

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. D. Naber

Zusammenhänge zwischen frühen Traumatisierungen, Krankheitsverlauf und soziodemographischen Parametern bei schizophrenen Patienten

Dissertation

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

vorgelegt von:

Sibylle Joana Gußmann

aus Bad Friedrichshall

Hamburg 2010

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 13.12.2010

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. D. Naber

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. J. Reimer

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. C. Mulert

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

Formale Anmerkungen	7
1. Einleitung.....	8
1.1. Problemstellung	8
1.2 Theoretische Annäherung und empirische Forschungsergebnisse.....	9
1.2.1. Interpersonelle Traumatisierungen und ihre Folgen.....	9
1.2.2. Traumatisierung und Psychoseentstehung	13
1.2.3. Traumatisierung bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen.....	15
1.2.3.1. Prävalenzraten	15
1.2.3.2. Traumatisierung und soziodemographische Merkmale	18
1.2.3.2.1. Bildungsstand und Berufssituation.....	18
1.2.3.2.2. Familien- und Sozialbeziehungen	19
1.2.3.3. Traumatisierung und psychotische Positivsymptome	20
1.2.3.4. Traumatisierung und Verlauf psychotischer Störungen.....	22
1.2.3.5. Traumatisierung und weitere Symptombereiche	24
1.2.3.5.1. Angst, Depression und Kognition	24
1.2.3.5.2. Suizidalität.....	25
1.2.3.5.3. Substanzmissbrauch	27
1.3. Fragestellungen und Hypothesen.....	31
1.4. Ziele der Arbeit	32
2. Methoden.....	33
2.1.Wahl des Forschungsdesigns und der Untersuchungszeitpunkte	33
2.2. Wahl des Datenerhebungsverfahrens	33
2.3. Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche	34
2.3.1. Soziodemographische Daten (2.4.1.).....	34
2.3.2. Potentiell traumatische Erlebnisse im Kindesalter (2.4.2.)	34
2.3.3. Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf (2.4.3)	34
2.4. Operationalisierungen.....	35
2.4.1. Soziodemographische Daten.....	35
2.4.2. Potentiell traumatische Erlebnisse im Kindesalter.....	35
2.4.2.1. Sexueller Missbrauch und physische Misshandlung im Kindesalter	35

2.4.2.2. Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter.....	37
2.4.3. Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf	39
2.4.3.1. Erkrankungsbeginn und bisherige stationäre Behandlungen	39
2.4.3.2. Dauer des stationären Aufenthalts	39
2.4.3.3. Suizidanamnese	39
2.4.3.4. Suchtanamnese	39
2.5. Stichprobenansatz	40
2.6. Vorgehen bei der Datenerhebung	41
2.7. Ethik	43
2.8. Auswertungsverfahren.....	43
3. Ergebnisse.....	44
3.1. Art der Ergebnisdarstellung	44
3.2. Darstellung der Stichprobe.....	44
3.2.1. Stichprobengröße und Teilnehmerquote	44
3.2.2. Untersuchungszeitpunkte	45
3.3. Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche innerhalb der Gesamtstichprobe	45
3.3.1. Soziodemographische Daten.....	45
3.3.2. Potentiell traumatische Erlebnisse im Kindesalter.....	48
3.3.3. Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf.....	50
3.4. Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche beim Vergleich der Patienten mit und ohne frühe Traumatisierung	52
3.4.1. Soziodemographische Daten.....	52
3.4.2. Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf.....	54
3.4.2.1. Erkrankungsbeginn und bisherige stationäre Behandlungen	54
3.4.2.2. Dauer des stationären Aufenthalts	56
3.4.2.3. Suizidanamnese	56
3.4.2.4. Suchtanamnese	59
3.5. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	64
4. Diskussion	67
4.1. Diskussion der gewählten Methodik	67
4.2. Diskussion der Befunde.....	71

4.2.1 Prävalenzraten potentiell traumatischer Erlebnisse im Kindesalter	71
4.2.2 Soziodemographische Daten.....	75
4.2.2.1. Bildungsstand und Berufssituation.....	75
4.2.2.2 Partnerschaft, Elternschaft und Wohnsituation.....	77
4.2.3 Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf	78
4.2.3.1 Erkrankungsbeginn und bisherige stationäre Behandlungen	78
4.2.3.2 Dauer des stationären Aufenthalts	81
4.2.3.3 Suizidanamnese	82
4.2.3.4. Suchtanamnese	84
4.7. Zusammenfassende Diskussion und Ausblick.....	87
5. Abstract.....	90
6. Anhang.....	91
6.1. Tabellenverzeichnis	91
6.2. Abbildungsverzeichnis	91
7. Literaturverzeichnis	92
Danksagung	107
Lebenslauf	108
Eidesstattliche Versicherung	109

Formale Anmerkungen

In der folgenden Arbeit verwende ich Bezeichnungen, die grammatikalisch männliche Endungen tragen (beispielsweise „Patienten“, „Studenten“, „Interviewer“). Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichte ich auf die zusätzliche Endung „Innen“. Die Begriffe sollen trotzdem die männliche und weibliche Form beinhalten. Ebenfalls wird zugunsten der besseren Lesbarkeit im Folgenden von Erfahrungen in der „Kindheit“ gesprochen, wenn Erfahrungen in „Kindheit und Jugend bis zum 16. Lebensjahr“ gemeint sind. Die Übersetzungen aus dem Englischen stammen von mir. An manchen Stellen ist außerdem hinter dem deutschen der englische Begriff in Anführungszeichen in Klammern gesetzt, damit die Bedeutung des jeweiligen Terminus in der Originalsprache nicht verloren geht. Prozentangaben sind aus Gründen der Übersichtlichkeit auf eine Dezimalstelle gerundet.

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

In den letzten Jahren wurde die Bedeutung traumatischer Erfahrungen für die Entstehung und den Verlauf psychischer Erkrankungen zunehmend deutlich (Kendler et al. 2000; Mullen et al. 1993; Swanston et al. 2003). Verantwortlich hierfür ist vor allem die verstärkte Forschung im Bereich der Psychotraumatologie, ablesbar zum Beispiel an einer rasant wachsenden Anzahl von Einträgen zum Stichwort „sexueller Missbrauch“ in der Datenbank „Psyndex“. Im Jahr 1987 enthielt die Datenbank 15 Einträge zu diesem Terminus, im Jahr 1995 bereits 113, im Jahr 2009 schließlich 1731.

Für einige psychiatrische Krankheitsbilder wie depressive Störungen, Angststörungen, Depersonalisierungs-, Persönlichkeits- und Essstörungen, Substanzmissbrauch und die posttraumatische Belastungsstörung wurde die ätiologische Bedeutung von interpersoneller Traumatisierung bereits beschrieben (Boney-McCoy und Finkelhor 1996; Fergusson et al. 1996a; Kendler et al. 2000; Mueser et al. 1998; Mullen et al. 1993; Putnam 2003; Simeon et al. 2001; Swanston et al. 2003). Auch bei Patienten aus dem Bereich des schizophrenen Formenkreises nahm die Forschung im Feld der frühen Traumatisierung in den letzten Jahren zu. Festgestellt wurden etwa erhöhte Suizidraten schizophrener Patienten nach negativen sexuellen Erfahrungen in der Kindheit (Roy 2005) und eine erhöhte Neigung zu Substanzmissbrauch nach kindlicher Traumatisierung. (Rosenberg et al. 2007; Scheller-Gilkey et al. 2002, 2004). In Krankheits- und Behandlungsgeschichten von Patienten, die früh traumatisiert wurden, fanden sich ein jüngeres Erkrankungsalter (Goff et al. 1991; Read 1998; Rosenberg et al. 2007; Schenkel et al. 2005), häufigere stationäre Voraufenthalte (Rosenberg et al. 2007; Schenkel et al. 2005), längere stationäre Aufenthalte (Greenfield et al. 1994; Read 1998), eine stärker ausgeprägte Positivsymptomatik (Hardy et al. 2005; Kingdon und Turkington 2004; Lysaker et al. 2005a; Ross et al. 1994; Ross 2004) sowie ein schlechterer psychosozialer Langzeitverlauf (Lysaker et al. 2001a). Des Weiteren sind schizophrene Patienten mit traumatischen Kindheitserfahrungen häufiger obdachlos und suchen häufiger Ärzte auf (Rosenberg et al. 2007). Einschränkend muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass zu diesen Zusammenhängen aus dem deutschsprachigen Raum bislang kaum Befunde vorliegen. Zudem wurde in den bisher vorliegenden Studien häufig nur die Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch und physische Misshandlung untersucht, emotionale Traumatisierungen dagegen wurden häufig nicht berücksichtigt.

1.2 Theoretische Annäherung und empirische Forschungsergebnisse

1.2.1. Interpersonelle Traumatisierungen und ihre Folgen

Im Laufe seiner Entwicklung erwirbt ein Kind unter anderem emotionale, kognitive, soziale und sprachliche Kompetenzen und erlernt Verhaltensmuster (Egle et al. 2000). Dabei kommt chronisch ungünstigen Entwicklungseinflüssen und wiederholten traumatischen Erfahrungen eine entscheidende Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen zu (Hordvik 1997; Kendler et al. 2000; Swanston et al. 2003). Ein wichtiger Aspekt scheint zu sein, dass die Fähigkeiten der Realitätsprüfung und Antizipation bei Kindern zunächst unzureichend ausgebildet sind, weshalb sie stark belastende Erfahrungen nicht adäquat verarbeiten können. (Diepold 1998). In den letzten Jahren wurde die Bedeutung sogenannter interpersoneller Traumatisierung in diesem Zusammenhang zunehmend deutlich (Egle et al. 2000). Dieser Begriff beinhaltet sowohl Gewalt zwischen erwachsenen Familienmitgliedern sowie im näheren Lebensumfeld von Kindern und Jugendlichen (Margolin und Gordis 2000) als auch verschiedene Formen kindlicher Misshandlung. Engfer (2000) fasst unter Kindesmisshandlung gewaltsame psychische und physische Beeinträchtigungen von Kindern durch Eltern oder Erziehungsberechtigte zusammen. Zu diesen Beeinträchtigungen zählen sowohl aktive elterliche Handlungen (wie körperliche und emotionale Misshandlung sowie sexueller Missbrauch) als auch passive Unterlassungen (wie emotionale und physische Vernachlässigung).

Die einzelnen Formen des Missbrauchs werden auf unterschiedliche Art und Weise definiert. Bis heute existieren trotz stark angewachsener Forschung in diesem Themenfeld noch keine einheitlichen Definitionen und Begrifflichkeiten. Im Folgenden möchte ich auf die teils stark divergierenden Definitionen von sexuellem, physischem und emotionalem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung eingehen, zunächst bezogen auf sexuellen Missbrauch.

Sexueller Missbrauch ist die wohl am häufigsten verwendete Bezeichnung, wobei weitere Termini wie sexuelle Ausbeutung, sexuelle Gewalt, sexuelle Misshandlung, sexueller Übergriff oder inzestuöser Missbrauch (sexueller Missbrauch durch Familienmitglieder) als Bezeichnungen in diesem Bereich angewandt werden.

Die Vielzahl der unterschiedlichen Definitionen lässt sich unter anderem in „enge“ und „weite“ Definitionen einteilen. „Enge“ Definitionen (z.B. Bagley 1995) schließen direkten Körperkontakt zwischen Täter und Opfer ein – darunter fallen oraler, analer und ge-

nitärer Geschlechtsverkehr. Diese Art von Definition wird meist bei empirischen Studien verwendet, um eine homogenere Stichprobenbeschreibung zu gewährleisten.

„Weite“ Definitionen beinhalten auch Nicht-Kontakthandlungen (Wyatt und Peters 1986). Sowohl obszöne Anreden, Belästigung, Exhibitionismus, Anleitung zu Prostitution als auch die Herstellung von pornographischem Material werden hier berücksichtigt. Während die verschiedenen Definitionen teils stark variieren, besteht Einigkeit in dem Punkt, dass alle durch Drohungen oder körperliche Gewalt erzwungenen „sexuellen“ Handlungen sexuellem Missbrauch zuzuordnen sind.

Auch für den Begriff „physische Misshandlung“ wurde bis heute keine international einheitliche Definition festgelegt. Anhand zweier Beispiele sollen im Folgenden die Schnittflächen verschiedener Definitionen dargestellt werden. In der Studie von Goodman et al. (1997) beinhaltet schwere physische Misshandlung wiederholtes Schlagen, Treten, Beißen, das Zufügen von Verbrennungen oder die Bedrohung oder Verletzung durch eine Waffe, mit der Absicht dem Kind schwerwiegende Schäden oder Schmerzen zuzufügen. Sedlak und Broadhurst (1996) definierten körperliche Misshandlung als eine Verhaltensweise der Eltern oder Erziehungspersonen mit der Intention einem Kind unter 18 Jahren Schaden zuzufügen oder es der Gefahr einer Verletzung auszusetzen. Des Weiteren müsse dieses Verhalten Schlagen mit der Hand oder anderen Objekten, Treten, starkes Schütteln, Schleudern („throw“) oder Zufügen von Brand- oder Stichwunden beinhalten. Allen unterschiedlichen Definitionen gemeinsam ist die Auffassung, dass das Opfer ein Kind bzw. Jugendlicher ist und der Täter ein Elternteil oder eine Person in elternähnlicher Rolle (bzw. eine Erziehungsperson). Zudem wird von einer bewussten Handlung ausgegangen, welche verschiedenste körperlich schädigende Verhaltensweisen beinhaltet.

Ansätze, eine „emotionale Misshandlung“ zu definieren, sind ebenfalls nicht einheitlich. Die „American Professional Society on the Abuse of children“ (APSAC 1995) definierte „psychische“ oder „emotionale“ Misshandlung als wiederholte Verhaltensform der Erziehungspersonen, welche dem Kind vermittelt, wertlos, zerbrechlich, weder gewollt noch geliebt, in Gefahr und ein Gebrauchsgegenstand anderer Personen zu sein. Eggers (1994) beschrieb seelische oder psychische Misshandlung als „Haltungen, Gefühle und Aktionen, die zu schweren Beeinträchtigungen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind führen und dessen geistig-seelische Entwicklung zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit behindern“. Wichtige Kriterien, wel-

che in den oben genannten sowie auch in anderen Definitionen zu finden sind, besagen, dass mit der defizitären Eltern-Kind-Beziehung sowie mit unzureichender elterlicher Schutzfunktion und Verantwortung dem Kind gegenüber negative Auswirkungen auf dessen psychische Entwicklung verbunden sind. Die emotionale Misshandlung beinhaltet im weiteren Sinne auch elterliche Überprotektion, welche das kindliche Bedürfnis nach sozialer Interaktion und die Entwicklung der eigenen Unabhängigkeit unterdrückt.

Als weitere Traumatisierungsformen sind körperliche und emotionale Vernachlässigung zu nennen. Damit ist verantwortungsloses, passives Verhalten der Eltern gemeint, das bewusst oder unbewusst sein kann. Das kann sein die Verweigerung von Zuwendung, Liebe, Akzeptanz, Betreuung, Schutz und Förderung sowie unzureichender Ernährung und Pflege und mangelnder gesundheitlicher Fürsorge (BSG 2006). Schone (1997) machte auf die langfristigen Auswirkungen von Vernachlässigung aufmerksam: „Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige und seelische Entwicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tod des Kindes führen.“

Während emotionale Misshandlung inzwischen als häufigste Form kindlicher Misshandlung angesehen wird (Kaplan et al. 1999), überlappen sich in der Praxis häufig verschiedene Formen interpersoneller Traumatisierung von Kindern (Wolfe und McGee 1994). Demnach tritt körperliche Misshandlung meist in Verbindung mit emotionaler Misshandlung und körperlicher oder emotionaler Vernachlässigung auf (Kaplan et al. 1999). Des Weiteren schließt sexueller Missbrauch zugleich Phänomene physischer Misshandlung ein und wird immer auch von emotionaler Misshandlung begleitet (Mullen et al. 1993; Ogata et al. 1990). Eine Untersuchung bei Kindern, die Partnergewalt miterlebten, ergab, dass diese ein achtfach erhöhtes Risiko hatten geschlagen zu werden und mit dreifach höherer Wahrscheinlichkeit zu Opfern sexuellen Missbrauchs wurden (Egle et al. 2000).

Inzwischen existieren zahlreiche Studien, welche die Bedeutung kindlicher interpersoneller Traumatisierung für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen aufzeigen (Hordvik 1997; Kendler et al. 2000; Mullen et al. 1993; Swanston et al. 2003). Die emotionale Misshandlung konnte in der Studie von McGee et al. (1997)

als besonders starker Prädiktor für Erlebens- und Verhaltensprobleme im Jugendalter festgehalten werden. Auch physische Misshandlung, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung führen häufig zu emotionalen Problemen und Verhaltensproblemen im späten Jugendalter (Shaffer et al. 2008). Negative Erfahrungen, die eine Person mit ihren Eltern macht, können zum einen zu unsicherem Bindungsverhalten und damit zu affektiven wie auch kognitiven Entwicklungsdefiziten führen (Esser et al. 1993; Hamilton et al. 2000). Zum anderen können sie auf lange Sicht dysfunktionale Bewältigungsmechanismen der auftretenden Affekte nach sich ziehen, im Sinne von Vermeidungsstrategien (Briere und Runtz 2002). Weitere Folgen früher Traumatisierungen, die sich entscheidend auf die weitere Entwicklung auswirken können, sind emotionale Abstumpfung, der Verlust der Empfindungsfähigkeit, sowie Depersonalisation, Depression, Konzentrationsstörungen, der Verlust des Interesses an der Außenwelt und Somatisierung (Burris 1994). Schließlich können traumatische Erfahrungen in verschiedenen Lebensabschnitten zu Posttraumatischen Störungen im engeren Sinne führen, wie akuten Belastungsreaktionen oder der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Mueser et al. 1998; Resnick et. al. 2003; Switzer et al. 1999). Neria et al. (2002) fanden unter einer Stichprobe von 426 ersthospitalisierten psychotischen Patienten eine aktuelle PTBS-Prävalenz von 14%. Die Lebenszeitdiagnose einer PTBS betraf 21% der weiblichen und 10% der männlichen Patienten und stand meist im Zusammenhang mit kindlichem sexuellem Missbrauch bzw. multiplen (>3) traumatisierenden Erfahrungen.

1.2.2. Traumatisierung und Psychoseentstehung

Wie bereits erwähnt wurde für verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder die ätiologische Bedeutung kindlicher interpersoneller Traumatisierungen bereits beschrieben (Boney-McCoy und Finkelhor 1996; Fergusson et al. 1996a; Kendler et al. 2000; Mueser et al. 1998; Mullen et al. 1993; Putnam 2003; Swanston et al. 2003). Personen mit psychotischen Erkrankungen wurden in entsprechenden Untersuchungen oft nicht mit einbezogen, wofür zum einen das vorherrschende biologische Krankheitsmodell psychotischer Störungen verantwortlich sein könnte (Read 1997; Young et al. 2001), zum anderen die Vorstellung, dass Aussagen von Psychosepatienten weniger verlässlich seien. Inzwischen existieren jedoch Studien, die darauf hindeuten, dass bei einem Teil der Personen mit psychotischen Störungen frühe Traumatisierungen eventuell sogar eine entscheidende Rolle bezüglich der späteren Erkrankung spielen.

Im etablierten Vulnerabilitäts-Stress Modell (Walker und Diforio 1997) kommt sozialen Stressoren lediglich eine Bedeutung als auslösende Faktoren für psychotische Störungen bei Patienten mit entsprechender biologischer Prädisposition zu (Read et al. 2001). Im Sinne einer Erweiterung dieses Modells wurde von verschiedenen Autoren beschrieben, dass Traumatisierungen einen entscheidenden Anteil an der Entstehung von Vulnerabilitäten haben, die ihrerseits später zum Auftreten eines breiten Spektrums psychiatrischer Erkrankungen beitragen können (Ellason und Ross 1997; Mueser et al. 2002; Read et al. 2001). Unterstützung finden diese Ansätze unter anderem durch Studien, die hohe Prävalenzraten früher Traumatisierungen aufzeigen, insbesondere von kindlichem physischem und sexuellem Missbrauch bei Psychosepatienten (Larkin und Read 2008; Morgan und Fischer 2007; Read 1997; Read et al. 2005; Rubino et al. 2009; Spence et al. 2006). Darüber hinaus gab es breit angelegte Untersuchungen, um integrative Entstehungsmodelle psychotischer Störungen zu erstellen, die den Zusammenhang zwischen genetischen Prädispositionen und Umweltfaktoren differenzierter erfassen. Die Ergebnisse dieser Studien deuten auf komplexe Interaktionen zwischen genetischen Prädispositionen und Umweltfaktoren hin. So verglichen Tienari und Wynne (1994) in ihrer finnischen Bevölkerungsstudie Personen, welche einen schizophrenen Elternteil hatten und bei Adoptiveltern aufwuchsen, mit Adoptierten ohne Schizophrenie in der Herkunftsfamilie. Betroffene Personen entwickelten signifikant häufiger Psychosen oder andere schwere psychische Erkrankungen, wie Borderlinestörungen und Persönlichkeitsstörungen, was die genetische Hypothese stützen würde. Dieser Unterschied zeigte

sich jedoch nur in zerrütteten („disturbed“) Familienverhältnissen. Demnach konnte sich die genetische Prädisposition nur in gestörter familiärer Umgebung als psychiatrisch relevante Erkrankung manifestieren. Weitere Forschungsergebnisse zu psychosozialen Einflussfaktoren für die Entstehung von Psychosen fassen unter anderem Aderhold und Gottwalz (2004) sowie Read et al. (2004a) zusammen.

Des Weiteren wurde in der niederländischen NEMESIS-Studie (Janssen et al. 2004) eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe von über 4000 Personen prospektiv drei Jahre lang auf das Auftreten psychotischer Symptome hin untersucht. Zu drei verschiedenen Messzeitpunkten (nach einem, zwei und drei Jahren) zeigte sich, dass die Personen, die vor dem 16. Lebensjahr sexuell missbraucht oder körperlich misshandelt wurden, im Verlauf der prospektiven Untersuchung mit einer bis zu 9.3-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit behandlungsbedürftige psychotische Symptome entwickelten. Außerdem ließ sich eine Dosis-Wirkungsbeziehung erkennen zwischen der Schwere des Traumas und der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychotischer Symptome, was inzwischen durch weitere Studien ebenfalls belegt werden konnte (Kilcommons und Morrison 2005; Schenkel et al. 2005). Auch mit steigender Anzahl von Traumatisierungserfahrungen bzw. verschiedener Traumatisierungsformen nimmt das Risiko für die Entstehung von Psychosen und die Ausprägung der psychotischen Symptomatik zu. (Schenkel et al. 2005; Shevlin 2007a; Shevlin 2007b; Shevlin et al. 2008; Spauwen et al. 2006) Weitere empirische Belege lieferten Bebbington et al. (2004). Sie verwendeten Daten des „British National Survey of Psychiatric Morbidity“, die sich auf über 8.500 Personen aus der britischen Allgemeinbevölkerung bezogen. Personen mit psychotischen Störungen waren demnach mit 15.5-fach höherer Wahrscheinlichkeit in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden als Personen ohne psychiatrische Diagnose. Im Vergleich hierzu erwies sich die Wahrscheinlichkeit Missbrauch erfahren zu haben bei Alkoholabhängigen als 2.4-fach erhöht, bei Drogenabhängigen als 1.8-fach erhöht und bei Menschen mit „nicht-psychotischen Störungen“ als 6.9-fach erhöht. Kindlicher sexueller Missbrauch stand damit stärker im Zusammenhang mit Psychosen als mit anderen psychiatrischen Diagnosen (Read et al. 2004b). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Spence et al. (2006). In einer prospektiven Studie, die über 2.500 Jugendliche und junge Erwachsene (14-24 Jahre) einschloss, wurden neun verschiedene Traumatisierungen erfragt, unter anderem „sexueller Missbrauch“, „Vergewaltigung“, „Naturkatastrophe“, „Zeuge eines schlimmen Erlebnisses eines anderen“. Personen mit mindestens einer Traumatisierungserfahrung entwickelten im Vergleich zu jenen ohne Traumavorge-

schichte innerhalb der nächsten 42 Monate mit 2.6-fach erhöhter Wahrscheinlichkeit drei oder mehr psychotische Symptome (Spauwen et al. 2006).

1.2.3. Traumatisierung bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen

1.2.3.1. Prävalenzraten

Bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen liegen - unabhängig von der Diagnose - hohe Raten traumatischer Erlebnisse vor (Kendler et al. 2000) sowie deutlich erhöhte Prävalenzraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Read et al. 2004b). Die meisten Studien konzentrieren sich dabei auf sexuellen Missbrauch und physische Misshandlung in der Kindheit. Leverich et al. (2002) fanden bei 631 ambulant behandelten Patienten mit bipolaren Störungen sexuellen Missbrauch bei 43% der weiblichen und 21% der männlichen Patienten und körperliche Misshandlung bei 35% bzw. 31%. Read et al. (2005) fassten 51 Studien zu diesem Thema zusammen, wobei deren Stichproben jeweils mindestens zur Hälfte aus psychotischen Patienten bestanden. In diesen Studien war jeweils durchschnittlich die Hälfte der Frauen sexuell missbraucht (48%) und körperlich misshandelt worden (48%). Ein gutes Drittel (36%) gab beide Formen kindlicher Traumatisierung an. In den 29 Studien, die männliche Patienten einschlossen, zeigte sich sexueller Missbrauch im Mittel bei 28% und physische Misshandlung bei 50%. Beide Traumatisierungsformen wurden von 20% der Befragten berichtet. Die Mehrheit sowohl der Frauen (69%) als auch der Männer (59%) war entweder sexuell oder physisch missbraucht worden. Morgan und Fisher (2007) analysierten in ihrer Übersichtsstudie die 20 Studien von Read et al. (2005), die nur Patienten mit psychotischen Störungen einschlossen. Auf diese Weise fanden sie leicht niedrigere Werte für Misshandlung und Missbrauch im Kindesalter, lediglich der Anteil der sexuell missbrauchten Männer blieb mit 28% unverändert. 42% der Frauen im Untersuchungskollektiv wurden sexuell missbraucht, 35% physisch misshandelt. Bei den Männern belief sich der Anteil derer, die physischer Misshandlung ausgesetzt waren, auf 38%. Die Hälfte sowohl der Männer als auch der Frauen hatte entweder sexuellen Missbrauch oder physische Misshandlung erfahren. Morgan und Fisher (2007) wiesen jedoch auch kritisch darauf hin, dass diese Studien nach wie vor nur eingeschränkt vergleichbar seien, auch wenn es in diesem Punkt gegenüber der Übersicht von Read et al. (2005) bereits Verbesserungen gegeben habe. Sowohl die teilweise kleinen Stichproben dieser Studien

und deren heterogene Zusammensetzung als auch unterschiedliche Definitionen und Maßstäbe für Missbrauch und Misshandlung grenzen die Vergleichbarkeit ein.

Wurden Studien an repräsentativen Bevölkerungsstichproben mit Studien bei psychotischen Patienten verglichen, denen eine sehr ähnliche Methodik zugrunde lag, fand sich körperliche Misshandlung in der Kindheit bei psychotischen Patienten vier- bis sechsmal häufiger, sexueller Missbrauch in der Kindheit sieben bis zehnmal häufiger und inzestuöser Missbrauch doppelt so häufig, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Read et al. 2004b). Dementsprechend ergaben sich auch in weiteren Studien, die ausschließlich psychotische Personen einschlossen, hohe Raten früher Traumatisierungen. So erhoben Neria et al. (2002) in der bereits erwähnten Studie Missbrauchsanamnesen bei einer Stichprobe von 426 psychotisch erkrankten Personen. Ein Drittel der befragten Probanden berichtete von sexueller Belästigung, Vergewaltigung, körperlicher Misshandlung oder Vernachlässigung vor dem 16. Lebensjahr. In einer Untersuchung an 124 schizophrene n Patienten, von denen knapp zwei Drittel männlich waren, fanden sich bei 28% Erfahrungen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit (Scheller-Gilkey et al. 2004). In einer rein weiblichen Stichprobe von schizophrenen Patientinnen war die Wahrscheinlichkeit für sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit mit 36% entsprechend höher (Darves-Bornoz et al. 1995). Schenkel et al. (2005) untersuchten 40 Patienten einer psychiatrischen Rehabilitationsstation mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Missbrauchs- und Misshandlungserlebnisse kamen häufiger im weiblichen Anteil der Stichprobe vor. Demnach gaben jeweils 47% der Frauen an, in ihrer Kindheit sexuell missbraucht oder physisch misshandelt worden zu sein. Die Häufigkeiten im männlichen Anteil der Stichprobe beliefen sich auf 16% bzw. 24%. Rubino et al. (2009) fanden Prävalenzen von 26% für physische Misshandlung und 15% für sexuellen Missbrauch bei Schizophreniepatienten. Wurden nur Traumatisierungserfahrungen gewertet, die sich in regelmäßigen Wiederholungen abspielten, so beliefen sich die Werte auf 13,5% für physische Misshandlung bzw. 1,7% im Falle sexuellen Missbrauchs.

Auch emotionale Misshandlung und Vernachlässigung sind bei psychiatrischen Patienten häufig anzutreffen, allerdings liegen nur wenige Daten speziell zu Patienten mit psychotischen Erkrankungen vor. In Stichproben erwachsener Patienten, die verschiedene Diagnosegruppen einschlossen, kam Vernachlässigung in der Kindheit („neglect“) mit einer Prävalenz von 22% bis 62% vor (Heads et al. 1997; Muenzenmaier et al. 1993; Saxe et al. 1993). Lipschitz et al. (1999) beschrieben bei stationär aufgenommenen psychiatrischen Patienten Raten von 52% für emotionalen Missbrauch, 61% für

physische Vernachlässigung und 31% für emotionale Vernachlässigung. Während die Werte für emotionale Misshandlung und physische Vernachlässigung annähernd mit den Werten schizophrener Patienten von Vogel et al. (2009) übereinstimmen, fanden Vogel et al. häufiger emotionale Vernachlässigung innerhalb ihrer Stichprobe (CEA: 47%, CPN: 66%, CEN: 62%). In einer Stichprobe ambulant behandelter schizophrener Patienten hatten 35% als Kind unter emotionaler Misshandlung gelitten, 42% unter physischer Vernachlässigung und 73% unter emotionaler Vernachlässigung (Holowka et al. 2003). In der Studie von Ücok und Bizmak (2007), die 57 ersterkrankte schizophrene Patienten einschloss, wurden für sexuellen, emotionalen und physischen Missbrauch Häufigkeiten von 30%, 41% und 14% angegeben. Emotionale und physische Vernachlässigung wurden von 30% und 21% berichtet. Rubino et al. (2009) werteten nur regelmäßig aufgetretene Misshandlungen bei Schizophreniepatienten, weswegen die Prävalenzen mit 17,2% für emotionale Vernachlässigung („emotional abuse“)¹ und 13,2% für emotionale Misshandlung („psychological abuse“) in der Kindheit niedriger ausfielen.

¹ Nur für die Studie von Rubino et al. 2009 war die Übersetzung von „emotional abuse“ mit emotionaler Vernachlässigung definitionsbedingt angebracht. Ihre Definition beinhaltete beispielsweise, dass den Personen zuhause nicht zugehört wurde, dass ihre Probleme ignoriert wurden, etc. Ansonsten wurde „emotional abuse“ immer mit emotionaler Misshandlung übersetzt. „Psychological abuse“ definierten sie als beschimpft worden sein, weniger Zuwendung bekommen zu haben als Geschwister, etc.

1.2.3.2. Traumatisierung und soziodemographische Merkmale

1.2.3.2.1. Bildungsstand und Berufssituation

Verschiedene Arbeiten setzten sich mit Zusammenhängen zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und der Schul- und Berufsbildung bzw. der aktuellen beruflichen Situation bei psychiatrischen Patienten auseinander. Die Datenlage ist diesbezüglich uneinheitlich. So berichteten Schenkel et al. (2005) von Zusammenhängen zwischen kindlicher Traumaanamnese und niedrigerem Bildungsabschluss bei Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis. Des Weiteren wurde beschrieben, dass Traumaerfahrungen zu verminderten intellektuellen und beruflichen Fähigkeiten bei psychiatrischen Patienten führen können (Carrey et al. 1995; Malinosky-Rummell und Hansen 1993). Außerdem schilderten Malinosky-Rummell und Hansen (1993) einen Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und seltener abgeschlossenen Berufsausbildungen. Lysaker et al. (2004a), deren Stichprobe 30 schizophrene Patienten einschloss, konstatierten einen Zusammenhang zwischen kindlichem sexuellem Missbrauch und schlechterer Arbeitsleistung im Rahmen eines beruflichen Rehabilitationsprogramms. Dieser konnte durch eine weitere Studie ein Jahr später untermauert werden (Lysaker et al. 2005a), die schizophrene Patienten über vier Monate hinweg untersuchte. Während die Gruppe ohne sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte eine relativ konstante Stundenzahl pro Woche im Rahmen des Berufsrehabilitationsprogramms arbeitete, nahmen die Arbeitsstunden der Gruppe missbrauchter Patienten innerhalb der vier Monate der Therapie kontinuierlich ab und waren schließlich signifikant geringer. Die Gruppen mit bzw. ohne Missbrauchserlebnisse unterschieden sich jedoch weder in Hinblick auf Alter oder Bildung noch in Bezug auf frühere stationäre Aufnahmen. Weitere Untersuchungen fanden heraus, dass kindlicher interpersoneller Stress mit einem niedrigen sozioökonomischen Status im Erwachsenenalter assoziiert war (Bagley und Ramsay 1986; Mullen et al. 1993). Dem gegenüber konnten Mullen et al. (1993) in ihrer randomisierten Bevölkerungsstichprobe, die annähernd 500 Frauen einschloss, keinen Unterschied im Hinblick auf Bildungsstand und aktuellen Beschäftigungsstatus zwischen Frauen mit bzw. ohne Traumatisierung nachweisen. Auch gab es Studien mit homogenen Stichproben schizophrener Patienten, die keinen Unterschied zwischen Patienten mit bzw. ohne sexuellen Missbrauch hinsichtlich des Bildungsstandes und der Berufssituation fanden (Beck und van der Kolk 1987; Lysaker et al. 2005a; Rosenberg et al. 2007).

1.2.3.2.2. Familien- und Sozialbeziehungen

Bowlby entwickelte 1969 den bindungstheoretischen Ansatz, demzufolge eine sichere Bindungsbeziehung die Basis dafür darstellt, dass Kinder neue Entdeckungen machen und Unabhängigkeit entwickeln (Ainsworth et al. 1987). Derartige Bindungen werden zwar in der Kindheit mit den Erziehungspersonen das erste Mal aufgebaut, sind jedoch während des ganzen Lebens wichtig (Bowlby 1979). Demnach besteht ein enger Zusammenhang zwischen den Erfahrungen, die eine Person mit ihren Eltern oder Erziehern macht, und ihren späteren Fähigkeiten affektive Bindungen zu entwickeln. Die Verlaufsstudien von Hamilton (2000) und Waters et al. (2000) wiesen darauf hin, dass Erfahrungen wie der Verlust, die Destabilisierung von engen Beziehungen oder interpersonelle Traumatisierung – wie physische oder sexuelle Misshandlung im Kindes- und Jugendalter – zu unsicherem Bindungsverhalten im Erwachsenenalter führen können. Dieses unsichere Bindungsverhalten kann, wie bereits erwähnt, vor dem Hintergrund gestörter Eltern-Kind-Beziehungen zu affektiven Entwicklungsdefiziten beitragen (Esser et al. 1993; Hamilton 2000), wobei auch Verhaltensprobleme im späten Jugendalter verstärkt auftreten (Shaffer et al. 2008). Des Weiteren belegen Verlaufsstudien, dass das früh erworbene Bindungsverhalten bis ins junge Erwachsenenalter relativ stabil bleibt und dass Kinder mit unsicherem Bindungsverhalten später erhebliche Beeinträchtigungen, vor allem im Bereich des Sozialverhaltens und der Impulskontrolle zeigen können (Erickson et al. 1985). Ein sicheres Bindungsverhalten stellt dagegen einen protektiven Faktor gegenüber später auftretenden Belastungsfaktoren dar (Farber und Egeland 1987).

Der Zusammenhang zwischen unsicherem Bindungsverhalten und Schizophrenie wurde von Mickelson et al. (1997) beschrieben, deren große Bevölkerungsstichprobe in den USA von 8.098 Personen etwa 800 schizophrene Patienten einschloss. Psychosepatienten mit Traumatisierungserfahrungen wiesen demnach auch mehr Probleme in nahen Beziehungen und erhöhte emotionale Instabilität auf (Bryer et al. 1987; Lysaker et al. 2004b). Zudem neigten sie zu erhöhter Sensibilität bei Zurückweisungen (Lysaker et al. 2004b).

Einige Studien untersuchten anhand des „Parental Bonding Instrument“ (PBI) den Zusammenhang zwischen Erfahrungen, die Kinder mit ihren Eltern gemacht hatten, und Psychosen. Eltern von schizophrenen Patienten waren demnach weniger fürsorglich und häufiger überprotektiv im Vergleich zu Eltern von Gesunden (Willinger et al. 2002).

Diese Erziehungsstile stehen in Verbindung mit jüngerem Ersterkrankungsalter und häufigeren Krankheitsrückfällen bei Schizophrenie (Parker et al. 1982). Warner und Atkinson (1988) konnten zwar die häufigeren Krankheitsrückfälle bei diesen Erziehungsstilen bestätigen, nicht jedoch das jüngere Ersterkrankungsalter.

Zwei weitere Studien untersuchten Personen mit Traumatisierungserfahrung hinsichtlich der Elternschaft. Mullen et al. (1993) konnten in ihrer weiblichen Bevölkerungsstichprobe einen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in Kindheit oder Jugend und einer höheren Wahrscheinlichkeit für Elternschaft nachweisen. Dahingegen fanden Beck und van der Kolk (1987) keinen Unterschied zwischen schizophrenen Patientinnen mit und ohne Inzesterfahrung in der Vergangenheit bezüglich der Häufigkeit der Mutterschaft.

1.2.3.3. Traumatisierung und psychotische Positivsymptome

Bei psychisch kranken Menschen, welche sexuellem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung ausgesetzt waren, treten häufiger Symptome auf, die zur Diagnose der Schizophrenie führen, als bei jenen ohne Traumatisierungserfahrung (Muenzenmaier et al. 1993; Read et al. 2005). Dasselbe konnte anhand repräsentativer Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung nachgewiesen werden (Berenbaum 1999; Janssen et al. 2004; Ross und Joshi 1992; Startup 1999). So ergab eine Untersuchung einer großen Bevölkerungsstichprobe, die über 17.300 Personen einschloss, einen signifikanten Zusammenhang zwischen negativen Kindheitserlebnissen und Halluzinationen in der Vorgeschichte unabhängig vom Substanzmissbrauch in der Anamnese (Whitfield et al. 2005). Zu den diagnostischen Kriterien der Schizophrenie nach DSM-IV zählen im Wesentlichen Halluzinationen, Wahnerlebnisse, formale Denkstörungen, extrem desorganisiertes oder katatonies Verhalten und Negativsymptomatik (APA 2000). In einer Befragung der Allgemeinbevölkerung von Ross und Joshi (1992) berichteten 46% der Befragten, welche drei oder mehr dieser Symptome aufwiesen, in ihrer Kindheit sexuelle oder physische Traumatisierung erfahren zu haben. Dies gaben dagegen nur 8% der Befragten ohne Symptome an. Eine Untersuchung von 200 ambulant behandelten psychisch kranken Patienten zeigte, dass 35% der als Kind Missbrauchten zwei oder mehr der für Schizophrenie typischen Symptome aufwiesen, verglichen mit 19% der Patienten ohne Missbrauchserfahrung (Read et al. 2003). Eine weitere Studie innerhalb dieses Themengebiets machte auf ähnliche Zusammenhänge aufmerksam (Read und Argyle 1999). Min-

destens eines der Symptome fand sich bei 75% der in der Kindheit physisch Misshandelten, 76% der in der Kindheit sexuell Missbrauchten und 100% der Patienten mit Erfahrung inzestuösen Missbrauchs. Die Autoren merkten an dieser Stelle kritisch an, dass für manche Patienten Halluzinationen und intrusives Wiedererleben nur schwer zu trennen seien.

Sowohl Lysaker et al. (2005a), Kilcommons und Morrison (2005) als auch Read et al. (2003) fanden bei traumatisierten Psychosepatienten eine signifikant stärker ausgeprägte Positivsymptomatik, insbesondere ein stärkeres Ausmaß an Halluzinationen verschiedener Sinnesmodalitäten. Während Wahnerlebnisse ebenfalls bei betroffenen Patienten häufiger auftraten, erwies sich dieser Unterschied jedoch nicht als signifikant.

Eine Reihe von Studien erforschte Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischen Inhalten (Beck und van der Kolk 1987; Ensink et al. 1992; Fowler et al. 2000; Hardy et al. 2005; Read und Argyle 1999; Ross et al. 1994), wobei die meisten Studien zeigten, dass bei einer Subgruppe von Patienten Wahnerlebnisse und optische oder akustische Halluzinationen inhaltlich mit Aspekten realer traumatischer Erfahrungen in Verbindung stehen. In der bereits genannten Studie von Beck und van der Kolk (1987) stand das Auftreten von sexuellen Wahninhalten bei psychotischen Patientinnen in signifikantem Zusammenhang mit Erfahrung inzestuösen Missbrauchs im Kindesalter. Des Weiteren konnte für eine Stichprobe von 22 missbrauchten schizophrenen Patientinnen nachgewiesen werden, dass bei etwa der Hälfte (54%) der Betroffenen deutliche Zusammenhänge zwischen der Symptomatik und der kindlichen Traumatisierung bestanden (Read und Argyle 1999). Eine weitere Untersuchung bei schizophrenen Patientinnen machte darauf aufmerksam, dass es sich bei Stimmen, welche zu Suizid oder selbstverletzendem Verhalten aufforderten, häufig um die der Täter handelte (Ross et al. 1994). Famularo et al. (1992) fanden bei stark misshandelten Kindern, dass die Inhalte von visuellen und/oder akustischen Halluzinationen deutlich an konkrete Details der Traumatisierung erinnerten. Dasselbe konnte bereits für Erwachsene gezeigt werden (Sannsonet-Hayden et al. 1987). Eine weitere Studie wies darauf hin, dass traumatisierte Patienten akustische Halluzinationen häufiger als feindselig und bedrohlich erleben (Offen et al. 2003). In einer Studie von Read et al. (2003) konnten taktile Halluzinationen nur bei Patienten nachgewiesen werden, welche im Kindesalter sexuellem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung ausgesetzt waren. Olfaktorische Halluzinationen zeigten sich am häufigsten bei Patienten, die beide Misshandlungsformen

erfahren hatten. Der Zusammenhang zwischen Traumaerfahrung und Halluzinationen bei Patienten mit nicht-affektiven Psychosen wurde auch von Hardy et al. (2005) untersucht. Bei 12,5% der Patienten stimmten das Thema und der Inhalt von Halluzinationen mit dem erlebten Trauma überein, bei 45% nur das Thema, jedoch nicht der Inhalt, bei 42,5% war keine Verbindung zwischen Halluzinationen und Traumavorgeschichte erkennbar. Sexueller Missbrauch stand am stärksten mit Halluzinationen in Verbindung. Selbiges wurde auch von Shevlin et al. (2007a) beschrieben, wobei Vergewaltigung und Belästigung im Kindesalter signifikant mit visuellen, akustischen und taktilen Halluzinationen assoziiert waren. Vernachlässigung stand mit visuellen Halluzinationen, physische Misshandlung mit taktilen Halluzinationen in Verbindung.

Einige Autoren äußerten die Vermutung, es gäbe „traumaassoziierte Subtypen“ psychotischer Erkrankungen, die durch das Überwiegen von Positivsymptomen, bei weitgehend fehlender Negativsymptomatik, gekennzeichnet seien (Ellason und Ross 1997; Kingdon und Trukington 2004; Ross et al. 1994; Ross 2004). Bislang lässt sich diese Hypothese jedoch noch nicht ausreichend empirisch belegen. Zu dieser Frage existieren bisher lediglich Studien mit kleinem Stichprobenumfang, die aufgrund methodischer Differenzen – wie unterschiedlichen Definitionen von Missbrauch – nur unzulänglich miteinander vergleichbar sind.

1.2.3.4. Traumatisierung und Verlauf psychotischer Störungen

Inzwischen existiert eine wachsende Anzahl von Studien zu den Zusammenhängen zwischen Traumatisierungen und dem Verlauf psychotischer Störungen. Bei psychiatrischen Patienten mit kindlichem sexuellem oder physischem Missbrauch lag in mehreren Untersuchungen ein jüngeres Ersterkrankungsalter vor (Goff et al. 1991; Margo und McLees 1991). Read et al. (1998) konnten dies mit ihrer Untersuchung an 100 psychiatrischen Patienten ebenfalls untermauern. Sie befragten ihre Probanden nach dem Alter ihrer ersten stationären Aufnahme, wobei das Durchschnittsalter bei der Erstaufnahme der nicht missbrauchten Patienten bei 28 Jahren lag, verglichen mit 24,8 Jahren bei Patienten mit physischer oder sexueller Missbrauchserfahrung. Statistische Signifikanz erreichte dieser Unterschied in Bezug auf weibliche, nicht jedoch auf männliche Patienten. Beim Analysieren der Daten hinsichtlich der stationären Aufnahme vor dem 18. Lebensjahr ergab sich bei Read (1998) ein signifikanter Zusammenhang zwischen Missbrauchsanamnese und häufigerer Aufnahme vor dem 18. Lebensjahr (38% mit

Missbrauch und 8% ohne Missbrauch). Selbiges wurde auch für homogene Stichproben schizophrener Patienten beschrieben. So schilderten Darves-Bornoz et al. (1995) ein niedrigeres Alter bei erster Aufnahme für sexuell missbrauchte Patientinnen. Des Weiteren erwies sich dieser Zusammenhang von kindlicher Traumatisierung und früherer Erstaufnahme bei schizophrenen Patienten auch in den Studien von Schenkel et al. (2005) und Rosenberg et al. (2007) als signifikant. Während Schenkel et al. (2005) sowohl physischen und sexuellen Missbrauch als auch Vernachlässigung in ihre Analyse einbezogen hatten, basierte die Analyse von Rosenberg et al. (2007) auf negativen Kindheitserlebnissen. Als negative Kindheitserlebnisse zählten dabei physischer und sexueller Missbrauch, psychiatrische Erkrankung oder Verlust eines Elternteils, Trennung oder Scheidung der Eltern, Beobachten häuslicher Gewalt sowie Aufwachsen in einer Pflegefamilie bzw. bei Verwandten.

Andere Studien zeigten, dass psychiatrische Patienten mit Traumatisierungserfahrungen in der Kindheit häufigere stationäre Aufenthalte (Briere et al. 1997; Rosenberg et al. 2007; Schenkel et al. 2005), längere stationäre Aufenthalte (Carmen et al. 1984; Greenfield et al. 1994; Read 1998) und chronischere Krankheitsverläufe aufwiesen sowie schlechter von Rehabilitationsmaßnahmen profitierten (Lysaker et al. 2004a; Lysaker et al. 2005a). Beck und van der Kolk (1987) untersuchten 26 stationär aufgenommene chronisch psychotisch kranke Patientinnen, die trotz medikamentöser und psychosozialer Therapie weiterhin wegen psychotischer Symptome in stationärer Therapie bleiben mussten, wobei knapp die Hälfte davon in ihrer Kindheit inzestuösen Missbrauch erlitten hatte. Betroffene Patientinnen waren signifikant jünger als jene ohne kindliche Traumatisierung. Insgesamt wiesen traumatisierte Patienten einen schlechteren psychosozialen Langzeitverlauf auf (Lysaker et al. 2001a) und mehrere Studien fanden einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Traumatisierung und der Schwere der Erkrankung (Bryer et al. 1987; Goodman et al. 1997; Read et al. 2001).

1.2.3.5. Traumatisierung und weitere Symptombereiche

1.2.3.5.1. Angst, Depression und Kognition

Wie oben beschrieben fanden einige Studien eine allgemein stärker ausgeprägte psychopathologische Symptomatik bei Patienten mit physischem oder sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte als in der Referenzgruppe ohne diese Erfahrungen (Bryer et al. 1987; Goodman et al. 1997; Muenzenmaier et al. 1993). Ferner zeigten sich bei Patienten, welche sowohl physischem als auch sexuellem Missbrauch ausgesetzt waren, stärkere Symptome als bei denjenigen, die nur eine Art von Traumatisierung erfahren hatten. Es konnte gezeigt werden, dass sowohl depressive Symptome und Angststörungen als auch Somatisierungen bei Patienten mit Traumatisierungserfahrung vermehrt auftraten (Beck und van der Kolk 1987; Bryer et al. 1987; Lysaker et al. 2005b; Muenzenmaier et al. 1993; Mueser et al. 2002; Scheller-Gilkey et al. 2002).

Carrey et al. (1995) schilderten für eine nicht-psychiatrische Stichprobe, dass physische Misshandlung und sexueller Missbrauch im Kindesalter mit verzögerter kognitiver Entwicklung assoziiert waren. Andere Autoren wiesen auf Zusammenhänge zwischen kindlichem sexuellem Missbrauch und kognitiven Einschränkungen bei schizophrenen Patienten hin. Missbrauch in der Vorgeschichte war in diesen Studien sowohl mit stärkerer Beeinträchtigung des abstrakten Denkens als auch einer geringeren „Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit“ verbunden (Lysaker et al. 2001b; Read et al. 2001). In einer neueren Studie von Lysaker et al. (2005a) zeigten sich bei missbrauchten schizophrenen Patienten zwar häufiger Einschränkungen im abstrakten Denken, jedoch keine Einschränkungen in der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit. Daraus schlossen die Autoren, dass bei dieser Gruppe die Auswirkungen des Missbrauchs eher komplexere kognitive Funktionen beeinträchtigt haben könnten. Außerdem fanden Shannon et al. (2009), dass kindliche Traumatisierungserfahrung bei schizophrenen Patienten zu spezifischen anhaltenden Gedächtnisbeeinträchtigungen – wie einem schlechteren Arbeitsgedächtnis und einem schlechteren episodischen Gedächtnis – führen kann.

In der bereits erwähnten Studie von Lysaker et al. (2005a) zeigten sich bei der missbrauchten Gruppe ausgeprägtere Formen der Ängstlichkeit, Depression und des Misstrauens sowie – entgegen der Erwartung der Autoren – eine bessere Krankheitseinsicht. Letzteres spricht gegen den möglichen kritischen Einwand, diese Patienten wollten durch Angabe von Missbrauch ihren Zustand rechtfertigen und würden ihre Krankheit verleugnen.

1.2.3.5.2. Suizidalität

Verschiedene Autoren berichteten von Zusammenhängen zwischen kindlicher interpersoneller Traumatisierung und Suizidalität zum einen in Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung (Brezo et al. 2008; Joiner et al. 2007; Mullen et al. 1993), zum anderen in Stichproben aus psychiatrischen Patienten (Briere et al. 1997; Bryer et al. 1987; Carmen et al. 1984; Davies-Netzley et al. 1996; Leverich et al. 2003; Read 1998; Roy und Janal 2005; Sachiapone et al. 2009) und auch in homogenen Stichproben von Patienten mit Schizophrenie (Darves-Bornoz et al. 1995; Rosenberg et al. 2007; Roy 2005; Ücok und Bikmaz 2007). Im Folgenden werden einige der eben erwähnten Studien näher beschrieben.

Die Studie von Carmen et al. (1984) mit stationär aufgenommenen psychiatrischen Patienten zeigte, dass diejenigen mit kindlicher sexueller oder physischer Traumatisierungserfahrung häufiger bereits versucht hatten, sich das Leben zu nehmen. Empirische Unterstützung findet dieser Zusammenhang auch durch Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass Patienten, die bereits Suizidgedanken hatten oder Suizidversuche unternommen haben, mit höherer Wahrscheinlichkeit im Kindesalter sexuell missbraucht wurden (Bryer et al. 1987; Davies-Netzley et al. 1996). Dementsprechend fanden Davies-Netzley et al. (1996), dass Frauen, die mindestens einer Form von Traumatisierung in der Kindheit ausgesetzt waren, fünfmal häufiger Suizidgedanken hatten und 5,6 mal häufiger einen Suizidversuch begangen hatten als jene ohne Traumatisierungen in der Anamnese. Auch Leverich et al. (2003) und Sachiapone et al. (2009) fanden bei Patienten mit psychiatrischen Störungen, die bereits versucht hatten sich das Leben zu nehmen, signifikant häufiger Berichte von kindlicher Traumatisierung. Eine Stichprobe von Frauen, deren kindlicher sexueller Missbrauch Geschlechtsverkehr einschloss, zeigte, dass diese 12 mal häufiger in die Psychiatrie aufgenommen wurden und mit 26-fach höherer Wahrscheinlichkeit schon einmal versucht hatten sich das Leben zu nehmen als nicht Betroffene (Mullen et al. 1993).

Read (1998) analysierte eine Stichprobe von 100 akutpsychiatrischen Patienten. Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen sexuellem oder physischem Missbrauch in der Kindheit und stärker ausgeprägtem suizidalem Verhalten, wobei die entsprechende Definition hierfür mindestens einen stattgehabten Suizidversuch und ein derzeitiges hohes Risiko für einen erneuten Versuch beinhaltete. Nach Geschlecht getrennt betrachtet zeigte sich die stärkste Korrelation zwischen Männern mit sexuellem

Missbrauch in der Vorgeschichte und suizidalem Verhalten. Letztere erwiesen sich durchweg als stark suizidgefährdet, während nur 31% der nicht betroffenen Männer Suizidversuche in der Vergangenheit und Suizidgedanken in der Gegenwart angaben. Bei Frauen ergab sich im Hinblick auf körperlichen Missbrauch ein signifikanter Zusammenhang mit ausgeprägtem suizidalem Verhalten. Des Weiteren schilderten auch Briere et al. (1997) höhere Raten von Suizidgedanken und -versuchen bei psychiatrischen Patientinnen mit physischer oder sexueller Missbrauchserfahrung. Roy und Janal (2005) untersuchten eine psychiatrische Stichprobe von über 1.800 Personen, im Rahmen derer sie sowohl weibliches Geschlecht und kindliche Traumatisierung als auch suizidales Verhalten in der Familienvorgeschichte als Risikofaktoren für Suizidversuche aufzeigen konnten. Kindliche Traumatisierung stand im Zusammenhang mit früherem Auftreten und mit einer größeren Anzahl von Suizidversuchen.

Anhand von Stichproben, die nur schizophrene Patienten einschlossen, konnte ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Suizidalität bei traumatisierten Patienten nachgewiesen werden. Etwa 40% der schizophrenen Patienten begehen im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch (Roy 1982). Während manche Autoren davon ausgehen, dass lediglich 4% der Personen mit Schizophrenie ihr Leben selbst beenden (Inskip et al. 1998), halten andere Quellen einen Anteil von 10% für wahrscheinlicher (De Hert und Peuskens 2000). Im Sinne des Modells der distalen und proximalen Risikofaktoren für suizidales Verhalten (Moscicki 1997) gehören Depression, Substanzmissbrauch, alleine zu leben, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation und die kürzliche Entlassung aus einer psychiatrischen Einrichtung zu den möglichen proximalen Risikofaktoren für suizidales Verhalten schizophrener Patienten (Roy et al. 1984). Während dies für andere psychiatrische Störungsbilder bereits zuvor beschrieben worden war, publizierte Roy (2005), dass erlebte Kindheitstraumata auch bei schizophrenen Patienten als distale Risikofaktoren zu verstehen sind, die zu suizidalem Verhalten prädisponieren. Dementsprechend schilderten auch Scheller-Gilkey et al. (2002), dass sowohl Substanzmissbrauch als auch depressive Symptome im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen im Kindesalter stehen und auf der anderen Seite zwei wichtige Risikofaktoren für suizidales Verhalten bei Schizophrenie darstellen. Psychopathologische Symptome können dabei als wichtiger vermittelnder Faktor zwischen Kindheitstrauma und suizidalem Verhalten im Erwachsenenalter gewertet werden (Molnar et al. 2001).

Roy (2005) untersuchte 50 schizophrene Patienten mit und 50 ohne Suizidversuch in der Vorgeschichte mit Hilfe des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Er fand signifikant höhere CTQ-Werte für emotionale und physische Misshandlung, sexuellen Missbrauch sowie für emotionale als auch körperliche Vernachlässigung bei Patienten mit positiver Suizidanamnese im Vergleich zu Patienten ohne Suizidversuch. Ücok und Bikmaz (2007) verwendeten ebenfalls den CTQ als Erhebungsinstrument, konnten die Ergebnisse von Roy (2005) in ihrer Stichprobe erkrankter schizophrener Patienten jedoch nur teilweise replizieren. Sie wiesen einen Zusammenhang für kindlichen sexuellen Missbrauch mit Suizidversuchen in der Vergangenheit nach, nicht aber für andere Missbrauchsformen. In der Studie von Darves-Bornoz et al. (1995), die 64 schizophrene Patientinnen einschloss, zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch vor dem Alter von 16 Jahren und mindestens einem Suizidversuch in der Anamnese. Auch weitere Befunde wiesen darauf hin, dass negative Kindheitserlebnisse – wobei hierzu physische Misshandlung und sexueller Missbrauch, aber auch psychiatrische Erkrankung oder Verlust eines Elternteils, Trennung oder Scheidung der Eltern, Beobachten häuslicher Gewalt und Aufwachsen in einer Pflegefamilie oder bei Verwandten gezählt wurden – zu einer höheren Wahrscheinlichkeit von Suizidgedanken führen (Rosenberg et al. 2007).

1.2.3.5.3. Substanzmissbrauch

Die Prävalenz von Substanzmissbrauch liegt mit 47% bei schizophrenen Patienten 4,6mal höher als in der Allgemeinbevölkerung (Regier et al. 1990). Westermann berichtete im Jahr 1992 von Drogenmissbrauch, dem 60% aller schizophrenen Patienten im Verlauf ihrer Krankheit verfallen. In einer neueren Studie aus dem Jahr 2006 ging er davon aus, dass das Lebenszeitrisko für Substanzmissbrauch bei schizophrenen Patienten in den letzten Jahren angestiegen ist und heute bei etwa 70-80% liegt. Swofford et al. (2000), deren Stichprobe 262 Schizophreniepatienten einschloss, berichteten bei 55% der Patienten von stattgehabtem oder derzeitigem Substanzkonsum als Problem im Rahmen der Therapie. Die hohe Prävalenz von Substanzmissbrauch bei schizophrenen Patienten ist dabei möglicherweise auch auf die häufigen negativen Kindheitserlebnisse bzw. Traumatisierungen dieser Patientengruppe zurückzuführen. So fand eine große Anzahl von Studien signifikante Zusammenhänge zwischen negativen Kindheitserlebnissen bzw. Traumatisierungen und späterer Substanzabhängigkeit, aber auch weiteren psychischen Beeinträchtigungen, wie z.B. Depressionen (Burgess et al. 1987; Kessler et

al. 1997; Moncrieff et al. 1996; Mullen et al. 1993; Strakowski et al. 1995; Swanston et al. 2003; Turner and Lloyd 1995). Mit ihrer bevölkerungsbasierten Studie konnten Kendler et al. (2000) ebenfalls die Hypothese untermauern, dass kindlicher sexueller Missbrauch das Risiko für psychiatrische Störungen und späteren Substanzmissbrauch erhöht. Sie befragten 1.411 erwachsene weibliche Zwillinge und fanden eine positive Korrelation zwischen selbst berichtetem sexuellem Kindheitstrauma und psychiatrischen Störungen bzw. der Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Drogen im Erwachsenenalter.

Scheller-Gilkey et al. (2002) analysierten bei 40 schizophrenen Patienten mit und ohne Substanzmissbrauch in der Anamnese Zusammenhänge mit traumatischen Erfahrungen. Die von dieser Stichprobe am häufigsten konsumierte Substanz war Alkohol, gefolgt von Marihuana und Kokain. Als häufigste negative Kindheitserlebnisse wurden der Tod eines Elternteils oder einer anderen Erziehungsperson (51%) sowie physischer und sexueller Missbrauch (36%) angegeben. Hierbei erwies sich der Zusammenhang zwischen negativen Kindheitserlebnissen und stattgehabtem Substanzmissbrauch als signifikant. Des Weiteren zeigten sich bei der ehemals oder derzeit substanabhängigen Gruppe häufiger depressive Symptome und häufiger aktuelle belastende Lebenssituationen („life stress“) als bei der Gruppe ohne Substanabhängigkeit in der Vorgeschichte. Sowohl Substanzmissbrauch und depressive Symptome als auch aktuelle Belastungssituationen standen demnach im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen im Kindesalter und stellen, wie bereits erwähnt, wichtige Risikofaktoren für suizidales Verhalten bei Schizophrenie dar. Scheller-Gilkey et al. (2002) wiesen zudem darauf hin, dass drogenabhängige Eltern mit größerer Wahrscheinlichkeit ihre Kinder misshandeln oder vernachlässigen. Somit wirken wahrscheinlich sowohl das Kindheitstrauma als auch der Substanzmissbrauch der Eltern prädisponierend für den späteren Substanzmissbrauch des Kindes. Die Bedeutung dieser beiden Parameter kann deshalb nur schwer getrennt betrachtet werden. Dixon et al. (1991) hatten bereits Anfang der 1990er Jahre die Korrelation zwischen Drogenmissbrauch in der Familienanamnese der Patienten und deren eigener Schizophreniediagnose mit komorbidem Substanzmissbrauch beschrieben.

In einer weiteren Studie von Scheller-Gilkey et al. (2003) innerhalb dieses Themenfeldes wurden 122 schizophrene Patienten einbezogen. Die zu prüfende Hypothese war, ob belastende Erlebnisse im Kindesalter mit vermehrten PTBS-Symptomen und Substanzmissbrauch bei schizophrenen Patienten einhergehen. Die große Mehrheit (91%) der

Gruppe mit Substanzmissbrauch in der Vorgeschichte konsumierte Alkohol, 70% sowohl Alkohol als auch andere Drogen, 10% nur Drogen (Cannabis und/oder Kokain) und 20% nur Alkohol. Beim Vergleich der Probanden untereinander hatten die Patienten mit Substanzmissbrauch signifikant häufigere und schwerere traumatische Erlebnisse in der Kindheit. Außerdem konnte aufgezeigt werden, dass sie häufiger depressiv waren und mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit eine schwere PTBS-Symptomatik aufwiesen. Ebenfalls in dieser Untersuchung als signifikant erwies sich der Zusammenhang zwischen der Doppeldiagnose (Schizophrenie und Substanzmissbrauch) und schlechter Impulskontrolle, Schuldgefühlen und somatischen Erkrankungen. Gearon et al. (2001) fanden, dass bei schizophrenen Patienten besonders emotionale Misshandlung mit stärkerem Substanzgebrauch einhergeht. Diese Autoren erbrachten zudem weitere Belege dafür, dass schizophrene Frauen mit Substanzmissbrauch häufiger die Kriterien einer PTBS erfüllen, welche wiederum in Zusammenhang mit kindlichem physischem und sexuellem Missbrauch und späterer Reviktimisierung zu bringen sind (Gearon et al. 2003). In der Untersuchung von Gearon et al. (2003) berichteten 96% der Befragten mindestens ein traumatisches Erlebnis im Laufe ihres Lebens gehabt zu haben, 61% gaben kindlichen sexuellen Missbrauch an und ungefähr die Hälfte (48%) war als Kind körperlicher Misshandlung ausgesetzt gewesen. Beinahe drei Viertel der Stichprobe waren reviktimisiert worden, was bedeutet, dass sie sowohl im Kindesalter als auch im Erwachsenenalter traumatisierende Erfahrungen gemacht hatten. Unter den traumatischen Lebenserfahrungen wurde der Tod eines nahen Freundes oder geliebten Menschen am häufigsten genannt (78%), gefolgt vom Miterleben häuslicher Gewalt und der Leidenserfahrung einer lebensbedrohlichen Krankheit. Das Ausmaß der Traumatisierung entspricht in etwa demjenigen, das andere Studien an schwer psychisch kranken Patienten zuvor veröffentlichten. Im Vergleich zu Stichproben substanzabhängiger Frauen ohne Schizophrenie erwies es sich jedoch als deutlich erhöht. Während sich die durchschnittliche Anzahl der traumatischen Ereignisse in zwei Studien mit kokainabhängigen Frauen auf fünf bis sechs belief (Back et al. 2000; Najavits et al. 1998), fanden sich in dieser Studie (Gearon et al. 2003) durchschnittlich acht traumatische Ereignisse. Es bleibt zu klären, ob das erhöhte Risiko der Patientinnen mit beiden Diagnosen (Schizophrenie und Substanzmissbrauch) körperlich misshandelt zu werden im Wesentlichen auf den Substanzmissbrauch oder auf die Schizophrenie an sich zurückzuführen ist. Aussagekräftig hierzu wären Untersuchungen, in welchem Kontext der Missbrauch auf-

tritt, d.h. ob schizophrene Frauen eher in sozialen, familiären Situationen oder unter Drogen stehend sexuell missbraucht oder körperlich misshandelt werden.

Auch Rosenberg et al. (2007) fanden bei der Untersuchung von 569 erwachsenen Schizophreniepatienten signifikante Zusammenhänge zwischen negativen Kindheitserlebnissen und späterem Substanzmissbrauch. Innerhalb der Stichprobe betrieben von jenen mit negativen Kindheitserlebnissen 53% Substanzmissbrauch, wobei 36% Alkohol tranken und 40% Drogen nahmen. In einer bevölkerungsbasierten Studie zu diesem Thema untersuchten Houston et al. (2008) bei 5.877 Teilnehmern den Zusammenhang zwischen kindlichem sexuellem Missbrauch, frühem Cannabiskonsum und Psychosen. Hierbei wiesen kindlich sexuell traumatisierte Teilnehmer mit erstem Cannabiskonsum unter 16 Jahren ein signifikant höheres Risiko für Psychosen auf als jene ohne sexuelles Kindheitstrauma oder mit späterem Beginn des Cannabiskonsums. Die klinische Bedeutung des Zusammenhanges zwischen Psychose und Substanzkonsum zeigen auch Untersuchungen, die belegen, dass substanzabhängige bzw. substanzkonsumierende schizophrene Patienten ein höheres Gewaltpotential aufweisen (Cuffel und Chase 1994; Eronen et al. 1996; Lindqvist und Allebeck 1989; Smith und Hucker 1994), mit größerer Wahrscheinlichkeit Suizid begehen (Heila et al. 1997; Krausz et al. 1996; Scheller-Gilkey 2002), häufiger ambulante Behandlung wegen psychotischer Positivsymptome in Anspruch nehmen (Swofford et al. 2000), jünger sind bei erster stationärer Aufnahme sowie häufiger stationär aufgenommen werden (Gupta et al. 1996; Swofford et al. 1996; Swofford et al. 2000). Während van Ammers et al. (1997) keinen Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und Positiv- oder Negativ-Symptomen nachweisen konnten, fanden Brunette et al. (1997) eine geringe Korrelation zwischen der Stärke der schizophrenen Symptome und dem Ausmaß des Substanzmissbrauchs. Auch eine weitere Untersuchung von Drake et al. (1989) konnte den Zusammenhang zwischen Alkoholgebrauch und -missbrauch bei schizophrenen Patienten und ausgeprägteren Symptomen bzw. einer hohen Rate von Rehospitalisationen nachweisen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass traumatische Erfahrungen in frühen Lebensphasen offensichtlich einen Risikofaktor für verschiedene klinische Problembereiche bei schizophrenen Patienten darstellen – dazu zählen Substanzmissbrauch (Burnam et al. 1988; Scheller-Gilkey 2004), soziale Probleme (Browne 1993; Feitel et al. 1992) sowie Suizidalität (Roy 2005; Scheller-Gilkey et al. 2002).

1.3. Fragestellungen und Hypothesen

Fragestellungen:

1. Finden sich bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis Unterschiede in Bezug auf soziodemographische Parameter (Schulbildung, Berufsausbildung, aktuelle Berufssituation, aktuelle Partnerschaft, Anzahl der Kinder, Wohnsituation) zwischen Personen mit und ohne frühe Traumatisierungen (sexueller Missbrauch, physische Misshandlung und emotionale Traumatisierung)?

Hypothesen:

- a) Betroffene Patienten haben niedrigere Schulabschlüsse, seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung, sind seltener berufstätig, befinden sich seltener in festen Partnerschaften, haben seltener Kinder und leben häufiger alleine.
2. Finden sich bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis Unterschiede in Bezug auf wichtige klinische Verlaufparameter (Alter bei Erst-erkrankung, Alter bei erster stationärer Aufnahme wegen psychotischer Positiv-Symptome, stationäre Voraufenthalte, Suizidgedanken, -pläne, -versuche, Substanzmissbrauch) zwischen Personen mit und ohne frühe Traumatisierungen (sexueller Missbrauch, physische Misshandlung und emotionale Traumatisierung)?

Hypothesen:

- a) Patienten mit frühen Traumatisierungen weisen ein niedrigeres Ersterkrankungsalter, ein niedrigeres Alter bei erster stationärer Aufnahme wegen psychotischer Positiv-Symptome und häufigere stationäre Voraufenthalte auf.
- b) Betroffene Patienten hatten bereits häufiger Suizidgedanken, planten häufiger Suizide und unternahmen häufiger Suizidversuche. Des Weiteren weisen sie mehr komorbiden Substanzkonsum auf.

1.4. Ziele der Arbeit

Die vorliegende Arbeit untersucht Unterschiede im Hinblick auf soziodemographische Parameter und den Krankheitsverlauf zwischen Patienten mit und ohne physischer, sexueller und/oder emotionaler Traumatisierung in Kindheit und Jugend bei einer homogenen Stichprobe von Patienten mit „F2-Störungen“ (ICD-10: F20- F29). Sollten sich diesbezüglich Unterschiede zwischen den Patientengruppen zeigen, ergeben sich daraus eventuell therapeutische Konsequenzen mit Verbesserung der Versorgung schizophrener traumatisierter Patienten. Die Analysen in bereits vorhandenen Studien zu frühen Traumatisierungen bei psychotischen Patienten basieren überwiegend auf zwei Formen von Traumatisierung- physischer Misshandlung und sexuellem Missbrauch. In der vorliegenden Studie wird emotionale Misshandlung als weitere wichtige Traumatisierungsform einbezogen. Sollten sich entsprechende Zusammenhänge soziodemographischer Parameter und des Krankheitsverlaufs auch mit dieser Form früher Traumatisierungen zeigen, könnten die Ergebnisse dazu beitragen, langfristig die Therapie dieser Subgruppe von Patienten durch spezifische Diagnostik und die Berücksichtigung besonderer Versorgungsbedürfnisse zu verbessern.

2. Methoden

2.1. Wahl des Forschungsdesigns und der Untersuchungszeitpunkte

Die obigen Hypothesen wurden im Rahmen einer klinischen Querschnittstudie überprüft, in der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis retrospektiv zu Traumatisierungen im Kindesalter befragt wurden. Nach Aufklärung über die Studie und schriftlicher Einverständniserklärung seitens der Patienten fand die Aufnahmeuntersuchung (t1) statt. Hierbei wurden anhand des Studieninterviews soziodemographische Daten und klinische Verlaufsparemeter erfasst. Die Hauptuntersuchung (t2) mit Erhebung der Daten zur Traumavorgeschichte wurde zu einem Zeitpunkt durchgeführt, an dem sich die Patienten in einer stabileren Phase der Erkrankung befanden. Dieser Zeitpunkt wurde vom Behandlungsteam festgelegt und variierte individuell je nach Krankheitsschwere und -verlauf.

2.2. Wahl des Datenerhebungsverfahrens

Als Verfahren der Datenerhebung wurde die Befragung angewandt. Es wurden soweit möglich quantitative Verfahren gewählt, um mit einem möglichst hohen Grad an Standardisierung die statistische Datenanalyse zu erleichtern und eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Studien herzustellen.

Als Befragungstechnik wurde eine Mischung aus psychometrischen Selbstbeurteilungsinstrumenten und halbstrukturierten Interviews angewandt. Halbstrukturierte Interviews ermöglichen es, im Gegensatz zu Selbstbeurteilungsverfahren, Fragen zu wiederholen und umzuformulieren. Auf diese Weise konnte gerade bei sensiblen Themen wie der Traumavorgeschichte zuverlässiger gewährleistet werden, dass die Fragen auch richtig verstanden wurden.

2.3. Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche

Die in die vorliegende Analyse eingehenden Variablen(-gruppen) lassen sich drei Merkmalsbereichen zuordnen:

2.3.1. Soziodemographische Daten (2.4.1.)

- Alter, Geschlecht
- Bildungsstand und Berufssituation
- Partnerschaft, Elternschaft und Wohnsituation

2.3.2. Potentiell traumatische Erlebnisse im Kindesalter (2.4.2.)

- Sexueller Missbrauch und physische Misshandlung (2.4.2.1)
- Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung (2.4.2.1)

2.3.3. Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf (2.4.3)

Der letzte Merkmalsbereich enthält verschiedene Variablen, die dazu dienen potentielle Unterschiede im Hinblick auf die psychiatrische Anamnese und den Krankheitsverlauf bei Patienten mit bzw. ohne frühe traumatische Erlebnisse zu charakterisieren.

- Erkrankungsbeginn und bisherige stationäre Behandlungen (2.4.3.1)
- stationäre Gesamtaufenthaltsdauer (Aufnahme bis Entlassung) (2.4.3.2)
- Suizidanamnese (2.4.3.3)
- Suchtanamnese (2.4.3.4)

Im Rahmen der Untersuchung wurden noch weitere Daten erhoben (unter anderem z.B. psychotische und dissoziative Symptome). Die hierfür verwendeten Interviews sollen an dieser Stelle lediglich aufgelistet werden (vgl. Kap. 2.6., Tab. 1), da ihre Inhalte bzw. die erfragten Daten für diese Arbeit nicht von Bedeutung sind: „Parental bonding-index“ (PBI), Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS, wurde zu zwei verschiedenen Zeitpunkten erhoben), „Posttraumatic Diagnostic Scale“ (PDS), PTBS-Modul des Strukturierten Klinischen Interviews nach DSM-IV I (PTBS-Modul des SKID I), „Interview zu Traumatisierung bei psychotischen Erkrankungen“ (ISE).

2.4. Operationalisierungen

2.4.1. Soziodemographische Daten

Studieninterview

Das in der Studie eingesetzte halbstandardisierte Interview untergliedert sich in vier verschiedene Sektionen. Neben Fragen zur Soziodemographie (Alter, Geschlecht, Schul- und Berufsbildung, Berufstätigkeit, Partnerschaft, Elternschaft und Wohnsituation) wurden auch die psychiatrische Vorgeschichte (Alter beim Auftreten der ersten psychotischen Symptome, das Alter bei erster stationärer Behandlung, die Anzahl der bisherigen stationären psychiatrischen Aufenthalte und die Gesamtdauer dieses Aufenthalts), Suizidalität (Fragen zu Suizidgedanken, sowie konkreten Plänen und Handlungen) und eine ausführliche Suchtmittelanamnese erhoben (Tabak, Alkohol, Cannabis und weitere Drogen, Angaben zum Alter bei Erstgebrauch, zur Häufigkeit und Dauer des Konsums und zum aktuellen Gebrauch).

Bezüglich der Schulbildung wurde erfragt, ob die Patienten einen Hauptschulabschluss oder Mittlere Reife bzw. das Abitur gemacht haben. Die aktuelle berufliche Situation wurde durch die Variable „vollzeitberufstätig ja/nein“ erfasst, wobei zu Vollzeitberufstätigen auch Auszubildende, Wehr- oder Zivildienstleistende sowie Frauen, welche ein Freiwilliges Soziales Jahr absolvierten, gezählt wurden.

2.4.2. Potentiell traumatische Erlebnisse im Kindesalter

2.4.2.1. Sexueller Missbrauch und physische Misshandlung im Kindesalter

Strukturiertes Trauma Interview

Das „Strukturierte Trauma Interview“ (STI; Draijer 1989; dt. Übersetzung, Schäfer 2004) ist eine für die klinische Praxis adaptierte Version eines halbstrukturierten Interviews, das für eine nationale Untersuchung zu Häufigkeit und Folgen von sexuellem und körperlichem Missbrauch sowie wahrgenommener Vernachlässigung in der Kindheit entwickelt wurde (Draijer 1988; Draijer 1990). Das STI erfasst folgende Bereiche traumatischer Erlebnisse:

- (a) früher Verlust oder Trennung des Kindes von seinen Eltern²,
- (b) Beobachten von Gewalt unter Eltern
- (c) sexueller Missbrauch im Kindes- oder Erwachsenenalter,
- (d) körperliche Misshandlung durch Eltern,
- (e) Erfahrung körperlicher Gewalt bzw. Aggression im Erwachsenenalter,
- (f) Vernachlässigung im Kindesalter
- (g) andere erschütternde Erfahrungen im Kindes- oder Erwachsenenalter

Das Interview soll eine allgemeine Einschätzung des Schweregrads von Missbrauchserfahrungen verschiedener Formen ermöglichen und helfen die Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung des Patienten zu eruieren (Draijer und Boon 1995).

Im Folgenden werden die der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegten Definitionen von physischer Misshandlung und sexuellem Missbrauch gemäß des Manuals des Strukturierten Trauma Interviews (Draijer 1989; dt. Übersetzung, Schäfer 2004) näher erläutert. Zur Auswertung der durch das STI erhobenen Daten bezüglich kindlicher physischer Misshandlung in der Kindheit wurde eine Einteilung in drei Schweregrade von Aggression vorgenommen:

- (1) Leichte Aggression: gelegentliche Formen von körperlicher Gewalt, wie Schläge mit oder ohne Gegenstand oder einmalig sehr harte Schläge
- (2) Mittelgradige Aggression: Kombinationen von aggressiven Handlungen, wie z.B. Schlagen und Haare ausreißen, Fußtritte und Faustschläge
- (3) Schwere Aggression: chronische Formen körperlicher Aggression und verschiedene gewalttätige Handlungen, z.B. Einschließen, Festbinden oder Tritte, die zu blutenden Verletzungen führten

Mutter- und Vaterfigur wurden zunächst im Hinblick auf den Schweregrad der Aggression nach dem oben genannten Schema getrennt bewertet. In einem zweiten Schritt wurde das Verhalten des Elternpaars in Bezug auf die Chronizität der stattgehabten körperlichen Misshandlung gemeinsam beurteilt. In der vorliegenden Studie umfasst der Begriff „physische Misshandlung“ das Erleben mittelgradiger oder schwerer körperlicher Aggression durch mindestens eine Erziehungsperson.

² Mit Eltern sind hier sowohl leibliche Eltern als auch Personen in elternähnlicher Rolle bzw. Erziehungspersonen gemeint, die sich bis zum Alter von 16 Jahren hauptsächlich um das Kind kümmerten.

Zur Auswertung der Daten bezüglich kindlicher sexueller Erlebnisse wurde eine relativ eng gefasste Definition von sexuellem Missbrauch gewählt. Jede Form von sexuellem Körperkontakt (sexualisiertes Streicheln, sexualisierte Küsse und ähnliche Übergriffe sowie orale, anale oder vaginale Penetration) vor dem 16. Lebensjahr wurde als sexueller Missbrauch definiert. Im Rahmen der Definition musste das Kind die vorgenommene Handlung nicht abgelehnt haben, da Kinder noch nicht in der Lage sind, eigenverantwortlich die Tragweite einer sexuellen Handlung zu erfassen bzw. einer sexuellen Handlung zuzustimmen oder diese abzulehnen. Dementsprechend stellte auch die Anwendung von körperlicher Gewalt kein notwendiges Definitionskriterium dar.

Childhood Trauma Questionnaire

Anhand des „Childhood Trauma Questionnaire“ (vgl. Kapitel 2.4.2.2.) wurden ebenfalls sexueller Missbrauch und physische Misshandlung eruiert, diese Befunde werden im deskriptiven Vergleich mit denen des STI dargestellt. Hierbei wurden diesen Traumatisierungsformen im CTQ ebenfalls enge Definitionen zugrunde gelegt, wonach nur sexueller Missbrauch und physische Misshandlung gewertet wurden, die dem Ausmaß „schwer bis extrem“ entsprachen.

2.4.2.2. Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter

Childhood Trauma Questionnaire

Der „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ; Bernstein und Fink 1998) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen und besteht aus 28 Items. Er dient der quantitativen Erfassung kindlicher Traumatisierungen. Dabei werden fünf Typen von Traumatisierungen unterschieden: emotionale, physische und sexuelle Misshandlung sowie emotionale und physische Vernachlässigung. Jeder Bereich wird durch fünf Fragen abgedeckt. Weitere drei Fragen repräsentieren die sogenannte Verharmlosungs- bzw., Verleugnungsskala („Minimization/Denial scale“), die nicht in die Auswertung zu traumatischen Erfahrungen eingeht. Alle Fragen sind allgemein formuliert und beschreiben kein spezielles Ereignis. Die Antwortmöglichkeiten werden durch eine 5-Stufenskala (von 1=„stimmt nie“ bis 5=„stimmt sehr oft“) repräsentiert, so dass sich eine quantitative Aussage über den Schweregrad des traumatischen Ereignisses formulieren lässt. Zur Auswertung werden die entsprechenden Fragen der einzelnen Traumabereiche addiert, so dass sich fünf Sco-

res ergeben mit einem Minimum von fünf und einem Maximum von 25 Punkten. Je höher der Summenscore des jeweiligen Misshandlungsbereiches, desto schwerwiegender wird die jeweilige Traumatisierung eingeschätzt. Dazu geben Berstein und Fink (1998) für jede Traumatisierungsform Schwellenwerte, sog. „Cut-Scores“, an, um das Ausmaß der Traumatisierung beurteilen zu können. Auf diese Weise werden vier verschiedene Schweregrade von Traumatisierung erfasst, „keine bis leichte“, „leichte bis mittelschwere“, „mittelschwere bis schwere“, „schwere bis extreme“ Traumatisierung. In der vorliegenden Studie wurden diejenigen Patienten als emotional traumatisiert eingestuft, die in mindestens einer der beiden Traumatisierungsformen „emotionaler Missbrauch“ und „emotionale Vernachlässigung“ das Ausmaß „schwer bis extrem“ erreichten. Im Folgenden werden die verschiedenen Traumatisierungsformen teilweise aufgrund der besseren Lesbarkeit entsprechend abgekürzt. CSA steht für sexuellen Missbrauch („childhood sexual abuse“), CPA für physische Misshandlung („childhood physical abuse“), CEA für emotionale Misshandlung („childhood emotional abuse“), CEN für emotionale Vernachlässigung („childhood emotional neglect“) und CPN für physische Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter („childhood physical neglect“).

Inzwischen kam der CTQ in zahlreichen Studien im anglo-amerikanischen Sprachraum zur Anwendung (Übersicht bei Bernstein und Fink 1998; Paivio und Cramer 2004; Scher et al. 2001; Wright et al. 2001). Dabei wurde eine gute Validität und Reliabilität, sowohl bei Bevölkerungsstichproben als auch bei Stichproben psychiatrischer Patienten, nachgewiesen.

2.4.3. Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

2.4.3.1. Erkrankungsbeginn und bisherige stationäre Behandlungen

Studieninterview (vgl. 2.4.1.)

- Alter bei ersten psychotischen Positiv-Symptomen
- Alter bei erster stationärer Aufnahme wegen psychotischer Symptome
- Anzahl der bisherigen stationären psychiatrischen Aufnahmen (inkl. der jetzigen)

2.4.3.2. Dauer des stationären Aufenthalts

Die stationäre Gesamtaufenthaltsdauer schließt den Zeitraum zwischen Tag der stationären Aufnahme und Tag der Entlassung aus der stationären Behandlung ein.

2.4.3.3. Suizidanamnese

Studieninterview (vgl. 2.4.1.)

- Suizidgedanken
- Suizidpläne
- Suizidversuche
- Anzahl der Suizidversuche
- Alter beim ersten Suizidversuch

2.4.3.4. Suchtanamnese

Studieninterview (vgl. 2.4.1.)

Der Abschnitt zur Erhebung des Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsums im Studieninterview beruht auf dem entsprechenden Abschnitt des „Addiction Severity Index“ (ASI, McLellan et al. 1992). Es wurden Tabak, Alkohol, Cannabis und weitere Substanzen erfragt. Unter dem Begriff „weitere Substanzen“ wurden Amphetamine, Halluzinogene, Kokain und Heroin zusammengefasst. Der ASI zeigte eine gute Validität und Reliabilität bei der Diagnose und Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit (McLellan et al. 1985; Rikoon et al. 2006). Rikoon et al. (2006) fanden für den ASI als Screening-

Instrument zur Erkennung einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit nach DSM-IV eine Sensitivität von 85% und eine Spezifität von 80%. Seit seiner Einführung 1979 war der ASI zu einem der meist verwendeten Instrumente bei der Therapie und Erforschung von Substanzmissbrauch geworden (Grissom und Bragg 1991).

Der für diese Studie ausgewählte Abschnitt enthielt eine Alkohol- und Drogenanamnese des letzten Monats. Aktueller Substanzkonsum wurde definiert als mindestens einmaliger Gebrauch in den letzten 30 Tagen. Ebenso wurden das Alter bei erstem Gebrauch und die Gesamtdauer des Konsums erfragt. Problematischer Konsum wurde definiert als wiederholter Alkoholkonsum bis zur Trunkenheit während mindestens eines Jahres oder jeglicher Drogenmissbrauch über mindestens ein Jahr.

2.5. Stichprobenansatz

Die Stichprobe bestand aus Patientinnen und Patienten, die konsekutiv von 05. Mai 2004 bis 15. März 2008 auf der offen geführten Psychosestation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) aufgenommen wurden.

Einschlusskriterien

- Alter von 18-65 Jahren
- „F2-Diagnose“ nach ICD-10 (F20- F29)

Ausschlusskriterien

- Organische, alkohol- oder drogenbedingte psychotische Störungen
- Keine ausreichenden Deutschkenntnisse, um eine zuverlässige Befragung durchzuführen
- Thematisierung des Missbrauchs erscheint klinisch kontraindiziert
z.B. durch akute Suizidalität
- Stationärer Aufenthalt umfasste < 4 Tage
- Kognitive Einschränkungen wie Intelligenzminderung oder dementielle Erkrankung
- Keine ausreichende psychische Stabilität vorhanden

2.6. Vorgehen bei der Datenerhebung

Die Datenerhebung gliederte sich in zwei Abschnitte, die Aufnahme-Untersuchung (t1) und die Hauptuntersuchung (t2) in der Stabilphase. Tabelle 1 zeigt die Reihenfolge, in der die einzelnen Instrumente angewandt wurden.

Tabelle 1: Reihenfolge der eingesetzten Instrumente

Patient	Untersucher
<u>Aufnahme-Untersuchung (t1)</u>	
1. Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)	1. Studieninterview 2. Positive and Negative Symptom Scale for Schizophrenia (PANSS) 3. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)
<u>Hauptuntersuchung (t2)</u>	
1. Einverständniserklärung	1. Strukturiertes Trauma Interview (STI)
2. Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS)	2. Trauma und Psychose (ISE)
3. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	3. PTBS-Modul des strukturierten klinischen Interviews nach DSM-IV (PTBS-Modul des SKID I)
4. Parental-Bonding-I. (PBI)	
5. Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)	

Aufnahme-Untersuchung (t1)

Die erste Untersuchung bestand unter anderem aus dem oben beschriebenen Studieninterview, in welchem für diese Arbeit wichtige Daten erfragt wurden. Dieser erste Kontakt zwischen Patient und Untersucher ließ oftmals eine vertrauensvolle Basis entstehen, die bei der Hauptuntersuchung, in der über viele persönliche und intime Themen gesprochen wurde, die Zusammenarbeit erleichterte. Des Weiteren wurden die Patienten ausführlich auf die Schweigepflicht der Interviewer und die Anonymisierung der Daten hingewiesen.

Hauptuntersuchung (t2)

Der Zeitpunkt der zweiten Gespräche wurde individuell festgelegt. Erst wenn der Patient nach Einschätzung des Behandlungsteams eine ausreichende Stabilität erreicht hatte, wurden die Interviews zur Traumavorgeschichte geführt. Zu diesem Zeitpunkt wurde der „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ) von dem Patienten ausgefüllt. Dies geschah im Beisein der Untersucher, um Rückfragen zu ermöglichen. Daraufhin folgte das „Strukturierte Trauma Interview“ (STI). Um es den Patienten zu erleichtern sich an ihre Kindheit zu erinnern, waren die Fragen zu traumatischen Erlebnissen zwischen Fragen nach Familie, Beziehung zu Geschwistern und Eltern und nach anderen Kindheitserfahrungen eingebettet. Mehrere Fragen dienten dazu Vorkommnisse kindlicher Misshandlung zu erfassen. Eine Reihe von Studien konnte belegen, dass bei Berichten traumatischer Kindheitserlebnisse eher zu geringe als übertriebene Angaben gemacht werden, dies treffe insbesondere dann zu, wenn es sich um kindliche Missbrauchserfahrungen handle (Draijer 1988; Widom und Morris 1997; Widom und Shepard 1996). (Halb)Strukturierte Interviews, in unserem Fall das STI, sollen gegenüber Fragebögen dieses Problem so klein wie möglich halten und die Aussagekraft der Berichte dementsprechend verbessern (Brewin et al. 1993; Draijer 1985; Hyman 1954; van der Veen 1964). Zudem gewährleisteten persönliche Interviews einen besseren Einblick in den zeitlichen Verlauf der Kindheitserlebnisse.

Die Inhalte der erweiterten Datenerhebung mittels der oben aufgeführten zusätzlichen Fragebögen, wie z.B. FDS, PBI und PDS, hatten wie bereits erwähnt keine Bedeutung für die vorliegende Arbeit. Auf den Ablauf der Befragungen hatten diese Fragebögen jedoch durchaus Einfluss. So mussten aufgrund der Datenfülle sowohl teilweise das erste Gespräch als auch oft das zweite längere Gespräch auf mehrere Treffen aufgeteilt werden. Zum einen konnten sich einige Patienten nicht so lange Zeit am Stück konzentrieren. Zum anderen fiel es manchen Patienten schwer über belastende Erlebnisse zu sprechen, weswegen sie es als einfacher empfanden zu verschiedenen Zeitpunkten stufenweise von ihren Erfahrungen zu berichten. Diese sehr ausführliche Datenerhebung steigerte jedoch auch die Reliabilität der Befunde und erwies sich dadurch als sehr effektiv, dass Untersucher und Patient im Rahmen dieser Gespräche viel Zeit miteinander verbrachten und oftmals ein vertrauensvolles Verhältnis entstand. Auf dieser Basis waren die Patienten eher bereit von negativen bzw. traumatischen Erfahrungen zu berichten. Des Weiteren ist in Bezug auf die Durchführung der Untersuchung anzumerken, dass

die selbst auszufüllenden Fragebögen zwar von den meisten Patienten selbstständig bearbeitet werden konnten, in einigen Fällen jedoch Erläuterungen seitens des Untersuchers notwendig waren.

Am Ende des Interviews wurden die Patienten nach ihrer Befindlichkeit gefragt und danach, wie belastend sie dieses Gespräch empfunden hatten. Ihnen wurde angeboten, bei Bedarf jederzeit auf Mitglieder des Behandlungsteams oder die untersuchende Person selbst zuzugehen bzw. von diesen Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zudem wurden individuelle Wünsche bezüglich traumaspezifischer Therapieangebote eruiert. Die in den Interviews erhobenen Daten wurden, bei Zustimmung der Patienten, den behandelnden Ärzten mitgeteilt und von diesen im Gespräch aufgegriffen, um eventuell weiteres Vorgehen zur Bearbeitung dieser Traumatisierungen zu besprechen.

2.7. Ethik

Alle Patienten wurden detailliert über Ablauf und Ziele der Untersuchung aufgeklärt und bei Teilnahme um ihr schriftliches Einverständnis gebeten. Im Vorfeld hatte die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg der Studie ein positives Votum erteilt.

2.8. Auswertungsverfahren

Zur Beantwortung aller Fragestellungen kamen zunächst Methoden der deskriptiven Statistik zur Anwendung, wobei Kennwerte berechnet und Tabellen erstellt wurden. Wurden Gruppenvergleiche angestellt, so bestand die erste Gruppe aus Patienten, die kindlicher emotionaler, physischer oder sexueller Traumatisierung oder einer Kombination dieser Traumatisierungsformen ausgesetzt waren. Physische Misshandlung und sexueller Missbrauch wurden anhand des STI (Draijer 1989) erhoben und emotionale Traumatisierung durch den CTQ erfasst. Die zweite Gruppe beinhaltete Patienten ohne kindliche Traumatisierungserfahrung. Die zwei Patientengruppen wurden hinsichtlich metrischer Variablen mit Hilfe des t-Tests verglichen, bezüglich nominaler Variablen anhand des χ^2 -Tests und des Fischer-Tests. Den allgemeinen Konventionen folgend wurden Ergebnisse bzw. Zusammenhänge dann als signifikant anerkannt, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit 5% oder weniger betrug ($p \leq 0,05$). P-Werte zwischen 0,05 und 0,1 wurden als Trend bewertet. Die Daten wurden mit Hilfe des „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS, Version 15.0) analysiert.

3. Ergebnisse

3.1. Art der Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel wird zunächst die Stichprobe näher beschrieben. Anschließend folgen entsprechend der im Abschnitt „2.3. Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche“ entworfenen Gliederung die Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche.

3.2. Darstellung der Stichprobe

3.2.1. Stichprobengröße und Teilnehmerquote

Es wurden im Studienzeitraum insgesamt n=690 Patienten aufgenommen, von denen n=283 (41,0%) aufgrund der Ein- bzw. Ausschlusskriterien einbezogen werden konnten. Von den n=283 Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, entschieden sich n=178 (62,9%) dafür an der Studie teilzunehmen. Von diesen konnten n=20 nicht untersucht werden, da sie die Station kurz nach der im Studienprotokoll festgelegten minimalen Aufenthaltszeit verließen, es zu einem kurzfristigen Therapieabbruch kam (Entlassung gegen ärztlichen Rat) oder sie keine ausreichende Compliance zeigten um an der Befragung teilzunehmen. Sie hielten z.B. mehrmals zuvor vereinbarte Interviewtermine nicht ein. Während der Exploration von erfahrener Gewalt entschieden n=2 Patienten, das Interview abzubrechen, weil sie dies als zu stark belastend empfanden. Bezüglich zweier anderer Fälle traf der Interviewer diese Entscheidung. Die Daten n=9 anderer Patienten wurden später von der Analyse ausgeschlossen, da diese widersprüchliche Angaben gemacht hatten. Die endgültige Stichprobe schloss n=145 (51,2%) Patienten ein. Über zwei Drittel der Stichprobe hatten die Diagnose einer Schizophrenie (F20), annähernd ein Viertel die einer Schizoaffectiven Störung (F25) (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Diagnosen der Gesamtstichprobe nach ICD-10

	n	%
Schizophrenie (F20)	104	71,72
Schizotype Störung (F21)	1	0,69
Anhaltende Wahnhafte Störung (F22)	2	1,38
Akute psychotische Episode (F23)	5	3,45
Schizoaffective Störung (F25)	32	22,07
Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29)	1	0,69

Anmerkung. n=145

3.2.2. Untersuchungszeitpunkte

Vom Behandlungsteam eingeschätzte psychische Stabilität und damit den Zeitpunkt des Hauptinterviews erreichten die Patienten durchschnittlich nach drei Wochen (M=21,2 Tage; SD=13,2). Die Zeitspanne zwischen dem Hauptinterview und dem Tag der Entlassung umfasste durchschnittlich M=26,7 Tage (SD=24,1).

3.3. Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche innerhalb der Gesamtstichprobe

3.3.1. Soziodemographische Daten

Die Stichprobe bestand zu einem Drittel aus Frauen (33,1%) und zu zwei Dritteln aus Männern (66,9%). Das Durchschnittsalter betrug M=34,1 Jahre (SD=11,5; range=18-65), wobei die einzelnen Altersstufen in etwa gleich stark vertreten waren (siehe Tabelle 3). Die Männer waren durchschnittlich vier Jahre jünger als die Frauen, was sich im t-Test als signifikanter Unterschied erwies (n=145; t=1,98; df=143; p=0,050).

Tabelle 3: Durchschnittsalter

	Männer (n=97)		Frauen (n=48)		Insgesamt (n=145)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Alter in Jahren	32,8	10,9	36,8	12,2	34,1	11,5

Die meisten Patienten (92,9%) besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit. Bezüglich der Schulbildung zeigte sich, dass die meisten Patienten Abitur hatten (40,9%), gefolgt von Mittlerer Reife (34,3%) und einem Hauptschulabschluss (20,4%). Lediglich fünf Patienten hatten keinen Schulabschluss, wobei davon zwei noch die Schule besuchten (siehe Tabelle 4). Betrachtete man den weiblichen und den männlichen Stichprobenanteil getrennt, so fiel auf, dass Männer häufiger einen Hauptschulabschluss hatten, wobei Frauen häufiger Mittlere Reife oder Abitur nachweisen konnten (Frauen: 87,0% vs. Männer: 74,1%). Dieser Unterschied kann als Trend gewertet werden (n=103; $\chi^2=2,93$; df=1; p=0,087).

Tabelle 4: Höchster Schulabschluss

	Männer (n=91)		Frauen (n=46)		Insgesamt (n=137)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Noch in der Schule	2	2,2	0	0,0	2	1,5
Kein Abschluss	3	3,3	0	0,0	3	2,2
Sonderschulabschluss	1	1,1	0	0,0	1	0,7
Hauptschulabschluss	22	24,2	6	13,0	28	20,4
Mittlere Reife	31	34,1	16	34,8	47	34,3
Abitur	32	35,2	24	52,2	56	40,9

Etwa die Hälfte der Patienten (54,8%) verfügte über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Frauen konnten etwas häufiger eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen als Männer (65,0% vs. 50,0%; $n=124$; $\chi^2=2,46$; $df=1$; $p=0,117$). Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Frauen durchschnittlich 4 Jahre älter waren. Auf die gesamte Stichprobe bezogen waren Patienten ohne Berufsabschluss mit durchschnittlich $M=29,7$ Jahren ($SD=10,1$) erwartungsgemäß jünger als Patienten mit abgeschlossener Berufsausbildung, deren mittleres Alter sich auf $M=40,2$ Jahre ($SD=10,4$; $t=-5,68$; $df=122$; $p=0,000$) belief.

Bei der Befragung nach der aktuellen beruflichen Situation berichteten 9,8% der Frauen und 14,3% der Männer ($n=115$; $\chi^2=0,59$, $df=1$; $p=0,443$) und damit 12,9% der Gesamtstichprobe vollzeitberufstätig zu sein.

Die aktuelle Partnersituation betreffend war ein Großteil der Patienten alleinstehend, nur ein Fünftel (21,3%) der Gesamtstichprobe lebte in einer festen Beziehung. Frauen schilderten beinahe doppelt so häufig feste Beziehungen wie Männer (31,1% vs. 16,7%; $n=141$; $t=1,97$; $df=139$; $p=0,051$; siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Feste(r) Partner(in)

	Männer (n=96)		Frauen (n=45)		Insgesamt (n=141)	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Ja	16	16,7	14	31,1	30	21,3
Nein	80	83,3	31	68,9	111	78,7

Die Frage nach Kindern bejahten 25 Patienten (17,7%). Frauen hatten häufiger Kinder als Männer, hierbei muss nochmals angemerkt werden, dass der weibliche Anteil der Stichprobe älter war (22,2% vs. 15,6%; n=141; $\chi^2=0,91$; df=1; p=0,339, siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Kind

	Männer (n=96)		Frauen (n=45)		Insgesamt (n=141)	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Mindestens ein Kind	15	15,6	10	22,2	25	17,7
Keine Kinder	81	84,4	35	77,8	116	82,3

Hinsichtlich der aktuellen Wohnsituation zeigte sich, dass nahezu die Hälfte der Patienten alleine lebte (46,5%), wohingegen die andere Hälfte mit Familienangehörigen, Freunden oder anderen Mitbewohnern zusammen wohnte (53,5%). Diese Verteilung blieb weitgehend bestehen, wenn man den weiblichen und den männlichen Anteil der Stichprobe getrennt analysierte (alleine wohnen: 45,7% vs. 46,9%, Fischer-Test: p=1,0; siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Aktuelle Wohnsituation

	Männer (n=96)		Frauen (n=46)		Insgesamt (n=142)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Alleine	45	46,9	21	45,7	66	46,5
Mit Mitbewohnern	51	53,1	25	54,3	76	53,5

Weitere Angaben zur Art der aktuellen Unterkunft finden sich in Tabelle 8.

Tabelle 8: Art der aktuellen Unterkunft

	Männer		Frauen		Insgesamt	
	(n=97)		(n=48)		(n=145)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Eigene Wohnung	56	57,7	32	66,7	88	60,7
Wohnung/Haus der Eltern	22	22,7	5	10,4	27	18,6
Betreutes Wohnen	8	8,2	5	10,4	13	9,0
Obdachlos	2	2,1	0	0,0	2	4,1
Anderes	8	8,2	4	8,3	12	8,3
Keine Angabe	1	1,0	2	4,2	3	2,1

3.3.2. Potentiell traumatische Erlebnisse im Kindesalter

Annähernd 40% (38,6%) der Patienten berichteten von emotionaler Traumatisierung in der Kindheit. Circa ein Drittel der Patienten (32,2%) war physisch misshandelt worden und ungefähr jede sechste Person (17,7%) war sexuellem Missbrauch ausgesetzt gewesen. Insgesamt hatten 53,6% der Patienten mindestens eine der Traumatisierungsformen erfahren, wobei dies Frauen signifikant häufiger betraf als Männer (67,4% vs. 46,8%; n=140; $\chi^2=5,26$; df=1; p=0,022). Auch bei differenzierter Betrachtung wurden alle Formen früher Traumatisierung von Frauen häufiger angegeben als von Männern. Im Falle emotionaler Traumatisierung betraf diese 52,1% der Frauen und 32,0% der Männer (n=145; $\chi^2=5,49$; df=1; p=0,019), im Falle physischer Misshandlung 38,3% der Frauen und 29,2% der Männer (n=143; $\chi^2=1,21$; df=1; p=0,272). Sexueller Missbrauch wurde von Frauen mehr als doppelt so häufig berichtet (28,3% vs. 12,6%; n=141; $\chi^2=9,19$; df=1; p=0,023). Einen Überblick über die Verteilung der verschiedenen Formen kindlicher Traumatisierung gibt Abbildung 1.

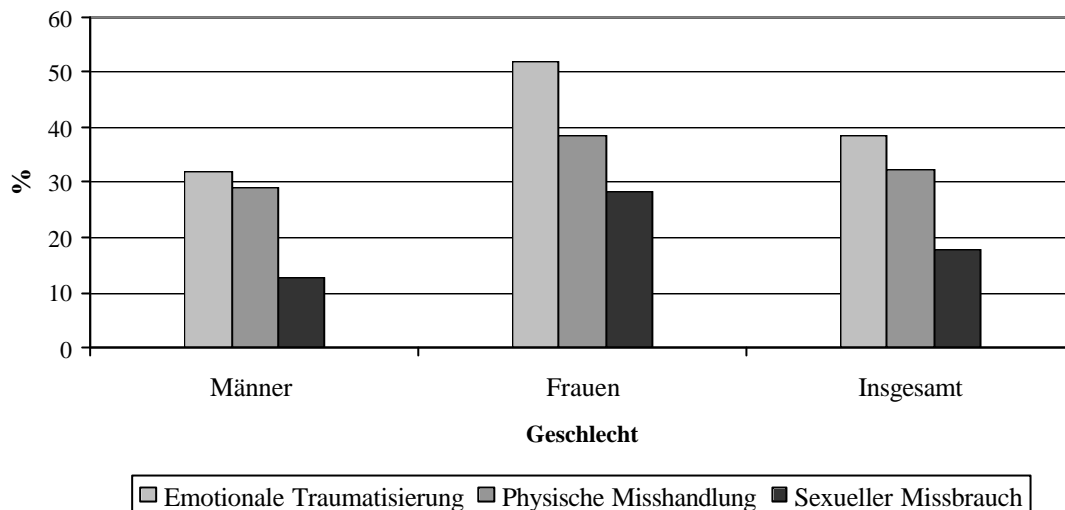


Abbildung 1: Verteilung der einzelnen Formen kindlicher Traumatisierung

Da anhand des „Childhood Trauma Questionnaires“ ebenfalls physische Misshandlung und sexueller Missbrauch eruiert wurden, sollen auch diese Ergebnisse hier deskriptiv dargestellt werden (siehe Tabelle 9). In die Auswertung werden diese Beobachtungen jedoch nicht mit einbezogen, da die Erhebung von Daten bezüglich physischer und sexueller Traumatisierung durch das halbstrukturierte Interview (STI) verlässlicher α -scheint.

Tabelle 9: Childhood Trauma Questionnaire - potentielle Traumatisierung im Kindesalter

Subskalen	M / SD	Min / Max
Sexueller Missbrauch	7,0 / 4,1	5 / 24
Emotionaler Missbrauch	11,4 / 5,1	5 / 25
Physische Misshandlung	7,4 / 3,7	5 / 22
Emotionale Vernachlässigung	13,9 / 5,0	5 / 25
Physische Vernachlässigung	9,6 / 3,5	5 / 18
Summenscore	49,3 / 15,1	25 / 100

Anmerkung. n=138-141

Der Vergleich zwischen den Ergebnissen des Strukturierten Trauma Interviews und des selbstauszufüllenden CTQ für physische Misshandlung und sexuellen Missbrauch zeigte höhere Werte für beide Traumatisierungsformen im STI (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Angaben zu physischer Misshandlung und sexuellem Missbrauch im STI und CTQ

Traumatisierungsform	STI		CTQ	
	n	(%)	n	(%)
physische Misshandlung	46	32,2%	15	10,6%
sexueller Missbrauch	25	17,7%	18	13,0%

*Anmerkungen. Physische Misshandlung (STI) n=143, sexueller Missbrauch (STI) n=141
Physische Misshandlung (CTQ) n=141, sexueller Missbrauch (CTQ) n=138*

Von den Patienten, die im STI als körperlich misshandelt eingestuft wurden, hatten nur etwa ein Drittel (31,8%) zuvor im CTQ körperliche Misshandlung angegeben, die als „schwer bis extrem“ bewertet wurde. Umgekehrt hatten 93,3% derer, die im CTQ als „schwer bis extrem“ körperlich misshandelt galten, auch laut STI Misshandlung erfahren.

Im Bezug auf sexuellen Missbrauch ergab sich folgendes Bild: Patienten, die im STI von sexuellem Missbrauch berichteten, waren zu 63,6% auch durch ihre CTQ-Angaben als sexuell missbraucht eingestuft worden. Wobei Patienten, die im Sinne des CTQ als sexuell missbraucht galten, zu 77,8% auch im STI Erfahrungen schilderten, die definitiv als sexueller Missbrauch zu werten waren.

3.3.3. Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

Beim Beginn der ersten psychotischen Symptome waren die Patienten im Mittel $M=25,2$ Jahre ($SD=9,8$) alt, wobei die Männer mit $M=24,7$ Jahren ($SD=9,8$) etwas jünger waren als die Frauen mit $M=26,2$ Jahren ($SD=9,8$; $n=133$; $t=0,84$; $df=131$; $p=0,403$). Die erste stationäre Behandlung fand mit $M=26,5$ Jahren ($SD=8,4$) statt, entsprechend waren die Männer hierbei ebenfalls etwas jünger ($M=25,7$; $SD=8,3$ vs. $M=28,4$; $SD=8,4$; $n=136$; $df=134$; $t=1,75$; $p=0,082$).

Für 17,0% der Stichprobe war die aktuelle Aufnahme die erste, für annähernd die Hälfte der Patienten (48,2%) die zweite bis vierte und bei 34,8% der Patienten handelte es sich

um mindestens die fünfte Aufnahme. Zwischen Männern und Frauen zeigte sich diesbezüglich kein bedeutender Unterschied (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Anzahl der stationären Aufenthalte

	Männer		Frauen		Insgesamt	
	(n=96)		(n=45)		(n=141)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1. Aufnahme	18	18,8	6	13,3	24	17,0
2.-4. Aufnahme	44	45,8	24	53,3	68	48,2
≥ 5. Aufnahme	34	35,4	15	33,3	49	34,8

3.4. Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche beim Vergleich der Patienten mit und ohne frühe Traumatisierung

Für die weitere Analyse wurde die Stichprobe in zwei Gruppen unterteilt. Patienten, welche den im Methodenteil beschriebenen Definitionen entsprechend emotionale, physische oder sexuelle Traumatisierung erfahren hatten, wurden der Trauma-Gruppe zugeordnet (vgl. Kap. 2.4.2). Dies betraf von den n=140 Patienten, von denen Informationen zu frühen Traumatisierungen erhalten werden konnten, n=75 Patienten (53,6%). Patienten ohne kindliche interpersonelle Traumatisierungserfahrung bildeten die zweite Gruppe (n=65; 46,4%). Die Trauma-Gruppe bestand zu 41,3% (n=31) aus Frauen und zu 58,7% (n=44) aus Männern.

3.4.1. Soziodemographische Daten

Bei Aufnahme zum aktuellen stationären Aufenthalt zeigte sich zwischen Patienten mit und ohne Traumatisierung kein Altersunterschied (M=34,4 Jahre; SD=11,0 vs. M=34,5 Jahre; SD=12,1; n=140; t=0,05; df=138; p=0,961).

Beim Vergleich der Schulbildung hatten Patienten mit traumatisierenden Erfahrungen im Kindesalter häufiger niedrigere Schulabschlüsse als jene ohne Traumatisierung. Während Patienten, die kindliche Traumatisierung schilderten, häufiger einen Hauptschulabschluss gemacht hatten (26,6% vs. 15,9%), hatten Patienten ohne Traumatisierung häufiger die Mittlere Reife oder das Abitur absolviert (84,1% vs. 73,4%), dieser Unterschied erwies sich jedoch nicht als signifikant (n=127; $\chi^2=2,17$; df=1; p=0,141, siehe Abbildung 2).

Während sich innerhalb des weiblichen Stichprobenanteils diesbezüglich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zeigte (13,8% vs. 6,7%; n=44, $\chi^2=0,50$; df=1; p=0,647), konnte innerhalb des männlichen Anteils der Stichprobe ein tendenzieller Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und einem Hauptschulabschluss als höchstem Abschluss nachgewiesen werden (37,1% vs. 18,8%; n=83; $\chi^2=3,52$; df=1; p=0,061).

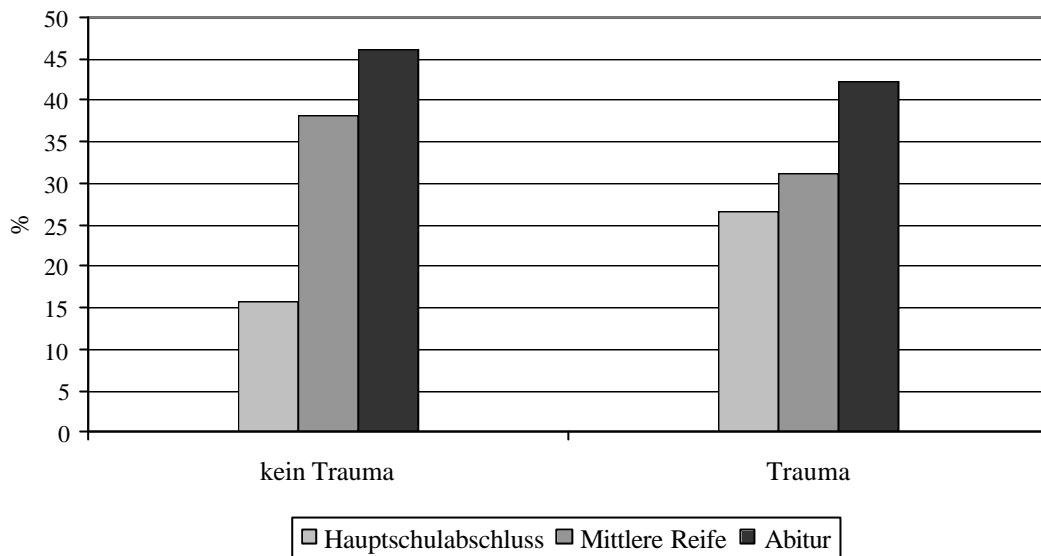


Abbildung 2: Schulabschluss bei Patienten mit und ohne Trauma

Bezüglich der Berufsausbildung fanden sich für die Gesamtstichprobe keine Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne kindlichen Traumatisierungen. Jeweils 55% hatten eine Berufsausbildung abgeschlossen (kein Trauma: 55,2%; Trauma: 54,7%; $n=122$; $\chi^2=0,00$; $df=1$; $p=0,957$). Wurde nach Geschlechtern differenziert, so zeigte sich, dass Frauen mit Traumatisierung seltener eine Berufsausbildung abgeschlossen hatten als Frauen ohne Traumatisierung (57,7% vs. 78,5%). Auch dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant ($n=40$; $\chi^2=1,74$; $df=1$; $p=0,187$). Im männlichen Stichprobenanteil fand sich kein Unterschied zwischen beiden Gruppen (47,7% vs. 52,6%; $n=82$; $\chi^2=0,20$; $df=1$; $p=0,658$).

Des Weiteren wurde ein Gruppenvergleich hinsichtlich der aktuellen beruflichen Situation durchgeführt. Es zeigte sich, dass nicht traumatisierte Patienten doppelt so häufig vollzeitberufstätig waren (18% vs. 8,5%), wobei dieser Unterschied ebenfalls keine statistische Signifikanz erreichte ($n=132$; $\chi^2=2,69$; $df=1$; $p=0,101$). Analyierte man Männer und Frauen getrennt, so blieb dieses Verhältnis bestehen (Frauen: 15,4% vs. 7,1%; $n=41$; Fischer-Test: $p=0,579$; Männer: 18,8% vs. 9,3%; $n=91$; Fischer-Test: $p=0,241$).

Im Hinblick auf feste Partnerschaften ließen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede nachweisen. Etwa ein Fünftel der Patienten, sowohl mit (18,3%) als auch ohne kindliche Traumavorgeschichte (23,1%), lebte in einer festen Beziehung. Frauen mit interpersoneller Traumaerfahrung hatten seltener einen Partner als jene ohne (25,0% vs.

40,0%; n=43; $\chi^2=1,04$; df=1; p=0,307). Dieser Unterschied war bei Männern deutlich weniger ausgeprägt (14,0% vs. 18,0%; n=93; $\chi^2=0,28$; df=1; p=0,597). Allerdings waren beide Gruppenunterschiede nicht statistisch signifikant.

Innerhalb der Gesamtstichprobe fand sich kein Unterschied hinsichtlich der Elternschaft zwischen Patienten mit und ohne Traumatisierungen (20,0% vs. 16,9%; n=136; $\chi^2=0,22$; df=1; p=0,641). Betrachtete man den weiblichen und den männlichen Anteil der Stichprobe getrennt, so zeigte sich bei den Frauen ein tendenzieller Unterschied. Frauen ohne Traumatisierungen hatten häufiger Kinder als jene mit dieser Erfahrung (40,0% vs. 14,3%; n=43; Fischer-Test: p=0,073). Im männlichen Anteil der Stichprobe zeigte sich kein Unterschied bezüglich der Elternschaft zwischen den zwei Patientengruppen (14,0% vs. 18,6%; n=93; $\chi^2=0,36$; df=1; p=0,547).

Die Angaben zur aktuellen Wohnsituation ergaben, dass Patienten mit kindlicher Traumatisierung tendenziell häufiger alleine wohnten als Patienten ohne diese Vorgeschichte (54,9% vs. 38,5%; n=136; $\chi^2=3,69$; df=1; p=0,055), wobei dies Frauen und Männer gleichermaßen betraf (Frauen: 53,6% vs. 33,3%; n=43; $\chi^2=1,60$; df=1; p=0,205; Männer: 55,8% vs. 40,0%; n=93; $\chi^2=2,32$; df=1; p=0,128)

3.4.2. Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

3.4.2.1. Erkrankungsbeginn und bisherige stationäre Behandlungen

Beim Vergleich der Patienten mit bzw. ohne kindliche Traumatisierung hinsichtlich erster psychotischer Positivsymptome fiel auf, dass Patienten mit kindlicher Traumaerfahrung tendenziell früher Symptome hatten (M=23,8 Jahre; SD=10,5 vs. M=27,2 Jahre; SD=8,9; n=128; t=1,96; df=126; p=0,052). Bei nach Geschlecht getrennter Betrachtung zeigte sich innerhalb des männlichen Stichprobenanteils weiterhin ein Unterschied auf Trendlevel hinsichtlich der ersten Positivsymptome zwischen Patienten mit und ohne Traumavorgeschichte, innerhalb des weiblichen Anteils konnte statistisch kein Unterschied nachgewiesen werden (Männer: M=22,7 Jahre; SD=10,4 vs. M=26,7 Jahre; SD=9,2; n=88; t=1,91; df=86; p=0,060; Frauen: M=25,4 Jahre; SD=10,7 vs. M=29,0 Jahre; SD=7,8; n=40; t=1,09; df=38; p=0,285). Entsprechendes fand sich, wenn beide Gruppen im Hinblick darauf verglichen wurden, ob der erste stationäre Aufenthalt vor oder nach dem 25. Lebensjahr erfolgt war. Dabei zeigte sich, dass Patienten mit Trau-

matisierungen signifikant häufiger bis zum 25. Lebensjahr stationär aufgenommen wurden als Patienten ohne Traumavorgeschichte (68,1% vs. 45,2%; n=131; $\chi^2=7,03$; df=1; p=0,008). Im Rahmen der nach Geschlecht getrennten Analyse fand sich dieser signifikante Zusammenhang entsprechend bei Männern wieder (76,2% vs. 50,0%; n=90; $\chi^2=6,54$; df=1; p=0,011), bei Frauen ergab sich diesbezüglich ein Zusammenhang auf Trendlevel (55,6% vs. 28,6%; n=41; $\chi^2=2,70$; df=1; p=0,10, siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und dem Alter bei erster stationärer Aufnahme

		Kein Trauma (n=62)		Trauma (n=69)		p-Wert
Alter bei erster stationärer Aufnahme		n	(%)	n	(%)	
Männer (n=90)	18-25 Jahre	24	50	32	76,2	p=0,011
	26-65 Jahre	24	50	10	23,8	
Frauen (n=41)	18-25 Jahre	4	28,6	15	55,6	p=0,100
	26-65 Jahre	10	71,4	12	44,4	
Insgesamt (n=131)	18-25 Jahre	28	45,2	47	68,1	p=0,008
	26-65 Jahre	34	54,8	22	31,9	

In Bezug auf die Anzahl der bisherigen stationären psychiatrischen Aufnahmen zeigte sich, dass Patienten mit Traumatisierung signifikant häufiger mindestens fünf stationäre Aufnahmen in der Vorgeschichte aufwiesen. Für annähernd die Hälfte der kindlich traumatisierten Patienten (46,6%) war dieser Klinikaufenthalt mindestens der fünfte stationäre Aufenthalt, wobei dies nur auf ein Fünftel (20,3%) der Patienten ohne Traumaerfahrung zutraf (n=137; $\chi^2=10,44$; df=1; p=0,001). Dieser Zusammenhang zeigte sich für die Gesamtgruppe und bei nach Geschlecht getrennter Analyse bei Männern als ebenfalls signifikant (50% vs. 22%; n=94; $\chi^2=8,05$; df=1; p=0,005), bei Frauen jedoch nur auf Trendlevel (41,4% vs. 14,3%; n=43; Fischer-Test: p=0,095, siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und der Anzahl stationärer Aufenthalte

	Anzahl stationärer Aufenthalte	kein Trauma (n=64)		Trauma (n=73)		p-Wert
		n	(%)	n	(%)	
Männer (n=94)	1	17	34	1	2,3	p=0,005
	2- 4	22	44	21	47,7	
	mind. 5	11	22	22	50	
Frauen (n=43)	1	3	21,4	3	10,3	p=0,095
	2- 4	9	64,3	14	48,3	
	mind. 5	2	14,3	12	41,4	
Insgesamt (n=137)	1	20	31,3	4	5,5	p=0,001
	2- 4	31	48,4	35	47,9	
	mind. 5	13	20,3	34	46,6	

3.4.2.2. Dauer des stationären Aufenthalts

Die Dauer des stationären Aufenthalts betrug in der vorliegenden Stichprobe M=47,3 Tage (SD=28,0) und war bei Frauen mit M=44,2 (SD=30,2) Tagen etwas kürzer als bei Männern mit M=48,8 (SD=26,9) Tagen. Diesbezüglich fand sich beim Gruppenvergleich, dass Patienten mit Traumatisierung sich signifikant häufiger nur bis zu einem Monat in stationärer Behandlung befanden als Patienten ohne Traumatisierung (41,3% vs. 21,5%; n=140; $\chi^2=6,26$; df=1; p=0,012). Im Hinblick auf die Gesamtverweildauer zeigte sich jedoch entgegen der Hypothese kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit bzw. ohne Traumatisierung (M=50,5 Tage; SD=27,4 vs. M=45,3 Tage; SD=28,9; t=1,10; df=138; p=0,275).

3.4.2.3. Suizidanamnese

Insgesamt gaben 77,6% der Stichprobe an schon einmal Suizidgedanken gehabt zu haben, 45,5% hatten schon einmal den Plan gefasst sich das Leben zu nehmen und 42,4% hatten bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen. Betrachtete man Männer und Frauen getrennt, so fand sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Suizidversuche. Frauen hatten häufiger bereits versucht ihr Leben zu beenden (54,5% vs. 36,8%; n=139; $\chi^2=3,86$; df=1; p=0,05, siehe Abbildung 3).

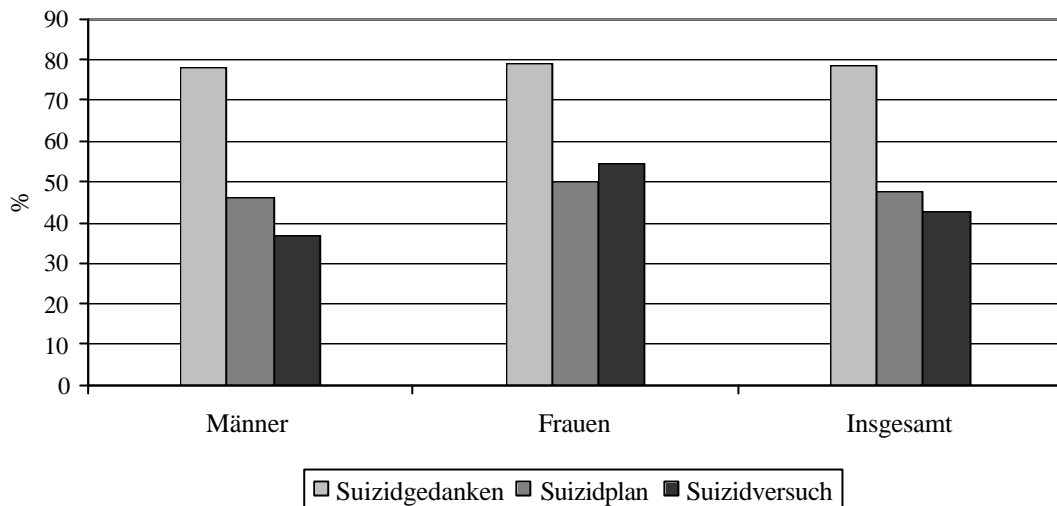


Abbildung 3: Suizidalität in der Gesamtstichprobe

Patienten mit Traumatisierungen in der Vorgeschichte wiesen signifikant häufiger Suizidgedanken auf als Patienten ohne diese Erlebnisse (90,0% vs. 64,1%; n=134; $\chi^2=12,94$; df=1; p=0,000; siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Zusammenhang zwischen kindlichen Traumatisierungen und Suizidalität

		Kein Trauma		Trauma		p-Wert
		n	(%)	n	(%)	
Suizidgedanken (n=134)	Ja	63	90,0	41	64,1	p=0,000
	Nein	7	10,0	23	35,9	
Suizidpläne (n=132)	Ja	37	54,4	23	35,9	p=0,033
	Nein	31	45,6	41	64,1	
Suizidversuche (n=134)	Ja	37	52,1	17	27,0	p=0,003
	Nein	34	47,9	46	73,0	

Im Rahmen der nach Geschlechtern getrennten Analyse bestätigte sich der signifikante Zusammenhang innerhalb der weiblichen Gruppe, wobei Patientinnen mit kindlicher Traumatisierung mehr als doppelt so häufig Suizidgedanken hatten wie jene ohne kindliche Traumatisierungserfahrung (96,3% vs. 42,9%; n=41; Fischer-Test: p=0,000). Innerhalb des männlichen Stichprobenanteils zeigte sich ein Zusammenhang auf Trendlevel (86% vs. 70%; n=93; $\chi^2=3,41$; df=1; p=0,065; siehe Abbildung 4).

Suizidpläne in der Vergangenheit fanden sich ebenfalls signifikant häufiger innerhalb der Trauma-Gruppe als in der Gruppe ohne Traumatisierung (54,4% vs. 35,9%; n=132;

$\chi^2=4,54$; $df=1$; $p=0,033$). Die nach Geschlechtern getrennte Analyse deutete darauf hin, dass für diesen Zusammenhang vornehmlich der weibliche Anteil der Stichprobe verantwortlich war. Patientinnen mit Traumatisierungserfahrung hatten annähernd dreimal so häufig Suizidpläne in ihrer Vergangenheit gemacht wie jene ohne kindliche Traumatisierung (61,5% vs. 21,4%; $n=40$; $\chi^2=5,87$; $df=1$; $p=0,015$). Innerhalb des männlichen Stichprobenanteils ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Patientengruppen nachweisen (50% vs. 40%; $n=92$; $\chi^2=0,92$; $df=1$; $p=0,336$).

Hinsichtlich der bereits unternommenen Suizidversuche zeigte sich, dass Patienten mit kindlicher Traumatisierung etwa doppelt so häufig bereits versucht hatten ihr Leben zu beenden wie Patienten ohne Traumaerfahrung (52,1% vs. 27,0%). Dieser Zusammenhang erwies sich ebenfalls als statistisch signifikant ($n=134$; $\chi^2=8,76$; $df=1$; $p=0,003$). Betrachtete man nur die Patientinnen, ergab sich der entsprechende statistische Zusammenhang, Frauen mit Traumaerfahrung hatten wesentlich häufiger versucht ihr Leben zu beenden (64,3% vs. 28,6%, $n=42$; Fischer-Test: $p=0,049$), wohingegen dieser Zusammenhang bei Männern nur Trendlevel erreichte (44,2% vs. 26,5%; $n=92$; $\chi^2=3,15$; $df=1$; $p=0,076$; siehe Abbildung 4).

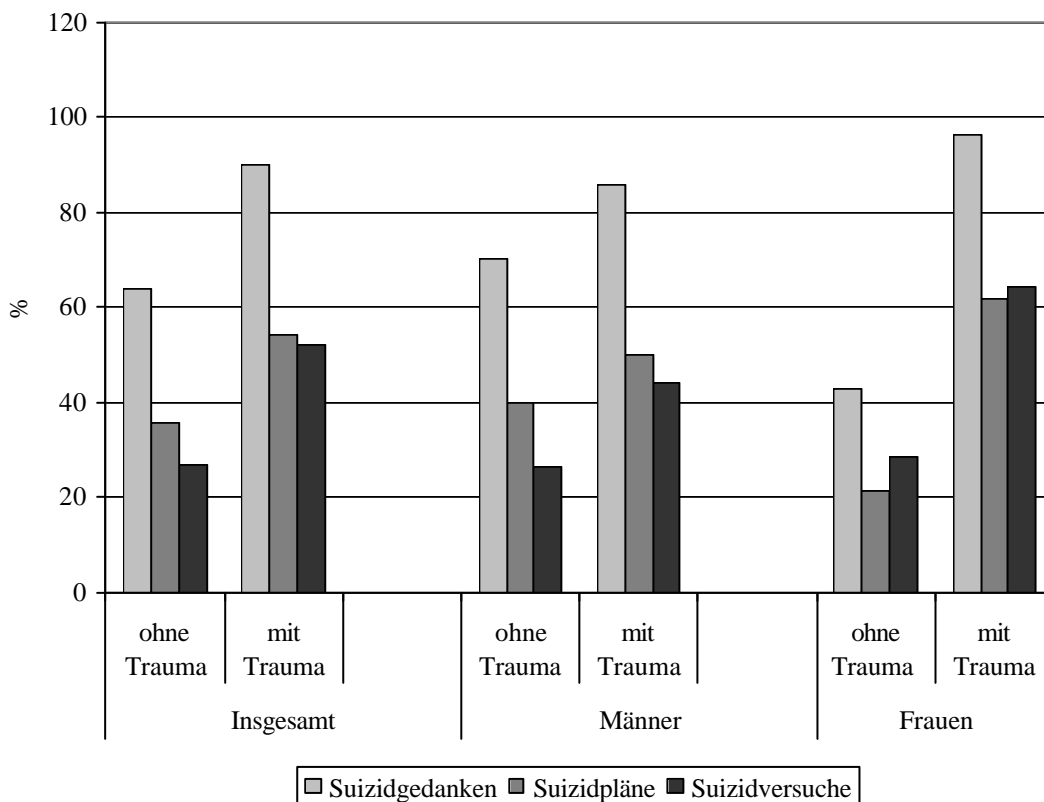


Abbildung 4: Kindliche Traumatisierung und Suizidalität nach dem Geschlecht

Ein weiterer Unterschied zwischen den Patienten mit und ohne Traumatisierungen betraf das Alter beim ersten Suizidversuch. Patienten mit kindlicher Traumatisierungserfahrung hatten ihren ersten Suizidversuch doppelt so häufig bis zum zwanzigsten Lebensjahr unternommen wie jene, die nicht betroffen waren (44,4% vs. 20,0%; $n=51$; Fisher-Test: $p=0,123$). Durchschnittlich waren betroffene Patienten beim ersten Suizidversuch in etwa zweieinhalb Jahre jünger als Patienten ohne Traumatisierung (25,8 Jahre; $SD=12,1$ vs. 28,3 Jahre; $SD=9,5$; $t=0,71$; $df=49$; $p=0,480$). Beide Unterschiede erreichten allerdings keine statistische Signifikanz.

In die Analyse zur Anzahl der Suizidversuche wurden nur Patienten einbezogen, die bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten. Die mittlere Anzahl der Suizidversuche betrug $M=2,1$ ($n=52$; $SD=1,4$; $range=1-7$). Zwischen Patienten mit und ohne Traumatisierungen zeigte sich ein Unterschied auf Trendlevel. Während Patienten ohne Kindheitstrauma $M=1,5$ ($n=16$; $SD=0,6$) Suizidversuche unternommen hatten, belief sich die Anzahl der Suizidversuche innerhalb der Trauma-Gruppe auf $M=2,2$ ($n=36$; $SD=1,4$; $t=-1,84$; $df=50$; $p=0,072$). Auffällig war, dass alle sechs Patienten, welche vier oder mehr Suizidversuche unternommen hatten, mindestens einer Form der Traumatisierung in ihrer Kindheit ausgesetzt waren.

3.4.2.4. Suchtanamnese

Die Daten bezüglich Substanzkonsum wurden ebenfalls im Rahmen des Studieninterviews erhoben. Insgesamt machten $n=134$ Patienten Angaben zu ihrem Suchtmittelkonsum, wobei $n=127$ davon (94,1%) Suchtmittelgebrauch in der Vergangenheit angaben. Tabak war von 88,1%, Alkohol bis zur Trunkenheit von 79,7%, Cannabis von 67,7% und weitere Drogen von 37,1% der Gesamtstichprobe mindestens einmal konsumiert worden. Im Hinblick auf das Alter des ersten Gebrauchs der verschiedenen Substanzen zeigte sich, dass die Patienten durchschnittlich mit $M=16,4$ Jahren ($SD=5,8$) das erste Mal Zigaretten geraucht hatten und mit $M=16,7$ Jahren ($SD=3,7$) das erste Mal betrunken gewesen waren. Das Durchschnittsalter beim ersten Cannabiskonsum betrug $M=17,6$ Jahre ($SD=5,3$), während sich das mittlere Alter beim ersten Gebrauch weiterer Drogen auf $M=20,5$ Jahre ($SD=5,1$) belief. Wurde, um Patienten mit Probierkonsum auszuschließen, nur ein Konsum von mindestens einem Jahr berücksichtigt, so zeigte sich, dass fast vier Fünftel der Gesamtstichprobe (78,6%) bereits ein Jahr oder länger geraucht hatten, 44,1% gaben über mindestens ein Jahr problematischen Alkoholgebrauch an. Cannabis war von etwa der Hälfte (52,4%) und „andere Drogen“ von circa

einem Fünftel (19,2%) der Patienten über den Zeitraum von mindestens einem Jahr hinweg konsumiert worden.

In die Berechnung der durchschnittlichen Jahre des Gebrauchs wurden alle Patienten mit mindestens einjährigem Konsum der jeweiligen Substanz eingeschlossen. Während sich der Tabakgebrauch der vorliegenden Stichprobe über durchschnittlich $M=16,1$ Jahre ($SD=9,7$) erstreckte, lag im Mittel ein problematischer Alkoholkonsum von $M=11,0$ Jahren ($SD=8,3$) vor. Der Cannabiskonsum betrug im Durchschnitt $M=7,9$ Jahre ($SD=6,2$) und der weiterer Substanzen $M=5,6$ Jahre ($SD=4,6$). Hinsichtlich des aktuellen Gebrauchs gaben 68,7% der Patienten an regelmäßig zu rauchen. Innerhalb der letzten 30 Tage vor Aufnahme waren 17,2% der Patienten mindestens einmal betrunken gewesen, 20,3% hatten Cannabis und 3,8% entweder Amphetamine, Halluzinogene, Kokain oder Heroin konsumiert.

Beim Vergleich der männlichen mit den weiblichen Patienten zeigten sich folgende signifikante Unterschiede: Männer hatten häufiger bereits eine der weiteren Substanzen konsumiert (43,3% vs. 23,8%; $n=132$; $\chi^2=4,68$; $df=1$; $p=0,031$) und waren jünger bei erster Trunkenheit (15,8 vs. 19 Jahre; $n=102$; $t=4,15$; $df=100$; $p=0,000$) und bei erstem Cannabiskonsum (17 vs. 19,5 Jahre; $n=90$; $t=2,07$; $p=0,041$). Wesentlich mehr Männer als Frauen gaben mindestens ein Jahr problematischen Alkoholgebrauch (52,5% vs. 21,2%; $n=113$; $\chi^2=9,31$; $df=1$; $p=0,002$) oder Cannabisgebrauch an (58,4% vs. 37,8%; $n=126$; $\chi^2=4,44$; $df=1$; $p=0,035$). Unterschiede auf Trendlevel fanden sich hinsichtlich des mindestens einmaligen Cannabiskonsums, wobei Männer häufiger bereits Cannabis konsumiert hatten (72,5% vs. 57,1%; $n=133$; $\chi^2=3,11$; $df=1$; $p=0,078$). Männer hatten auch öfter eine der weiteren Substanzen über ein Jahr genommen (23,3% vs. 10%; $n=130$; $\chi^2=3,17$; $df=1$; $p=0,075$). Den aktuellen Substanzmittelgebrauch betreffend waren mehr als doppelt so viele Männer innerhalb der letzten 30 Tage betrunken gewesen als Frauen (25% vs. 10%; $n=124$; $\chi^2=3,79$; $df=1$; $p=0,052$).

Wurden Patienten, die in ihrer Kindheit Traumatisierung erlebt hatten, mit solchen ohne Traumavorgeschichte im Hinblick auf einmaligen Konsum der verschiedenen Substanzen (Tabak, Alkohol bis zur Trunkenheit, Cannabis und andere Drogen) verglichen, so fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen (siehe Tabelle 15). Es fiel lediglich auf, dass Frauen mit Traumaerfahrung die genannten Suchtmittel

mit Ausnahme von Tabak häufiger konsumiert hatten als jene ohne (Alkohol bis zur Trunkenheit: 81,5% vs. 55,6%; n=36; Fischer-Test: p=0,184; Cannabis: 63,0% vs. 38,5%; n=40; $\chi^2=2,13$; df=1; p=0,145; andere Drogen: 25,9% vs. 15,4%; n=40; Fischer-Test: p=0,690).

Auch im Hinblick auf das Alter des ersten Gebrauchs von Tabak und Cannabis ließen sich innerhalb der Gesamtstichprobe keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen Patienten mit und ohne Traumatisierung feststellen (Tabak: M=16,0 Jahre; SD=4,1 vs. M=17,5 Jahre; SD=7,4; n=113; t=1,41; df=111; p=0,163; Cannabis: M=17,1 Jahre; SD=4,2 vs. M=18,6 Jahre; SD=6,4; n=85; t=1,266; df=83; p=0,209). Allerdings zeigte sich entgegen der Hypothese hinsichtlich des Alters bei erster Trunkenheit ein Unterschied auf Trendlevel zwischen Patienten mit und ohne kindlicher Traumatisierung, wobei Patienten ohne Traumatisierung bei erster Trunkenheit jünger waren (M=16,1 Jahre; SD=3,0 vs. M=17,4 Jahre; SD=4,1; n=99; t= -1,74; df=97; p=0,086). Eine nach Geschlechtern getrennte Auswertung zeigte, dass betroffene Patientinnen beim ersten Gebrauch von Tabak, Cannabis und weiteren Drogen durchschnittlich jünger waren als jene ohne Traumatisierungserfahrung, diese Unterschiede ergaben jedoch ebenfalls keine statistische Signifikanz (Tabak: M=16,0 Jahre; SD=4,6 vs. M=18,2 Jahre; SD=10,5; n=34; t=0,834; df=32; p=0,411; Cannabis: M=18,9 Jahre; SD=6,0 vs. M=22,4 Jahre; SD=8,0; n=22; t=1,051; df=20; p=0,306; andere Drogen: M=20,7 Jahre; SD=4,6 vs. M=26,0 Jahre; SD=2,8; n=9; t=1,499; df=7; p=0,178).

Verglich man die Patientengruppen bezüglich des problematischen Suchtmittelgebrauchs von mindestens einem Jahr, so gaben Patienten mit Kindheitstrauma häufiger an mindestens ein Jahr Tabak geraucht und/oder „weitere Drogen“ konsumiert zu haben als Patienten ohne Traumavorgeschichte (Tabak: 82,3% vs. 72,9%; n=121; $\chi^2=1,53$; df=1; p=0,216; weitere Substanzen: 23,1% vs. 15%; n=125; $\chi^2=1,31$; df=1; p=0,252), ohne dass diese Unterschiede statistische Signifikanz erreichten. Im Rahmen der getrennten Auswertung von Männern und Frauen zeigte sich, dass Frauen mit kindlicher Traumatisierung häufiger problematischen Alkoholgebrauch von über einem Jahr angeben als Frauen ohne Traumaerfahrung (23,8% vs. 10%; n=31; $\chi^2=0,83$; df=1; p=0,363). Auch dieser Unterschied erwies sich jedoch nicht als signifikant.

Im Hinblick auf die Jahre des durchschnittlichen Konsums von Amphetaminen, Halluzinogenen, Kokain und Heroin fiel auf, dass Patienten mit Traumatisierung im Mittel

länger eine dieser Substanzen konsumiert hatten ($M=6,4$ Jahre; $SD=4,5$ vs. $M=4,6$ Jahre; $SD=5,0$; $n=24$; $t=-0,93$; $df=22$; $p=0,363$). Ein Unterschied auf Trendlevel bildete sich in Bezug auf den aktuellen Substanzkonsum im männlichen Stichprobenanteil ab, wobei Patienten mit Traumavorgeschichte häufiger innerhalb der letzten 30 Tage Amphetamine, Halluzinogene, Kokain oder Heroin konsumiert hatten (7,3% vs. 0%, $n=88$; Fischer-Test: $p=0,097$).

Tabelle 15: Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und Substanzkonsum

	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Kein Trauma	Trauma	Kein Trauma	Trauma	Kein Trauma	Trauma
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
mindestens einmaliger Gebrauch						
Tabak	40 (85,1)	39 (92,9)	11 (84,6)	23 (85,2)	51 (85,0)	62 (89,9)
Alkohol bis zur Trunkenheit	40 (87,0)	32 (78,0)	5 (55,6)	22 (81,5)	45 (81,8)	54 (79,4)
Cannabis	33 (70,2)	30 (73,2)	5 (38,5)	17 (63,0)	38 (63,3)	47 (69,1)
weitere Drogen	19 (40,4)	20 (50,0)	2 (15,4)	7 (25,9)	21 (35,0)	27 (40,3)
Gebrauch mindestens ein Jahr						
Tabak	34 (73,9)	33 (84,6)	9 (69,2)	18 (78,3)	43 (72,9)	51 (82,3)
Alkohol bis zur Trunkenheit	24 (55,8)	17 (50,0)	1 (10,0)	5 (23,8)	25 (47,2)	22 (40,0)
Cannabis	25 (54,3)	26 (63,4)	4 (33,3)	8 (34,8)	29 (50,0)	34 (53,1)
weitere Drogen	9 (19,1)	12 (30,0)	0 (0,0)	3 (12,0)	9 (15,0)	15 (23,1)
aktueller Gebrauch						
Tabak	33 (66,0)	29 (67,4)	8 (61,5)	22 (78,6)	41 (65,1)	51 (71,8)
Alkohol bis zur Trunkenheit	11 (25,0)	9 (24,3)	1 (8,3)	3 (11,5)	12 (21,4)	12 (19,0)
Cannabis	10 (21,7)	8 (19,0)	2 (15,4)	5 (18,5)	12 (20,3)	13 (18,8)
weitere Drogen	0 (0,0)	3 (7,3)	0 (0,0)	2 (7,4)	0 (0,0)	5 (7,4)
durchschnittliches Alter beim ersten Gebrauch	Jahre M/SD	Jahre M/SD	Jahre M/SD	Jahre M/SD	Jahre M/SD	Jahre M/SD
Tabak	17,3/ 6,4	15,9/ 3,8	18,2/ 10,5	16,0/ 4,6	17,5/ 7,4	16,0/ 4,1
Alkohol bis zur Trunkenheit	15,8/ 2,3	16,1/ 2,7	18,4/ 2,7	19,1/ 5,1	16,1/ 3,0	17,4/ 4,1
Cannabis	18,0/ 6,1	16,0/ 2,2	22,4/ 8,0	18,9/ 6,0	18,6/ 6,4	17,1/ 4,2
weitere Drogen	19,9/ 4,1	20,9/ 5,9	26,0/ 2,8	20,7/ 4,6	20,5/ 4,3	20,9/ 5,5
durchschnittliche Dauer des Konsums	Jahre M/SD	Jahre M/SD	Jahre M/SD	Jahre M/SD	Jahre M/SD	Jahre M/SD
Tabak	16,2/ 11,4	14,7/ 7,7	15,3/ 7,7	19,9/ 10,8	16,0/ 10,6	16,6/ 9,2
Alkohol bis zur Trunkenheit	11,8/ 10,8	10,9/ 5,0	11,0/ 0,0	9,0/ 2,9	11,8/ 10,6	10,5/ 4,6
Cannabis	8,1/ 7,2	9,0/ 5,7	5,8/ 5,5	6,3/ 5,7	7,8/ 7,0	8,4/ 5,8
weitere Drogen	4,6/ 5,0	7,1/ 4,8	-/-	3,7/ 2,1	4,6/ 5,0	6,4/ 4,5

3.5. Zusammenfassung der Ergebnisse

In der vorliegenden Stichprobe von Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis fand sich mindestens eine kindliche Traumatisierungsform bei 53,6% der Gesamtstichprobe, dies betraf in etwa die Hälfte der Männer (46,8%) und zwei Drittel der Frauen (67,4%). Es zeigten sich Prävalenzraten von annähernd 40% (38,6%) für emotionale Misshandlung und/oder Vernachlässigung, 32,2% für schwere physische Misshandlung und 17,7% für sexuellen Missbrauch mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr. Alle Formen des Missbrauchs wurden von Frauen häufiger berichtet als von Männern, wobei sich für emotionale Traumatisierung und sexuellen Missbrauch diesbezüglich signifikante Unterschiede zeigten. Im Falle emotionaler Traumatisierung betraf dies 52,1% der Frauen und 32,0% der Männer ($n=145$; $\chi^2=5,49$; $df=1$; $p=0,019$), im Falle sexuellen Missbrauchs mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer (28,3% vs. 12,6%; $n=141$; $\chi^2=9,19$; $df=1$; $p=0,023$).

Beim Vergleich der Patienten mit bzw. ohne Traumatisierung ließen sich anhand der soziodemographischen Daten Unterschiede in dem Sinne erkennen, dass Patienten mit Traumaanamnese eine niedrigerer Schulbildung, seltener Vollzeitberufstätigkeit und seltener feste Partnerschaften aufwiesen. Patientinnen mit Traumaerfahrung hatten seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung. Diese Gruppenunterschiede erreichten jedoch keine statistische Signifikanz. Unterschiede auf Trendlevel zeigten sich im Hinblick auf Elternschaft innerhalb des weiblichen Stichprobenanteils und bezüglich der aktuellen Wohnsituation innerhalb der Gesamtstichprobe. Demnach hatten Frauen mit Traumavorgeschichte seltener Kinder (14,3% vs. 40,0%; $n=43$; Fischer-Test: $df=1$; $p=0,073$) und Patienten mit Traumatisierungserfahrung wohnten häufiger alleine als jene, die nicht betroffen waren (54,9% vs. 38,5%; $n=136$; $\chi^2=3,69$; $df=1$; $p=0,055$).

Bei der Erhebung der klinischen Verlaufsparemeter berichteten Patienten mit emotionaler, physischer und/oder sexueller Traumatisierung in der Kindheit von früherem Auftreten der ersten psychotischen Positivsymptome ($M=23,8$ Jahre; $SD=10,5$ vs. $M=27,2$ Jahre; $SD=8,9$; $n=128$; $t=1,96$; $df=126$; $p=0,052$). Entsprechend erfolgte auch deren erste stationäre Aufnahme wegen psychotischer Symptome signifikant häufiger bis zum 25ten Lebensjahr als bei Patienten ohne kindliche Traumatisierung (68,1% vs. 45,2%; $n=131$; $\chi^2=7,03$; $df=1$; $p=0,008$). Im Hinblick auf die Anzahl der bisherigen stationären psychiatrischen Aufnahmen zeigte sich, dass traumatisierte Patienten signifikant häufi-

ger mindestens fünf stationäre Aufnahmen in der Vorgeschichte aufwiesen (46,6% vs. 20,3%; $n=137$; $\chi^2=10,44$; $df=1$; $p=0,001$). Eine nach Geschlecht differenzierte Analyse ergab bei Männern diesbezüglich ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang (50% vs. 22%; $n=94$; $\chi^2=0,05$; $df=1$; $p=0,005$), bei Frauen erreichte dieser nur ein Trendlevel (41,4% vs. 14,3%; $n=43$; Fischer-Test: $p=0,095$). Beim Gruppenvergleich in Bezug auf die Dauer des aktuellen stationären Aufenthalts fiel auf, dass sich Patienten mit Traumatisierungserfahrung signifikant häufiger nur bis zu einem Monat in stationärer Behandlung befanden als nicht Betroffene (41,3% vs. 21,5%; $n=140$; $\chi^2=6,26$; $df=1$; $p=0,012$), jedoch zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich der Gesamtverweildauer ($M=50,5$ Tage; $SD=27,4$ vs. $M=45,3$ Tage; $SD=28,9$; $t=1,10$; $df=138$; $p=0,275$).

Im Hinblick auf Suizidalität erwies sich der Zusammenhang zwischen Traumaerfahrung im Kindes- und Jugendalter und Suizidgedanken, -plänen und -versuchen als signifikant (Suizidgedanken: 90,0% vs. 64,1%, $n=134$; $\chi^2=12,94$; $df=1$; $p=0,000$; Suizidpläne: 54,4% vs. 35,9%; $n=132$; $\chi^2=4,54$; $df=1$; $p=0,033$; Suizidversuche: 52,1% vs. 27,0%, $n=134$; $\chi^2=8,76$; $df=1$; $p=0,003$). Während sich bei nach Geschlecht getrennter Analyse diese signifikanten Zusammenhänge im weiblichen Stichprobenanteil bestätigten (Suizidgedanken: 96,3% vs. 42,9%; $n=41$; Fischer-Test: $p=0,000$; Suizidpläne: 61,5% vs. 21,4%; $n=40$; $\chi^2=5,87$; $df=1$; $p=0,015$; Suizidversuche: 64,3% vs. 28,6%, $n=42$; Fischer-Test: $p=0,049$), zeigten sich im männlichen Stichprobenanteil lediglich Zusammenhänge auf Trendlevel bezüglich der Suizidgedanken und -versuche (Suizidgedanken: 86% vs. 70%; $n=93$; $\chi^2=3,41$; $df=1$; $p=0,065$; Suizidversuche: 44,2% vs. 26,5%; $n=92$; $\chi^2=3,15$; $df=1$; $p=0,076$), jedoch kein statistischer Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und Suizidplänen (50% vs. 40%; $n=92$; $\chi^2=0,92$; $df=1$; $p=0,336$). Bei der Analyse der Anzahl der Suizidversuche, in die nur Patienten einbezogen wurden, die bereits mindestens einmal versucht hatten sich das Leben zu nehmen, fand sich ein Zusammenhang auf Trendlevel zwischen frühen Traumatisierungen und der Anzahl der bisher unternommenen Suizidversuche ($M=2,2$; $SD=1,4$ vs. $M=1,5$; $SD=0,6$; $n=52$; $t=-1,84$; $df=50$; $p=0,072$).

Hinsichtlich des mindestens einmaligen Konsums und des problematischen Konsums von mindestens einem Jahr der verschiedenen Substanzen (Tabak, Alkohol bis zur Trunkenheit, Cannabis und andere Drogen) ergaben sich beim Subgruppenvergleich (mit vs. ohne kindliche Traumaerfahrung) keine signifikanten Unterschiede. Bezüglich

des Alters bei erstem Gebrauch der erhobenen Substanzen fand sich lediglich ein Unterschied auf Trendlevel für das Alter bei erster Trunkenheit zwischen den Patientengruppen. Entgegen der Hypothese waren Patienten ohne Traumavorgeschichte jünger bei erster Trunkenheit ($M=16,1$ vs. $M=17,4$ Jahre, $n=99$; $t=-1,74$; $df=97$; $p=0,086$). Den aktuellen Konsum anderer Substanzen betreffend zeigte sich ein Unterschied auf Trendlevel, wobei Männer mit Traumaerfahrung innerhalb der letzten 30 Tage häufiger Amphetamine, Halluzinogene, Kokain oder Heroin konsumiert hatten (7,3% vs. 0%, $n=88$; Fischer-Test: $p=0,097$).

4. Diskussion

4.1. Diskussion der gewählten Methodik

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen einige Aspekte der Methodik kritisch hinterfragt werden. Bei der ersten Untersuchung, bei der anhand des Studieninterviews soziodemographische, suizid- und suchtspezifische Daten sowie Krankheitsverlaufparameter erfasst wurden, kann ein Einfluss durch die akute Krankheitssymptomatik nicht ausgeschlossen werden. Das zweite Interview, das unter anderem der Erhebung kindlicher interpersoneller Traumatisierung diente, wurde erst dann durchgeführt, wenn das jeweilige Behandlungsteam den Patienten als psychisch stabil eingestuft hatte. Dennoch ist auch hierbei eine Beeinflussung durch die aktuelle Krankheitssymptomatik nicht sicher auszuschließen. Fast alle Daten wurden durch halbstrukturierte Interviews erfasst, um möglichst verlässliche Informationen zu erhalten (Studieninterview und STI). Nur zur Erhebung kindlicher emotionaler Traumatisierung wurde ein selbstauszufüllender Fragenbogen (CTQ) mit allerdings guten psychometrischen Eigenschaften herangezogen (Bernstein und Fink 1998). Die Begründung dafür ist, dass sich in der Literatur keine einheitliche Definition für emotionale Traumatisierung findet und die meisten Studien zu kindlicher Traumatisierung und deren Folgen den CTQ verwenden, sofern physische und sexuelle Traumatisierung als auch emotionale Traumatisierung erfasst werden (z.B. Holowka 2003; Roy 2005; Ücok und Bikmaz 2007; Vogel et al. 2009). Eine gute Reliabilität und Validität des CTQ wurde in verschiedenen unabhängigen Studien nachgewiesen (Paivio und Cramer 2004; Scher et al. 2001; Wright et al. 2001). In dieser Studie wurde der Erhebung von emotionaler Traumatisierung eine eng gewählte Definition des CTQ zugrunde gelegt. Nur Patienten, welche mindestens einen Kennwert von „schwer bis extrem“ bezüglich emotionaler Misshandlung oder Vernachlässigung erreichten, wurden als emotional traumatisiert eingestuft. Im Bedarfsfall wurde der CTQ mit dem Untersucher zusammen durchgesehen und ergänzt, um unklare Antworten durch Rückfragen zu überprüfen. An dieser Stelle ist kritisch anzumerken, dass der CTQ nur intrafamiliäre emotionale Traumatisierung erfragt. Des Weiteren wäre auch bezüglich emotionaler Traumatisierung die Erhebung durch ein strukturiertes Interview wünschenswert, um das Ausmaß emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung differenzierter zu erfassen und die subjektive Einschätzung der Patienten bestmöglich zu objektivieren.

Beim Vergleich der Ergebnisse des Strukturierten Trauma Interviews und des selbstauszufüllenden CTQ für physische Misshandlung und sexuellen Missbrauch fanden sich höhere Werte für beide Traumatisierungsformen im STI (vgl. Kap. 3.3.2., Tab. 10). Nur 31,8% der Patienten, die im STI als körperlich misshandelt eingestuft wurden, hatten zuvor im CTQ körperliche Misshandlung angegeben, die als „schwer bis extrem“ bewertet wurde. Umgekehrt hatten 93,3% derer, die im CTQ als „schwer bis extrem“ körperlich misshandelt galten, auch laut STI Misshandlung erfahren. Patienten die im STI sexuellen Missbrauch schilderten, waren zu 63,6% auch laut CTQ sexuell missbraucht worden. Wobei 77,8% der Patienten die im CTQ sexuellen Missbrauch angaben, auch im STI von Erfahrungen berichteten, die definitionsgemäß als sexueller Missbrauch zu werten waren.

Bezüglich körperlicher Misshandlung könnte diese Diskrepanz teilweise darauf zurückzuführen sein, dass zwei der fünf Fragen des CTQ, die diese erfassen, nur intrafamiliäre Misshandlung erfragen, während durch das STI auch außerfamiliäre Misshandlung genau eruiert wurde. Die Diskrepanz der Angaben zu sexuellem Missbrauch lässt sich auf diese Weise nicht erklären, da sich alle Fragen auf sowohl intra- als auch extrafamiliären Missbrauch bezogen. Da die Fragen des CTQ offen gestellt wurden, kann davon ausgegangen werden, dass einige Patienten die vorgefallenen Ereignisse anders werten, als sie anhand des STI eingestuft wurden. An dieser Stelle wird die Bedeutung von Interviews deutlich, die potentielle Traumatisierung handlungsbezogen erfragen, wie das STI.

Auch die Interaktion zwischen Untersucher und Patient könnte die Ergebnisse der Studie beeinflusst haben. Zum einen wurden über den Zeitraum der Studie von mehreren Jahren die Daten von verschiedenen Untersuchern erhoben, wodurch keine vollständige Beobachtungsgleichheit gewährleistet werden konnte. Zum anderen ist auch jede Beziehung zwischen Untersucher und Patient unterschiedlich und hat möglicherweise Auswirkungen auf die Studienmotivation sowie die Genauigkeit und Vollständigkeit der Angaben der Patienten zu dieser sehr persönlichen Thematik. Um diese Einflussgröße so klein wie möglich zu halten, wurden die äußeren Interviewumstände möglichst konstant gehalten. Alle Untersucher gaben dieselben Instruktionen und setzten die Instrumente in derselben Reihenfolge ein.

Der Schwerpunkt dieser Studie lag auf der Erfassung interpersoneller Traumatisierungen in der Kindheit. Hierbei ist anzumerken, dass es natürlich viele weitere Faktoren gibt, welche deren Einflüsse modifizieren können. So gibt es nach Frick (2003) protektive Faktoren wie „zumindest eine stabile emotionale Beziehung zu (mindestens) einem Elternteil oder zu einer anderen zuverlässigen Versorgungsperson“, „soziale Unterstützung außerhalb der Familie“, „ein emotional warmes, offenes, aber auch strukturierendes Erziehungsverhalten“, „dosierte soziale Verantwortlichkeiten und individuell angemessene Leistungsanforderungen“, „kognitive Kompetenzen“ und „Temperament- bzw. Charaktereigenschaften, die eine effektive Bewältigung begünstigen (z.B. Flexibilität, Freundlichkeit, Annäherungsverhalten, Impulskontrolle, Beharrlichkeit)“. Diese wurden in der vorliegenden Studie nicht erfasst, was bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss.

Des Weiteren muss kritisch angemerkt werden, dass unvollständige oder verfälschte Erinnerungen nicht auszuschließen sind, da die erfragten Erlebnisse oft viele Jahre zurücklagen. Auch Verleugnung und Unterdrückung von Erinnerungen im Sinne des unbewussten oder bewussten Selbstschutzes (Briere und Runtz 1987) sowie dissoziative Symptome oder Amnesie für traumatische Erfahrungen müssen an dieser Stelle berücksichtigt werden. Dementsprechend gibt es eventuell Patienten, deren kindliche Traumatisierung nicht aufgedeckt werden konnte. Auf der anderen Seite besteht auch die Möglichkeit, dass Patienten traumatische Erlebnisse berichteten, die sie niemals erfahren hatten. Die erhobenen Daten basieren auf subjektiven Erinnerungen der Patienten, es wurde keine zweite Quelle zum Vergleich herangezogen.

Insgesamt ist hinsichtlich der Prävalenz jedoch eher von einem „Underreporting“ auszugehen, das heißt, dass bei Berichten traumatischer Kindheitserlebnisse und vor allem bei kindlicher Missbrauchserfahrung eher zu geringe als übertriebene Angaben gemacht werden (Drajer 1990; Fergusson et al. 2000; Hardt und Rutter 2004; Lommen und Restifo 2009; Widom und Morris 1997; Williams 1994), insbesondere von Männern (Spataro et al. 2001). Einige Patienten, die missbraucht wurden, legen dies niemals offen, um den Täter zu schützen oder aus Angst davor, dass man ihnen nicht glauben könnte. Andere haben verdrängt, dass sich jemals ein Missbrauch ereignet hat. In seinem Review über die Literatur diesbezüglich geht Hardt (2005) jedoch davon aus, dass Berichte über erlebten Missbrauch oder erlebte Misshandlung, insbesondere bei schwe-

ren Ereignissen, relativ valide sind, wobei falsch positive Erinnerungsberichte sehr selten auftreten.

Das Strukturierte Trauma Interview soll gegenüber Fragebögen das Problem einer Unterschätzung der Prävalenzraten so gering wie möglich halten und die Aussagekraft der Berichte verbessern (Brewin et al. 1993; Draijer 1985; Hymen 1954). Außerdem ermöglicht ein persönliches Interview einen besseren Überblick über den zeitlichen Verlauf der Kindheitserfahrungen. Da im Rahmen der Studie zur Beantwortung weiterer Fragestellungen außerhalb dieser Dissertation noch wesentlich mehr Daten erhoben wurden (vgl. Kap. 2.6.), nahm das Hauptinterview oft viel Zeit in Anspruch. Einige Patienten hatten Konzentrations- und Motivationsschwierigkeiten oder waren durch Krankheitssymptome beeinflusst, so dass Pausen eingelegt werden mussten und teilweise die Bearbeitung erst an einem anderen Tag weitergeführt werden konnte. Teilweise fiel es den Patienten auch schwer über belastende Erfahrungen zu sprechen, so dass sie es als einfacher empfanden, zu verschiedenen Zeitpunkten etappenweise von ihren Erlebnissen zu berichten. Demnach führten eben genannte Schwierigkeiten zu fehlender Beantwortung einzelner Fragen oder sogar eines kompletten Fragebogens. Andererseits ist diese ausführliche Datenerhebung als positiv anzusehen, da durch die langen Gespräche häufig eine vertrauensvolle Basis zwischen Patient und Untersucher entstand, die es dem Patienten erleichterte über seine negativen Erlebnisse zu sprechen.

Zudem ist bezüglich der Methodik anzumerken, dass es im Kern der vorliegenden Studie darum geht negative Auswirkungen früher Traumatisierungen bei schizophrenen Patienten zu untersuchen. Diese negativen Auswirkungen wurden zum einen durch Krankheitsverlaufparameter wie Beginn der Erkrankung, Suizidanamnese und Drogenkonsum erfasst. Weitere negative Auswirkungen auf die Lebensqualität wurden teilweise als „soziodemographische Merkmale“ (Bildungsabschlüsse, Berufstätigkeit, häufiger alleinstehend) berücksichtigt. Jedoch gibt es wichtige Elemente des Selbst- und Weltbezugs, die sich nicht unbedingt an harten Kriterien festmachen und abfragen lassen. Hierzu zählen beispielsweise Selbstsicherheit, Zukunftspläne, Einbau früher Erfahrungen in ein kohärentes Selbstbild, Gefühl des Bewältigen-Könnens von Anforderungen, positiver Bezug zum eigenen Körper etc. All das könnte von früher sexueller, physischer und/oder emotionaler Traumatisierungserfahrung bedeutend beeinflusst werden. Die untersuchten „harten Kriterien“ bezüglich Lebensqualität– etwa eine feste Beziehung

oder Berufstätigkeit – sagen an sich noch nichts über die Qualität dieser Beziehung bzw. Tätigkeit aus.

4.2. Diskussion der Befunde

4.2.1 Prävalenzraten potentiell traumatischer Erlebnisse im Kindesalter

Die vorliegende Studie ergab, dass 17,7% der Patienten in ihrer Kindheit sexuellen Missbrauch erfahren hatten, dies betraf 12,6% der Männer und 28,3% der Frauen. Diesen Daten lag eine eng gefasste Definition zugrunde, wonach nur sexuelle Erfahrungen vor dem 16. Lebensjahr gewertet wurden, welche sexuellen Körperkontakt einschlossen. Vergleichbare Studien bei Studentenstichproben oder in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland gaben für kindlichen sexuellen Missbrauch Prävalenzraten von 8,6% bis 25,2% bei Frauen und von 2,8% bis 8,2% bei Männern an (Bange 1992; Bange und Deegener 1996; Raupp und Eggers 1993; Richter-Appelt 1995; Schötensack et al. 1992; Wetzels 1997). Die Raten der Opfer sexuellen Missbrauchs waren konsistent höher bei Frauen als bei Männern. Die Studie von Richter-Appelt et al. (1995) erfasste definitionsgemäß nur sexuelle Handlungen mit Körperkontakt. Die Prävalenzraten für sexuellen Missbrauch lagen bei 23% für Frauen und 4% für Männer. Sexueller Missbrauch mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr entsprechend der Definition der vorliegenden Studie wurde in der Untersuchung von Wetzel (1997) in der deutschen Allgemeinbevölkerung von 8,6% der Frauen und 2,8% der Männer berichtet. Eine prospektiv angelegte Langzeituntersuchung in Neuseeland hinsichtlich sexuellen Missbrauchs bis zum 16. Lebensjahr fand Raten von 3,4 % bei Jungen und 17,3% bei Mädchen (Ferguson et al. 1996b). In einer weiteren prospektiven Kohortenstudie in den USA, die 15.197 Personen einbezog, fanden Hussey et al. (2006) eine Prävalenz von 4,5% für sexuellen Missbrauch, der Körperkontakt einschloss. Die Prävalenzraten der im Rahmen der vorliegenden Studie erhobenen Stichprobe waren damit erwartungsgemäß höher als die der Studien in der Allgemeinbevölkerung.

Im Vergleich zu Ergebnissen von Studien, die psychotische bzw. schizophrene Patienten einschlossen, waren diese Prävalenzen für sexuellen Missbrauch recht niedrig, was zumindest teilweise auf die zugrunde liegende enge Definition für sexuellen Missbrauch zurückzuführen ist. Demnach lagen die Prävalenzen mehrerer Studien, die psychotische und schizophrene Patienten einschlossen, zwischen 25% und 49% bei Frauen bzw. 16% und 35% bei Männern (Darves-Bornoz et al. 1995; Greenfield et al. 1994; Lysaker et al.

2001a; Lysaker et al. 2005a; Resnick et al. 2003; Ross et al. 1994; Schenkel et al. 2005; Trojan 1994). Lysaker et al. (2005a) zeigten beispielsweise Prävalenzen von 49% bei Frauen und 29% bei Männern auf, jedoch basierte deren Analyse auf weiter gefassten Definitionen, die auch sexuelle Handlungen ohne Körperkontakt einschlossen. Selbiges gilt für die Studien von Lysaker (2001a) und Schenkel et al. (2005). Dem entgegen hatten Darvez-Bornoz et al. (1995) für ihre Studie in etwa dieselben engen Kriterien gewählt wie die vorliegende Studie und bei schizophrenen Frauen mit 36% lediglich etwas höhere Raten für sexuellen Missbrauch gefunden. Greenfield et al. (1994) erhoben in einer gemischtgeschlechtlichen Stichprobe von 38 Patienten mit bipolaren oder psychotischen Störungen Häufigkeiten von sexuellem Missbrauch, wobei sich eine Prävalenz von 42% bei Frauen und 16% bei Männern fand. Während die Werte für sexuellen Missbrauch bei Frauen die der vorliegenden Studie übersteigen (42% vs. 28,3%), gleichen sich die Ergebnisse bei Männern annähernd (16% vs. 12,6%). Am ehesten stimmen die Werte dieser Stichprobe für sexuellen Missbrauch mit denen von Rubino et al. (2009) überein (17,7% vs. 15%), deren Stichprobe schizophrener Patienten ebenfalls zu etwa zwei Dritteln aus Männern bestand.

Etwa ein Drittel der Patienten der vorliegenden Studie wurde in der Kindheit physisch misshandelt (32,2%), 29,2% der Männer und 38,3% der Frauen. Diese Rate war im Vergleich zur Bevölkerungsstudie von Hussey et al. (2006) nur leicht erhöht, welche aufzeigte, dass 28,4% ihrer Stichprobe physische Misshandlung erfahren hatten. Richter-Appelt und Tiefensee (1996) berichteten in ihrer Studie, die über 1000 junge Erwachsene einschloss, Prävalenzraten für physische Misshandlung von 14% bei Männern aber ebenfalls 28% bei Frauen. Am ehesten ist dies auf die verschiedenen zugrunde liegenden Definitionen für körperliche Misshandlung zurückzuführen. Im Vergleich zu weiteren Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung lag die Rate der körperlich misshandelten Patienten der erhobenen Stichprobe mit 32,2% erwartungsgemäß deutlich höher. So fanden einige Studien schwerwiegende und relativ häufige Körperstrafen in der Kindheit bei ca. 10-15% seitens deutscher Eltern (Engfer 1991; Esser 1994). Die Studie von Wetzels (1997) bestätigte die Prävalenzrate von 10,6% für kindliche Misshandlung im engeren Sinne vor dem 16. Lebensjahr, wobei die zugrunde liegende Definition der der vorliegenden Studie glich.

Physische Misshandlung bei schizophrenen Patienten oder Patienten mit anderen psychotischen Störungen wurde ebenfalls in mehreren Studien untersucht (Greenfield et al 1994; Ross et al. 1994; Schäfer et al. 2006; Schenkel et al. 2005), wobei die dort berich-

teten Prävalenzraten von 20% bis 47% bei Frauen und von 23% bis 47% bei Männern reichten. Auch hier sind die Schwankungen teilweise auf unterschiedliche Definitionen und Erhebungsmethoden zurückzuführen. Die Rate kindlicher physischer Misshandlungserfahrung fiel in der oben bereits erwähnten Studie von Rubino et al. (2009), für eine zu zwei Dritteln männliche Stichprobe schizophrener Patienten, leicht geringer aus als in der vorliegenden Stichprobe (26% vs. 32,2%). Am ehesten stimmen die Prävalenzen der erhobenen Stichprobe mit denen von Ross et al. (1994) überein, die physische Misshandlung ebenfalls anhand eines strukturierten Interviews erfragt hatten und diese bei 32% der Frauen und 23% der Männer fanden (Frauen: 32% vs. 38%, Männer: 23% vs. 29%).

Anhand des „Childhood Trauma Questionnaire“ (Bernstein und Fink 1998) wurden in dieser Studie neben physischem und sexuellem Missbrauch auch emotionale Misshandlung sowie emotionale und physische Vernachlässigung auf Grundlage einer engen Definition berücksichtigt, unter die nur Traumatisierungen fielen, welche die Kennwerte „schwer bis extrem“ erreichten. Diese Erhebung ergab emotionale Misshandlung bei 24,5% und emotionale und physische Vernachlässigung bei 23,1% bzw. 21,7% der Gesamtstichprobe. Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung wurden in der vorliegenden Studie zu emotionaler Traumatisierung zusammengefasst. Emotionale Traumatisierung hatten demnach 38,6% der Gesamtstichprobe erlebt, wobei dies ein Drittel (32%) des männlichen und die Hälfte (52,1%) des weiblichen Stichprobenanteils betraf.

Andere Studien hatten ebenfalls diese Traumatisierungsformen anhand des CTQ erhoben, jedoch niedrigere Kategorien als Definition angesetzt (z.B. „mittelschwer bis schwer“) und somit eine weitere Definition gewählt. So fanden sowohl Holowka et al. (2003), deren Studie 26 ambulante schizophrene Patienten einschloss, als auch Ücok und Bikmaz (2007), deren Stichprobe aus 57 Schizophreniepatienten bestand, höhere Werte für emotionale Misshandlung und Vernachlässigung (Holowka 2003: CEA: 35% / CEN: 73%; Ücok und Bikmaz 2007: CEA: 40,9% / CEN: 29,5%). Die Vergleichbarkeit dieser Studien untereinander und mit der vorliegenden Untersuchung wird eingeschränkt durch die unterschiedlichen Traumatisierungsdefinitionen und Stichprobenbeschaffenheiten. Die niedrigeren Werte der vorliegenden Studie im Vergleich zu den eben genannten sind unter anderem auf die zugrundeliegende enge Definition für emotionale Misshandlung und Vernachlässigung dieser Studie zurückzuführen. Zwei weitere Studien verwendeten andere Interviews, um potentielle Traumatisierungserfahrungen in

Kindheit und Jugend zu erfassen. So untersuchten Lipschitz et al. (1999) 74 jugendliche psychiatrische Patienten anhand des „Traumatic Events Questionnaire - Adolescent version“ (TEQ-A) und fanden emotionale Misshandlung bei 52% und emotionale Vernachlässigung bei 31% der Stichprobe. Da Rubino et al. (2009) nur regelmäßig aufgetretene Misshandlung bei Schizophreniepatienten werteten, die sie durch den „Abuse Questionnaire“ (Janssen et al. 2004) erhoben, fielen die Prävalenzen mit 17,2% für emotionale Vernachlässigung („emotional abuse“) und 13,2% für emotionale Misshandlung („psychological abuse“) in der Kindheit niedriger aus. Am ehesten stimmen die Werte der vorliegenden Studie beim Vergleich der Kategorien „schwer bis extrem“ bezüglich kindlicher Traumaanamnese mit denen von Vogel et al. (2009) überein, die anhand des CTQ 80 schizophrene Patienten untersuchten. Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung wurde in deren Studie geringfügig seltener berichtet (CEA: 17,8% vs. 24,5%; CEN: 16,9% vs. 23,1%).

Betrachtet man statt der Kategorien des CTQ die Mittelwerte der Subskalen für emotionale Traumatisierung, so waren diese im Vergleich zu Daten aus der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. Während in der vorliegenden Studie sich die Mittelwerte für emotionale Misshandlung bzw. emotionale Vernachlässigung auf $M=11,4$ ($SD=5,1$) bzw. $M=13,9$ ($SD=5,0$) beliefen, fanden Scher et al. (2001) – auf Datenbasis einer Bevölkerungsstudie mit telefonischer CTQ-Erhebung bei 1.007 Personen – sowohl bei Frauen geringere Mittelwerte für emotionalen Missbrauch ($M=7,0$; $SD=3,7$) und emotionale Vernachlässigung ($M=6,8$; $SD=3,5$) als auch bei Männern (CEA: $M=6,5$; $SD=2,9$ und CEN: $M=7,0$; $SD=3,6$). Die Mittelwerte dieser Studie deckten sich jedoch mit denen der vorausgegangenen Pilotstudie von Schäfer et al. (2006; CEA: $M=11,5$; $SD=5,6$; CEN: $M=13,0$; $SD=5,4$) und vergleichbaren Studien am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, die andere Diagnosegruppen einschlossen. So zeigte der Vergleich mit einer Studie bestehend aus 30 Patientinnen mit Zwangserkrankung ähnliche Ergebnisse. Diese Studie wies für die Subskalen emotionaler Misshandlung bzw. Vernachlässigung Mittelwerte von $M=10,9$ ($SD=6,0$) bzw. $M=12,6$ ($SD=5,2$) auf (Fricke et al. 2007). Im Vergleich zu einer Stichprobe von 100 Suchtpatienten des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Schäfer et al. 2007) fielen die Mittelwerte für emotionale Misshandlung ($M=11,4$; $SD=5,1$ vs. $M=9,7$; $SD=5,2$) und emotionale Vernachlässigung ($M=13,9$; $SD=5,0$ vs. $M=12,2$; $SD=5,2$) leicht erhöht aus.

In der vorliegenden Studie waren Frauen von allen kindlichen Traumatisierungsformen häufiger betroffen als Männer, wobei dieser Unterschied bezüglich emotionaler Traumatisierung und sexuellem Missbrauch Signifikanz erreichte. Auch Greenfield et al. (1994) zeigten für ihre Stichprobe psychotischer Patienten, dass Frauen signifikant häufiger sexuellen Missbrauch erfahren hatten als Männer. Ebenfalls fanden sie bezüglich physischer Misshandlung keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Entsprechend berichteten Schenkel et al. (2005) bei schizophrenen Patienten von häufigeren Missbrauchs- und Misshandlungserlebnissen im weiblichen Stichprobenanteil (Frauen: CSA 47%, CPA 47%; Männer: CSA 16%; CPA 24%), dieser Zusammenhang erwies sich jedoch nicht als statistisch signifikant.

4.2.2 Soziodemographische Daten

4.2.2.1. Bildungsstand und Berufssituation

Zunächst muss bezüglich der allgemeinen Lebenssituation angemerkt werden, dass der sozioökonomische Status dieser Stichprobe des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Vergleich zu Stichproben psychiatrischer Kliniken aus anderen Stadtteilen Hamburgs wohl als überdurchschnittlich zu werten ist. Das Patientenkollektiv schließt demnach nur zwei Patienten ohne festen Wohnsitz ein. Beim Vergleich der Schulbildung hatten Patienten mit emotionaler, physischer und/oder sexueller Traumatisierung in der Kindheit etwas häufiger niedrigere Schulabschlüsse. Ein Trend zur statistischen Signifikanz war bei männlichen Patienten zu erkennen, von denen jene mit Traumatisierung häufiger lediglich einen Hauptschulabschluss als höchsten Abschluss erreicht hatten (37,1% vs. 18,8%; $p=0,061$). Dies bestätigt ansatzweise die Ergebnisse von Schenkel et al. (2005), deren Untersuchung von 40 Patienten mit schizophreniformen Störungen einen signifikanten Zusammenhang zwischen kindlicher interpersoneller Traumatisierung und niedrigerem Bildungsabschluss sowie häufigeren Problemen im Schulleben („history of school difficulty“) aufzeigte. Carrey et al. (1995) konnten einen Zusammenhang zwischen Missbrauch im Kindesalter und einer verzögerten kognitiven Entwicklung nachweisen. Dem entsprechend fanden auch Malinosky-Rummel und Hansen (1993) einen direkten Zusammenhang zwischen körperlicher Missbrauchserfahrung in der Kindheit und verminderten intellektuellen und beruflichen Fähigkeiten. Allerdings wiesen die Autoren in diesem Kontext auf die Rolle weiterer Einflussfaktoren hin.

Ein signifikanter Unterschied zwischen den Patientengruppen bezüglich der Schulbildung konnte in der vorliegenden Studie jedoch nicht nachgewiesen werden, was eher den Ergebnissen der im Folgenden aufgeführten Studien entsprechen würde. Denn auch Lysaker et al. (2005a, 2005b) hatten schizophrene Patienten mit bzw. ohne sexuellen Missbrauch in der Kindheit hinsichtlich ihres Bildungsstandes verglichen, sie konnten jedoch genau wie Beck und van der Kolk (1987) keinen Bildungsunterschied zwischen den Gruppen feststellen. Der Vergleich zu den genannten Studien wird dadurch eingeschränkt, dass in der vorliegenden Studie sowohl physische Misshandlung und sexueller Missbrauch als auch emotionale Traumatisierung in die Analyse integriert wurden, während diese lediglich sexuellen Missbrauch und physische Misshandlung berücksichtigten. Zudem hätte möglicherweise der Unterschied hinsichtlich des Schulabschlusses bei größerer Stichprobe Signifikanz erreicht.

In der vorliegenden Studie hatten sowohl in der Trauma-Gruppe als auch in der Gruppe ohne Traumatisierung 55% der Patienten eine Berufsausbildung abgeschlossen. Auffällig war, dass bei Betrachtung des weiblichen Stichprobenanteils Frauen mit Missbrauchserfahrung seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen konnten als jene ohne Traumavorgeschichte (57,7% vs. 78,5%). Dieser Unterschied erreichte jedoch ebenfalls keine Signifikanz ($p=0,187$). Dementsprechend war in dieser Studie kein Einfluss von kindlichen Traumatisierungserfahrungen auf eine abgeschlossene Berufsausbildung zu finden, auch wenn Malinosky-Rummel und Hansen (1993) für ihre Stichprobe diesen Zusammenhang nachweisen konnten. Möglicherweise führten in der vorliegenden Stichprobe weitere negative Einflussfaktoren bei den Patienten der Gruppe ohne Traumatisierung ebenfalls zum Fehlen des Berufsabschlusses bzw. protektive Faktoren bei der Trauma-Gruppe zu häufiger abgeschlossenen Berufsausbildungen.

Bezüglich der aktuellen beruflichen Situation fanden sich unter den betroffenen Patienten nur halb so viele Vollzeitbeschäftigte wie unter den Patienten ohne kindliche Traumavorgeschichte (8,5% vs. 18%; $p=0,101$). Die aktuelle berufliche Situation der Patienten entsprach somit zwar der Richtung der Hypothese, stand jedoch in keinem signifikanten Zusammenhang mit den Berichten der Patienten zu Missbrauchserfahrungen. Die Ergebnisse anderer Studien hinsichtlich Bildungs- und Berufssituation (Bagley und Ramsay 1986; Mullen et al. 1993), welche kindlichen interpersonellen Stress mit einem niedrigen sozioökonomischen Status im Erwachsenenalter in Verbindung brachten, konnten somit nicht durch statistisch signifikante Nachweise untermauert werden. Au-

ßerdem hatten Lysaker et al. (2004a) einen Zusammenhang zwischen kindlichem sexuellem Missbrauch und schlechterer Arbeitsleistung im Rahmen eines Berufsrehabilitationsprogramms konstatiert sowie Malinosky-Rummel und Hansen (1993) den Einfluss von körperlicher Misshandlung auf verminderte berufliche Fähigkeiten. Demgegenüber fanden Mullen et al. (1993) jedoch keinen Unterschied zwischen den Gruppen mit bzw. ohne kindlichem sexuellem Missbrauch im Hinblick auf Bildungsstand und aktuellen Beschäftigungszustand. Auch Beck und van der Kolk (1987) konnten für ihre Stichprobe keinen Unterschied hinsichtlich des beruflichen Werdegangs bei Patientinnen mit bzw. ohne inzestuöser Missbrauchserfahrung aufzeigen. Entsprechendes ergab die Untersuchung einer homogenen Stichprobe schizophrener Patienten mit bzw. ohne Traumavorgeschichte von Rosenberg et al. (2007) hinsichtlich aktueller Berufstätigkeit.

4.2.2.2 Partnerschaft, Elternschaft und Wohnsituation

Von den Patienten der vorliegenden Studie lebte nur ein Fünftel (21,3%) in einer festen Beziehung, im Gegensatz dazu lebten in Deutschland 2004 allgemein 45% der Bevölkerung in einer festen Partnerschaft (Statistisches Bundesamt 2006). Im Hinblick auf feste Partnerschaften und die aktuelle Wohnsituation zeigte sich entsprechend der Hypothese, dass die Patienten mit Traumaerfahrung etwas seltener feste Beziehungen führten (18,3% vs. 23,1%; $p=0,492$), was im weiblichen Stichprobenanteil noch deutlicher nachgewiesen wurde (40% vs. 25%; $p=0,307$). Zudem lebten traumatisierte Patienten auch tendenziell häufiger allein (54,9% vs. 38,5%; $p=0,055$). In ihren Verlaufsstudien wiesen Hamilton (2000) und Waters et al. (2000) darauf hin, dass Erfahrungen wie der Verlust oder die Änderung von engen Beziehungen sowie interpersonelle Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter zu unsicheren Bindungsmustern im Erwachsenenalter führen können sowie zu mehr Problemen in nahen Beziehungen und erhöhter emotionaler Instabilität (Bryer et al. 1987; Lysaker et al. 2004b; Shaffer et al. 2008). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten in Übereinstimmung mit den angeführten Arbeiten darauf hin, dass Frauen mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit später seltener in festen Beziehungen leben.

Allerdings fanden sich insgesamt keine signifikanten Gruppenunterschiede. Klare Hinweise für Unterschiede in Partnerbeziehungen als potenzieller Ausdruck eines unsicheren Bindungsverhaltens der Patienten mit kindlicher Traumatisierung gemäß der Bindungstheorie nach Bowlby (1969) und der Studie von Zeanah et al. (2004) konnte innerhalb dieser Stichprobe somit nicht gefunden werden.

Beim Vergleich der Patientengruppen hinsichtlich der Elternschaft ergab sich nur im weiblichen Stichprobenanteil ein tendenzieller Unterschied. Frauen ohne Traumatisierung hatten häufiger Kinder (40% vs. 14,3%; $p=0,057$). Im Gegensatz dazu hatten Mullen et al. (1993) für ihre weibliche Bevölkerungsstichprobe einen Zusammenhang zwischen kindlichem sexuellem Missbrauch und einer höheren Wahrscheinlichkeit für Elternschaft nachgewiesen. Beck und van der Kolk (1987) fanden keinen Unterschied zwischen Patientinnen mit und ohne Erfahrung inzestuösen Missbrauchs in der Vergangenheit bezüglich der Häufigkeit der Mutterschaft.

4.2.3 Psychiatrische Vorgeschichte und Krankheitsverlauf

4.2.3.1 Erkrankungsbeginn und bisherige stationäre Behandlungen

Beim Beginn der ersten psychotischen Symptome waren die Patienten dieser Stichprobe durchschnittlich $M=25,2$ Jahre ($SD=9,8$) alt, die Männer mit $M=24,7$ Jahren ($SD=9,8$) etwas jünger als die Frauen mit $M=26,2$ Jahren ($SD=9,8$; $p=0,403$). Diese Ergebnisse decken sich annähernd mit denen von Häfner et al. (1991), die ebenfalls das Alter bei ersten psychotischen Symptomen erfragt hatten. In deren Studie traten bei Männern die ersten psychotischen Symptome mit durchschnittlich 24,3 Jahren auf, bei Frauen im Mittel mit 27,5 Jahren. Ebenfalls passt das Ergebnis zu den Beobachtungen von Häfner und an der Heiden (1997) und Häfner et al. (1998)³, dass die Schizophrenie bei Männern durchschnittlich 3-4 Jahre früher beginnt als bei Frauen. Auch Angermeyer und Kühn (1988), deren Review über 50 Studien einschloss, konstatierten die einige Jahre frühere stationäre Aufnahme bei Schizophrenie von Männern im Vergleich zu Frauen. In der vorliegenden Studie waren in Übereinstimmung damit Männer bei erster stationärer Aufnahme wegen psychotischer Symptome tendenziell jünger als Frauen ($M=25,7$ Jahre; $SD=8,3$ vs. $M=28,4$ Jahre; $SD=8,4$; $p=0,082$). Die Tatsache, dass die Männer bei erster stationärer Aufnahme 25,7 Jahre alt waren, geht zudem konform mit der Untersuchung von Lysaker et al. (2005b), deren Stichprobe aus 45 schizophrenen männlichen Patienten bestand, die mit durchschnittlich 25,3 Jahren das erste Mal stationär aufgenommen wurden.

³ Häfner et al. (1998) zitierten diesbezüglich Kraepelin und berichteten, dass die Beobachtung des früheren Beginns der Schizophrenie bei Männern im Vergleich zu Frauen erstmals bereits 1909 von diesem beschrieben wurde.

Patienten mit bzw. ohne kindliche Traumatisierung wiesen deutliche Unterschiede im Bezug auf den Krankheitsverlauf auf. Hinsichtlich des Alters bei ersten psychotischen Symptomen fiel auf, dass Patienten mit kindlicher Traumaerfahrung tendenziell früher Symptome hatten ($M=23,8$ Jahre; $SD=10,50$ vs. $M=27,2$ Jahre; $SD=8,91$; $p=0,052$). Dieses Ergebnis stimmt mit Beobachtungen von Goff et al. (1991) überein. Diese fanden in einer Stichprobe von 61 chronisch psychotisch erkrankten Personen, dass kindlicher physischer und sexueller Missbrauch mit einem jüngeren Ersterkrankungsalter assoziiert war ($M=19,9$ vs. $M=27,2$ Jahre; $p<0,5$). Ein sehr klarer Befund betraf das Alter beim ersten stationären Aufenthalt wegen psychotischer Symptome. Patienten der vorliegenden Studie mit Missbrauchserfahrung waren signifikant häufiger bis zum Alter von 25 Jahren stationär aufgenommen worden als jene ohne kindliche Traumatisierung (68,1% vs. 45,2%; $p=0,008$). John Read (1998) konnte mit einer Studie von 100 konsekutiv stationär aufgenommenen psychiatrischen Patienten einen Trend zu einem Zusammenhang zwischen physischem oder sexuellem Missbrauch und niedrigerem Alter bei erster stationärer Aufnahme aufzeigen. Während Patienten ohne physischen oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit mit durchschnittlich $M=28$ Jahren das erste Mal stationär aufgenommen wurden, betrug das Alter der Betroffenen im Mittel $M=24,8$ Jahre ($p=0,085$). Signifikanz erreichte der Zusammenhang bei der Analyse des weiblichen Stichprobenanteils ($M=30,7$ vs. $M=24,6$ Jahre; $p<0,5$) und der Analyse der Gesamtstichprobe hinsichtlich der Aufnahme bis zum 18ten Lebensjahr. Patienten mit Missbrauchserfahrungen waren häufiger bis zum 18ten Lebensjahr aufgenommen worden als jene ohne solche Erfahrungen ($p<0,001$). Auch Margo und McLees (1991) fanden für ihre Stichprobe von 38 psychiatrisch erkrankten Frauen einen Zusammenhang zwischen kindlicher physischer oder sexueller Missbrauchserfahrung und einem niedrigeren Alter bei erster Aufnahme in eine psychiatrische Klinik ($M=18,4$ Jahre vs. $M=24,9$ Jahre; $p<0,01$). Für eine homogene Stichprobe schizophrener Patienten wurde Selbiges von Schenkel et al. (2005) beschrieben. Auch hier waren Patienten mit kindlicher Traumatisierungserfahrung jünger bei erster stationärer Aufnahme ($M=18,3$ vs. $M=25,8$ Jahre; $p<0,01$). Dazu passend schilderten Darves-Bornoz et al. (1995) für eine Stichprobe von 64 Frauen mit Schizophrenie Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch und signifikant häufigeren stationären Aufnahmen vor dem 26ten Lebensjahr. In einer weiteren Untersuchung von 569 schizophrenen Patienten berichteten jene mit negativen Kindheitserlebnissen signifikant häufiger von ersten stationären Aufnahmen bis zum 22igsten Lebensjahr (Rosenberg et al. 2007). Die Patienten der vorliegen-

den Studie waren sowohl insgesamt als auch beim Subgruppenvergleich (Trauma vs. kein Trauma) älter bei erster stationärer Aufnahme als die der Stichprobe von Schenkel et al. (2005). Hierbei müssen zunächst potentielle Einflussvariablen, wie z. B. das jeweilige Versorgungssystem (z. B. Frühintervention) und etwa ein stützendes soziales Umfeld bei kindlich traumatisierten Patienten bzw. eine fehlende Unterstützung des sozialen Umfelds bei Patienten ohne Traumatisierung, bedacht werden. Des Weiteren muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass in der vorliegenden Studie auch emotionale Traumatisierung in die Berechnungen miteinbezogen wurde, was die Vergleichbarkeit zu den eben aufgeführten Studien einschränkt.

Hinsichtlich der Anzahl der bisherigen stationären Aufenthalte fand sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied beim Vergleich der Patientengruppen. Patienten mit Traumatisierung wiesen signifikant häufiger mindestens fünf stationäre Aufnahmen in der Vorgeschichte auf (46,6% vs. 20,3%; $p=0,001$). Dieses Ergebnis geht konform mit Angaben von Briere et al. (1997), welche eine Stichprobe von 100 psychiatrischen Patientinnen untersuchten und ebenfalls einen Zusammenhang zwischen kindlichem sexuellem Missbrauch und häufigeren stationären Voraufnahmen fanden. Goff et al. (1991) berichteten von häufigeren Krankheitsrückfällen im vorangegangenen Jahr bei psychiatrischen Patienten mit kindlicher physischer oder sexueller Traumatisierung. Auch in der Studie von Schenkel et al. (2005), die nur schizophrene Patienten einschloss, erwiesen sich die Zusammenhänge zwischen kindlicher Traumatisierung (physischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung) und einer höheren Anzahl stationärer Voraufnahmen als signifikant. Laut der oben bereits erwähnten Studie von Rosenberg et al. (2007) wurden schizophrene Patienten mit negativen Kindheitserlebnissen signifikant häufiger mindestens fünfmal in einer psychiatrischen Klinik stationär aufgenommen als jene ohne solche Erfahrungen ($p<0,001$) – ein Ergebnis, das sich mit den anderen Arbeiten sowie der vorliegenden Studie deckt. Bei einer zweijährigen Verlaufsstudie, die 354 Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis einschloss, fanden sich ebenfalls häufigere Krankheitsrückfälle und stationäre Wiederaufnahmen bei Patienten mit traumatischen Kindheitserlebnissen – wie dem Tod eines Elternteils, Trennung oder Scheidung der Eltern oder dem Aufenthalt in einem Kinderheim (Doering et al. 1998).

4.2.3.2 Dauer des stationären Aufenthalts

Hinsichtlich der Länge des jetzigen Aufenthalts zeigte sich, dass Patienten mit Traumatisierung sich signifikant häufiger nur bis zu einem Monat in stationärer Behandlung befanden als Patienten ohne Traumatisierung (41,3% vs. 21,5%; $p=0,012$). Entgegen der Hypothese fand sich im Hinblick auf die Gesamtverweildauer dieses stationären Aufenthalts jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit bzw. ohne Traumatisierung ($M=50,5$ Tage; $SD=27,4$ vs. $M=45,3$ Tage; $SD=28,9$; $p=0,275$). Demnach kann bei den Patienten mit kindlicher Traumatisierung dieser Stichprobe möglicherweise zwischen zwei Gruppen unterschieden werden. Zum einen gab es jene, die wesentlich länger in stationärer Behandlung verweilten als Patienten ohne Traumaerfahrung. Zum anderen gab es eine Gruppe von Patienten, die sich schnell wieder entlassen ließen – sodass im Mittel des Kollektivs dieselbe Gesamtverweildauer erreicht wurde wie bei den Patienten ohne Traumatisierung. Die von Carmen et al. (1984) und Greenfield et al. (1994) beschriebenen Befunde einer signifikant längeren stationären Gesamtaufenthaltsdauer bei Patienten mit kindlicher physischer und/oder sexueller Traumatisierung konnten somit nicht repliziert werden. Selbiges untersuchte Read (1998) in der oben bereits erwähnten Studie und auch er fand, dass physisch und/oder sexuell misshandelte Patienten länger stationär aufgenommen waren als jene, welche derartige Erfahrungen nicht gemacht hatten (33,7 vs. 24,6 Tage). Signifikanz erreichte dieser Unterschied zwar nicht, aber beim Vergleich der in ihrer Kindheit physisch misshandelten Patienten mit jenen, die nicht betroffen waren, zeigte sich, dass Betroffene signifikant länger aufgenommen waren (39,8 Tage vs. 24,8 Tage). Weitere signifikante Unterschiede fanden sich bei nach Geschlecht differenzierter Betrachtung zwischen Frauen mit und ohne sexueller Missbrauchserfahrung und zwischen Männern mit und ohne physischer Misshandlungserfahrung im Hinblick auf einen längeren stationären Aufenthalt. Sexuell missbrauchte Frauen und physisch misshandelte Männer hatten längere stationäre Aufenthalte als jene ohne Traumatisierung (Read 1998). Verschiedene Einflussfaktoren, die diese Variable mit bestimmen, gilt es hier kritisch hervorzuheben, so beispielsweise die Schwere der Krankheitsepisode und die Entlassung von Station auf eigenen Wunsch der Patienten.

4.2.3.3 Suizidanamnese

Schizophrene Patienten haben ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten. So konstatierte Roy 1982, dass etwa 40% im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch begehen. In der vorliegenden Studie gaben 42,4% der Gesamtstichprobe an bereits einen Suizidversuch unternommen zu haben. Da die Stichprobe mit durchschnittlich 34,1 Jahren noch recht jung war, ist es durchaus wahrscheinlich, dass die Suizidversuchsrate bezogen auf die gesamte Lebenszeit noch höher ausfallen würde als die in der Erhebung von Roy et al. (1982). Weiter muss kritisch angemerkt werden, dass es in der gängigen Literatur keine allgemeingültige Definition bzw. kein einheitliches Erhebungsinstrument für Suizidversuche gibt. Bei den meisten Patienten mit Suizidanamnese waren die Schwere und Ernsthaftigkeit dieser Versuche nicht weiter erfragt worden bzw. im Nachhinein nicht abzuschätzen. Auf diese Weise wird die Vergleichbarkeit verschiedener Studien zu Suizidalität eingeschränkt.

Der Zusammenhang zwischen kindlicher interpersoneller Traumatisierung und Suizidversuchen wurde in Bevölkerungsstichproben (Brezo et al. 2008; Joiner et al. 2007; Mullen et al. 1993), in psychiatrischen Stichproben (Briere et al. 1997; Bryer et al. 1987; Carmen et al. 1984; Davies-Netzley et al. 1996; Leverich et al. 2003; Lipschitz et al. 1999; Read 1998; Roy und Janal 2005; Sachiapone et al. 2009) sowie in rein schizophrenen Stichproben (Darves-Bornoz et al. 1995; Rosenberg et al. 2007; Roy 2005; Ücök und Bikmaz 2007) nachgewiesen. In der vorliegenden Studie konnten diese in der Literatur beschriebenen Befunde repliziert werden. Beim Gruppenvergleich zeigten sich entsprechend der Hypothese signifikant häufiger Suizidgedanken (90% vs. 64,1%; $p=0,000$), Suizidpläne (54,4% vs. 35,9%; $p=0,033$) und Suizidversuche (52,1% vs. 27%; $p=0,003$) in der Vergangenheit bei Patienten mit physischer, sexueller und /oder emotionaler Traumatisierung im Kindesalter als bei jenen ohne solche Erlebnisse. Diese Gruppenunterschiede waren im weiblichen Stichprobenanteil am ausgeprägtesten. Beim Vergleich der Geschlechter fiel auf, dass Frauen häufiger bereits versucht hatten sich das Leben zu nehmen als Männer (54,5% vs. 36,8%; $p=0,05$).

Die Ergebnisse der im Folgenden näher beschriebenen Studien decken sich mit diesen Befunden. So konnten Roy und Janal (2005), deren psychiatrische Stichprobe über 1.800 Personen einschloss, sowohl weibliches Geschlecht als auch kindliche Traumatisierung als Risikofaktoren für Suizidversuche aufzeigen. Entsprechend identifizierten

auch Lipschitz et al. (1999) weibliches Geschlecht, kindlichen sexuellen Missbrauch und emotionale Vernachlässigung als signifikante Prädiktoren für Suizidgedanken, sowie die beiden Erstgenannten als Prädiktoren für Suizidversuche.

Auch Briere et al. (1997) fanden höhere Raten von Suizidgedanken und -versuchen bei psychiatrischen Patientinnen mit physischer oder sexueller Missbrauchserfahrung als bei Patientinnen ohne Traumaerfahrung. Beim Vergleich von psychiatrischen Patienten mit bzw. ohne Suizidversuch in der Vergangenheit, berichteten jene, die bereits versucht hatten sich das Leben zu nehmen, signifikant häufiger von kindlicher Traumatisierung (Leverich et al. 2003, Sachiapone et al. 2009). So fand auch Roy (2005) in mittels des CTQ erhobenen Daten signifikant höhere CTQ-Werte für emotionale und physische Misshandlung, sexuellen Missbrauch sowie für emotionale als auch körperliche Vernachlässigung bei schizophrenen Patienten, welche mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten, im Vergleich zu jenen ohne positive Suizidanamnese. Im Sinne des Modells der distalen und proximalen Risikofaktoren für suizidales Verhalten (Moscicki 1997) beschrieb Roy (2005), dass kindliche Traumatisierungen auch bei schizophrenen Patienten distale Risikofaktoren für suizidales Verhalten darstellen können. Des Weiteren stehen Kindheitstraumatisierungen bei schizophrenen Patienten im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und der Entwicklung depressiver Symptome, zwei wichtigen proximalen Risikofaktoren für suizidales Verhalten (Scheller-Gilkey et al. 2003). Auch alleine zu leben, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation und kürzliche Entlassung aus einer psychiatrischen Einrichtung sind als proximale Risikofaktoren zu verstehen (Roy et al. 1984). Distale Risikofaktoren, wie beispielsweise kindliche Traumatisierungen, können somit die Grundlage für proximale Risikofaktoren bilden und auf diese Weise zu suizidalem Verhalten beitragen.

In einer weiteren Studie mit erkrankten schizophrenen Patienten und dem CTQ als Erhebungsinstrument fand sich ebenfalls ein Zusammenhang zwischen kindlichem sexuellem Missbrauch und Suizidversuchen in der Vergangenheit. Für andere Missbrauchsformen konnte hier kein Zusammenhang mit der Suizidanamnese nachgewiesen werden (Ücok und Bikmaz 2007). Auch in den Untersuchungen von Darves-Bornoz et al. (1995) bei 64 schizophrenen Patientinnen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch vor dem Alter von 16 Jahren und Suizidversuchen in der Vergangenheit. Der Vergleich hinsichtlich suizidalen Verhaltens mit der Studie von Rosenberg et al. (2007) ist nur eingeschränkt möglich, obwohl deren Studie

aus einer homogenen Stichprobe von Schizophreniepatienten bestand, da diese nur Suizidgedanken und Suizidversuche innerhalb der letzten sechs Monate eruiert hatten. Auch werteten sie die Daten hinsichtlich negativer Kindheitserlebnisse aus, wobei sie physische Misshandlung und sexuellen Missbrauch, aber auch psychiatrische Erkrankung der Eltern, Verlust eines Elternteils, Scheidung der Eltern, Beobachten häuslicher Gewalt und das Aufwachsen in einer Pflegefamilie oder bei Verwandten mit einbezogen. Demnach konnten sie zwar einen signifikanten Zusammenhang zwischen negativen Kindheitserlebnissen und Suizidgedanken innerhalb der letzten sechs Monate nachweisen, jedoch keinen bezüglich der unternommenen Suizidversuche.

Weiter hatten in der vorliegenden Studie beim Vergleich der Substichproben doppelt so viele Patienten mit kindlicher Traumaerfahrung bis zu ihrem zwanzigsten Lebensjahr bereits ihren ersten Suizidversuch unternommen wie jene ohne Traumavorgeschichte (44,4% vs. 20%; $p=0,123$). Durchschnittlich waren betroffene Patienten in etwa zweieinhalb Jahre jünger beim ersten Suizidversuch als Patienten ohne Traumatisierung ($M=25,8$ Jahre; $SD=12,1$ vs. $M=28,3$ Jahre; $SD=9,5$; $p=0,480$). Tendenziell war die mittlere Anzahl von Suizidversuchen bei Patienten mit frühen Traumatisierungen höher. Während Patienten mit kindlicher Traumatisierung durchschnittlich $M=2,2$ Suizidversuche ($SD=1,4$) unternommen hatten, hatten jene ohne Kindheitstrauma im Mittel $M=1,5$ mal ($SD=0,6$) versucht sich das Leben zu nehmen ($p=0,072$). Dementsprechend fanden auch Roy und Janal (2005), dass kindliche Traumatisierung mit früherem Auftreten und mit einer größeren Anzahl von Suizidversuchen assoziiert war. Allerdings erreichten die genannten Unterschiede der vorliegenden Studie keine statistische Signifikanz, was mit der insgesamt geringen Zahl der Patienten mit Suizidversuchen zu begründen sein könnte ($n=51$).

4.2.3.4. Suchtanamnese

Die Prävalenz von Substanzmissbrauch ist unter schizophrenen Patienten extrem hoch (Regier et al. 1990; Westermeyer 2006). In einer bevölkerungsbasierten Studie in den USA, die mehr als 20.000 Personen einschloss, betrug die Lebenszeitprävalenz für Alkoholabhängigkeit 13,5% und für Drogenabhängigkeit 6,1%. Unter den psychiatrisch Erkrankten fand sich eine Lebenszeitprävalenz von 29% für Substanzabhängigkeit allgemein, 22% für Alkoholabhängigkeit und 15% für Drogenabhängigkeit. Schizophrene Patienten wiesen viermal häufiger Substanzmissbrauch auf als die Normalbevölkerung

(Regier et al. 1990). Westermeyer (2006) geht von einem Lebenszeitrisko von 70-80% für Substanzmissbrauch bei schizophrenen Patienten aus.

Dementsprechend berichtete auch ein großer Anteil der Patienten der vorliegenden Studie von problematischem Suchtmittelgebrauch über mindestens ein Jahr hinweg. Annähernd 80% (78,6%) der Gesamtstichprobe hatten bereits ein Jahr oder länger Tabak geraucht, 44,1% berichteten von mindestens einem Jahr problematischem Alkoholgebrauch. Cannabis war von etwa der Hälfte (52,4%) und „andere Drogen“ von circa einem Fünftel (19,2%) der Patienten über den Zeitraum von mindestens einem Jahr hinweg konsumiert worden. Da in dieser Studie die Lebenszeitprävalenz für problematischen Substanzgebrauch – und nicht wie bei Regier et al. (1990) für Substanzabhängigkeit – eruiert wurde, ist die Vergleichbarkeit eingeschränkt. Gleichzeitig ist dies eine mögliche Erklärung für die höheren prozentualen Werte der vorliegenden Studie.

Sowohl in Studien mit nicht-psychiatrischen Patientenkollektiven (Burgess et al. 1987; Richter-Appelt et al. 1995; Swanston et al. 2003; Thompson et al. 2003) als auch in Studien mit psychiatrischen Stichproben (Briere et al. 1997; Darves-Bornoz et al. 1995) wurde der Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch oder Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit beschrieben. Scheller-Gilkey et al. (2002, 2004) wiesen zunächst in einer Studie mit 40 schizophrenen Patienten als auch zwei Jahre später in einer Studie mit 122 schizophrenen Patienten darauf hin, dass Patienten mit komorbidem Substanzmissbrauch wesentlich häufiger traumatisierende Erfahrungen in ihrer Kindheit gemacht hatten als jene ohne Substanzmissbrauch. Den Zusammenhang zwischen aktueller Drogenabhängigkeit und hohen Raten von physischem oder sexuellem Missbrauch in der Kindheit bei Patientinnen aus dem schizophrenen Formenkreis konnten auch Gearon et al. (2003) nachweisen. Außerdem konnten sie in einer früheren Studie (Gearon et al. 2001) aufzeigen, dass emotionale Misshandlung bei schizophrenen Patienten mit stärkerem Substanzgebrauch einhergeht. Auch Rosenberg et al. (2007) fanden signifikante Zusammenhänge zwischen einer hohen Anzahl negativer Kindheitserlebnisse und späterem Substanzmissbrauch bei einer homogenen Stichprobe schizophrener Patienten.

Der Vergleich der Patientengruppen mit bzw. ohne kindliche Traumatisierung der vorliegenden Studie bezüglich des mindestens einmaligen Gebrauchs von Tabak, Alkohol bis zur Trunkenheit, Cannabis oder weiteren Substanzen zeigte keine signifikanten Unterschiede. Beim Vergleich der Substichproben hinsichtlich des problematischen

Suchtmittelgebrauchs von mindestens einem Jahr fiel bei nach Geschlecht differenzierter Betrachtung auf, dass Frauen mit Traumatisierung häufiger problematischen Alkoholgebrauch von über einem Jahr angaben als Frauen ohne Traumavorgeschichte, statistische Signifikanz erreichte dieser Unterschied jedoch nicht (23,8% vs. 10%; $p=0,363$). Auch bei der Berechnung der Jahre des durchschnittlichen Konsums und des Alters beim ersten Gebrauch zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit bzw. ohne positiver Traumaanamnese. Allerdings fand sich entgegen der Hypothese bei Patienten ohne kindliche Traumatisierung ein Trend zu einem jüngeren Alter bei erster Trunkenheit im Vergleich zu Patienten mit Traumatisierung ($M=16,1$ Jahre; $SD=3,0$ vs. $M=17,4$ Jahre; $SD=4,1$; $p= 0,086$). Ein weiterer Unterschied auf Trendlevel betraf den aktuellen Substanzkonsum, wobei männliche Patienten mit Traumavorgeschichte innerhalb der letzten 30 Tage häufiger Amphetamine, Halluzinogene, Kokain oder Heroin konsumiert hatten (7,3% vs. 0%, $n=88$; Fischer-Test: $p=0,097$).

Zusammenfassend ließen sich in der vorliegenden Stichprobe einige Unterschiede zwischen den Patienten mit bzw. ohne kindliche interpersonelle Traumatisierung bezüglich der untersuchten Substanzparameter feststellen, die jedoch keine statistische Signifikanz erreichten. Eine gute Vergleichbarkeit mit anderen Studien ist aufgrund der erhobenen Parameter allerdings nicht zu gewährleisten, da weder Substanzmissbrauch noch Substanzabhängigkeit in der Vergangenheit oder Gegenwart anhand umfassender strukturierter Interviews erfasst wurde. Die Befunde anderer Studien, welche Zusammenhänge zwischen kindlicher interpersoneller Traumatisierung und Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit aufgezeigt hatten, konnten auf diese Weise nicht untermauert werden. In folgenden Studien sollten durch das Erhebungsinstrument für den Substanzgebrauch alle diagnostischen Kriterien gemäß ICD-10 oder DSM-IV erhoben werden, welche für die Diagnosevergabe eines schädlichen Substanzgebrauchs und eines Abhängigkeitsyndroms erforderlich sind. Um die Substanzanamnese zu vervollständigen, wäre es darüber hinaus wichtig, bisherige ambulante oder stationäre Entzugstherapien abzuklären und danach zu fragen, inwieweit bzw. für wie lange deren positive Wirkung anhielt.

4.7. Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Trotz der stark angewachsenen Forschung im Bereich der Psychotraumatologie liegen bisher wenige Studien vor, die sowohl sexuelle und physische als auch emotionale Traumatisierungen in Kindheit und Jugend berücksichtigen. Auch die Mehrzahl der Studien, die Patienten mit und ohne Traumatisierung bezüglich soziodemographischer Merkmale und Krankheitsverlaufparametern untersuchten, basiert auf der Erhebung der zwei erstgenannten Formen von Traumatisierungen: physische Misshandlung und sexueller Missbrauch. Eine mögliche Erklärung für diesen einseitigen Untersuchungsschwerpunkt wäre, dass sich diese beiden Missbrauchsformen leichter definieren und objektivieren lassen. Außerdem wurden deren Folgen bislang als schwerwiegender und deshalb relevanter eingeschätzt als diejenigen der emotionalen Traumatisierung. Mittlerweile gibt es jedoch immer mehr Studien, die auch die emotionale Traumatisierung erfassen und deren Folgen aufzeigen. In der vorliegenden Studie wurde emotionale Traumatisierung als eine wichtige weitere Traumatisierungsform einbezogen. Die Prävalenzen der drei Traumatisierungsformen entsprachen weitgehend den Ergebnissen anderer Studien zu kindlicher Traumatisierung innerhalb psychiatrischer Populationen und lagen erwartungsgemäß deutlich über den Raten der Allgemeinbevölkerung.

Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit um eine der wenigen klinischen Untersuchungen einer konsekutiven homogenen Stichprobe von Patienten mit „F2-Diagnosen“ nach ICD-10 (F20-F29), die Unterschiede im Hinblick auf soziodemographische Parameter und den Krankheitsverlauf zwischen Patienten mit und ohne Traumatisierungen untersuchten. Anhand der soziodemographischen Daten ließen sich Unterschiede zwischen den Patientengruppen in dem Sinne erkennen, dass Patienten mit Traumaanamnese häufiger eine niedrigere Schulbildung, seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung und seltener eine Vollzeitberufstätigkeit aufwiesen. Allerdings waren diese Unterschiede nicht statistisch signifikant.

Ein Trend zur statistischen Signifikanz lag in Bezug auf eine niedrigere Schulbildung bei männlichen Patienten mit Traumatisierungen vor. Weiter wohnten traumatisierte Patienten beiderlei Geschlechts häufiger alleine und Frauen mit Traumavorgeschichte hatten seltener Kinder als jene, die nicht betroffen waren. Auch diese Gruppenunterschiede erreichten jedoch keine statistische Signifikanz. Übereinstimmend mit der Literatur berichteten Patienten mit kindlicher Traumaerfahrung von einem früheren Auftreten erster psychotischer Symptome mit einem Trend zur statistischen Signifikanz. Ein sehr klarer

Befund betraf das Alter beim ersten stationären Aufenthalt wegen psychotischer Symptome. Dabei zeigte sich, dass Patienten mit Traumatisierungen signifikant häufiger bis zum Alter von 25 Jahren stationär aufgenommen wurden als jene ohne diese Erlebnisse. Die Beobachtungen anderer Studien, die eine längere stationäre Gesamtverweildauer bei Patienten mit Traumatisierungserfahrung beschrieben hatten, konnten nicht bestätigt werden. Bei der Analyse der vorliegenden Stichprobe hinsichtlich Suizidalität zeigten sich -in Übereinstimmung mit der vorhandenen Literatur - signifikante Zusammenhänge zwischen Traumatisierungserfahrung im Kindesalter und sowohl Suizidgedanken, Suizidplänen als auch Suizidversuchen. Ein Trend zu einem Zusammenhang fand sich bezüglich der mittleren Anzahl von Suizidversuchen, wobei Patienten mit frühen Traumatisierungen häufiger Suizidversuche unternommen hatten. Während mehrere Studien über den Zusammenhang zwischen kindlicher interpersoneller Traumatisierung und Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit berichteten, ließen sich diese Ergebnisse anhand der vorliegenden Studie nicht belegen. Es fanden sich in der erhobenen Stichprobe keine signifikanten Zusammenhänge hinsichtlich der untersuchten Substanz-Parameter. Eine gute Vergleichbarkeit mit anderen Studien war diesbezüglich aufgrund der erhobenen Parameter nur unzureichend gewährleistet.

Zusammenfassend ergab die vorliegende Studie – übereinstimmend mit der bereits vorhandenen Literatur – hohe Raten von kindlicher interpersoneller Traumatisierung bei schizophrenen Patienten. Patienten mit Traumatisierung hatten bezüglich mehrerer Parameter einen schlechteren Krankheitsverlauf. Als therapeutische Konsequenz ergibt sich daraus, dass Traumatisierung und deren Folgen bei allen schizophrenen Patienten im Rahmen der Anamneseerhebung und Diagnostik erfragt und berücksichtigt werden sollten. So ließe sich deren langfristige Therapie entsprechend der spezifischen Versorgungsbedürfnisse verbessern. Alle Berufsgruppen, die an der Versorgung psychotischer Patienten beteiligt sind, sollten adäquat dafür ausgebildet sein, Misshandlungs- und Missbrauchserfahrung in der Vorgeschichte zur richtigen Zeit und auf angemessene Art zu erfragen. Wichtig ist unter anderem ein geschützter Rahmen für das Gespräch, das heißt ein Ort an dem der Patient sich wohl und sicher fühlt- und die Abmachung, dass im Rahmen der Schweigepflicht alles streng vertraulich gehandhabt wird, was er erzählt. Zudem ist eine ausreichende psychische Stabilität des Patienten Voraussetzung und sowohl Einfühlungsvermögen als auch genügend Zeit seitens des Behandlers sind von großer Bedeutung. Bislang wird nur ein geringer Anteil kindlicher Traumatisierung

in der Routinepraxis erfasst. Diese Raten steigen jedoch enorm, wenn Personen direkt nach Misshandlung und Missbrauch gefragt werden (Read et al. 1998). Auch sollte die höhere Wahrscheinlichkeit für suizidales Verhalten bei Patienten mit Traumaanamnese bedacht und dementsprechend in Anamnese- und Therapiegesprächen genau eruiert und aufgegriffen werden. Schließlich erscheint es wichtig, dass Patienten mit sexuellem Missbrauch und physischer Misshandlung, aber auch emotionaler Traumatisierung in der Vorgeschichte „traumaspezifische“ Therapieangebote erhalten.

Im Bereich der Forschung wäre es interessant, die Folgen aller drei Formen kindlicher Traumatisierung (emotional, physisch und sexuell) einzeln zu untersuchen. So ließen sich Aussagen bezüglich der differenzierten Auswirkungen der unterschiedlichen Traumatisierungsformen auf erwachsene Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis machen und die Bedeutung emotionaler Traumatisierung für soziodemographische und klinische Parameter im Verlauf aufzeigen. Des Weiteren gibt es noch andere Arten von Erfahrungen in der Kindheit, die als potentiell traumatisierend anzusehen sind: zum Beispiel Erfahrungen häuslicher Gewalt, physischer Vernachlässigung, einer Scheidung der Eltern oder des Todes eines nahestehenden Menschen. Zukünftige Studien sollten auch diese Variablen einbeziehen, um ein vollständiges Bild von negativen Erlebnissen der Patienten in der Kindheit zu erhalten und davon ausgehend die Folgen auf soziodemographische Parameter und den Krankheitsverlauf untersuchen zu können.

Ein weiterer Punkt, in dem sich bei der Literaturrecherche und im Laufe dieser Arbeit Forschungsbedarf gezeigt hat, waren die Definitionen von physischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch und emotionaler Traumatisierung. Da bisher mit uneinheitlichen Definitionen gearbeitet wurde, ist die Vergleichbarkeit der Studien stark eingeschränkt. Eine internationale Einigung auf operationalisierbare Kriterien für zum Beispiel eine einheitliche „weite“ und eine einheitliche „enge“ Definition der jeweiligen frühen Traumatisierungsformen würde die Forschung in diesem Bereich klarer strukturieren und im großen Rahmen auch aussagekräftiger machen.

5. Abstract

Einleitung: Interpersonelle Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter gelten als Risikofaktoren für das Auftreten psychischer Störungen und bei schizophrenen Patienten liegen hohe Raten früher Traumatisierungen vor. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war, Unterschiede im Hinblick auf soziodemographische Parameter und den Krankheitsverlauf zwischen Patienten mit und ohne physischer, sexueller und/oder emotionaler Traumatisierung in Kindheit und Jugend bei einer homogenen Stichprobe von Patienten mit „F2-Störungen“ (ICD-10: F20- F29) zu untersuchen. **Methode:** Bei 145 schizophrenen Patienten, die konsekutiv auf einer offenen Psychosestation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf aufgenommen wurden, wurden interpersonelle Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter sowie Daten zum Krankheitsverlauf und zu soziodemographischen Parametern mittels verschiedener Instrumente (u.a. Strukturieretes Trauma Interview und Childhood Trauma Questionnaire) erfasst. **Ergebnisse:** Annähernd 40% (38,6%) der Patienten berichteten von emotionaler Traumatisierung in der Kindheit. Circa ein Drittel der Patienten (32,2%) war physisch misshandelt worden und ungefähr jede sechste Person (17,7%) hatte sexuellen Missbrauch erfahren. Alle Formen des Missbrauchs wurden von Frauen häufiger berichtet als von Männern. Traumatisierungen in Kindheit und Jugend zeigten signifikante Zusammenhänge mit einer ersten stationären Aufnahme wegen psychotischer Symptome bis zum 25. Lebensjahr, mindestens 5 stationären Aufnahmen in der Vorgeschichte und mit häufigeren Suizidgedanken, -plänen und -versuchen. Ein Zusammenhang auf Trendlevel zeigte sich zwischen traumatischen Kindheitserlebnissen und dem früheren Auftreten der ersten psychotischen Positivsymptome, der Anzahl von Suizidversuchen und häufigerem alleine Wohnen. Im männlichen Stichprobenanteil zudem mit einem niedrigeren Schulabschluss und im weiblichen Stichprobenanteil mit seltenerer Mutterschaft. Ein Einfluss von Traumatisierungen auf den Substanzkonsum fand sich nicht. **Schlussfolgerung:** Zusammenfassend fand sich in der Studie eine hohe Rate von kindlichen interpersonellen Traumatisierungen bei schizophrenen Patienten. Patienten mit Traumatisierungen hatten bezüglich mehrerer Parameter einen schlechteren Krankheitsverlauf. Als therapeutische Konsequenz ergibt sich daraus, dass frühe Traumatisierungen und ihre Folgen bei schizophrenen Patienten systematisch berücksichtigt werden sollten um klinischen Besonderheiten bei Betroffenen (insbesondere im Hinblick auf suizidales Verhalten) besser gerecht werden zu können.

6. Anhang

6.1. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Reihenfolge der eingesetzten Instrumente	41
Tabelle 2: Diagnosen der Gesamtstichprobe nach ICD-10	44
Tabelle 3: Durchschnittsalter.....	45
Tabelle 4: Höchster Schulabschluss	46
Tabelle 5: Feste(r) Partner(in)	46
Tabelle 6: Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Kind	47
Tabelle 7: Aktuelle Wohnsituation.....	47
Tabelle 8: Art der aktuellen Unterkunft	48
Tabelle 9: Childhood Trauma Questionnaire- potentielle Traumatisierung im Kindesalter.....	49
Tabelle 10: Angaben zu physischer Misshandlung und sexuellem Missbrauch im STI und CTQ	50
Tabelle 11: Anzahl der stationären Aufenthalte	51
Tabelle 12: Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und dem Alter bei erster stationärer Aufnahme	55
Tabelle 13: Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und der Anzahl stationärer Aufenthalte	56
Tabelle 14: Zusammenhang zwischen kindlichen Traumatisierungen und Suizidalität ..	57
Tabelle 15: Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und Substanzkonsum	63

6.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der einzelnen Formen kindlicher Traumatisierung	49
Abbildung 2: Schulabschluss bei Patienten mit und ohne Trauma	53
Abbildung 3: Suizidalität in der Gesamtstichprobe.....	57
Abbildung 4: Kindliche Traumatisierung und Suizidalität nach dem Geschlecht	58

7. Literaturverzeichnis

Aderhold V & Gottwalz E (2004) Family therapy and schizophrenia: Replacing ideology with openness. In: Models of madness. J. Read, L. Mosher and R. Bentall (Eds.), Brunner-Routledge, New York, 335-348.

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

Angermeyer MC & Kühn L (1988) Gender differences in age at onset of schizophrenia. An overview. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci.* 237(6):351-364.

APA- American Psychiatric Association (2005) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision, (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, DC.

APSAC- American Professional Society on the Abuse of Children (1995) Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents. Practice Guidelines, Chicago, IL.

Back S, Dansky BS, Coffey SF, Saladin ME, Sonne S, Brady KT (2000) Cocaine dependence with and without post-traumatic stress disorder: a comparison of substance use, trauma history and psychiatric comorbidity. *Am J Addict.* 9(1):51-62.

Bagley C (1995) Child sexual abuse and mental health in adolescents and adults. British and canadian perspectives. Avebury Publishing Co, Aldershot, UK.

Bagley C & Ramsay R (1986) Sexual abuse in childhood: Psychological outcomes and implications for social work practice. *J Soc Work Hum Sex.* 4:33-47.

Bange D (1992) Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen. Ausmaß, Hintergründe, Folgen. Volksblatt Verlag, Köln.

Bange D & Deegener G (1996) Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H (2004) Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatr.* 185:220-226.

Beck JC & van der Kolk B (1987) Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *Am J Psychiatry.* 144(11):1474-1476.

Berenbaum H (1999) Peculiarity and reported childhood maltreatment. *Psychiatry.* 62(1):21-35.

Bernstein DP & Fink L (1998) Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report. Manual. The Psychological Corporation, San Antonio.

- Boney-McCoy S & Finkelhor D (1996) Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 64(6):1406-1416.
- Bowlby J (1969) *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment.* Basic Books, New York. Dt.: (1975) *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung.* Kindler, München.
- Bowlby J (1979) *The making and breaking of affectional bonds.* Tavistock Publications, London. Dt.: (1982) *Das Glück und die Trauer.* Klett-Cotta, München.
- Brewin CR, Andrews B, Gotlib, IH (1993) Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychol Bull.* 113(1):82-98.
- Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hebert M, Tremblay R, Turecki G (2008) Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry.* 193(2):134-139.
- Briere J & Runtz M (1987) Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *J Interpers Violence.* 2:367-379.
- Briere J & Runtz M (2002) The Inventory of Altered Self-Capacities (IASC): a standardized measure of identity, affect regulation and relationship disturbance. *Assessment.* 9(3):230-239.
- Briere J, Woo R, McRae B, Foltz J, Sitzman R (1997) Lifetime victimization history, demographics and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *J Nerv Ment Dis.* 185(2):95-101.
- Browne A (1993) Family violence and homelessness: the relevance of trauma histories in the lives of homeless women. *Am J Orthopsychiatry.* 63(3):370-384.
- Brunette MF, Mueser KT, Xie H, Drake RE (1997) Relationships between symptoms of schizophrenia and substance abuse. *J Nerv Ment Dis.* 185(1):13-20.
- 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):1426-1430.
- BSG- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2006) *Hamburger Leitfaden für Arztpraxen: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – Grundlagen für das Fallmanagement in der Arztpraxis.* 3. Aufl., Freie und Hansestadt Hamburg.
- Burgess AW, Harman CR, McCormack A (1987) Abused to abuser: antecedents of socially deviant behaviors. *Am J Psychiatry.* 144(11):1431-1436.
- Burnam MA, Stein JA, Golding JM, Siegel JM, Sorenson SB, Forsythe AB, Telles CA (1988) Sexual assault and mental disorders in a community population. *J Consult Clin Psychol.* 56(6):843-850.
- Burris A (1994) Somatization as a response to trauma. In: *Victims of abuse: the emotional impact of child and adult trauma.* A. Sugarman (Ed.), International Universities Press, Madison.

Carmen EH, Rieker PP, Mills T (1984) Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 141(3):378-383.

Carrey N, Butter H, Persinger M, Bialik R (1995) Physiological and cognitive correlates of child abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 34(8):1067-1075.

Cuffel BJ & Chase P (1994) Remission and relapse of substance use disorders in schizophrenia. Results from a one-year prospective study. *J Nerv Ment Dis*. 182(6):342-348.

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.

Davies-Netzley S, Hurlburt MS, Hough RL (1996) Childhood abuse as a precursor to homelessness for homeless women with severe mental illness. *Violence Vict*. 11(2):129-142.

De Hert M & Peuskens J (2000) Psychiatric aspects of suicidal behaviour: schizophrenia. In: *The international handbook of suicide and attempted suicide*. K. Hawton, K. van Heeringen (Eds.), John Wiley & Sons, Chichester, 121-134.

Diepold B (1998) Schwere Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren. Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung und Möglichkeiten psychoanalytischer Behandlung. In: *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*. M. Endres, G. Biermann (Hrsg.), Reinhardt Verlag, München, 131-141.

Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ (1991) Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry*. 148(2):224-230.

Doering S, Müller E, Köpcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, Müller P, Müller-Spahn F, Tegeler J, Schüssler G (1998) Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull*. 24(1):87-98.

Draijer N (1985) De omvang van seksueel misbruik van kinderen in het gezin. (The prevalence of intrafamilial childhood sexual abuse.) *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*. 40:587-608.

Draijer N (1988) Seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Een landelijk onderzoek naar de omvang, de aard, de gezinsachtergronden, de emotionele betekenis en de psychische en psychosomatische gevolgen. (Sexual Abuse of Girls by Relatives: A National Survey on Prevalence, Characteristics, Family Background, Emotional Meaning, Psychological and Psychosomatic Sequelae) Ministry of Social Affairs and Employment, The Hague.

Draijer N (1989) Structured Trauma Interview. Vrije Universiteit, Department of Psychiatry, Amsterdam.

Draijer N (1990) Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van

seksueel misbruik van meisjes door verwanten. (Sexual Trauma in Childhood: Long-Term Sequelae of Intrafamilial Sexual Abuse of Girls) SUA, Amsterdam.

Draijer N & Boon S (1995) De anamnese van traumatische jeugdervaringen. In: Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen. (Screening and diagnostic of dissociative disorders.) S. Boon, N. Draijer (eds.), Swets & Zeitlinger, Lisse 119-128.

Drake RE, Osher FC, Wallach MA (1989) Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *J Nerv Ment Dis.* 177(7):408-414.

Eggers C (1994) Seelische Misshandlung von Kindern. *Der Kinderarzt.* 25, 748-755.

Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (2000) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. 2. Aufl., Schattauer Verlag, Stuttgart.

Ellason JW & Ross CA (1997) Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychol Rep.* 80(2):447-450.

Engfer A (1991) Prospective identification of violent mother-child relationships. Child outcome at 6,3 years. In: Victims and criminal justice. Vol. III Special victimological issues. Particular groups of victims. G. Kaiser, H. Kury, H.J. Albrecht (Hrsg.), Freiburg, Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht, 415-458.

Engfer A (2000) Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. U.T. Egle, S.O. Hoffmann, P. Joraschky (Hrsg.), Schattauer Verlag, Stuttgart, 23.

Ensink B (1992) Confusing Realities: A study on child sexual abuse and Psychiatric symptoms. Vu University Press, Amsterdam.

Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B (1985) The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of Society of Research in Child Dev.* 50(1-2):147-166.

Eronen M, Tiihonen J, Hakola P (1996) Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull.* 22(1):83-89.

Esser G (1994) Ablehnung und Vernachlässigung im Säuglingsalter. In: Die vergessenen Kinder, Vernachlässigung und Armut in Deutschland. P. Krüner, R. Nafroth (Hrsg.), PapyRossa, Köln, 72-80.

Esser G, Dinter R, Jorg M, Rose F, Villalba P, Laucht M, Schmidt MH (1993) Importance and determinants of early mother-child relations. *Z Psychosom Med Psychoanal.* 39(3):246-264.

Famularo R, Kinscherff R, Fenton T (1992) Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 31(5):863-867.

Farber E & Egeland B (1987) Invulnerability among abused and neglected children. In: The invulnerable child. E.J. Anthony, B. Cohler (Eds.), Guilford Press, New York, 253-

288.

Feitel B, Margetson N, Chamas J, Lipman C (1992) Psychosocial background and behavioral and emotional disorders of homeless and runaway youth. *Hosp Community Psychiatry*. 43(2):155-159.

Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT (1996a) Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 35(10):1365-1374.

Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood JL (1996b) Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: I. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 35(10):1355-1374.

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):529-544.

Fowler D, Garety P, Kuipers E (2002) Understanding the outcome findings of Cognitive-Behavioral Therapie for psychosis: a cognitive model and its clinical implications. *Keio Univ Symp Life Sci Med*. 8:352-366.

Frick JPD (2003) Resilienz. *Kindergarten Heute*. 9:6-13.

Fricke S, Köhler S, Moritz S, Schäfer I (2007) Frühe interpersonale Traumatisierungen bei Zwangserkrankungen: Eine Pilotstudie. *Verhaltenstherapie*. 17(4):243-250.

Gearon JS, Bellack AS, Rachbeisel J, Dixon L, (2001) Drug-use behavior and correlates in people with schizophrenia. *Addict Behav*. 26(1):51-61.

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):523-528.

Goff DC, Brotman AW, Kindlon D, Waites M, Amico E (1991) Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Res*. 37(1):73-80.

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.

Greenfield SF, Strakowski SM, Tohen M, Batson SC, Kolbrener ML (1994) Childhood abuse in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*. 164(6):831-834.

Grissom GR & Bragg A (1991) Addiction Severity Index: experience in the field. *Int J Addict*. 26(1):55-64.

Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, Bhatia SC, Haffke EA (1996) Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? *Schizophr Res*. 20(1-2):153-156.
Häfner H (1998) Onset and course of the first schizophrenic episode. *Kaohsiung J Med Sci*. 14(7):413-431.

Häfner H & an der Heiden W (1997) Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 42(2):139-151.

Häfner H, Riecher A, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W, an der Heiden W, Munk-Jørgensen P, Strömgen E (1991) Sex differences in schizophrenic diseases. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 59(9):343-360.

Hamilton C (2000) Continuity and Discontinuity of Attachment from Infancy through Adolescence. *Child Dev*. 71(3):690-694.

Hardt J (2004) Retrospektive Erfassung von Kindheitsbelastungen bei Erwachsenen. In: *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. U.T. Egle, S.O. Hoffmann, P. Joraschky (Hrsg.), 3. Aufl., Schattauer, Stuttgart, 222-246.

Hardt J & Rutter M (2004) Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry*. 45(2):260-273.

Hardy A, Fowler D, Freeman D, Smith B, Steel C, Evans J, Garety P, Kuipers E, Bebbington P, Dunn G (2005) Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *J Nerv Ment Dis*. 193(8):501-507.

Heads T, Taylor P, Lease M (1997) Childhood experiences of patients with schizophrenia and a history of violence: A special hospital sample. *Crim Behav Ment Health*. 7(2):117-130.

Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK (1997) Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 154(9):1235-1242.

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.

Hordvik E (1997) Was ist ein psychisches Trauma? Methoden zur Behandlung. In: *Kindheit und Trauma. Trennung, Missbrauch, Krieg*. W. Hilweg, E. Ullmann (Hrsg.), Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Houston JE, Murphy J, Adamson G, Stringer M, Shevlin M (2008) Childhood sexual abuse, early cannabis use, and psychosis: testing an interaction model based on the National Comorbidity Survey. *Schizophr Bull*. 34(3):580-585.

Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB (2006) Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 118(3):933-942.

Hyman HH (1954) *Interviewing in social research*. University of Chicago Press, Chicago.

Inskip HM, Harris EC, Barraclough B (1998) Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 172:35-37.

Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, van Os J (2004) Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand.* 109(1):38-45.

Joiner TJ, Sachs-Ericsson N, Wingate L, Brown J, Anestis M, Selby E (2007) Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. *Behav Res Ther.* 45(3):539-547.

Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V (1999) Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 38(10):1214-1222.

Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA (2000) Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 57(10):953-959.

Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* 27(5):1101-1119.

Kilcommons AM & Morrison AP (2005) Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand.* 112(5):351-359.

Kingdon D & Turkington D (2004) *Cognitive Therapy of Schizophrenia.* Guilford Press, New York.

Kraepelin E (1909-1915) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.* 8. Aufl., Johann Ambrosius Barth, Leipzig.

Krausz M, Mass R, Haasen C, Gross J (1996) Psychopathology in patients with schizophrenia and substance abuse: a comparative clinical study. *Psychopathology.* 29(2):95-103.

Larkin W & Read J (2008) Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. *J Postgrad Med.* 54(4):287-293.

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):288-297.

Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, Keck PE Jr, McElroy SL, Denicoff KD, Obrocea G, Nolen WA, Kupka R, Walden J, Grunze H, Perez S, Luckenbaugh DA, Post RM (2003) Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry.* 64(5):506-515.

Lindqvist P & Allebeck P (1989) Schizophrenia and assaultive behaviour: The role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand.* 82(3):191-195.

- Lipschitz DS, Winegar RK, Nicolaou AL, Hartnick E, Wolfson M, Southwick SM (1999) Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *J Nerv Ment Dis.* 187(1):32-39.
- Lommen MJ & Restifo K (2009) Trauma and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Community Ment Health J.* 45(6):485-496.
- Lysaker PH, Meyer PS, Evans JD, Clements CA, Marks KA (2001a) Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 52(11):1485-1488.
- Lysaker PH, Meyer P, Evans JD, Marks KA (2001b) Neurocognitive and symptom correlates of self-reported childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *Ann Clin Psychiatry.* 13(2):89-92.
- Lysaker PH, Nees MA, Lancaster RS, Davis LW (2004a) Vocational function among persons with schizophrenia with and without history of childhood sexual trauma. *J Trauma Stress.* 17(5):435-438.
- Lysaker PH, Wickett AM, Lancaster RS, Davis LW (2004b) Neurocognitive deficits and history of childhood abuse in schizophrenia spectrum disorders: associations with Cluster B personality traits. *Schizophr Res.* 68(1):87-94.
- Lysaker PH, Beattie NL, Strasburger AM, Davis LW (2005a) Reported history of child sexual abuse in schizophrenia: associations with heightened symptom levels and poorer participation over four months in vocational rehabilitation. *J Nerv Ment Dis.* 193(12):790-795.
- Lysaker PH, Davis LW, Gatton MJ, Herman SM (2005b) Associations of anxiety-related symptoms with reported history of childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *J Clin Psychiatry.* 66(10):1279-1284.
- Malinosky-Rummell R & Hansen DJ (1993) Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull.* 114(1):68-79.
- Margo GM & McLees EM (1991) Further evidence for the significance of a childhood abuse history in psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry.* 32(4):362-366.
- Margolin G & Gordis EB (2000) The effects of family and community violence on children. *Annu Rev Psychol.* 51:445-479.
- McGee RA, Wolfe DA, Wilson SK (1997) Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: adolescents' perspectives. *Dev Psychopathol.* 9(1):131-149.
- McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr HL, O'Brien CP (1985) New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis.* 173(7):412-423.
- McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M (1992) The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse*

Treat. 9(3):199-213.

Mickelson K, Kessler R, Shaver P (1997) Adult attachment in a nationally representative sample. *J Pers Soc Psychol.* 73(5):1092-1106.

Molnar BE, Berkman LF, Buka SL (2001) Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med.* 31(6):965-977.

Moncrieff J, Drummond DC, Candy B, Checinski K, Farmer R (1996) Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. *Br J Psychiatry.* 169(3):355-360.

Morgan C & Fisher H (2007) Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma - A Critical Review. *Schizophr Bull.* 33(1):3-10.

Moscicki EK (1997) Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am.* 20(3):499-517.

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):666-670.

Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher C, Vidaver R, Auciello P, Foy DW (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol.* 66(3):493-499.

Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL (2002) Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophr Res.* 53(1-2):123-143.

Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP (1993) Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry.* 163:721-732.

Najavits LM, Gastfriend DR, Barber JP, Reif S, Muenz LR, Blaine J, Frank A, Crits-Christoph P, Thase M, Weiss R (1998) Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Am J Psychiatry.* 155(2):214-219.

Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ (2002) Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol.* 70(1):246-251.

Offen L, Waller G, Thomas G (2003) Is reported childhood sexual abuse associated with the psychopathological characteristics of patients who experience auditory hallucinations? *Child Abuse Negl.* 27(8):919-927.

Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM (1990) Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 147(8):1008-1013.

- Paivio SC & Cramer KM (2004) Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse Negl.* 28(8):889-904.
- Parker G, Fairley M, Greenwood J, Jurd S, Silove D (1982) Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 141:573-581.
- Putnam FW (2003) Ten-year research update review: child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 42(3):269-278.
- Raupp U & Eggers C (1993) Sexual abuse of children. A regional study of the prevalence and characteristics. *Monatsschr Kinderheilkd.* 141(4):316-322.
- Read J (1997) Child abuse and psychosis: A literatur review and implication for profes- sional practice. *Prof Psychol Res Pract.* 28(5):448-456.
- Read J (1998) Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpa- tients. *Child Abuse Negl.* 22(5):359-368.
- Read J & Argyle N (1999) Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatr Serv.* 50(11):1467-1472.
- 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):319-345.
- Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V (2003) Sexual and physical abuse during child- hood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psy- chol Psychother.* 76(Pt 1):1-22.
- Read J, Goodman L, Morrison A, Ross CA, and Aderhold V (2004) Childhood trauma, loss and stress. In: *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Ap- proaches to Schizophrenia.* J. Read, L. Mosher, R. Bentall (Eds.), Brunner-Routledge, London, pp 223-252.
- Read J, Seymour F, Mosher L (2004) Unhappy families. In: *Models of Madness: Psy- chological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia.* J. Read, L. Mosher, R. Bentall (Eds.), Brunner-Routledge, London, pp253-268.
- Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA (2005) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psy- chiatr Scand.* 112(5):330-350.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 264(19):2511-2518.
- Resnick SG, Bond GR, Mueser KT (2003) Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 112(3):415-423.

Richter-Appelt H, Kolb J, Becker C, Kawski S (1995) Körperliche Misshandlung und sexuelle Traumatisierungen in der Kindheit aus Sicht junger Erwachsener. Abschlussbericht für die deutsche Forschungsgemeinschaft (Projekt Ri-558), 1-103, Hamburg.

Richter-Appelt H, Tiefensee J (1996) Social and familial aspects in physical abuse and sexual abuse experiences in childhood from the viewpoint of young adults. Selected results of the Hamburg Study (1). *Psychother Psychosom Med Psychol.* 46(11):367-378.

Rikoon SH, Cacciola JS, Carise D, Alterman AI, McLellan AT (2006) Predicting DSM-IV dependence diagnoses from Addiction Severity Index composite scores. *J Subst Abuse Treat.* 31(1):17-24.

Rosenberg S, Lu W, Mueser K, Jankowski M, Cournos F (2007) Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv.* 58(2):245-253.

Ross CA (2004) *Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment.* Haworth Maltreatment and Trauma Press, New York.

Ross CA, Anderson G, Clark P (1994) Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry.* 45(5):489-491.

Ross CA & Joshi S (1992) Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Compr Psychiatry.* 33(4):269-273.

Roy A (1982) Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry.* 39(9):1089-1095.

Roy A (2005) Reported childhood trauma and suicide attempts in schizophrenic patients. *Suicide Life Threat Behav.* 35(6):690-693.

Roy A & Janal M (2005) Family history of suicide, female sex, and childhood trauma: separate or interacting risk factors for attempts at suicide? *Acta Psychiatr Scand.* 112(5):367-371.

Roy A, Mazonson A, Pickar D (1984) Attempted suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 144:303-306.

Rubino IA, Nanni RC, Pozzi DM, Siracusano A (2009) Early adverse experiences in schizophrenia and unipolar depression. *J Nerv Ment Dis.* 197(1):65-68.

Sansonnet-Hayden H, Haley G, Marriage K, Fine S (1987) Sexual abuse and psychopathology in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 26(5):753-757.

Sarchiapone M, Jausseint I, Roy A, Carli V, Guillaume S, Jollant F, Malafosse A, Courtet P (2009) Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behavior - via aggression traits. Similar results in an Italian and in a French sample. *Eur Psychiatry.* 24(1):57-62.

- 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):1037-1042.
- Schäfer I, Harfst T, Aderhold V, Briken P, Lehmann M, Moritz S, Read J, Naber D (2006) Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis*. 194(2):135-138.
- 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):539-545.
- Scheller-Gilkey G, Thomas SM, Woolwine BJ, Miller AH (2002) Increased early life stress and depressive symptoms in patients with comorbid substance abuse and schizophrenia. *Schizophr Bull*. 28(2):223-231.
- Scheller-Gilkey G, Woolwine BJ, Cooper I, Gay O, Moynes KA, Miller AH (2003) Relationship of clinical symptoms and substance use in schizophrenia patients on conventional versus atypical antipsychotics. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 29(3):553-566.
- Scheller-Gilkey G, Moynes K, Cooper I, Kant C, Miller AH (2004) Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse. *Schizophr Res*. 69(2-3):167-174.
- 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):273-286.
- Scher CD, Stein MB, Asmundson GJ, McCreary DR, Forde DR (2001) The childhood trauma questionnaire in a community sample: psychometric properties and normative data. *J Trauma Stress*. 14(4):843-857.
- 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):1027-1033.
- Schone R, Gintzel U, Jordan E, Kalscheuer M, Münder J (1997) *Kinder in Not- Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit*. Votum Verl., Münster.
- Schötensack K, Ellinger T, Gross A, Nissen G (1992) Pervallence of sexual abuse of children in Germany. *Acta Paedopsychiatr*. 55(4):211-216.
- Sedlak AJ & Broadhurst DD (1996) *The third national incidence study of child abuse and neglect: final report*. U.S. Dept of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect, Washington, DC.
- Shaffer A, Huston L, Egeland B (2008) Identification of child maltreatment using prospective and self-report methodologies: a comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse Negl*. 32(7):682-692.

- Shannon C, Douse K, McCusker C, Feeney L, Barrett S, Mulholland C (2009) The Association Between Childhood Trauma and Memory Functioning in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2009 Sep 13. [Epub ahead of print]
- Shevlin M, Dorahy MJ, Adamson G (2007a) Childhood traumas and hallucinations: an analysis of the National Comorbidity Survey. *J Psychiatr Res.* 41(3-4):222-228.
- Shevlin M, Dorahy MJ, Adamson G (2007b) Trauma and Psychosis: an Analysis of the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* 164(1):166–169.
- Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G (2008) Cumulative Traumas and Psychosis: an Analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull.* 34(1):193–199.
- Smith J & Hucker S (1994) Schizophrenia and substance abuse. *Br J Psychiatry.* 165(1):13-21.
- Spataro J, Moss SA, Wells DL (2001) Child sexual abuse: A reality for both sexes. *Aust Psychol* 36(3):177-183.
- Spauwen J, Krabbendam L, Lieb R, Wittchen HU, van Os J (2006) Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *Br J Psychiatry.* 188:527-533.
- Spence W, Mulholland C, Lynch G, McHugh S, Dempster M, Shannon C (2006) Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with non-psychotic psychiatric diagnoses. *J Trauma Dissociation.* 7(3):7-22.
- Startup M (1999) Schizotypy, dissociative experiences and childhood abuse: relationships among self-report measures. *Br J Clin Psychol.* 38 (Pt 4):333-344.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim (ZUMA) (2006) Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland: Lebenspartnerschaften 2004 in Deutschland. Bonn [Online im Internet.]URL: http://www.wzb.eu/wzb/pdf/dr06/kapitel/2_08_2006.pdf (Stand: 18.3.2010, 12:46).
- Strakowski SM, Keck PE Jr, McElroy SL, Lonczak HS, West SA (1995) Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry.* 36(2):106-112.
- Swanston HY, Plunkett AM, O'Toole BI, Shrimpton S, Parkinson PN, Oates RK (2003) Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 27(8):967-984.
- Switzer GE, Dew MA, Thompson K, Goycoolea JM, Derricott T, Mullins SD (1999) Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *J Trauma Stress.* 12(1):25-39.
- Swofford CD, Kasckow JW, Scheller-Gilkey G, Inderbitzin LB (1996) Substance use: a

- powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophr Res.* 20(1-2):145-151.
- Swofford CD, Scheller-Gilkey G, Miller AH, Woolwine B, Mance R (2000) Double Jeopardy: Schizophrenia and Substance Use. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 26(3):343-353.
- Thompson KM, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Redlin J, Demuth G, Smyth J, Haseltine B (2003) Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood. *J Trauma Stress.* 16(1):35-38.
- Tienari PJ & Wynne LC (1994) Adoption studies of schizophrenia. *Ann Med.* 26(4):233-237.
- Trojan O (1994) Sexual experiences of psychotic patients. *Int J Adolesc Med Health.* 7(3-4):209-217.
- Turner RJ & Lloyd DA (1995) Lifetime traumas and mental health: the significance of cumulative adversity. *J Health Soc Behav.* 36(4):360-376.
- Ücok A & Bıkmaz S (2007) The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 116(5):371-377.
- van Ammers EC, Sellman JD, Mulder RT (1997) Temperament and substance abuse in schizophrenia: is there a relationship? *J Nerv Ment Dis.* 185(5):283-288.
- van der Veen YN (1964) Investigations on "Difficult Subjects". *Ned Tijdschr Psychol.* 19:235-246.
- Vogel M, Spitzer C, Kuwert P, Möller B, Freyberger HJ, Grabe HJ (2009) Association of childhood neglect with adult dissociation in schizophrenic inpatients. *Psychopathology.* 42(2):124-130.
- Walker EF & Diforio D (1997) Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychol Rev.* 104(4):667-685.
- Warner R & Atkinson M (1988) The relationship between schizophrenic patients' perceptions of their parents and the course of their illness. *Br J Psychiatry.* 153:344-353.
- Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L (2000) Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev.* 71(3):684-689.
- Westermeyer J (1992) Schizophrenia and substance abuse. In: *Review of Psychiatry*, Vol. 11. A. Tasman, M. B. Riba (Eds.), American Psychiatric Press, Washington, DC, 379-401.
- Westermeyer J (2006) Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *Am J Addict.* 15(5):345-355.
- Wetzels P (1997) *Gewalterfahrungen in der Kindheit: Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen.* Nomos-Verlagsgesellschaft,

Baden-Baden.

Whitfield CL, Dube SR, Felitti VJ, Anda RF (2005) Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse Negl.* 29(7):797-810.

Widom CS & Morris S (1997) Accuracy of adult recollection of childhood victimization: Part 2. Childhood sexual abuse. *Psychol Ass.* 9(1):34-46.

Widom CS & Shepard RL (1996) Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 1. Childhood physical abuse. *Psychol Ass.* 8:412-421.

Williams LM (1994) Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol.* 62(6):1167-1176.

Willinger U, Heiden AM, Meszaros K, Formann AK, Aschauer HN (2002) Maternal bonding behaviour in schizophrenia and schizoaffective disorder, considering premorbid personality traits. *Aust N Z J Psychiatry.* 36(5):663-668.

Wolfe DA & McGee RA (1994) Dimensions of child maltreatment and their relationship to adolescent adjustment. *Dev Psychopathol.* 6:165-181.

Wright KD, Asmundson GJ, McCreary DR, Scher C, Hami S, Stein MB (2001) Factorial validity of the Childhood Trauma Questionnaire in men and women. *Depress Anxiety.* 13(4):179-183.

Wyatt GE & Peters SD (1986) Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research. *Child Abuse Negl.* 10(2):231-240.

Young M, Read J, Barker-Collo S, Harrison R, (2001) Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. *Prof Psychol Res Pract.* 32(4):407-414.

Zeanah CH, Scheeringa M, Boris NW, Heller SS, Smyke AT, Trapani J (2004) Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse Negl.* 28(8):877-888.

Danksagung

Zunächst möchte ich den Probanden danken, deren Mitarbeit und Offenheit die Studie überhaupt erst ermöglicht hat. Sie nahmen trotz der Belastung durch die derzeitige Krankheit die Untersuchung oft mit Interesse auf und stellten ihre Zeit zur Verfügung. Danken möchte ich all denen, die mich während der Erstellung dieser Arbeit unterstützten und dadurch zum Gelingen beigetragen haben.

Meinem Doktorvater Herrn Professor Dr. D. Naber danke ich für die Überlassung des interessanten Promotionsthemas und die Möglichkeit diese Studie in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchführen zu können.

Für die gute, umfassende und zuverlässige Betreuung der Arbeit bedanke ich mich ganz herzlich bei Herrn Dr. Ingo Schäfer, der mir bei Bedarf jederzeit als Ansprechpartner mit wertvollen Ratschlägen zur Seite stand.

Mein herzlicher Dank gilt auch Herrn Francisco Eiroa für die kompetente Unterstützung bei der statistischen Auswertung dieser Studie.

Allen Mitarbeitern auf der Station ps2 danke ich für die gute Zusammenarbeit und die vielen aufmunternden Gespräche.

Ganz besonders möchte ich meiner Familie sowie Philipp Rossbach und Armin Hoyer für ihre geistige und moralische Unterstützung bei dieser Arbeit und die wertvollen Anregungen beim Korrekturlesen danken.

Von ganzem Herzen danke ich meinen Eltern Christine und Klaus Gußmann für die beständige und liebevolle Unterstützung während meines gesamten Studiums.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Sibylle Joana Gußmann

geboren am 31.10.1983, in Bad Friedrichshall als Tochter von Klaus Gußmann und Christine Gußmann, geb. Albrecht.

Schulbildung und Ausbildung

Schule

1990- 1994	Grundschule Neuenstadt
1994- 2000	Mörike-Pro-Gymnasium Neuenstadt
2000- 2003	Albert-Schweitzer-Gymnasium Neckarsulm
06/2003	Schulabschluss (Abitur)

Soziales Jahr

07/2003	Pflegehelferin im Mörike-Stift-Neuenstadt
08/2003- 09/2003	Praktikum im Kinderheim und Trust Hospital in Accra (Ghana)
10/2003- 12/2003	Praktikum im Kinderheim in Makambako (Tansania)
01/2004- 08/2004	Freiwilliges Soziales Jahr beim Arbeiter-Samariter-Bund Heilbronn mit Ausbildung zur Rettungssanitäterin

Studium

09/2004– 06/2006	Medizinstudium an der Universität Szeged (Ungarn)
06/2006	Abschluss: erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
seit 10/2006	Medizinstudium an der Universität Hamburg
seit 10/2006	Forschung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE im Rahmen der vorliegenden Dissertation
01/2009- 05/2009	Klinisches Wahlfach Chirurgie am Bugando Medical Center in Mwanza (Tansania)

Praktisches Jahr:

08/2009- 11/2009	Innere Medizin im Spital Walenstadt (Schweiz)
10/2009- 01/2010	Pädiatrie im Spital Münsterlingen (Schweiz)
02/2010- 03/2010	Pädiatrie im Insepspital Bern (Schweiz)
04/2010- 05/2010	Kinderchirurgie im Kinderkrankenhaus Altona, Hamburg
06/2010- 07/2010	Allgemeinchirurgie in der Helios Mariahilf Klinik, Hamburg

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.

Unterschrift: