**Zeitschrift:** Schweizerische Zeitschrift für Kriminologie = Revue suisse de criminologie = Rivista svizzera di criminologia = Swiss Journal of Criminology

**Herausgeber:** Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

**Band:** 14 (2015)

**Heft:** 2

**Artikel:** Traumatisierung und psychische Gesundheit bei inhaftierten Frauen in der Schweiz

**Autor:** Krammer, Sandy / Linder, Yves / Peper, Martin

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-1050748

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 12.07.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

*Sandy Krammer, Yves Linder, Martin Peper, Stephanie Covington, Dorothee Klecha*

# Traumatisierung und psychische Gesundheit bei inhaftierten Frauen in der Schweiz


## Zusammenfassung

*Hintergrund:* International gibt es mehr und mehr Hinweise dafür, dass sich Straftäterinnen hinsichtlich einer Reihe von Merkmalen von Straftätern unterscheiden. Dazu zählen auch Traumatisierungen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und weitere psychische Belastungen. In der Schweiz mangelt es diesbezüglich an Daten. Weiter ist es realistisch, aber derzeit unklar, inwiefern das Störungskonzept der komplexen PTBS von Bedeutung für diesen Personenkreis ist. Diese Informationen wären jedoch wichtig zur optimalen Planung des Vollzugs.

*Ziel:* Die vorliegende Studie beabsichtigt das Ausmass von Traumatisierungen, klassischer und eventuell komplexer PTBS sowie weiterer psychopathologischer, interpersoneller und motivationaler Defizite bei in der Schweiz inhaftierten Frauen einzuschätzen.

*Methodik:* In dieser querschnittlichen Studie mit N = 20 in der Schweiz inhaftierten Frauen wurde eine Reihe standardisierter Messinstrumente eingesetzt, um Traumaexpositionen, die psychische Gesundheit und soziale wie auch motivationale Defizite zu erfassen. Darüber hinaus wurden für diese Stichprobe deren Vollzugsakten systematisch geratet. Bei jeder Studienteilnehmerin war entweder gerichts- oder vollzugsseitig eine Therapie angeordnet, zwei Drittel waren Massnahme-Patientinnen. Deskriptive Statistiken und bivariate Korrelationen wurden berechnet.

*Ergebnisse:* Traumaexpositionen, sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter, waren sehr häufig. Die Diagnose einer PTBS wurde in 29% der Fälle gestellt. Weitere psychische Symptome übertrafen entsprechende Normwerte. Borderline Persönlichkeitsstörungen, Substanzmittelstörungen und affektive Störungen wurden ebenfalls häufig beobachtet. Es wurden Hinweise für das Vorliegen von komplexer PTBS gefunden.

*Folgerungen:* In dieser Stichprobe sich in Therapie befindender und meist wegen Gewaltdelikten verurteilter Insassinnen sind Traumaexpositionen, Folgestörungen sowie weitere psychische Störungen häufig. Es scheint, dass die komplexe PTBS nach ihrer Einführung in das sich neu formierende ICD-11 eine häufige Störung in diesem Personenkreis werden könnte. Ein aus dem Ausland stammendes, frauenspezifisches Therapieprogramm wird dargestellt. Die Ergebnisse werden in Bezugnahme auf die Theorien «Cycle of Violence» und «Pathways to Crime» diskutiert.

*Schlüsselwörter:* Straftäterinnen, posttraumatische Belastungsstörung, komplexe PTBS, Querschnittstudie, Cycle of Violence, Pathways to Crime.

## Résumé

*Contexte:* Au plan international, il y a de plus en plus de preuves que des délinquantes se distinguent des délinquants en ce qui concerne les événement traumatisants, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), les autres maladies mentales ainsi que les problèmes interpersonnels et motivationnels. Néanmoins, il manque des données statistiques à ce sujet en Suisse. En plus, le rôle du syndrome de stress post-traumatique complexe pour cette population n'est pas encore clair. Ces informations seraient pourtant importantes pour la planification du régime pénitentiaire.

*Objectif:* L'étude présentée vise à estimer l'étendue de traumatismes, de TSPT classique et complexe ainsi que d'autres désordres psychopathologiques, interpersonnels et motivationnels parmis les femmes emprisonnées en Suisse.

*Méthode:* Dans le cadre de cette analyse transversale avec N = 20 femmes emprisonnées en Suisse nous avons appliqué une série d'instruments standardisés afin de mesurer les traumatismes, la santé mentale ainsi que les resources sociales et motivationnelles. En plus, les dossiers pénitentiaires ont été évalués systématiquement. Chaque participante était sujet d'une thérapie ordonnée soit par le tribunal soit par les autorités pénitentiaires, deux tiers étaient soumises à des mesures. Des statistiques descriptives et des correlations bivariables ont été établies.

*Résultats:* Les traumatismes pendant l'enfance ou à l'âge adulte étaient fréquents parmi les participantes. Le diagnostique d'un TSPT a pu être établi dans 29% les cas. Des autres symptomes psychiques dépassaient les niveaux normaux. En plus, les troubles de la personnalité limite (personnalité borderline), les toxicomanies et les troubles affectifs étaient fréquents aussi. Il y avait des indications pour le TSPT complexe.

*Conclusions:* Dans cet échantillon, chaque participante était en traitement thérapeutique et, dans la plupart des cas, emprisonnée pour un crime violent. Il y avait une prévalence élevée d'événements traumatisants et de maladies mentales. Il est probable que le TSPT complexe deviendra un diagnostic fréquent après son insertion dans le nouveau ICD-11. Un programme de thérapie specifié pour les femmes est présenté. Les résultats sont discutés en regard des théories du «cycle of violence» et «pathways to crime».

*Mots-clés:* Délinquantes, trouble de stress post-traumatique, TSPT complex, analyse transversale, Cycle of Violence, Pathways to Crime.

## Summary

*Background:* There is increasing international evidence that incarcerated women differ from incarcerated men. This refers to traumatic events, post-traumatic stress disorder (PTSD), further mental health disorders as well as interpersonal and motivational problems. However, there is a lack of empirical data on this topic in Switzerland. It also seems realistic, though for the time being unclear, whether the conceptual disorder of complex PTSD is relevant for female prisoners. An expanded knowledge base pertaining to this is needed to improve clinical services.

*Objective:* The present study aimed at providing preliminary data regarding knowledge about trauma, classic and maybe complex PTSD, and further mental health disorders and difficulties in a sample of incarcerated women in Switzerland.
*Methods:* In this cross-sectional study with a sample of N = 20 incarcerated women, a series of standardized measurements regarding trauma, mental health, as well as social and motivational resources was applied. Moreover, court files were rated. Two thirds of the study participants were subject to legal (therapeutic) measures and all of them were participating in forensic rehabilitation programs. Descriptive and bivariate correlational analyses were conducted.
*Results:* Childhood and adulthood traumatization were both highly prevalent, and a diagnosis of PTSD was found in 29%. Further mental health symptoms also exceeded the norm range. Borderline personality disorder, substance abuse and affective disorders were also observed frequently. There was preliminary evidence for complex PTSD.
*Conclusions:* In this sample, each participant was in therapy and, in most cases, imprisoned due to a violent offense. Traumatic events and mental health disorders were very prevalent. It seems that complex PTSD might be a quite frequent disorder once it is inserted into newly developing ICD-11. A women specific therapeutic program is presented. The results are discussed regarding the theories cycle of violence and pathways to crime.
*Keywords:* Incarcerated women, post-traumatic stress disorder, complex PTSD, cross-sectional study, Cycle of Violence, Pathways to Crime.

## 1. Hintergrund

In Einrichtungen des Schweizer Strafvollzugs sind weit mehr Männer als Frauen inhaftiert. Der Anteil an Frauen fällt mit etwa 5–6% (Stichtag im Jahr 2014: 4.7%) relativ gering aus (Bundesamt für Statistik, 2014). Jährlich werden in der Schweiz etwa 600 Anstaltsvollzüge bei Frauen durchgeführt (Bundesamt für Statistik, 2011). In einem internationalen Vergleich fällt auf, dass ausserhalb der Schweiz weit mehr Frauen inhaftiert sind. Zum Beispiel waren in den Vereinigten Staaten von Amerika im Jahr 2013 über 110'000 Frauen inhaftiert (Carson, 2014) und weltweit betrifft dies etwa über eine halbe Million Mädchen und Frauen (Walmsley, 2006).

Im Schweizer Massnahmenvollzug, das heisst bei der Behandlung einer mit der Delinquenz zusammenhängenden psychischen Störung, zeichnet sich ein ähnliches Bild wie im Normalvollzug: Frauen sind unterrepräsentiert. Im Jahr 2013 befanden sich zum Beispiel 742 Männer und 65 Frauen im stationären Massnahmenvollzug nach Artikel 59 StGB. Sowohl generell über inhaftierte Frauen, als auch spezifisch über Frauen im Massnahmenvollzug liegen bisher kaum systematische, empirische Erhebungen für die Schweiz vor, auf deren Basis sich Aussagen zu Behandlungserfordernissen dieser Personengruppe sowie zu ihrem Risikoprofil ableiten liessen.

Dies ist relevant, gibt es doch mehr und mehr Hinweise dafür, dass nicht nur gemeinsame, sondern auch geschlechtsspezifische Bedürfnisse bei inhaftierten Frauen und Männern bestehen. So wurden bspw. Unterschiede bezüglich Ausbildung, Einkommen, Elternschaft, sozialer Unterstützung, sowie körperlicher und psychischer Gesundheit aufgezeigt, wobei diese Unterschiede in der Regel zu Ungunsten der Frauen ausfallen (Bloom, Owen, Covington, 2004; Hollin, Palmer, 2006; Messina, Burdon, Prendergast, 2003). Weiter scheinen inhaftierte Frauen disproportional von Traumatisierungen und entsprechenden Folgestörungen betroffen zu sein. Dabei wird unter einem Trauma ein «Ereignis oder Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für die eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit» verstanden (American Psychiatric Association, 2000, S. 491) und eine mögliche Folge stellt die (klassische) posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) dar. Diese ist zwingend traumainduziert und die Symptomatik besteht im Wesentlichen aus Intrusionen (z. B. plötzliche Erinnerungen an das Ereignis), Vermeidungsverhalten (z. B. Orte oder Personen vermeiden, welche mit dem Ereignis assoziiert sind) und Hyperreaktivität (z. B. Schreckhaftigkeit, Nervosität, Schlafstörungen, Reizbarkeit; vgl. Maercker, 2009). Messina und Kollegen (2003) fanden, dass 25% bzw. 14% der untersuchten inhaftierten Frauen bzw. Männer in ihrer Kindheit und 25% bzw. 3% im Erwachsenenalter körperlich oder sexuell missbraucht worden waren. Traumaexpositionen scheinen bei inhaftierten Frauen in Zusammenhang mit delinquentem Verhalten zu stehen (Moloney, van den Bergh, Moller, 2009). Erhöhte Traumatisierungsraten im forensischen Kontext wurden auch in Deutschland (Driessen, Schroeder, Widmann, von Schonfeld, Schneider, 2006) und bei inhaftierten Männern in der Schweiz gefunden (Urbaniok, Endrass, Noll, Vetter, Rossegger, 2007). Die PTBS gehört dann auch zu den häufigsten psy-

chischen Störungen inhaftierter Frauen, nebst Substanzgebrauchsstörung und Depression (Teplin, Abram, McClelland, 1996). Dies steht nicht im Einklang mit der Allgemeinpopulation der Schweiz. In einem kürzlich erschienen Übersichtsartikel wurde aufgezeigt, dass die Prävalenz von PTBS verglichen mit dem Ausland eher gering ausfällt (Krammer, Linder, Maercker, 2015).

Zur theoretischen Betrachtung eignen sich die folgenden Ansätze: Die Theorien «Cycle of Violence» (Widom, 1989) und «Pathways to Crime» (Covington, Bloom, 2006). Nach ersterer besteht ein kausaler Kreislauf zwischen traumatisiert werden und traumatisieren und somit eine Prädiktion von Delinquenz durch frühe, aversive Ereignisse. Auf der Basis einer Reihe diesbezüglicher Studien zeigten sich entsprechende Effekte – zumindest bei einer Teilstichprobe (Rivera, Widom, 1990; Widom 1989; 1995). Doch sind geschlechtsspezifische Aussagen derzeit schwierig anzustellen, da in vielen Studien die Daten beider Geschlechter gemeinsam verrechnet wurden. Dass hier in manchen Fällen Zusammenhänge bestehen, scheint verifiziert, doch zur Bestimmung der Geschlechtsspezifität und der Wirkmechanismen bedarf es weiterer Forschung.

Die zweitgenannte «Pathways to Crime» Theorie beinhaltet einen lebensgeschichtlichen Ansatz. Danach stellen im Kindes- oder im Erwachsenenalter erfolgte Traumatisierungen oder weitere aversive Ereignisse oder Umstände die Weichen für einen Pfad durchs Leben, welcher in Delinquenz mündet. Dies steht im Einklang mit der zuvor beschriebenen Theorie. Doch dazwischen gibt es eine Reihe intervenierender Faktoren, welche diesen Pfad beeinflussen. Über die Pfade ist man sich noch uneins. Nach einer Studie von Salisbury und Van Voorhis (2009) fanden sich anhand eines pfadanalytischen Analyseansatzes drei Pfade. Der erste Pfad erstreckt sich von Kindheitstraumatisierung zu psychischer Störung inkl. Substanzgebrauchsstörung zu Delinquenz; der zweite Pfad erstreckt sich von dysfunktionalen Paarbeziehungen im Erwachsenenalter zu Traumatisierung im Erwachsenenalter, einhergehend mit herabgesetztem Selbstwert und psychischen Störungen inkl. Substanzgebrauchsstörung und schliesslich Delinquenz; der dritte Pfad handelt von schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen in der Kindheit, anschliessenden Schwierigkeiten bei der Arbeit bzw. der finanziellen Situation und anschliessender Delinquenz.

Trotz dieser Entwicklungen hinsichtlich Empirie und Theorie zu spezifischen Bedürfnissen von inhaftierten Frauen, gibt es dennoch eine Lücke was weiterführende Erkenntnisse über diese Personengruppe, insbesondere in der Schweiz, anbelangt. Die ehemalige Präsidentin der Amerikanischen Vereinigung der Kriminologen, Joanne Belknap (2015), beschrieb inhaftierte Frauen sogar als unsichtbar. Dies passt zur diesbezüglichen Situation hierzulande: es gibt erst zwei Studien, welche sich auf inhaftierte Frauen konzentrierten. In der ersten Studie wurden 16 Straftäterinnen im Kanton Zürich untersucht (Rossegger, Wetli, Urbaniok, Elbert, Cortoni, Endrass, 2009). Dies erfolgte retrospektiv durch systematisches Rating der Gerichtsakten von verurteilten Frauen und Männern. Die Autoren fanden Geschlechtsunterschiede hinsichtlich einer Reihe soziodemografischer Daten, Traumatisierung in der Kindheit, psychischer Probleme sowie des Deliktmusters. Die zweitgenannte Studie schloss Daten von 11 im Kanton Bern inhaftierten Frauen ein (Krammer, Peper, Klecha, 2015). Dabei zeigte sich ebenfalls eine hohe Rate an psychischen Problemen und Kindheitstraumatisierungen, weiter sozialinterpersonelle Schwierigkeiten, psychischer Stress sowie geringe Selbstwirksamkeitserwartungen.

Somit wiesen beide Studien auf eine erhöhte Traumatisierungsrate bei delinquenten Frauen hin. Dies steht im Einklang mit Studien aus dem Ausland und weist auf den zentralen Stellenwert hin, welche Traumatisierungen und potentielle Folgestörungen auch bei in der Schweiz inhaftierten Frauen innehaben. Jedoch stammen diese Erkenntnisse aus Studien mit geringen Stichprobengrössen und eine der Studien verfolgte einen aktenbasierten, also retrospektiven Ansatz. Auch können beiden Studien keine qualitativen Angaben zur Traumatisierung und der Folgesymptomatik entnommen werden.

Darüber hinaus blieb im forensisch-psychiatrischen Setting die sogenannte «komplexe PTBS» (KPTBS) hierzulande unadressiert, welche als diagnostische Alternative zur klassischen PTBS erachtet werden kann. Die KPTBS wurde ursprünglich von Judith Herman (1992) formiert. Dieses Störungskonzept beschreibt die posttraumatische Folgestörung, welche nach Typ 2 Traumatisierungen auftre-

ten kann, eher als nach Typ 1. Dabei beschreibt erstere eher lang anhaltende, früh erfolgte, multiple oder chronische, oftmals interpersonelle Traumata, wie bspw. mehrfacher sexueller Missbrauch durch einen Familienangehörigen eines Kindes. Die Typ 1 Traumatisierung bezieht sich eher auf einmalige, akzidentelle, nicht interpersonelle Traumata, wie bspw. ein Autounfall im Erwachsenenalter mit lebensbedrohlichen Verletzungen (Terr, 1991). Die KPTBS beinhaltet die Symptome der klassischen PTBS, geht aber über diese hinaus und beinhaltet zusätzlich Störungen des Affekts und der Emotionsregulation, Störungen des Selbst sowie Störungen der interpersonellen Beziehungen (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed, van Ommeren et al. 2013). Derzeit wird diskutiert, ob diese konzeptuelle Diagnose in den sich neu formierenden Kriterienkatalog psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation aufgenommen wird. Eine Aufnahme erscheint realistisch, auch in Anbetracht neuer empirischer Befunde, die sich für diese Störungsentität aussprechen (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, Maercker, 2013; Elklit, Hyland, Shevlin, 2014; Knefel, Lueger-Schuster, 2013). In Anbetracht der hohen Traumatisierungsrate inhaftierter Frauen nach Typ 2, stellt sich die Frage nach dem Stellenwert der KPTBS für diese Personengruppe und die klinischen Implikationen, welche entstehen, sollte das ICD 11 dieses Störungskonzept aufnehmen.

Eine aus den USA stammende Studie, die Symptome der komplexen PTBS bei inhaftierten Frauen untersuchte, fand, dass sich diese von der Normierungsstichprobe hinsichtlich einer Reihe von Symptomen unterschieden. So zeigte sich ein signifikant erhöhtes Ausmass an Hyperreaktivität, Depression, intrusiven Erfahrungen, abwehrender Vermeidung, Dissoziation, sexuellen Störungen sowie Spannungsabbau-Verhalten (Guyton et al., 2010). Dies erscheint als Hinweis darauf, dass es sich bei inhaftierten Frauen um eine Hochrisiko-Gruppe für dieses Störungsbild handeln könnte. Doch unterscheidet sich die Prävalenz von posttraumatischen Störungen regional (z. B. Maercker, 2009), sodass Studien aus dem US-Raum nicht ungeprüft auf Europa und insbesondere nicht auf die Schweiz übertragen werden können.

Die Vereinten Nationen fordern dazu auf, dass der Strafvollzug einen geschlechtsspezifischen Ansatz wählt (Atabay, 2008). Entsprechend bedarf es frauenspezifischer, kriminalprognostischer Verfahren sowie auch frauenspezifischer, psychotherapeutischer Ansätze. Dadurch soll das Justizsystem dergestalt verbessert werden, dass die langfristigen Outcomes bspw. hinsichtlich Bewährung optimiert werden. Um dieser Forderung zu entsprechen, ist geschlechts- und kulturspezifisches Wissen notwendig. Obwohl der Personenkreis inhaftierter Frauen in der Schweiz gering ausfällt, darf diese Gruppe nicht vernachlässigt werden. Es ist Forschung notwendig, welche die spezifischen Bedürfnisse dieser Personen untersucht. Die vorliegende Arbeit beabsichtigt zu den Erkenntnissen über diese Personen beizutragen, und dabei insbesondere auch zur «Cycle of Violence» und «Pathways to Crime» Theorie sowie zum Störungskonzept der komplexen PTBS, indem die folgenden Fragen untersucht wurden:

1. In welchem Ausmass sind hierzulande inhaftierte Frauen von Traumatisierungen und klassischer PTBS betroffen?
2. Welche Traumatisierungen sind dabei die häufigsten?
3. Hängen Kindheits- und Erwachsenentraumatisierung zusammen?
4. In welchem Ausmass sind diese Personen von weiteren psychischen Problemen sowie sozial-interpersonellen und motivationalen Defiziten betroffen?
5. Gibt es Hinweise für das Vorliegen von komplexer PTBS?

## 2. Methodik

### 2.1 Stichprobe und Studiendesign

Die vorliegenden Daten entstammen einer Therapie-Evaluations-Pilotstudie zum Zwecke der Qualitätssicherung. Dabei wurden zwei frauenspezifische Therapieprogramme untersucht, um erste Hinweise zu deren Wirksamkeit im deutschen Sprachraum zu ermitteln. Somit waren alle insgesamt 24 Studienteilnehmerinnen in mindestens eines der folgenden Programme involviert: «Helping Women to Recover» und «Beyond Trauma» (HWTR/BT; Covington, 2003; 2008) und/oder «Reasoning and Rehabilitation Program Revised» (R&R2; Ross, Gailey, Cooper, Hilborn, 2008), und zwar in den Jahren 2013 und/oder 2014. Weitere Einschlusskriterien waren Deutschsprachigkeit, zum Zeitpunkt der Datenerhebung in den Anstalten Hindelbank,

Schweiz, und freiwilliges Einverständnis für die Studienteilnahme. Die Datenerhebung fand zweimal statt: eine Woche vor Therapiebeginn (prä) und eine Woche nach Therapieende (post). Vorliegend wurden nur die Prä-Werte in die Analyse miteinbezogen, es handelt sich um eine querschnittliche Studie. Zwei zur Studienteilnahme angefragte Personen wollten nicht teilnehmen, eine Person musste wegen sprachlicher Schwierigkeiten ausgeschlossen werden, eine weitere Person nahm zwar an der Post-, aber nicht an der Prä-Erhebung teil. Entsprechend bezieht sich die vorliegende Analyse auf eine Stichprobe von 20 inhaftierten Frauen.

Von den 20 Studienteilnehmerinnen waren 13 zu einer Massnahme verurteilt (N = 4 Artikel 59 StGB, N = 1 Artikel 60 StGB, N = 1 Artikel 61 StGB, N = 3 Artikel 63 StGB und N = 4 im vorläufigen Massnahmenvollzug). Bei den anderen war vollzugsseitig die Teilnahme an therapeutischen Programmen eingeleitet worden. Dies bedeutet, dass es sich hier um eine selektive Stichprobe handelt: es sind allesamt Insassinnen, die wegen psychischer Probleme auffielen und sich entweder gerichts- oder vollzugsseitig angeordnet in Therapie befanden.

### 2.2 Studienablauf

Die Datenerhebung fand während eines persönlichen Treffens in Räumen der Justizinstitution statt. Die Dauer lag bei circa zwei Stunden. Die Studienteilnehmerinnen bearbeiteten die Fragebögen selbständig, nachdem sie mündlich und schriftlich über die Studie aufgeklärt worden waren und ihr Einverständnis zur freiwilligen Teilnahme auf einer Einverständniserklärung durch ihre Unterschrift belegten. Sie waren darüber aufgeklärt, dass sie jederzeit ohne Nennung von Gründen ihr Einverständnis widerrufen können, ohne dass ihnen dadurch Nachteile entstehen. Ebenfalls wurden sie darüber in Kenntnis gesetzt, dass es durch eine Teilnahme zu keinen Vorteilen kommt – abgesehen davon, dass die Bearbeitung der Fragebögen während ihrer Arbeitszeit stattfand. Im Raum waren zwei Mitarbeiterinnen der Forschungsabteilung des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Universität Bern, wobei eine stets mindestens über einen universitären Masterabschluss in Psychologie verfügte. Die Befragung fand im Gruppensetting statt, es waren die Teilnehmerinnen der Therapie-Gruppe, welche anschliessend gemeinsam am jeweiligen Therapieprogramm HWTR/BT und/oder R&R2 teilnahmen. Fragen und Unklarheiten seitens der Teilnehmerinnen konnten sofort durch die Studienleiterinnen beantwortet werden.

### 2.3 Instrumente

Zur Erfassung des soziodemografischen Hintergrunds, der psychischen Diagnosen sowie deliktrelevanter Angaben dienten Gerichtsunterlagen und, wenn vorhanden, psychiatrische Gutachten als Datenquellen. Diesen wurde systematisch eine Reihe von Informationen entnommen.

Zur Beantwortung der oben beschriebenen Fragestellungen erfolgte die Erfassung der Merkmale, die hierfür relevant waren. Dabei handelte es sich um Traumaexposition in der Kindheit und im Erwachsenenalter, PTBS Symptomatik, psychische Gesundheit, sozialinterpersonelle und motivationale Defizite. Um die Datenerhebung ökonomisch und einfach zu gestalten, wurden diese Merkmale (meist) mittels standardisierter Selbstbeurteilungs-Instrumente erhoben.

Weiter wurde ein Instrument zur aktenbasierten (Fremd-)Einschätzung von Psychopathie angewendet. Alle Instrumente werden nachfolgend beschrieben.

*Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein, Fink, 1998; Gast, Rodewald, Nickel, Emrich, 2001). Mit diesem Selbstbeurteilungs-Instrument ist die Erfassung von Traumaexposition in der Kindheit möglich. Die 25 Items lassen sich fünf übergeordneten Skalen zuordnen, nämlich emotionaler (z.B. Ablehnung, Verängstigung, Isolierung), körperlicher (alle Formen körperlicher Gewalt, die zu physischen oder psychischen Beeinträchtigungen führen kann) und sexueller (jegliche Handlung sexueller Art gegenüber einem Kind) Missbrauch sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung (fürsorgliches Handeln wird unterlassen, physische und psychische Versorgung des Kindes ist nicht gewährleistet). Die Auswertung erfolgt entweder anhand dieser Skalen oder anhand eines Gesamtwerts. Es ist möglich anhand von Schwellenwerten zu bestimmen, ob gemäss diesen eine klinisch bedeutsame Kindheitstraumatisierung vorliegt. Das Cronbach Alpha, das Auskunft über die interne Konsistenz gibt, betrug vorliegend .92 für den Gesamtwert.

*Erwachsenentraumatisierung.* Mittels einer Trauma-Liste («CIDI-Liste»; Wittchen, Pfister,

1997) wurde erhoben, ob die Studienteilnehmerin im Erwachsenenalter eines oder mehrere der folgenden potentiell traumatischen Ereignisse erlebt hat: Kriegserfahrungen, körperliche Bedrohung, Vergewaltigung im Erwachsenenalter und sexueller Missbrauch in der Kindheit, Naturkatastrophe, schwerwiegender Unfall, Geiselschaft oder Entführung, lebensbedrohliche Erkrankung. Die Studienteilnehmerinnen wurden gebeten anzukreuzen, ob sie eines oder mehrere dieser Erlebnisse hatten, entweder selbst erlebt oder durch Zeugenschaft. Weiter wurde erhoben, ob ein anderes, nicht in der Liste enthaltenes, aber ebenfalls schwerwiegendes Ereignis vorgefallen war. Die Auswertung dieser Liste erfolgte deskriptiv.

*Impact of Event Scale-Revised* (IES-R; Maercker, Schützwohl, 1998). Dieses Selbstbeurteilungs-Instrument erfasst mit 22 Items die posttraumatische Belastungssymptomatik, wobei sich drei Skalen formieren lassen: Intrusion (d.h. ungewollt, spontan wiederkehrende, belastende Erinnerungen an das Erlebte), Vermeidungsverhalten (d.h. vermeiden von traumarelevanten Stimuli, wie z.B. Ort des Geschehens oder damit assoziierte Personen) und Hyperreaktivität (bspw. Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Nervosität, Hypervigilanz, Reizbarkeit; vgl. Maercker, 2009). Die Auswertung erfolgt skalenspezifisch, zusätzlich kann eingeschätzt werden, ob die Diagnose PTBS vorliegt. Für die drei Skalen fanden sich die folgenden Cronbach Alphas: .88, .62, bzw. .77.

*Symptom Checklist Revised* (SCL-90-R; Franke, 2002). Dieses Selbstbeurteilungs-Instrument erfasst mit 90 Items psychologische Symptome und fasst diese zu neun Skalen zusammen, nämlich: Somatisierung (d.h. körperliche Belastungen, funktionelle Störungen), Zwanghaftigkeit (bspw. Konzentrationsschwierigkeiten, Zwänge wie bspw. Kontrollzwang), Unsicherheit im Sozialkontakt (von leichter sozialer Unsicherheit bis zum Gefühl sozialen Versagens), Depressivität (bspw. Traurigkeit, Motivationslosigkeit, Hoffnungslosigkeit), Ängstlichkeit (von Nervosität bis ausgeprägten Sorgen und Ängsten), Aggressivität/Feindseligkeit (bspw. Reizbarkeit, Unausgeglichenheit, aggressives Verhalten), phobische Angst (von leichter Bedrohung bis ausgeprägter phobischer Angst), paranoides Denken (Misstrauen, gefühlte Minderwertigkeit, paranoide Gedanken) und Psychotizismus (vom Gefühl der Entfremdung bis hin zu psychotischem Erleben). Die Auswertung erfolgt skalenspezifisch oder anhand eines Gesamtwerts. Es wurde ein Cronbach Alpha zwischen .31 und .82 erzielt.

*Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme* (IIP-D; Horowitz, Alden, Kordy, Strauss, 2000). Dieses Selbstbeurteilungs-Instrument beinhaltet 64 Items. Anhand von acht Skalen werden Schwierigkeiten im sozial-interpersonellen Bereich identifiziert: autokratisch-dominant, streitsüchtig-konkurrierend, abweisend-kalt, introvertiert-sozial vermeidend, selbstunsicher-unterwürfig, ausnutzbar-nachgiebig, fürsorglich-freundlich, expressiv-aufdringlich. Die Auswertung kann skalenspezifisch oder via Gesamtwert erfolgen. Vorliegend betrug das Cronbach Alpha zwischen .73 und .86 für die Skalen.

*Fragebogen zur dissoziativen Symptomatik* (FDS; Spitzer, Stieglitz, Freyberger, 2005). Der FDS misst mit 44 Items eine Reihe dissoziativer Symptome: Amnesie, Absorption, Depersonalisation, Derealisation und Konversion. Die Auswertung kann skalenspezifisch erfolgen, vorliegend wurde der Gesamtwert verwendet, der Auskunft über das generelle Ausmass an dissoziativem Erleben gibt. Für den Gesamtwert wurde ein Cronbach Alpha von .92 erreicht.

*Saarbrücker Persönlichkeits-Fragebogen* (SPF; Paulus, 2009). Der SPF beabsichtigt, das Ausmass selbst beurteilter Empathie zu erfassen. Er beinhaltet 16 Items, welche sich vier Skalen zuordnen lassen: Fantasie (d.h. sich in Darsteller von Filmen oder Romanen versetzen zu können), empathische Besorgnis (d.h. Mitleid oder Besorgnis, also fremdgerichtete Emotionen, für andere Personen empfinden), Perspektivenübernahme (d.h. etwas aus der Sicht eines anderen sehen zu können) und persönlicher Stress (d.h. sich unwohl fühlen in angespannten zwischenmenschlichen Situationen, eigenfokussierte Emotion). Letztgenannte Skala kann mit Emotionsregulation assoziiert werden. Das Cronbach Alpha für den Gesamtwert betrug .80.

*Selbstwirksamkeitserwartungen* (SWE; Schwarzer, Jerusalem, 1999). Anhand dieses Selbstbeurteilungs-Instruments lässt sich die allgemeine bzw. die optimistische Kompetenzerwartung einschätzen. Die 10 Items addieren sich eindimensional zu einem Gesamtwert, für welchen das Cronbach Alpha .88 betrug.

*Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R; Hare, 2003). Dieses Fremdbeurteilungs-Instrument

beinhaltet 20 Items und erfasst das Persönlichkeitskonstrukt der Psychopathie nach Hare. Die Einschätzung erfolgte aktenbasiert durch eine zertifizierte PCL-R-Raterin. Einerseits lässt sich ein Gesamtwert für das Ausmass an Psychopathie berechnen, andererseits können die beiden Faktoren (Faktor 1: «interpersonell-affektiv», Faktor 2: «antisozialer Lebensstil») berechnet werden.

### 2.4 Statistische Berechnungen und fehlende Werte

Die Datenerhebung fand schriftlich statt. Danach wurden die Daten in eine Statistik-Software übertragen (IBM-SPSS Statistik Version 20), diese Übertragung wurde auf Fehler kontrolliert. Es wurden deskriptive Statistiken berechnet (Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SA), Prozentangaben), zudem einseitige, bivariate Korrelationen. Durch die Verwendung der Normierungsdaten der oben beschriebenen, standardisierten Instrumente konnten Vergleiche zur Allgemeinpopulation angestellt werden. Dabei erfolgten T-Transformationen.

Fehlende Werte waren rar, denn die Instrumente wurden nach Ausfüllen auf Vollständigkeit überprüft. Im Falle eines fehlenden Werts in den Selbstbeurteilungs-Instrumenten wurde dieser anhand des individuellen sowie skalenspezifischen Mittelwerts ersetzt; dies ist zulässig wenn die Anzahl fehlender Werte trivial ist (bspw. Buhi, Goodson, Neilands, 2008). Seltene, fehlende Werte in den übrigen Erhebungsinstrumenten blieben unersetzt.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Soziodemografische und forensische Charakteristika

Durchschnittlich waren die Studienteilnehmerinnen 34 Jahre alt (SA = 9.6), die Altersspanne reichte von 20 bis 51 Jahren (vgl. Tabelle 1). Sechzig Prozent waren Schweizerinnen. Vierzig Prozent gaben an in einer festen Bezie-

***Tabelle 1:*** *Merkmale der Stichprobe*

| Merkmal | Stichprobe (N = 20) |
|---|---|
| Alter (Jahre), M (SA) | 33.65 (9.62) |
| Schweizer, N (%) | 12 (60) |
| Zivilstand, N (%) | |
| Single/ohne Partner | 7 (35) |
| In einer Beziehung/eingetragene Partnerschaft/verheiratet | 8 (40) |
| Getrennt/Geschieden | 5 (25) |
| Mutterschaft, N (%) | 12 (60) |
| Wohnsituation vor der Inhaftierung, N (%) | |
| Alleine | 3 (15) |
| Mit Partner/Ehemann | 7 (35) |
| Mit Freunden | 3 (15) |
| Mit Eltern/Geschwistern | 2 (10) |
| Anders | 5 (25) |
| Ausbildungszeit in Jahren, M (SA) | 10.43 (1.72) |
| Urteil1) | |
| Artikel (Art.) 111: Vorsätzliche Tötung, N (%) | 7 (35) |
| Art. 112: Mord, N (%) | 3 (15) |
| Art. 122: Schwere Körperverletzung, N (%) | 2 (10) |
| Art. 123: Einfache Körperverletzung, N (%) | 2 (10) |
| Art. 140: Raub, N (%) | 1 (5) |
| Art. 180 oder Art. 285: Drohung, N (%) | 4 (20) |
| Strafmass in Monaten, M (SA) | 64.76 (60.70) 2) |

Bemerkung:
1) Es werden in dieser Tabelle nur strafbare Handlungen gegen Leib und Leben, das Vermögen und gegen die öffentliche Gewalt sowie Verbrechen und Vergehen gegen die Freiheit berichtet.
2) N = 3 fehlende Werte

hung, verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft zu sein, während 25% sich als getrennt oder geschieden und 35% als single beschrieben. Sechzig Prozent waren Mütter. Die durchschnittlich angegebene Ausbildungszeit, was Schule, Lehre und jegliche Art von weiterer Aus- und Weiterbildung miteinschloss, betrug zehn Jahre (SA = 1.7). Bezüglich Urteile stellte sich dies bei 14 Studienteilnehmerinnen als Delikt gegen Leib und Leben heraus, vier waren wegen Gewalt und Drohung gegen Behörden und Beamte, eine wegen Raubes und eine wegen Betrug verurteilt. Die durchschnittliche Haftstrafe belief sich auf 64.8 Monate (SA = 60.7).

Der durchschnittliche Gesamtwert der PCL-R war 15.96 (SA = 9.19). Während sich Faktor 1 auf 7.17 (SA = 4.58) belief, betrug Faktor 2: 8.80 (SA = 4.96).

### 3.2 Traumaexposition und Folgestörungen

Hinsichtlich klinisch bedeutsamer Traumatisierung in der Kindheit gemäss CTQ zeigte sich, dass jede Studienteilnehmerin mindestens einen der fünf Schwellenwerte erreichte bzw. überschritt (N = 4: 1 cut-off, N = 7: 2 cut-offs, N = 4: 3 cut-offs, N = 5: 4 cut-offs). Hinsichtlich Trauma-Art war der Schwellenwert für emotionale Vernachlässigung am häufigsten erreicht bzw. überschritten (N = 13), anschliessend der von körperlicher Vernachlässigung und emotionalem Missbrauch (beide Male N = 12), dann körperlicher Missbrauch (N = 10) und schliesslich sexueller Missbrauch (N = 5). Die höchsten Mittelwerte fanden sich bei emotionaler Vernachlässigung (M = 16.01, SA = 6.63) und emotionalem Missbrauch (M = 14.35, SD = 6.45), dann körperlicher Missbrauch (M = 11.95, SA = 6.45), körperliche Vernachlässigung (M = 10.50, SA = 4.01), schliesslich sexueller Missbrauch (M = 8.65, SA = 6.92).

In Bezug auf potentiell traumatische Ereignisse im Erwachsenenalter zeigte sich, dass körperliche Bedrohung am häufigsten berichtet wurde (N = 9, 45%), dann Vergewaltigung (N = 8; 40%), Zeuge eines traumatischen Ereignisses (N = 7; 35%), schwerwiegender Unfall (N = 5; 25%), lebensbedrohliche Erkrankung (N = 3; 15%), Kriegserfahrungen (N = 2; 10%), und Naturkatastrophe bzw. Geiselschaft oder Entführung mit jeweils N = 1 (je 5%). Sechs der Studienteilnehmerinnen gaben an, dass sie ein anderes schlimmes Erlebnis hatten, das nicht in die erfragten Kategorien passte. Sie beschrieben es wie folgt:

- Zeugin von Übergriff durch Vater am gemeinsamen Kind, wobei sie eingriff (N = 1)
- Die eigenen Delikte, bspw. das Tötungsdelikt am Partner (N = 2)
- Der Holocaust bzw. die Folgen (N = 1)
- Vermuteter Missbrauch durch Bekannte, aber unklare Erinnerungen da Black Out währenddessen (N = 1)
- Erzwungener Schwangerschaftsabbruch (N = 1)

Sechzehn Studienteilnehmerinnen (80%) berichteten von mindestens einem potentiell traumatischen Ereignis im Erwachsenenalter: drei berichteten ein solches Erlebnis, fünf berichteten zwei und acht berichteten drei oder mehr solche Ereignisse. Einer einseitigen, bivariaten Korrelationsberechnung zufolge hängen traumatische Ereignisse in der Kindheit und im Erwachsenenalter signifikant zusammen ($r = .44$, $p = .026$).

Von 17 Studienteilnehmerinnen liegen Angaben zu posttraumatischer Folgesymptomatik vor, gemessen mit dem IES-R, drei Studienteilnehmerinnen verweigerten diese Angaben. Der Gesamtwert für Intrusion belief sich auf M = 18.91 (SA = 9.44), der für Vermeidungsverhalten betrug M = 21.11 (SA = 7.34) und für Hyperreaktivität war das M = 15.59 (SA = 8.07). Die Diagnose PTBS konnte bei fünf Studienteilnehmerinnen (29.41%) gestellt werden.

Die zusätzlich durchgeführte Aktenanalyse (Gerichtsakten und, wenn vorliegend, psychiatrische Gutachten) zeigte, dass neun von 13 Studienteilnehmerinnen (69%; N = 7 fehlende Werte) von Alkoholmissbrauch innerhalb der Primärfamilie, elf von 15 Studienteilnehmerinnen (69%; N = 4 fehlende Werte) von Gewalttätigkeit in der Primärfamilie, zehn von 15 (67%; N = 5 fehlende Werte) von Vernachlässigungserfahrungen in der Primärfamilie und vier von 15 (27%; N = 5 fehlende Werte) von sexuellem Missbrauch während der Kindheit betroffen waren. Bei diesen Aktenanalysen kam es je nach zu Verfügung stehender Aktenlage zu einer Reihe von fehlenden Werten, die nicht geschätzt wurden.

### 3.3 Psychische Probleme und sozial-interpersonelle und motivationale Defizite

Die Daten über psychische Störungen (dabei Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Substanzgebrauchsstörungen), also diagnostische Daten, entstammen der Aktenanalyse, wobei hierbei ein fehlender Wert zu verzeich-

nen war. Persönlichkeitsstörungen waren häufig diagnostiziert, dabei am häufigsten Borderline Persönlichkeitsstörung (N = 5; 26%), dann dissoziale Persönlichkeitsstörung und abhängige Persönlichkeitsstörung (jeweils N = 2; jeweils 11%), und bei je einer Studienteilnehmerin wurde eine paranoide, vermeidende, bzw. sonst nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (je 5%). Bei insgesamt elf Studienteilnehmerinnen (58%) wurde eine Substanzgebrauchsstörung gefunden: Opioide (N = 6; 32%), Alkohol (N = 5; 26%), Kokain (N = 4; 21%), Kannabis bzw. Sedativa/Hypnotika (jeweils N = 2; jeweils 11%). Eine affektive Störung wurde bei fünf Studienteilnehmerinnen diagnostiziert (26%). Bei zwei Studienteilnehmerinnen wurde keine psychische Störung diagnostiziert.

Durch den Vergleich von Daten, die durch Selbstbeurteilungs-Instrumente erhoben wurden, mit Normwerten aus der Allgemeinbevölkerung, konnten mitunter starke Abweichungen ermittelt werden (T-Transformationen). Hinsichtlich psychopathologischer Symptome zeigte sich, dass acht von zehn getesteten psychopathologischen Symptomen (SCL90R und FDS) über eine halbe Standardabweichung über der Norm liegen und somit auffällig sind. Dies bezieht sich auf: Depression, Zwanghaftigkeit, Psychotizismus, Ängstlichkeit, paranoides Denken, Aggressivität/Feindseligkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und Dissoziation. In Bezug auf sozial-interpersonelle Schwierigkeiten (IIP-D), empathische Fähigkeiten (SPF) sowie motivationale Defizite (SWE) konnten keine solchen Abweichungen festgestellt werden; keine dieser Skalen bzw. Subskalen erwies sich als mehr als eine Standardabweichung vom Mittelwert der Normpopulation entfernt (vgl. Tabelle 2).

## 4. Diskussion

Vorliegend handelt es sich um die erste Studie über Traumatisierung, entsprechende potentielle Folgestörungen, weitere psychische Belastungsfaktoren sowie sozial-interpersonelle und motivationale Schwierigkeiten in einer Stichprobe in der Schweiz inhaftierter Frauen, wobei es sich um Personen handelte, welche sich entweder gerichts- oder vollzugsseitig angeordnet in Therapie befanden. Darüber hinaus wurde das Konzept der komplexen PTBS erstmals auf diesen Personenkreis übertragen. Die Ergebnisse zeigen welche Schwierigkeiten und Defizite in diesem Personenkreis bestehen und geben Hinweise auf die spezifischen, therapeutischen Erfordernisse. Zusätzlich werden die Ergebnisse in die oben vorgestellten kriminologischen Theorien eingebettet.

Besonders auffallend waren die ausgeprägten Traumatisierungsraten sowie das Ausmass posttraumatischer Folgesymptomatik innerhalb dieser Stichprobe. Jede Studienteilnehmerin erlebte traumatische Ereignisse während ihrer Kindheit, wobei emotionaler Missbrauch am häufigsten genannt wurde. Weiter fanden sich bei vielen Teilnehmerinnen Hinweise, dass sie sog. «risky families» (Repetti, Taylor, Seeman, 2002) entstammen (bspw. Alkoholmissbrauch innerhalb der Primärfamilie), was als Risikofaktor für Traumatisierungen sowie maladaptive Entwicklungen gilt. Kindheitstraumatisierung hing signifikant mit Traumatisierung im Erwachsenenalter zusammen. Hinsichtlich letzterem erwies sich körperliche Bedrohung als das am häufigsten erlebte traumatische Ereignis. Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung der (deutsch-sprachigen) Schweiz (Krammer et al., 2015a) zeigte sich eine auffallend erhöhte Häufigkeit posttraumatischer Symptome. Verglichen mit männlichen Inhaftierten in der Schweiz (Urbaniok et al., 2007) fällt die Traumatisierungsrate in der vorliegenden Stichprobe höher aus, während die Häufigkeit von PTBS vergleichbar scheint.

Ein Stück weit entsprechen diese Befunde der «Cycle of Violence» Theorie (Widom, 1989). Denn die Stichprobe ist in hohem Ausmass traumatisiert, frühe Traumatisierung hängt mit späterer Traumatisierung zusammen, und abgesehen von einer der 20 Studienteilnehmerinnen waren alle wegen Gewaltdelikten zu Freiheitsstrafen verurteilt worden. In anderen Worten, es kam zu einer Verlagerung von «ich bin traumatisiert» zu «ich traumatisiere». Da es sich hier lediglich um eine querschnittliche Analyse handelt, sind diese Ergebnisse zwar Hinweise für diesen Kreislauf, sie belegen ihn jedoch nicht.

Darüber hinaus wurde eine ausgeprägte Belastung durch weitere psychische Störungen und Symptome festgestellt. Persönlichkeitsstörungen lagen bei zwei Drittel, Substanzgebrauchsstörungen bei der Hälfte und affektive Störungen bei einem Viertel der Studienteil-

***Tabelle 2:*** *Psychopathologische, sozial-interpersonelle, empathische und motivationale Merkmale (T-transformiert)*

| | Rohskalen | | T-transformierte Skalen | |
|---|---|---|---|---|
| | M | SA | M | SA |
| Psychopathologie (SCL-90-R) | | | | |
| Somatisierung | 9.79 | 6.84 | 55.15 | 11.78 |
| Zwanghaftigkeit | 10.90 | 5.59 | 65.25* | 13.96 |
| Unsicherheit im Sozialkontakt | 8.68 | 3.96 | 63.11* | 10.41 |
| Depression | 16.27 | 8.23 | 67.41* | 13.94 |
| Ängstlichkeit | 7.76 | 4.09 | 63.71* | 12.03 |
| Aggressivität/Feindseligkeit | 4.56 | 3.92 | 63.30* | 19.61 |
| Phobische Angst | 1.71 | 1.52 | 52.54 | 7.58 |
| Paranoides Denken | 6.39 | 2.71 | 63.41* | 9.36 |
| Psychotizismus | 5.91 | 5.58 | 64.69* | 19.92 |
| Sozial-interpersonelle Probleme (IIP-D) | | | | |
| Autokratisch-dominant | 0.89 | 0.57 | 48.02 | 8.92 |
| Streitsüchtig-konkurrierend | 1.23 | 0.66 | 53.82 | 11.58 |
| Abweisend-kalt | 1.29 | 0.85 | 53.99 | 13.97 |
| Introvertiert-sozial vermeidend | 1.52 | 0.79 | 54.91 | 11.29 |
| Selbstunsicher-unterwürfig | 1.52 | 0.73 | 51.32 | 10.04 |
| Ausnutzbar-nachgiebig | 1.76 | 0.75 | 55.45 | 11.65 |
| Fürsorglich-freundlich | 1.95 | 0.78 | 57.50 | 12.81 |
| Expressive-aufdringlich | 1.23 | 0.73 | 50.50 | 11.59 |
| Empathie (SPF) | | | | |
| Fantasie | 12.07 | 3.46 | 40.56 | 10.92 |
| Empathische Besorgnis | 15.08 | 2.94 | 50.61 | 10.29 |
| Perspektivenübernahme | 13.10 | 3.67 | 46.10 | 11.65 |
| Persönlicher Stress | 11.63 | 3.38 | 49.02 | 10.35 |
| Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) | 26.79 | 6.09 | 45.17 | 11.36 |
| Dissoziation (FDS) | 10.16 | 8.42 | 62.76* | 20.04 |

Bemerkung:
Die Normdaten entstammen den Validierungsstudien der Originalautoren der jeweiligen Instrumente. Im Falle von IIP-D und SCL90R sind diese Daten an Geschlecht und Alter angepasst, im Falle des SPF ans Geschlecht, und im Falle von SWE und FDS entsprechen diese der Allgemeinbevölkerung.
* Werte <40 oder >60 sind in einer T-Verteilung mindestens eine Standardabweichung unter- oder oberhalb der Norm und somit auffällig.

nehmerinnen vor. Auch bezüglich psychopathologischer Symptome fanden sich zahlreiche erhöhte Werte. Interessanterweise konnten keine gravierenden Abweichungen von der Norm bezüglich interpersoneller, empathischer oder motivationaler Merkmale festgestellt werden. Dies kann sich auf zwei Arten erklären lassen: entweder liegen in diesen Bereichen der

Norm entsprechende Ressourcen und Stärken vor, welche intramural weiter gefördert werden könnten. Oder es handelt sich um methodische Artefakte.

Aus therapeutischer Perspektive scheint eine Implikation dieser Befunde zu sein, dass insbesondere störungsspezifische, psychotherapeutische Programme sinnvoll für diesen Personenkreis sind. Bspw. kommen dafür die Programme «Help Women to Recover» und «Beyond Trauma» von Stephanie Covington (2003; 2008) in Frage. Diese werden zusätzlich zur Einzeltherapie angeboten und zwar bei inhaftierten Frauen mit Traumafolge- und Substanzgebrauchsstörungen, welche gemäss den vorliegenden Ergebnissen zentral für diesen Personenkreis sind.

In Bezugnahme auf die «Pathways to Crime» Theorie (Covington, Bloom, 2006), scheinen sich die vorliegenden Ergebnisse insbesondere dem ersten der drei beschriebenen Pfade von Salisbury und Van Voorhis (2009) zuordnen zu lassen. Denn es fand sich eine hohe Häufigkeit an Kindheitstraumatisierungen und psychischen Problemen, dabei auch Substanzgebrauchsstörungen, bei diesen meist wegen Gewaltdelikten verurteilten Straftäterinnen. Obgleich hohe Belastungen in diesen Bereichen gezeigt werden konnten und sich dies für die Existenz dieses Pfads in die Delinquenz ausspräche, fehlen pfadanalytische Berechnungen, die dies statistisch belegen. Solche konnten aufgrund der geringen Stichprobengrösse (N = 20) nicht umgesetzt werden.

Sowohl Traumatisierungen wie auch die Borderline Persönlichkeitsstörungen waren ausserordentlich häufig in dieser Stichprobe verzeichnet. Eine post hoc durchgeführte, und somit nicht im ursprünglichen Studiendesign enthaltene, Analyse gewährte einen Einblick in die Beziehung dazwischen. Die hierzu berechnete, einseitige, bivariate Korrelation zeigte, dass Traumatisierung im Erwachsenenalter, nicht aber im Kindesalter, signifikant mit der Borderline Persönlichkeitsstörung assoziiert ist ($r = .41$, $p = .040$). Traumatische Ereignisse sind relevant für die Borderline Persönlichkeitsstörung. Tatsächlich scheint dies, gemäss Fiedler (2001) sogar eine solche Traumagenese bei der Mehrheit der Borderline Patienten der Fall zu sein (60–80%). Ein potentieller Schluss könnte sein, dass es sich bei Patienten ohne Traumagenese um tatsächliche Borderline Patienten handelt, dass jedoch für diejenigen mit Traumagenese eine komplexe PTBS nach Herman (1992) oder Maercker et al. (2013) als wahrscheinlichere Diagnose in Frage käme.

Für die Präsenz der konzeptuellen Diagnose der komplexen PTBS konnten in dieser Studie einige Hinweise gefunden werden. Es fanden sich sowohl ein erhöhtes Ausmass an Typ 2 Traumatisierungen, als auch an sog. klassischer PTBS. Diese Kern-PTBS-Symptomatik ist in der komplexen PTBS enthalten, doch diese beinhaltet zusätzliche Symptome. Entsprechend konnte die vorliegende Studie aufzeigen, dass über die Grenzen der klassischen PTBS hinausgehende Defizite, nämlich Dissoziation und Störungen des Affekts, ebenfalls vorhanden waren. Auch die Häufigkeit von Borderline Persönlichkeitsstörungen kann als Hinweis dafür erachtet werden. Es könnte sein, dass die komplexe PTBS nach ihrer sehr wahrscheinlichen Einführung in das neue ICD 11 möglicherweise eine im forensischen Kontext und insbesondere bei inhaftierten Frauen eine häufig gestellte Diagnose werden wird.

Gleichzeitig sprachen sich nicht alle Ergebnisse für das Vorliegen einer komplexen PTBS aus. Ursächlich könnten methodische Artefakte sein. Denn die verwendeten Instrumente sind nicht für die Erfassung von komplexer PTBS Symptomatik entwickelt worden und erfassen diese somit möglicherweise nicht oder partiell. Ein direktes Mass zur Erfassung der KPTBS, wie bspw. das Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, 1995) wurde nicht eingesetzt. Denn dieses erschien unlängst in revidierter Version (Trauma Symptom Inventory 2; Briere, 2011) und die deutsche Version wird zurzeit von der Erstautorin dieses Beitrags validiert. Beinahe alle eingesetzten Instrumente waren Selbstbeurteilungsfragebögen, bei welchen stets die Möglichkeit besteht, dass bestimmte Merkmale falsch angegeben werden, wobei nicht nur eine bewusste Täuschung sondern bspw. auch eine mangelnde Introspektionsfähigkeit zu Grunde liegen kann. Schliesslich wurden nicht alle Aspekte der komplexen PTBS nach Herman (1992) berücksichtigt, bspw. Veränderung des eigenen Wertesystems. Eventuell kam es zu einem Selektivitätseffekt, da diejenigen Studienteilnehmerinnen, die bereit waren traumarelevante Informationen preis zu geben, vermutlich nicht diejenigen waren, die darunter am meisten litten, und diejenigen, die darunter am meisten litten, aufgrund Vermeidungstendenzen diese nicht oder nicht

im vollen Umfang preisgaben. Dafür spräche, dass drei der Studienteilnehmerinnen die Angaben zu ihrer posttraumatischen Symptomatik verweigerten. Es kann auch sein, dass die komplexe PTBS in der Schweiz phänomenologisch anders ausfällt als in US-Amerika, wo dieses Störungskonzept entwickelt wurde. Einerseits konnte die einzige hierzulande durchgeführte Studie mit Traumabetroffenen zwar die klassische, aber kaum die komplexe PTBS finden, wobei dies auch auf Besonderheiten der Methodik oder der Stichprobe attribuiert werden kann (Krammer, Kleim, Simmen-Janevska, Maercker, 2015c). Andererseits weisen auch Schweizer Untersuchungen im Bereich der klassischen PTBS darauf hin, dass die Prävalenz von PTBS hierzulande anders ausfällt als bspw. in den USA oder im benachbarten Deutschland (vgl. Krammer et al., 2015a). Schliesslich ist es möglich, dass die Symptome der komplexen wie die der klassischen PTBS über die Zeit hinweg fluktuieren (bspw. Solomon, Mikulincer, 2006) und sich die Studienteilnehmerinnen zum Zeitpunkt der Studie in einem gering ausgeprägten Zustand befanden.

Die Einbettung dieser Ergebnisse in den nationalen und internationalen Kontext gestaltet sich aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit schwierig. In der Schweiz gibt es bislang nur zwei Studien über inhaftierte Frauen, beide mit divergierendem Fokus. Die erste stellte einen Vergleich zwischen Frauen und Männern im Strafprozess an (Rossegger et al., 2009), die zweite war als Pilot-Therapie-Evaluationsstudie konzipiert (Krammer et al., 2015b) – die vorliegende Studie jedoch gibt Auskunft über das Ausmass an Belastungen innerhalb einer eng umschriebenen, therapiebedürftigen Stichprobe inhaftierter Frauen. Den drei Studien gemein ist, dass sie allesamt auf frauenspezifische Merkmale hinweisen. Die Eingliederung in den internationalen Kontext ist aufgrund unterschiedlicher Justizsysteme einerseits und unterschiedlicher, länderspezifischer klinischer Ausprägungen ebenfalls schwierig.

Eine zentrale Implikation dieser Studie ist, dass auch in der Schweiz ein trauma-informierter Strafvollzug umzusetzen ist. Davon profitieren nicht nur Insassinnen mit einer Massnahme, deren potentielle Traumatisierungen und Folgestörungen idealerweise den traumageschulten Augen der Therapeuten nicht entgehen, sondern auch diejenigen, die keine gerichtsseitig angeordnete Therapie haben. Durch Trauma-Informierung können Insassinnen mit einer traumatischen Vergangenheit eher erkannt und einer Behandlung zugeführt werden. Da gemäss einem der hier untersuchten Wege in die Delinquenz ein Trauma am Beginn der Kausalkette zur Delinquenz stehen kann, ist es wichtig, dies therapeutisch anzugehen – um die Kette bestenfalls zu unterbrechen.

Diese Studie weist Einschränkungen auf. Die Stichprobengrösse war gering, was zu Power Problemen führen kann und wodurch keine optimaleren, statistischen Analysemethoden angewendet werden konnten. So war es auch nicht möglich Insassinnen mit versus ohne Massnahme zu vergleichen. Es gab keine Vergleichsgruppe (abgesehen von Normdaten der verwendeten Instrumente). Die Studie war querschnittlich angelegt und somit sind keinerlei Aussagen zu Kausalitäten möglich. Aufgrund dessen sind auch zeitliche Verläufe, bspw. ob psychische Probleme nicht nur aktuell, sondern auch schon prämural bestanden haben, nicht eruierbar. Wahrscheinlich liegen methodische Schwächen vor und einige der Cronbach Alphas fielen relativ gering aus. Die meisten Daten wurden durch Selbstbeurteilungen erhoben, die verfälscht werden können. Schliesslich ist die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse limitiert, denn vorliegend wurden ausschliesslich inhaftierte Frauen untersucht, welche sich in Therapie befanden. Die Übertragung auf Insassinnen, welche nicht in gerichts- oder vollzugsseitig angeordneter Therapie sind, ist fraglich. Gleichzeitig entsprach das Ausmass an Psychopathie mit durchschnittlich 16 Punkten amerikanischen Durchschnittswerten für inhaftierte Frauen (Hare, 2003).

Es bedarf weiterer Forschung innerhalb dieses Personenkreises. Insbesondere sollte zukünftige Forschung methodisch optimiert sein, z. B. längsschnittlich angelegt und Fremdbeurteilungsverfahren verwendend. Die Beziehung zwischen Trauma und Borderline bzw. die konzeptuelle Diagnose der komplexen PTBS sollte weiter für diese Personen untersucht werden. Zukünftige Forschung sollte traumatisierte, aber nicht delinquent gewordene Studienteilnehmerinnen miteinbeziehen, um den Stellenwert von Traumatisierung für die Wege in die Delinquenz besser herausarbeiten zu können.

Nichtsdestotrotz bietet die vorliegende Studie einen Einblick in die Defizite von in der Schweiz inhaftierten, therapiebedürftigen

Frauen. Spezifische Informationen über die Problemlage dieses Personenkreises helfen Strategien zu entwickeln für kriminalpräventive Interventionen und vertieftes Wissen über mögliche Wege in die Delinquenz unterstützt idealerweise zukünftige Präventionsstrategien.

## Literatur


American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text revision (DSM-IV-TR),* American Psychiatric Press, Washington, 2000.

Atabay T., *Handbook for Prison Managers and Policymakers on Women and Imprisonment,* United Nations Publications, 2008.

Belknap J., *The invisible woman: Gender, Crime, and Justice,* Cengage Learning, Stamford, 2015.

Bernstein D. P., Fink L., *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report questionnaire and manual,* The Psychological Corporation, San Antonio TX, 1998.

Bloom B., Owen B., Covington S., Women offenders and the gendered effects of public policy, *Review of Policy Research,* 21(1), 2004, 31–48.

Briere J., *Trauma Symptom Inventory. Professional Manual,* PAR, Florida, 1995.

Briere J., *Trauma Symptom Inventory-2. Professional Manual,* PAR, Florida, 2011.

Buhi E. R., Goodson P., Neilands T. B., Out of sight, not out of mind: strategies for handling missing data, *American Journal of Health and Behaviour,* 32(1), 2008, 83–92.

Bundesamt für Statistik (23.05.2011) http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/22/publ.html?publicationID=4360

Bundesamt für Statistik (25.11.2014) http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/19/03/05/key/ueberblick/wichtigsten_zahlen.html

Carson E. A., *Prisoners in 2013,* US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2014.

Cloitre M., Garvert D., Brewin C. R., Bryant R. A., Maercker A., Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis, *European Journal of Psychotraumatology,* 4, 2013.

Covington S., *Beyond Trauma: a healing journey for women,* Hazelden, Center City MN, 2003.

Covington S., *Helping women to recover: a program for treating substance abuse. Facilitators guide – Revised edition for use in the criminal justice system,* Jossey-Bass, San Francisco CA, 2008.

Covington S., Bloom B. E., Gender-responsive treatment and services in correctional settings, *Women & Therapy,* 29, 2006, 9–33.

Driessen M., Schroeder T., Widmann B., von Schonfeld C., Schneider F., Childhood trauma, psychiatric disorders, and criminal behaviour in prisoners in Germany: a comparative study in incarcerated women and men, *Journal of Clinical Psychiatry,* 67(19), 2006, 1486–1492.

Elklit A., Hyland P., Shevlin M., Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples, *European Journal of Psychotraumatology,* 5, 2014, 1–9.

Fiedler P., *Persönlichkeitsstörungen,* 5. Aufl., Beltz, Weinheim, 2001

Franke G. H., *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis – deutsche Version (SCL-90-R),* Beltz Test, Göttingen, 2002.

Gast U., Rodewald F., Nickel V., Emrich H. M., Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic, *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 189(4), 2001, 249–257.

Guyton M. et al., Validity of Trauma Symptom Inventory 2 in a sample of incarcerated women, in: Briere J. (Ed.), Trauma Symptom Inventory-2, PAR, Florida, 2011.

Hare R. D., *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R),* Multi-Health Systems, Toronto, 2003.

Herman J. L., Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma, *Journal of Traumatic Stress,* 5(3), 1992, 377–391.

Hollin C. R., Palmer E. J., Criminogenic needs and women offenders: a critique of the literature, *Legal and Criminological Psychology,* 11(2), 2006, 179–195.

Horowitz L., Alden L., Kordy H., Strauss, B., *Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme: Deutsche Version; IIP-D,* Beltz Test, 2000.

Knefel M., Lueger-Schuster B., An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse, *European Journal of Psychotraumatology,* 4, 2013, 1–11.

Krammer S., Linder Y., Maercker A., Classic and complex PTSD in Switzerland: Prevalence and theoretical discussion, in: Martin C., Preedy V. R., Patel V. B. (Eds.), *Comprehensive Guide to post-traumatic stress disorder (PTSD),* Springer International, 2015a.

Krammer S., Peper M., Klecha D., Wirksamkeit des Programms «Reasoning and Rehabilitation Revised» für inhaftierte Frauen in der Schweiz, *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie,* 9, 2015b, 29–37.

Krammer S., Kleim B., Simmen-Janevska K., Maercker A., Childhood trauma and complex PTSD symptoms in older adults: a study on direct effects and social-interpersonal factors as potential mediators, *Journal of Trauma and Dissociation,* 2015c, doi: 1080/15299732.2014.991861.

Maercker A., *Posttraumatische Belastungsstörungen,* 3. Aufl., Springer, Heidelberg, 2009.

Maercker A., Schützwohl M., Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R), *Diagnostica,* 44(3), 1998, 130–141.

Maercker A., Brewin C. R., Bryant R. A., Cloitre M., Reed G. M., van Ommeren M. et al., Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases–11, *The Lancet,* 381, 2013, 1683–1685.

Messina N., Burdon W. M., Prendergast M. L., Assessing the needs of women in institutional therapeutic communities, *Journal of Offender Rehabilitation,* 37(2), 2003, 89–106.

Moloney K., van den Bergh B., Moller, L., Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history, *Public Health,* 123(6), 2009, 426–430.

Paulus C., *Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF (IRI) zur Messung von Empathie: Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Interpersonal Reactivity Index,* 2009, http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2009/2363/pdf/SPF_Artikel.pdf [21.04.2015]

Repetti R. L., Taylor S. E., Seeman T. E., Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring, *Psychological Bulletin,* 128(2), 2002, 330–366.

Rivera B., Widom C. S., Childhood victimization and violent offending, *Violence and Victims,* 5, 1990, 19–35.

Ross R. R., Gailey Y., Cooper W., Hilborn J., *Reasoning and Rehabilitation 2 for girls and young women: a prosocial competence training program,* Cognitive Centre of Canada, Ottawa, 2008.

Rossegger A., Wetli N., Urbaniok F., Elbert T., Cortoni F., Endrass J., Women convicted for violent offenses: adverse childhood experiences, low level of education and poor mental health, *BMC Psychiatry,* 9(1), 2009, 81.

Salisbury E. J., van Voorhis P., Gendered pathways: a quantitative investigation of women probationers' paths to incarceration, *Criminal Justice and Behavior,* 36, 2009, 541–566.

Schwarzer R., Jerusalem M., *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen.* Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen, Berlin, 1999.

Solomon Z., Mikulincer M., Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study, *American Journal of Psychiatry,* 163(4), 2006, 659–666.

Spitzer C., Stieglitz R.-D., Freyberger H. J., *Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS),* Hogrefe Testzentrale, Göttingen, 2005.

Teplin L. A., Abram K. M., McClelland G. M., Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women, *JAMA Psychiatry,* 53, 1996, 505–512.

Terr L. C., *Acute responses to external events and post-traumatic stress disorders,* Child and Adolescent Psychiatry: a comprehensive textbook, 1991.

Urbaniok F., Endrass J., Noll T., Vetter S., Rossegger A., Posttraumatic stress disorder in a Swiss offender Population, *Swiss Medical Weekly,* 137, 2007, 151–156.

Walmsley R., *World female imprisonment list,* International Centre for Prison Studies, London, 2006.

Widom C. S., The cycle of violence, *Science,* 244, 1989, 160–166.

Wittchen H. U., Pfister H., *Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen (DIAX),* Swets & Zeitlinger, Frankfurt a. M., 1997.

*Sandy Krammer[1)]*
*Yves Linder[1)]*
*Martin Peper[1) 2)]*
*Stephanie Covington[3)]*
*Dorothee Klecha[1)]*

*[1)] Forensisch-Psychiatrischer Dienst, Universität Bern, Schweiz*
*[2)] Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg, Deutschland*
*[3)] Center for Gender and Justice, Kalifornien, Vereinigte Staaten von Amerika*

***Korrespondierende Autorin:***
*Dr. Sandy Krammer*
*Forensisch-Psychiatrischer Dienst*
*Universität Bern*
*Falkenplatz 18*
*CH-3012 Bern*
*E-Mail: sandy.krammer@fpd.unibe.ch*
*Telefon: 031 631 50 85*
*Fax: 031 631 31 93*