die keiner haben will. Mehrfach habe ich deswegen meine Arbeit verloren, weil keiner hören wollte, was nicht stimmt. Kill the messenger. Ich leide mit anderen und ihren Sorgen mit und will helfen, bin aber leider meist machtlos. Ein Blumenduft mag noch so schön sein, er reizüberflutet mich und Parfums im ÖPNV zwingen mich zum Aussteigen. Fernsehen, Filme, Vorführungen, selbst Konzerte sind unmöglich, weil ich zu sehr mitfühle und mitleide und monatelang Alpträume davon kriege.

Ich versuche es allen anderen recht zu machen und vergesse mich dabei.

### Literaturverzeichnis

- Administration for children and families administration on children, youth and families (2004). Child Maltreatment 2004. <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/cm04.pdf> [22.01.2021].
- Ahadi, B. & Basharpour (2010). Relationship between Sensory Processing Sensitivity, personality dimensions and mental health. *Journal of Applied Sciences*, 10(7), 570-574. Doi: 10.3923/jas.2010.570.574.
- Albers E. M, Riksen-Walraven, J. M., Sweep, F. C. & de Weerth, C. (2008). Maternal behavior predicts infant cortisol recovery from a mild everyday stressor. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 97-103. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01818.x.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5. Aufl.). American Psychiatric Publishing.
- Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 345-368. Doi: 10.1037.0022-3514.73.2.345.
- Aron, E. N. (2011). *Sind Sie hochsensibel? Wie Sie Ihre Empfindsamkeit erkennen, verstehen und nutzen* (Sonderausg.). mvg.
- Aron, E. N. (2012) Temperament in psychotherapy: Reflections on clinical practice with the trait of sensitivity. In M. Zentner & R.L. Shiner (Hrsg.). *Handbook of temperament*. Guilford Press.
- Aron, E. N., Aron, A., & Davies, K. M. (2005). Adult Shyness: The Interaction of Temperamental Sensitivity and an Adverse Childhood Environment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 181-197. Doi: 10.1177/0146167204271419.
- Aron, E. N., Aron, A., & Jagiellowicz, J. (2012). Sensory Processing Sensitivity. A review in the light if the evolution of biological responsivity. *Personality and Social Psychology Review*, 16(3), 262-282. Doi:10.1177/088868311434213.
- Acevedo, B. A., Aron, E. N., Aron, A., & Sangster, M.-D. (2014). The highly sensitive brain: An fMRI study of sensory processing sensitivity and response to others' emotions. *Brain and Behaviour*, 4(4). Doi: 10.1002/brb3.242.
- Bearce J. (2008). *Fibromyalgia: do temperament type and sensory processing sensitivity play a role in onset of illness?* [dissertation]. The University of the Rockies.

- Benesch T. (2013). Verfahren zur Überprüfung von Unterschieds- und Zusammenhangshypothesen. In *Schlüsselkonzepte zur Statistik*. Spektrum Akademischer Verlag. Doi: 10.1007/978-3-8274-2772-4\_8.
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloistre, M., Bisson, J. I., Shevlin, M. et al. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD 11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety*. Doi: 10.1002/da.22723.
- Benham, G. (2006). The highly sensitive person: Stress and physical symptom reports. *Personality and Individual Differences*, 40, 1433-1444. Doi: 10.1016/J.PAID.2005.11.021.
- Bernstein, D.P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report questionnaire and manual*. The Psychological Corporation.
- Beijers, R., Buitelaar, J. K., & de Weerth, C. (2014). *Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(10). Doi:10.1007/s00787-014-0566-3.
- Binder, E.B., Bradley, R. G., Liu, W., Epstein, M. P., Todd, C. D., Mercer, K. B., Tang, Y., Gillespie, C. F., Heim, C. M., Nemeroff, C. B., Schwarz, A. C., Gubbels, J. F. & Ressler, K. J. (2008). Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults. *JAMA*, 299, 1291-1305. Doi: 10.1001/jama.299.11.1291.
- Bisson, J. I., McFarlane, A., & Rose, S. (2000). Psychological debriefing. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Hrsg.). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- Blach, C. (2015). *Ein empirischer Zugang zum komplexen Phänomen Hochsensibilität*. disserta.
- Blach, C & Egger, J. W. (2011). Hochsensible Persönlichkeit – Bericht zum Forschungsprojekt Hochsensibilität. *Psychologische Medizin*, 22(2), 59-63.
- Blach, C. & Egger, J. W. (2014). Hochsensibilität – ein empirischer Zugang zum Konstrukt der hochsensiblen Persönlichkeit. *Psychologische Medizin*, 3, 4-16.
- Brisch, K. - H. (2011). *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung*. Klett Cotta.
- Brunello, N., Davidson, J. R. T., Deahl, M., Kessler, R. C. Mendlewicz, J., Racagni, G., Shalev, A. Y. & Zohar, J. (2001). Posttraumatic stress disorder: Diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology*, 43(3), 150-162. Doi: 10.11259/000054884.

- Brückel, T. M. & Binder, E. B. (2017). Folgen früher Traumatisierungen aus neurobiologischer Sicht. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 11, S. 118-132. Doi: 10.1007/s11757-017-0412-9.
- Burghy C. A. et al (2012). Developmental pathways to amygdala-prefrontal function and internalizing symptoms in adolescence. *Nature Neuroscience*, 15(12), 1736-1741. Doi: 10.1038/nn.3257.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. Doi: 10.1037/0022006X.68.5.748.
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., Reed, G. M. (2017) A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-5. Doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.
- Checler, F. & Ferro, E. S. (2018). Neurolysin: From Initial Detection to Latest Advances. *Neurochemical Research*, 43. Doi: 10.1007/s11064-018-2624-6.
- Chen, C., Chen, C., Moyzis, R., Stern, H., He, Q., Li, H., Li, J., Zhu, B. & Dong, Q. (2011). Contributions of dopamine-related genes and environmental factors to Highly Sensitive Personality: A multi-step neuronal system-Level approach. *PLoS ONE*, 6(7). Doi: 10.1371/journal.pone.0021636.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C. & Green, B. L (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615-627. Doi:10.1002/jts.20697.
- Danese, A. & McEwen, B. S. (2012) Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior* 106(1), 29-39. Doi: 10.1016/j.physbeh.2011.08.019.
- Davidson, J. R. & Foa, E. B. (1993). *Posttraumatic stress disorder. DSM-IV and beyond*. American Psychiatric Press.
- De Bellis, M. D. & Zisk, A. (2014) The biological effects of childhood trauma. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 185-222. Doi: 10.1016/j.chc.2014.01.002.
- de Haan, A., Deegener, G. & Landolt, M. (2019). Gewalt in der Kindheit und ihre Folgen. In A. Mearcker. *Traumafolgestörungen* (5. Aufl.). Springer.
- Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (2019). *S2k – Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung*.

[https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/0510271\\_S2k\\_](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/0510271_S2k_)

Diagnostik\_Behandlung\_akute\_Folgen\_psychischer\_Traumatisierung\_2019  
10.pdf.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (2020). ICD-10-GM Version 2020, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 20. September 2019.

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/>.

Dillon, D.G., Holmes, A. J., Birk, J.L., Brooks, N., Lyons-Ruth, K. & Pizzagalli D. A. (2009). Childhood adversity is associated with left basal ganglia dysfunction during reward anticipation in adulthood. *Biological Psychiatry*, 66(3), 206-213. Doi: 10.1016/j.biopsych.2009.02.019.

Egle, U. T., Joraschky, P., Lampe, Seiffge-Krenke I. & Cierpka, M. (2016): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung – Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen* (4. Aufl.). Schattauer.

Evans, D. E., & Rothbart, M. K. (2008). Temperamental sensitivity: Two constructs or one? *Personality and Individual Differences*, 44, 108-118.

Evers, A., Rasche, J. & Schabracq, M. J. (2008). High sensory-processing sensitivity at work. *International Journal Stress Management*, 15, 189-198.

Licht, C. L., Mortensen, E. L. & Knudsen, G. M. (2011). Association between sensory processing sensitivity and the serotonin transporter polymorphism 5-HTTLPR short/short genotype. *Biological Psychiatry*. Doi: 10.1016/j.biopsych.2011.03.031.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1991). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. UTB.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14, 245-258. Doi: 10.1016/S0749 3797(98) 00017-8.

Flatten, G., Gast, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddermann, L. & Wöller, W. (2011). S-3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.

Funder, D. C. & Ozer, D. J. (2019). Evaluating Effect Size in Psychological Research: Sense and Nonsense. *Advances in Methods and Practices in Psy-*

- chological Science*, 2, 156-168.
- Gable, S. L., Reis, H. & Elliot, A. J. (2000). Behavioral activation and inhibition in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1135-1149. Doi: 10.1037/0022-3514.78.6.1135.
- Ganser, H. G., Münzer, A., Plener, P., Witt, P. L., & Goldbeck, L. (2016). Kinder und Jugendliche mit Misshandlungserfahrungen: Bekommen sie die Versorgung, die sie brauchen? *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 803-810. Doi: 10.1007/s00103-016-2351-6.
- Garbe, E. (2015). *Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen*. Klett-Cotta.
- Gast, U., Rodewald, F., Benecke, H.- H. & Driessen, M. (2001). *Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire (unautorisiert)*. Unveröffentlichtes Manuskript. Medizinische Hochschule.
- Ghadiri, Z. S., Abolghasemi, A. & Aghajani, S. (2015). A comparison of behavioral Activation-Inhibition System and emotional clarity in students with and without trauma. *Journal of School Psychology*, 4(2), 69-88.
- Gray, MN (2000): *The neuropsychology of anxiety. An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system* (2. Aufl.). University Press.
- Gunnar, M. R. & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology* 27(1-2), 199-220. Doi: 10.1016/s0306-4530(01)00045-2.
- Hardt, J. & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 260-273. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x
- Hausmann, C. (2010). *Notfallpsychologie und Traumabewältigung* (3. vollst. revid. und aktual. Aufl.). Facultas.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer (2011). Maltreatment in childhood and adolescence – results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(17), 287-294. Doi: 10.3238/arztebl.2011.0287.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H. & Nemeroff C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA Internal Medicine*, 284(5), 592-597. Doi: 10.1001/jama.284.5.592.
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A.H. & Nemeroff, C.B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693-710. Doi: 10.1016/

j.psyneuen.2008.03.008.

Heim, C., Young, L. J., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A.H. & Nemeroff, C. B. (2009). Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular Psychiatry*, *14*(10), 954-958. Doi: 10.1038/mp.2008.112.

Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD. A syndrome of survivors in prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *5*, 377-391.

Herman, J. L. (1992b). *Trauma and recovery*. BasicBooks.

Herman, J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In J. R. Davidson & E. B. Foa (Hrsg.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. American Psychiatric Press.

Hofmann, S. G. & Bitran, S. (2007). Sensory-processing sensitivity in social anxiety disorder: relationship to harm avoidance and diagnostic subtypes. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 944-954. Doi: 10.1016/j.janxdis.2006.12.003.

Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A. & Cloitre, M. (2017). Variation in posttraumatic response: the role of trauma-type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(6), 727-736. Doi: 10.1007/s00127-017-1350-8.

Joseph, S. (2012). What doesn't kill us: Stephen Joseph discusses the psychology of post-traumatic growth. *The Psychologist*, *25*(11), 816-819.

Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D., & Reznick, J. S. (1994). *Galen's prophecy: temperament in human nature*. Basic Books.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005): Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 617-627. Doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617.

King, S., Dancause, K., Turcotte-Tremblay, A.-M., Veru, F., & Laplante, D. P. (2012). Using natural disasters to study the effects of prenatal maternal stress on child health and development. *Birth Defects Research Part C: Embryo Today: Reviews*, *96*(4), 273-288. Doi:10.1002/bdrc.21026.

Knop, A., Spengler, S. & Heim, C. (2020). Neurobiologische Folgen früher Stresserfahrungen. In G. Roth (Hrsg.), *Psychoneurowissenschaften*. Springer.

Konrad, S. (2020). Borderline? Oder doch hochsensibel? *Psychotherapie Forum*, *24*, 161-168.

- Konrad, S. & Herzberg, P. Y. (2019). Psychometric properties and validation of a German High Sensitive Person Scale (HSPS-G). *European Journal of Psychological Assessment*, 35, 364-378. Doi: 10.1027/1015-5759/a000411.
- Lademann, J. & Kolip, P. (2007). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. *Fehlzeiten-Report*, 5-19.
- Lawford, R. B., Young, R., Noble, E., Kann, B. & Ritchie, T. (2006). The D2 dopamine receptor (DRD2) gene is associated with co-morbid depression, anxiety and social dysfunction in untreated veterans with posttraumatic stress disorder. *European Psychiatry*, 21, 180-185. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.01.006.
- Li, L., Bao, Y., PhD; He, S., Wang, G., Guan, Y., Ma, D., Wang, P. Huang, X., Tao, S., Zhang, D., Liu, Q., Wang, Y., Yang, J. (2016). The association between genetic variants in the dopaminergic system and Posttraumatic Stress Disorder. A meta-analysis. *Medicine*, 95(11). Doi: 10.1097/MD.0000000000003074.
- Lionetti, F., Aron, A., Aron, E. N., Burns, L. G., Jagiellowicz, J. & Pluess, M. (2018). Dandelions, tulips and orchids: evidence for the existence of low-sensitive, medium-sensitive and high-sensitive individuals. *Translational Psychiatry*, 8(24).
- Lionetti, F., Pastore, M., Moscardino, U., Nocentini, A., Pluess, K., & Pluess, M. (2019). Sensory Processing Sensitivity and its association with personality traits and affect: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 81, 138-152. Doi: 10.1016/j.jrp.2019.05.013.
- Liss, M., Mailloux, Erchull M. J. (2008). The relationships between sensory processing sensitivity, alexithymia, autism, depression, and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 45, 225-259. Doi: 10.1038/s41398-017-0090-6.
- Liss, M., Timmel, L., Baxley, K. & Killingsworth, P. (2005). Sensory processing sensitivity and its relation to parental bonding, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1429-1439. Doi: 10.1016/j.paid.2005.05.007.
- Lumley, T., Diehr, P., Emerson, S., & Chen, L. (2002). The importance of the normality assumption in large public health data sets. *Annual review of public health*, 23(1), 151-169. Verfügbar unter <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140546> [19.01.2021].
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Springer.
- Maercker, A. (2019). Komplexe PTBS. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (5. Aufl.). Springer.
- Maercker, A. & Augsburger M. (2019). Die posttraumatische Belastungsstörung. In

- A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (5. Aufl.). Springer.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Somasundaram, D. J. et al. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206. Doi: 10.1002/wps.20057.
- Maercker, A. & Hecker T. (2016). Trauma- und Gewaltfolgen – psychische Auswirkungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 1. Springer.
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M. & Kliem, S. (2018). ICD-11 Prevalence rates of posttraumatic stress disorders and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(4), 270-276. Doi: 10.1097/NMD.0000000000000790.
- McCrory, E., De Brito, S.A. & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors. *Front Psychiatry*, 2(48), 1-14. Doi: 10.3389/fpsy.2011.00048.
- Meyer, B. & Carver, C. S. (2000). Negative Childhood Accounts, Sensitivity, and Pessimism: A study of avoidant personality disorder features in College students. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 233-248. Doi: 10.1521/pedi.2000.14.3.233.
- Meißner, A. (2015). Hochsensible Persönlichkeiten – ein wohl überflüssiges Störungskonzept. *NeuroTransmitter*, 26(9), 16-17.
- Miu, A. C., Bîlc, M. I., Bunea, I., & Szentágotai-Tátar, A. (2017). Childhood trauma and sensitivity to reward and punishment: Implications for depressive and anxiety symptoms. *Personality and Individual Differences*, 119, 134-140. Doi: 10.1016/j.paid.2017.07.015.
- Moggi, F. (2009). Behandlung von psychischen Störungen im Zusammenhang mit Gewalt an Kindern. In S. Schneider & J. Margraf, *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Springer.
- Mohiyeddini, C., Opacka-Juffry, J. & Gross, J. J. (2014). Emotional suppression explains the link between early life stress and plasma oxytocin. *Anxiety Stress Coping* 27(4), 466-475. Doi: 10.1080/10615806.2014.887696.
- Mustapić, M., Pivac, N., Kozarić-Kovačić, D., Deželjin, M., Cubells, J. F., & Mück-Šeler, D. (2007). Dopaminebeta-hydroxylase (DBH) activity and -1021C/T polymorphism of DBH gene in combat-related post-traumatic stress disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B. Neuropsychiatric Genetics*, 144, 1087-1089.

- Münch, H., (2020). Pressekonferenz – Zahlen kindlicher Gewaltopfer. BKA. Verfügbar unter [https://www.bka.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/Kurzmeldungen/200511\\_PKKinderhilfe.html](https://www.bka.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/Kurzmeldungen/200511_PKKinderhilfe.html) [20.10.2020].
- Neal, J. A., Edelman, R. J. & Glachan, M. (2002). Behavioral inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 361-374. Doi: 10.1348/014466502760387489.
- Nemeroff, C.B. (2016). Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89(5), 892-909. Doi: 10.1016/j.neuron.2016.01.019.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11). Doi: 10.1371/journal.pmed.1001349.
- Normandeau, C. P., Ventura Silva, A. P., Hawken, R. E., Angelis S., Sjaarda, C. Liu, X. Pégo J. M. & Dumont, É. C. (2017). A key role for neurotensin in chronic-stress-induced anxiety-like behavior in rats. *Neuropsychopharmacology*, 43(2), 285-293 Doi: 10.1038/npp.2017.134.
- Patterson, C. M. & Newman J. P. (1993). Reflectivity and learning from aversive events: toward a psychological mechanism for the syndromes of disinhibition. *Psychological Review*, 100, 716-736. Doi: 10.1037/0033-295x.100.4.716.
- Phillips, M. L., Drevets, W. C., Rauch, S. L. & Lane, R. (2003). Neurobiology of emotion perception. In The neural basis of normal emotion perception. *Biological Psychiatry*, 54, 504-514.
- Plener, P. L., Ignatius, A., Hubert-Lang, M. & Fegert, J. M. (2017). Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde*, 36, 161-167. Doi: 10.1016/s0006-3223(03)00168-9.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 101, 46-59. Doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x.
- Perkonig, A., Höfler, M., Cloitre, M., Wittchen, H. - U., Trautmann, S. & Mercker, A. (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 317-328. Doi: 10.1007/s00406-015-0639-4.

- Schellong, J. (2013). Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse, J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 42-58). Schattauer.
- Ramo-Fernández, L., Schneider, A., Wilker, S., & Kolassa, I.-T. (2015). Epigenetic Alterations Associated with War Trauma and Childhood Maltreatment. *Behavioral Sciences & The Law*, 33(5), 701-721. Doi:10.1002/bsl.2200.
- Reinecker, H. (2003): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie: Modelle psychischer Störungen* (4. volls. überarb. u. erw. Ausg.). Hogrefe.
- Lademann, J. & Kolip, P. (2005). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter*. RKI.
- Roy, A., (2002). Childhood trauma and neuroticism as an adult: possible implications for the development of the common psychiatric disorders and suicidal behavior. *Psychological Medicine*, 32, 1471-1474. Doi: 10.1017/S0033291702006566.
- Sack, M., Sachsse, U. & Dulz, B. (2011). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung? In B. Dulz, S. C. Herpertz, Kernberg, O. F. & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline Störungen*. Schattauer.
- Schellong, J. (2013). Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Schattauer.
- Sobocko, K. & Zelenski, J. M. (2015). Trait sensory-processing sensitivity and subjective well-being: distinctive associations for different aspects of sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 83, 44-49.
- Smith, M. E. (2005). Bilateral hippocampal volume reduction in adults with post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of structural MRI studies. *Hippocampus* 15(6), 798-807. Doi: 0.1016/j.paid.2015.03.045.
- Smolewska K. A., McCabe, S. B., Woody E. Z. (2006). A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: the components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and "Big Five". *Personality and Individual Differences*, 40, 1269-1279. Doi: 10.1016/j.paid.2005.09.022.
- Sosic-Vasic, Z., Connemann, B. J., Tumani, V., Otte, S., Streb, J., Dudeck, M., & Vasic, N. (2015). Anhaltender sexueller Missbrauch in der Kindheit und Langzeitfolgen für die Entwicklung. *Psychotherapeut*, 60(6), 527-535. Doi:10.1007/s00278-015-0056-1.

- Spalek, K., Fastenrath, M., Ackermann, S., Auschra, B., Coyel, D., Frey, J., Gschwind, L., Hartmann, F., van der Maarel, N., Papassotiropoulos, A., de Quervain, D., Milinik, A. (2015). Sex-dependent dissociation between emotional appraisal and memory: A large-scale behavioral and fMRI study. *The Journal of Neuroscience*, 35(3), 920-935.
- Spitzer, C. & Grabe, J. (2012). *Kindesmisshandlung: Psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter*. Kohlhammer. Doi:10.1523/JNEUROSCI.2384-14.2015.
- Seltzer, L. J., Ziegler, T., Connolly, M. J., Prosofski, A. R., Pollak, S. D. (2014) Stress-induced elevation of oxytocin in maltreated children: evolution, neurodevelopment, and social behavior. *Child Development*, 85(2), 501-512. Doi: 10.1111/cdev.12136.
- Streeck-Fischer, A. (2012). Die Entwicklungstraumastörung. In I. Özkan, U. Sachse, A. Streeck-Fischer (Hrsg.). *Zeit heilt nicht alle Wunden*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Strüber, N., Strüber, D. & Roth, G. (2014). Impact of early adversity on glucocorticoid regulation and later mental disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 38, 17-37. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.10.015.
- Tedeschi, G. & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471. Doi: 10.1002/jts.2490090305.
- Teicher, M.H. & Samson, J.A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. Doi: 10.1111/jcpp.12507.
- Terr, L.C. (1989). Treating psychic trauma in children: A preliminary discussion. *Journal of Traumatic Stress* 2(1), 3-20. Doi: 10.1002/jts.2490020103.
- Toda, H., Boku, S., Nakagawa, S., Inoue, T., Kato, A., Takamura, N., Song, N., Nibuya, M., Koyama, T. & Kusumi, I. (2014). Maternal separation enhances conditioned fear and decreases the mRNA levels of the neurotensin receptor 1 gene with hypermethylation of this gene in the rat amygdala. *PLoS ONE*, 9(5). Doi: 10.1371/journal.pone.0097421.
- Urban & Vogel (2015). So helfen Sie Hochsensiblen. *MMW - Fortschritte der Medizin* 157, 18, 6. Doi:10.1007/s15006-015-3621-1.
- van der Kolk, B. A. (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(8), S. 572-586.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, S. R., Mandel, F. S., McFalane, A. & Herman, J.

- (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaption of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 89-93.
- Voisy, J., Swagell, C. D., Hughes, I. P., Morris, P. C., van Daal, A., Nobel, E. P., Kann, B., Hons, K. A., Young, R. & Lawford, B. R. (2009). The DRD2 gene 957C>T polymorphism is associated with Posttraumatic Stress Disorder in war veterans. *Depression and anxiety*, 26(1), 28-33. Doi: 10.1002/da.20517.
- WHO (2018). ICD-11, Komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Verfügbar unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559> [17.10.2020].
- WHO (2018). ICD-11 beta draft (mortality and morbidity statistics).<https://icd.who.int/dev11/l-m/en> [17.10.2020].
- Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Paul, L., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2019). Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(38), 635-642. Doi: 10.3238/arztebl.2019.0635.
- Wirtz, M. A. (2016). Dorsch Online-Lexikon der Psychologie. Stichwort Occam's razor. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/occams-razor> [17.01.2021].
- Wöller, W. (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen*. Schattauer.
- Yehuda, R., Engel, S. M., Brand, S. R., Seckl, J., Marcus, S. M., & Berkowitz, G. S. (2005). Transgenerational effects of Posttraumatic Stress Disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(7), 4115-4118. Doi: 10.1210/jc.2005-0550.
- Zabihi, G. S., Abolghasemi, A. & Aghajani, S. (2005). A comparison of behavioral activation-inhibition systems and emotional clarity in students with and without trauma. *Journal of School Psychology* 4(2), 69-88.

**Anhangsverzeichnis**

<b>Anhang</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Seite</b>
<b>A</b>	Online-Umfrage Unipark	73
<b>B</b>	Fragebogen zur Feinfühligkeit	95
<b>C</b>	Childhood Trauma Questionnaire	97
<b>D</b>	International Trauma Questionnaire	101
<b>E</b>	SPSS-Tabellen Hypothese 1	105
<b>F</b>	SPSS-Tabellen Hypothese 2	107
<b>G</b>	SPSS-Tabellen und Diagramme Regressions- Analyse	108
<b>H</b>	SPSS-Tabellen explorative Datenanalyse	112

## Anhang

### Anhang A: Online-Umfrage Unipark

Druckversion 23.01.21, 08:31

## Fragebogen

### 1 Willkommen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie mich bei der Erstellung meiner Bachelorarbeit unterstützen.

Die Umfrage ist freiwillig und die Daten sind vollständig anonymisiert, sodass keinerlei Rückschlüsse auf Sie als Teilnehmende zurückzuführen sind. Die Daten werden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken erhoben und ausgewertet. Zur Beantwortung der Fragen benötigen Sie ca. 15 Minuten.

Bei der Beantwortung gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte beantworten Sie die Fragen gewissenhaft und ehrlich. In meiner Umfrage thematisiere ich den Zusammenhang von Feinfühligkeit und Entwicklungstraumatisierung. Ich möchte Sie daher darauf hinweisen, dass Fragen zu verschiedenen Misshandlungsformen in Kindheit und Jugend gestellt werden. Sie können die Befragung jederzeit abbrechen.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme und Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Isabell Paasch

---

### 2 Personenbezogene Daten

Im folgenden Abschnitt werde ich personenbezogene Daten erfragen. Zudem werden hier einige Fragen gestellt, die für die Objektivität der Daten eine Rolle spielen oder in einem Zusammenhang mit ausgeprägter Feinfühligkeit stehen können, welche berücksichtigt werden müssen.

Bitte geben Sie Ihr Alter an.

Wie ist ihr Familienstand?

ledig

file:///Users/isabellpaasch/Desktop/Druckversion\_Umfrage.webarchive Seite 1 von 22

Druckversion

23.01.21, 08:31

- Partnerschaft
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet
- sonstiges

**Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?**

- Hauptschulabschluss (erster Bildungsabschluss)
- Realschulabschluss (zweiter Bildungsabschluss)
- Abitur
- Abgeschlossene Ausbildung
- Hochschulabschluss
- anderer
- kein Schulabschluss

**Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung?****Welcher ist der höchste Bildungsabschluss ihrer Mutter?**

- Hauptschulabschluss (erster Bildungsabschluss)
- Realschulabschluss (zweiter Bildungsabschluss)
- Abitur
- Abgeschlossene Ausbildung
- Hochschulabschluss
- anderes
- kein Schulabschluss

**Welcher ist der höchste Bildungsabschluss ihrer Vater?**

- Hauptschulabschluss (erster Bildungsabschluss)
- Realschulabschluss (zweiter Bildungsabschluss)
- Abitur

Druckversion

23.01.21, 08:31

- Abgeschlossene Ausbildung
- Hochschulabschluss
- anderes
- kein Schulabschluss

**Ist eine Hochsensibilität bei einem oder beiden Elternteilen bekannt?**

- Nein, meine Eltern sind nicht hochsensibel.
- Meine Mutter ist hochsensibel.
- Mein Vater ist hochsensibel.
- Beide Elternteile sind hochsensibel.
- Ich weiß es nicht.

**Wissen Sie von traumatischen Ereignissen in der Kindheit ihrer Eltern?**

(Scheidung der Eltern, psychische Erkrankung oder Substanzabhängigkeit der Eltern, emotionale, körperliche oder sexuelle Misshandlung, Vernachlässigung, Tod eines Elternteils, Kriegserlebnisse)

- Nein, mir sind keine bekannt.
- Meine Mutter wurde in ihrer Kindheit traumatisiert.
- Mein Vater wurde in seiner Kindheit traumatisiert.
- Beide Elternteile wurden in ihrer Kindheit traumatisiert.
- Andere Antwortoption (bitte in freies Textfeld einfügen).

**Wissen Sie, ob Ihre Mutter während der Schwangerschaft mit Ihnen besonderen Stress oder besondere Sorgen hatte?**

- Ja, meine Mutter hatte besondere Sorgen/Stress.
- Nein, meine Mutter hatte keine besonderen Sorgen/Stress.
- Ich weiß es nicht.
- Andere Antwortoption (bitte in freies Textfeld einfügen).

**Wissen Sie, ob während Ihrer Geburt Komplikationen auftraten?**

- Ja, es gab Komplikationen
- Nein, es gab keine Komplikationen
- Ich weiß es nicht.
- Andere Antwortoption (bitte in freies Textfeld einfügen).

**Wurde bei Ihnen eine Hochbegabung diagnostiziert?**

(Hochbegabung ist eine überdurchschnittliche Intelligenz und wird mit einem standardisierten Intelligenztest festgestellt)

Druckversion

23.01.21, 08:31

- Ja  
 Nein

**Studieren Sie oder haben Sie Psychologie studiert?**

- Ja  
 Nein

**Wurde bei Ihnen eine Hochsensibilität festgestellt?  
(durch einen Selbsttest oder Feststellung eines Therapeuten, Coach etc.)**

Im Freitextfeld haben Sie die Möglichkeit für eine zusätzliche Antwortoption.

- Ja  
 Nein  
 Ich vermute hochsensibel zu sein

---

### 3 Standardseite

**Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Leben in den letzten 4 Wochen?**

- überhaupt nicht zufrieden  
 nicht sehr zufrieden  
 ziemlich zufrieden  
 sehr zufrieden

**Waren Sie aufgrund der vorliegenden Hochsensibilität bei einem Therapeuten oder sonstigem Berater?**

- Ja  
 Nein

**Empfinden Sie Ihre Hochsensibilität eher als Belastung oder als Geschenk?**

- Eher als Belastung  
 Eher als Geschenk

**Hier haben Sie die Möglichkeit mitzuteilen, aus welchen Gründen Sie Ihre Hochsensibilität als Belastung oder Geschenk empfinden.  
Die Beantwortung dieser Frage ist optional.**

---

### 4 Hochsensibilität

**Im Folgenden finden Sie 27 Aussagen, die das Ausmaß der Feinfühligkeit einer Person erfassen. Bitte achten Sie darauf, dass Sie alle Aussagen zügig und aufrichtig beantworten. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten, sondern nur solche, die mehr oder weniger auf Sie zutreffen.**

**Am Ende der Fragen zu dem Thema Feinfühligkeit haben Sie die Option mir mögliche Gedanken mitzuteilen, die während der Beantwortung der Fragen aufgekommen sind.**

**Ich fühle mich durch starke Sinneseindrücke (Riechen, Schmecken, Hören, Sehen, Fühlen) leicht überwältigt.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich habe eine feine Wahrnehmung für unterschwellige Dinge in meiner Umgebung.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur ein wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Die Stimmungen anderer Menschen beeinflussen mich merklich.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur ein wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich bin schmerzempfindlicher als andere Menschen.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich habe an stressigen Tagen das starke Bedürfnis, mich an einen Ort zurückzuziehen, an dem ich alleine bin und mich erholen kann.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich reagiere besonders empfindlich auf Koffein (z.B. mit Unruhe und Herzrasen u.a.)**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich fühle mich leicht überwältigt von intensiven Reizen wie hellem Licht, starken Gerüchen, grober Kleidung oder starkem Lärm (z.B. durch laute Sirenen in der Nähe).**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich habe ein reiches, vielfältiges Innenleben.  
(z.B. besonders tiefe und unterschiedliche Gefühle)**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Laute Geräusche empfinde ich als sehr unangenehm.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu

Druckversion

23.01.21, 08:31

- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Bestimmte Musik berührt mich sehr stark.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Wenn ich nervlich sehr angespannt bin, will ich nur noch alleine sein.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich bin gewissenhafter und ordentlicher als die meisten Menschen in meiner Umgebung.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich erschrecke leichter als andere Menschen.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich werde sehr unruhig, wenn ich in kurzer Zeit viel zu tun habe.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu

file:///Users/isabellpaasch/Desktop/Druckversion\_Umfrage.webarchive

Seite 7 von 22

- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Wenn sich Menschen in meiner Umgebung unwohl fühlen, versuche ich die Situation angenehmer zu gestalten (z.B. durch Veränderung der Beleuchtung oder Sitzanordnung).**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich werde sehr ärgerlich, wenn von mir erwartet wird, zu viele Dinge gleichzeitig zu erledigen.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich gebe mir große Mühe, keine Fehler zu machen und nichts zu vergessen.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Gewalttätige Filme oder Fernsehsendungen wählen mich sehr auf.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich fühle mich genervt, wenn sich um mich herum viel abspielt.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu

- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ein starkes Hungergefühl löst intensive Reaktionen in mir aus (z.B. werde ich sehr unruhig, meine Konzentration lässt nach, meine Stimmung verschlechtert sich).**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Veränderungen in meinem Leben bringen mich merkbar durcheinander.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich nehme feine Düfte, Geschmäcker, Klänge oder Kunstwerke deutlich wahr und genieße sie.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Ich empfinde es als sehr unangenehm, wenn ich mich mit vielen Dingen gleichzeitig beschäftigen muss.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Für mich ist es sehr wichtig, aufregende oder überfordernde Situationen in meinem Leben zu vermeiden.**

Druckversion

23.01.21, 08:31

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Starke Reize wie laute Geräusche oder chaotische Szenen stören mich sehr.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Wenn ich mit anderen Menschen konkurrieren muss (oder während der Durchführung einer Aufgabe beobachtet werde), werde ich so nervös, dass ich viel schlechter abschneide als ich eigentlich könnte.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**In meiner Kindheit hielten mich meine Eltern oder Lehrer für sensibler als andere Kinder.**

- trifft gar nicht zu
- trifft nur wenig zu
- trifft doch teilweise zu
- trifft ziemlich gut zu
- trifft völlig zu

**Hier haben Sie die Möglichkeit mir Ihre Gedanken zu den Fragen zur Feinfühligkeit mitzuteilen.**

## 5 Kindheitserfahrungen

**Die folgenden 28 Fragen befassen sich mit einigen Fragen während Ihrer Kindheit und Jugend (bis zum 18. Lebensjahr). Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, diese so ehrlich wie möglich zu beantworten.**

**Auch hier haben Sie im Anschluss ein Textfeld zu Ihren Gedanken zur Verfügung.**

**Während meiner Kindheit und Jugend hatte ich genügend zu essen.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend wusste ich, dass es jemanden gibt, der sich um mich kümmert und mich beschützt.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend wurde ich von Familienmitgliedern als "dumm", "faul" oder "hässlich" bezeichnet.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen "high", um für die Familie zu sorgen.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal

Druckversion

23.01.21, 08:31

- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend gab es jemanden in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und etwas Besonderes zu sein.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend musste ich schäbige oder dreckige Kleidung tragen.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend dachte ich, meine Eltern hätten sich gewünscht, dass ich niemals geboren worden wäre.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste.**

- überhaupt nicht

Druckversion

23.01.21, 08:31

- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend gab es nichts, was ich in meiner Familie anders gewünscht hätte.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend wurde ich von Familienangehörigen so stark geschlagen, dass ich blaue Flecken oder andere körperliche Schäden davontrug.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Kabel oder mit einem harten Gegenstand geschlagen.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend gaben meine Angehörigen aufeinander acht.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend sagten Familienangehörige verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend glaube ich, körperlich misshandelt worden zu sein.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend hatte ich die perfekte Kindheit.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrern, Nachbarn oder einem Arzt) auffiel.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend hatte ich das Gefühl, dass mich jemand in meiner Familie hasst.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal

Druckversion

23.01.21, 08:31

- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder sich von mir sexuell berühren zu lassen.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm ausführe.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend hatte ich die beste Familie der Welt.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend drängte mich jemand, bei sexuellen Handlungen mitzumachen oder bei sexuellen Handlungen zuzusehen.**

- überhaupt nicht

Druckversion

23.01.21, 08:31

- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend belästigte mich jemand sexuell.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend glaube ich, emotional missbraucht worden zu sein.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn es nötig war.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend glaube ich, sexuell missbraucht worden zu sein.**

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Während meiner Kindheit und Jugend gab meine Familie mir Kraft und Rückhalt.**

file:///Users/isabellpaasch/Desktop/Druckversion\_Umfrage.webarchive

Seite 16 von 22

Druckversion

23.01.21, 08:31

- überhaupt nicht
- sehr selten
- einige Mal
- häufig
- sehr häufig

**Hier haben Sie die Möglichkeit mir Ihre Gedanken zu den Fragen zu aversiven Kindheitserfahrungen mitzuteilen.**



---

## 6 (K)PTBS

---

**Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen oder belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte wählen Sie die Erfahrung aus, die Sie am meisten belastet haben und beantworten Sie die Fragen auf diese Erfahrung hin.**

**Am Ende der Fragen finden Sie auch wieder ein Textfeld für Gedanken, welche Sie mir mitteilen möchten.**

**An welche traumatische oder belastende Lebenserfahrung denken Sie?**

Erinnern Sie keine traumatische oder belastende Lebenserfahrung, dann tragen Sie in das Antwortfeld bitte "keins" ein, die Umfrage endet dann an dieser Stelle für Sie.



---

## 7 Standardseite

---

**Wann fand dieses Erlebnis statt?**

- vor weniger als 6 Monaten
- vor 6 bis 12 Monaten
- vor 1-5 Jahren
- vor 5 bis 10 Jahren

Druckversion

23.01.21, 08:31

- vor 10 bis 20 Jahren
- vor mehr als 20 Jahren

**Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und markieren Sie dann das Feld, welches angibt, wie sehr Sie das Problem im letzten Monat belastet hat.**

**Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.**

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Sehr stark

**Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet.**

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Sehr stark

**Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).**

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Sehr stark

**Vermeiden, dass etwas von Außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).**

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich

Druckversion

23.01.21, 08:31

 Sehr stark**Extrem wachsam sein, aufmerksam oder "auf der Hut" sein.** Gar nicht Ein bisschen Mittelmäßig Ziemlich Sehr stark**Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.** Gar nicht Ein bisschen Mittelmäßig Ziemlich Sehr stark**Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat:****Auf ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?** Gar nicht Ein bisschen Mittelmäßig Ziemlich Sehr stark**Auf ihre Arbeit oder ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?** Gar nicht Ein bisschen Mittelmäßig Ziemlich Sehr stark**Auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistung für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?** Gar nicht

Druckversion

23.01.21, 08:31

- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Sehr stark

**Hier stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende oder traumatische Erlebnisse**

**hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit**

**anderen Menschen verhalten. Bitte geben Sie an, wie sehr jede Aussage auf Sie zutrifft.**

**Wenn ich aufgeregt bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige.**

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Sehr stark

**Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.**

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Sehr stark

**Ich fühle mich als Versager.**

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Sehr stark

**Ich fühle mich wertlos.**

- Gar nicht

Druckversion

23.01.21, 08:31

- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Sehr stark

**Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.**

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Sehr stark

**Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben.**

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Sehr stark

**Haben die oben genannten Probleme aus den Bereichen Gefühle, Einstellung zu sich selbst und zu Beziehungen im letzten Monat:**

**Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt?**

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Mittelmäßig
- Ziemlich
- Sehr stark

**Sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?**

- Gar nicht
- Ein bisschen
- Mittelmäßig

Druckversion

23.01.21, 08:31

- Ziemlich  
 Sehr stark

**Sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?**

- Gar nicht  
 Ein bisschen  
 Mittelmäßig  
 Ziemlich  
 Sehr stark

**Gibt es noch etwas, dass Sie mir bezüglich der Fragen zu den möglichen Auswirkungen dieser belastenden Lebenserfahrung mitteilen möchten?**



---

## 8 Endseite

---

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme an meiner Umfrage.**

**In dieser Umfrage wird leider kein Link generiert. Bitte macht ein Screenshot oder Foto**

**von dieser Seite und schickt dieses an meine Mailadresse:  
isabell\_pasch@hotmail.com**

**Ich sammle eure Screenshots bei mir und schicke die dann nächste Woche Dienstag an die HFH.**

**Bitte in der Mail euren Namen und die Matrikelnummer vermerken, damit euch die VPN's bescheinigt werden können. Danke!**

**Umfrage zur Feinfühligkeit und Entwicklungstraumatisierung von Isabell Paasch**

---

**Anhang B: Fragebogen zur Feinfühligkeit**

Christina Blach und Josef W. Egger

**FRAGEBOGEN ZUR HOCHSENSIBILITÄT**

Übertragung der *Highly Sensitive Person Scale* (HSPS) von Aron & Aron (1997) ins Deutsche v. Christina Blach & Josef W. Egger (2011; Medizinische Universität Graz, Forschungseinheit für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und Empirische Psychosomatik. Leiter: Univ.-Prof. Dr. J. W. Egger)

Die Vorgabe an die ProbandInnen erfolgt unter „Fragebogen zur Feinfühligkeit“

**FRAGEBOGEN ZUR FEINFÜHLIGKEIT**

**Geschlecht:**  weiblich  männlich **Alter:** ..... Jahre

**Familienstand:**

- ledig
- Partnerschaft
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

**Höchster Schulabschluss:**

- Pflichtschule
- Lehre
- Matura
- Universität

**Beruf:** .....

Im Folgenden finden Sie 27 Aussagen, die das Ausmaß der Feinfühligkeit einer Person erfassen. Wenn eine Aussage

- **gar nicht** auf Sie **zutrifft**, dann kreuzen Sie die Zahl 1 an,
- **nur wenig** auf Sie **zutrifft**, dann kreuzen sie die Zahl 2 an,
- **doch teilweise** auf Sie **zutrifft**, dann kreuzen Sie die Zahl 3 an,
- **ziemlich gut** auf Sie **zutrifft**, dann kreuzen Sie die Zahl 4 an,
- **völlig** auf Sie **zutrifft**, dann kreuzen Sie die Zahl 5 an.

Bitte achten Sie darauf, dass Sie alle Aussagen zügig und aufrichtig beantworten. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, sondern nur solche, die mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt.

		gar nicht zutreffend	nur wenig zutreffend	doch teilweise zutreffend	ziemlich gut zutreffend	völlig zutreffend
1.	Ich fühle mich durch starke Sinneseindrücke (Riechen, Schmecken, Hören, Sehen, Fühlen) leicht überwältigt.	1	2	3	4	5
2.	Ich habe eine feine Wahrnehmung für unterschwellige Dinge in meiner Umgebung.	1	2	3	4	5
3.	Die Stimmungen anderer Menschen beeinflussen mich merklich.	1	2	3	4	5
4.	Ich bin schmerzempfindlicher als andere Menschen.	1	2	3	4	5
5.	Ich habe an stressigen Tagen das starke Bedürfnis, mich an einen Ort zurückzuziehen, wo ich alleine bin und mich erholen kann.	1	2	3	4	5

*„Hochsensible Persönlichkeit“ – Bericht zum Forschungsprojekt zur Hochsensibilität*

6.	Ich reagiere besonders empfindlich auf Koffein (z.B. mit Unruhe, Herzrasen u.a.).	① ② ③ ④ ⑤
7.	Ich fühle mich leicht überwältigt von intensiven Reizen wie hellem Licht, starken Gerüchen, grober Kleidung und starkem Lärm (z.B. durch laute Sirenen in der Nähe).	① ② ③ ④ ⑤
8.	Ich habe ein reiches, vielfältiges Innenleben.	① ② ③ ④ ⑤
9.	Laute Geräusche empfinde ich als sehr unangenehm.	① ② ③ ④ ⑤
10.	Bestimmte Musik berührt mich sehr stark.	① ② ③ ④ ⑤
11.	Wenn ich nervlich sehr angespannt bin, will ich nur noch alleine sein.	① ② ③ ④ ⑤
12.	Ich bin gewissenhafter und ordentlicher als die meisten Menschen in meiner Umgebung.	① ② ③ ④ ⑤
13.	Ich erschrecke leichter als andere Menschen.	① ② ③ ④ ⑤
14.	Ich werde sehr unruhig, wenn ich in kurzer Zeit viel zu tun habe.	① ② ③ ④ ⑤
15.	Wenn sich Menschen in einer Umgebung unwohl fühlen, versuche ich die Situation angenehmer zu gestalten (z.B. durch Veränderung der Beleuchtung oder Sitzanordnung).	① ② ③ ④ ⑤
16.	Ich werde sehr ärgerlich, wenn von mir erwartet wird, zu viele Dinge gleichzeitig zu erledigen.	① ② ③ ④ ⑤
17.	Ich gebe mir große Mühe, keine Fehler zu machen und nichts zu vergessen.	① ② ③ ④ ⑤
18.	Gewalttätige Filme oder Fernsehsendungen wühlen mich sehr auf.	① ② ③ ④ ⑤
19.	Ich fühle mich genervt, wenn sich um mich herum viel abspielt.	① ② ③ ④ ⑤
20.	Ein starkes Hungergefühl löst intensive Reaktionen in mir aus (z.B. werde ich sehr unruhig, meine Konzentration lässt nach, meine Stimmung verschlechtert sich).	① ② ③ ④ ⑤
21.	Veränderungen in meinem Leben bringen mich merkbar durcheinander.	① ② ③ ④ ⑤
22.	Ich nehme feine Düfte, Geschmäcker, Klänge oder Kunstwerke deutlich wahr und genieße sie.	① ② ③ ④ ⑤
23.	Ich empfinde es als sehr unangenehm, wenn ich mich mit vielen Dingen gleichzeitig beschäftigen muss.	① ② ③ ④ ⑤
24.	Für mich ist es sehr wichtig, aufregende oder überfordernde Situationen in meinem Leben zu vermeiden.	① ② ③ ④ ⑤
25.	Starke Reize wie laute Geräusche oder chaotische Szenen stören mich sehr.	① ② ③ ④ ⑤
26.	Wenn ich mit anderen Menschen konkurrieren muss (oder während der Durchführung einer Aufgabe beobachtet werde), werde ich so nervös, dass ich viel schlechter abschneide als ich eigentlich könnte.	① ② ③ ④ ⑤
27.	In meiner Kindheit hielten mich meine Eltern oder Lehrer für sensibler als andere Kinder.	① ② ③ ④ ⑤

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

## Anhang C: Childhood Trauma Questionnaire



Deutsche  
**TRAUMASTIFTUNG**

com.can



### **Child Trauma Questionnaire (CTQ)**

Der Proband beurteilt das Auftreten von Misshandlung auf einer fünfstufigen Skala, die von „überhaupt nicht“ [1] bis „sehr häufig“ [5] reicht. Der Fragebogen besteht aus fünf Unterskalen: emotionale Misshandlung, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, körperliche Vernachlässigung, die jeweils aus fünf Items bestehen und einer zusätzlichen Bagatellisierungsskala, die aus 3 Items besteht. Der Gesamtwert jeder Misshandlungssubskala reicht von fünf Punkten (keine Misshandlung in der Kindheit und Jugend) bis zu 25 Punkten (extreme Erfahrungen von Misshandlung).

Das eingesetzte Instrument ist die Kurzform des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), bestehend aus 28 Items (Bernstein et al., 2003). Der CTQ ist das international am häufigsten eingesetzte Screening-Instrument zur Erhebung von Misshandlungen in Kindheit und Jugend (bis zum 18. Lebensjahr). Die Validierung der Deutschen Version erfolgte durch Klinitzke und Kollegen (Klinitzke, Romppel, Hauser, Brahler, & Glaesmer, 2012).

### **Anmerkung zum CTQ von Prof. Jörg M. Fegert anlässlich der vorgestellten aktuellen**

**Studie:** *„Für viele Betroffene ist diese Einteilung, weil die Frage, wie beschämt und psychisch betroffen jemand reagiert, nicht eindeutig mit der Art der Handlung, also schweren, fortgesetztem Missbrauch mit Penetration oder Berührung im Schambereich, Verbreitung von beschämenden Fotos etc., korreliert. Was also 'schwer' oder 'extrem' ist, ist für jeden Menschen subjektiv unterschiedlich. Für den wissenschaftlichen Vergleich braucht man aber eher verhaltensbezogene Schweregrade, um besser vergleichen zu können. Hier sind die schwereren Formen von Missbrauch methodisch besser zu vergleichen als das breite Feld sexualisierter Übergriffe auf Kinder und Jugendliche. Ich finde es deshalb richtig, dass man im Kontext von Kampagnen und bei der Sensibilisierung das gesamte Feld, welches im CTQ beschrieben werden kann, zur Beschreibung der Dimension heranzieht. Wenn man aber Anstiege oder Rückgang diskutieren möchte, ist es sinnvoller, sich auf die härter definierten 'mäßigen bis extremen' Formen in der Beschreibung des CTQ zu konzentrieren, weil diese weniger abhängig sind vom gesellschaftlichen Klima, also ob man sich überhaupt traut darüber zu reden etc..“*

**Nachfolgend die in der Studie eingesetzte verkürzte Form des CTQ:**

Diese Fragen befassen sich mit einigen Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend (bis zum 18. Lebensjahr). Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten. Markieren Sie dazu bitte für jede Frage die Zahl, die am besten beschreibt, wie Sie sich fühlen, mit einem Kreuz oder einem Kreis.

**Fragebogen: Während meiner Kindheit und Jugend...**

	überhaupt nicht	sehr selten	einige Male	häufig	sehr häufig
1. hatte ich nicht genügend zu essen.	1	2	3	4	5
2. wusste ich, dass es jemand gibt, der sich um mich kümmert und mich beschützt.	1	2	3	4	5
3. wurde ich von Familienmitgliedern als „dumm“, „faul“ oder „hässlich“ bezeichnet.	1	2	3	4	5
4. waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen.	1	2	3	4	5
5. gab es jemand in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und etwas Besonderes zu sein.	1	2	3	4	5
6. musste ich schäbige oder dreckige Kleidung tragen.	1	2	3	4	5
7. hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	1	2	3	4	5
8. dachte ich, meine Eltern hätten sich gewünscht, dass ich niemals geboren worden wäre.	1	2	3	4	5
9. wurde ich von jemanden aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste.	1	2	3	4	5
10. gab es nichts, was ich in meiner Familie anders gewünscht hätte.	1	2	3	4	5
11. wurde ich von Familienangehörigen so stark geschlagen, dass ich blaue Flecken oder andere körperliche Schäden davontrug.	1	2	3	4	5
12. wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock,	1	2	3	4	5

einem Kabel oder mit einem harten Gegenstand geschlagen.					
13. gaben meine Angehörigen aufeinander acht.	1	2	3	4	5
14. sagten Familienangehörige verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.	1	2	3	4	5
15. glaube ich, körperlich misshandelt worden zu sein.	1	2	3	4	5
16. hatte ich die perfekte Kindheit.	1	2	3	4	5
17. wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z.B. Lehrern, Nachbarn oder einem Arzt) auffiel.	1	2	3	4	5
18. hatte ich das Gefühl, dass mich jemand in meiner Familie hasst.	1	2	3	4	5
19. fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.	1	2	3	4	5
20. versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder sich von mir sexuell berühren zu lassen.*	1	2	3	4	5
21. drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm ausführe.*	1	2	3	4	5
22. hatte ich die beste Familie der Welt.	1	2	3	4	5
23. drängte mich jemand, bei sexuellen Handlungen mitzumachen oder bei sexuellen Handlungen zuzusehen. *	1	2	3	4	5
24. belästigte mich jemand sexuell.*	1	2	3	4	5
25. glaube ich, emotional missbraucht worden zu sein.	1	2	3	4	5
26. gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn es nötig war.	1	2	3	4	5
27. glaube ich, sexuell missbraucht worden zu sein.*	1	2	3	4	5
28. gab meine Familie mir Kraft und Rückhalt.	1	2	3	4	5

\*Fragen zu  
sexuellem  
Missbrauch

**Auswertung und Skalenberechnung:**

Umpolung der Werte: „5“ wird zu „1“, „4“ wird zu „2“, „3“ wird zu „3“, „2“ wird zu „4“  
und „1“ wird zu „5“.

Inverse Items: Item 2, Item 5, Item 7, Item 13, Item 19, Item 26, Item 28.

Berechnung der Skalen (es darf je Skala maximal 1 Item fehlen):

**Emotionale Misshandlung:** Summe der Items **3, 8, 14, 18, 25**

**Körperliche Misshandlung:** Summe der Items **9, 11, 12, 15, 17**

**Sexueller Missbrauch:** Summe der Items **20, 21, 23, 24, 27**

**Emotionale Vernachlässigung:** Summe der Items **5 (R), 7 (R), 13 (R), 19 (R), 28 (R)**

**Körperliche Vernachlässigung:** Summe der Items **1, 2 (R), 4, 6, 26 (R)**

**Bagatellisierung:** Items **10,16,22** („1“ Bis „4“ werden zu „0“, „5“ wird zu „1“)

**Skaleninterpretation:**

**Schweregradeinteilung nach Häuser und Kollegen (2011):**

	<b>Nicht bis minimal</b>	<b>Gering bis mäßig</b>	<b>Mäßig bis schwer</b>	<b>Schwer bis extrem</b>
<b>Emotionale Misshandlung</b>	5 - 8	9 - 12	13 - 15	16 - 25
<b>Körperliche Misshandlung</b>	5 - 7	8 - 9	10 - 12	13 - 25
<b>Sexueller Missbrauch</b>	5	6 - 7	8 - 12	13 - 25
<b>Emotionale Vernachlässigung</b>	5 - 9	10 - 14	15 - 17	18 - 25
<b>Körperliche Vernachlässigung</b>	5 - 7	8 - 9	10 - 12	13 - 25

**Errechnung der Prävalenzen:**

Alle Probanden, die auf den jeweiligen Skalen Werte in den Bereichen „mäßig bis schwer“ oder „schwer bis extrem“ aufweisen.

**Quellen**

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.*, 27(2), 169-190.

Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(17), 287-294.

Klinitzke, G., Romppel, M., Hauser, W., Braehler, E., & Glaesmer, H. (2012). [The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population]. *Psychother.Psychosom.Med.Psychol.*, 62(2), 47-51

## **Anhang D: International Trauma Questionnaire**

### Der Internationale Trauma Questionnaire – deutsche Version

#### **Überblick**

Das beiliegende Instrument ist ein kurzes und einfaches Verfahren, welches sich auf die Kernsymptome der PTBS und KPTBS bezieht und einfachen diagnostischen Regeln folgt. Der ITQ wurde in Übereinkunft mit den organisierenden Prinzipien der ICD-11 entwickelt, entsprechend der Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diese sind: die Maximierung des klinischen Nutzens und die Sicherung der internationalen Anwendbarkeit durch ein Fokussieren auf die Kernsymptome einer vorhandenen Störung. Der ITQ steht allen Interessierten zur Verfügung. Die Evaluation dieses Verfahrens wird weiter fortgesetzt, da dies in Beziehung zur Definition der funktionalen Beeinträchtigung für PTBS und KPTBS steht und die Inhalte der einzelnen Fragen möglicherweise für Behandlungsergebnisse Vorhersagekraft haben.

#### **Diagnostischer Algorithmus**

**PTBS:** Die Diagnose einer PTBS erfordert eines aus zwei Symptomen aus den Symptombereichen: (1) Wiedererleben im Hier und Jetzt, (2) Vermeidung und (3) Gefühl einer aktuellen Bedrohung sowie zumindest einen Indikator für die funktionale Beeinträchtigung in Verbindung mit diesen Symptomen. Ein Symptom oder ein funktionaler Beeinträchtigungsindikator ist erfüllt, wenn der jeweilige Wert  $\geq 2$  ist.

**KPTBS:** Die Diagnose einer KPTBS erfordert eines aus zwei Symptomen auf jedem der drei PTBS-Symptom-Gruppen (Wiedererleben in Hier und Jetzt, Vermeidung, Gefühl einer aktuellen Bedrohung) und eines aus zwei Symptomen aus jedem der drei Bereiche zu den Störungen in der Selbstorganisation (DSO): (1) affektive Dysregulation, (2) negatives Selbstkonzept, (3) problematische Beziehungen. Eine funktionale Beeinträchtigung muss vorliegen, wobei mindestens einer der Indikatoren für funktionale Beeinträchtigung im Bereich der PTBS Symptome und mindestens einer der Indikatoren im Bereich der DSO Symptome erfüllt ist. Ein Symptom oder ein funktionaler Beeinträchtigungsindikator ist erfüllt, wenn der jeweilige Wert  $\geq 2$  ist.

Ein Individuum kann entweder die Diagnose der PTBS oder der KPTBS erhalten, aber nicht beide. Wenn eine Person die Kriterien für die Diagnose einer KPTBS erfüllt, dann erfüllt sie die Kriterien der Diagnose PTBS nicht.

Die Beurteilungskriterien sind am Ende dieses Dokuments angeführt.

**DIE REFERENZ** für dieses Mittel ist:

Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (in press). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. DOI: 10.1111/acps.12956

#### **Hintergrundpublikationen:**

Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A.,...Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.

Karatzias T., Shevlin M., Fyvie C., Hyland P., Efthymiadou E., Wilson D.,...Cloitre M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>

Hyland, P., Shevlin M., Brewin C.R., Cloitre M., Downes A.J., Jumble, S.,...Roberts, N.P. (2017). Validation of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 136, 313-322. doi: 10.1111/acps.12771.

Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin C.R. & Cloitre M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire, *European Journal of Psychotraumatology*, 9:1, DOI: 10.1080/20008198.2017.1419749

Cloitre et al. (2018): ITQ finalisiert, Deutsche Übersetzung: Lueger-Schuster, Knefel, Maercker (2015/2018)

**Instruktion:** Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen oder belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte wählen Sie die Erfahrung aus, die Sie am meisten belastet und beantworten Sie die Fragen auf diese Erfahrung hin.

**Belastende Lebenserfahrung** \_\_\_\_\_

**Wann fand dieses Erlebnis statt? (bitte eine der Möglichkeiten ankreuzen)**

- a. vor weniger als 6 Monaten      d. vor 5 bis 10 Jahren  
 b. vor 6 bis 12 Monaten          e. vor 10 bis 20 Jahren  
 c. vor 1 bis 5 Jahren              f. vor mehr als 20 Jahren

**Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und kreuzen dann die Zahl auf der rechten Seite an, die angibt, wie sehr Sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat.**

	<i>Gar nicht</i>	<i>Ein bisschen</i>	<i>Mittelmäßig</i>	<i>Ziemlich</i>	<i>Sehr stark</i>
P1. Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.	0	1	2	3	4
P2. Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet.	0	1	2	3	4
P3. Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).	0	1	2	3	4
P4. Vermeiden, dass etwas von Außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).	0	1	2	3	4
P5. Extrem wachsam sein, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein.	0	1	2	3	4
P6. Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.	0	1	2	3	4

**Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat:**

P7. Auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?	0	1	2	3	4
P8. Auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0	1	2	3	4
P9. Auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0	1	2	3	4

Hier stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende oder traumatische Erlebnisse hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten. Bitte geben Sie an, wie sehr jede der Aussagen auf Sie zutrifft.

Wie sehr trifft dies auf Sie zu?

Gar nicht      Ein  
bisschen      Mittel-  
mäßig      Ziemlich      Sehr stark

C1. Wenn ich aufgeregt bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige.	0	1	2	3	4
C2. Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.	0	1	2	3	4
C3. Ich fühle mich als Versager.	0	1	2	3	4
C4. Ich fühle mich wertlos.	0	1	2	3	4
C 5. Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.	0	1	2	3	4
C6. Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben.	0	1	2	3	4

Haben die oben genannten Probleme aus den Bereichen Gefühle, Einstellungen zu sich selbst und zu Beziehungen im letzten Monat:

C7. Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt?	0	1	2	3	4
C8. Sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0	1	2	3	4
C9. Sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0	1	2	3	4

Cloitre et al. (2018): ITQ finalisiert, Deutsche Übersetzung: Lueger-Schuster, Knefel, Maercker (2015/2018)

**1. Beurteilungskriterien für PTBS und KPTBS****PTBS**

Wenn P1 oder P2  $\geq 2$ , Kriterien für „Wiederleben im Hier und Jetzt“ (Re\_dx) erfüllt

Wenn P3 oder P4  $\geq 2$ , Kriterien für „Vermeidung“ (Av\_dx) erfüllt

Wenn P5 oder P6  $\geq 2$ , Kriterien für „Gefühl einer aktuellen Bedrohung“ (Th\_dx) erfüllt

UND

Zumindest eines von P7, P8 oder P9  $\geq 2$  erfüllt die Kriterien für „PTBS funktionale Beeinträchtigung“ (PTBSFI)

Wenn Kriterien für „Re\_dx“ UND „Av\_dx“ UND „Th\_dx“ UND „PTBSFI“ erfüllt sind, sind die Kriterien für die Diagnose einer PTBS erfüllt.

**KPTBS**

Wenn C1 oder C2  $\geq 2$  Kriterien für affektive Dysregulation (AD\_dx) erfüllt

Wenn C3 oder C4  $\geq 2$  Kriterien für negatives Selbstkonzept (NSC\_dx) erfüllt

Wenn C5 oder C6  $\geq 2$  Kriterien für problematische Beziehungen (DR\_dx) erfüllt

UND

Zumindest eines von C7, C8 oder C9  $\geq 2$  erfüllt die Kriterien für „DSO funktionale Beeinträchtigung“ (DSOFI)

Wenn die Kriterien für „AD\_dx“ UND „NSC\_dx“ UND „DR\_dx“ und „DSOFI“ erfüllt sind, sind die Kriterien für DSO erfüllt.

Eine PTBS wird diagnostiziert, wenn die Kriterien für PTBS erfüllt sind, aber nicht für DSO.

KPTBS wird diagnostiziert, wenn die Kriterien für PTBS UND die Kriterien für DSO erfüllt sind.

Das NICHT-Erfüllen der Kriterien einer PTBS oder nur das Erfüllen der Kriterien erfüllt KEINE Diagnose.

**2. Dimensionale Bewertung für PTBS und KPTBS**

Die Werte können für jedes PTBS und jedes DSO Symptom-Cluster summiert werden und ergeben so den Wert für PTBS bzw. DSO.

**PTBS**

Summe der Likert-Werte für P1 und P2 = Wiedererleben im Hier und Jetzt (Re)

Summe der Likert-Werte für P3 und P4 = Vermeidungswert (Av)

Summe der Likert-Werte für P5 und P6 = Gefühl einer aktuellen Bedrohung (Th)

Summe von Re, Av, und Th = PTBS-Wert

**DSO**

Summe der Likert-Werte für C1 und C2 = Affektive Dysregulation (AD)

Summe der Likert-Werte für C3 und C4 = Negatives Selbstkonzept (NSC)

Summe der Likert-Werte für C5 und C6 = problematische Beziehungen (DR)

Summe von AD, NSC und DR = DSO-Wert

**Anhang E: SPSS Tabellen Hypothese 1**

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob HS hochsensible Teilnehmende häufiger traumatische Kindheitserfahrungen machten als nicht-hochsensible Teilnehmende.

**Korrelationen**

		SM_Score	EM_Score	KM_Score	EV_Score	KV_Score	Smolewska_EOE	Smolewska_AES	Smolewska_LST	HS_Smolenska
SM_Score	Pearson-Korrelation	1	,486**	,448**	,361**	,403**	,159**	,116**	,159**	,173**
	Sig. (2-seitig)		,000	,000	,000	,000	,000	,004	,000	,000
	N	623	623	623	623	623	623	623	623	623
EM_Score	Pearson-Korrelation	,486**	1	,577**	,732**	,622**	,301**	,322**	,292**	,358**
	Sig. (2-seitig)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	623	623	623	623	623	623	623	623	623
KM_Score	Pearson-Korrelation	,448**	,577**	1	,482**	,499**	,142**	,140**	,163**	,168**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	623	623	623	623	623	623	623	623	623
EV_Score	Pearson-Korrelation	,361**	,732**	,482**	1	,728**	,239**	,240**	,275**	,292**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	623	623	623	623	623	623	623	623	623
KV_Score	Pearson-Korrelation	,403**	,622**	,499**	,728**	1	,186**	,172**	,195**	,217**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	623	623	623	623	623	623	623	623	623
Smolewska_EOE	Pearson-Korrelation	,159**	,301**	,142**	,239**	,186**	1	,604**	,687**	,893**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	623	623	623	623	623	623	623	623	623
Smolewska_AES	Pearson-Korrelation	,116**	,322**	,140**	,240**	,172**	,604**	1	,654**	,843**
	Sig. (2-seitig)	,004	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	623	623	623	623	623	623	623	623	623
Smolewska_LST	Pearson-Korrelation	,159**	,292**	,163**	,275**	,195**	,687**	,654**	1	,873**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	623	623	623	623	623	623	623	623	623
HS_Smolenska	Pearson-Korrelation	,173**	,358**	,168**	,292**	,217**	,893**	,843**	,873**	1
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	623	623	623	623	623	623	623	623	623

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	Unterer Wert	Oberer Wert
SM_Score	Varianzen sind gleich	14,040	,000	2,938	621	,003	,904	,308	,300	1,508
	Varianzen sind nicht gleich			2,680	298,217	,008	,904	,337	,240	1,567
EM_Score	Varianzen sind gleich	23,288	,000	7,388	621	,000	3,151	,427	2,314	3,989
	Varianzen sind nicht gleich			6,778	301,603	,000	3,151	,465	2,236	4,066
KM_Score	Varianzen sind gleich	23,170	,000	3,630	621	,000	,916	,252	,421	1,412
	Varianzen sind nicht gleich			3,197	278,691	,002	,916	,287	,352	1,481
EV_Score	Varianzen sind gleich	8,162	,004	6,162	621	,000	2,790	,453	1,901	3,679
	Varianzen sind nicht gleich			5,883	327,564	,000	2,790	,474	1,857	3,723
KV_Score	Varianzen sind gleich	11,540	,001	4,658	621	,000	1,023	,220	,592	1,454
	Varianzen sind nicht gleich			4,403	320,703	,000	1,023	,232	,566	1,480

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

		Standardisierer <sup>a</sup>	Punktschätzung	95% Konfidenzintervall	
				Unterer Wert	Oberer Wert
SM_Score	Cohen's d	3,540	,255	,084	,426
	Hedges' Korrektur	3,544	,255	,084	,426
	Glass' Delta	3,246	,278	,107	,450
EM_Score	Cohen's d	4,909	,642	,468	,816
	Hedges' Korrektur	4,915	,641	,467	,815
	Glass' Delta	4,531	,696	,519	,872
KM_Score	Cohen's d	2,905	,315	,144	,487
	Hedges' Korrektur	2,908	,315	,144	,486
	Glass' Delta	2,551	,359	,187	,531
EV_Score	Cohen's d	5,211	,535	,362	,708
	Hedges' Korrektur	5,217	,535	,362	,707
	Glass' Delta	5,006	,557	,383	,731
KV_Score	Cohen's d	2,527	,405	,233	,576
	Hedges' Korrektur	2,530	,404	,232	,576
	Glass' Delta	2,405	,425	,252	,598

- a. Der bei der Schätzung der Effektgrößen verwendete Nenner.  
 Cohen's d verwendet die zusammengefasste Standardabweichung.  
 Hedges' Korrektur verwendet die zusammengefasste Standardabweichung und einen Korrekturfaktor.  
 Glass' Delta verwendet die Standardabweichung einer Stichprobe von der Kontrollgruppe.

**Anhang F: SPSS Tabellen Hypothese 2**

Diese Hypothese sollte überprüfen, ob HS und KPTBS korrelieren.

**Korrelationen**

		HS_Smolensk a	KPTBS_Score	PTBS_Score	Smolewska_E OE	Smolewska_A ES	Smolewska_L ST
HS_Smolenska	Pearson-Korrelation	1	,513**	,477**	,893**	,843**	,873**
	Sig. (2-seitig)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	623	423	423	623	623	623
KPTBS_Score	Pearson-Korrelation	,513**	1	,682**	,501**	,352**	,412**
	Sig. (2-seitig)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	423	423	423	423	423	423
PTBS_Score	Pearson-Korrelation	,477**	,682**	1	,427**	,432**	,338**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	423	423	423	423	423	423
Smolewska_EOE	Pearson-Korrelation	,893**	,501**	,427**	1	,604**	,687**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	623	423	423	623	623	623
Smolewska_AES	Pearson-Korrelation	,843**	,352**	,432**	,604**	1	,654**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	623	423	423	623	623	623
Smolewska_LST	Pearson-Korrelation	,873**	,412**	,338**	,687**	,654**	1
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	623	423	423	623	623	623

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehl- erdifferenz	Unterer Wert	Oberer Wert
KPTBS_Score	Varianzen sind gleich	8,992	,003	9,318	421	,000	6,79833	,72961	5,36420	8,23246
	Varianzen sind nicht gleich			8,838	246,381	,000	6,79833	,76923	5,28323	8,31343

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

		Standardisier- er <sup>a</sup>	Punktschätzu- ng	95% Konfidenzintervall	
				Unterer Wert	Oberer Wert
KPTBS_Score	Cohen's d	7,08627	,959	,747	1,171
	Hedges' Korrektur	7,09892	,958	,746	1,169
	Glass' Delta	6,67232	1,019	,799	1,237

a. Der bei der Schätzung der Effektgrößen verwendete Nenner.  
 Cohen's d verwendet die zusammengefasste Standardabweichung.  
 Hedges' Korrektur verwendet die zusammengefasste Standardabweichung und einen Korrekturfaktor.  
 Glass' Delta verwendet die Standardabweichung einer Stichprobe von der Kontrollgruppe.

**Anhang G: SPSS Tabellen und Diagramme Regegressionsanalyse**Voraussetzungen Regegressionsanalyse

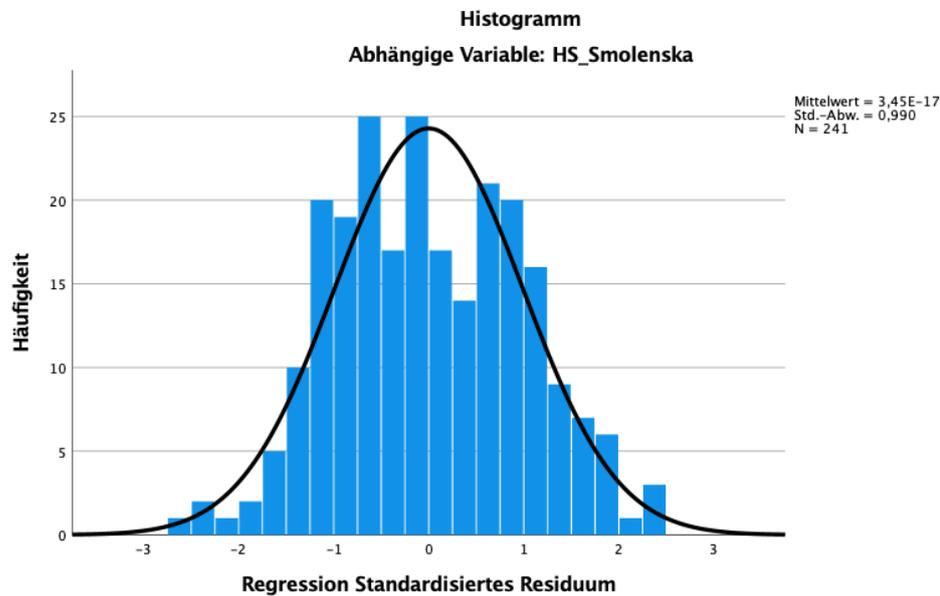
Kollinearität:

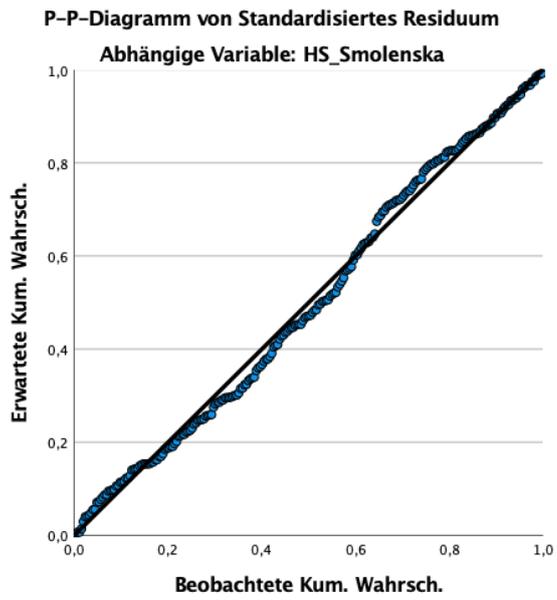
**Kollinearitätsdiagnose<sup>a</sup>**

Modell	Dimension	Eigenwert	Konditionsindex	(Konstante)	Dummy_SS	Varianzanteile			
						Dummy_Geschlecht	KPTBS_Score	HS_Eltern	PTBS_Score
1	1	4,376	1,000	,00	,02	,01	,00	,01	,00
	2	,744	2,425	,00	,03	,01	,00	,93	,00
	3	,463	3,074	,01	,89	,07	,01	,02	,00
	4	,303	3,801	,01	,02	,76	,04	,01	,02
	5	,070	7,923	,96	,00	,12	,08	,01	,19
	6	,044	9,953	,03	,03	,02	,86	,01	,78

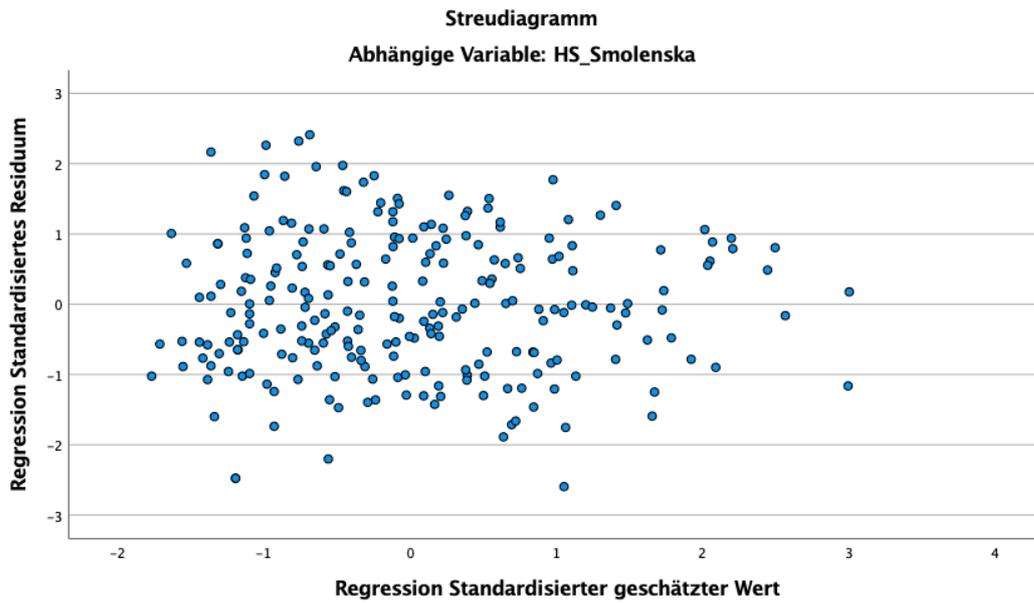
a. Abhängige Variable: HS\_Smolenska

Normalverteilung der Residuen:

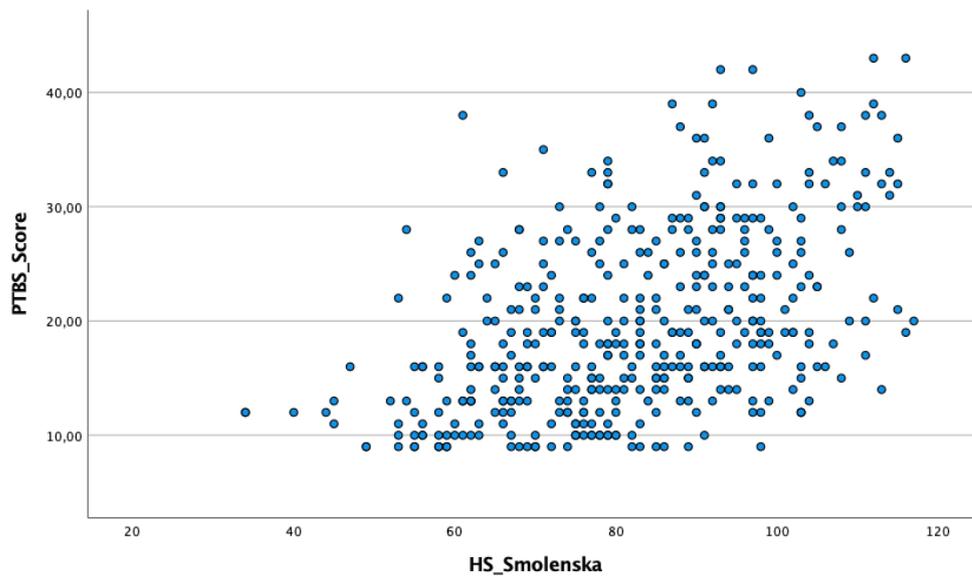
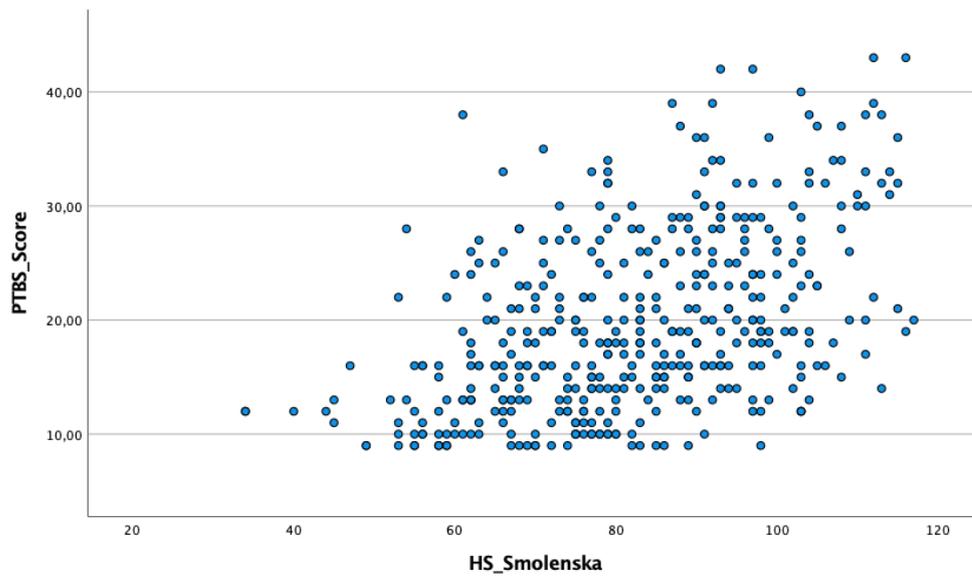




Homoskedastizität:



Linearität der UV und AV:



Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse**Modellzusammenfassung<sup>b</sup>**

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,568 <sup>a</sup>	,323	,308	14,137	1,277

a. Einflußvariablen : (Konstante), Dummy Geschlecht, HS\_Eltern, KPTBS\_Score, Dummy\_SS, PTBS\_Score

b. Abhängige Variable: HS\_Smolenska

**ANOVA<sup>a</sup>**

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	22385,387	5	4477,077	22,401	,000 <sup>b</sup>
	Nicht standardisierte Residuen	46966,779	235	199,859		
	Gesamt	69352,166	240			

a. Abhängige Variable: HS\_Smolenska

b. Einflußvariablen : (Konstante), Dummy Geschlecht, HS\_Eltern, KPTBS\_Score, Dummy\_SS, PTBS\_Score

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		Sig.	95,0% Konfidenzintervalle für B		Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient <sup>b</sup>	Std.-Fehler	Beta	T		Untergrenze	Obergrenze	Toleranz	VIF
1	(Konstante)	51,697	2,982		17,339	,000	45,823	57,571		
	KPTBS_Score	,765	,158	,346	4,835	,000	,453	1,077	,563	1,777
	PTBS_Score	,541	,167	,240	3,244	,001	,212	,869	,528	1,894
	HS_Eltern	4,895	2,179	,121	2,246	,026	,602	9,188	,992	1,009
	Dummy_SS	1,242	1,913	,036	,649	,517	-2,526	5,010	,920	1,087
	Dummy Geschlecht	3,151	1,938	,088	1,626	,105	-,666	6,969	,978	1,022

a. Abhängige Variable: HS\_Smolenska

**Anhang H: SPSS Tabellen explorative Datenanalyse**Ergebnisse *t*-Test Unterschied überhaupt nicht zufrieden / sehr zufrieden:

Test bei unabhängigen Stichproben										
		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit						
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehlerdifferenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
									Unterer Wert	Oberer Wert
EM_Score	Varianzen sind gleich	,394	,535	-3,587	29	,001	-7,377	2,057	-11,584	-3,170
	Varianzen sind nicht gleich			-3,684	22,380	,001	-7,377	2,003	-11,527	-3,228
KM_Score	Varianzen sind gleich	7,909	,009	-2,513	29	,018	-2,786	1,109	-5,054	-,518
	Varianzen sind nicht gleich			-2,037	12,104	,064	-2,786	1,368	-5,764	,191
SM_Score	Varianzen sind gleich	63,809	,000	-3,241	29	,003	-6,568	2,027	-10,713	-2,423
	Varianzen sind nicht gleich			-2,438	10,491	,034	-6,568	2,695	-12,534	-,602
EV_Score	Varianzen sind gleich	,005	,946	-3,432	29	,002	-6,964	2,029	-11,114	-2,814
	Varianzen sind nicht gleich			-3,497	21,887	,002	-6,964	1,991	-11,094	-2,833
KV_Score	Varianzen sind gleich	,378	,543	-2,674	29	,012	-2,605	,974	-4,597	-,612
	Varianzen sind nicht gleich			-2,609	19,305	,017	-2,605	,998	-4,692	-,517
Smolewska_EOE	Varianzen sind gleich	,073	,790	-2,352	29	,026	-5,641	2,398	-10,546	-,736
	Varianzen sind nicht gleich			-2,381	21,464	,027	-5,641	2,370	-10,562	-,720
Smolewska_AES	Varianzen sind gleich	,277	,603	-1,659	29	,108	-2,745	1,655	-6,131	,640
	Varianzen sind nicht gleich			-1,841	27,155	,077	-2,745	1,492	-5,805	,314
Smolewska_LST	Varianzen sind gleich	5,916	,021	-1,593	29	,122	-3,559	2,234	-8,129	1,011
	Varianzen sind nicht gleich			-1,914	28,820	,066	-3,559	1,860	-7,364	,246

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

		Standardisierter <sup>a</sup>	Punktschätzung	95% Konfidenzintervall	
				Unterer Wert	Oberer Wert
EM_Score	Cohen's d	5,480	-1,346	-2,149	-,524
	Hedges' Korrektur	5,627	-1,311	-2,093	-,511
	Glass' Delta	5,159	-1,430	-2,370	-,449
KM_Score	Cohen's d	2,954	-,943	-1,710	-,161
	Hedges' Korrektur	3,033	-,919	-1,666	-,157
	Glass' Delta	4,319	-,645	-1,418	,156
SM_Score	Cohen's d	5,399	-1,217	-2,007	-,409
	Hedges' Korrektur	5,544	-1,185	-1,954	-,398
	Glass' Delta	8,830	-,744	-1,531	,074
EV_Score	Cohen's d	5,405	-1,288	-2,085	-,473
	Hedges' Korrektur	5,550	-1,255	-2,031	-,460
	Glass' Delta	5,182	-1,344	-2,261	-,386
KV_Score	Cohen's d	2,595	-1,004	-1,775	-,217
	Hedges' Korrektur	2,665	-,977	-1,729	-,211
	Glass' Delta	2,734	-,953	-1,778	-,092
Smolewska_EOE	Cohen's d	6,389	-,883	-1,646	-,106
	Hedges' Korrektur	6,561	-,860	-1,603	-,103
	Glass' Delta	6,220	-,907	-1,723	-,056
Smolewska_AES	Cohen's d	4,410	-,623	-1,370	,135
	Hedges' Korrektur	4,528	-,606	-1,335	,132
	Glass' Delta	3,387	-,811	-1,609	,021
Smolewska_LST	Cohen's d	5,952	-,598	-1,345	,158
	Hedges' Korrektur	6,112	-,582	-1,309	,154
	Glass' Delta	3,419	-1,041	-1,885	-,160

a. Der bei der Schätzung der Effektgrößen verwendete Nenner.  
 Cohen's d verwendet die zusammengefasste Standardabweichung.  
 Hedges' Korrektur verwendet die zusammengefasste Standardabweichung und einen Korrekturfaktor.  
 Glass' Delta verwendet die Standardabweichung einer Stichprobe von der Kontrollgruppe.

## Pearson-Korrelation und Lebenszufriedenheit:

		Korrelationen									
		Lebenszufriedenheit HS	KPTBS_Score	Smolewska_EOE	Smolewska_AES	Smolewska_LST	EM_Score	KM_Score	SM_Score	EV_Score	KV_Score
Lebenszufriedenheit HS	Pearson-Korrelation	1	-,413**	-,248**	-,150*	-,129	-,242**	-,125	-,256**	-,267**	-,219**
	Sig. (2-seitig)		,000	,001	,043	,081	,001	,091	,000	,000	,003
	N	183	143	183	183	183	183	183	183	183	183
KPTBS_Score	Pearson-Korrelation	-,413**	1	,501**	,352**	,412**	,499**	,298**	,255**	,405**	,319**
	Sig. (2-seitig)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	143	423	423	423	423	423	423	423	423	423
Smolewska_EOE	Pearson-Korrelation	-,248**	,501**	1	,604**	,687**	,301**	,142**	,159**	,239**	,186**
	Sig. (2-seitig)	,001	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	183	423	623	623	623	623	623	623	623	623
Smolewska_AES	Pearson-Korrelation	-,150*	,352**	,604**	1	,654**	,322**	,140**	,116**	,240**	,172**
	Sig. (2-seitig)	,043	,000	,000		,000	,000	,000	,004	,000	,000
	N	183	423	623	623	623	623	623	623	623	623
Smolewska_LST	Pearson-Korrelation	-,129	,412**	,687**	,654**	1	,292**	,163**	,159**	,275**	,195**
	Sig. (2-seitig)	,081	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	183	423	623	623	623	623	623	623	623	623
EM_Score	Pearson-Korrelation	-,242**	,499**	,301**	,322**	,292**	1	,577**	,486**	,732**	,622**
	Sig. (2-seitig)	,001	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	183	423	623	623	623	623	623	623	623	623
KM_Score	Pearson-Korrelation	-,125	,298**	,142**	,140**	,163**	,577**	1	,448**	,482**	,499**
	Sig. (2-seitig)	,091	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	183	423	623	623	623	623	623	623	623	623
SM_Score	Pearson-Korrelation	-,256**	,255**	,159**	,116**	,159**	,486**	,448**	1	,361**	,403**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,004	,000	,000	,000		,000	,000
	N	183	423	623	623	623	623	623	623	623	623
EV_Score	Pearson-Korrelation	-,267**	,405**	,239**	,240**	,275**	,732**	,482**	,361**	1	,728**
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	183	423	623	623	623	623	623	623	623	623
KV_Score	Pearson-Korrelation	-,219**	,319**	,186**	,172**	,195**	,622**	,499**	,403**	,728**	1
	Sig. (2-seitig)	,003	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	183	423	623	623	623	623	623	623	623	623

\*\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

## Ergebnisse HS eher als Belastung oder eher als Geschenk erleben:

Test bei unabhängigen Stichproben										
		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehlerdifferenz	Unterer Wert	Oberer Wert
EM_Score	Varianzen sind gleich	1,932	,166	-2,265	181	,025	-1,834	,810	-3,431	-,236
	Varianzen sind nicht gleich			-2,244	168,306	,026	-1,834	,817	-3,447	-,220
KM_Score	Varianzen sind gleich	7,708	,006	-2,238	181	,026	-1,188	,531	-2,235	-,141
	Varianzen sind nicht gleich			-2,198	157,236	,029	-1,188	,540	-2,255	-,121
SM_Score	Varianzen sind gleich	2,160	,143	-1,241	181	,216	-,837	,674	-2,167	,493
	Varianzen sind nicht gleich			-1,223	161,095	,223	-,837	,684	-2,188	,515
EV_Score	Varianzen sind gleich	,073	,787	-1,887	181	,061	-1,524	,807	-3,117	,069
	Varianzen sind nicht gleich			-1,892	178,922	,060	-1,524	,805	-3,113	,065
KV_Score	Varianzen sind gleich	2,695	,102	-1,986	181	,049	-,826	,416	-1,647	-,005
	Varianzen sind nicht gleich			-1,962	164,952	,051	-,826	,421	-1,658	,005
Smolewska_EOE	Varianzen sind gleich	,324	,570	-3,095	181	,002	-2,661	,860	-4,358	-,964
	Varianzen sind nicht gleich			-3,110	179,989	,002	-2,661	,856	-4,350	-,973
Smolewska_AES	Varianzen sind gleich	,429	,513	,628	181	,531	,374	,596	-,801	1,550
	Varianzen sind nicht gleich			,633	180,616	,528	,374	,592	-,793	1,542
Smolewska_LST	Varianzen sind gleich	,158	,692	-,622	181	,535	-,415	,668	-1,732	,902
	Varianzen sind nicht gleich			-,622	178,163	,535	-,415	,667	-1,731	,901

## Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben

		Standardisierter <sup>a</sup>	Punktschätzung	95% Konfidenzintervall	
				Unterer Wert	Oberer Wert
EM_Score	Cohen's d	5,462	-,336	-,628	-,043
	Hedges' Korrektur	5,485	-,334	-,625	-,043
	Glass' Delta	5,842	-,314	-,607	-,019
KM_Score	Cohen's d	3,581	-,332	-,624	-,039
	Hedges' Korrektur	3,596	-,330	-,621	-,039
	Glass' Delta	4,041	-,294	-,587	,001
SM_Score	Cohen's d	4,548	-,184	-,475	,107
	Hedges' Korrektur	4,567	-,183	-,473	,107
	Glass' Delta	5,045	-,166	-,457	,126
EV_Score	Cohen's d	5,447	-,280	-,571	,013
	Hedges' Korrektur	5,469	-,279	-,569	,013
	Glass' Delta	5,343	-,285	-,578	,009
KV_Score	Cohen's d	2,807	-,294	-,586	-,002
	Hedges' Korrektur	2,819	-,293	-,584	-,002
	Glass' Delta	3,057	-,270	-,563	,024
Smolewska_EOE	Cohen's d	5,801	-,459	-,752	-,164
	Hedges' Korrektur	5,826	-,457	-,749	-,163
	Glass' Delta	5,587	-,476	-,774	-,176
Smolewska_AES	Cohen's d	4,020	,093	-,198	,384
	Hedges' Korrektur	4,037	,093	-,197	,382
	Glass' Delta	3,808	,098	-,193	,389
Smolewska_LST	Cohen's d	4,504	-,092	-,383	,199
	Hedges' Korrektur	4,523	-,092	-,381	,198
	Glass' Delta	4,463	-,093	-,384	,198

- a. Der bei der Schätzung der Effektgrößen verwendete Nenner.  
 Cohen's d verwendet die zusammengefasste Standardabweichung.  
 Hedges' Korrektur verwendet die zusammengefasste Standardabweichung und einen Korrekturfaktor.  
 Glass' Delta verwendet die Standardabweichung einer Stichprobe von der Kontrollgruppe.

Ergebnis t-Test und Pearson Korrelation Alter:

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehlerdifferenz	Unterer Wert	Oberer Wert
HS_Smolenska	Varianzen sind gleich	5,534	,019	1,231	426	,219	2,227	1,809	-1,328	5,783
	Varianzen sind nicht gleich			1,164	190,312	,246	2,227	1,913	-1,546	6,001
HS_Aron	Varianzen sind gleich	4,982	,026	,932	426	,352	,578	,620	-,641	1,797
	Varianzen sind nicht gleich			,882	190,531	,379	,578	,655	-,715	1,871

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

		Standardisierter <sup>a</sup>	Punktschätzung	95% Konfidenzintervall	
				Unterer Wert	Oberer Wert
HS_Smolenska	Cohen's d	16,723	,133	-,079	,345
	Hedges' Korrektur	16,752	,133	-,079	,345
	Glass' Delta	16,106	,138	-,074	,350
HS_Aron	Cohen's d	5,732	,101	-,111	,313
	Hedges' Korrektur	5,742	,101	-,111	,312
	Glass' Delta	5,523	,105	-,108	,317

a. Der bei der Schätzung der Effektgrößen verwendete Nenner.  
 Cohen's d verwendet die zusammengefasste Standardabweichung.  
 Hedges' Korrektur verwendet die zusammengefasste Standardabweichung und einen Korrekturfaktor.  
 Glass' Delta verwendet die Standardabweichung einer Stichprobe von der Kontrollgruppe.

Ergebnis t-Test Trauma Eltern:

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehlerdifferenz	Unterer Wert	Oberer Wert
Traumatisierung Eltern	Varianzen sind gleich	6,583	,011	,597	181	,551	,117	,195	-,269	,502
	Varianzen sind nicht gleich			,605	180,647	,546	,117	,193	-,264	,497

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

		Standardisierter <sup>a</sup>	Punktschätzung	95% Konfidenzintervall	
				Unterer Wert	Oberer Wert
Traumatisierung Eltern	Cohen's d	1,318	,088	-,202	,379
	Hedges' Korrektur	1,323	,088	-,201	,377
	Glass' Delta	1,181	,099	-,193	,389

a. Der bei der Schätzung der Effektgrößen verwendete Nenner.  
 Cohen's d verwendet die zusammengefasste Standardabweichung.  
 Hedges' Korrektur verwendet die zusammengefasste Standardabweichung und einen Korrekturfaktor.  
 Glass' Delta verwendet die Standardabweichung einer Stichprobe von der Kontrollgruppe.

Ergebnis *t*-Test Traumatisierung Mutter:

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler differenz	Unterer Wert	Oberer Wert
Smolewska_EOE	Varianzen sind gleich	4,418	,036	-2,584	382	,010	-1,868	,723	-3,290	-,446
	Varianzen sind nicht gleich			-2,498	240,014	,013	-1,868	,748	-3,341	-,395
KV_Score	Varianzen sind gleich	11,743	,001	-3,394	382	,001	-,880	,259	-1,390	-,370
	Varianzen sind nicht gleich			-3,151	215,812	,002	-,880	,279	-1,430	-,330
EV_Score	Varianzen sind gleich	6,541	,011	-4,510	382	,000	-2,531	,561	-3,634	-1,427
	Varianzen sind nicht gleich			-4,341	237,060	,000	-2,531	,583	-3,679	-1,382
KM_Score	Varianzen sind gleich	24,997	,000	-3,913	382	,000	-1,223	,313	-1,837	-,609
	Varianzen sind nicht gleich			-3,424	186,955	,001	-1,223	,357	-1,928	-,518
EM_Score	Varianzen sind gleich	8,881	,003	-4,693	382	,000	-2,480	,528	-3,519	-1,441
	Varianzen sind nicht gleich			-4,426	224,627	,000	-2,480	,560	-3,584	-1,376
SM_Score	Varianzen sind gleich	18,655	,000	-2,939	382	,003	-1,119	,381	-1,867	-,370
	Varianzen sind nicht gleich			-2,690	208,023	,008	-1,119	,416	-1,939	-,299

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

		Standardisierter <sup>a</sup>	Punktschätzung	95% Konfidenzintervall	
				Unterer Wert	Oberer Wert
Smolewska_EOE	Cohen's d	6,717	-,278	-,490	-,066
	Hedges' Korrektur	6,730	-,278	-,489	-,066
	Glass' Delta	7,185	-,260	-,473	-,046
KV_Score	Cohen's d	2,408	-,365	-,578	-,153
	Hedges' Korrektur	2,413	-,365	-,577	-,152
	Glass' Delta	2,779	-,317	-,531	-,102
EV_Score	Cohen's d	5,213	-,485	-,699	-,271
	Hedges' Korrektur	5,223	-,485	-,698	-,271
	Glass' Delta	5,626	-,450	-,667	-,231
KM_Score	Cohen's d	2,904	-,421	-,634	-,208
	Hedges' Korrektur	2,909	-,420	-,633	-,207
	Glass' Delta	3,712	-,330	-,544	-,114
EM_Score	Cohen's d	4,909	-,505	-,719	-,291
	Hedges' Korrektur	4,919	-,504	-,717	-,290
	Glass' Delta	5,505	-,450	-,668	-,232
SM_Score	Cohen's d	3,537	-,316	-,528	-,104
	Hedges' Korrektur	3,544	-,316	-,527	-,104
	Glass' Delta	4,188	-,267	-,480	-,053

- a. Der bei der Schätzung der Effektgrößen verwendete Nenner.  
 Cohen's d verwendet die zusammengefasste Standardabweichung.  
 Hedges' Korrektur verwendet die zusammengefasste Standardabweichung und einen Korrekturfaktor.  
 Glass' Delta verwendet die Standardabweichung einer Stichprobe von der Kontrollgruppe.

Ergebnis *t*-Test Traumatisierung Vater:

**Test bei unabhängigen Stichproben**

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler differenz	Unterer Wert	Oberer Wert
Smolewska_EOE	Varianzen sind gleich	,172	,679	-1,479	342	,140	-1,171	,792	-2,728	,386
	Varianzen sind nicht gleich			-1,474	158,011	,143	-1,171	,794	-2,739	,398
KV_Score	Varianzen sind gleich	,453	,501	-2,762	342	,006	-,756	,274	-1,294	-,217
	Varianzen sind nicht gleich			-2,668	149,458	,008	-,756	,283	-1,315	-,196
EV_Score	Varianzen sind gleich	,246	,620	-2,468	342	,014	-1,483	,601	-2,665	-,301
	Varianzen sind nicht gleich			-2,535	167,461	,012	-1,483	,585	-2,638	-,328
KM_Score	Varianzen sind gleich	1,835	,176	-1,316	342	,189	-,388	,295	-,968	,192
	Varianzen sind nicht gleich			-1,286	152,551	,200	-,388	,302	-,984	,208
EM_Score	Varianzen sind gleich	,446	,504	-2,934	342	,004	-1,659	,565	-2,771	-,547
	Varianzen sind nicht gleich			-2,874	153,131	,005	-1,659	,577	-2,800	-,519
SM_Score	Varianzen sind gleich	3,204	,074	-2,051	342	,041	-,817	,399	-1,601	-,033
	Varianzen sind nicht gleich			-1,937	143,856	,055	-,817	,422	-1,651	,017

**Effektgrößen bei unabhängigen Stichproben**

		Standardisierter <sup>a</sup>	Punktschätzung	95% Konfidenzintervall	
				Unterer Wert	Oberer Wert
Smolewska_EOE	Cohen's d	6,475	-,181	-,421	,059
	Hedges' Korrektur	6,490	-,180	-,420	,059
	Glass' Delta	6,511	-,180	-,420	,062
KV_Score	Cohen's d	2,238	-,338	-,578	-,096
	Hedges' Korrektur	2,243	-,337	-,577	-,096
	Glass' Delta	2,360	-,320	-,563	-,075
EV_Score	Cohen's d	4,916	-,302	-,542	-,061
	Hedges' Korrektur	4,926	-,301	-,541	-,061
	Glass' Delta	4,711	-,315	-,558	-,070
KM_Score	Cohen's d	2,413	-,161	-,401	,079
	Hedges' Korrektur	2,419	-,160	-,400	,079
	Glass' Delta	2,500	-,155	-,395	,086
EM_Score	Cohen's d	4,626	-,359	-,599	-,117
	Hedges' Korrektur	4,636	-,358	-,598	-,117
	Glass' Delta	4,776	-,347	-,591	-,102
SM_Score	Cohen's d	3,260	-,251	-,491	-,010
	Hedges' Korrektur	3,267	-,250	-,490	-,010
	Glass' Delta	3,555	-,230	-,471	,013

- a. Der bei der Schätzung der Effektgrößen verwendete Nenner.  
 Cohen's d verwendet die zusammengefasste Standardabweichung.  
 Hedges' Korrektur verwendet die zusammengefasste Standardabweichung und einen Korrekturfaktor.  
 Glass' Delta verwendet die Standardabweichung einer Stichprobe von der Kontrollgruppe.

Ergebnisse *t*-Test in Beratung wegen HS:

## Gruppenstatistiken

	Therapie oder Beratung wegen HS	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
EM_Score	Nein	126	12,21	5,440	,485
	Ja	57	14,23	5,500	,729
KM_Score	Nein	126	6,90	3,413	,304
	Ja	57	7,75	4,010	,531
SM_Score	Nein	126	7,11	4,010	,357
	Ja	57	8,53	5,487	,727
EV_Score	Nein	126	13,67	5,406	,482
	Ja	57	14,89	5,611	,743
KV_Score	Nein	126	11,66	2,843	,253
	Ja	57	11,82	2,823	,374
Smolewska_EOE	Nein	126	30,77	6,170	,550
	Ja	57	32,56	5,227	,692
Smolewska_AES	Nein	126	32,93	3,978	,354
	Ja	57	33,88	4,049	,536
Smolewska_LST	Nein	126	21,98	4,511	,402
	Ja	57	22,23	4,500	,596

## Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit					95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehlerdifferenz	Unterer Wert	Oberer Wert
EM_Score	Varianzen sind gleich	,347	,556	-2,311	181	,022	-2,014	,871	-3,733	-,294
	Varianzen sind nicht gleich			-2,302	107,134	,023	-2,014	,875	-3,748	-,279
KM_Score	Varianzen sind gleich	2,737	,100	-1,489	181	,138	-,858	,576	-1,994	,279
	Varianzen sind nicht gleich			-1,401	94,172	,164	-,858	,612	-2,073	,358
SM_Score	Varianzen sind gleich	7,570	,007	-1,962	181	,051	-1,415	,721	-2,839	,008
	Varianzen sind nicht gleich			-1,747	84,132	,084	-1,415	,810	-3,026	,195
EV_Score	Varianzen sind gleich	,040	,842	-1,397	181	,164	-1,220	,873	-2,943	,503
	Varianzen sind nicht gleich			-1,378	104,640	,171	-1,220	,886	-2,976	,536
KV_Score	Varianzen sind gleich	,078	,781	-,366	181	,715	-,166	,453	-1,059	,728
	Varianzen sind nicht gleich			-,367	108,909	,714	-,166	,452	-1,061	,729
Smolewska_EOE	Varianzen sind gleich	1,938	,166	-1,904	181	,058	-1,792	,941	-3,648	,065
	Varianzen sind nicht gleich			-2,027	126,351	,045	-1,792	,884	-3,541	-,042
Smolewska_AES	Varianzen sind gleich	,182	,670	-1,486	181	,139	-,949	,639	-2,209	,311
	Varianzen sind nicht gleich			-1,476	106,491	,143	-,949	,643	-2,223	,326
Smolewska_LST	Varianzen sind gleich	,002	,962	-,339	181	,735	-,244	,720	-1,664	1,176
	Varianzen sind nicht gleich			-,339	108,452	,735	-,244	,719	-1,669	1,181

## **Eigenständigkeitserklärung**

