

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. med. Jürgen Gallinat

Zusammenhänge zwischen früher Traumatisierung und dissoziativen Symptomen bei schizophrenen Patienten

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Barbara Huber, geb. Reitemeier
aus Bünde

Hamburg 2022

Betreuer:in / Gutachter:in der Dissertation: Prof. Ingo Schäfer

Gutachter:in der Dissertation: Prof. Sarah Hohmann

Vorsitz der Prüfungskommission: Prof. Sarah Hohmann

Mitglied der Prüfungskommission: Prof. Dragana Seifert

Mitglied der Prüfungskommission: PD Dr. Daniel Schöttle

Datum der mündlichen Prüfung: 26.09.2025

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1 Problemstellung	6
1.2 Prävalenz früher Traumatisierungen bei Psychosepatienten	6
1.3 Befunde zu Zusammenhängen	8
1.4 Klinische Auswirkungen früher Traumatisierungen bei Psychosepatienten.....	9
1.5 Dissoziation und Psychose	10
1.5.1 Ausprägung dissoziativer Symptome bei Psychosepatienten	10
1.5.2 Dissoziation und Trauma bei Patienten mit Psychosen.....	12
1.5.3 Dissoziative Störungen bei psychotischen Patienten	13
1.6 Fragestellungen und Hypothesen	16
 2. Material und Methoden	 17
2.1 Forschungsdesign	17
2.2 Konzeption der Merkmalsbereiche	17
2.3 Operationalisierungen.....	18
2.3.1 Soziodemographische Daten.....	18
2.3.2 Psychopathologie	18
2.3.2.1 Strukturierte psychiatrische Diagnostik.....	18
2.3.2.2 Psychotische Symptomatik.....	18
2.3.2.3 Dissoziative Symptomatik.....	19
2.3.3 Traumatisierungen in Kindheit und Jugend	20
2.4 Stichprobe	21
2.5 Ethische Aspekte.....	21
2.6 Vorgehen bei der Datenerhebung	21
2.7 Auswertung	22

3. Ergebnisse	23
3.1 Merkmale der Stichprobe.....	23
3.1.1 Stichprobengröße und Teilnehmerquote.....	23
3.1.2 Soziodemographische Daten	24
3.1.3 Psychopathologie	27
3.1.3.1 Diagnosen nach ICD-10	27
3.1.3.2 Dissoziative und psychotische Symptomatik.....	28
3.2 Traumatisierungen in Kindheit und Jugend	29
3.3 Zusammenhang von kindlichen Traumatisierungen und Dissoziation.....	30
3.4 Voraussage von dissoziativen Symptomen.....	32
4. Diskussion	35
4.1 Diskussion der Methoden	35
4.1.1 Studiendesign.....	35
4.1.2 Stichprobenselektion	36
4.1.3 Weitere potentielle Limitationen	36
4.2 Diskussion der Befunde	38
4.2.1 Studienpopulation.....	38
4.2.2 Dissoziation und psychotische Symptomatik	39
4.2.3 Zusammenhang von Kindheitstraumata und dissoziativer Symptomatik	41
4.3 Abschließende Diskussion und Ausblick	43
5. Zusammenfassung.....	45
6. Abkürzungsverzeichnis	48
7. Literaturverzeichnis	49
8. Danksagung.....	57
9. Lebenslauf	58
10. Eidesstattliche Versicherung	59

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

In den vergangenen Jahren hat die Diskussion um die Bedeutung traumatischer Erlebnisse für psychotische Erkrankungen und psychische Erkrankungen allgemein deutlich zugenommen (Moskowitz et al. 2009). Bis heute setzt sich eine wachsende Zahl wissenschaftlicher und klinischer Publikationen explizit mit der Frage auseinander, welche Rolle traumatische Erlebnisse in der Ätiologie psychotischer Erkrankungen spielen (Schäfer und Fisher 2011, Cernis et al. 2022). Unterschiedliche Autoren gehen im Sinne einer Fortführung des Vulnerabilitäts-Stress-Models davon aus, dass Traumatisierungen einen entscheidenden Anteil an der Entstehung von biografischen Vulnerabilitäten haben könnten, die das Auftreten einer psychotischen Erkrankung fördern (Mueser et al. 1998, Read et al. 2001, Schäfer et al. 2009).

Bisher vorliegende Studien konnten erhöhte Prävalenzen für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bei Patienten mit traumatisierenden Erfahrungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bestätigen (Alvarez et al. 2011, Schäfer et al. 2012). Bei Patienten, die eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis haben, wurden zudem signifikant häufiger sexueller Missbrauch oder chronische körperliche Misshandlung in der Kindheit festgestellt (Leverich et al. 2002, Read und Hammersley 2005, Read et al. 2005, Schenkel et al. 2005). Außerdem stehen dissoziative Symptome bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis im Zusammenhang mit frühkindlicher Traumatisierung (Schäfer et al. 2006a, Sun et al. 2018).

1.2 Prävalenz früher Traumatisierungen bei Psychosepatienten

Das Interesse an den Zusammenhängen zwischen Traumatisierungen in der Kindheit bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist in den vergangenen Jahren stark gewachsen. Bereits existierende Studien zu diesem Thema zeigen eine hohe Prävalenz früher Traumatisierungen bei Patienten mit einer Psychoseerkrankung. Bei diesen Patienten reicht die in Untersuchungen ermittelte Häufigkeit von sexuellem Missbrauch in der Kindheit bei Frauen von 14% bis 100% und bei Männern von 8% bis 100%. Ähnlich verhalten sich die Zahlen bei körperlicher Misshandlung in der Kindheit. Von körperlicher Misshandlung berichten 14% bis 100% der Patientinnen und 20% bis 75% der männlichen Patienten (Schäfer und Fisher 2011).

Morgan und Fisher (2007) stellten in einem Review, in das zwanzig Studien an Schizophreniepatienten einbezogen wurden, einen gewichteten Mittelwert bezüglich kindlicher sexueller Traumatisierungen von 42% bei Frauen und 28% bei Männern fest. Für kindliche physische Traumatisierungen ergaben die gewichteten Mittelwerte 35% bei Frauen und 38% bei Männern. Bei 50% der Patienten lag entweder sexueller oder physischer Missbrauch vor, unabhängig vom Geschlecht (Morgan und Fisher 2007).

Für Patienten, die an einer bipolaren Störung leiden, wurde eine geringere Prävalenz von kindlichem sexuellem Missbrauch und/oder körperlicher Misshandlung gefunden. Allerdings wurden bisher weniger Studien zu dieser Thematik bei bipolaren Patienten durchgeführt. Fisher und Hosang (2010) haben die Literatur zu dieser Störung untersucht und fanden – bei beiden Geschlechtern gemeinsam betrachtet – eine Spannweite bezüglich kindlichem sexuellem Missbrauch von 12% bis 21% und bei kindlichem physischem Missbrauch von 14% bis 24%. Eine andere Studie berichtete davon, dass 20% bis 28% der untersuchten Patienten mit bipolarer Störung von sexuellem und physischem Missbrauch in der Kindheit berichteten (Neria et al. 2005). In Bezug auf das Geschlecht fanden Neria et al. (2005), dass bei weiblichen Patientinnen mit bipolarer Störung höhere Raten an kindlicher sexueller und physischer Gewalt gefunden wurden (35%) als bei männlichen Patienten (20%).

Einige Studien schlossen auch emotionale Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit mit ein (Muenzenmaier et al. 1993). Hier wurden bei Patienten mit Schizophrenie 33-59% emotionale Misshandlung und 42-59% emotionale Vernachlässigung berichtet (Mason et al. 2009, Schäfer et al. 2006a, Shannon et al. 2011). Nur etwa ein Drittel der Patienten mit bipolaren Störungen berichteten über emotionale Misshandlung und nur etwa ein Viertel berichtete über emotionale Vernachlässigung in der Kindheit (Garno et al. 2005). Ein Drittel der Patienten in den meisten Studien berichtete allerdings von kindlichen emotionalen Traumatisierungen, ohne anderen Formen erlebt zu haben (Mason et al. 2009). Insgesamt legen diese Befunde nahe, dass Patienten mit einer Psychoseerkrankung weitaus häufiger Opfer kindlichen sexuellen Missbrauchs oder physischer Misshandlung waren als Menschen aus der Allgemeinbevölkerung ohne eine psychiatrische Diagnose.

Unterschiedliche Autoren gehen davon aus, dass die bisher erhobenen Prävalenzen eher zu niedrig ausfallen. Vor allem betroffene Männer berichten häufig

nicht von erlebten Traumata (Spataro et al. 2001). Dieses sogenannte „underreporting“ ist unterschiedlich motiviert. Oft sind Schamgefühl, Angst oder das Bedürfnis, den Täter schützen zu wollen, Gründe dafür (Della Femina et al. 1990, Fergusson et al. 2000). Insbesondere Menschen mit einer psychiatrischen Grunderkrankung neigen dazu, sich selbst zu schützen und nicht von Traumatisierungen zu berichten, um sich nicht dadurch selbst erneut zu belasten (Dill et al. 1991). Um die Validität und Reliabilität der Berichte von kindlichen Traumatisierungen bei psychotischen Patienten zu untersuchen, haben Darves-Bornos et al. (1995) und Goodman et al. (1999) Studien durchgeführt, die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zumindest eine ähnliche Test-Retest-Reliabilität aufzeigen. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es bezüglich der Gütekriterien von psychometrischen Instrumenten im Zusammenhang mit Untersuchungen bei psychisch Kranken immer wieder kontroverse Diskussionen gibt.

1.3 Befunde zu Zusammenhängen

In den letzten Jahren gab es Fortschritte in Bezug auf die Methodik der Studien, die sich mit frühkindlicher Traumatisierung bei Psychosepatienten beschäftigen. So wurden Studien an größeren Stichproben und Vergleiche mit Kontrollgruppen durchgeführt (z.B. Bebbington et al. 2011, Fisher et al. 2009, Shevlin et al. 2011). Anhand von Langzeitstudien (z.B. Arseneault et al. 2011, Cutajar et al. 2010) wurden inzwischen deutliche Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und dem späteren Auftreten von Psychosen gezeigt. Das Forschungsfeld hat sich zudem weiterentwickelt, indem die Beziehung zwischen Trauma und Psychose differenzierter ergründet wird. Beispielsweise wurden schwerwiegendere Folgen von kindlichem sexuellem Missbrauch als von physischer Misshandlung festgestellt (Arseneault et al. 2011). Auch Missbrauch durch die eigene Mutter zeigte schwerwiegendere Folgen als Missbrauch durch den eigenen Vater (Fisher et al. 2011). Bei diesem Punkt gilt zu beachten, dass die kindliche Lebenssituation bei Psychosepatienten oft von der Abwesenheit des Vaters in Kindheit und Jugend geprägt war (Morgan et al. 2007). In Bezug auf die zugrundeliegenden Mechanismen legten einige Studien nahe, dass eine negative Selbstwahrnehmung, Angst und Depression begünstigende Faktoren für das Auftreten von Psychosen nach Traumatisierungen sein könnten (Bebbington et al. 2011, Gracie et al. 2007, Kelleher et al. 2008). In einigen Studien fand sich ein moderierender Einfluss von Cannabis-

Konsum, vor allem bei kindlichem sexuellem Missbrauch (Harley et al. 2010, Houston et al. 2011, Compton et al. 2004). In Bezug auf biologische Faktoren fand man als Resultat von Kindesmissbrauch eine Dysregulation bezüglich der Kortisolausschüttung, wobei mehrfach berichtet wurde, dass diese Patientengruppe eine gesteigerte Kortisolantwort auf Stress zeigt (Faravelli et al. 2010). Weiterhin wurden auch Faktoren wie eine reduzierte Kortexdicke (Habets et al. 2011) diskutiert. Lardinois et al. (2011) fanden eine signifikante Interaktion zwischen Alltagsstress und Kindheitstrauma. Das lässt vermuten, dass Missbrauchserfahrungen in der Vorgeschichte mit einer erhöhten Sensitivität auf Stress einhergehen.

1.4 Klinische Auswirkungen früher Traumatisierungen bei Psychosepatienten

Eine der häufigsten Konsequenzen von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung in der Kindheit ist die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). In der Gesamtpopulation liegt die Erkrankungsprävalenz der PTBS zwischen 3% und 5% (Kessler et al. 2005, Pratchett et al. 2010). Bei schizophrenen Patienten liegt die Prävalenz mit 17% bis 46% wesentlich höher (Fan et al. 2008, Gearon et al. 2003). Risikofaktoren für die Entstehung einer komorbiden PTBS bei Patienten mit einer Psychose sind eine Vorgeschichte von kindlichem sexuellem Missbrauch sowie eine später Retraumatisierung. Außerdem wirken sich eine schlechtere soziale Unterstützung und ein niedriger sozioökonomischer Status negativ aus (Goldberg und Garo 2005).

Psychoseerkrankte Patienten mit einer Geschichte von Kindheitstraumata und/oder PTBS haben ein schwerwiegenderes klinisches Profil im Vergleich zu Patienten ohne diese Vorgeschichte. Es werden in diesen Fällen mehr Substanzabhängigkeiten berichtet (Conus et al. 2010) und ein höheres Ausmaß an begleitender Angst und Depression (Lysaker und Salyers 2007, Schenkel et al. 2005). Frühe Viktimisierung ist zudem ein Prädiktor für zukünftige Viktimisierung bei Psychosepatienten (Dean et al. 2007) und vermehrte Suizidversuche (Conus et al. 2010, Romero et al. 2009). Kindesmissbrauch wird auch mit einem schlechteren allgemeinen Funktionsniveau, einer vermehrten Straffälligkeit und einer niedrigeren Lebensqualität assoziiert (Gil et al. 2009, Hodgins et al. 2009, Christy et al. 2022). Kindlicher sexueller Missbrauch wird insbesondere auch mit Wahn und Halluzinationen in Verbindung gebracht (Mason et al. 2009, Shevlin et al. 2011) und verschiedene Studien berichteten, dass der Inhalt der Positivsymptomatik mit dem

erlebten Trauma in Verbindung stand (Thompson et al. 2010). Insgesamt zeigte sich in mehreren Untersuchungen ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Traumatisierung und der globalen Erkrankungsschwere (Bryer et al. 1987, Goodman et al. 1997, Read et al. 2003, Goff et al. 1991a).

1.5 Dissoziation und Psychose

In Bezug auf Zusammenhänge zwischen Dissoziation und psychotischen Erkrankungen sind unterschiedliche Perspektiven von Interesse. Diese betreffen etwa Beziehungen zwischen dissoziativen Symptomen und Merkmalen der Schizophrenie wie Psychopathologie, Chronizität und Komorbidität. Weiter sind Zusammenhänge zwischen Dissoziation und frühkindlicher Traumatisierung bei Patienten mit Schizophrenie und anderen psychotischen Erkrankungen von Interesse (Moskowitz et al. 2019). Schließlich existieren Studien zur Häufigkeit von zusätzlichen dissoziativen Störungen, die jedoch einer anspruchsvollen Diagnostik bedürfen (Friedl und Draijer 2000, Horen et al. 1995).

1.5.1 Ausprägung dissoziativer Symptome bei Psychosepatienten

Van Ijzendoorn (1996) beschrieb die „Dissociative Experiences Scale“ (DES; Bernstein und Putnam 1986) als den Fragebogen, der am meisten auf dem Gebiet der Erforschung dissoziativer Störungen eingesetzt wird, was auch auf Studien bei Patienten mit Schizophrenie und anderen psychotischen Erkrankungen zutrifft. Diese Studien liefern deutliche Hinweise darauf, dass schizophrene Patienten öfter und in höherer Intensität dissoziative Symptome aufweisen als Gesunde. So bewegt sich der Mittelwert der DES in diesen Studien zwischen 15 und 30 (Moskowitz et al. 2019). Diese ermittelten Werte sind signifikant höher als Mittelwerte aus nicht-klinischen Stichproben (4-12), aber niedriger als die Werte bei Patienten mit der Diagnose einer PTBS (25-41) oder einer Dissoziativen Identitätsstörung (42-57) (vgl. auch Carlson und Putnam 1993, Putnam et al. 1996, Van Ijzendoorn und Schuengel 1996). Modestin et al. (2007) haben beispielsweise berichtet, dass die Mittelwerte im DES bei ambulanten Schizophreniepatienten, die sich in Remission befanden, bei $M = 9,9$ lagen. Höhere Werte fanden Ross und Keyes (2004), die berichteten, dass 60% der von ihnen untersuchten Schizophreniepatienten Werte ab 25 und darüber mit einem Mittelwert von $M = 28,5$ aufwiesen. Eine Erklärung für diese abweichenden Ergebnisse könnte das Krankheitsstadium sein. Wenn Schizophreniepatienten in Remission in die

Studien eingeschlossen wurden, dann wurden auch generell niedrigere DES-Werte zwischen 9,9 und 15,3 berichtet (Brunner et al. 2004, Modestin et al. 2007, Schäfer et al. 2006a, Vogel et al. 2006). In einer Studie an 30 weiblichen Patientinnen von Schäfer et al. (2006a) wurde eine signifikante Abnahme der DES Mittelwerte bei Aufnahme ($M = 21,0$) nach Stabilisierung ($M = 11,9$) berichtet. Studien welche Patienten unabhängig von ihrem Krankheitsstadium einschlossen berichteten fast durchgängig höhere DES-Mittelwerte von $M = 15,7$ bis $M = 28,4$ (Bob et al. 2006, Glaslova et al. 2004, Hlastala und McClellan 2005, Horen et al. 1995, Putnam et al. 1996, Ross und Keyes 2004, Spitzer et al. 1997). Auf dieser Basis lässt sich die Hypothese formulieren, dass zwischen akuten Symptomen der Schizophrenie und dissoziativen Symptomen ein Zusammenhang bestehen könnte (Goff et al. 1991a). Einen möglichen Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und der schizophrenen Positivsymptomatik bestätigten auch Spitzer et al. (1997) in einer Studie an 27 Patienten unter Nutzung der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al. 1987). Patienten mit akuter Positivsymptomatik hatten signifikant höhere Mittelwerte im DES ($M = 21,1$) als Patienten, bei denen die Negativsymptomatik dominierte ($M = 9,2$). Ross & Keyes (2004) und Kilcommons & Morrison (2005) stellten fest, dass Dissoziation mit Positivsymptomatik wie Halluzinationen assoziiert ist. Bezüglich der Zusammenhänge zwischen psychotischer Negativsymptomatik und Dissoziation werden widersprüchliche Ergebnisse berichtet. Spitzer et al. (1997) fanden, dass passiver sozialer Rückzug in umgekehrter Weise mit der DES und ihren Subskalen korrelierte. Ross und Keyes (2004) hingegen berichteten, dass Schizophreniepatienten mit starken dissoziativen Phänomenen mehr Negativsymptomatik zeigen als jene mit geringerer dissoziativer Symptomatik. Zusammenfassend gibt es Hinweise für einen Zusammenhang zwischen Dissoziation (besonders Depersonalisation und Derealisation) und der Positivsymptomatik bei Schizophreniepatienten (v.a. Halluzinationen). Gleichzeitig nehmen mit anwachsenden Forschungsergebnissen aber auch Widersprüche zu. Insbesondere besteht Bedarf an Untersuchungen bei Schizophreniepatienten, bei denen im Verlauf bei unterschiedlicher Krankheitsschwere mehrmals die dissoziative Symptomatik erfasst wird. Zu dieser Fragestellung sind bislang nur Daten aus einer Studie verfügbar, die ausschließlich weibliche Patienten untersuchte (Schäfer et al. 2006a).

1.5.2 Dissoziation und Trauma bei Patienten mit Psychosen

Obwohl in der Literatur hohe Traumatisierungsraten bei schizophrenen Patienten beschrieben werden, haben sich relativ wenige Studien auf einen möglichen Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen und Dissoziation bei schizophrenen Patienten konzentriert. Die meisten existierenden Studien berichten davon, dass solch ein Zusammenhang bestehen könnte. Goff et al. (1991b) haben Verbindungen zwischen kindlichen Traumatisierungen, Dissoziation und anderen Symptomen (z.B. Wahn und Stimmenhören) bei 61 Patienten mit diagnostizierten Psychosen festgestellt. Die Patienten, die in der Kindheit körperlich misshandelt und/oder sexuell missbraucht worden waren (43%) hatten signifikant höhere Werte im DES als die Patienten ohne Missbrauchserfahrungen in der Vergangenheit ($M = 20,0$; $SD = 16,1$ vs. $M = 12,5$; $SD = 12,4$). Sexueller Missbrauch korrelierte dabei höher mit Dissoziation als körperliche Misshandlung ($r = 0,34$ vs. $r = 0,19$). Weitere signifikante Korrelationen fanden sich zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und Beeinflussungswahn und auch Stimmenhören. Greenfield et al. (1994) ermittelten ähnliche Zusammenhänge zwischen Dissoziation und frühkindlichem Missbrauch bei einer Stichprobe von ersterkrankten Psychosepatienten.

Einem anderen methodischen Ansatz folgend haben Ross und Keyes (2004) eine Stichprobe von 60 Patienten mit Schizophrenie auf der Basis des DES Scores in zwei Gruppen aufgeteilt. Patienten die einen Score von ≥ 25 anhand der DES aufwiesen oder die zusätzliche Diagnose einer Dissoziativen Störung hatten berichteten im klinischen Interview auch häufiger von sexuellem und/oder physischem Missbrauch. Sie hatten insgesamt mehr traumatische Situationen erlebt und zeigten mehr psychiatrische Komorbidität als die andere Gruppe von Patienten, die DES Werte < 10 aufwiesen.

Um zusätzlich zu sexuellem und körperlichen Missbrauch auch emotionalen Missbrauch (emotionale und körperliche Vernachlässigung) zu erfassen haben einige Studien auch das Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein und Fink 1998) verwendet. Interessanterweise zeigte sich, dass diese Studien den stärksten Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und emotionalem Missbrauch in der Kindheit fanden (Holowka et al. 2003, Schäfer et al. 2006a). Ein Ergebnis, dass auch für andere Diagnosegruppen (z.B. Alkoholsucht) gefunden wurde (Schäfer et al. 2007, Simeon 2004, Simeon et al. 2001).

1.5.3 Dissoziative Störungen bei psychotischen Patienten

Wie schon erwähnt haben sowohl klinische Beobachtungen als auch die empirische Forschung einen Hinweis darauf ergeben, dass dissoziative Symptome bei Schizophreniepatienten vergleichsweise häufig anzutreffen sind. Einzelne Studien haben untersucht, ob diese Patienten schwerere dissoziative Phänomene oder sogar eine dissoziative Störung aufweisen (Moskowitz et al. 2019). Einige Studien, die die DES verwendet haben, legten einen Cut-off-Score zugrunde (z.B. 25 oder 30), um den Anteil der Patienten mit starken dissoziativen Symptomen zu definieren, da frühere Studien darauf hinwiesen, dass Patienten, die über diesem Cut-off-Score liegen, möglicherweise eine dissoziative Störung aufweisen (Carlson und Putnam 1993, Carlson et al. 1993). Putnam et al. (1996) berichteten, dass 20 Prozent der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis Werte über 30 anhand der DES aufwiesen. Andere Studien berichteten einen noch höheren Anteil von Patienten zwischen 31% und 60% (Bob et al. 2006, Glaslova et al. 2004, Ross und Keyes 2004).

Waller et al. (1996) schlugen das Konzept der pathologischen Dissoziation vor und fanden in ihrer Studie dass lediglich 8% der 61 untersuchten Schizophreniepatienten zu der Gruppe mit pathologischer Dissoziation gehörten (Waller und Ross 1997).

Welburn et al. (2003) verwendeten das SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders; Steinberg 1993), um Patienten mit Schizophrenie, Dissoziativer Identitätsstörung (DID) und vorgespigelter (feigned) Dissoziation zu vergleichen. Wurde die Schizophreniegruppe ($n = 9$) mit der DID Gruppe ($n = 12$) verglichen, so fanden sich in der Schizophreniegruppe signifikant geringere Durchschnittswerte bezüglich des Schweregrades bei allen Symptomen. Steinberg et al. (1994) berichteten über ähnliche Ergebnisse in einer Studie mit 31 Patienten aus dem Bereich der schizophrenen Erkrankungen und 19 Patienten mit DID. In einer Studie von Haugen und Castillo (1999) wurden bei 50% der Studienteilnehmer ($n = 50$), die eine Schizophrenie oder schizoaffective Störung hatten, ebenfalls die Diagnosekriterien für eine Dissoziative Störung erfüllt. Insgesamt wies ein hoher Anteil der Patientinnen und Patienten dissoziative Symptome auf: Amnesie (34%), Depersonalisation (48%), Derealisation (22%), Identitätsverwirrung (46%) und Identitätsänderungen (56%).

Solche Ergebnisse haben einen klinischen und wissenschaftlichen Diskurs über den Zusammenhang von Schizophrenie und Dissoziativer Störung angestoßen und

Fragen zur Komorbidität und Kontinuität zwischen Schizophrenie und Dissoziativer Störung aufgeworfen (Moskowitz et al. 2019, Read 2004). Mögliche Erklärungen für die Grundlage dissoziativer Symptome bei Psychosepatienten werden viel und konstruktiv diskutiert. Steingard und Frankel (1985) überlegten beispielsweise, ob schwere Dissoziation eventuell psychotische Symptome hervorruft oder mindestens ein vermittelnder Faktor in ihrer Entstehung ist. Auch Allen et al. (1997) erwähnen die besondere Rolle, die dissoziative Symptome in diesem Zusammenhang spielen könnten. Auch umgekehrte Thesen wurden formuliert. So schlugen Giese et al. (1997) vor, dass Dissoziation möglicherweise als Abwehrmechanismus bei Patienten mit Psychose auftritt, so dass psychotische Symptome möglicherweise die Reizschwelle für die Ausprägung der Dissoziation bei Patienten senken, die solchen Phänomenen gegenüber durch frühe Traumatisierungen prädisponiert sind. Es wird von Fällen berichtet, bei denen sogar schwere dissoziative Symptome, wie Identitätswechsel und amnestische Episoden verschwanden, nachdem die Psychose erfolgreich behandelt worden war (Gupta und Chawla 1991).

Ähnliche Zusammenhänge zwischen der Behandlung von psychotischen Symptomen und einer dadurch bedingten Abnahme von dissoziativen Symptomen sind für Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis berichtet worden (Schäfer und Fisher 2011, Schäfer et al. 2006a). Dabei stellt sich die Frage, ob tatsächlich eine große Subgruppe von Schizophreniepatienten mit dissoziativer Symptomatik existiert oder ob es viele psychotische Symptome gibt, die von dissoziativen Phänomenen unterlegt sind (z.B. Ross 2004). Diese beiden widersprüchlichen Thesen werden in der Literatur bislang ohne ausreichende Synthese diskutiert. Der Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungen und Dissoziation bei Patienten mit einer Psychose stimmt allerdings mit ähnlichen Erkenntnissen für andere diagnostische Gruppen überein, z.B. in Bezug auf Patienten mit Substanzmissbrauch (Schäfer et al. 2007), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Van Den Bosch et al. 2003) und Zwangsstörungen (Schäfer et al. 2006b). Denkbar ist auch, dass bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen die wahnhafte Überformung der Symptome den dissoziativen Charakter anderer Phänomene verdeckt. Die wahnhafte Interpretation von dissoziativen Phänomenen könnte essentiell für viele psychotische Symptome sein (Moskowitz und Corstens 2008). Bei psychotischen Patienten mit vorangegangenen Traumatisierungen in der Kindheit sind dissoziative Symptome, Depressionen und Identitätsunsicherheit möglicherweise

auch ganz unabhängige Folgen frühkindlicher Traumatisierungen (Modestin et al. 2007, Sedman und Kenna 1963). Bei anderen Patienten schließen schwere Psychosen dissoziative Symptome vielleicht mit ein. Im Rahmen der „Störung des Selbst“ sollten diese Erfahrungen auf Phänomene wie Depersonalisation, Derealisation und Identitätsstörungen begrenzt werden und nach Möglichkeit keine Persönlichkeitsänderungen oder schwere Amnesie einschließen (Cardaña 1994, Saperstein 1949). Es kann auch nicht außer Acht gelassen werden, dass sich formale Denkstörungen oder andere psychotische Symptome mit dissoziativen Prozessen überlagern können. Diese sind essentiell an der Gedächtnisleistung und Auffassung beteiligt und können zu kurzzeitiger Amnesie oder anderen schweren dissoziativen Symptomen bei Patienten führen (Giese et al. 1997).

1.6 Fragestellungen und Hypothesen

Insgesamt besteht aufgrund der publizierten Literatur Grund zu der Annahme, dass eine dissoziative Symptomatik bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in erhöhtem Maße vorliegen könnte, dass es einen Zusammenhang zwischen der Schwere dieser Symptomatik und frühen Traumatisierungen geben könnte und dass sich die dissoziative Symptomatik in Abhängigkeit von der Ausprägung psychotischer Symptome ändern könnte. In allen Bereichen ist die Literatur jedoch bislang lückenhaft und teilweise widersprüchlich.

Fragestellungen

1. Welches Ausmaß an dissoziativen Symptomen weisen Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis zum Zeitpunkt des Beginns einer vollstationären Behandlung und nach klinischer Stabilisierung auf?
2. Welcher Zusammenhang besteht bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis zwischen frühen Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen zum Zeitpunkt des Beginns einer vollstationären Behandlung und nach klinischer Stabilisierung?
3. Welcher Zusammenhang besteht bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis zwischen dissoziativen Symptomen und psychotischen Symptomen zum Zeitpunkt des Beginns einer vollstationären Behandlung und nach klinischer Stabilisierung?

Hypothesen

1. Zum Zeitpunkt des Beginns einer vollstationären Behandlung bestehen signifikant mehr dissoziative Symptome als nach klinischer Stabilisierung.
2. Der Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen ist nach klinischer Stabilisierung stärker ausgeprägt als bei Beginn einer vollstationären Behandlung.
3. Der Zusammenhang zwischen dissoziativen und psychotischen Symptomen ist zum Zeitpunkt der Aufnahme stärker ausgeprägt als nach klinischer Stabilisierung.

2. Material und Methoden

2.1 Forschungsdesign

Es handelte sich um eine retrospektive klinische Querschnittserhebung. Um gemäß oben genannten Fragestellungen die Situation zum Zeitpunkt der Aufnahme einer vollstationären Behandlung und nach klinischer Stabilisierung untersuchen zu können waren mehrere Erhebungszeitpunkte notwendig.

Der erste Teil der Erhebung (T0) erfolgte in den ersten Tagen nach der stationären Aufnahme der Patienten. Der zweite Erhebungszeitpunkt (T1) wurde auf einen späteren Termin im Verlauf der Behandlung gelegt, an dem die Patientinnen und Patienten aus Sicht des Behandlungsteams ausreichend stabilisiert waren, um an einem Interview teilzunehmen, einschließlich der Daten zum Thema Traumatisierung. Je nach Krankheitsverlauf und -schwere lag daher eine unterschiedliche Anzahl von Tagen zwischen T0 und T1.

Den Patienten wurde außerdem vor ihrer Entlassung ein abschließendes Gespräch angeboten, um mögliche psychische Belastungen durch die Interviews zu erfassen und einen gegebenenfalls entstandenen Gesprächsbedarf abzudecken.

2.2 Konzeption der Merkmalsbereiche

Um die unter 1.6 genannten Fragestellungen beantworten zu können, wurden Daten zu folgenden Merkmalsbereichen erhoben:

1. Soziodemographie und klinischer Verlauf
2. Strukturierte psychiatrische Diagnostik
3. Psychotische Symptomatik
4. Dissoziative Symptomatik
5. Traumaanamnese

Neben diesen Merkmalsbereichen wurden im Rahmen der Patientenbefragung noch weitere Angaben erfasst, die Bestandteil anderer Auswertungen waren (vgl. auch 2.6). Diese werden in der vorliegenden Arbeit nicht thematisiert.

2.3 Operationalisierungen

Bei der Untersuchung kamen etablierte Instrumente (Fragebögen und klinische Interviews) zu den oben genannten Bereichen zum Einsatz. Sie werden im Folgenden für die einzelnen Merkmalsbereiche dargestellt.

2.3.1 Soziodemographische Daten

Diese Daten wurden anhand eines halbstandardisierten soziodemographischen Interviews ermittelt, das für diesen Studienzweck entwickelt wurde. Es wurden Informationen über Alter, Geschlecht, Nationalität, Partnerschaft, Familienstand, Kinder, Wohnsituation, Bildungsstand und berufliche Situation erhoben.

2.3.2 Psychopathologie

2.3.2.1 Strukturierte psychiatrische Diagnostik

Die Erhebung der Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V; Dilling et al. 2015) erfolgte anhand des „Mini International Neuropsychiatric Interview“ (M.I.N.I.; Lecrubier et al. 1997).

Für den Bereich der psychotischen Störungen erfolgte zusätzlich eine Diagnostik anhand der Sektion B des Strukturierten klinischen Interviews für das DSM-IV (SKID-I; Wittchen et al. 1997). Beim SKID-I handelt es sich um ein standardisiertes Interview zur Erfassung und zur Diagnose von Achse-I-Störungen gemäß DSM-IV (APA; American Psychiatric Association 1994). Das SKID-I enthält offene Fragen und der Interviewer kann durch erweiternde Zusatzfragen und mittels Ratingskalen Ergänzungen und zusätzlich relevante Informationen erhalten. Abschließend ist eine Beurteilung von Haupt- und Nebendiagnosen möglich, die in einer Kodierungsübersicht festgehalten werden. In der vorliegenden Arbeit wurde das Hauptaugenmerk auf aktuelle Diagnosen gelegt.

2.3.2.2 Psychotische Symptomatik

Um die schizophrene Positiv-, Negativ- und allgemeine Symptomatik zu erfassen, wurde die „Positive and Negative Syndroms Scale for Schizophrenia“ (PANSS; Kay et al. 1987) eingesetzt. Die PANSS ist als Instrument für die standardisierte Erfassung von Psychopathologie in der Schizophrenieforschung gut etabliert. Sie ermöglicht in drei Subskalen die Beurteilung von jeweils sieben Positivsymptomen (Wahnideen, formale Denkstörungen, Halluzinationen, Erregung, Größenwahn, Verfolgung und

Feindseligkeit) und sieben Negativsymptomen (Affektverarmung, emotionaler Rückzug, mangelnde Beziehungsfähigkeit, passiver sozialer Rückzug, erschwertes abstraktes Denkvermögen, mangelnde Spontaneität und Redefluss und stereotypes Denken) sowie 16 allgemeinen psychopathologischen Symptomen (z.B. Angst, Schuldgefühle, Desorientiertheit, verminderte Impulskontrolle, Selbstbezogenheit), die keine genauere Zuordnung erhalten. Die insgesamt 30 Items werden nach ihrem Schweregrad auf einer 7-stufigen Skala von eins („nicht vorhanden“) bis sieben („extrem schwer“) beurteilt. Anhand der Subskalen ist eine getrennte Beurteilung von Positiv-, Negativ- und allgemeiner Symptomatik möglich.

2.3.2.3 Dissoziative Symptomatik

Der „Fragebogen zu dissoziativen Symptomen“ (FDS; Freyberger et al. 1999) ist die deutschsprachige erweiterte Version der „Dissociative Experiences Scale“ (DES; Bernstein und Putnam 1986). Der FDS enthält zusätzlich zur DES noch weitere Items, die sich mit Konversionssymptomen beschäftigen. Um die Vergleichbarkeit der Befunde mit internationalen Studien zu sichern, wurden in der vorliegenden Studie die Originalitems der DES und deren Summen- und Subskalenscores für die Auswertung zugrunde gelegt. Die DES ist ein wissenschaftlich gut etablierter Selbstratingfragebogen für Erwachsene. Es werden 28 Items erfragt, die den Skalen Amnesie, Absorption und Derealisation zugeordnet werden können. Da das Phänomen Dissoziation auch im Rahmen nicht pathologischer Bewusstseinszustände auftritt und es wünschenswert ist, diese Zustände von pathologischer Dissoziation abzutrennen, wurde zur Erhebung pathologischer Dissoziation der sogenannte DES-Taxon-Score mit acht Items vorgeschlagen (Waller und Ross 1997). Die Validität und Reliabilität der DES wurde in zahlreichen Studien überprüft (Carlson und Putnam 1993, Van Ijzendoorn und Schuengel 1996). Ebenso verhielt es sich mit Überprüfungen der deutschen Version FDS, die ähnlich gute Kennwerte bezüglich Validität und Reliabilität ergaben (Spitzer et al. 1997). Um die Objektivität nicht zu gefährden werden Patienten vor dem Test gebeten, nur Ereignisse zu berücksichtigen, bei denen sie nicht unter dem Einfluss psychotroper Substanzen standen. Die Items des DES bzw. FDS sind allgemein und nicht direktiv formuliert. Die Antworten sind in Zehnerschritte mit Prozentangaben von 0% („nie“) bis 100% („immer“) unterteilt. Es dürfen insgesamt nicht mehr als zwei der Items unbeantwortet bleiben. Für die Auswertung werden die Prozentangaben der Items zusammengezählt und der

Summenwert durch die Zahl der beantworteten Items geteilt. Dieser Mittelwert erlaubt eine Einschätzung über die Schwere der dissoziativen Symptome eines Patienten und kann als „Maß für Dissoziation“ verwendet werden.

2.3.3 Traumatisierungen in Kindheit und Jugend

Das „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ; Bernstein und Fink 1998) ist ein aus 28 Items bestehender Selbststratingfragebogen, der sexuellen, körperlichen und emotionalen Missbrauch sowie körperliche und emotionale Vernachlässigung im Kindesalter ermittelt. Aufgrund seiner guten Validität und Reliabilität findet auch der CTQ eine breite internationale Anwendung (Bernstein und Fink 1998).

Anhand der insgesamt fünf Subskalen lässt sich auch eine quantitative Aussage bezüglich des Schweregrads traumatischer Ereignisse machen. Die Skalen sind eingeteilt in sexuellen Missbrauch, emotionale Misshandlung, physische Misshandlung, sowie emotionale Vernachlässigung und physische Vernachlässigung. Drei weitere Items bilden die Verharmlosungs- bzw. Verleugnungsskala, die nicht erwähnte Traumata bzw. falsch negative Berichte von Traumata aufdecken soll und nicht in die Auswertung mit eingeht. Die Antworten können auf einer fünfstufigen Skala von eins („stimmt nie“) bis fünf („stimmt sehr oft“) gegeben werden.

Bei der Auswertung werden die Angaben zu allen fünf Skalen aufsummiert, so dass sich fünf Scores mit einem theoretischen Minimum von fünf und einem theoretischen Maximum von 25 ergeben. Die Höhe der einzelnen Summenscores erlaubt einen Rückschluss auf die Schwere der jeweiligen Ereignisse. Bernstein und Fink (1998) gaben für jede Skala Schwellenwerte an, um das Ausmaß der Traumatisierungen beschreiben zu können. Diese reichen von „keine bis leichte“ und „leichte bis mittelschwere“ über „mittelschwere bis schwere“ bis hin zu „schwere bis extreme Traumatisierung“.

2.4 Stichprobe

Die Patientinnen und Patienten befanden sich während der Studienteilnahme auf der offen geführten Psychosestation der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).

Einschlusskriterien:

1. Alter zwischen 18 und 65 Jahren
2. Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis nach ICD-10, Kapitel V (ICD-10 F 20.x)
3. Schriftliche Einverständniserklärung durch die Patienten

Ausschlusskriterien:

1. Der stationäre Aufenthalt umfasste weniger als vier Tage.
2. Keine ausreichenden Deutschkenntnisse
3. Thematisierung des Missbrauchs mangels klinischer Stabilisierung kontraindiziert (z.B. bei anhaltender akuter Suizidalität)
4. Psychotische Störungen anderer Genese (organisch, alkohol- oder drogenbedingt)
5. Kognitive Einschränkungen oder dementielles Syndrom

2.5 Ethische Aspekte

Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer geprüft und nach Begutachtung wurde ein positives Votum erteilt. Alle teilnehmenden Probanden wurden sorgsam über das Thema, Vorgehen und Ziele der Studie aufgeklärt und bezüglich psychischer Belastungen im Rahmen der Befragungen beraten. Bei einer Teilnahme wurden die Patienten um ihr schriftliches Einverständnis bezüglich Teilnahme und Nutzung der erhobenen Daten gebeten.

2.6 Vorgehen bei der Datenerhebung

Wie oben dargestellt wurden die Daten an zwei Terminen erhoben. Ein erstes Gespräch (T0) erfolgte in den ersten Tagen nach der stationären Aufnahme. In diesem ersten Teil wurden folgende Instrumente zur Datenerhebung eingesetzt:

Aufnahmeuntersuchung (T0):

- Soziodemographisches Interview
- Strukturiertes klinisches Interview für das DSM-IV (SKID-I) bzw. Mini Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)
- Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)
- Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)

Nachdem die Patienten ausreichend klinisch stabilisiert waren, erfolgte nach Absprache mit dem Behandlungsteam zu einem späteren Termin (T1) ein zweites Interview unter Anwendung folgender Instrumente:

Hauptuntersuchung (T1):

- Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)
- Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)
- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Weiter wurden zu diesem Zeitpunkt zusätzliche Instrumente zu Traumatisierungen bzw. Posttraumatischen Störungen eingesetzt, auf die im Rahmen dieser Auswertung jedoch nicht näher eingegangen wird (Strukturiertes Trauma Interview, Parental Bonding Interview, Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV – Dissoziative Störungen, SKID-Modul zur Posttraumatischen Belastungsstörung).

2.7 Auswertung

Es wurden zunächst Methoden der deskriptiven Statistik angewandt (u.a. Bestimmung von Anzahl und Häufigkeit sowie von Minimum, Maximum, Mittelwerten und Standardabweichungen). Zur Beantwortung der Fragestellungen der Arbeit wurden Korrelationsanalysen, t-Tests für abhängige Stichproben, univariate und mehrfaktorielle Varianzanalyse, sowie multiple Regressionsanalysen eingesetzt. Die Ergebnisse wurden den allgemeinen Regeln entsprechend dann als signifikant bezeichnet, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit 5% oder weniger betrug ($p \leq 0,05$). Lag das Signifikanzniveau bei $p < 0,01$, wurde von einem „hochsignifikanten Ergebnis“ ausgegangen. p -Werte, die zwischen 0,05 und 0,1 lagen wurden als Trend bewertet. Die Daten wurden mit dem „Statistical Package for the Social Sciences“ ausgewertet (SPSS für Windows, Version 15.0; SPSS Inc., Chicago).

3. Ergebnisse

3.1 Merkmale der Stichprobe

3.1.1 Stichprobengröße und Teilnehmerquote

In der Zeit vom 5. Mai 2004 bis zum 12. März 2008 wurden 690 Patienten auf der offen geführten Psychosestation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf aufgenommen. Von diesen Patienten erfüllten 283 (41,0%) die Einschlusskriterien für die vorliegende Studie. Davon haben letztendlich 145 Patienten (51,3%) tatsächlich an den Interviews teilgenommen.

Eine Teilnahme an der Studie wurde von 106 Patienten (37,5%) abgelehnt. Vier andere Patienten beendeten die Behandlung frühzeitig gegen ärztlichen Rat und 16 Patienten lehnten die Mitarbeit während der Therapie durch mangelnde Compliance und Interviewbereitschaft ab. Sie hielten Termine nicht ein oder die Interviewsituation wurde von den Patienten manipuliert, so dass Verdacht entstand, dass die Angaben nicht der Wahrheit entsprechen. Das Hauptinterview wurde außerdem von zwei Patienten abgebrochen und bei einem Patienten durch den Interviewer gestoppt, um Rücksicht auf die besondere Situation des Patienten zu nehmen. Aufgrund widersprüchlicher Angaben wurden die Interviews von neun Patienten nachträglich nicht in die Bewertung aufgenommen.

Tabelle 1. Studienteilnehmer und Gründe für den Ausschluss von Teilnehmern.

	<i>n</i>	%
Einschlusskriterien erfüllt	283	100
Studienteilnahme abgelehnt	106	37,5
Therapie frühzeitig abgebrochen	4	1,4
Mangelnde Compliance	16	5,7
Ausschluss nach Bewertung des Interviews	9	3,2
unvollständiges Interview	3	1,1
Teilnahme und Einschluss in die Studie	145	51,2

Insgesamt mussten aus den oben genannten Gründen 138 Patienten ausgeschlossen werden. Für die Auswertungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit standen damit die vollständigen Interviews von 145 Patienten zur Verfügung.

3.1.2 Soziodemographische Daten

Die Stichprobe von 145 Patienten umfasste 48 Frauen (33,1%) und 97 Männer (66,9%). Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 34,1 Jahre (SD = 11,5; Range: 18-65). 46,9% der Studienteilnehmer waren zwischen 26 und 40 Jahren alt.

Tabelle 2. Altersverteilung der Stichprobe.

	<i>n</i>	%
Alter 18 bis 25 Jahre	39	26,9
Alter 26 bis 40 Jahre	68	46,9
Älter als 40 Jahre	38	26,2

Anmerkungen. N = 145

In den folgenden Tabellen sind Informationen dargestellt, die mit Hilfe des soziodemographischen Interviews (siehe Kapitel 2, Abschnitt 2.3.1) erhoben wurden. Nachfolgende Tabelle 3 beinhaltet Informationen über die Nationalität, die Partnerschaft, den Familienstand, die Kinder und die Wohnsituation der Patienten.

Tabelle 3. Familien- und Wohnsituation der Patienten.

		Frauen		Männer		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
Nationalität	deutsch	45	93,8	88	90,7	133	91,7
	andere	3	6,2	9	9,3	12	8,3
Partnerschaft	ja	14	31,1	18	18,8	32	22,7
	nein	31	68,9	78	81,3	109	77,3
Familienstand	ledig	33	71,7	84	87,5	117	80,4
	verheiratet	5	10,9	7	7,3	12	8,5
	getrennt	1	2,2	2	2,1	3	2,1
	gesch.	7	15,1	2	2,1	9	6,3
	verwitwet	0	0	1	1,0	1	0,7
Kinder	ja	10	22,2	15	15,6	25	17,7
	nein	35	77,8	81	84,4	116	82,3
Wohnsituation	eigene W.	32	69,6	56	58,3	88	62,0
	bei Eltern	5	10,9	22	22,9	27	19,0
	Überg.	4	8,7	3	3,1	7	4,9
	betreut. W.	1	2,2	5	5,2	6	4,2
	obdachlos	0	0	2	2,1	2	1,4
	anderes	4	8,7	8	8,3	12	8,5

Anmerkungen. Frauen N=48; Männer N=97; Gesamt N=145; Gesch.: geschieden; eigene W.: eigene Wohnung; Überg.: Übergangwohnheim; betreut. W.: betreutes Wohnen.

Die meisten der eingeschlossenen Patienten wiesen eine deutsche Nationalität auf (91,7%), befanden sich nicht in einer Partnerschaft (77,3%), waren ledig (80,4%) und kinderlos (82,3%) und lebten in eigener Wohnung (62,0%) oder bei den Eltern (19,0%). Dies traf auf weibliche wie männliche Patienten zu, wobei Frauen etwas häufiger in Partnerschaft waren als Männer (31,1% vs. 18,8%) und etwas häufiger Kinder hatten (22,2% vs. 15,6%).

Tabelle 4 beinhaltet Informationen über den Bildungsstand und die berufliche Situation der Patienten:

Tabelle 4. Bildungsstand und berufliche Situation.

		Frauen		Männer		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
Schulabschluss	Schüler	0	0	2	2,1	2	1,4
	kein Abschl.	0	0	3	3,1	3	2,1
	Sonderschule	0	0	1	1,0	1	0,7
	Hauptschule	6	13,0	22	22,9	28	19,7
	Realschule	16	34,8	31	32,3	47	33,1
	Abitur	24	52,2	33	34,4	57	40,1
	Sonstiges	0	0	4	4,2	4	2,8
Berufsabschluss	in Ausbildung	5	10,9	6	6,3	11	7,8
	Lehre	16	34,8	30	31,6	46	32,6
	Meister	0	0	1	1,1	1	0,7
	Universität	10	21,7	11	11,6	21	15,0
	ohne Abschl.	14	30,4	42	44,2	56	39,7
	sonstiges	1	2,2	5	5,3	6	4,3
	Berufstätigkeit	15	31,3	26	26,8	41	28,3

Anmerkungen. Frauen $N=48$; Männer $N=97$; Gesamt $N=145$; Kein Abschl.: kein Abschluss; ohne Abschl.: ohne Abschluss.

Der größte Teil der eingeschlossenen Patienten verfügte über die allgemeine Hochschulreife (40,1%) oder einen Realschulabschluss (33,1%). Nach der Schulzeit konnten jedoch die meisten Patienten keinen Berufsabschluss vorweisen (39,7%), 32,6% hatten aber eine Lehre absolviert und 15,0% verfügten über einen universitären Abschluss. Auch hier hatten Frauen nominell ein besseres Bildungsniveau (Abitur bei 52,2% vs. 34,3%) und mehr abgeschlossene Berufsausbildungen (ohne Abschluss 30,4% vs. 44,2%). Berufstätig waren mit insgesamt 28,3% nur wenige der Patienten, wobei Frauen öfter in einer beruflichen Tätigkeit waren als Männer (31,1% vs. 26,8%).

3.1.3 Psychopathologie

3.1.3.1 Diagnosen nach ICD-10

Bei 104 Patienten (71,7%) lag die Diagnose einer Schizophrenie vor. Bei 32 Patienten (22,1%) wurde eine schizoaffective Störung diagnostiziert. Diese beiden Diagnosen betreffen damit den Großteil aller eingeschlossenen Patienten. Lediglich neun Patienten (6,2%) erhielten eine andere Diagnose aus dem Formenkreis der schizophrenen Störungen. In Tabelle 5 ist dieses dargestellt.

Tabelle 5. Diagnosen der Gesamtstichprobe nach ICD-10.

	Frauen		Männer		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Schizophrenie (F20)	27	56,3	77	79,4	104	71,7
Schizotype Störung (F21)	1	2,1	0	0	1	0,7
Anhaltende wahnhafte Störung (F22)	2	4,2	0	0	2	1,4
Akute vorübergehende psychotische Störung (F23)	2	4,2	3	3,1	5	3,4
Schizoaffective Störung (F25)	15	31,3	17	17,5	32	22,1
Nicht näher bezeichnete nicht organische Psychose (F29)	1	2,1	0	0	1	0,7

Anmerkungen. Frauen $N=48$; Männer $N=97$; Gesamt $N=145$.

3.1.3.2 Dissoziative und psychotische Symptomatik

In Tabelle 6 werden der Schweregrad von dissoziativer Symptomatik (gemessen mittels der DES; vgl. Abschnitt 2.3.2.3) und die psychotische Symptomatik (gemessen mittels der PANSS; vgl. Abschnitt 2.3.2.2) dargestellt.

Tabelle 6. DES- und PANSS-Werte bei Aufnahme (T0) und Hauptinterview (T1).

	T0	T1	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2
	Mittel (SD)	Mittel (SD)			
DES*					
Amnesie	13,3 (14,5)	8,9 (11,0)	11,6	<0,001	0,124
Absorption	25,2 (16,6)	19,2 (14,2)	16,7	<0,001	0,169
Depersonalisation	18,1 (18,3)	13,3 (14,6)	15,6	<0,001	0,160
DES-T	15,1 (15,0)	11,1 (12,4)	14,5	<0,001	0,151
Gesamtwert	19,2 (15,0)	14,1 (12,0)	18,1	<0,001	0,181
PANSS**					
Positivskala (P)	18,1 (5,4)	14,3 (4,3)	82,0	<0,001	0,509
Negativskala (N)	20,5 (6,4)	17,5 (5,1)	36,2	<0,001	0,314
Allg. (G)	41,8 (9,4)	34,3 (7,8)	82,2	<0,001	0,510
Gesamtwert	80,3 (17,1)	66,1 (14,3)	94,5	<0,001	0,545

Anmerkungen. *T0 und T1: *n* = 83; **T0 und T1: *n* = 80; DES: Dissociative Experiences Scale; *F*-Wert der Varianzanalyse; *p*: *p*-Wert; η_p^2 : partial eta squared; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; Allg.: allgemeine Psychopathologie; SD: Standardabweichung.

Mittelwerte von allen Subskalen der DES und der PANSS waren zum Zeitpunkt T1 signifikant niedriger als zum Zeitpunkt T0. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte einen signifikanten Abfall des DES Gesamtwertes über die Zeit mit einer mittleren Effektstärke ($F(1,82) = 18,1; p < 0,001; \eta_p^2 = 0,181$).

3.2 Traumatisierungen in Kindheit und Jugend

In Tabelle 7 sind die verschiedenen vom CTQ erfassten Kategorien kindlicher Traumatisierung aufgeschlüsselt nach ihrem Schweregrad dargestellt:

Tabelle 7. Häufigkeit der unterschiedlichen Formen kindlicher Traumatisierung.

CTQ-Subskalen	Klinische Kategorien (Traumatisierung)			
	keine bis leichte <i>n</i> (%)	leichte bis mittelschwere <i>n</i> (%)	mittelschwere bis schwere <i>n</i> (%)	schwere bis extreme <i>n</i> (%)
Sexueller Missbrauch	96 (69,6)	10 (7,2)	14 (10,1)	18 (13,0)
Physischer Missbrauch	93 (67,4)	16 (11,6)	14 (10,1)	15 (10,9)
Physische Vernachlässigung	49 (35,5)	21 (15,2)	38 (27,5)	30 (21,7)
Emotionaler Missbrauch	53 (38,4)	36 (26,1)	15 (10,9)	34 (24,6)
Emotionale Vernachlässigung	29 (21,0)	45 (32,6)	32 (23,2)	32 (23,2)

Anmerkungen. $N = 138$; CTQ: Childhood Trauma Questionnaire.

Zum Zeitpunkt ihrer klinischen Stabilisierung (T1) berichteten die Patienten von einem erheblichen Maß an kindlichen, traumatisierenden Vorfällen (CTQ Gesamtwert: $M = 49,4$, $SD = 15,0$; sexueller Missbrauch: $M = 7,0$, $SD = 4,1$; körperlicher Missbrauch: $M = 7,4$, $SD = 3,7$; körperliche Vernachlässigung: $M = 13,9$, $SD = 4,9$; $n = 138$).

Emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung (sowohl emotionale als auch körperliche Vernachlässigung) waren die am häufigsten berichteten Formen von schwerer Traumatisierung (jeweils 24,6%, 23,2% und 21,7%). Schwerer sexueller Missbrauch (13,0%) und physischer Missbrauch (10,9%) waren weniger häufig.

3.3 Zusammenhang von kindlichen Traumatisierungen und Dissoziation

Zum Zeitpunkt T0 zeigten die Untergruppen im CTQ für sexuellen, physischen und emotionalen Missbrauch signifikante Korrelationen mit dem DES Gesamtwert ($\rho = 0,280$, $p < 0,01$, $\rho = 0,223$, $p < 0,05$ und $\rho = 0,205$, $p < 0,05$; siehe Tabelle 8). Sexueller Missbrauch war auch mit den Subskalen für Absorption ($\rho = 0,257$, $p < 0,05$), Depersonalisation ($\rho = 0,224$, $p < 0,05$) und Amnesie ($\rho = 0,297$, $p < 0,01$) der DES korreliert. Außerdem wurden signifikante Korrelationen zwischen emotionalem und physischem Missbrauch und Absorption beobachtet ($\rho = 0,253$, $p < 0,05$ und $\rho = 0,245$, $p < 0,05$). Ebenso wurden Zusammenhänge zwischen körperlicher Vernachlässigung und der Subskala Amnesie des DES gefunden ($\rho = 0,217$, $p < 0,05$).

Zum Zeitpunkt T1, als die Patienten klinisch stabilisiert waren, zeigte sich ein anderes Bild. Nur die Subskalen für sexuellen Missbrauch und emotionalen Missbrauch des CTQ korrelierten signifikant mit dem DES Gesamtwert ($\rho = 0,264$, $p < 0,01$ und $\rho = 0,234$, $p < 0,05$). Diese beiden Formen des Missbrauchs waren auch korreliert mit den DES Subskalen Absorption und Amnesie. Außerdem wurden signifikante Korrelationen zwischen physischem Missbrauch und körperlicher Vernachlässigung mit der Subskala Amnesie des DES beobachtet ($\rho = 0,224$, $p < 0,05$ und $\rho = 0,222$, $p < 0,05$). Dieses wird in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8. Beziehung zwischen kindlicher Traumatisierung (CTQ) und Dissoziation (DES) zu den Zeitpunkten T0 und T1

CTQ-Subskalen	DES-Subskalen									
	Absorption		Depersonalisation		Amnesie		DES-T Wert		Gesamtwert	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Sexueller Missbrauch	,257*	,260**	,224*	,132*	,297**	,321**	,229*	,140	,280**	,264**
Physischer Missbrauch	,245*	,150	,188	,093	,189	,224**	,144	,074	,223*	,169
Physische Vernachlässigung	,124	,107	,171	,052	,217*	,222*	,175	,081	,176	,129
Emotionaler Missbrauch	,253*	,256**	,125	,147*	,183	,239**	,161	,159*	,205*	,234*
Emotionale Vernachlässigung	,089	,032	,024	-,025	,148	,077	,121	,018	,090	,032
Gesamtwert	,250*	,188**	,077	,186*	,267**	,275**	,216*	,104	,251*	,193*

Anmerkungen. T0 : $n = 93$, T1 : $n = 118$; Spearman's Rangkorrelationskoeffizient rho (bivariat); * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; CTQ: Childhood Trauma Questionnaire; DES: Dissociative Experiences Scale.

3.4 Voraussage von dissoziativen Symptomen

In einem sequentiellen linearen Regressionsmodell ergab die Hinzunahme der PANSS Subskalen zum Zeitpunkt T0 in einem zweiten Schritt zusätzlich zu den Prädiktoren Alter und Geschlecht eine signifikante Verbesserung der Vorhersage von Dissoziation bei Aufnahme ($F_{\text{inc}}(3,64) = 3,66, p = 0,017$). In diesem Schritt war die PANSS Positivsubskala der einzige signifikante Prädiktor. Die Hinzunahme von CTQ Subskalen im dritten Schritt dieses Modells erbrachte keine signifikante Erhöhung von R^2 ($F_{\text{inc}}(5,59) = 1,14, p = 0,348$), und PANSS Positivsymptome blieben der einzige signifikante Prädiktor von Dissoziation zu diesem Zeitpunkt. Das ist in Tabelle 9 dargestellt (vgl. Seite 33).

In einem entsprechenden Modell zum Zeitpunkt T1 (siehe Tabelle 10, Seite 34) verbesserte das Hinzunehmen von Psychopathologie gemessen mit den PANSS Subskalen R^2 ($F_{\text{inc}}(3,85) = 2,11, p = 0,105$) nicht signifikant. Die Aufnahme der CTQ-Subskalen in das Modell in Schritt 3 resultierte jedoch in einer signifikanten Erhöhung in R^2 ($F_{\text{inc}}(5,80) = 2,522, p = 0,036$). Nach Schritt 3 mit allen unabhängigen Variablen in der Gleichung leistete das Modell eine Varianzaufklärung von 20% ($R = .0,447, F(10,80) = 2,00, p = 0,044$). Sexueller Missbrauch verblieb in diesem finalen Modell als einziger signifikanter Prädiktor von Dissoziation zum Untersuchungszeitpunkt T1.

Tabelle 9. Hierarchische multiple Regressionsanalyse zum Zeitpunkt T0.

Modell		<i>B</i> (95% CI)	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²
1	Konstante	4,41 (2,39 – 6,43)		4,35	,000	,025	,001
	Geschlecht	0,00 (-0,83 – 0,83)	,000	0,00	,999		
	Alter	-0,04 (-0,39 – 0,31)	-,025	-0,20	,839		
2	Konstante	3,12 (0,59 – 5,65)		2,46	,016	,383	,147
	Geschlecht	-0,32 (-1,16 – 0,51)	-,097	-0,77	,443		
	Alter	-0,01 (-0,04 – 0,02)	-,002	-0,02	,985		
	PANSS Positiv-symptome (T0)	0,12 (0,04 – 0,19)	,410	3,14	,003		
	PANSS Negativ-symptome (T0)	0,05 (-0,03 – 0,12)	-,187	1,21	,229		
	PANSS allgemeine Symptome (T0)	-0,03 (-0,09 – 0,03)	,231	-1,13	,265		
3	(Konstante)	1,13 (-2,95 – 5,22)		0,55	,581	,471	,222
	Geschlecht	-0,18 (-1,09 – 0,73)	-,054	-0,394	,695		
	Alter	-0,02 (-0,04 – 0,03)	-,002	-1,28	,899		
	PANSS Positiv-symptome (T0)	0,11 (0,03 – 0,19)	,383	2,91	,005		
	PANSS Negativ-symptome (T0)	0,04 (-0,04 – 0,12)	,162	1,02	,311		
	PANSS allgemeine Symptome (T0)	-0,02 (-0,08 – 0,04)	-,120	-0,68	,502		
	CTQ sexueller Missbrauch	0,88 (-0,23 – 2,00)	,227	1,59	,116		
	CTQ physischer Missbrauch	0,24 (-1,06 – 1,55)	,058	0,37	,710		
	CTQ physische Vernachlässigung	0,36 (-0,48 – 1,19)	,120	0,85	,397		
	CTQ emotionale Vernachlässigung	-0,32 (-1,01 – 0,37)	-,122	-0,93	,355		
	CTQ emotionaler Missbrauch	-0,11 (-0,83 – 0,60)	-,049	-0,32	,754		

Anmerkungen. Hierarchische multiple Regressionsanalyse von soziodemographischen, psychopathologischen und Trauma-Variablen bei Dissoziation zum Zeitpunkt T0 (abhängige Variabel: Quadratwurzel aus DES Gesamtwert). *B*: beta; β : standardisierter beta Koeffizient; CI: Confidence Interval/Konfidenzintervall; CTQ: Childhood Trauma Questionnaire; DES: Dissociative Experiences Scale; *t*: Teststatistik; *p*: *p*-Werte; *R*: Korrelationskoeffizient; *R*²: Anteil der durch das Modell erklärten Varianz; T0: Aufnahmeuntersuchung; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale.

Tabelle 10. Hierarchische multiple Regressionsanalyse zum Zeitpunkt T1.

Model		B (95% CI)	β	t	p	R	R ²
1	Konstante	3,84 (2,36 – 5,32)		5,16	,000	,071	,005
	Geschlecht	0,67 (-0,57 – 0,70)	,023	0,21	,833		
	Alter	-0,01 (-0,04 – 0,02)	-,065	-0,61	,542		
2	Konstante	2,69 (0,85 – 4,53)		2,91	,001	,272	,074
	Sex	0,01 (-0,66 – 0,65)	,003	-0,03	,980		
	Alter	-0,01 (-0,04 – 0,02)	-,075	-0,71	,480		
	PANSS Positiv-symptome (T1)	0,06 (-0,02 – 0,13)	,183	1,58	,118		
	PANSS Negativ-symptome (T1)	-0,05 (-0,14 – 0,04)	-,201	-1,20	,235		
	PANSS allgemeine Symptome (T1)	0,04 (-0,02 – 0,10)	,231	1,34	,184		
3	(Konstante)	0,76 (-2,45 – 3,96)		0,47	,640	,447	,200
	Geschlecht	0,19 (-0,49 – 0,86)	,063	0,56	,579		
	Alter	-0,01 (-0,03 – 0,02)	-,044	-0,43	,671		
	PANSS Positiv-symptome (T1)	0,05 (-0,02 – 0,12)	,153	1,37	,176		
	PANSS Negativ-symptome (T1)	-0,03 (-0,12 – 0,06)	-,122	-0,74	,464		
	PANSS allgemeine Symptome (T1)	0,04 (-0,02 – 0,10)	,212	1,24	,219		
	CTQ sexueller Missbrauch	0,88 (0,01 – 1,75)	,249	2,02	,047		
	CTQ physischer Missbrauch	-0,42 (-1,54 – 0,70)	-,113	-0,74	,461		
	CTQ physische Vernachlässigung	-0,27 (-0,98 – 0,43)	-,109	-0,77	,447		
	CTQ emotionale Vernachlässigung	-0,13 (-0,67 – 0,42)	-,057	-0,46	,646		
	CTQ emotionaler Missbrauch	0,56 (-0,02 – 1,14)	,284	1,92	,059		

Anmerkungen. Hierarchische multiple Regressionsanalyse von soziodemographischen, psychopathologischen und Trauma Variablen bei Dissoziation zum Zeitpunkt T1 (abhängige Variable: Quadratwurzel aus DES Gesamtwert). *B*: beta; β : Standardisierter beta Koeffizient; CI: Confidence Interval / Konfidenzintervall; CTQ: Childhood Trauma Questionnaire; DES: Dissociative Experiences Scale; *t*: Teststatistik; *p*: *p*-Werte; *R*: Korrelationskoeffizient; *R*²: Anteil der durch das Modell erklärten Varianz; T1: Hauptuntersuchung mit klinisch stabilisierten Patienten; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale.

4. Diskussion

4.1 Diskussion der Methoden

Die vorliegende Untersuchung betrachtete die Beziehung zwischen früher Traumatisierung, psychotischer Symptomatik und dissoziativer Symptomatik bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Damit schließt sie wie in Abschnitten 1.2 bis 1.5 gezeigt Wissenslücken in der bestehenden Literatur und versucht, einen Beitrag dazu zu leisten, widersprüchliche Befunde aufzulösen. Sie stellt nach Wissen der Autorin die erste Untersuchung von dissoziativer und psychotischer Symptomatik mit mehrfachen Messungen im Krankheitsverlauf bei Männern dar (Schäfer et al. 2012, Schäfer et al. 2006a). Weitere Stärken dieser Arbeit sind der Einschluss einer vergleichsweise großen Anzahl von Patienten, der Gebrauch der standardisierten, in der Wissenschaft gut etablierten Erhebungsinstrumente CTQ, PANSS und FDS für die Erhebung der Hauptbefunde und die Absicherung der klinischen Diagnosen mittels der standardisierten klinischen Interviews SKID-I und M.I.N.I.

4.1.1 Studiendesign

Neben diesen Stärken existiert auch eine Reihe von Limitationen, die im Folgenden diskutiert werden sollen. Das Design der Studie entspricht einer retrospektiven Querschnittserhebung, wobei spezifische Merkmale (z.B. psychotisches Erleben und dissoziative Symptome) im klinischen Verlauf wiederholt erhoben wurden. Durch das mehrfache Erfragen von Symptomen lässt sich grundsätzlich das Risiko von Messwiederholungseffekten nicht ausschließen. Auch das Auftreten von Erinnerungs-, Übungs- und Gewöhnungseffekten muss in Bezug auf die Ergebnisse bedacht werden. Auch wenn diese Risiken nicht prinzipiell vermieden werden können, sind die verwendeten Erhebungsinstrumente PANSS und FDS für mehrfache Verwendung im Krankheitsverlauf ausgelegt und werden routinemäßig so eingesetzt (Freyberger et al. 1999, Kay et al. 1987). Insbesondere die PANSS als semistrukturiertes Interview mit Ankerpunkten für die Schweregradeinteilung der einzelnen Symptome kann diesbezüglich als besonders robust angesehen werden (Kay et al. 1987).

Der erste Teil der Erhebung (T0) erfolgte in der Regel innerhalb der ersten zwei Behandlungswochen. Die Hauptuntersuchung (T1) wurde individuell mit dem Patienten und dem Behandlungsteam geplant und abgesprochen, um eine klinische Stabilisierung sicherzustellen. Dies führt zu einer zeitlichen Streuung bei den

Untersuchungszeitpunkten für T1. Dieses Phänomen ist aus der Literatur bekannt (Friedl und Draijer 2000, Saxe et al. 1993), und es ist daher nicht ausgeschlossen, dass die Teilnehmer der Studie an T1 nicht genau in der gleichen Krankheitsphase interviewt wurden – dies stellt aber eine grundsätzliche Limitation bei Verlaufsuntersuchungen von Patienten in stationärer Akutbehandlung dar. Weiterhin ermöglichte dieses Vorgehen erst die Untersuchung von dissoziativer Symptomatik nach Stabilisierung und eine validere Erfassung der Traumaanamnese.

4.1.2 Stichprobenselektion

In der Zeit vom 21.05.2004 bis zum 12.03.2008 wurden alle Patienten mit der Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis, die auf der Schwerpunktstation für psychotische Erkrankungen im UKE aufgenommen wurden und nach Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien als Teilnehmer in Frage kamen so vollständig wie möglich in die Studie eingeschlossen. Dieses Vorgehen sollte eine möglichst repräsentative Stichprobe ergeben.

Auf dieser Schwerpunktstation werden Patienten innerhalb eines offenen Behandlungskonzepts versorgt, so dass sehr schwer kranke Patienten dort teilweise nicht behandelt werden können. Damit ist diese Personengruppe in der vorliegenden Studie möglicherweise unterrepräsentiert. Des Weiteren wurden aufgrund der vorgegebenen sektoralen Patientenverteilung in Hamburg (Pflichtversorgung durch eine bestimmte Klinik in Abhängigkeit von der Meldeadresse) zum überwiegenden Teil Patienten aus dem Sektorgebiet der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf aufgenommen. Dieses umfasste zum Zeitpunkt der Untersuchung Stadtteile mit einem vergleichsweise geringen Anteil an sozial schwachen Bewohnern, so dass auch diese Personengruppe in geringerem Ausmaß vertreten sein könnte.

4.1.3 Weitere potentielle Limitationen

Zu Beginn der Befragungen, also v.a. zum Zeitpunkt T0 (kurz nach stationärer Aufnahme, dem ersten Teil der Erhebung, in dem psychische Stabilität noch nicht erreicht ist) aber auch zum Zeitpunkt T1 (zweiter Teil der Erhebung) musste damit gerechnet werden, dass generelle Einschränkungen durch die Schwere der Erkrankung die Ergebnisse beeinflussen kann. Um dies auszugleichen, wurde bei der Datenerhebung auf eine möglichst umfangreiche Unterstützung der Patienten geachtet, so dass diese in selbst gewähltem Tempo und ggf. mit Pausen die

Unterlagen bearbeiten konnten und jederzeit Rückfragen stellen konnten. Bei Unklarheiten, widersprüchlichen oder fehlenden Informationen konnten so die Daten direkt in Zusammenarbeit mit den Patienten plausibilisiert werden.

Die Erhebung von frühkindlicher Traumatisierung fand retrospektiv statt und auch soziodemographische Daten und Parameter aus dem Krankheitsverlauf wurden retrospektiv erfragt und erhoben. Falsch erinnerte, verfälschte oder auch ungenaue Berichte können nicht ausgeschlossen werden, da die Begebenheiten unter Umständen einige Zeit in der Vergangenheit zurücklagen. Um möglichst vollständige und richtige Angaben zu erhalten, wurden die Selbstratingfragebögen nach Interviewende mit den Patienten gemeinsam gesichtet. Inhaltlich wurden für die Patienten schwer belastende Lebensereignisse – vor allem auch aus früher Kindheit – erfragt, über welche die Patienten teilweise zuvor noch nie gesprochen hatten. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass das Interview mit einer dem Patienten relativ unbekannten Person stattfand. Auch wenn diese Befragung erst nach Stabilisierung des klinischen Zustandes erfolgte, kann damit ein „underreporting“ von traumatisierenden Erlebnissen nicht ausgeschlossen werden (Schäfer et al. 2012, Schäfer und Fisher 2011).

Bei den Erhebungen mit strukturierten und halbstrukturierten Interviews muss zusätzlich eine mögliche Interaktion zwischen Patient und Interviewer bedacht werden. Auch das könnte Einfluss auf die Ergebnisse der Studie nehmen. Um die Interviewbedingungen möglichst neutral und konstant zu gestalten, wurde die Reihenfolge der Fragebögen immer gleich gehalten und eine von den äußeren Interviewumständen her gesehen möglichst gleiche Gesprächssituation mit denselben Instruktionen an die Probanden eingehalten. Zuletzt konnten im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur eine begrenzte Anzahl Variablen erhoben werden, so dass Aussagen zu vielen weiteren relevanten Themen im Kontext Traumatisierung, psychotischer Erkrankung und Dissoziation – z.B. zu protektiven Faktoren – nicht möglich waren.

4.2 Diskussion der Befunde

4.2.1 Studienpopulation

Von 283 Patienten, die für die Teilnahme an dieser Studie in Frage gekommen wären, konnten 145 Patienten (51,3%) in die Auswertungen eingehen. Diese Rekrutierungsquote kann als durchschnittlich angesehen werden. In anderen ähnlich konzipierten Studien konnten von Horen et al. (1995) 33,3% der geeigneten Patienten eingeschlossen werden, Ucok und Bikmaz (2007) erreichten eine Einschlussquote von 76,0%. Insgesamt ist zu vermuten, dass eher schwer kranke Patienten und möglicherweise auch Patienten mit einer schwerwiegenden Traumaanamnese eine Studienteilnahme abgelehnt haben. Da für die nicht eingeschlossenen Patienten keine Informationen zu psychotischer Symptomatik und frühkindlicher Traumatisierung vorliegen, lässt sich diese potentielle Verzerrung anhand der erhobenen Informationen nicht überprüfen. Dennoch besteht die Gefahr, dass Opfer von schwerer körperlicher oder sexueller Gewalt in der Stichprobe unterrepräsentiert sind (Schäfer et al. 2012).

In die Studie waren im Verhältnis 2 : 1 überproportional viele männliche Patienten beteiligt. Eine Überrepräsentation von Männern tritt bei Untersuchungen von Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oft auf (Schäfer und Fisher 2011). Damit sind die Ergebnisse möglicherweise für eine Population mit einem ausgewogenen Geschlechterverhältnis nicht völlig repräsentativ, ergänzen aber andererseits die Studienlage in Hinsicht auf Erhebungen, die ausschließlich mit Frauen durchgeführt wurden (Muenzenmaier et al. 1993, Schäfer et al. 2006a). Das Durchschnittsalter von 34 Jahren und die Altersverteilung lassen darauf schließen, dass eine breite Patientengruppe mit unterschiedlich langer Krankheitsdauer und -chronizität untersucht wurde. Daten zur Dauer der unbehandelten Psychose, zum Zeitpunkt der Ersterkrankung und zur Chronizität wurden allerdings im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht erhoben, so dass eine weitere Differenzierung hier nicht möglich ist.

Die weiteren soziodemographischen Daten zeigen ein für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis typisches Bild mit einem verhältnismäßig niedrigen Anteil an Partnerschaften, meist ledigen Familienverhältnissen ohne eigene Kinder und ohne Berufstätigkeit (Schäfer und Fisher 2011). Die Rate an Patienten mit allgemeinem Hochschulabschluss und Realschlussabschluss deutet auf ein eher hohes prämorbid funktionelles Niveau hin, wobei auch hier weiterführende Informationen nicht verfügbar sind.

Die Diagnoseverteilung in der aktuellen Untersuchung mit einem Schwerpunkt auf Schizophrenie (72%) und schizoaffectiver Störung (22%) ist mit der publizierten Literatur vergleichbar (Goff et al. 1991b, Schäfer und Fisher 2011, Schäfer et al. 2012).

4.2.2 Dissoziation und psychotische Symptomatik

In Bezug auf die psychotische Symptomatik ließ sich im Verlauf eine signifikante Abnahme der Symptomausprägung für die untersuchten Subscores und den PANSS-Gesamtscore zeigen, wie es nach klinischer Stabilisierung im Vergleich zur akuten Erkrankung bei Beginn der stationären Behandlung zu erwarten ist. Zum Zeitpunkt der Aufnahme (T0) bestand des Weiteren bei den untersuchten Patienten eine deutliche dissoziative Symptomatik. In ihrer Ausprägung war sie mit Befunden aus einer früheren Arbeit zu dissoziativer Symptomatik bei weiblichen Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vergleichbar (Schäfer et al. 2006a). Ebenso wie in dieser Untersuchung ließ sich für alle DES Subscores sowie den DES Gesamtscore eine signifikante Abnahme nach Stabilisierung (T1) zeigen. Damit kann die vorliegende Untersuchung Ergebnisse früherer Arbeiten replizieren und neu auch für männliche Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bestätigen (Schäfer et al. 2012, Schäfer et al. 2006a). Damit entsprechen die Befunde zu Fragestellung 1 der im Vorfeld aufgestellten Hypothese (vgl. auch Abschnitt 1.6), dass zum Zeitpunkt des Beginns einer vollstationären Behandlung signifikant mehr dissoziative Symptome bestehen als nach klinischer Stabilisierung.

Weitere Analysen untersuchten den Zusammenhang zwischen dissoziativer und psychotischer Symptomatik mit Hilfe multipler linearer Regression (vgl. Abschnitt 3.4). Dabei war psychotische Positivsymptomatik der beste Prädiktor von Dissoziation zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme. Zum Zeitpunkt der klinischen Stabilisierung ergab sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen Dissoziation und psychotischen Symptomen mehr. Damit entsprechen die Resultate zu Fragestellung 3 ebenfalls der im Vorfeld aufgestellten Hypothese, dass der Zusammenhang zwischen dissoziativen und psychotischen Symptomen zum Zeitpunkt des Beginns einer vollstationären Behandlung stärker ausgeprägt ist als nach klinischer Stabilisierung.

Diese Befunde weisen auf die enge Beziehung zwischen psychotischen Symptomen und Dissoziation hin. In der Regel handelt es sich bei der Tendenz, dissoziative Symptome zu erleben, um eine eher „stabile Eigenschaft“ (Bernstein und

Putnam 1986). In Stichproben mit nicht psychotischen Teilnehmern ergibt der DES normalerweise Werte, die im Verlauf stabil bleiben, mit einem Test-Retest-Reliabilitätskoeffizienten von 0,79 bis 0,96 (Carlson und Putnam 1993). Daher verdient die Veränderung des Ausmaßes an dissoziativen Symptomen nach Stabilisierung in der vorliegenden Studie besondere Aufmerksamkeit.

Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die mit Hilfe der PANSS erhobene Positivsymptomatik ähnliche psychische Inhalte abbildet wie die DES. Beispielsweise legt die veröffentlichte Literatur nahe, dass zwischen Positivsymptomen – besonders Wahn und Halluzinationen – und der Subskala Depersonalisation/Derealisation der DES eine stabile Beziehung bestehen könnte (Kilcommons und Morrison 2005, Spitzer et al. 1997, Freyberger und Spitzer 2005). Die insgesamt sechs Items der Subskala Depersonalisation/Derealisation beziehen sich alle auf Wahrnehmungsstörungen, bei denen auch das Stimmenhören eingeschlossen ist. Es gibt Autoren, die annehmen, dass Menschen mit Traumaerfahrungen und dissoziativem Erleben auch Halluzinationen erleben und dass deshalb eine stabile Verbindung zwischen dieser Subskala und Halluzinationen bzw. Sinnestäuschungen besteht (Kilcommons und Morrison 2005). Ferner könnte es Patienten schwer fallen, dissoziative Symptome und Wahn genau voneinander zu unterscheiden (Steinberg et al. 1994). Insgesamt ist diese Sichtweise nicht vollständig mit den in der vorliegenden Arbeit ermittelten Befunden kompatibel, da zum Zeitpunkt klinischer Stabilisierung psychotische Symptomatik kein Prädiktor mehr für Dissoziation war. Damit müsste der skizzierte Zusammenhang zumindest von der Schwere der psychotischen Symptomatik beeinflusst werden.

Eine weitere mögliche Erklärung für die aufgezeigte Beziehung zwischen dissoziativen und psychotischen Symptomen in der akuten Krankheitsphase wäre eine Interaktion zwischen beiden psychopathologischen Domänen. Es gibt Befunde dazu, dass durch schwere Dissoziation auch psychotische Symptome produziert werden könnten oder dass dissoziatives Erleben zumindest eine vermittelnde Rolle in deren Entwicklung haben könnten (Braakman et al. 2009, Steingard und Frankel 1985). Allen et al. (1997) haben die spezielle Rolle der dissoziativen Abspaltung in diesem Zusammenhang hervorgehoben. Sie nahmen an, dass dissoziative Abspaltung „das Fundament des Individuums in der äußeren Realität untergräbt und dadurch den Realitätsabgleich erschwert und das Individuum mit posttraumatischen Symptomen sensibilisiert und für die alptraumartige Innenwelt angreifbar macht“ (Allen et al. 1997,

S. 332). Andere Autoren nehmen eine umgekehrte Beziehung an. Zum Beispiel ziehen Giese et al. (1997) in Erwägung, dass Dissoziation bei psychotischen Patienten als Verteidigung gegen den „unorganisierten Druck von abnormaler Gefühlslage“ auftreten könnte – oder auch, dass psychotische Symptome die Grenze für das Auftreten von dissoziativen Symptomen bei Menschen, die durch frühe Traumatisierung für dieses Phänomen prädisponiert sind herabsetzen könnten. Sie beziehen sich auf Fälle, in denen schwere dissoziative Symptome, Identitätsstörungen und amnestische Episoden nach Behandlung der psychotischen Symptomatik ebenso gebessert waren (Gupta und Chawla 1991). Weiterführend haben Sar et al. (2010) postuliert, dass eine ähnliche Interaktion auch für die PTBS und auch für andere schwere psychische Krankheiten mit Dissoziation anzunehmen ist (Gracie et al. 2007).

Zuletzt könnte der Zusammenhang zwischen psychotischer und dissoziativer Symptomatik auch ein gemeinsamer Ausdruck der Vulnerabilität durch frühkindliche Traumatisierung sein. Insgesamt weisen die Ergebnisse zu Fragestellungen 1 und 3 und die daraus neu entstehenden Fragen auch darauf hin, welche Herausforderung die Diagnostik von Dissoziation bei psychotischen Patienten darstellt und unterstreichen, wie wichtig hier die Bedeutung von methodischen Fragen ist.

4.2.3 Zusammenhang von Kindheitstraumata und dissoziativer Symptomatik

Die Erhebung zur frühen Traumatisierung nach klinischer Stabilisierung zeigte bei den untersuchten Patienten über alle erhobenen Formen von Missbrauch und Vernachlässigung eine klinisch relevante Traumaanamnese. Die Prävalenz von schwerer bis extremer Traumatisierung lag bei sexuellem Missbrauch mit 13% deutlich über Werten aus einer früheren Arbeit, in der ausschließlich Frauen untersucht worden waren und war bezüglich körperlichem Missbrauch, körperlicher Vernachlässigung, emotionalem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung auf einem vergleichbaren Niveau (Schäfer et al. 2006a). Dabei muss berücksichtigt werden, dass wie in Abschnitt 4.2.1 diskutiert der Anteil von Menschen mit schwerer Traumatisierung durch vermehrte Ablehnung der Teilnahme unterrepräsentiert sein und daher das Ausmaß der Traumatisierung eher unterschätzt worden sein könnte.

Die vorliegende Arbeit beruht auf retrospektiven Selbstauskünften von Patienten, die kindliche Traumatisierung erfahren mussten. Damit wird implizit vorausgesetzt, dass Patienten, die gerade eine Psychose durchleben bzw. durchlebt haben, diese Fragen angemessen beantworten können (Young et al. 2001). Für diese

Hypothese spricht, dass Menschen mit psychotischen Erkrankungen bereits in anderen Studien zuverlässig über kindliche Traumatisierungen berichtet haben (Read et al. 2008) – und in der vorliegenden Arbeit wurde zusätzlich der CTQ erst dann vorgelegt, wenn die psychotische Symptomatik abgeklungen war. Für die Belastbarkeit der Ergebnisse spricht weiterhin, dass die ermittelten Werte vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Studien sind, die ebenfalls den CTQ eingesetzt haben (Vogel et al. 2009).

Sexueller Missbrauch, körperlicher Missbrauch und emotionaler Missbrauch wiesen bei T0 signifikante Korrelationen mit dem DES-Gesamtscore auf, und für sexuellen Missbrauch und emotionalen Missbrauch blieb der signifikante Zusammenhang auch nach Stabilisierung erhalten. Auch wenn das Muster signifikanter Korrelationen sich in einzelnen Details von den Resultaten von Schäfer et al. (2006a) unterscheidet, lassen sich die Befunde insgesamt als Bestätigung der vorbestehenden Literatur verstehen. In den multiplen linearen Regressionsanalysen zeigte sich Traumatisierung nicht als signifikanter Prädiktor von Dissoziation zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme. Zum Zeitpunkt der klinischen Stabilisierung jedoch war kindlicher sexueller Missbrauch der beste Prädiktor von dissoziativen Symptomen. Damit entsprechen die Ergebnisse zu Fragestellung 2 der im Vorfeld aufgestellten Hypothese, dass der Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen nach klinischer Stabilisierung stärker ausgeprägt ist als bei Beginn einer vollstationären Behandlung.

In der Literatur finden sich Ergebnisse, die die Hypothese stützen, dass eine enge Beziehung zwischen früher kindlicher Traumatisierung und Dissoziation bei Psychosepatienten besteht (Sar und Ross 2006). Dabei scheint insbesondere emotionalem Missbrauch und kindlichem sexuellem Missbrauch eine besondere Bedeutung zuzukommen (Schäfer et al. 2012, Schäfer et al. 2006a). Sar et al. (2010) beschrieben dabei zwei Gruppen von Patienten mit einer Schizophrenie und mit dissoziativen Symptomen: bei einer Gruppe gab es einen starken Zusammenhang zwischen Dissoziation und kindlichem sexuellem Missbrauch, bei der anderen einen starken Zusammenhang zwischen Dissoziation und kindlichem emotionalem Missbrauch (Sar et al. 2010).

Aus phänomenologischer Sicht ist es wahrscheinlich, dass unterschiedliche Untergruppen von Patienten mit einem hohen Level an Dissoziation in der vorliegenden Stichprobe existieren. Zum Beispiel wurde eine erhebliche Komorbidität

von dissoziativen Störungen für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis beschrieben (Ross und Keyes 2004). Hier besteht eine Parallele zu traumabezogenen Subtypen von Psychosen, die durch Unterschiede in ihrem Ablauf und den Symptombereichen charakterisiert sind (Ross und Keyes 2004, Ross und Keyes 2009, Van der Hart und Witztum 2008). Es erscheint daher wahrscheinlich, dass Patienten, die über dissoziative Erfahrungen berichten, eine heterogene Gruppe mit Unterschieden in Bezug auf die Phänomenologie und möglicherweise auch in Bezug auf die Mechanismen, die bei der Entstehung der Störung beteiligt sind, darstellen. Während keine der existierenden Studien in Bezug auf Stichprobengröße und Methodik bisher eine Aufklärung dieser Heterogenität leisten konnte, sollten daher zukünftige Arbeiten darauf abzielen, unterschiedliche Subgruppen von Patienten mit einer relevanten Anzahl dissoziativer Symptome bei psychotischen Patienten zu identifizieren und zu untersuchen.

4.3 Abschließende Diskussion und Ausblick

Kritisch bemerken muss man, dass die Ergebnisse und Schlussfolgerungen durch die angewandte Stichprobenauswahl limitiert werden. Alle Patienten wurden auf einer offen geführten Station für Menschen mit psychotischen Störungen rekrutiert und viele litten an vergleichsweise gemäßigt starken psychotischen Syndromen. Die Vermutung liegt nahe, dass beim Einschluss schwerer erkrankter Patienten in die Stichprobe andere Ergebnissen entstanden wären. Im Hinblick auf die hier dargestellten Ergebnisse, nämlich dass eine Beziehung zwischen Krankheitsstadium und dissoziativen Symptomen (Putnam et al. 1996, Ross und Keyes 2004, Spitzer et al. 1997) vorliegt, scheint es wahrscheinlich, dass in einem anderen Setting die Korrelationen zwischen Dissoziation und psychotischen Symptomen bei stationärer Aufnahme stärker gewesen wären. In einigen Fällen mussten Patienten mit sehr schweren Vorgeschichten bezüglich Traumatisierung ausgeschlossen werden, weil die Interviews emotional zu aufwühlend und für ihren persönlichen Krankheitsprozess kontraproduktiv gewesen wären. Die berichteten Zusammenhänge, speziell die zwischen erfahrener Traumatisierung und Dissoziation wären möglicherweise stärker ausgeprägt gewesen, wenn auch ein höherer Anteil dieser Patienten befragt werden hätte können. Insofern muss das Ausbleiben eines signifikanten Zusammenhangs zwischen Traumatisierung und dissoziativer Symptomatik bei Aufnahme in der Regressionsanalyse der vorliegenden Untersuchung mit Vorsicht interpretiert werden.

Dissoziative Symptome sind häufig bei Psychosepatienten. Die Ergebnisse vorliegenden Arbeit weisen darauf hin, dass dissoziative Symptome bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vom jeweiligen Krankheitsstadium der Patienten abhängig sein könnten. Dissoziation bei Psychose stellt dabei wahrscheinlich ein multifaktorielles und komplexes Phänomen dar, das verschiedene Mechanismen beinhaltet. Zumindest in einer Subgruppe legen schwere dissoziative Symptome, oft gepaart mit Traumatisierungen in der Kindheit, das Vorliegen einer komorbiden Dissoziativen Störung oder eines gemischten Zustands nahe. Außerdem scheint es eine Patientengruppe zu geben, bei der die dissoziativen Symptome möglicherweise stärker mit der Psychoseerkrankung in Zusammenhang stehen. Insgesamt sind weiterführende Studien notwendig, um die vorgestellten Befunde zu replizieren und genauer zu charakterisieren. Auch sollten zukünftige Arbeiten die vorgestellten methodischen Fallstricke berücksichtigen. Insbesondere, wenn dissoziative Symptome in sehr akuten Phasen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis auftreten, sollte geprüft werden, ob diagnostische Interviews in Kombination zum DES geeignet sein könnten, um validere Resultate zu erzielen. Auch somatoforme Manifestationen von dissoziativen Vorgängen könnten für zur Erleichterung eine Differenzierung von Nutzen sein.

Aus klinischer Sicht ist die hohe Prävalenz der dissoziativen Symptome bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und ihr Zusammenhang mit frühkindlicher Traumatisierung ein weiterer Indikator dafür, wie wichtig eine systematische Traumaanamnese ist. Konkret sollten alle Patienten mit psychotischen Symptomen oder einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis – falls im Rahmen der aktuellen Erkrankung praktikabel – in der klinischen Arbeit nach frühem kindlichem Missbrauch gefragt werden (Read et al. 2007). Dies wird jedoch bis heute noch nicht durchgehend praktiziert (Fisher et al. 2011, Frueh et al. 2009, Read und Hammersley 2005, Young et al. 2001).

In Übereinstimmung mit der hohen klinischen Prävalenz wurden für dissoziative Störungen bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis spezifische Behandlungsmethoden entwickelt. Diese sollten zum Wohle der Patienten vermehrt eingesetzt werden. Insbesondere Patienten mit einer komorbiden PTBS sollte eine spezielle psychotherapeutische Behandlung zugänglich gemacht werden (Frueh et al. 2009, Mueser et al. 2008, Ross 2008, Trappler und Newville 2007).

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie sollte die Stabilität von dissoziativen Symptomen bei Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis sowie die Beziehung zwischen früher kindlicher Traumatisierung, Dissoziation und psychotischen Symptomen untersucht werden. Bei 145 Patienten, davon 72% mit der Diagnose einer Schizophrenie und 22% mit der Diagnose einer schizoaffektiven Störung, wurde ein Interview zum Zeitpunkt der vollstationären Aufnahme geführt (T0). Ein weiteres Interview erfolgte zu einem Zeitpunkt, zu dem sich der psychische Gesundheitszustand der Patienten klinisch stabilisiert hatte (T1). Zur Erhebung der Zielsymptomatik und zur Charakterisierung der frühkindlichen Traumatisierung dienten die Dissociative Experiences Scale (DES), die Positive and Negative Syndroms Scale (PANSS) und das Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).

Die Ergebnisse zeigten eine deutliche Abnahme der dissoziativen Symptome über die Zeit ($M = 19,2$ gegenüber $M = 14,1$, $p < 0,001$). Es bestand ein deutlicher signifikanter Zusammenhang zwischen dissoziativer Symptomatik an beiden Untersuchungszeitpunkten und einzelnen Unterskalen des Childhood Trauma Questionnaire. Der beste Prädiktor von dissoziativen Symptomen bei Aufnahme war die PANSS-Subskala für Positivsymptomatik ($F_{\text{inc}}(3,64) = 3,66$, $p = 0,017$), während kindlicher sexueller Missbrauch der beste Prädiktor für dissoziative Symptome zum Zeitpunkt der klinischen Stabilisierung war ($F_{\text{inc}}(10,80) = 2,00$, $p = .044$).

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse in Zusammenschau mit der Literatur darauf hin, dass dissoziative Symptome bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mit früher kindlicher Traumatisierung in Zusammenhang stehen. Die dissoziative Symptomatik scheint dabei allerdings abhängig vom Krankheitsstadium zu sein.

Insgesamt ist zu empfehlen, dass der Traumaanamnese und der Behandlung von komorbider dissoziativer Symptomatik bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis mehr Beachtung geschenkt wird.

Summary

The present study aimed to investigate the stability of dissociative symptoms in patients with a schizophrenia spectrum disorder and the relationship between early childhood trauma, dissociation, and psychotic symptoms. A first interview was conducted at the time of inpatient admission (T0) in 145 patients, 72% of whom had a diagnosis of schizophrenia and 22% of whom had a diagnosis of schizoaffective disorder. Another interview was conducted at a time when the patients' mental health status had clinically stabilized (T1). The Dissociative Experiences Scale (DES), the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) were used to assess target symptoms and characterize early childhood trauma.

Results showed a decrease in dissociative symptoms over time ($M = 19.2$ vs. $M = 14.1$, $p < 0.001$). There was a clear significant relationship between dissociative symptomatology at both study time points and individual subscales of the Childhood Trauma Questionnaire. The best predictor of dissociative symptoms at admission was the PANSS positive symptoms subscale ($F_{(3,64)} = 3.66$, $p = .017$), while childhood sexual abuse was the best predictor of dissociative symptoms at the time of clinical stabilization ($F_{(10,80)} = 2.00$, $p = .044$).

In summary, the results, taken together with the literature, indicate that dissociative symptoms are associated with early childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum disorders. However, dissociative symptoms seem to depend on the stage of the illness.

Overall, more attention should be paid to trauma history and treatment of comorbid dissociative symptoms in patients with schizophrenia spectrum disorders.

Ergebnisse dieser Arbeit wurden in folgenden Publikationen veröffentlicht:

Schäfer I, Fisher HL, Aderhold V, **Huber B**, Hoffmann-Langer L, Golks D, Karow A, Ross C, Read J, Harfst T (2012) Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. Compr Psychiatry 53(4): 364-71.

6. Abkürzungsverzeichnis

CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DES	Dissociative Experiences Scale
DID	Dissoziative Identitätsstörung
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Revision
FDS	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Revision
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
SCID-D	Structured Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders
SD	Standard Deviation
SKID-I	Strukturiertes klinisches Interview für das DSM-IV
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

7. Literaturverzeichnis

- Allen JG, Coyne L, Console DA (1997) Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Compr Psychiatry*. 38(6): 327-34.
- Alvarez MJ, Roura P, Oses A, Foguet Q, Sola J, Arrufat FX (2011) Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis*. 199(3): 156-61.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. APA, Washington DC.
- Arseneault L, Cannon M, Fisher HL, Polanczyk G, Moffitt TE, Caspi A (2011) Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*. 168(1): 65-72.
- Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, King M, Cooper C, Brugha T, Meltzer H, McManus S, Jenkins R (2011) Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry*. 199(1): 29-37.
- Bernstein DP, Fink L (1998) Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual. The Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Bernstein EM, Putnam FW (1986) Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*. 174(12): 727-35.
- Bob P, Glaslova K, Susta M, Jasova D, Raboch J (2006) Traumatic dissociation, epileptic-like phenomena, and schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett*. 27(3): 321-6.
- Braakman MH, Kortmann FA, van den Brink W (2009) Validity of 'post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features': a review of the evidence. *Acta Psychiatr Scand*. 119(1): 15-24.
- Brunner R, Parzer P, Schmitt R, Resch F (2004) Dissociative symptoms in schizophrenia: a comparative analysis of patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychopathology*. 37(6): 281-4.
- Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA (1987) Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 144(11): 1426-30.
- Cardena E (1994) The domain of dissociation. In: *Dissociation: Theoretical, clinical, and research perspectives*. S. J. Lynn, R. W. Rhue (Hrg.) Guilford Press, New York, NY, 15-31.
- Carlson EB, Putnam FW (1993) An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation*. 6(1): 16-27.
- Carlson EB, Putnam FW, Ross CA, Torem M, Coons P, Dill DL, Loewenstein RJ, Braun BG (1993) Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *Am J Psychiatry*. 150(7): 1030-6.
- Cernis E, Molodynski A, Ehlers A, Freeman D (2022) Dissociation in patients with non-affective psychosis: Prevalence, symptom associations, and maintenance factors. *Schizophr Res*. 239: 11-18.
- Christy A, Cavero D, Navajeeva S, Murray-O'Shea R, Rodriguez V, Aas M, Trotta G, Moudiab S, Garrido N, Zamora B, Sideli L, Wrobel AL, Salazar de Pablo G, Alameda L (2022) Association Between Childhood Adversity and Functional Outcomes in People With Psychosis: A Meta-analysis. *Schizophr Bull*.
- Compton MT, Furman AC, Kaslow NJ (2004) Preliminary evidence of an association between childhood abuse and cannabis dependence among African American first-episode schizophrenia-spectrum disorder patients. *Drug Alcohol Depend*. 76(3): 311-6.

- Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M (2010) Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophr Bull.* 36(6): 1105-14.
- Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J (2010) Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl.* 34(11): 813-22.
- Darves-Bornoz JM, Lemperiere T, Degiovanni A, Gaillard P (1995) Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 30(2): 78-84.
- Dean K, Moran P, Fahy T, Tyrer P, Leese M, Creed F, Burns T, Murray R, Walsh E (2007) Predictors of violent victimization amongst those with psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 116(5): 345-53.
- Della Femina D, Yeager CA, Lewis DO (1990) Child abuse: adolescent records vs. adult recall. *Child Abuse Negl.* 14(2): 227-31.
- Dill DL, Chu JA, Grob MC, Eisen SV (1991) The reliability of abuse history reports: a comparison of two inquiry formats. *Compr Psychiatry.* 32(2): 166-9.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrg.) (2015) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD–10 Kapitel V (F) – Klinisch–diagnostische Leitlinien. Hogrefe, Göttingen.
- Fan X, Henderson DC, Nguyen DD, Cather C, Freudenreich O, Evins AE, Borba CP, Goff DC (2008) Posttraumatic stress disorder, cognitive function and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 159(1-2): 140-6.
- Faravelli C, Gorini Amedei S, Rotella F, Faravelli L, Palla A, Consoli G, Ricca V, Batini S, Lo Sauro C, Spiti A, Catena Dell'osso M (2010) Childhood traumata, Dexamethasone Suppression Test and psychiatric symptoms: a trans-diagnostic approach. *Psychol Med.* 40(12): 2037-48.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ (2000) The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychol Med.* 30(3): 529-44.
- Fisher H, Morgan C, Dazzan P, Craig TK, Morgan K, Hutchinson G, Jones PB, Doody GA, Pariante C, McGuffin P, Murray RM, Leff J, Fearon P (2009) Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis. *Br J Psychiatry.* 194(4): 319-25.
- Fisher HL, Craig TK, Fearon P, Morgan K, Dazzan P, Lappin J, Hutchinson G, Doody GA, Jones PB, McGuffin P, Murray RM, Leff J, Morgan C (2011) Reliability and comparability of psychosis patients' retrospective reports of childhood abuse. *Schizophr Bull.* 37(3): 546-53.
- Fisher HL, Hosang GM (2010) Childhood Maltreatment and Bipolar Disorder: A Critical Review of the Evidence. *Mind Brain.* 1(1): 75-85.
- Freyberger HJ, Spitzer C (2005) Dissoziative Störungen. *Nervenarzt.* 76(7): 893-9.
- Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD (1999) Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Huber, Bern.
- Friedl MC, Draijer N (2000) Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry.* 157(6): 1012-3.
- Frueh BC, Grubaugh AL, Cusack KJ, Kimble MO, Elhai JD, Knapp RG (2009) Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: a pilot study. *J Anxiety Disord.* 23(5): 665-75.
- Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA (2005) Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 186: 121-5.

- Gearon JS, Kaltman SI, Brown C, Bellack AS (2003) Traumatic life events and PTSD among women with substance use disorders and schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 54(4): 523-8.
- Giese AA, Thomas MR, Dubovsky SL (1997) Dissociative symptoms in psychotic mood disorders: an example of symptom nonspecificity. *Psychiatry.* 60(1): 60-6.
- Gil A, Gama CS, de Jesus DR, Lobato MI, Zimmer M, Belmonte-de-Abreu P (2009) The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect. *Child Abuse Negl.* 33(9): 618-24.
- Glaslova K, Bob P, Jasova D, Bratkova N, Ptacek R (2004) Traumatic stress and schizophrenia. *Neurol Psychiatry Brain Res.* 11: 205-208.
- Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E (1991a) The delusion of possession in chronically psychotic patients. *J Nerv Ment Dis.* 179(9): 567-71.
- Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E (1991b) Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Res.* 37(1): 73-80.
- Goldberg JF, Garino JL (2005) Development of posttraumatic stress disorder in adult bipolar patients with histories of severe childhood abuse. *J Psychiatr Res.* 39(6): 595-601.
- Goodman LA, Dutton MA, Harris M (1997) The relationship between violence dimensions and symptom severity among homeless, mentally ill women. *J Trauma Stress.* 10(1): 51-70.
- Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, Corl S, Acker P, Mueser KT, Rosenberg SD (1999) Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *J Trauma Stress.* 12(4): 587-99.
- Gracie A, Freeman D, Green S, Garety PA, Kuipers E, Hardy A, Ray K, Dunn G, Bebbington P, Fowler D (2007) The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatr Scand.* 116(4): 280-9.
- Greenfield SF, Strakowski SM, Tohen M, Batson SC, Kolbrener ML (1994) Childhood abuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry.* 164(6): 831-4.
- Gupta R, Chawla LS (1991) Dissociation in endogenous psychosis. *Am J Psychiatry.* 148(3): 395-6.
- Habets P, Marcelis M, Gronenschild E, Drukker M, van Os J, Genetic R, Outcome of P (2011) Reduced cortical thickness as an outcome of differential sensitivity to environmental risks in schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 69(5): 487-94.
- Harley M, Kelleher I, Clarke M, Lynch F, Arseneault L, Connor D, Fitzpatrick C, Cannon M (2010) Cannabis use and childhood trauma interact additively to increase the risk of psychotic symptoms in adolescence. *Psychol Med.* 40(10): 1627-34.
- Haugen MC, Castillo RJ (1999) Unrecognized dissociation in psychotic outpatients and implications of ethnicity. *J Nerv Ment Dis.* 187(12): 751-4.
- Hlastala SA, McClellan J (2005) Phenomenology and diagnostic stability of youths with atypical psychotic symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 15(3): 497-509.
- Hodgins S, Lincoln T, Mak T (2009) Experiences of victimisation and depression are associated with community functioning among men with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 44(6): 448-57.
- Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M, Brunet A (2003) Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophr Res.* 60(1): 87-90.

- Horen SA, Leichner PP, Lawson JS (1995) Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Can J Psychiatry*. 40(4): 185-91.
- Houston JE, Murphy J, Shevlin M, Adamson G (2011) Cannabis use and psychosis: re-visiting the role of childhood trauma. *Psychol Med*. 41(11): 2339-48.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 13(2): 261-76.
- Kelleher I, Harley M, Lynch F, Arseneault L, Fitzpatrick C, Cannon M (2008) Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *Br J Psychiatry*. 193(5): 378-82.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 62(6): 617-27.
- Kilcommons AM, Morrison AP (2005) Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand*. 112(5): 351-9.
- Lardinois M, Lataster T, Mengelers R, Van Os J, Myin-Germeys I (2011) Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 123(1): 28-35.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G (1997) The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 12: 224-31.
- Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Jr., Denicoff KD, Nolen WA, Altshuler LL, Rush AJ, Kupka R, Frye MA, Autio KA, Post RM (2002) Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry*. 51(4): 288-97.
- Lysaker PH, Salyers MP (2007) Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr Scand*. 116(4): 290-8.
- Mason OJ, Brett E, Collinge M, Curr H, Rhodes J (2009) Childhood abuse and the content of delusions. *Child Abuse Negl*. 33(4): 205-8.
- Modestin J, Hermann S, Endrass J (2007) Schizoidia in schizophrenia spectrum and personality disorders: role of dissociation. *Psychiatry Res*. 153(2): 111-8.
- Morgan C, Fisher H (2007) Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophr Bull*. 33(1): 3-10.
- Morgan C, Kirkbride J, Leff J, Craig T, Hutchinson G, McKenzie K, Morgan K, Dazzan P, Doody GA, Jones P, Murray R, Fearon P (2007) Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol Med*. 37(4): 495-503.
- Moskowitz A, Dorahy MJ, Schäfer I (Hrg.) (2019) *Psychosis, Trauma and Dissociation: Evolving Perspectives on Severe Psychopathology*. Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ.
- Moskowitz AK, Corstens D (2008) Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? *J Psychol Trauma*. 6(2-3): 35-63.
- Moskowitz AK, Read J, Farrelly S, Rudegeair T, Williams O (2009) Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind? In: *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. P. F. Dell, J. O'Neil (Hrg.) Routledge, New York, NY, 322-51.

- Muenzenmaier K, Meyer I, Struening E, Ferber J (1993) Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hosp Community Psychiatry*. 44(7): 666-70.
- Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher FC, Vidaver R, Auciello P, Foy DW (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*. 66(3): 493-9.
- Mueser KT, Rosenberg SD, Xie H, Jankowski MK, Bolton EE, Lu W, Hamblen JL, Rosenberg HJ, McHugo GJ, Wolfe R (2008) A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*. 76(2): 259-71.
- Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B (2005) Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. *Acta Psychiatr Scand*. 111(5): 380-3.
- Pratchett LC, Pelcovitz MR, Yehuda R (2010) Trauma and violence: are women the weaker sex? *Psychiatr Clin North Am*. 33(2): 465-74.
- Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, Bowman ES, Coons P, Chu JA, Dill DL, Loewenstein RJ, Braun BG (1996) Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis*. 184(11): 673-9.
- Read J (2004) Does "schizophrenia" exist? Reliability and validity. In: *Models of Madness. Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. J. Read, L. R. Mosher, R. P. Bentall (Hrg.) Brunner-Routledge, New York, NY, 43-56.
- Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V (2003) Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychol Psychother*. 76(Pt 1): 1-22.
- Read J, Fink PJ, Rudegeair T, Felitti V, Whitfeld CL (2008) Child Maltreatment and Psychosis: A Return to a Genuinely Integrated Bio-Psycho-Social Model. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2(3): 235-54.
- Read J, Hammersley P (2005) Child sexual abuse and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 186: 76; author reply 76.
- Read J, Hammersley P, Rudegeair T (2007) Why, when and how to ask about childhood abuse. *Adv Psychiatr Treat*. 13: 101-10.
- Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J (2001) The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*. 64(4): 319-45.
- Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA (2005) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*. 112(5): 330-50.
- Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein T, Goldstein BI, Gill MK, Iosif AM, Strober MA, Hunt J, Esposito-Smythers C, Ryan ND, Leonard H, Keller M (2009) Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 112(1-3): 144-50.
- Ross CA (2004) *Schizophrenia. Innovations in Diagnosis and Treatment*. The Haworth Press, London, New York, Oxford.
- Ross CA (2008) Dissociative Schizophrenia. In: *Psychosis, Trauma and Dissociation: Evolving Perspectives on Severe Psychopathology*. A. Moskowitz, I. Schäfer, M. J. Dorahy (Hrg.) Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ, 281-94.
- Ross CA, Keyes B (2004) Dissociation and Schizophrenia. *J Trauma Dissociation*. 5: 69-83.

- Ross CA, Keyes BB (2009) Clinical features of dissociative schizophrenia in China. *Psychosis*. 1: 51-60.
- Saperstein JL (1949) On the phenomena of depersonalization. *J Nerv Ment Dis*. 110(3): 236-51.
- Sar V, Ross C (2006) Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatr Clin North Am*. 29(1): 129-44, ix.
- Sar V, Taycan O, Bolat N, Ozmen M, Duran A, Ozturk E, Ertem-Vehid H (2010) Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*. 43(1): 33-40.
- Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G, Schwartz J (1993) Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 150(7): 1037-42.
- Schäfer I, Fisher HL (2011) Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: clinical challenges and emerging treatments. *Curr Opin Psychiatry*. 24(6): 514-8.
- Schäfer I, Fisher HL, Aderhold V, Huber B, Hoffmann-Langer L, Golks D, Karow A, Ross C, Read J, Harfst T (2012) Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Compr Psychiatry*. 53(4): 364-71.
- Schäfer I, Harfst T, Aderhold V, Briken P, Lehmann M, Moritz S, Read J, Naber D (2006a) Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis*. 194(2): 135-8.
- Schäfer I, Köhler S, Fricke S (2006b) Early trauma and parental rearing behaviour in patients with obsessive compulsive disorder. *Nervenarzt*. 76(Suppl. 3): 268.
- Schäfer I, Reininghaus U, Langeland W, Voss A, Zieger N, Haasen C, Karow A (2007) Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Compr Psychiatry*. 48(6): 539-45.
- Schäfer I, Wahl I, Spitzer C (2009) Dissoziative Symptome bei schizophrenen Patienten. *ZPPM*. 7: 49-59.
- Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM (2005) Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophr Res*. 76(2-3): 273-86.
- Sedman G, Kenna JC (1963) Depersonalization and Mood Changes in Schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 109: 669-73.
- Shannon C, Douse K, McCusker C, Feeney L, Barrett S, Mulholland C (2011) The association between childhood trauma and memory functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 37(3): 531-7.
- Shevlin M, Murphy J, Read J, Mallett J, Adamson G, Houston JE (2011) Childhood adversity and hallucinations: a community-based study using the National Comorbidity Survey Replication. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 46(12): 1203-10.
- Simeon D (2004) Depersonalisation disorder: a contemporary overview. *CNS Drugs*. 18(6): 343-54.
- Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M (2001) The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry*. 158(7): 1027-33.
- Spataro J, Moss S, Wells D (2001) Child sexual abuse: a reality for both sexes. *Aust Psychol*. 36: 177-83.

- Spitzer C, Haug HJ, Freyberger HJ (1997) Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*. 30(2): 67-75.
- Steinberg M (1993) Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). American Psychiatric Press, Washington DC.
- Steinberg M, Cicchetti D, Buchanan J, Rakfeldt J, Rounsaville B (1994) Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *J Nerv Ment Dis*. 182(9): 495-502.
- Steingard S, Frankel FH (1985) Dissociation and psychotic symptoms. *Am J Psychiatry*. 142(8): 953-5.
- Sun P, Alvarez-Jimenez M, Simpson K, Lawrence K, Peach N, Bendall S (2018) Does dissociation mediate the relationship between childhood trauma and hallucinations, delusions in first episode psychosis? *Compr Psychiatry*. 84: 68-74.
- Thompson A, Nelson B, McNab C, Simmons M, Leicester S, McGorry PD, Bechdolf A, Yung AR (2010) Psychotic symptoms with sexual content in the "ultra high risk" for psychosis population: frequency and association with sexual trauma. *Psychiatry Res*. 177(1-2): 84-91.
- Trappler B, Newville H (2007) Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. *Psychiatr Q*. 78(4): 317-25.
- Ucok A, Bilmaz S (2007) The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 116(5): 371-7.
- Van Den Bosch LM, Verheul R, Langeland W, Van Den Brink W (2003) Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Aust N Z J Psychiatry*. 37(5): 549-55.
- Van der Hart O, Witztum E (2008) Dissociative psychosis: clinical and theoretical aspects. In: *Psychosis, Trauma and Dissociation: Evolving Perspectives on Severe Psychopathology*. A. Moskowitz, I. Schäfer, M. J. Dorahy (Hrg.) Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ, 257-70.
- Van Ijzendoorn MH, Schuengel C (1996) The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale. *Clin Psychol Rev*. 16(5): 365-82.
- Vogel M, Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ (2006) The role of trauma and PTSD-related symptoms for dissociation and psychopathological distress in inpatients with schizophrenia. *Psychopathology*. 39(5): 236-42.
- Vogel M, Spitzer C, Kuwert P, Moller B, Freyberger HJ, Grabe HJ (2009) Association of childhood neglect with adult dissociation in schizophrenic inpatients. *Psychopathology*. 42(2): 124-30.
- Waller NG, Putnam EW, Carlson EB (1996) Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychol Methods*. 1: 300-21.
- Waller NG, Ross CA (1997) The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol*. 106(4): 499-510.
- Welburn KR, Fraser GA, Jordan SA, Cameron C, Webb LM, Raine D (2003) Discriminating dissociative identity disorder from schizophrenia and feigned dissociation on psychological tests and structured interview. *J Trauma Dissociation*. 4: 109-30.

- Wittchen H-U, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M (1997) SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft und Beurteilungsheft. Eine deutschsprachige, erweiterte Bearbeitung der amerikanischen Originalversion des SCID-I). Hogrefe, Göttingen.
- Young M, Read J, Barker-Collo S, Harrison R (2001) Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. Prof Psychol Res Pr. 32: 407-14.

8. Danksagung

An erster Stelle möchte ich den Teilnehmern der Studie danken, die sich trotz großer psychischer und gesundheitlicher Belastungen bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen. Ihnen gebührt mein besonderer Respekt und herzlicher Dank. Ich wünsche Ihnen alles Gute für die Zukunft.

Herrn Prof. Dr. Dieter Naber danke ich sehr für die Möglichkeit, diese Arbeit an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE Hamburg zu beginnen, und Herrn Prof. Dr. Jürgen Gallinat dafür, sie an nunmehr seiner Klinik weiterführen und beenden zu können.

Mein besonders herzlicher und persönlicher Dank gilt Herrn Prof. Dr. Ingo Schäfer, der mich in dieses so wichtige und interessante Thema eingeführt hat, mich als Experte lange und nach Kräften unterstützt hat und mir nicht zuletzt auch menschlich mit viel Ermunterung ein treuer und gewissenhafter Begleiter bei der Erstellung dieser Arbeit war. Herrn Timo Harfst möchte ich für die Hilfestellung bei den im Rahmen dieser Arbeit berichteten Berechnungen danken.

Im Rahmen der Datenerhebung für diese Arbeit habe ich meine Freundin Liv Hoffmann kennenlernen dürfen. Ich danke ihr für unsere großartige Freundschaft und ihre Unterstützung und ich hoffe, dass sich unsere Wege niemals trennen werden.

Meiner Mutter Helga Reitemeier und meinem leider viel zu früh verstorbenen Vater Günter Reitemeier, danke ich für mein Leben, die immerwährende Unterstützung und das große Vertrauen in meine Person. Ebenso dankbar bin ich meinen Geschwistern Mervi, Martin und Christian Reitemeier mit ihren Familien, die mich mit Mut und Liebe durch alle Zeiten tragen und immer an meine Fähigkeiten und Wünsche glauben.

Unserer Freundin und Kinderfrau Bernadette De Bona-Lichtin bin ich von Herzen für ihre unersetzliche und unermüdliche Hilfe dankbar.

Viele gute Freunde, die Familie meines Mannes und Bekannte haben die Erstellung dieser Arbeit mit großem Interesse verfolgt und unterstützt. Danke dafür.

Meinem geliebten Ehemann Christian Huber danke ich für seinen Rückhalt und diese große Liebe. Seine Nachsicht, die Hilfsbereitschaft und bedingungslose Unterstützung haben mir sehr geholfen. Ohne ihn und unsere gemeinsamen Kinder wäre alles bedeutungslos.

Basel, im Oktober 2022

Barbara Huber

9. Lebenslauf

Curriculum Vitae

Name	Barbara Huber, geb. Reitemeier
Geburtsdatum	6. September 1976
Geburtsort	Bünde
Familienstand	verheiratet, drei Kinder
Konfession	evangelisch-lutherisch
Staatsangehörigkeit	deutsch

Schulbildung

1983 bis 1987	Evangelische Grundschule Exter
1987 bis 1996	Friedrichs-Gymnasium Herford, Allgemeine Hochschulreife

Studium der Deutschen Philologie

10/1996 bis 08/2000	Westfälische Wilhelms-Universität, Münster Magisterstudiengang: Klinische Linguistik, Psychologie und Literaturwissenschaft
---------------------	--

Studium der Humanmedizin

10/2000 bis 12/2008	Universitätsklinikum Eppendorf, Universität Hamburg
01/2009	Approbation als Ärztin durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz

Klinische Tätigkeit

01/2009 bis 06/2011	Assistenzärztin im Albertinen-Krankenhaus Hamburg, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie
10/2020 bis 06/2022	Assistenzärztin in der Klinik Sonnenhalde AG, Psychiatrie und Psychotherapie, Riehen
Seit 10/2022	Assistenzärztin in der Klinik SGM Langenthal, Ambulatorium Basel
Seit 04/2009	Aus- und Weiterbildungskandidatin in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie am Michael-Balint-Institut (AfP), Hamburg

Basel, den 12.10.2022

Ort und Datum

Unterschrift (Barbara Huber)

10. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Basel, den 12.10.2022

Ort und Datum

Unterschrift (Barbara Huber)