Falldefinition und Analyse der Belastungsschwere mithilfe der Symptom-Checklist-90®-Standard (*SCL*) und Traumadiagnostik mithilfe des Essener Trauma-Inventars (*ETI*)

Eine Analyse zur Diagnostik psychischer Gesundheit von Personen aus buddhistischen Gruppen

Anne Iris Miriam Anders

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis ... 1
2 Abstract ... 2
3 Einleitung ... 4
4 Hintergrund ... 4
5 Methoden ... 4
6 Ergebnisse ... 5
6.1 Ergebnisse in der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) ... 6
6.1.1 Gruppenmittelwertsanalyse (n=8) ... 6
6.1.2 Einzelpersonen in den Dimensionen des Gruppenprofils der *SCL* (n=8) ... 8
6.1.3 Gruppenanalyse in den einzelnen Dimensionen der *SCL* ... 10
6.1.3.1 Dimension *Aggressivität/ Feindseligkeit* ... 10
6.1.3.2 Dimension *Ängstlichkeit* ... 10
6.1.3.3 Dimension *Depressivität* ... 11
6.1.3.4 Dimension *Paranoides Denken* ... 11
6.1.3.5 Dimension *Phobische Angst* ... 12
6.1.3.6 Dimension *Psychotizismus* ... 12
6.1.3.7 Dimension *Somatisierung* ... 13
6.1.3.8 Dimension *Unsicherheit im Sozialkontakt* ... 13
6.1.3.9 Dimension *Zwanghaftigkeit* ... 14
6.1.3.10 Globaler Kennwert *Grundsätzliche psychische Belastung* (*GSI*) ... 14
6.1.3.11 Globaler Kennwert *Intensität der Antworten* (*PSDI*) ... 15
6.1.3.12 Globaler Kennwert *Anzahl der Symptome mit Belastungsvorliegen* (*PST*) ... 15
6.2 Einzelpersonen in den Dimensionen des Gruppenprofils des *ETI* (n=8) ... 16
6.3 Individuelle Analyse der acht Probanden im *SCL* sowie im *ETI* (bei deren traumadiagnostischer Auffälligkeit) ... 17
6.3.1 Probandin P1 ... 17
6.3.2 Probandin P2 ... 19
6.3.3 Proband P3 ... 21
6.3.4 Proband P4 ... 23
6.3.5 Proband P5 ... 24
6.3.6 Proband P6 ... 25
6.3.7 Probandin P7 ... 26
6.3.8 Probandin P8 ... 28
7 Interpretation ... 29
7.1 Falldefinition nach der *Symptom Checklist* (*SCL*) über den Kennwert *GSI* oder zwei ihrer Dimensionen ... 29
7.2 Analyse der Ergebnisse vor dem Hintergrund der spezifischen Probandengruppe ... 29
7.3 Interpretation der Ergebnisse der einzelnen Probanden nach der Falldefinition laut *SCL* unter Einbeziehung der Ergebnisse im *ETI* ... 31
7.3.1 Probandin P1 mit Auffälligkeit im *ETI* ... 32
7.3.2 Probandin P2 als *Fall* laut *SCL* und mit Auffälligkeit im *ETI* ... 32
7.3.3 Proband P3 als *Fall* laut *SCL* und mit Auffälligkeit im *ETI* ... 32
7.3.4 Proband P4 als *Fall* laut *SCL*, keine Auffälligkeit im *ETI* jedoch starke Belastung durch Trauma 32
7.3.5 Proband P5 ... 32
7.3.6 Proband P6 ... 33
7.3.7 Probandin P7 als *Fall* laut *SCL* mit Auffälligkeit im *ETI* ... 33
7.3.8 Probandin P8 ... 33
8 Zusammenfassung ... 33
9 Würdigung ... 33
10 Literatur ... 34
11 Abbildungsverzeichnis ... 35

2 Abstract

Einleitung: In vorliegender Studie wurde die *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) als diagnostisches Instrument zur Feststellung des Schweregrads psychischer Belastung und für die Definition eines *Falls* mit Behandlungsbedürftigkeit mithilfe des *Globalen Kennwerts GSI* und den Werten in ihren neun Dimensionen benutzt. Dies wurde traumadiagnostisch durch das *Essener Trauma-Inventar* (*ETI*) ergänzt. Da viele der Personen aus buddhistischen Organisationen angegeben hatten mehrere Diagnosen erhalten zu haben, wobei Depressionen, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen am häufigsten genannt wurden, sollte damit sowohl eine erste diagnostische Einschätzung für solchen Kontext gewonnen wie auch differentialdiagnostische Klarheit für mögliche präventive und psychotherapeutische Vorgangsweisen entwickelt werden können. Bei einer Pilotgruppe von acht deutschsprachigen Probanden wurden somit diese beiden diagnostischen Bewertungsinstrumente zur klinischen Differenzierung, Bewertung des individuellen Schweregrads psychischer Belastung und Definition einer Behandlungsbedürftigkeit eingesetzt.

Methoden: Die Evaluation wurde mithilfe HTS Versionen der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) und des *Essener Trauma-Inventars* (*ETI*) durchgeführt.

Ergebnisse: Fünfzig Prozent der Probanden wurden als behandlungsbedürftige *Fälle* nach der *SCL* definiert. Alle Personen gaben im *ETI* an mindestens ein potentielles Trauma erlebt zu haben und fünfzig Prozent zeigten darin Auffälligkeiten entweder einer (zumindest partiellen) Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer zum Zeitpunkt des Fragebogenausfüllens starken Belastung durch das Trauma. Beim *Globalen Kennwert GSI* der *SCL*, der auf die grundsätzliche psychische Belastung hinweist, lagen sechs von acht Personen über dem Mittelwert der Normgruppe, jedoch nur zwei von ihnen auf beziehungsweise über seinem cut-off Wert (von 63) für eine Falldefinition. Sieben der acht Personen gaben eine überdurchschnittliche Anzahl von belastenden Symptomen an, was mit dem *Globalen Kennwert PST* erfasst wurde. Während sich in der Dimension *Unsicherheit im Sozialkontakt* bei allen acht Personen Werte über dem Mittelwert der Normgruppe zeigten, wobei vier davon auch über dem cut-off von 63 lagen, lagen in der Dimension *Paranoides Denken* vier Personen und in der Dimension *Depressivität* zwei Personen über diesem cut-off Wert.

Eine Person war im *ETI* auffällig ohne mithilfe des *SCL* als *Fall* erfasst worden zu sein, eine andere wurde zwar als *Fall* erfasst, zeigte jedoch im *ETI* lediglich eine hohe Belastung durch das Trauma ohne Verdacht auf eine (partielle) Posttraumatische Belastungsstörung.

Konklusion: Obwohl der Schweregrad der psychischen Belastung mit der *SCL* sehr gut erfassbar ist, scheint ihre Falldefinition für das Screening einer Personengruppe aus verschiedenen buddhistischen Organisationen mit Traumafolgen hinsichtlich des Schweregrads ihrer psychischen Belastung und Behandlungsbedürftigkeit nicht ausreichend. Zur klinischen Diagnostik und Differenzierung der Art wie auch des Schweregrads einer Traumatisierung bedarf es für diesen spezifischen Kontext zunächst zusätzlicher Traumafragebögen. Darüber hinaus wären hinsichtlich einer Behandlungsplanung für die erkrankten Personen differentialdiagnostisch die spezifisch schädigenden Aspekte mithilfe einer anamnsestischen kontextspezifischen Befragung sowie auch eine Evaluation von aufrechterhaltenden Bedingungen - beispielsweise verinnerlichte dekontextualisierte Konzepte und darauf beruhende Übungen - welche nicht selten auch nach einer Trennung von einer Gruppe bestehen bleiben, vorzunehmen.

Stichworte:

Psychotherapie, Psychodiagnostik, Symptom-Checklist, *SCL*, Essener Trauma-Inventar, *ETI*, Falldefinition, Posttraumatische Belastungsstörung PTBS, psychische Erkrankungen, Buddhistische Organisationen, Buddhismus, Missbrauch, zwingende Kontrolle

Introduction: In this study, the *Symptom Checklist-90® standard* (*SCL*) was used to determine the severity of mental health burden as well as a *case* definition by means of the scores in its nine dimensions and its *Global Index GSI*. Complementary trauma diagnostics was assessed by means of the *Essener Trauma-Inventar* (*ETI*). Many of the participants from the Buddhist organizations reported having been diagnosed for several conditions, with depression, anxiety disorders and post-traumatic stress disorder (PTSD) being mentioned most frequently. Thus, the objective of enabling an initial diagnostic evaluation for such contexts as well as developing differential diagnostic insight for potential preventive and psychotherapeutic procedures was ensured. In a pilot study group of eight German-speaking subjects, these two diagnostic instruments were used for clinical differentiation, assessing individual severity of mental health burden, and determining treatment requirement.
Methods: The evaluation was conducted by means of the HTS versions of the *Symptom Checklist-90® standard* (*SCL*) and the *Essener Trauma-Inventar* (*ETI*).
Results: Fifty percent of the subjects were identified requiring treatment as defined by the *SCL*. All participants reported having experienced at least one potential trauma in the *ETI*, and fifty percent presented with symptoms of either (at least partial) posttraumatic stress disorder or severe trauma related burden at the time of completing the questionnaire. In the *Global Index GSI* of the *SCL* indicating mental health burden, six out of eight subjects scored above the mean of the norm group. As of defining a *case*, however, only two of them scored at or above its cut-off value (of 63). Seven of eight persons reported above-average numbers of distressing symptoms, as assessed by the *Global Index PST*. As for the dimension *interpersonal sensitivity*, all eight persons scored above the mean of the norm group, four of them scored above the cut-off value (of 63). In the dimension *paranoid ideation* four persons and in the dimension *depression* two persons scored above this cut-off value. One person was detected noticeable by the *ETI* without having been recorded a *case* by the *SCL*, and another person was detected a *case* but merely presented high trauma distress without having (partial) post-traumatic stress disorder in the *ETI*.
Conclusion: Although the severity of mental health burden is easily assessed with the *SCL*, its case definition seems insufficient for screening subjects from different Buddhist organizations having experienced traumatic events regarding the severity of their mental health burden and need for treatment. Additional trauma questionnaires are required for their clinical diagnosis and differentiation of the severity and type of trauma in this specific context. With regards to therapy considerations for the affected individuals, the specifically damaging aspects may get assessed by means of context-specific anamnesis and interviews, along with evaluating the perpetuating conditions, such as any internalized decontextualized concepts and related exercises that maight persist even after separating from a group.

Keywords:
Psychotherapy, psychodiagnosis, symptom checklist, SCL, Essen Trauma-Inventar, ETI, case definition, post-traumatic stress disorder PTSD, mental diseases, Buddhist organizations, Buddhism, abuse, coercive control.

3 Einleitung

Da mithilfe der „Symptom-Checklist-90®-Standard“ (*SCL*) (Franke 2013) eine erste Analyse des Schweregrads psychischer Belastung wie auch eine Falldefinition zur Feststellung einer Behandlungsnotwendigkeit erstellt werden kann, wurde diese im Rahmen einer Studie zur Diagnostik einer Gruppe von deutschsprachigen Personen aus verschiedenen buddhistischen Organisationen benutzt. Dieses Analyseinstrument zu Beschreibung psychischer Belastung ermöglicht somit eine Objektivierung psychischer Schädigung und Behandlungsbedürftigkeit von Personen aus solchen Kontexten. Aufgrund der Berichte von traumatisierenden Ereignissen in den jeweiligen Gruppen (Anders 2022b) wurde darüber hinaus zur ergänzenden diagnostischen Einschätzung des Vorliegens einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei dieser Personengruppe das „Essener Trauma-Inventar“ (*ETI*) (Tagay & Senf 2014) eingesetzt. Die Ergänzung der klinischen Diagnostik mithilfe dieser standardisierten psychologischen Fragebögen durch eine anamnestische Befragung zu den spezifischen schädigenden Aspekten im jeweiligen Kontext (Anders 2019a, 2019b, 2020, 2022b) sollte somit eine differenzierte psychotherapeutische Behandlungsplanung für die erkrankten Personen und präventive gesellschaftliche Maßnahmen ermöglichen.

4 Hintergrund

Im Rahmen eines Forschungsprojekts zur psychischen Gesundheit im Vajrayāna-Buddhismus und der tibetischen Medizin (*Sowa Rigpa*) (Anders 2022a) wurden aktuelle Entwicklungen in internationalen buddhistischen Organisationen im Sinne einer gruppenübergreifenden, sich dem Buddhismus zuschreibenden Subkultur (Anders 2022b, S. 95) untersucht. Die psychische Belastung einer Gruppe von deutschsprachigen Studienteilnehmern und ein möglicherweise vorliegender psychotherapeutischer Behandlungsbedarf sollte dabei mithilfe des standardisierten psychologischen Fragebogens *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) erfasst werden. Damit werden die vorliegenden Ergebnisse zu den psychischen Auswirkungen dekontextualisierter Konzepte (Anders 2019 a, S. 35ff.) in solchem Kontext und darauf basierendem Training (Anders 2019a, S. 36ff) sowie den entsprechenden Abwehrmechnismen des Rationalisierens, Verleugnens, Verschweigens und Uminterpretierens von Sachlagen und der Traumatisierung selbst (Anders 2019b) sowie dementsprechenden Gruppendynamiken durch eine Diagnostik aktueller psychischer Belastung dieser Probandengruppe und Traumadiagnostik ergänzt. Dies vermag die aus dem Forschungsprojekt vorliegende Dokumentation der bisherigen Diagnosen und Psychotherapie der Probanden (Anders 2022b, S. 21 ff.) weiter zu differenzieren. Ferner erlaubte die Ergänzung durch die Traumadiagnostik mithilfe des *Essener Trauma-Inventars* (*ETI*) eine erste klinische Einschätzung des Vorliegens eines Traumas oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), was den Selbstdiagnosen einer Traumatisierung auf der einen und der Verleugnung von psychischem Trauma nicht nur seitens der (tibetischsprachigen) Gruppenleitungen und damit der Option einer solchen Erkrankung in deren Organisationen oder gar ihrer spirituell überbauten Rationalisierung als eine Karmareinigung (Anders 2019b, S. 2ff.; 2022b, S. 35ff) eine erste Datenlage entgegenzusetzen vermag. Trotz der kleinen deutschsprachigen Probandengruppe von acht Personen, die bereit war diese Fragebögen auszufüllen, können diese Ergebnisse somit eine erste Einschätzung bieten und damit als eine Grundlage für weitere Forschung im Kontext und insbesondere auch für die Entwicklung spezifischer psychotherapeutischer Interventionen für diese Patientengruppe dienen.

5 Methoden

Die Ausschreibung zur Studie erfolgte über die Forschungsprojektwebseite (Anders 2022a) und die Deutsche Buddhistische Union (DBU). Das Einschlusskriterium für die Studienteilnahme war eine Teilnahme an Buddhismus-Seminaren oder -Retreats. Da die deutschsprachigen Fragebögen - die *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) und die Langform des *Essener Trauma-Inventars* (*ETI*) -

deren HTS Versionen der Hogrefe Testzentrale benutzt wurden, die Teilnahme auf die deutschsprachige Personengruppe begrenzte, stellt diese Probandengruppe lediglich einen Teil der Probanden der Gesamtstudie dar.

6 Ergebnisse

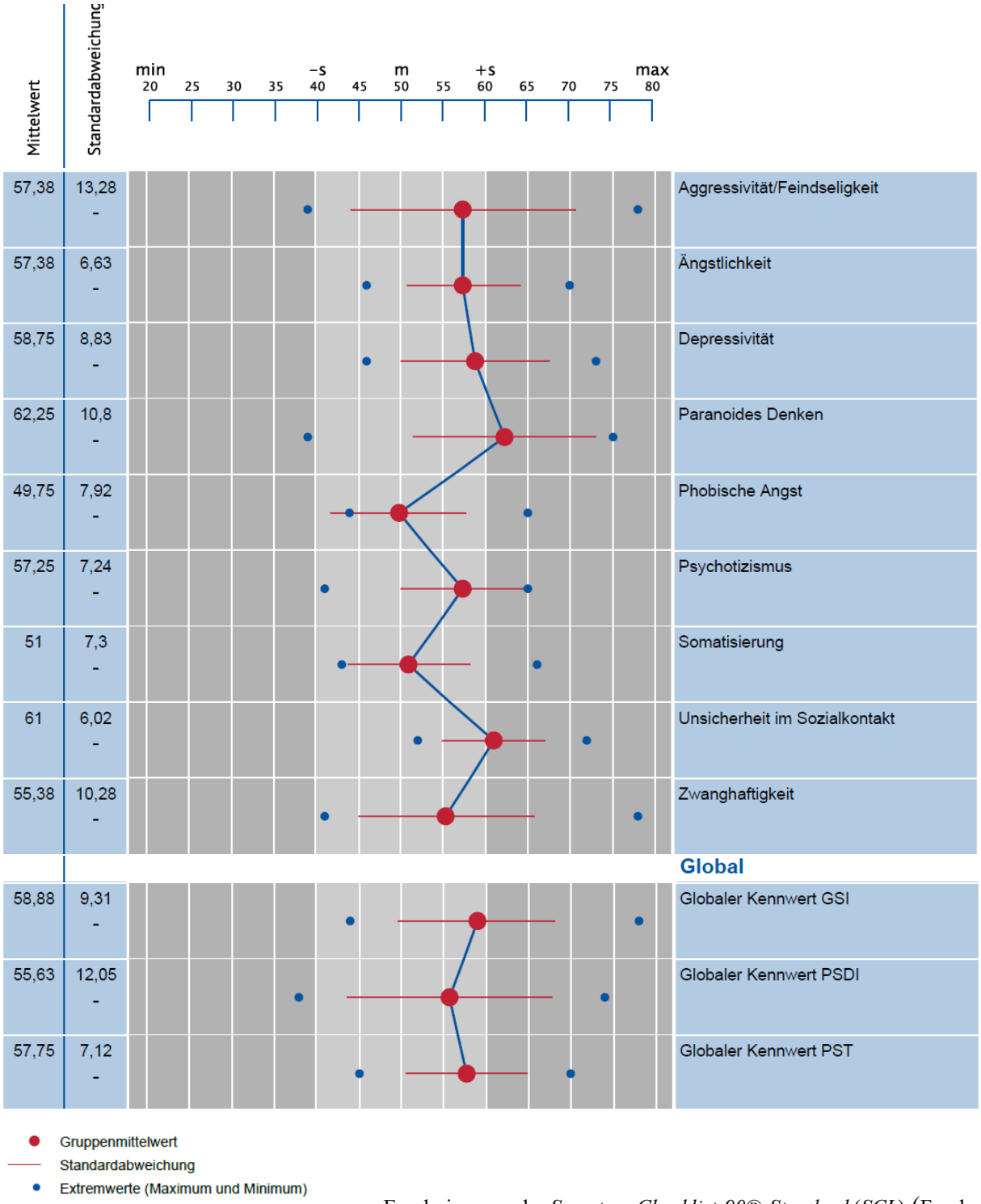
Die beiden Fragebögen wurden von acht Personen - vier Frauen (P1, P2, P7 und P8) und vier Männern (P3, P4, P5 und P6) im Alter zwischen 24 und 57 Jahren - ausgefüllt. Die folgenden Ergebnisdarstellungen aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) und teilweise zusätzlich auch dem *Essener Trauma-Inventar* (*ETI*) erfolgen mithilfe von leicht formal modifizierten Abbildungen aus den HTS-Reports der Hogrefe Testzentrale. Während im Multireport zunächst das Gruppenprofil beschrieben wird, stellen die mit den Probandennummern (P1-P8) bezifferten Daten jeweils die Einzelprofile der Studienteilnehmer dar. Die Normgruppe in der *SCL* bezieht sich dabei jeweils auf die Normalpopulation gesamt in einer T-Werte Skala und einer Wahrscheinlichkeitseinstellung von 95% (Hogrefe Verlag 2022a, S.3; 2022b, S3). Die Normgruppe im *ETI* (Langform) bezieht sich auf Hausarztpatienten in derselben Skala und Wahrscheinlichkeitseinstellung (Hogrefe Verlag 2022c, S. 4; 2022d, S. 3). Für den *ETI* erfolgt wiederum zunächst eine Darstellung der Einzelpersonen in den Dimensionen des Gruppenprofils, jedoch wird bei der individuellen Analyse der acht Probanden nur bei im *ETI* auffälligen Personen die entsprechende Darstellung und Auswertung in deren Ergebnisdarstellung beigefügt.

Ein Teil der Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) wurde am 30. *European Psychiatry Congress* (*EPA*) (Anders 2022c) präsentiert.

6.1 Ergebnisse in der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*)

6.1.1 Gruppenmittelwertsanalyse (n=8)

Abbildung 1: Gruppenmittelwertsanalyse in der SCL (n=8)



Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 18-19; formal modifiziert)

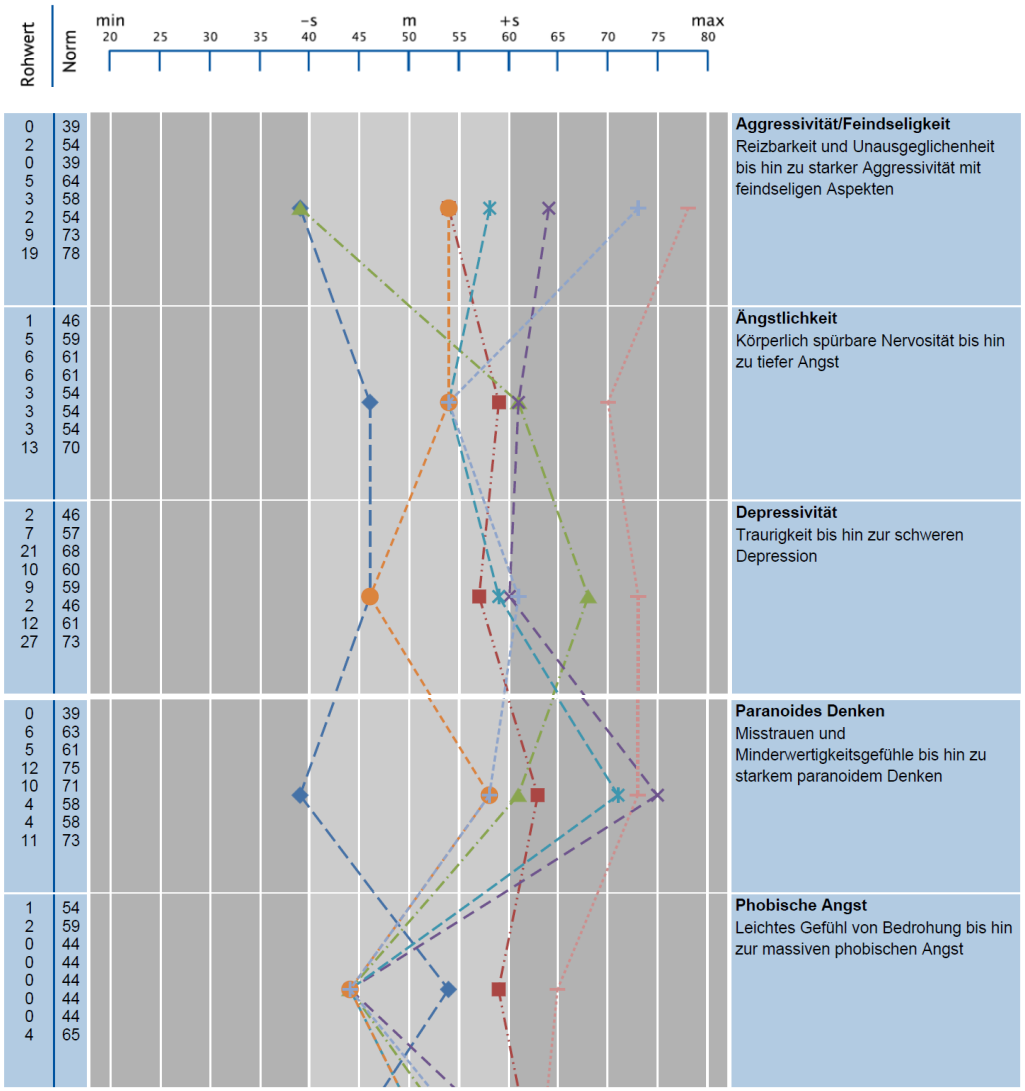
Abbildung 2: Merkmalsstatistik zur Gruppenmittelwertsanalyse in der SCL (n=8)

Bezeichnung	M	SD	Min	Max
Aggressivität/Feindseligkeit	57,38	13,28	39	78
Ängstlichkeit	57,38	6,63	46	70
Depressivität	58,75	8,83	46	73
Paranoides Denken	62,25	10,8	39	75
Phobische Angst	49,75	7,92	44	65
Psychotizismus	57,25	7,24	41	65
Somatisierung	51	7,3	43	66
Unsicherheit im Sozialkontakt	61	6,02	52	72
Zwanghaftigkeit	55,38	10,28	41	78
Global				
Globaler Kennwert GSI	58,88	9,31	44	78
Globaler Kennwert PSDI	55,63	12,05	38	74
Globaler Kennwert PST	57,75	7,12	45	70

Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 20; formal modifiziert)

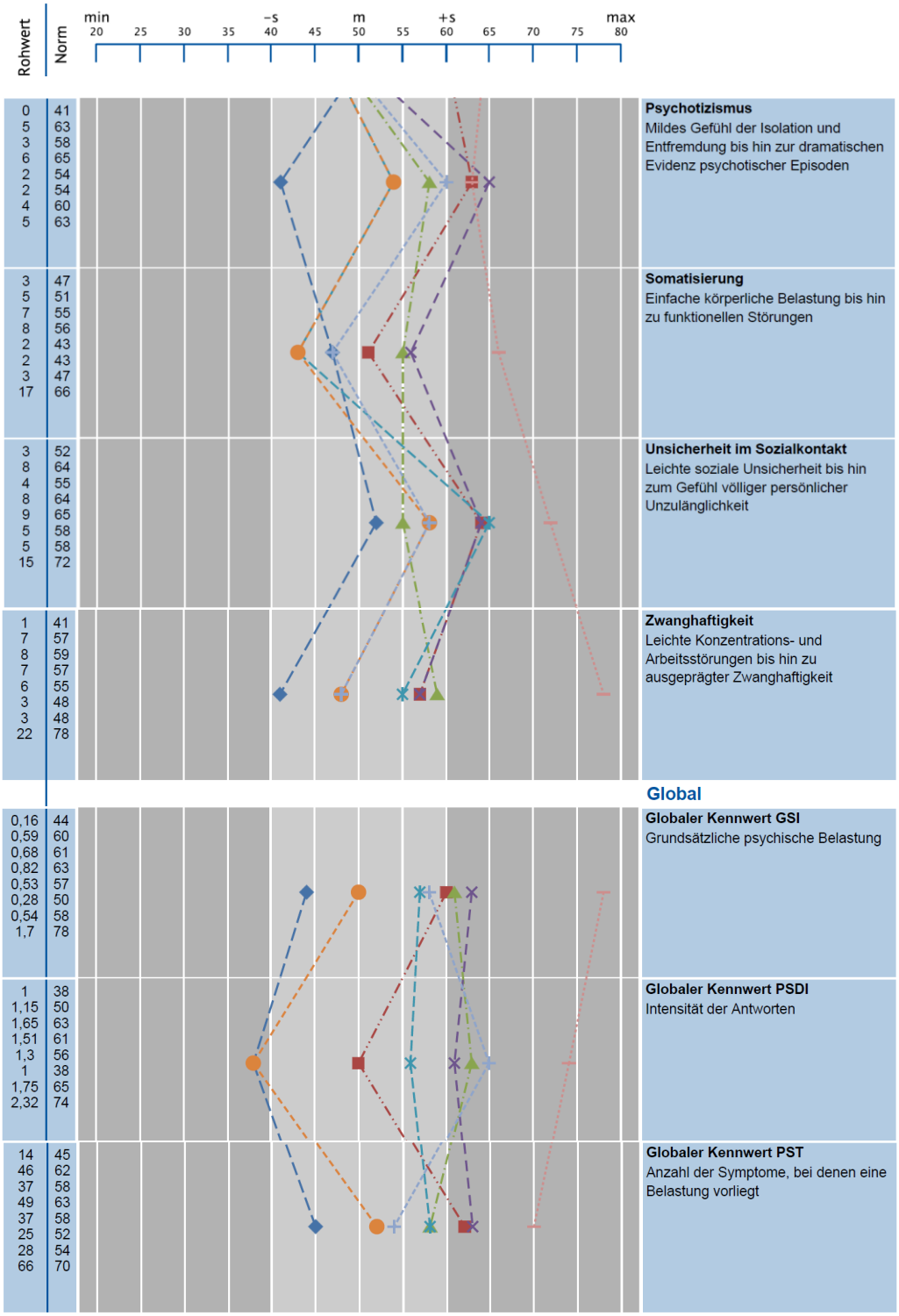
6.1.2 Einzelpersonen in den Dimensionen des Gruppenprofils der *SCL* (n=8)

Abbildung 3: Multireport SCL Einzelpersonen im Gruppenprofil 1



Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S.3; formal modifiziert)

Abbildung 4: Multireport SCL Einzelpersonen im Gruppenprofil 2



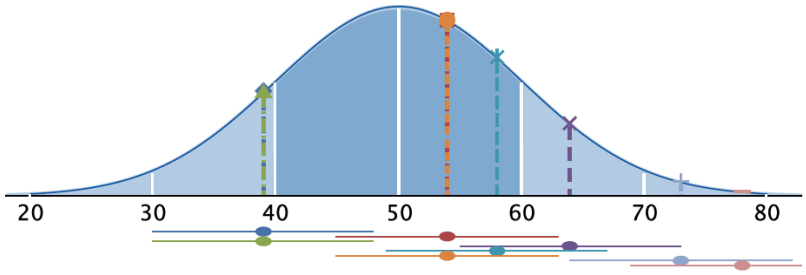
Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S.4-5; formal modifiziert)

6.1.3 Gruppenanalyse in den einzelnen Dimensionen der *SCL*

6.1.3.1 Dimension *Aggressivität/ Feindseligkeit*

Die Dimension *Aggressivität/ Feindseligkeit* wird folgendermaßen beschrieben: "Personen mit hohen Werten leiden unter dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein, unter Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber sie machtlos sind, unter dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen, unter dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern, unter der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten und unter dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen" (Hogrefe Verlag 2022a, S. 6).

Abbildung 5: Gruppenanalyse SCL-Dimension Aggressivität/ Feindseligkeit

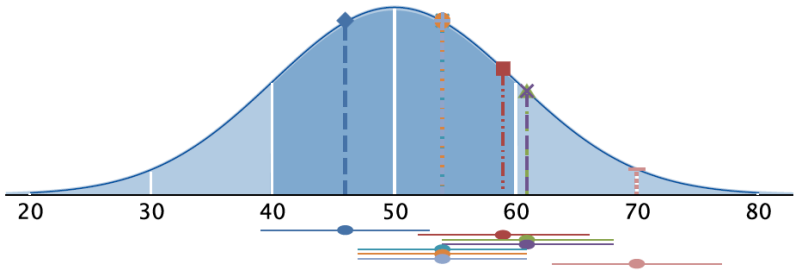


Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 6; formal modifiziert)

6.1.3.2 Dimension *Ängstlichkeit*

Die Dimension *Ängstlichkeit* wird folgendermaßen beschrieben: „Personen mit hohen Werten leiden unter Nervosität oder innerem Zittern, unter plötzlichem Erschrecken ohne Grund, unter Furchtsamkeit, Herzklopfen oder Herzjagen, unter dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein, unter Schreck- oder Panikanfällen, unter so starker Ruhelosigkeit, dass sie nicht stillsitzen können, unter dem Gefühl, dass ihnen etwas Schlimmes passieren wird oder unter schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen" (Hogrefe Verlag 2022a, S. 7).

Abbildung 6: Gruppenanalyse SCL-Dimension Ängstlichkeit

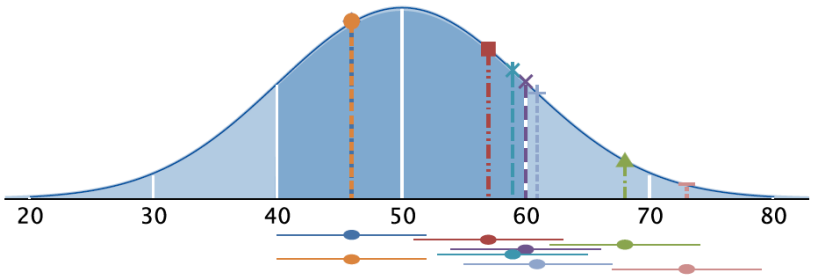


Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 7; formal modifiziert)

6.1.3.3 Dimension *Depressivität*

Die Dimension *Depressivität* wird folgendermaßen beschrieben: „Personen mit hohen Werten leiden unter einer Verminderung ihres Interesses oder ihrer Freude an Sexualität, unter Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken, unter dem Gedanken, sich das Leben zu nehmen, unter der Neigung zum Weinen, unter der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden, unter Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge, unter Einsamkeitsgefühlen, Schwermut, unter dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen, unter dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren, unter einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft, unter einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist oder unter dem Gefühl, wertlos zu sein“ (Hogrefe Verlag 2022a, S. 8).

Abbildung 7: Gruppenanalyse SCL-Dimension Depressivität

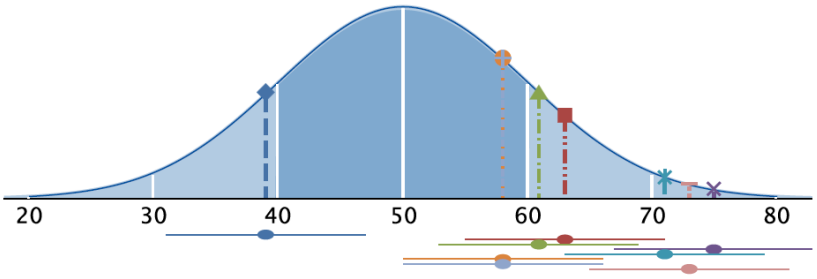


Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 8; formal modifiziert)

6.1.3.4 Dimension *Paranoides Denken*

Die Dimension *Paranoides Denken* wird folgendermaßen beschrieben: „Personen mit hohen Werten leiden unter dem Gefühl, dass andere an den meisten ihrer Schwierigkeiten schuld sind, unter dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann, unter dem Gefühl, dass andere sie beobachten oder über sie reden, unter Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit ihnen teilen, unter mangelnder Anerkennung ihrer Leistungen durch andere und unter dem Gefühl, dass die Leute sie ausnutzen, wenn sie es zulassen würden“ (Hogrefe Verlag 2022a, S. 9).

Abbildung 8: Gruppenanalyse SCL-Dimension Paranoides Denken

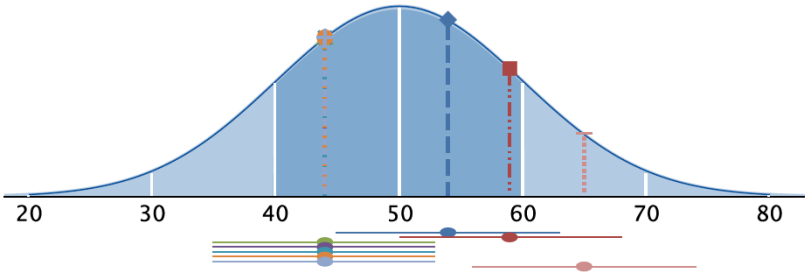


Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 9; formal modifiziert)

6.1.3.5 Dimension *Phobische Angst*

Die Dimension *Phobische Angst* wird folgendermaßen beschrieben: „Personen mit hohen Werten leiden unter Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße, unter Befürchtungen, wenn sie allein aus dem Haus gehen, unter Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug, unter der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil sie durch diese erschreckt werden, unter Abneigung gegen Menschenmengen (z.B. beim Einkaufen oder im Kino), unter Nervosität, wenn sie allein gelassen werden oder unter der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen“ (Hogrefe Verlag 2022a, S. 10).

Abbildung 9: Gruppenanalyse SCL-Dimension Phobische Angst

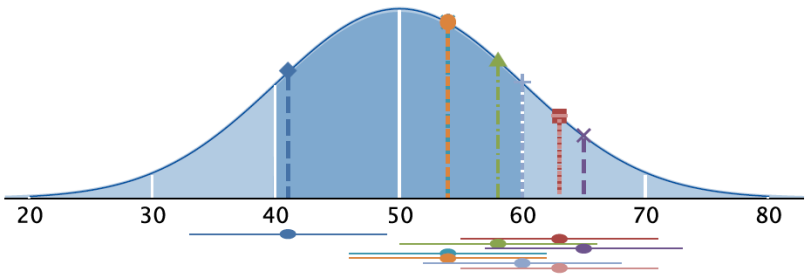


Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 10; formal modifiziert)

6.1.3.6 Dimension *Psychotizismus*

Die Dimension *Psychotizismus* wird folgendermaßen beschrieben: „Personen mit hohen Werten leiden unter der Idee, dass irgendjemand Macht über ihre Gedanken hat, unter dem Hören von Stimmen, die sonst keiner hört, unter der Idee, dass andere Leute von ihren geheimsten Gedanken wissen, unter dem Auftauchen von Gedanken, die nicht ihre eigenen sind, unter Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn sie in Gesellschaft sind, unter sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für sie sind, unter dem Gedanken, dass sie für ihre Sünden bestraft werden sollten, unter dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit ihrem Körper nicht in Ordnung ist, unter dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können und unter dem Gedanken, dass irgendetwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist“ (Hogrefe Verlag 2022a, S. 11).

Abbildung 10: Gruppenanalyse SCL-Dimension Psychotizismus

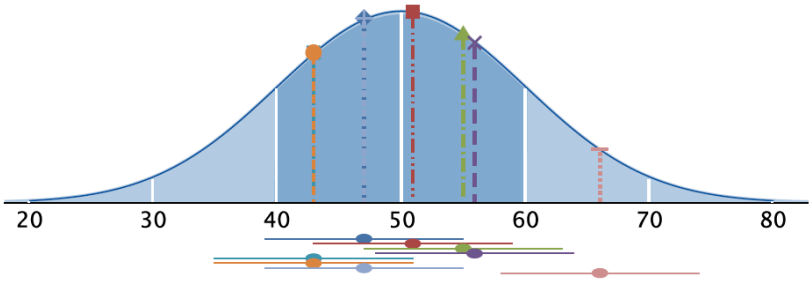


Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 11; formal modifiziert)

6.1.3.7 Dimension *Somatisierung*

Die Dimension *Somatisierung* wird folgendermaßen beschrieben: „Personen mit hoher Belastung leiden unter Kopfschmerzen, Ohnmachts- und Schwindelgefühlen, Herz- und Brustschmerzen, Kreuzschmerzen, Übelkeit oder Magenverstimmungen, Muskelschmerzen (Muskelkalter, Gliederreißen), Schwierigkeiten beim Atmen, Hitzewallungen oder Kälteschauer, Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen, dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben, Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen und Schweregefühl in Armen und Beinen“ (Hogrefe Verlag 2022a, S. 12).

Abbildung 11: Gruppenanalyse SCL-Dimension Somatisierung

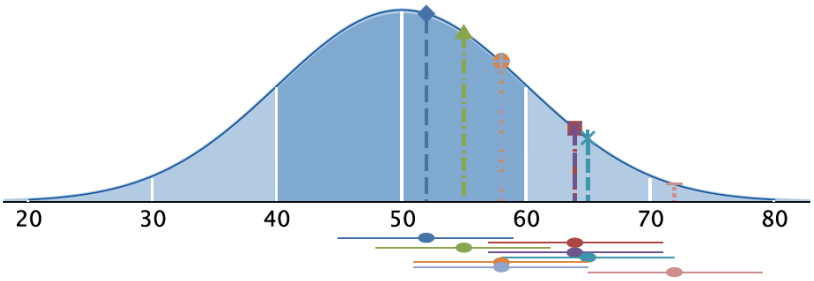


Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 12; formal modifiziert)

6.1.3.8 Dimension *Unsicherheit im Sozialkontakt*

Die Dimension *Unsicherheit im Sozialkontakt* wird folgendermaßen beschrieben: „Personen mit hohen Werten leiden unter allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen, Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht, Verletzlichkeit in Gefühlsdingen, dem Gefühl, dass andere sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind, dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder sie nicht leiden können, Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen, einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute sie beobachten oder über sie reden, starker Befangenheit im Umgang mit anderen und Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit“ (Hogrefe Verlag 2022a, S. 13).

Abbildung 12: Gruppenanalyse SCL-Dimension Unsicherheit im Sozialkontakt

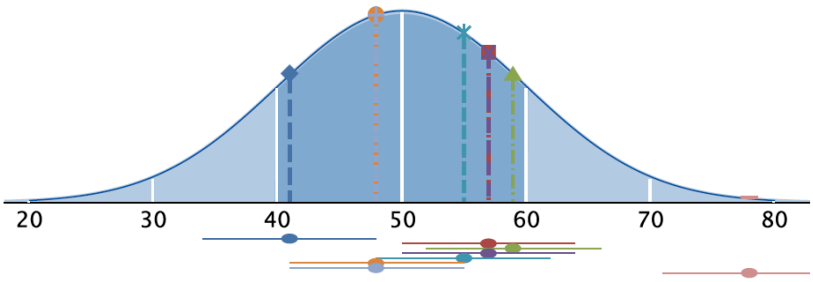


Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 13; formal modifiziert)

6.1.3.9 Dimension *Zwanghaftigkeit*

Die Dimension *Zwanghaftigkeit* wird folgendermaßen beschrieben: „Personen mit hohen Werten leiden unter immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die ihnen nicht aus dem Kopf gehen, Gedächtnisschwierigkeiten, Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit, dem Gefühl, dass es ihnen schwer fällt, etwas anzufangen, der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig wird, dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was sie tun, Schwierigkeiten, sich zu entscheiden, Leere im Kopf, Konzentrationsschwierigkeiten und zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen und Waschen“ (Hogrefe Verlag 2022a, S. 14).

Abbildung 13: Gruppenanalyse SCL-Dimension Zwanghaftigkeit

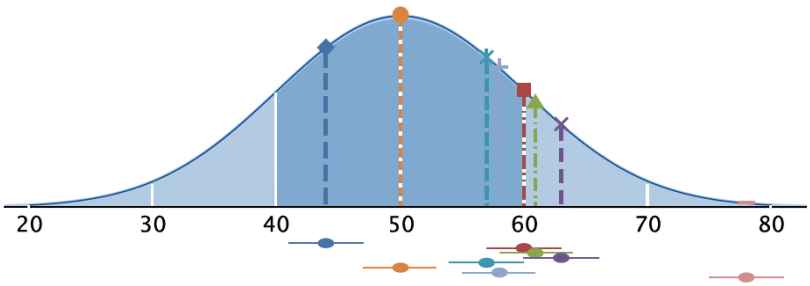


Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 14; formal modifiziert)

6.1.3.10 Globaler Kennwert *Grundsätzliche psychische Belastung* (*GSI*)

Der *Globale Kennwert GSI* beschreibt die „grundsätzliche psychische Belastung“ (Hogrefe Verlag 2022a, S. 15).

Abbildung 14: Gruppenanalyse SCL Globaler Kennwert Grundsätzliche psychische Belastung (GSI)

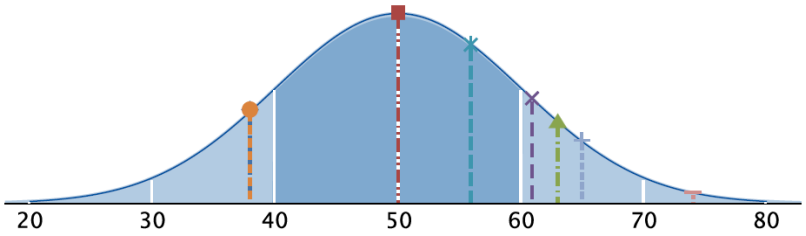


Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 15; modifiziert)

6.1.3.11 Globaler Kennwert *Intensität der Antworten* (*PSDI*)

Der *Globale Kennwert PSDI* beschreibt die „Intensität der Antworten“ (Hogrefe Verlag 2022a, S. 16).

Abbildung 15: Gruppenanalyse SCL Globaler Kennwert Intensität der Antworten (PSDI)

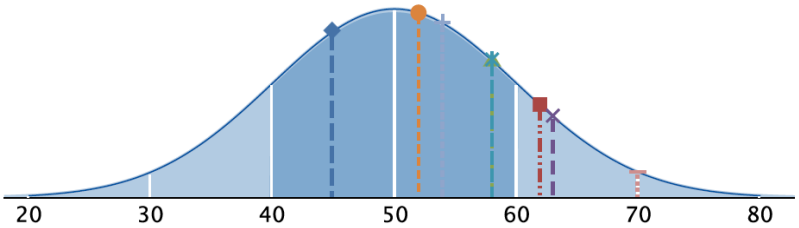


Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 16; formal modifiziert)

6.1.3.12 Globaler Kennwert *Anzahl der Symptome mit Belastungsvorliegen* (*PST*)

Der *Globale Kennwert PST* beschreibt die „Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt“ (Hogrefe Verlag 2022a, S. 17).

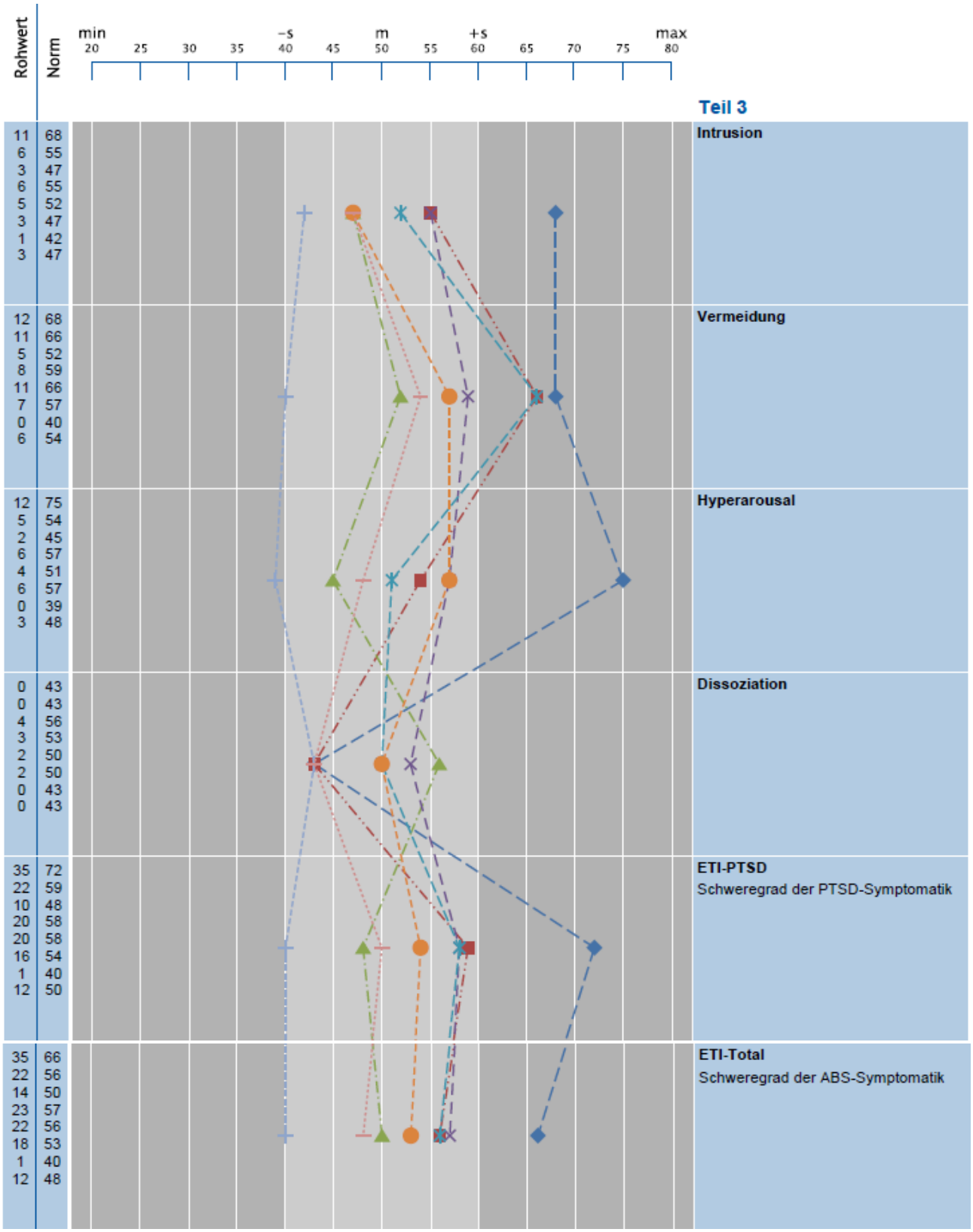
Abbildung 16: Gruppenanalyse SCL Globaler Kennwert Anzahl der Symptome mit Belastungsvorliegen (PST)



Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022a, S. 17; modifiziert)

6.2 Einzelpersonen in den Dimensionen des Gruppenprofils des *ETI* (n=8)

Abbildung 17: Multireport ETI Einzelpersonen im Gruppenprofil

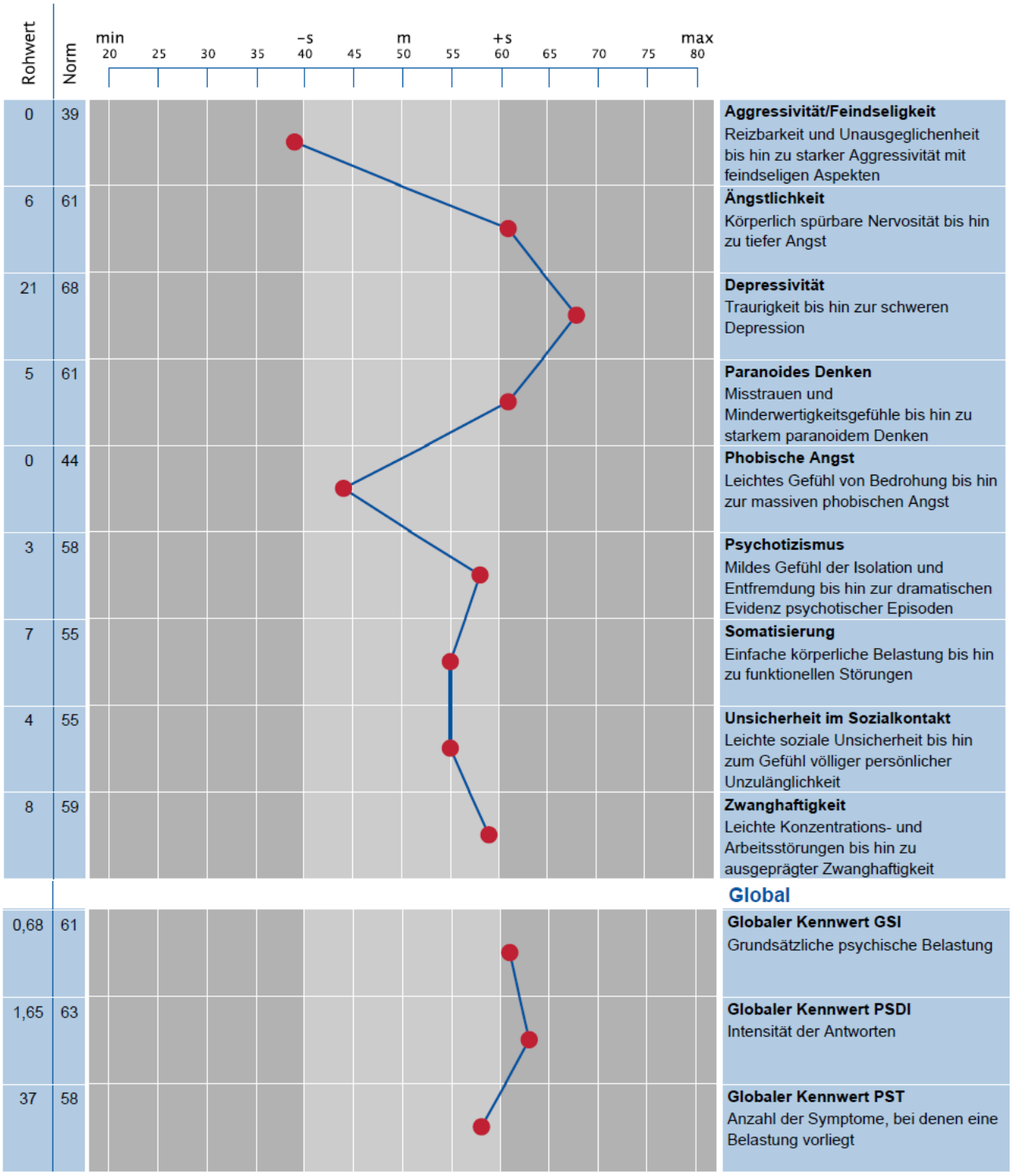


Ergebnisse aus dem *Essener Trauma-Inventar*, Langform (Tagay & Senf 2014).)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022d, S. 3; formal modifiziert)

6.3 Individuelle Analyse der acht Probanden im *SCL* sowie im *ETI* (bei deren traumadiagnostischer Auffälligkeit)

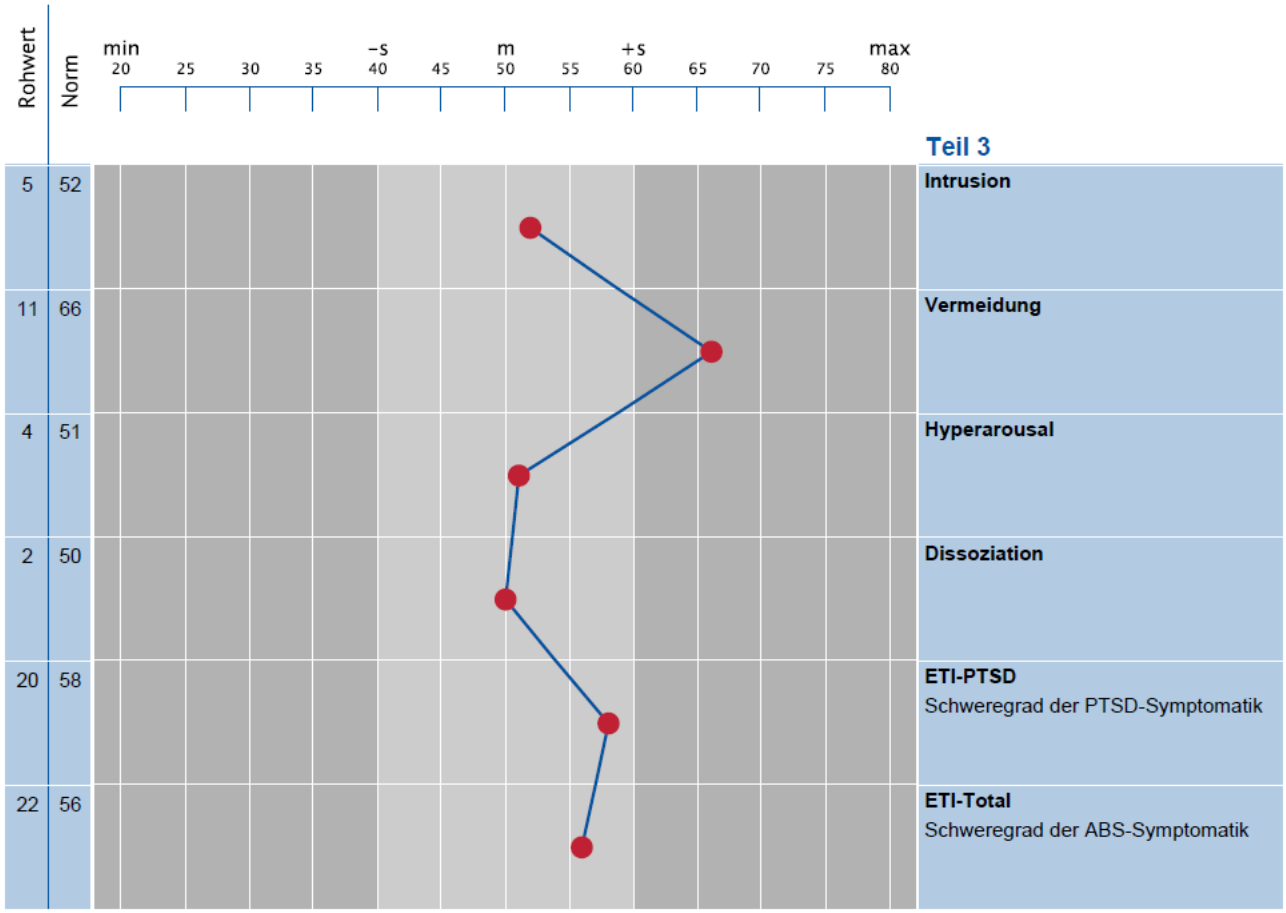
6.3.1 Probandin P1

Abbildung 18: SCL bei Probandin P1



Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022b, S. 3; für Probandin P1; formal modifiziert)

Abbildung 19: ETI bei Probandin P1

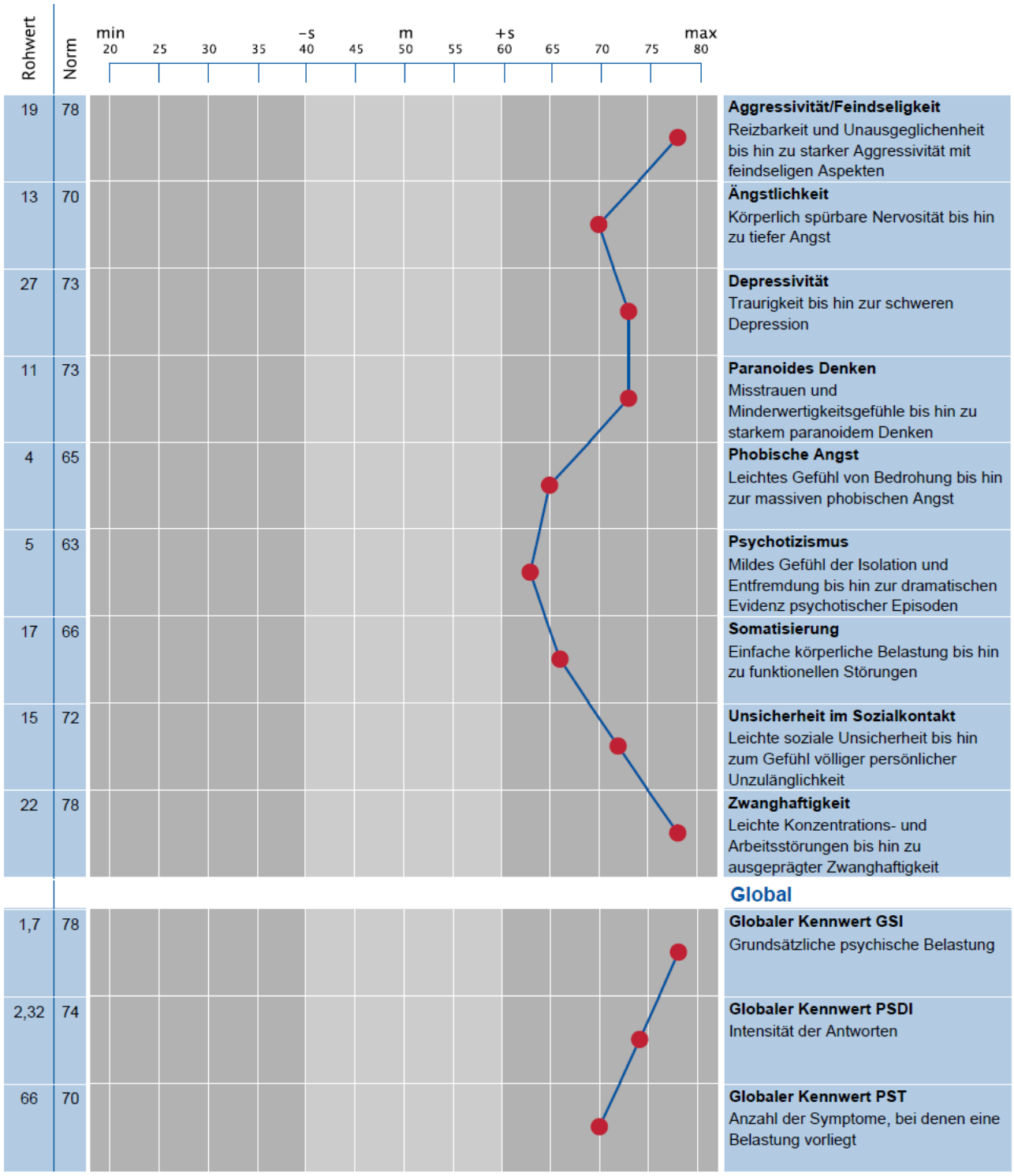


Gesamtscore (ETI-PTSD; ETI-Total)	20; 22
Symptomschwere (Cut-off-Werte für ETI-PTSD; ETI-Total)	grenzwertige Symptomatik, partielle PTSD; unauffällige Symptomatik, keine ABS
Anzahl Symptome (ETI-PTSD; ETI-Total)	8; 8
Körperliche Beschwerden nach dem traumatischen Ereignis?	NEIN
Anzahl körperlicher Beschwerden	0
Aktuelle Belastung durch das Geschehene	mittelmäßig

Ergebnisse aus dem *Essener Trauma-Inventar* (*ETI*) (Tagay & Senf 2014)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022c, S. 3-4; für Probandin P1; formal modifiziert)

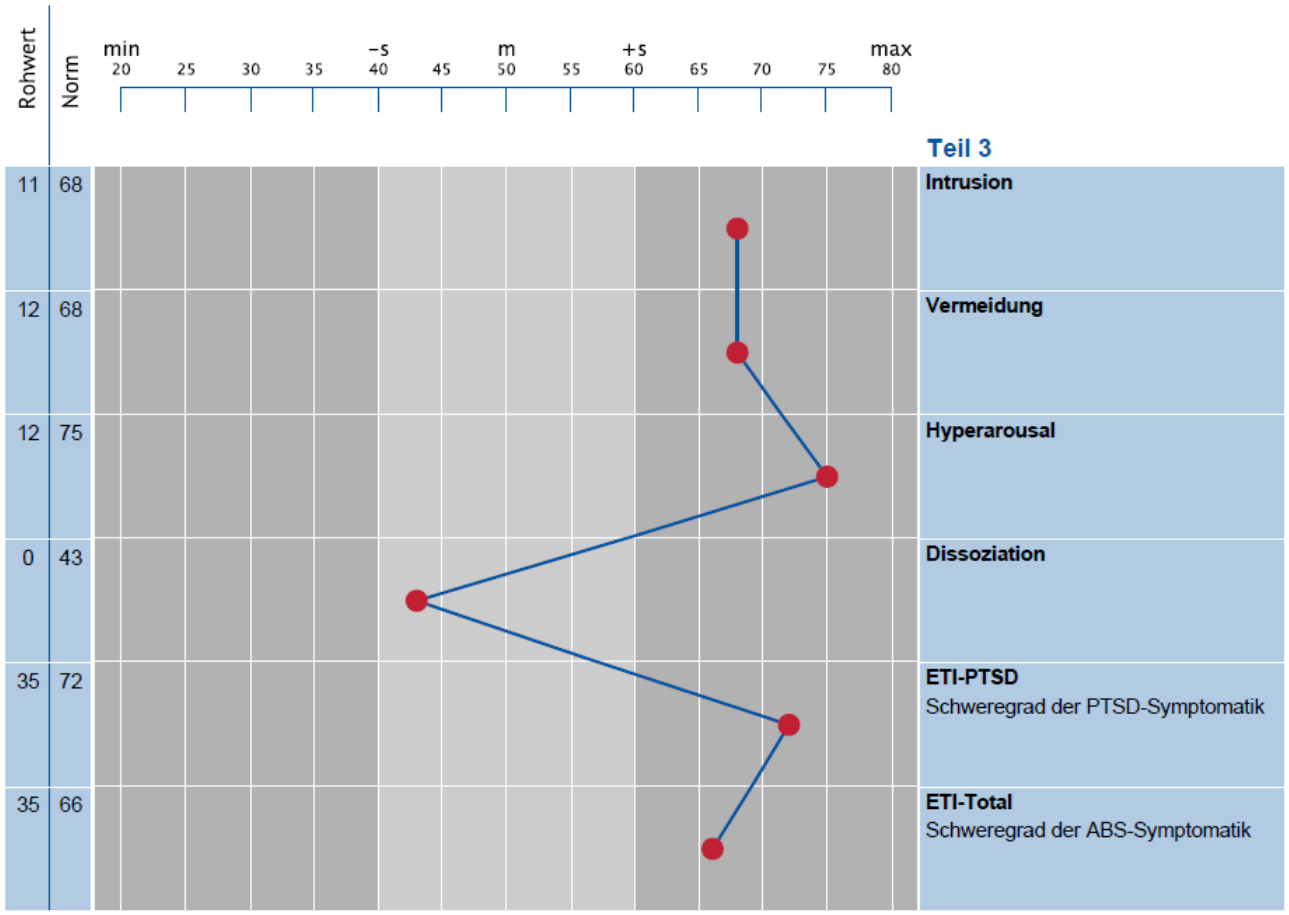
6.3.2 Probandin P2

Abbildung 20: SCL bei Probandin P2



Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022b, S. 3; für Proband P2; formal modifiziert)

Abbildung 21: ETI bei Probandin P2

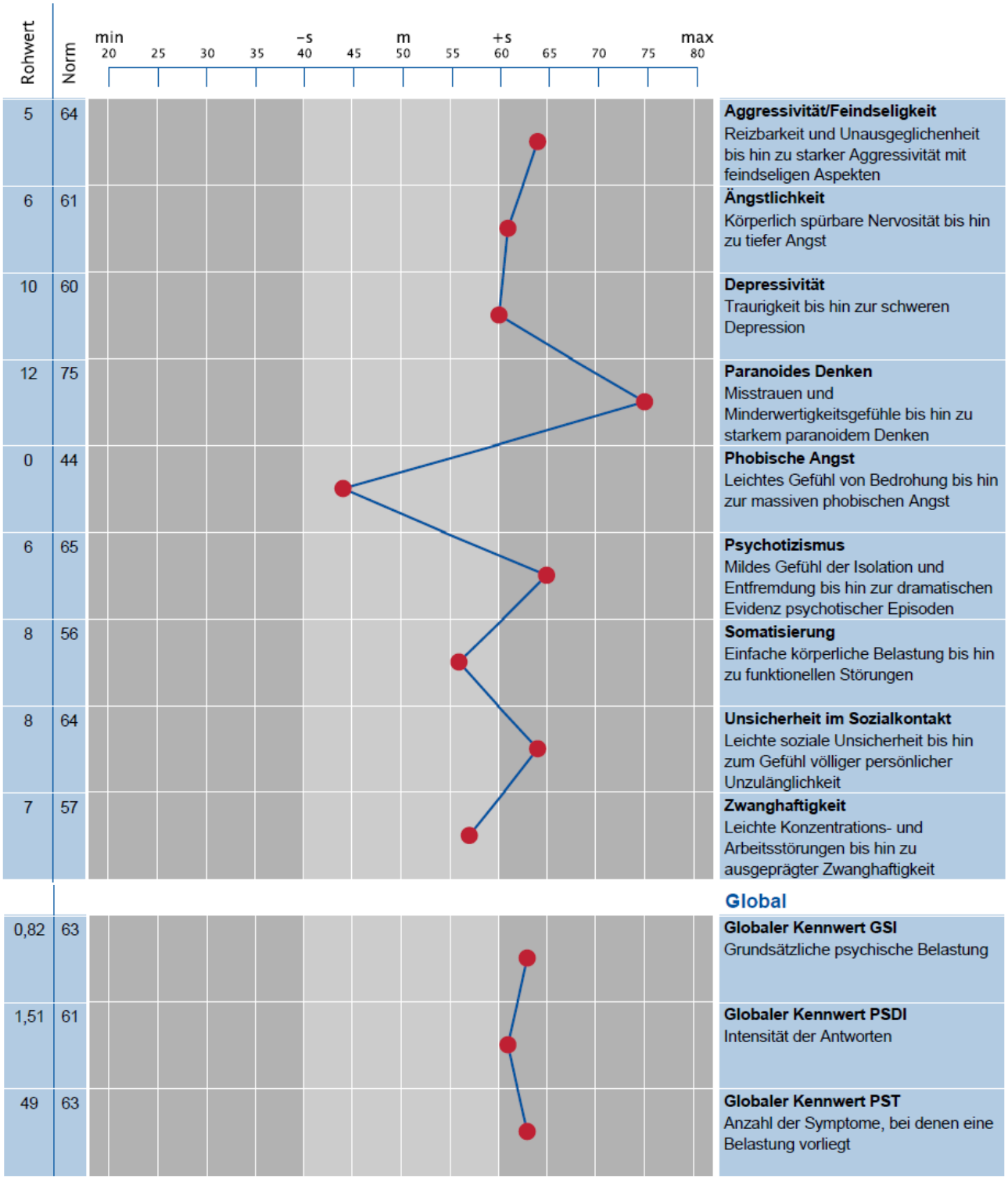


Gesamtscore (ETI-PTSD; ETI-Total)	35; 35
Symptomschwere (Cut-off-Werte für ETI-PTSD; ETI-Total)	klinisch auffällig, Verdacht auf eine PTSD; grenzwertige Symptomatik, partielle ABS
Anzahl Symptome (ETI-PTSD; ETI-Total)	13; 13
Körperliche Beschwerden nach dem traumatischen Ereignis?	JA
Anzahl körperlicher Beschwerden	6
Aktuelle Belastung durch das Geschehene	stark

Ergebnisse aus dem *Essener Trauma-Inventar* (*ETI*) (Tagay & Senf 2014)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022c, S. 3-4; für Probandin P2; formal modifiziert)

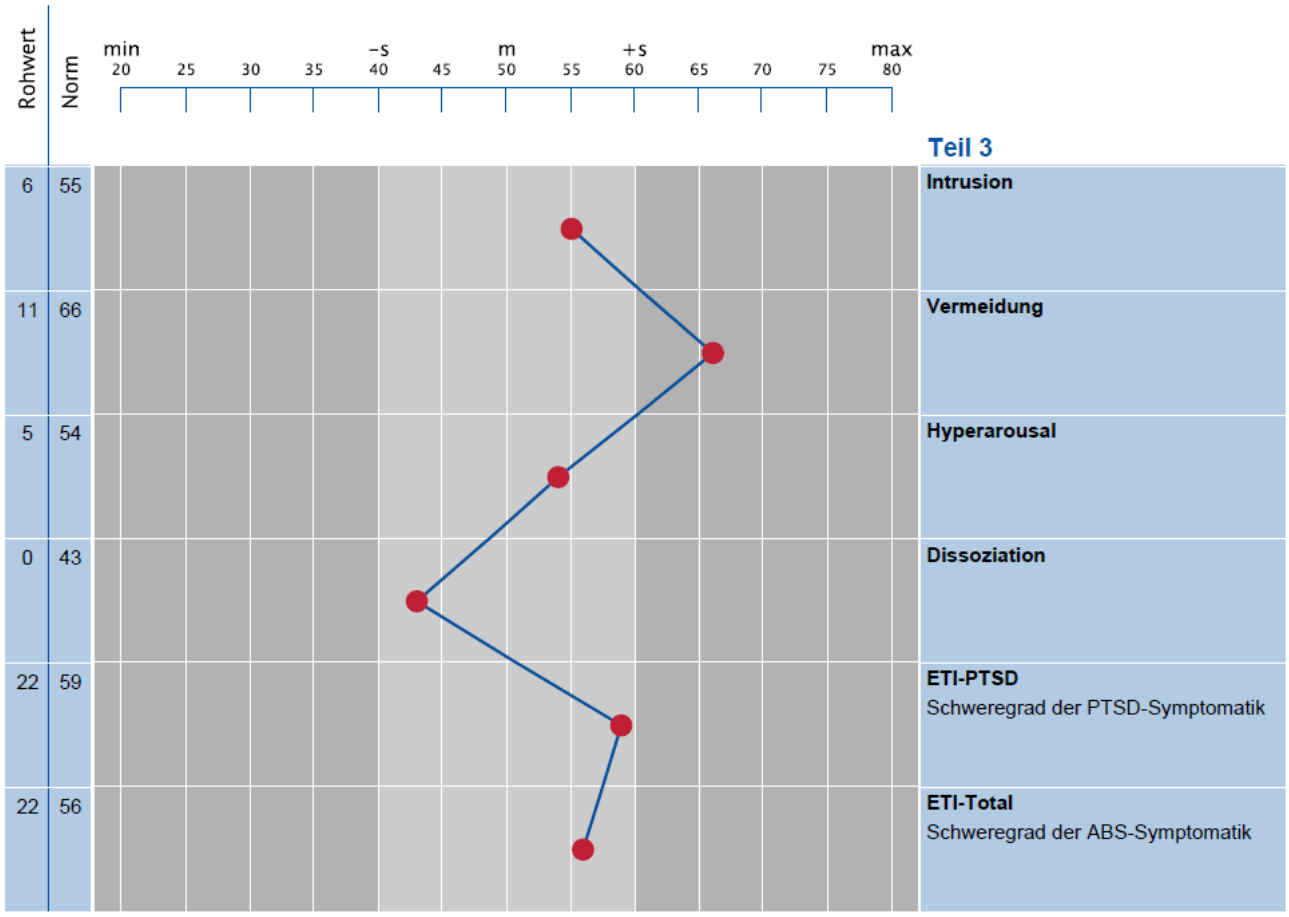
6.3.3 Proband P3

Abbildung 22: SCL bei Proband P3



Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022b, S. 3; für Proband P3; formal modifiziert)

Abbildung 23: ETI bei Proband P3

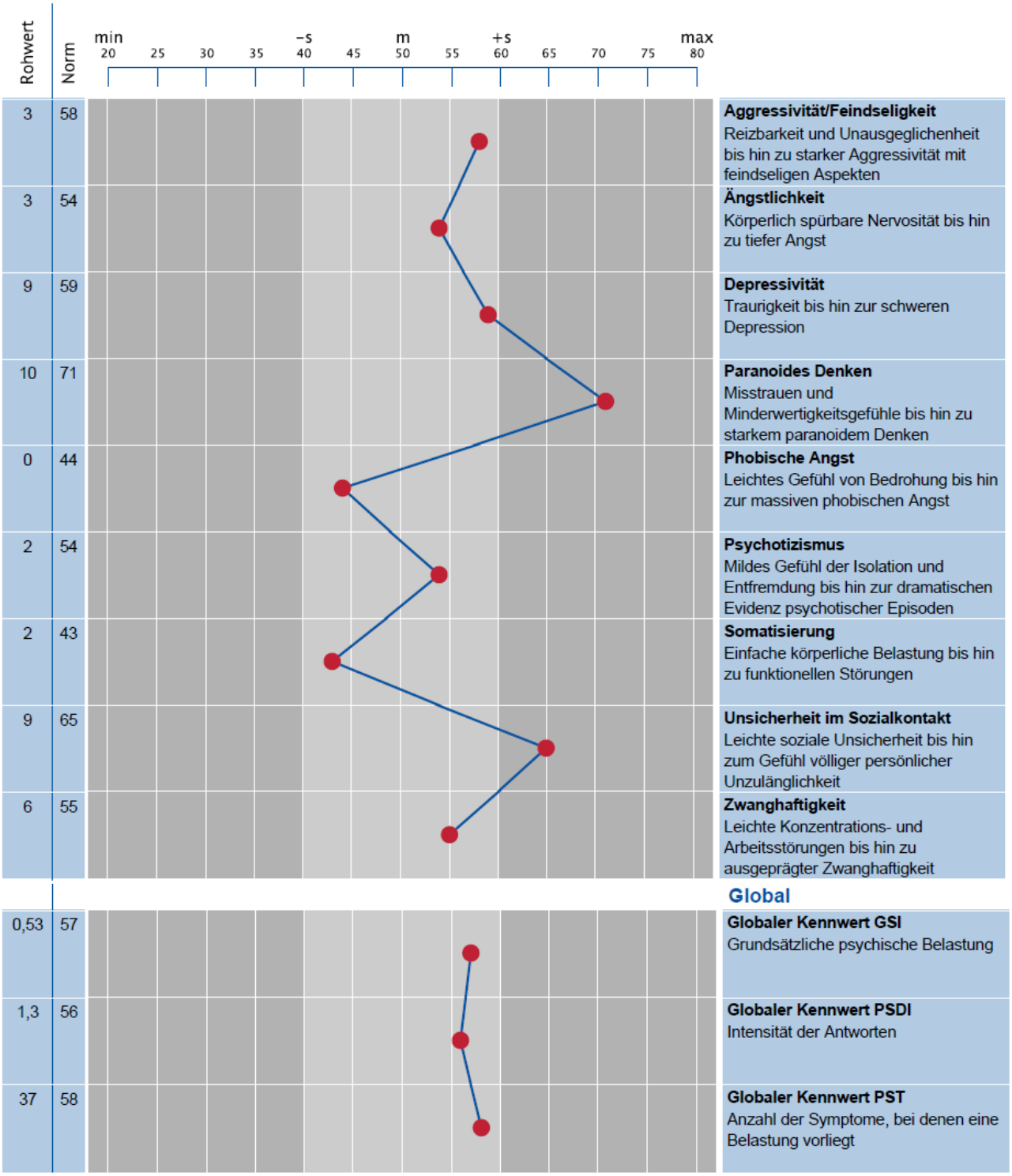


Gesamtscore (ETI-PTSD; ETI-Total)	22; 22
Symptomschwere (Cut-off-Werte für ETI-PTSD; ETI-Total)	grenzwertige Symptomatik, partielle PTSD; unauffällige Symptomatik, keine ABS
Anzahl Symptome (ETI-PTSD; ETI-Total)	6; 6
Körperliche Beschwerden nach dem traumatischen Ereignis?	NEIN
Anzahl körperlicher Beschwerden	0
Aktuelle Belastung durch das Geschehene	wenig

Ergebnisse aus dem *Essener Trauma-Inventar* (*ETI*) (Tagay & Senf 2014)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022c, S. 3-4; für Proband P3; formal modifiziert)

6.3.4 Proband P4

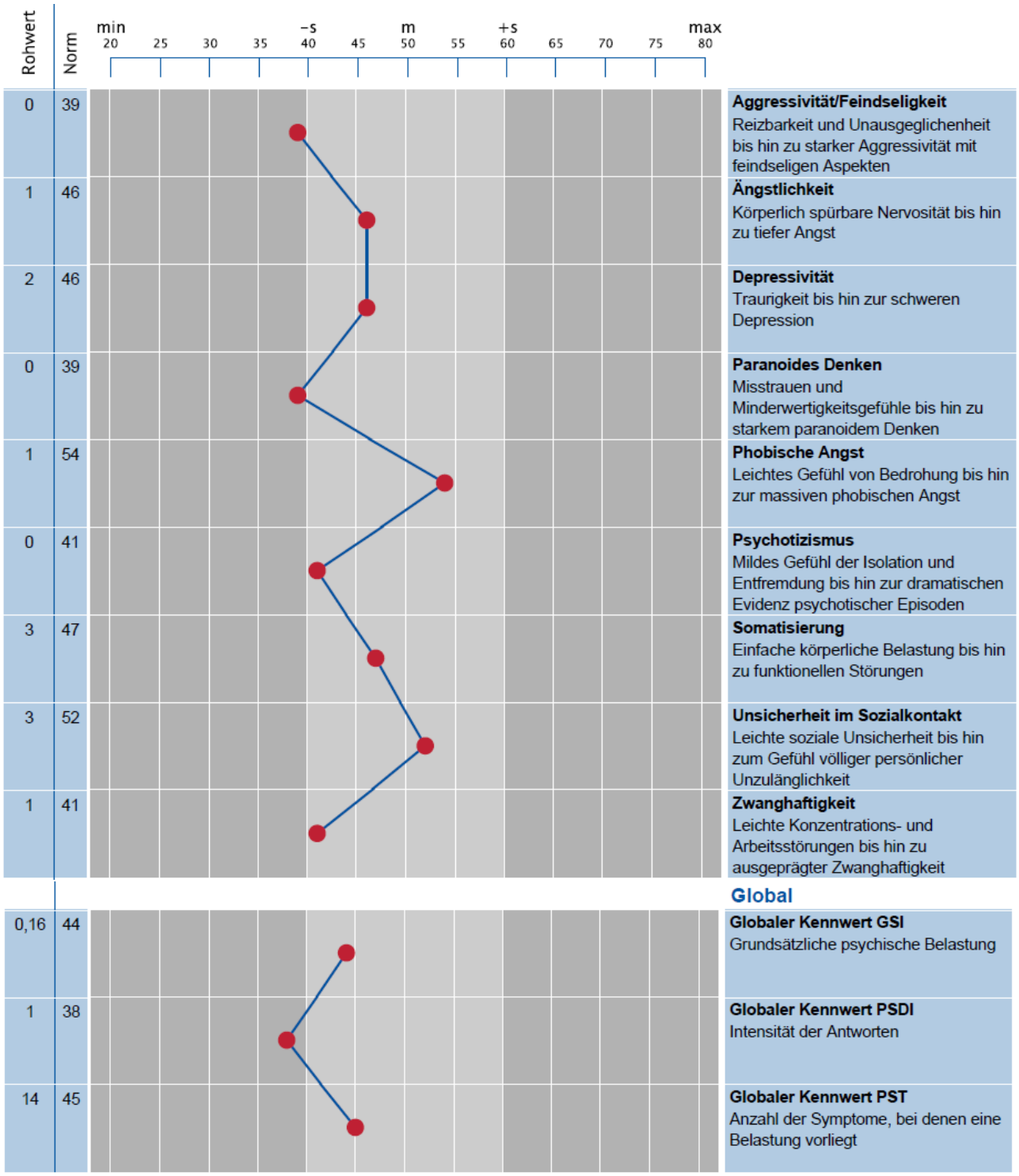
Abbildung 24: SCL bei Proband P4



Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022b, S. 3; für Proband P4; formal modifiziert)

6.3.5 Proband P5

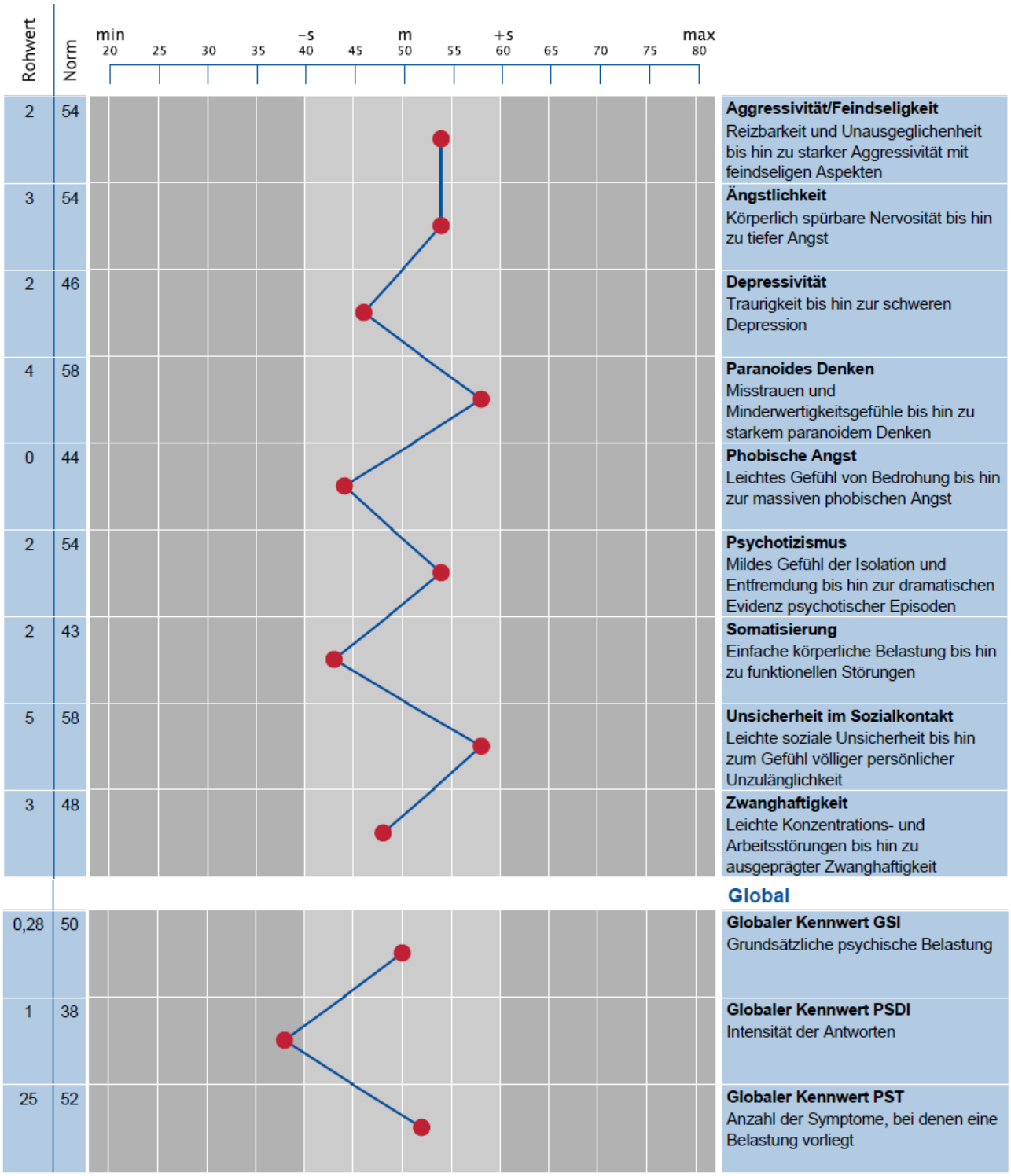
Abbildung 25: SCL bei Proband P5



Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022b, S. 3; für Proband P5; modifiziert)

6.3.6 Proband P6

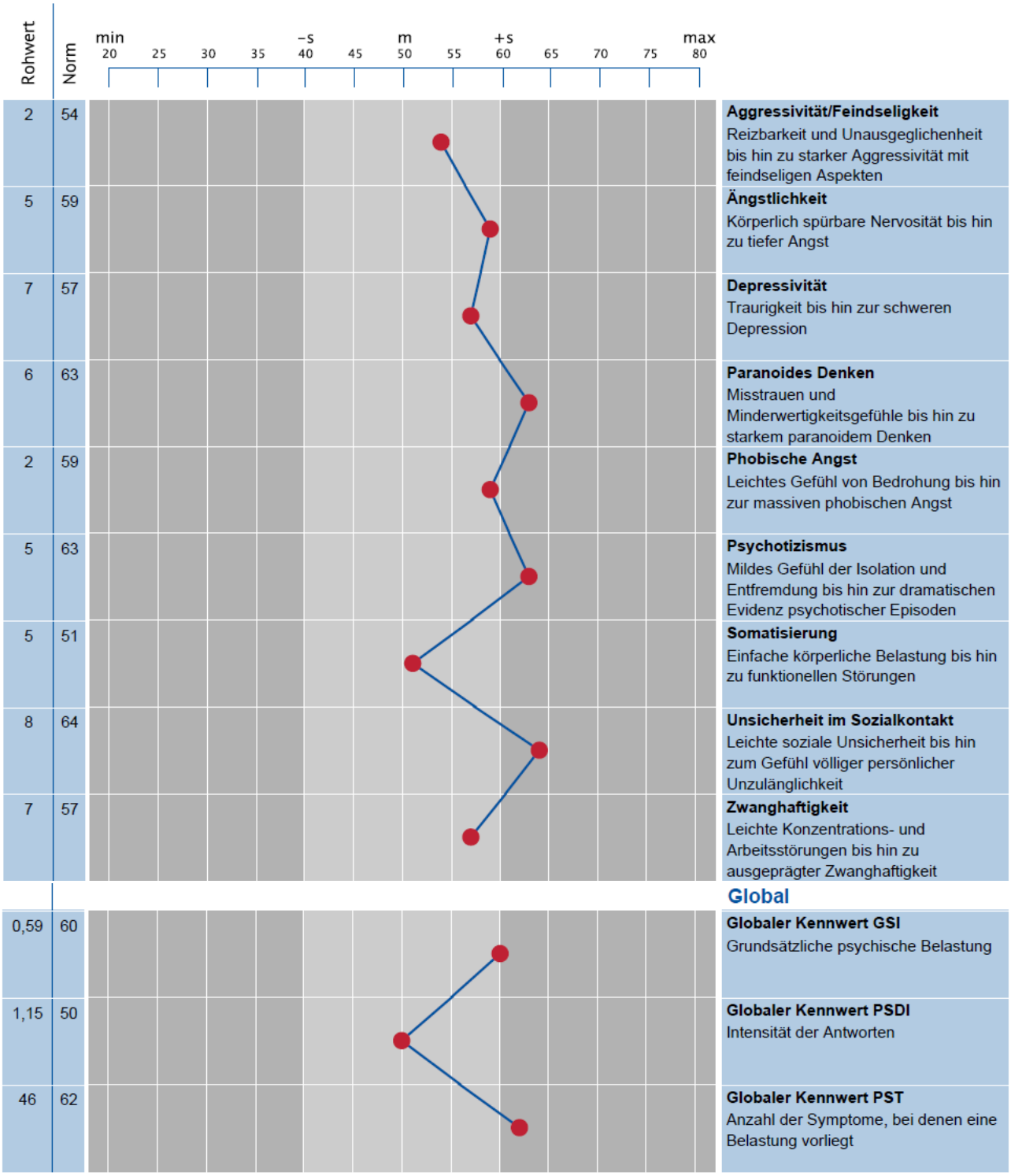
Abbildung 26: SCL bei Proband P6



Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022b, S. 3; für Proband P6; formal modifiziert)

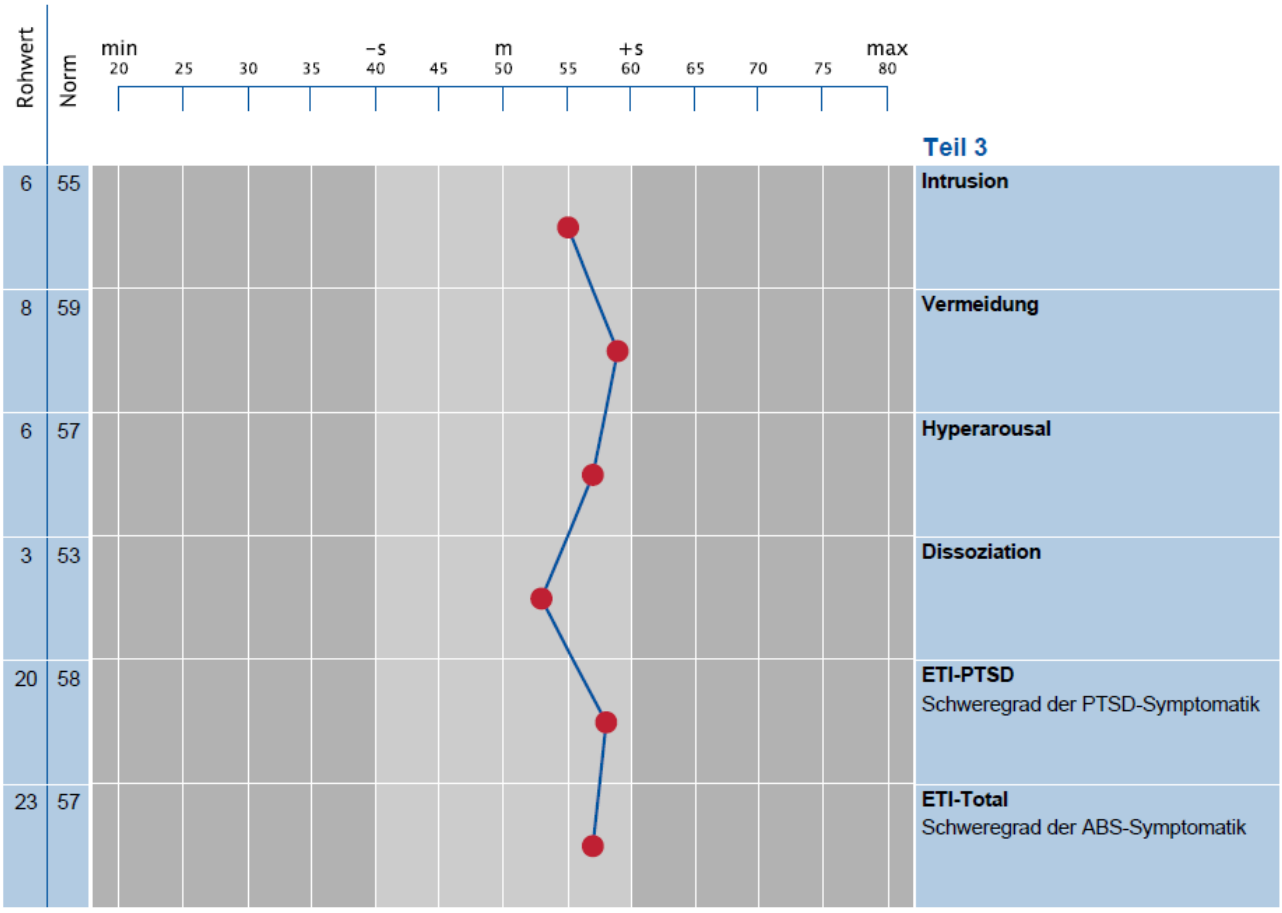
6.3.7 Probandin P7

Abbildung 27: SCL bei Probandin P7



Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*)) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022b, S. 3; für Proband P7; formal modifiziert)

Abbildung 28: ETI bei Probandin P7

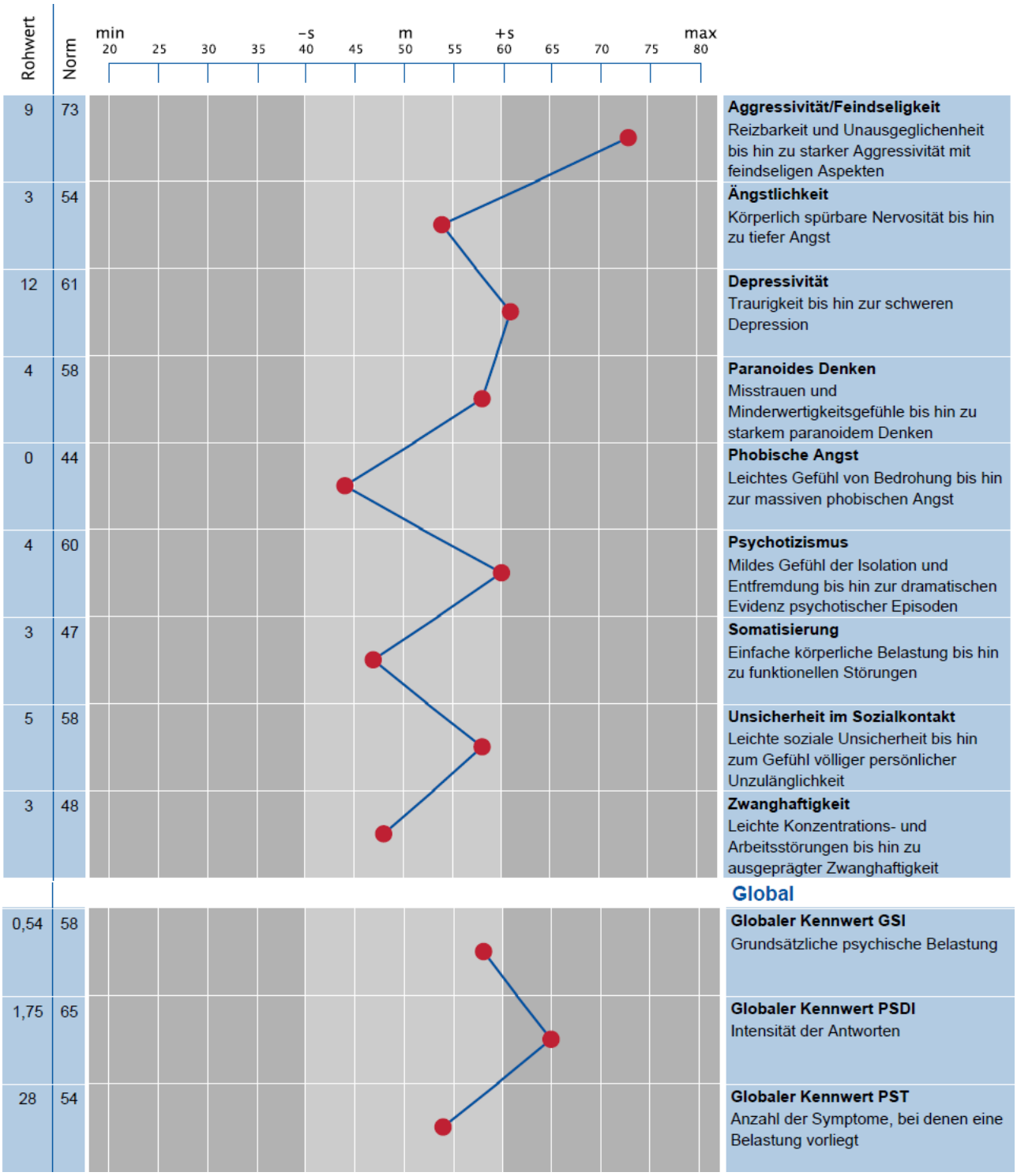


Gesamtscore (ETI-PTSD; ETI-Total)	20; 23
Symptomschwere (Cut-off-Werte für ETI-PTSD; ETI-Total)	grenzwertige Symptomatik, partielle PTSD; grenzwertige Symptomatik, partielle ABS
Anzahl Symptome (ETI-PTSD; ETI-Total)	6; 6
Körperliche Beschwerden nach dem traumatischen Ereignis?	NEIN
Anzahl körperlicher Beschwerden	0
Aktuelle Belastung durch das Geschehene	wenig

Ergebnisse aus dem *Essener Trauma-Inventar* (*ETI*) (Tagay & Senf 2014)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022c, S. 3-4; für Proband P7; formal modifiziert)

6.3.8 Probandin P8

Abbildung 29: SCL bei Probandin P8



Ergebnisse aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) (Franke 2013)
(Abbildung: Hogrefe Verlag 2022b, S. 3; für Proband P8; formal modifiziert)

7 Interpretation

7.1 Falldefinition nach der *Symptom Checklist* (*SCL*) über den Kennwert *GSI* oder zwei ihrer Dimensionen

Falldefinitionen können zur Evaluation von psychotherapeutischem Behandlungsbedarf durchgeführt werden. Dabei gilt jemand „als psychisch auffällig belastet oder als „Fall", wenn $T_{GSI} \geq 63$ und/oder $T_{2\ SKALEN} \geq 63$, d.h. wenn der T-Wert für **GSI** größer oder gleich 63 ist und/oder wenn die T-Werte bei mindestens zwei Skalen größer oder gleich 63 sind" (Franke 2013, S. 28). Auch wenn laut Handbuch die klinisch-psychologische Arbeit nach Erkennen eines wie oben definierten *Falls* beginnt und nicht ignoriert werden darf (Franke 2013, S. 28), ist zur Ableitung der genauen Diagnose und Intervention nach der Durchführung des *SCL* eine spezifische psychodiagnostische Untersuchung nötig (Franke 2013, S. 28). Darüber hinaus wäre im Fall der hier vorliegenden Studiengruppe diese klinische Diagnostik durch eine konzeptspezifische Diagnostik zu ergänzen, die eine Differenzierung klinisch relevanter Symptomatik von den Lernerfahrungen der Personen in ihren jeweiligen Gruppen und eventuell aufrechterhaltender, dort erlernter Trainingsmethoden ermöglicht. Insbesondere sollten dabei dekontextualisierte Konzepte, konzeptionelle Introjekte wie auch tägliche Rituale oder darauf basierenden individuelles Training erfragt, mithilfe von Psychoedukation sorgfältig differenziert und deren Analyse und Reflexion in den Behandlungsprozess eingewoben werden.

7.2 Analyse der Ergebnisse vor dem Hintergrund der spezifischen Probandengruppe

In der Gruppenmittelwertsanalyse der Studiengruppe lagen in der *SCL* die Dimensionen *Unsicherheit im Sozialkontakt* bei einem Mittelwert von 61 und *Paranoides Denken* bei einem Mittelwert von 62,25. Ferner lag die Studiengruppe in den Dimensionen *Aggressivität/ Feindseligkeit*, *Ängstlichkeit*, *Depressivität*, *Psychotizismus* und *Zwanghaftigkeit* deutlich über dem Mittelwert der Normgruppe, was sich auch in den globalen Skalen der *SCL* (*GSI*, *PSDI* und *PST*) widerspiegelte. Der Mittelwert des *GSI*, der aufgrund der Zusammenfassung der empfundenen Intensität aller abgefragten Symptome als „besonders guter Indikator für die psychische Belastung" (Franke 2013, S. 30) beschrieben wurde, lag bei der Gesamtgruppe mit 58,88 höher als bei der Normpopulation. Im Gesamtprofil der Einzelpersonen zeigen sich darin dann sechs der acht Personen über dem Mittelwert der Normgruppe, jedoch nur zwei Personen auf bzw. über seinem zu einer Falldefinition nötigen cut-off Wert von 63.

Die Analyse einzelner auffälliger Dimensionen für diese Studiengruppe setzt die Beachtung der notwendigen Bedingung, dass die klinischen Skalenbezeichnungen der *SCL* weder eine psychiatrische Diagnose noch eine Pathologisierung (Franke 2013, S. 30) erlauben, voraus. Vier der acht Personen lagen in der Dimension *Paranoides Denken* über dem cut-off Wert von 63. Insofern die Erklärung zu dieser *SCL*-Dimension (Hogrefe Verlag 2022a, S. 9) Sachverhalte umfasst, die in vielen dieser Gruppen, aus denen die Probanden rekrutiert wurden, vorliegen, wäre hier der nächste analytisch-diagnostische Schritt die Berücksichtigung und Analyse einzelner Items (siehe Franke 2013, S. 30). Insbesondere aufgrund des vorliegenden Sachverhalts von gruppenübergreifend vorliegenden Konzepten der Rationalisierung von Schädigung als eine Karmareinigung und zahlreichen Berichten von Stalking selbst noch nach dem Verlassen einer Gruppe, wäre somit eine Individualisierung der Angaben aus dieser Dimension eine unzulässige Vereinfachung bei Vernachlässigung des Kontexts. Gleichzeitig kann die gezielte Evaluation der individuellen Gründe für die Bewertung der Items dieser Dimension differentialdiagnostisch aufschlussreich sein. Somit wird an dieser Stelle bereits die Notwendigkeit sorgfältiger Abklärung von tatsächlichen Erfahrungen einer Person in ihrer Gruppe und ihrer emotionalen Reaktionen darauf, die Dauer ihrer Gruppenteilnahme, die Menge korrigierender Außenkontakte und insbesondere auch die aktuell

weiterhin aufrechterhaltenden Bedingungen in Form von Konzepten oder Übungen deutlich. An dieser Stelle zeigt sich somit sowohl Gefahr einer unzulässigen Individualisierung im Sinne rein individuell-innerpsychischer Dynamiken beim Herausgreifen einzelner dimensionaler Aspekte ohne Beachtung des kulturellen und sozialen Hintergrunds der Person wie auch die Bedeutung der Differentialdiagnostik und der lebensgeschichtlichen Abklärung der Entwicklung einer Erkrankung. Beispielsweise wäre die Anwesenheit von (gesellschaftlich) nicht-geteilten Ideen oder Anschauungen einer Person bereits bei der Übernahme von Konzepten aus dieser Subkultur gegeben, da kaum jemand in der Gesellschaft an eine Karmareinigung (Anders 2019a, 2022b, S. 35 ff) durch bestimmte Personen oder Gruppen glaubt oder gar die religiöse Rechtfertigung von Schädigung von Personen gutheißt. In den vergangenen Jahren wurden die mit solcherlei gerechtfertigte ökonomische und emotionale Ausbeutung im Kontext (Anders 2019 a, 2019b) ebenso wie die in diesen internationalen Organisationen systemisch verankerte mangelnde Anerkennung von Arbeitsleistungen zugunsten von Führungseliten hinreichend bekannt. Auch das in der Interpretation der Dimension beschriebene „Gefühl, dass andere sie beobachten oder über sie reden“ (Hogrefe Verlag 2022a, S. 9) kann nur vor hinreichend vorhandenen lebensgeschichtlichen Narrativen von Schikanen und Stalking, selbst noch nach dem Verlassen einer Gruppe, bewertet werden. Insbesondere angesichts der Tatsache, dass ein Drittel der internationalen Studienteilnehmer aus buddhistischen Organisationen in diesem Forschungsprojekt angab in ihren Gruppen als psychisch krank verleumdet worden zu sein (Anders 2022b, S. 39) sollte der Erfahrungshintergrund differentialdiagnostisch verantwortungsvoll abgefragt werden. Ferner wurden Missbrauch an einem selbst (Anders 2020, S. 2-9; Anders & Utsch 2020, S. 232-234), Zeugenschaft von Missbrauch anderer und Tolerieren von Missbrauch von jeweils einem Drittel der internationalen Studienteilnehmer aus den buddhistischen Organisationen in diesem Forschungsprojekt angeführt (Anders 2022b, S. 41-43). Insgesamt wird somit aufgrund des spezifischen Kontexts, aus dem diese Probanden rekrutiert wurden, deutlich, dass es unzulässig wäre, vorschnell eine diagnostische Individualisierung, beispielsweise bei einem hohen Wert in der Dimension *Paranoides Denken*, vorzunehmen. Häufig zeigen sich bei Nachfrage gesunde Reaktionen auf Missstände, Sachlagen und Gruppendynamiken, welche beispielsweise eine Abgrenzung von der geforderten Identifikation oder der Gleichschaltung als blind-gehorsames Gruppenmitglied und Eigenverantwortungsübernahme erst ermöglicht. Wie im Handbuch angeführt, sind bei Werten über 60 in einer Skala die Antworten in ihren einzelnen Items zu analysieren „um der spezifischen Belastung gerecht zu werden “ (Franke 2013, S. 30). Somit könnten hohe Werte von vielen Personen in einer Dimension auf spezifische Belastungen hinweisen, die Gruppenteilnehmer erleiden, oder umgekehrt auch die Frage gestellt werden, ob spezifische Belastungen bereits vor der Gruppenteilnahme und damit eine besondere Vulnerabilität der Person vorlagen. Eine solche Itemanalyse wäre bei dieser Studiengruppe auch bei der Dimension *Aggressivität/ Feindseligkeit* und vorliegenden hohen Werte in der Dimension *Unsicherheit im Sozialkontakt* nötig, um zumindest individuelle Verhaltensmuster von den Reaktionen der Einzelpersonen auf Gruppendynamiken und erlebte Missstände differenzieren zu können. Bei allen acht Personen zeigte sich die Dimension *Unsicherheit im Sozialkontakt* als über dem Mittelwert der Normgruppe, wobei vier davon über dem cut-off Wert von 63 lagen. Insbesondere der Verlust des Vertrauens in die eigene Wahrnehmung (Anders 2019a, S. 44-45), Erfahrungen der Manipulation und des Vertrauensmissbrauchs durch Autoritäten wirken bei vorliegender Studiengruppe in diese Dimension hinein. Daher bedarf es einer sorgfältigen Abklärung der zeitlichen Zusammenhänge und Lernerfahrungen einer Person sowie auch einer Psychoedukation, welche auf diese Bezug nimmt und auch gezielte Verunsicherung vor dem Hintergrund der Manipulation von Menschen und Ausbeutung als solche benennt und interpretiert.

Spezifisch für diese Probandengruppe wäre, dass eine solche Verunsicherung vor dem Hintergrund zwingender Kontrolle auch Dynamiken der Verführung und Kontrolle mithilfe von Sexualität beinhalten kann, was derzeit bei Erwachsenen aus solchem Kontext häufig als emotionaler Missbrauch bezeichnet wird. Somit wird bereits deutlich, dass sowohl bei der Dateninterpretation wie auch bei der psychotherapeutischen Behandlung von Betroffenen die dekontextualisierten Konzepte, die Nicht-Anerkennung der (partiellen) Traumatisierung der Opfer, ihre Rationalisierung als eine sogenannte Karmareinigung, der Verlust von Vertrauen in die eigene Wahrnehmung sowie auch fortbestehende Introjekte (Anders 2019, S. 44 ff.) von wesentlicher Bedeutung sind.

Da der Gruppenmittelwert der *SCL*-Dimension *Depressivität* bei 58,57 lag - wobei zwei der acht Personen weit über den cut-off Wert von 63 lagen und drei weitere um den Wert 60 herum - welcher den Hinweis auf die Notwendigkeit einer Itemanalyse darstellt- scheint für eine Studiendurchführung im Kontext oder auch die Diagnostik vor Behandlungsbeginn eine Depressionsdiagnostik sinnvoll. Da beispielsweise Konzepte der Wertlosigkeit und Abwertung von Arbeitsleistung wie auch individuellen Fähigkeiten vor dem Hintergrund einer Rationalisierung von Selbstlosigkeit in vielen der Gruppen bedient werden, gleichzeitig mit willkürlichem Austausch von Personen in ihren Tätigkeitsbereichen, könnte das Ergebnis in dieser Dimension jedoch durchaus auch durch einige der Konzepte und entsprechenden Erfahrungen in den jeweiligen Gruppen zustande gekommen sein. Hinsichtlich einer Behandlungsplanung wären somit solche Aspekte und auch etwaige aufrechterhaltende Bedingungen und fortdauernde Konzepte im Denken des Patienten oder der Patientin abzuklären.

Während also der auf eine grundsätzliche psychische Belastung hinweisende *Globale Kennwert GSI* bei sechs von acht und der die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, erfassende *PST* bei sieben von acht Personen über dem Mittelwert der Normgruppe lag, war dies bei dem auf die Intensität der Antworten hinweisende *PSDI* bei fünf von acht Personen der Fall. Da 60% der internationalen Probandengruppe bezeugten, dass jemand aus ihrer Gruppe in eine Psychiatrie transferiert worden war (Anders 2022b, S. 26), scheint eine differentialdiagnostische Sorgfalt bei dieser Probandengruppe besonders angebracht. Gedankenkreisen - wie es im Stressverarbeitungsfragebogen (Erdmann & Janke 2008) als *Gedankliche Weiterbeschäftigung* dimensional abgefragt wird - stellt beispielsweise einen transdiagnostischen Faktor dar, der im Verlauf der Zeit seiner Aufrechterhaltung zu einer Erkrankungsmanifestationen führen kann. Diese war für die vorliegende deutschsprachige Studiengruppe unauffällig (Anders 2022d, S. 5), was damit zu tun haben kann, dass sich zum Zeitpunkt des Ausfüllens des *Stressverarbeitungsfragebogens* die meisten Probanden aus ihren Gruppen distanziert hatten.

7.3 Interpretation der Ergebnisse der einzelnen Probanden nach der Falldefinition laut *SCL* unter Einbeziehung der Ergebnisse im *ETI*

Von den acht Teilnehmern sind vier eindeutige *Fälle* laut Definition in der *SCL* (Franke 2013, S. 28) mit psychologisch-psychotherapeutischem Behandlungsbedarf und eine weitere Person (P1) lag nahe daran und war im *ETI* auffällig. Auch wenn die anderen fünfzig Prozent nach der *SCL*-Falldefinition keiner Behandlung bedürften, fallen alle acht Studienteilnehmer mit mindestens einem potentiellen Trauma auf, wobei ihre dadurch vorliegende Belastung zum Zeitpunkt des Ausfüllens des *ETI* unterschiedlich hoch lag. Vier Personen zeigten zumindest teilweise Auffälligkeiten im *ETI* (P1, P2, P3, P7), bei einer fünften Person (P4) wurde eine zum Zeitpunkt des Ausfüllens starke Belastung durch das Trauma sichtbar, obwohl sich im Fragebogen *ETI* keine Auffälligkeit im Sinne eines Verdachts auf eine (partielle) Posttraumatische Belastungsstörung zeigte.

7.3.1 Probandin P1 mit Auffälligkeit im *ETI*

Probandin P1 hatte zwar den *GSI*-Wert bei 61, würde jedoch wegen einer mangelnden zweiten Dimension (neben der *Depressivität* beim Wert 68) über dem Wert 63 noch nicht als ein *Fall* nach obiger Definition definiert werden. Neben der Skala *Depressivität* bei einem Wert von 68 waren die Skalen *Paranoides Denken* und *Ängstlichkeit* mit jeweils einem Wert von 61 leicht erhöht. Auch der *PSDI* – und somit die Intensität der Antworten – war mit 63 leicht erhöht. Im *ETI* fiel diese Probandin mit grenzwertiger Symptomatik und dem Verdacht auf partielle PTSD nach mindestens einem potentiellen Trauma und bei Erfüllung des Kriteriums E, 8 Symptomen und einer deutlich hohen Dimension *Vermeidung* auf. Es bestand mittelmäßige aktuelle Belastung durch das Geschehene.

7.3.2 Probandin P2 als *Fall* laut *SCL* und mit Auffälligkeit im *ETI*

Probandin P2 lag mit ihrem *GSI*-Wert bei 78 und kann somit als *Fall* definiert werden. Ferner lagen alle Dimensionen über oder auf dem Wert 63 ebenso wie auch der globale Kennwert für die Intensität der Antworten (*PSDI*) und der globale Kennwert, der über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, aussagt (*PST*). Im *ETI* war diese Frau nach mindestens einem potentiellen Trauma klinisch auffällig mit Verdacht auf PTSD (Erfüllung der Kriterien A, B, D und E) mit partieller ABS, grenzwertiger Symptomatik und 13 Symptomen. Es bestanden 6 körperliche Beschwerden und zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens starke Belastung durch das Geschehene. Der Schweregrad der PTSD Symptomatik lag bei 72. Auffällig war auch ein sehr hohes Hyperarousal bei 75. Ferner zeigten sich bei ihr extrem niedrige *Positive Selbstinstruktion* (Anders 2022d, S.10) und extrem hohe *Soziale Abkapselung* (Anders 2022d, S.11) in den Ergebnissen aus dem *Stressverarbeitungs-fragebogen* (Erdmann & Janke 2008). Darüber hinaus lagen ihre *Positiv-Strategien* in diesem unter und die *Negativ-Strategien* weit über der Norm (Anders 2022d, S.11).

7.3.3 Proband P3 als *Fall* laut *SCL* und mit Auffälligkeit im *ETI*

Der Proband P3 lag mit seinem *GSI*-Wert bei 63 und kann somit als *Fall* definiert werden. Ferner waren die Werte in den Dimensionen *Paranoides Denken* (75) deutlich und *Psychotizismus* (65) sowie *Unsicherheit im Sozialkontakt* (64) leicht erhöht. Im *ETI* fiel dieser Proband nach mindestens einem potentiellen Trauma mit grenzwertiger Symptomatik und dem Verdacht auf partielle PTSD (Erfüllung von Kriterium A und E) sowie 6 Symptomen und einem hohen Wert in der Dimension *Vermeidung* (66) auf. Er gab zum Zeitpunkt des Ausfüllens des *ETI* wenig Belastung durch das Geschehene an.

7.3.4 Proband P4 als *Fall* laut *SCL*, keine Auffälligkeit im *ETI* jedoch starke Belastung durch Trauma

Proband P4 hatte zwar keinen *GSI*-Wert über 63, lag jedoch in den Dimensionen *Paranoides Denken* bei 71 und *Unsicherheit im Sozialkontakt* bei 65 und kann somit als *Fall* definiert werden. Im *ETI* zeigte sich für diese Person, dass sie mindestens ein potentielles Trauma erlebt hat und Kriterium A und E erfüllte, jedoch bei unauffälliger PTSB Symptomatik mit 5 Symptomen. Jedoch gab diese Person zum Zeitpunkt des Ausfüllens des *ETI* starke Belastung durch das Geschehene an.

7.3.5 Proband P5

Der Proband P5 lag in sehr vielen Dimensionen des *SCL* unter dem Normbereich und seine Ergebnisse im *ETI* waren unauffällig. Auch er gab im *ETI* mindestens ein potentielles Trauma an (Kriterium A erfüllt), jedoch bestand zum Zeitpunkt des Ausfüllens des *ETI* keine Belastung durch das Geschehene. In den Ergebnissen aus dem *Stressverarbeitungsfragebogen* fielen bei ihm hohe bis sehr hohe Werte in den *Positiv-Strategien* und niedrige bis sehr niedrige Werte in den *Negativ-Strategien* (Anders 2022d, S. 16-17) auf.

7.3.6 Proband P6

Der Proband P6 kann weder als *Fall* nach der *SCL* definiert werden noch war er im *ETI* auffällig. Auch er gab im *ETI* mindestens ein potentielles Trauma an, jedoch bestand zum Zeitpunkt des Ausfüllens des *ETI* sehr wenig Belastung durch das Geschehene.

7.3.7 Probandin P7 als *Fall* laut *SCL* mit Auffälligkeit im *ETI*

Probandin P7 kann aufgrund von drei Werten in den Dimensionen der *SCL* (*Unsicherheit im Sozialkontakt* bei 64, *Paranoides Denken* bei 63 und *Psychotizismus* bei 63) als *Fall* definiert werden. Im *ETI* fiel sie nach mindestens einem potentiellen Trauma mit grenzwertiger Symptomatik und dem Verdacht auf partielle PTSD (Erfüllung von Kriterium A und E) und partielle ABS bei 6 Symptomen auf. Es zeigte sich zum Zeitpunkt des Ausfüllens des *ETI* jedoch wenig Belastung durch das Geschehene.

7.3.8 Probandin P8

Probandin P8 kann nicht als *Fall* nach der *SCL* definiert werden Die Dimension *Aggressivität/ Feindseligkeit* im *SCL* lag deutlich erhöht, bei einem Wert von 73, und der die Intensität der Antworten erfassende *Globale Kennwert* (*PSDI*) bei 65. Nach mindestens einem potentiellen Trauma war sie im *ETI* unauffällig (kein Verdacht auf PTSD - jedoch Erfüllung von Kriterium A, E und F- oder auf ABS) bei vier Symptomen und 2 körperlichen Beschwerden. Es zeigte sich zum Zeitpunkt des Ausfüllens des *ETI* wenig Belastung durch das Geschehene.

8 Zusammenfassung

Bei allen Probanden dieser Studiengruppe lag mindestens ein potentielles Trauma vor. Fünfzig Prozent waren *Fälle* nach der *SCL* und fünfzig Prozent zeigten Auffälligkeiten einer (zumindest partiellen) PTSD im *ETI*. Bei einer Person kam es zur Auffälligkeit im *ETI* ohne ein *Fall* laut *SCL* zu sein vor, eine andere nach der *SCL* als *Fall* definierte Person zeigte keine (partielle) PTSD im *ETI*, jedoch eine schwere Belastung durch das Trauma zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens. In dem auf die grundsätzliche psychische Belastung hinweisenden *Globalen Kennwert GSI* lagen sechs von acht Personen über dem Mittelwert der Normgruppe, jedoch nur zwei Personen auf bzw. über seinem cut-off Wert von 63. Somit gibt die Falldefinition aus der *Symptom-Checklist-90®-Standard* (*SCL*) zwar sehr gute erste Hinweise, ist jedoch für diese Probandengruppe noch keine ausreichende Diagnostik zur Einschätzung des Behandlungsbedarfs. Hierfür sollte darüber hinaus eine klinische Einschätzung der Traumafolgestörung ebenso wie weiterführende klinische Diagnostik mithilfe von Fragebögen und Anamnesegespräch durchgeführt werden. Dabei ermöglichen die standardisierten Traumafragebögen eine Objektivierung selbstdiagnostizierter Traumafolgestörung. Insbesondere können sie jedoch auch als eine Grundlage für die nötigen inhaltlichen und gesellschaftlichen Diskurse, die Maßnahmen zur Beendigung von transgenerationaler Traumaweitergabe sowie zur Verantwortungsübernahme und entsprechenden Schutzgewährleistung in solchen Kontexten dienen.

9 Würdigung

GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Diese Forschung wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung in der Förderlinie: “Kleine Fächer-Große Potentiale” gefördert, Förderkennzeichen: 01UL1823X.

10 Literatur

Anders, A.I.M. (2019a). Psychische Auswirkungen von Machtmissbrauch in buddhistischen Gruppierungen und essenzielle Aspekte bei psychotherapeutischen Interventionen für Betroffene, *SFU Forschungsbulletin* 7/1 (2019), pp. 32-49. DOI:10.15135/2019.7.1.32-49 http://journals.sfu.ac.at/index.php/sfufb/article/view/245/276

Anders, A.I.M. (2019b). Silencing and oblivion of psychological trauma, its unconscious aspects, and their impact on the inflation of Vajrayāna. An analysis of cross-group dynamics and recent developments in Buddhist groups based on qualitative data, *Religions* 2019, 10 (11), 622; pp. 1-23; DOI:10.3390/rel10110622 https://www.mdpi.com/2077-1444/10/11/622/pdf; https://doi.org/10.3390/rel10110622

Anders, A.I.M. (2020). Psychological and Societal Implications of Projecting the Shadow on the Feminine in Tibetan Buddhist Contexts. book chapter in *Psychosomatic Medicine*. pp. 1-18; IntechOpen. DOI: http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.93297, https://cdn.intechopen.com/pdfs/73043.pdf

Anders, A.I.M. & Utsch, M. (2020). Missbrauch in religiösen Gemeinschaften anhand von Fallbeispielen buddhistischer Gruppen. Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie 3/2020 *Glaube, Religion und Sekten*, 24(3), 222 – 238, Stuttgart: Klett-Cotta Verlag. DOI: 10.21706/ptt-24-3-222, https://elibrary.klett-cotta.de/journal/ptt/24/3

Anders, A.I.M. (2022a). *Forschungsprojektwebseite* https://www.transtibmed.ethnologie.uni-muenchen.de/recht/index.html (Abrufdatum: 28.12. 2022)

Anders, A.I.M. (2022b). *Risk factors of mental health in patients from Buddhist groups and related diagnostic issues. A study of group participants of twenty international Buddhist organizations*. Düren: Shaker Publishers; pp.1-119; Print-ISBN 978-3-8440-8450-4; PDF-ISBN 978-3-8440-8499-3 (open access) https://www.shaker.de/de/content/catalogue/Element.asp?ID=&Element_ID=62811&Mode=Download

Anders, A.I.M. (2022c). Poster: *Diagnosis of subjects damaged in Buddhist groups by means of the Symptom Checklist (SCL-90)*. 30th European Psychiatry Congress (*EPA*, online) vom 4.6.-7.6.2022.

Anders, A.I.M. (2022d). Diagnostik der Stressverarbeitung bei der Behandlung von Personen aus buddhistischen Organisationen. *AVM Publications*.

Erdmann, G. & Janke, W. (2008). *Stressverarbeitungsbogen. Stress, Stressverarbeitung und ihre Erfassung durch ein mehrdimensionales Testsystem*. Handbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Franke, G. H. (2013). *SCL-90®-S Symptom-Checklist-90®-Standard*. Göttingen: Hogrefe.

Hogrefe Verlag (2022a). HTS Report SCL-90®-S Symptom-Checklist-90®-Standard Multireport Standard. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hogrefe Verlag (2022b). HTS Report SCL-90®-S Symptom-Checklist-90®-Standard. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hogrefe Verlag (2022c). HTS Report ETI Essener Trauma-Inventar. Eine Verfahrensfamilie zur Identifikation von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hogrefe Verlag (2022d). HTS Report ETI Essener Trauma-Inventar. Eine Verfahrensfamilie zur Identifikation von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Tagay, S., Senf, W. (2014). *ETI Essener Trauma-Inventar. Eine Verfahrensfamilie zur Identifikation von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen*. Göttingen: Hogrefe.

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gruppenmittelwertsanalyse in der *SCL*

Abbildung 2: Merkmalsstatistik zur Gruppenmittelwertsanalyse in der *SCL* (n=8)

Abbildung 3: Multireport *SCL* Einzelpersonen im Gruppenprofil 1

Abbildung 4: Multireport *SCL* Einzelpersonen im Gruppenprofil 2

Abbildung 5: Gruppenanalyse *SCL*-Dimension *Aggressivität/ Feindseligkeit*

Abbildung 6: Gruppenanalyse *SCL*-Dimension *Ängstlichkeit*

Abbildung 7: Gruppenanalyse *SCL*-Dimension *Depressivität*

Abbildung 8: Gruppenanalyse *SCL*-Dimension *Paranoides Denken*

Abbildung 9: Gruppenanalyse *SCL*-Dimension *Phobische Angst*

Abbildung 10: Gruppenanalyse *SCL*-Dimension *Psychotizismus*

Abbildung 11: Gruppenanalyse *SCL*-Dimension *Somatisierung*

Abbildung 12: Gruppenanalyse *SCL*-Dimension *Unsicherheit im Sozialkontakt*

Abbildung 13: Gruppenanalyse *SCL*-Dimension *Zwanghaftigkeit*

Abbildung 14: Gruppenanalyse *SCL* Globaler Kennwert *Grundsätzliche psychische Belastung* (*GSI*)

Abbildung 15: Gruppenanalyse *SCL* Globaler Kennwert *Intensität der Antworten* (*PSDI*)

Abbildung 16: Gruppenanalyse *SCL* Globaler Kennwert *Anzahl der Symptome mit Belastungsvorliegen* (*PST*)

Abbildung 17: Multireport *ETI* Einzelpersonen im Gruppenprofil

Abbildung 18: *SCL* bei Probandin P1

Abbildung 19: *ETI* bei Probandin P1

Abbildung 20: *SCL* bei Probandin P2

Abbildung 21: *ETI* bei Probandin P2

Abbildung 22: *SCL* bei Proband P3

Abbildung 23: *ETI* bei Proband P3

Abbildung 24: *SCL* bei Proband P4

Abbildung 25: *SCL* bei Proband P5

Abbildung 26: *SCL* bei Proband P6

Abbildung 27: *SCL* bei Probandin P7

Abbildung 28: *ETI* bei Probandin P7

Abbildung 29: *SCL* bei Probandin P8