

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. med. Dieter Naber

**Geschlechtsunterschiede in Bezug auf
Traumatisierungen in verschiedenen
Lebensabschnitten bei Patienten mit schizophrenen
Störungen**

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Nele Rehder aus Heide/Holstein
Hamburg 2010

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 05.04.2011

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg:

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

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: PD. Dr. med. A. Müller- Karow

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in: Prof. Dr. med. H. Richter- Appelt

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersuchte Geschlechtsunterschiede in Bezug auf interpersonelle Traumatisierungen in verschiedenen Lebensabschnitten bei 145 Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Weiter wurde Zusammenhängen zwischen frühen Traumatisierungen und interpersoneller Gewalt im Erwachsenenalter nachgegangen. Für die Datenerhebung wurden unter anderem das „strukturierte Trauma Interview“ sowie die „Positive and Negative Syndrom Scale for Schizophrenia“ verwendet.

Wie auch in anderen Studien, fand sich eine hohe Prävalenzrate von kindlichen interpersonellen Traumatisierungen bei der Stichprobe. So berichteten 28,3% der weiblichen und 11,7% der männlichen Patienten sexuelle Gewalt in der Kindheit, 32,6% bzw. 23,4% berichteten schwere körperliche Gewalt. Mindestens eine Art der interpersonellen Traumatisierung in der Kindheit erlebten 38,9% aller Patientinnen und Patienten.

Im Erwachsenenalter hatten 33,3% der weiblichen und 11,1% der männlichen Patienten sexuelle Gewalt, sowie 26,7% bzw. 43,4% körperliche Gewalt erlebt. Mindestens eine dieser beiden Formen interpersoneller Gewalt im Erwachsenenalter fanden sich bei 47,5% der Patienten. Die Lebenszeitprävalenz sexueller und/ oder physischer Gewalt in der Gesamtstichprobe betrug 65,3%. Ein Zusammenhang zwischen kindlicher interpersoneller Traumatisierung und interpersoneller Gewalt als Erwachsener fand sich in der vorliegenden Studie nur auf Trendlevel.

Die Ergebnisse unterstreichen die hohe Belastung psychotischer Patienten mit Gewalterlebnissen in verschiedenen Lebensabschnitten. Künftige Studien sollten neben dem möglichen Einfluss dieser Erlebnisse auf die Entstehung psychotischer Syndrome auch Zusammenhängen mit der aktuellen klinischen Symptomatik weiter nachgehen.

Inhalt

1. Einleitung	6
1.1. Problemstellung.....	6
1.2. Literaturrecherche	7
1.2.1. Datenbanken	7
1.2.2. Lehrbücher und Monographien.....	7
1.3. Literaturüberblick.....	7
1.4. Theoretische Annäherung und empirische Forschungsergebnisse	8
1.4.1. Interpersonelle Traumatisierung in der Kindheit	8
1.4.1.1. Sexuelle Misshandlung.....	9
1.4.1.2. Physische Misshandlung.....	10
1.4.1.3. Häufigkeit von negativen Kindheitserfahrungen in Abhängigkeit vom Geschlecht.....	10
1.4.2. Folgen kindlicher Traumatisierung im Erwachsenenalter.....	13
1.4.2.1. Reviktimisierung von Erwachsenen bei kindlicher Traumatisierung..	15
1.4.2.2. Folgen kindlicher Traumatisierung in Abhängigkeit vom Geschlecht	17
1.4.3. Traumatisierung bei Patienten mit psychotischer Erkrankung	18
1.4.3.1. Prävalenzraten früher interpersoneller Traumatisierungen bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen	19
1.4.3.2. Prävalenzraten interpersoneller Traumatisierungen im Erwachsenenalter bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen.....	21
1.5. Ziele der Arbeit.....	23
1.6. Fragestellungen und Hypothesen.....	23
2. Methoden.....	25
2.1. Wahl des Forschungsdesigns	25
2.2. Wahl des Datenerhebungsverfahrens	25
2.3. Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche und Operationalisierungen	25
2.3.1. Soziodemographische und Verlaufparameter	26
2.3.2. Diagnostik und Psychopathologie.....	27
2.3.3. Potentiell traumatische Erfahrungen.....	28
2.4. Stichprobenansatz	31
2.5. Ethische Aspekte	32
2.6. Vorgehen bei der Datenerhebung.....	32
2.7. Auswertungsverfahren.....	35
3. Ergebnisse.....	37
3.1. Art der Ergebnisdarstellung	37
3.2. Darstellung der Stichprobe	37
3.2.1. Stichprobenansatz und Teilnahmequote	37
3.2.2. Untersuchungszeitpunkte.....	38
3.3. Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche	39
3.3.1. Soziodemographische Daten	39
3.3.2. Klinische und Verlaufparameter	42
3.3.2.1. Diagnose nach ICD-10	42
3.3.2.2. Psychotische Symptome.....	42
3.3.2.3. Erkrankungsbeginn und stationärer Verlauf	44
3.3.3. Potentiell traumatische Erfahrungen.....	44
3.3.3.1. Potentiell traumatische Erfahrungen in der Kindheit.....	44

3.3.3.2. Potentiell traumatische Erfahrungen im Erwachsenenalter	46
3.3.4. Reviktimisierung von Patienten mit psychotischer Erkrankung	47
3.4. Zusammenfassung der Ergebnisse	48
4. Diskussion	50
4.1. Diskussion der gewählten Methodik	50
4.1.1. Forschungsansatz und Studiendesign	50
4.1.2. Stichprobenselektion.....	52
4.2. Diskussion der Befunde	53
4.2.1. Prävalenzen potentiell traumatischer Erfahrungen in der Kindheit	53
4.2.1.1. Erfahrungen sexueller Misshandlung	53
4.2.1.2. Erfahrungen physischer Misshandlung.....	54
4.2.1.3. Sexuelle und physische Misshandlung in der Kindheit.....	56
4.2.2. Prävalenzen potentiell traumatischer Erfahrungen im Erwachsenenalter.	57
4.2.3. Reviktimisierung von Patienten mit psychotischer Erkrankung.....	59
4.3. Zusammenfassende Diskussion und Ausblick.....	60
5. Literatur	62
6. Anhang.....	78
6.1. Danksagung	78
6.2. Lebenslauf	79
6.3. Eidesstattliche Versicherung	80

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

In den vergangenen Jahren wurde eine wachsende Anzahl von Studien publiziert, die auf hohe Prävalenzraten interpersoneller Traumatisierungen wie sexueller und physischer Misshandlungen in der Kindheit von Patienten mit psychotischen Störungen¹ hinweisen (Übersicht bei Read et al. 2005). Es zeigt sich in diesen Studien, dass Patienten mit einer psychotischen Erkrankung signifikant häufiger negative Erfahrungen, insbesondere in Form sexueller oder physischer Misshandlung in der Kindheit, machen als die Allgemeinbevölkerung (Goff et al. 1991; Greenfield et al. 1994; Ross et al. 1994; Mueser et al. 1998; Goodman et al. 2001; Schenkel et al. 2005).

Die vorliegenden Studien wurden allerdings zumeist an diagnostisch inhomogenen Stichproben durchgeführt, die neben Patienten mit "F2-Störungen" (nach ICD-10) auch solche mit anderen psychotischen Syndromen, zum Beispiel im Rahmen affektiver Erkrankungen, einschlossen.

Während für die Allgemeinbevölkerung charakteristische Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf traumatische Erlebnisse berichtet wurden (Wetzels 1997), fanden Geschlechtsunterschiede bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis bislang nur wenig Berücksichtigung. Ebenfalls bisher wenig diskutiert wurde, mit welchem Geschlechterverhältnis sich Erfahrungen sexueller und physischer Gewalt in späteren Lebensabschnitten bei weiblichen bzw. männlichen Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis finden.

¹ Begriffe wie „Psychose“ oder „psychotische Erkrankung“ werden in der vorliegenden Arbeit im Sinne der Definition von „F2-Störungen“ nach ICD-10 verwendet. Außerdem wird im Rahmen dieser Arbeit der Begriff „Patient/en“ stellvertretend für eine gemischt-geschlechtliche Stichprobe genutzt

1.2. Literaturrecherche

1.2.1. Datenbanken

Die Datenbanken PubMed und MEDLINE wurden in die Literatursuche einbezogen. Begonnen wurde mit den Suchtermini „schizoph*“, „child*“ und „abuse“. Eine weitere Eingrenzung fand mit den Termini „physical abuse“ und „sex*“ statt. Anschließend führten die Suchtermini „gender“, „adult“ und „revictim*“ zu einer weiteren Differenzierung.

1.2.2. Lehrbücher und Monographien

Aus den Bereichen psychiatrischer Erkrankungen und kindlicher Traumatisierung wurden zahlreiche Monographien und Lehrbücher herangezogen. (Bange & Körner 2002; Egle, Hoffmann & Joraschky 2005; Endres & Biermann 1998; Rutschky & Wolff 1994; Wetzels 1997)

1.3. Literaturüberblick

In der Vergangenheit richtete sich der Fokus wissenschaftlichen Interesses verstärkt auf traumatisierende Kindheitserlebnisse wie körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen und deren Folgen in Adoleszenz und Erwachsenenalter. In nur wenigen Studien wurde dabei ein Augenmerk auf mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede gelegt (Berger et al. 2004; Garnefski et al. 1998; Finkelhor et al. 1990), da häufig nur weibliche Opfer im Mittelpunkt des klinischen und wissenschaftlichen Interesses standen (Noll et al. 2003).

Zunehmend wurde auch der Zusammenhang von in der Kindheit erlebten Traumata mit der Entstehung psychischer Erkrankungen untersucht (Kendler et al. 2000; Finkelhor 1990). Da jedoch keine einheitlichen Definitionen der vorkommenden Traumata vorliegen, ist eine Vergleichbarkeit der heute vorliegenden

Forschungsergebnisse nur eingeschränkt möglich. So wurden etwa sexuelle Misshandlung betreffend häufig unterschiedliche Definitionen und Datenerhebungsverfahren genutzt (Ross et al. 1994; Read et al. 2003).

Darüber hinaus existieren nur wenige wissenschaftliche Veröffentlichungen, die ihr Hauptaugenmerk auf das spezifische Problemfeld von Geschlechtsunterschieden in Bezug auf kindliche Traumatisierungen bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis legen. Auch in Bezug auf Reviktimisierungen im Erwachsenenalter bei Psychosepatienten mit kindlichen Traumatisierungen liegen bis lang nur wenige Befunde vor (Darves-Bornoz et al. 1995).

1.4. Theoretische Annäherung und empirische Forschungsergebnisse

1.4.1. Interpersonelle Traumatisierung in der Kindheit

Als Trauma wird in der modernen Trauma-Theorie eine Erfahrung bezeichnet, die so starke Emotionen hervorruft, „dass diese Emotionen von der Person nicht direkt bewältigt werden können, sondern zusammen mit den Erinnerungen oder Erinnerungsfragmenten, die mit den ursprünglichen Erfahrungen verknüpft sind, unterdrückt oder dissoziiert werden“ (Draijer 1990, S. 128). Terr trifft eine Unterscheidung in zwei „Traumatisierungs-Typen“, Typ I stellt ein einmaliges traumatisches Ereignis da, Typ II ist ein langfristig traumatischer Umstand. Dies trifft zum Beispiel auf sogenannte interpersonelle Traumatisierungen in der Kindheit häufig zu, bei denen es sich in den seltensten Fällen um einmalige Erlebnisse, sondern eher um chronische Gewalterlebnisse handelt.

Die Besonderheit der kindlichen Traumatisierung besteht darin, dass es zu einer Erschütterung des noch in der Entwicklung befindlichen kindlichen Selbst- und Weltverständnisses kommt. Während der Kindheit besteht noch ein begrenztes Situationsverständnis, da das kognitive Niveau konkretistischer und personenbezogener ausgerichtet ist als beim Erwachsenen (Fischer & Riedesser 1999, S. 254). Dies scheint ein maßgeblicher Grund dafür zu sein, dass interpersonelle Traumatisierungen in Kindheit und Jugend einen Risikofaktor für die spätere

Entstehung von psychischen Erkrankungen und problematischen Verhaltensweisen darstellen (Garnefski et al. 1997).

Fischer und Riedesser definieren missbräuchlichen Umgang mit Kindern als Verhaltensweisen der Bindungsfigur, die nicht auf die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes abgestimmt sind, sondern primär der Bedürfnisbefriedigung des Erwachsenen dienen (Fischer & Riedesser 1999, S. 260). In der vorliegenden Arbeit wird dabei das Hauptaugenmerk auf physische und sexuelle Gewalt gegen Kinder gelegt. Allerdings sind weitere Formen früher interpersoneller Traumatisierungen, etwa emotionale Misshandlung, in ihrer Bedeutung als nicht weniger dramatisch einzuschätzen. Zudem erscheint es schwierig, spezifische Folgen einzelnen Formen traumatischer Erfahrungen zuzuordnen, da häufig Kombinationen dieser Erlebnisse vorliegen. Weiter ist daraufhin zu weisen, dass nicht alle Ereignisse, die gängige Definitionen kindlicher interpersoneller Traumatisierungen erfüllen, im späteren Leben mit psychischer Erkrankung oder problematischen Verhaltensweisen als Folge einhergehen. Dies ist offensichtlich unter anderem auf verschiedene Schutzfaktoren (z. B. andere vertrauensvolle Beziehungen, soziale Unterstützung) zurückzuführen (Zimrin 1986; Lösel et al. 1990; Werner & Smith 1992).

1.4.1.1. Sexuelle Misshandlung

Trotz der seit Jahren bestehenden verstärkten Aufmerksamkeit von Gesellschaft und Forschung gibt es für die sexuelle Kindesmisshandlung bis heute noch keine einheitliche Begrifflichkeit. Durch die uneinheitlichen Termini von sexueller Misshandlung kommt es dabei zu einer erheblichen Divergenz der Ergebnisse einzelner Studien.

In sogenannten „engen“ Definitionen wird Körperkontakt zwischen Täter und Opfer bis hin zu oraler, vaginaler oder analer Penetration gefordert („hands on“). „Weite“ Definitionen umfassen neben den geschlechtlichen Handlungen mit Körperkontakt auch solche ohne Körperkontakt („hands off“). Dazu zählen neben Exhibitionismus auch die Herstellung pornographischer Fotos und Belästigung. Des Weiteren sind in der Literatur differente Altersgrenzen sowie verschiedene Angaben zu einem bestehenden Altersunterschied zwischen Täter und Opfer zu finden. Die

Varianz zwischen dem, was als „Kindheit“ definiert wird, umfasst eine Spanne zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr (Richter-Appelt 1995). Dabei wird jedoch prinzipiell nicht die individuelle Reife des Kindes bzw. Jugendlichen berücksichtigt. Die zwischen Täter und Opfer bestehende Altersdifferenz findet in der Literatur teilweise keine Beachtung oder variiert zwischen drei und fünf Jahren (Finkelhor et al. 1990; Wyatt 1985).

1.4.1.2. Physische Misshandlung

Ähnlich wie im Bereich der sexuellen Misshandlung liegt auch für die physische Misshandlung von Kindern keine einheitliche internationale Definition vor. Draijer et al. (1999) definieren physische Misshandlung als schwere Aggression, etwa körperliche Bestrafungen durch Elternfiguren (zum Beispiel leibliche Eltern oder Stiefeltern), die zu Verletzungen des Kindes führen können. Des Weiteren wird von ihnen eine Kategorisierung nach Schwere und Häufigkeit vorgenommen. Ähnlich definieren auch Cloitre et al. (2001) physische Misshandlung. Sie berücksichtigen in ihrer Definition Handlungen einer Elternfigur wie geschlagen, geboxt, geschnitten oder gestoßen werden, so dass daraus eine Verletzung, vom blauen Fleck bis zur Verletzung innerer Organe, resultieren kann. An den aufgeführten Definitionen lassen sich zwei elementare Überschneidungspunkte erkennen. Dies betrifft zum einen, dass es sich um Eltern bzw. elternähnliche Personen handelt, zum anderen die Inkaufnahme der körperlichen Versehrtheit des Kindes.

1.4.1.3. Häufigkeit von negativen Kindheitserfahrungen in Abhängigkeit vom Geschlecht

Mit der von Wetzels 1997 vorgelegten, schriftlich durchgeführten, Befragung zur Prävalenz von physischen und sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit erschien die erste für die BRD repräsentative Untersuchung zur Prävalenz von sexuellem Kindesmissbrauch. Eingeschlossen in die Erhebung waren 3241 Personen, 1661 Frauen und 1580 Männer. Wetzels orientierte sich bei den von ihm verwendeten

Definitionen für physische und sexuelle Misshandlung an strafrechtlich-normativen Vorgaben.

Die physische Misshandlung von Kindern wurde von ihm „als eine gegen ein Kind gerichtete, körperliche Gewaltausübung durch Eltern, welche die rechtliche Grenze des elterlichen Züchtigungsrechts überschreitet...“, definiert, mit der „... Zuführung von Schmerzen mit der Absicht oder der Inkaufnahme des Risikos von Verletzungen auf Seiten des Kindes...“. Zur Erfassung von elterlicher Erziehungsgewalt wurden zehn Fragen vorgelegt. Diese umfassten unter anderem das Schlagen mit der Faust, das Drohen und Einsetzen mit und von Waffen sowie das absichtliche Zuführen von Verbrennungen. Insgesamt erlebten 74,9% der Befragten physische Gewalt in ihrer Kindheit. Bei der Erhebung von „Gewalt insgesamt“ ist der Anteil der betroffenen Männer mit 77,9% signifikant höher als bei den betroffenen Frauen mit 71,9%. Kein signifikanter Unterschied ergab sich bei erlebter physischer Misshandlung in der Kindheit. Diese erlebten 11,8% der befragten Männer und 9,9% der befragten Frauen.

Die sexuelle Kindesmisshandlung definierte Wetzels als „sexuelle Instrumentalisierung eines Kindes oder Jugendlichen durch eine erwachsene oder bedeutend ältere Person, bei welcher der Erwachsene seine Überlegenheitsungeachtet des Willens des Kindes oder des Entwicklungsstandes eines Kindes- im Interesse der Befriedigung seiner Bedürfnisse nach der Intimität oder Macht ausführt“. In die Definition eingeschlossen wurde, dass der Täter mindestens fünf Jahre älter war, das Opfer die Handlung nicht gewollt oder nicht verstanden hatte und dass die Handlung das Ziel der sexuellen Erregung von Täter oder Opfer hatte. Für die Erhebung von sexuellen Misshandlungserfahrungen wurden sechs konkrete Handlungsformen und eine unspezifische Frage benutzt. Je nach Definition der Schutzaltergrenze und Art der einbezogenen Handlungen wurden dabei Unterschiede in den Prävalenzraten gefunden. Bei einer Schutzaltergrenze < 16 Jahren und Einbezug von Formen sexueller Misshandlung, die Körperkontakt beinhalten mussten, war die Opferrate bei Männern signifikant niedriger als bei Frauen. 8,6% der befragten Frauen waren nach dieser Definition Opfer sexueller Misshandlung im Kindesalter, verglichen mit „nur“ 2,8% der befragten Männer. Bei 63,8% der insgesamt Betroffenen kam es dabei zwar zu Körperkontakt, aber nicht zu

einer (vaginalen, oralen und/oder analen) Penetration. In der von Wetzels vorgelegten Studie waren 16,1% der Frauen und 13,5% der Männer in ihrer Kindheit Opfer von sexueller oder körperlicher Misshandlung (vor dem 16. Lebensjahr).

Bereits vor der von Wetzels vorgelegten Studie bestand ein breites Interesse an dem Themenfeld der sexuellen Misshandlung von Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik, und so wurden bereits zu Beginn der neunziger Jahre Studien zur Erhebung von Prävalenzraten durchgeführt. Bange (1992) befragte 1500 Studenten der Universität Dortmund zu sexuellen Kontakten zu Erwachsenen in ihrer Kindheit. Bei einem Rücklauf von 57% (N= 855) wurde bei 25% der Frauen und 8% der Männer eine sexuelle Misshandlung erhoben. Zu beachten gilt, dass von Bange eine weite Definition, d.h. mit Einschluss von Übergriffen ohne Körperkontakt, zu Grunde gelegt wurde. In Hamburg wurden von Richter-Appelt et al. (1994) 3000 Studenten der Hamburger Hochschulen befragt. Von 1085 bearbeiteten Fragebögen wurden 1068 ausgewertet, 616 wurden von Studentinnen und 452 von Studenten bearbeitet. Eine sexuelle Misshandlung erlebten, nach der zu Grunde gelegten engen Definition, 11% der Studentinnen (N= 68) und 4% der Studenten (N= 18). Besonders zu beachten ist in der von Richter-Appelt vorgelegten Studie, dass neben den 11% der traumatisierten Studentinnen, die durch das zugrundegelegte Rating erfasst wurden, weitere 14% der Frauen sich selbst unabhängig vom Rating als sexuell misshandelt einstufen.

In einer von Lange 2002 vorgelegten Studie wurden 687 Jugendliche im Alter zwischen 16 und 17 Jahren (362 Mädchen und 325 Jungen) aus Hamburg, Leipzig und Köln im persönlichen Gespräch zu sexuellen Gewalterfahrungen befragt. Den Jugendlichen wurde es dabei selbst überlassen, was sie als sexuelle Belästigung und/oder Gewalt werteten. Lange definierte Gruppen, denen die erhobenen Daten zugeordnet wurden. Die Gruppe „null“ berichtete keine sexuelle Misshandlung in der Anamnese und enthielt 49% der Mädchen und 82% der Jungen. Die Gruppe „eins“ entsprach „leichter“ Belästigung, verbal oder nonverbal, die jedoch zu keiner stärkeren Beeinträchtigung führte. 23% der Mädchen und 14% der Jungen wurden dieser Gruppe zugeordnet. Als „mittelschwere“ Belästigungs- und Gewalterfahrung wurde die Gruppe „zwei“ definiert. Diese beinhaltete Schilderungen mit körperlichen Übergriffen, in denen psychische oder körperliche Gewalt angewendet

wurde. Des Weiteren wurde auch einmalig stattgehabte sexuelle Misshandlung im Kindesalter dieser Gruppe zugeordnet. 21% der Mädchen und 3% der Jungen wurden in diese Gruppe klassifiziert. In der Gruppe „drei“ finden sich „schwere“ Belästigungs- und Gewalterfahrungen. Hierbei handelt es sich um sexuelle Handlungen, die durch massive psychische und/oder körperliche Gewalt erzwungen wurden. Es handelt sich um Übergriffe, die starke Angst auslösten und negative Langzeitfolgen nach sich zogen. Häufig handelte es sich beim Täter um eine Bezugsperson. Diese Gruppe enthielt 8% der Mädchen und 1% der Jungen. Die von Lange ausgewertete Stichprobe war dabei repräsentativ für Großstadt-Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren.

Zu deutlich geringeren Raten kam eine Untersuchung von Maercker et al. (2008), die neben Daten zu posttraumatischen Belastungsstörungen in Deutschland auch interpersonelle Traumatisierungen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter erhob. Die Gesamtstichprobe enthielt 2426 Befragte im Alter zwischen 14 und 93 Jahren, davon waren 1308 Frauen und 1118 Männer. In dieser Studie berichteten nur 24 Frauen der Stichprobe (1,8%) und 5 Männer (0,4%) von sexueller Misshandlung vor dem 14. Lebensjahr.

1.4.2. Folgen kindlicher Traumatisierung im Erwachsenenalter

Den verschiedenen Formen kindlicher interpersoneller Traumatisierung und deren Zusammenwirken wird eine entscheidende Rolle im Hinblick auf die Entstehung psychischer Störungen zugemessen (Kendler et al. 2000). Zu der Gruppe der psychischen Störungen, die bei Betroffenen gehäuft auftreten, werden unter anderem die posttraumatische Belastungsstörung, Angststörungen, depressive Erkrankungen, dissoziative Störungen, sexuelle Funktionsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen gerechnet. Garnefski & Arends (1998) berichteten, dass Personen, die in ihrer Kindheit Opfer sexueller Gewalt wurden, als Erwachsene signifikant häufiger unter emotionalen Problemen (Einsamkeit, Angst, verminderter Selbstwert) und abweichendem Verhalten (vermehrter Alkoholkonsum, anderweitiger Substanzmissbrauch, gesteigerte Aggressivität, vermehrten kriminellen Delikten) leiden als

davon nicht betroffene Personen. Beichtmann et al. (1991) stellten in einer Übersichtsarbeit heraus, dass kein spezifisches „Missbrauchssyndrom“ nach sexueller Kindesmisshandlung beschrieben werden kann, da keine charakteristische Symptomkonstellation bei Kindern mit sexueller Gewalterfahrung im Vergleich zu Kindern mit physischer Gewalterfahrung bestünde. Des Weiteren sollte beachtet werden, dass häufig eine Kombination verschiedener Misshandlungsformen vorliegt. Sowohl Beichtmann et al. (1991) als auch Kendall-Tackett et al. (1993) weisen daraufhin, dass neben der Art (in- oder exklusiv Penetration) und Schwere (Gewaltandrohung bzw. -anwendung) auch die Dauer und Häufigkeit der sexuellen Misshandlung sowie die Beziehung zwischen dem Opfer und dem Täter mit der Schwere der Traumafolgen assoziiert sind. Andererseits wurden auf Grund der sogenannten „Resilienz“ eines Teils der Personen, die als Kind Misshandlungen erleben mussten, im Erwachsenenalter jedoch nicht oder nur wenig beeinträchtigt sind, Rückschlüsse auf mögliche protektive Faktoren und Lebensumstände gezogen. Zimrin (1986) konnte zeigen, dass diese von den negativen Kindheitserfahrungen wenig betroffenen Opfer nicht nur im Durchschnitt intelligenter waren, sondern dass sie in der Vergangenheit, aber auch der Gegenwart mindestens eine vertrauensvolle Beziehung zu einem anderen Menschen hatten.

Die von Bowlby (1975) entwickelte Bindungstheorie geht davon aus, dass unterschiedliche Qualitäten der Bindung zwischen Kind und Eltern individuelle Unterschiede im Vertrauen gegenüber anderen sowie im Selbstvertrauen festlegen. Misshandelte Kinder weisen wesentlich häufiger unsichere Bindungsmuster mit unvorhersehbarem Annäherungs- und Vermeidungsverhalten gegenüber ihren Müttern auf (Lyons-Ruth et al. 1993). Die internalisierten Bindungserfahrungen bedingen zudem die Fähigkeit, im späteren Leben Beziehungen aufzubauen und diese aufrechtzuerhalten (Grossmann & Grossmann 2003).

Durch kindliche interpersonelle Traumatisierung kann als weitere Konsequenz eine gestörte Entwicklung der Affektregulation vorliegen (Pearlman 1998; Briere 2002). Verfügen Kinder mit guter Affektregulation über die Fähigkeit, starke, insbesondere negative Affekte auszuhalten und zu kontrollieren, sind misshandelte Kinder affektiven Anforderungen ausgesetzt, die die natürliche Fähigkeit, diese zu dominieren, deutlich übersteigen. Draijer (1990) und Moggi (1991) fanden in ihren

Untersuchungen emotionale Abstumpfung, Verlust der Empfindungsfähigkeit und dissoziative Symptome als typische Traumafolgen. Die moderne Traumatheorie (Horowitz 1976; van der Kolk 1987) basiert auf der Überlegung, dass traumatische Erlebnisse mit so massiven Emotionen einhergehen, dass diese nicht direkt bewältigt werden können, sondern „dissoziiert“ werden. Dies kann so dramatisch werden, dass emotionale Abstumpfung dominiert und mit einem Verlust der Empfindungsfähigkeit, dissoziativen Symptomen, Depression und Verlust des Interesses an der Außenwelt korreliert. Entsprechend einer gängigen Meinung erlauben dabei dissoziative Mechanismen betroffenen Kindern die mit einer Traumatisierung verbundenen Gefühlsstürme von Demütigung, Kränkung, Scham, Schmerz und Hass zu bewältigen, sind aber langfristig dysfunktional (Egle et al. 1999). Inzwischen zeigen eine Reihe von Studienergebnissen und klinischen Erfahrungen auch eine enge Korrelation zwischen frühen Traumatisierungen und Selbstschädigung (van der Kolk & Fisler 1994; Schetky 1990; Briere & Zaidi 1989). Diese Erkenntnisse führten dazu, Selbstverletzung als pathologische Form der Affektregulation und Selbstfürsorge zu betrachten (Herman 1994).

1.4.2.1. Reviktimisierung von Erwachsenen bei kindlicher Traumatisierung

Die Neigung zur Wiederholung traumatischer Erlebnisse ist eine der zahlreichen Langzeitfolgen nach interpersoneller Traumatisierung in der Kindheit und Jugend. In einer von Classen et al. (2005) vorgelegten Übersicht über Studien, die sich mit dem Zusammenhang von sexueller und/oder körperlicher Gewalt gegen Kinder und Reviktimisierungsphänomenen befassten, wurde deutlich, dass ein signifikant höheres Risiko für Viktimisierungen im Erwachsenenalter besteht, wenn Traumata in der Kindheit vorliegen. In einer von Coid et al. (2002) durchgeführten Erhebung hatten Frauen mit sexueller Misshandlung in ihrer Kindheit ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, nach dem 16. Lebensjahr Opfer einer Vergewaltigung oder andersartiger sexueller Gewalt zu werden. Ähnliche Ergebnisse wurden von diesen Autoren auch für körperliche Misshandlung in der Kindheit gefunden. Bei körperlicher Misshandlung in der Kindheit erhöhte sich das Risiko für Vergewaltigung oder andere sexuelle Gewalt nach dem Alter von 16 Jahren ebenfalls

um das zwei- bis dreifache. Desai et al. (2002) fanden für weibliche Opfer kindlicher sexueller Misshandlung ein 1,8-fach erhöhtes Risiko, als Erwachsene sexuell misshandelt zu werden. Für männliche Opfer, die in der Kindheit sexuell misshandelt wurden, ergab sich ein 5,5-fach erhöhtes Risiko, im Erwachsenenalter vergewaltigt zu werden.

Tiefenpsychologische Ansätze sehen als einen Grund für die Traumawiederholung die Introjektion negativer Beziehungserfahrungen an, die sich vor allem in einem negativen Selbstbild manifestieren. Reviktimisierung wird dann wahrscheinlich, wenn die Vorstellung, als Person wertlos, moralisch minderwertig und schuldig zu sein, mit der Überzeugung verbunden ist, Misshandlung und Strafe zu verdienen (Wöller 2005). Durch den Glauben, selbst böse und abscheulich zu sein und Strafe verdient zu haben, kann das Bild der guten Eltern erhalten werden (Gleiser 2003).

Erklärungsansätze für das Phänomen der Reviktimisierung bietet auch die Bindungstheorie. So weisen, wie bereits diskutiert, Kinder mit Traumatisierung in der Vorgeschichte signifikant häufiger unsichere Bindungen an ihre primären Bindungsfiguren auf als nicht traumatisierte Kinder. Gerade in den Gruppen von unsicher-ambivalent und unsicher-desorientiert gebundenen Kindern und Erwachsenen findet sich dabei eine erhöhte Tendenz zur Reviktimisierung (Crittenden 1988). Ein unsicher gebundener Erwachsener neigt dazu, seinen Partner zu idealisieren und sich aufzuopfern, was zu einer erhöhten Vulnerabilität für Reviktimisierung führen kann. Auch ist die Überlegung nicht zu vernachlässigen, dass traumatisierte Individuen, auf Grund der frühkindlichen Erfahrungen, gegebenenfalls nicht zwischen vertrauenswürdigen und nicht vertrauenswürdigen Personen unterscheiden können und im Zweifel auf vertraute Beziehungsmuster zurückgreifen (Dutton & Painter 1981).

Schließlich scheint die Neigung zur Reviktimisierung eine Form der Selbstschädigung darzustellen, die durch eine mangelnde Antizipationsfähigkeit für Gefahren sowie die Unfähigkeit zu Selbstschutz und Selbstverteidigung vor allem im Zustand der Dissoziation begünstigt wird.

Im weitesten Sinne finden sich Traumawiederholungen auch in Form aktiver Traumatisierung, bei der selbst traumatisierte Eltern ihre eigenen Kinder

misshandeln. Des weiteren zeigt sich, dass viele Mütter von Opfern kindlicher sexueller Misshandlung als Kind ebenfalls interpersonelle Traumatisierung erlebt haben (Noll 2005).

1.4.2.2. Folgen kindlicher Traumatisierung in Abhängigkeit vom Geschlecht

Lange Zeit standen Frauen als Opfer sexueller und körperlicher Gewalt im Mittelpunkt der klinischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung und Männer wurden in dazu durchgeführten Erhebungen nur selten mit einbezogen. Wie bereits erwähnt, ist anzunehmen, dass vor allem bei Männern die ermittelte Prävalenz der Opfererfahrungen mit der Art der Erhebung assoziiert ist. Die Angst vor Stigmatisierung kann dazu führen, dass von Männern erlebte sexuelle Gewalterfahrungen nicht berichtet werden. Gewalterfahrungen von Jungen werden insgesamt weniger ernst genommen (Smith et al. 1997), es wird dem Betroffenen eine aktivere Rolle unterstellt und im Hinblick auf sexuelle Kontakte wird bei einem Jungen häufig angenommen, er habe es, wenn nicht gewollt, dann jedoch als angenehm empfunden. Die Folgen der Gewalterfahrungen sind durch Rollenstereotypen und geschlechtsspezifische Sozialisation beeinflusst. Die Informationen über unterschiedliche Effekte nach sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit in Abhängigkeit vom Geschlecht sind jedoch rar (Watkins & Bentovim 1992). Stereotypen wie „Jungen weinen nicht“ (The Cure 1980), „ein Indianer kennt keinen Schmerz“ (deutsches Sprichwort unbekanntes Ursprungs, vgl. nach K. May), „Jungen können sich wehren“ spielen bei der Sozialisation von Jungen noch heute eine elementare Rolle. Dadurch kann es bei Jungen, die sich in Gewaltsituationen als schwach empfinden, zur Verunsicherung bezüglich der eigenen Identität kommen, etwa dass sie den Anforderungen an männliches Verhalten nicht genügt hätten und kein „richtiger“ Junge mehr wären (Bange & Enders 2000). Sexuelle Misshandlungserfahrungen können nachhaltige Auswirkungen auf die Geschlechtsidentität des männlichen Opfers haben, so kann homosexuelle Misshandlung zu der Sorge führen, selbst homosexuell zu sein oder zu werden, bei heterosexueller Gewalt kann es zu einer Diskrepanz mit dem eigenen männlichen Selbstbild führen, da es zu einem von

einer Frau dominierten sexuellen Kontakt kam oder der sexuelle Kontakt zu einer Frau nicht als positiv bewertet wird.

Als Folge von Traumatisierung gelten bei Mädchen und Frauen häufig „internalisierende“ Reaktionsweisen (Depression, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität), im Gegensatz zu „externalisierenden“ Verhaltensweisen (Substanzmissbrauch, Aggression, Delinquenz), die bei männlichen Opfern eher im Mittelpunkt stehen sollen. Während sich dies in einigen Erhebungen bestätigte (Bernstein et al. 1989; Wellman 1993), deuten jedoch andere Studien daraufhin, dass die Pauschalisierung geschlechtsspezifischer Verarbeitungs- und Verhaltensweisen infolge von Traumatisierungen zu kurz greift. Berger et al. (2004) belegten anhand einer Erhebung bei 7361 Kindern, dass sowohl Jungen als auch Mädchen mit sexueller Traumatisierung mehr als viermal so häufig Substanzmissbrauch betreiben als Jungen und Mädchen ohne Traumatisierung. Martin et al. (2004) erhoben in einer Studie bei 55% der Jungen (N= 15) nach sexueller Misshandlung Suizidversuche, verglichen mit nur 29% der Mädchen (N= 17). Insgesamt fand sich damit bei Jungen im Vergleich zu Mädchen nicht nur eine stärkere Aggression nach außen, sondern auch gegen sich selbst. Garnefski und Arends (1998) fanden in einer repräsentativen Stichprobe von 1490 Schülern, von denen 745 über sexuelle Gewalt in ihrer Vergangenheit berichteten, dass männliche Opfer von sexueller Gewalt im Vergleich zu weiblichen Opfern nicht nur häufiger dissoziales Verhalten in Form von aggressivem Verhalten, erhöhter Kriminalität und vermehrtem Substanzgebrauch zeigten, sondern auch häufiger über Einsamkeit, Suizidgedanken und Suizidversuche berichteten. Nicht nur bei weiblichen, sondern auch bei männlichen Opfern sexueller und physischer Gewalt sollte daher immer die Aufmerksamkeit auch auf „internalisierende“ Verhaltensweisen gelegt werden.

1.4.3. Traumatisierung bei Patienten mit psychotischer Erkrankung

Die ätiologische Rolle von kindlicher Traumatisierung bei der Entstehung psychotischer Erkrankungen rückte in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus wissenschaftlicher und klinischer Forschung. So wurde von einigen Autoren

im Sinne einer Erweiterung des gängigen Diathese-Stress-Modells (Walker & Diforio 1997) geltend gemacht, dass Traumata bei diesen Patienten einen entscheidenden Anteil an der Entstehung von Vulnerabilitäten haben könnten, die zur Entstehung psychotischer Erkrankungen beitragen (Mueser et al. 2002; Read et al. 2001; Ellason & Ross 1997). Untersuchungen, die eine hohe Prävalenzrate früher traumatischer Erlebnisse bei Patienten mit Psychose nachweisen, untermauern dieses Konzept (Übersicht bei Read et al. 2005).

Diese Studien wiesen auch auf Zusammenhänge zwischen physischer und/oder sexueller Misshandlung im Kindesalter und dem Krankheitsverlauf hin. Diese zeigten sich etwa in Bezug auf ein früheres Erkrankungsalter (Goff et al. 1991), längere und häufigere Klinikaufenthalte, ein stärkeres Ausmaß an Psychopathologie (Ross et al. 1994) sowie einen schlechteren psychosozialen Langzeitverlauf (Lysaker et al. 2001).

1.4.3.1. Prävalenzraten früher interpersoneller Traumatisierungen bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung finden sich in Studien zu kindlichen Traumatisierungen bei psychiatrischen Patienten deutlich erhöhte Prävalenzraten. Read et al. (2005) fassten Studien zusammen, die insgesamt 2604 stationär oder ambulant psychiatrisch behandelte Frauen und 1536 stationär oder ambulant psychiatrisch behandelte Männer untersuchten, von denen jeweils mindestens die Hälfte an psychotischen Störungen erkrankt waren. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass 69% der Frauen sexuelle Misshandlung oder physische Misshandlung in der Kindheit erlebten sowie 59% der Männer. Beiden Formen waren 35% der Frauen und 20% der Männer ausgesetzt gewesen.

In einer von Ross et al. (1994) erhobenen gemischtgeschlechtlichen Stichprobe von ambulant und stationär behandelten Psychose-Patienten erlitten 45% sexuelle oder physische Misshandlung. Neria et al. (2002) untersuchten 426 auf Grund einer Psychose erstmals hospitalisierte Patienten. Deren Lebenszeitprävalenz für ein traumatisches Ereignis betrug bei den Männern 63% und bei den Frauen 77%. Physische Misshandlung in der Kindheit erlebten 24% der männlichen und 44% der

weiblichen Patienten. Bei einer Stichprobe konsekutiv aufgenommener erstmals psychotisch erkrankter Erwachsener erhoben Greenfield et al. (1994) Misshandlungsanamnesen. Von den 38 Befragten (je 50% weiblich bzw. männlich) berichteten 42% der weiblichen und 16% der männlichen Patienten von kindlicher sexueller Misshandlung. Über physische Misshandlung wurde von 42% der weiblichen und 47% der männlichen Patienten berichtet.

In einer von Scheller-Gilkey et al. (2004) veröffentlichten Studie waren von 122 an einer Schizophrenie erkrankten Patienten 28% Opfer chronischer sexueller Misshandlung in der Kindheit. Schenkel et al. (2005) untersuchten 40 Patienten mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung. Davon gaben 28% chronische sexuelle Misshandlung und 33% chronische physische Misshandlung in ihrer Kindheit an.

Die obigen Befunde weisen darauf hin, dass Personen mit psychotischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger frühe interpersonelle Traumatisierungen aufweisen. Dabei sind Reliabilität und Validität von Studien bezüglich traumatischer Ereignisse im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen immer wieder Gegenstand kritischer Diskussionen. Goodman et al. (1999) und Mueser et al. (2001) fanden in Bezug auf die Reliabilität der Angaben zu traumatischen Erlebnissen bei Stichproben überwiegend schizophrener Patienten Test-Retest-Reliabilitäten etablierter Instrumente („Sexual Abuse Exposure Questionnaire“, „Trauma History Questionnaire“), die denen bei Normalstichproben jedoch vergleichbar waren. Neuere Studien weisen darauf hin, dass die berichteten Prävalenzraten eher zu gering ausfallen, da eher eine Tendenz zum „underreporting“ dieser Erfahrungen erkennbar ist (Williams et al. 1994; Fergusson et al. 2000). Ein erhöhter Prozentsatz von „underreporting“ scheint insbesondere bei männlichen Patienten zu existieren (Spataro et al. 2001). Es ist davon auszugehen, dass gerade bei männlichen Patienten die Zahlen zu Opfererfahrungen von der Art der Erhebung beeinflusst sind, da Männlichkeitsbilder die Wahrnehmung und den Umgang mit sexueller Traumatisierung sowohl der Betroffenen als auch der Behandler beeinflussen (Bange 2000).

Als weitere mögliche Ursachen für „underreporting“ beider Geschlechter werden Schamgefühle, Schuld, Furcht oder das Bedürfnis, den Täter zu schützen, diskutiert (Fergusson et al. 2000; DellaFemina et al. 1990). Andere Gründe können

sein, dass das Ereignis von dem Betroffenen nicht als „sexuelle Misshandlung“ angesehen wird (Cascardi et al. 1996) oder Betroffene es ablehnen, über unerfreuliche Ereignisse zu sprechen bzw. sich an diese zu erinnern (Dill et al. 1991).

1.4.3.2. Prävalenzraten interpersoneller Traumatisierungen im Erwachsenenalter bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen

Neben frühen interpersonellen Traumatisierungen befassten sich verschiedene Studien auch mit Viktimisierungserfahrungen von psychiatrischen Patienten im Erwachsenenalter. Brekke et al. (2001) untersuchten 172 Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie bzw. schizoaffektiven Störung über drei Jahre und fanden ein 75- 120% erhöhtes Risiko schizophrener Patienten, Opfer von Gewalt zu werden, verglichen mit Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Innerhalb der erhobenen 3 Jahre gaben 38% der Untersuchten (65 Personen) an, Opfer von kriminellen Handlungen gewesen zu sein, 28 Patienten (16%) berichteten über gewalttätige Angriffe, ein Patient gab eine Vergewaltigung an. Chuang et al. (1987) erhoben in ihrer Studie, dass an Schizophrenie Erkrankte dreimal häufiger Opfer von Gewalt werden als nicht psychisch Erkrankte. In einer von Darves-Bornoz et al. (1995) durchgeführten Untersuchung wurden 64 Psychose-Patientinnen zu sexueller Misshandlung befragt. Es gaben 22% der Befragten an, nach ihrem 16 Lebensjahr Opfer einer Vergewaltigung gewesen zu sein. Des Weiteren wurde gezeigt, dass 60% der Frauen, in deren Anamnese bereits eine Vergewaltigung erhoben wurde (als Kind oder Erwachsene), nochmals Opfer einer Vergewaltigung wurden. Als Ursache legen Darves-Bornoz et al. „Risikoverhalten“ der Patienten, verflachten oder unangemessenen Affekt (*emotional expression*) und fehlende Bewältigungsstrategien (*coping skills*) in bedrohlichen Situationen als mögliche Erklärungsmodelle zu Grunde. Chapple et al. (2004) untersuchten in einer repräsentativen Studie ebenfalls die mögliche Korrelation zwischen der Diagnose einer psychotischen Erkrankung und Erfahrungen körperlicher oder sexueller Gewalt. Von 962 Psychose-Patienten gaben 17,9% (N= 172) an, in den letzten zwölf Monaten Opfer von Gewalt gewesen zu sein. Dieser Wert entspricht einem dreieinhalb mal höheren Wert als für die Allgemeinbevölkerung und wird auch bei Chapple et al. durch das Verhalten der

Patienten, neben den allgemeinen Risikofaktoren (Obdachlosigkeit, Substanzgebrauch und -abhängigkeit), erklärt. Dean et al. (2007) definierten im Anschluss an eine Erhebung unter 708 Psychose-Patienten Prädiktoren für die Viktimisierung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Diese sind ein junges Erkrankungsalter, inadäquater familiärer Kontakt, Viktimisierung in der Vorgeschichte sowie komorbide Persönlichkeitsstörungen (in Form von Borderline- oder Histrionischer Persönlichkeitsstörung sowie Dissozialität und Impulsivität).

Zusammenfassend muss darauf hingewiesen werden, dass die bis heute vorliegenden Studien zu dem Themenfeld der interpersonellen Traumatisierung von Psychosepatienten häufig an heterogenen Stichproben erhoben wurden. So fließen in die aktuelle Diskussion über mögliche Zusammenhänge zwischen kindlicher interpersoneller Traumatisierung und Psychose häufig Studien mit ein, bei denen lediglich „mindestens 50%“ der Patienten an einer Psychose erkrankt waren (Goodman et al. 2001; Mueser et al. 1998; Briere et al. 1997; Muenzmeier et al. 1993). Des Weiteren gilt es zu beachten, dass in Studien an „reinen“ Psychosetichproben neben Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis auch Patienten mit schizoaffektiven Störungen eingeschlossen wurden (Scheller-Gilkey et al. 2002; Gearon et al. 2003; Neria et al. 2005).

In einer von Morgan und Fisher (2007) vorgelegten Übersichtsarbeit, in der kritisch die vorhandenen Studien zur Beziehung zwischen kindlicher Traumatisierung und psychotischen Erkrankungen diskutiert werden, zeigte sich dennoch eine Prävalenzrate für sexuelle Kindesmisshandlung von 42% bei weiblichen und 28% bei männlichen Patienten. Physische Gewalt erlitten dieser kritischen Übersicht zufolge 38% der Männer sowie 35% der Frauen. Allerdings ist zu diskutieren, inwieweit diese Ergebnisse auch für den deutschsprachigen Raum zutreffend sind, da sie hauptsächlich aus dem englischsprachigen außereuropäischen Raum stammen. Bereits diese Studien sind aufgrund der verschiedenen Rahmenbedingungen (Bildungssysteme, Bevölkerungsdichte und Gesundheitsversorgung), eines vermutlich unterschiedlichen Umgangs mit dem Themenfeld der Traumatisierung und häufig fehlenden Angaben zu den jeweiligen Stichproben, kritisch zu beurteilen. Zum jetzigen Zeitpunkt liegt lediglich eine wissenschaftliche Arbeit zu inter-

personellen Traumatisierungen in der Kindheit bei deutschen Patientinnen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis vor (Schäfer et al. 2006), bei der jedoch männliche Patienten nicht berücksichtigt wurden.

1.5. Ziele der Arbeit

Die bisher vorliegenden Studien zu interpersonellen Traumatisierungen in der Kindheit bei Patienten mit „F2-Störungen“ basieren häufig auf diagnostisch inhomogenen Stichproben und berücksichtigen kaum Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf traumatische Erlebnisse.

Die vorliegende Arbeit soll dazu dienen, Daten zur Prävalenz potentiell traumatischer Erlebnisse in der Kindheit in Abhängigkeit des Geschlechtes bei einer homogenen Stichprobe von Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu erhalten. Außerdem wird in dieser Arbeit untersucht, in welchem Verhältnis sich im späteren Leben sexuelle bzw. physische Gewalt bei Patienten mit „F2-Störungen“, in Abhängigkeit vom Geschlecht, finden.

1.6. Fragestellungen und Hypothesen

Fragestellungen:

1. Mit welchem Geschlechterverhältnis finden sich sexueller Missbrauch und physische Misshandlung in der Kindheit bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis?
2. Mit welchem Geschlechterverhältnis finden sich Erfahrungen sexueller und physischer Gewalt in späteren Lebensabschnitten bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis?

3. In welchem Ausmaß finden sich Reviktimisierungsphänomene bei Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und sind spezifische Reviktimisierungsmuster erkennbar?

Hypothesen:

Zu 1.: In der Kindheit findet sich körperliche Misshandlung unabhängig vom Geschlecht bei etwa 35% der Personen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Für weibliche Patienten trifft dieselbe Rate nach einer engen Definition für sexuellen Missbrauch zu (Erlebnisse mit Körperkontakt im Alter von unter 16 J.). Bei männlichen Patienten finden sich in etwa 25% der Fälle sexuelle Missbrauchserlebnisse in der Kindheit.

Zu 2.: In späteren Lebensabschnitten weisen männliche Patienten etwa doppelt so häufig wie weibliche Patienten Erlebnisse körperlicher Gewalt auf. In Bezug auf sexuelle Gewalt beträgt das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Patienten 5:1.

Zu 3.: Patienten mit potentiell traumatischen Erlebnissen in der Kindheit werden häufiger Opfer von Gewalt im Erwachsenenalter als solche ohne Traumaanamnese.

2. Methoden

2.1. Wahl des Forschungsdesigns

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine retrospektive Querschnitterhebung. Die Datenerhebung erfolgte zu zwei Erhebungszeitpunkten. Dadurch konnte eine Veränderung relevanter Merkmale im Verlauf erfasst werden und es bot sich die Möglichkeit, traumabezogene Variablen zu einem Zeitpunkt zu erfassen, zu dem die psychotische Symptomatik weitgehend remittiert war. Der erste Untersuchungszeitpunkt (t1) wurde innerhalb der ersten drei Tage der stationären Aufnahme angestrebt, der zweite (t2) zu einem Zeitpunkt, zu dem die Patienten vom betreuenden Behandlungsteam als stabil genug eingeschätzt wurden.

2.2. Wahl des Datenerhebungsverfahrens

Als Form der Datenerhebung wurde die wissenschaftliche Befragung in strukturierten Einzelinterviews gewählt. Neben bereits etablierten Instrumenten, die den größten Anteil der Erhebung ausmachten, kamen dabei einzelne Instrumente zum Einsatz, die im Rahmen einer Pilotuntersuchung entwickelt worden waren (Lehmann 2004). Sie ermöglichten es, bestimmte qualitative Merkmale, etwa Wahnhalte und die Art der Halluzinationen, differenzierter zu erfassen. Zusätzlich zur Technik des Interviews wurden Selbstbeurteilungsfragebögen verwendet. Generell wurde ein hoher Grad an Standardisierung gewählt, um die Datenanalyse zu vereinfachen und eine gute Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten.

2.3. Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche und Operationalisierungen

Im Rahmen der Studie wurden Daten zu verschiedenen Merkmalsbereichen erhoben,

die für die vorliegende Auswertung nicht relevant sind. Dies betrifft insbesondere speziellere psychopathologische Symptombereiche, etwa dissoziative Symptome und Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung. Auf die Darstellung der jeweiligen Instrumente, etwa den „Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen“ (FDS, Freyberger et al. 1999), das „Strukturierte Klinische Interview für Dissoziative Störungen“ (SKID-D, Gast et al. 2000) sowie das „PTBS-Modul des Strukturierten Klinischen Interviews für psychische Störungen“ (SKID-PTBS, Wittchen et al. 1994), wird deshalb verzichtet. In Bezug auf diese Anteile der Studie wird auf die zugehörigen Publikationen verwiesen (Schäfer et al. 2006; Schäfer et al. in Vorbereitung).

Die für die vorliegende Arbeit relevanten Merkmalsbereiche der Studie lassen sich wie folgt unterteilen:

- Soziodemographische und Verlaufparameter (2.3.1)
- Diagnostik und Psychopathologie (2.3.2)
- Potentiell traumatische Erfahrungen (2.3.3)

2.3.1. Soziodemographische und Verlaufparameter

- Soziodemographisches Interview

Das „soziodemographische Interview“ ist ein in der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf entwickeltes halbstandardisiertes Interview. Es kam bereits in mehreren klinischen Studien bei Psychosepatienten zum Einsatz (z. B. PERSIST-Studie, Karow et al. 2002). Das „soziodemographische Interview“ lässt sich in einen soziodemographischen sowie in einen klinischen Abschnitt untergliedern. Im soziodemographischen Teil werden Daten zur familiären Situation, Schulbildung, beruflichen Situation sowie der Wohnsituation erhoben. Im klinischen Abschnitt werden die Patienten zum Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns, dem ersten Behandlungskontakt, zur Anzahl der stationären Aufnahmen, zu Substanzmissbrauch

sowie zu psychiatrischen Erkrankungen in der Familie befragt. Weiter werden Suizidgedanken, -pläne und -versuche erfasst. Neben soziodemographischen Daten werden damit auch wichtige Verlaufparameter durch das Interview erhoben.

2.3.2. Diagnostik und Psychopathologie

- Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)

Das „Mini International Neuropsychiatric Interview“ (M.I.N.I., Lecrubier et al. 1992) ist ein strukturiertes Interview, das zur Diagnostik von Achse-I-Störungen gemäß DSM-IV (APA 1994) und ICD-10 (WHO 1999) dient. Das „M.I.N.I.“ besteht aus 120 Fragen und umschließt die Diagnostik von 17 Achse-I-Störungen im Querschnitt sowie die Diagnostik einiger dieser Erkrankungen (z. B. schizophrene Erkrankungen, Manien) auch im Längsschnitt (lifetime).

Es wurde als kurzes (Bearbeitungszeit von 15 Minuten), aber genaues Interview mit leichter Anwendbarkeit sowohl für den klinischen Gebrauch als auch für epidemiologische Untersuchungen entwickelt.

- Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I)

Das „Strukturierte klinische Interview für DSM-IV“ (SKID-I, Wittchen et al. 1997) dient sowohl der Eingangs- als auch der Verlaufsdagnostik von Achse-I-Störungen gemäß DSM-IV (APA 1994). Es ist ein halbstrukturiertes Interview, das zur Längs- und Querschnittsdagnostik dieser Syndrome genutzt werden kann. Das „SKID-I“ wurde für Patienten ab dem 18. Lebensjahr entwickelt. Die deutsche Version basiert auf der amerikanischen Originalversion von First et al. (1995), die international anerkannt ist und häufig eingesetzt wird. Validität und Reliabilität des SKID-I wurden in verschiedenen Studien (z. B. von Zanarini et al. 2000) als gut bewertet. In der vorliegenden Untersuchung kam zusätzlich zum „M.I.N.I.“ das Psychosemodul des SKID zum Einsatz, um die Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis abzusichern.

- Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS)

Die „Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia“ (PANSS, Kay et al. 1987) ist ein standardisiertes Instrument, das der differenzierten Erfassung des Schweregrades der schizophrenen Kernsymptomatik dient. Sie wird international eingesetzt und basiert auf der „Brief Psychiatric Rating Scale“ (BPRS), der 18 Items entstammen, und der „Psychopathology Rating Schedule“ (PRS, Bell et al. 1992), aus der 12 Items entnommen wurden. Die „PANSS“ besteht also aus 30 Items, die sich in 3 Subskalen untergliedern lassen („Positivsymptomatik“, „Negativsymptomatik“ und „Globale Symptomatik“). Die Subskalen zur Positiv- und Negativsymptomatik umfassen je 7 Items, die Skala zur globalen Symptomatik erfasst mit 16 Items allgemeinere psychopathologische Symptome. Jedes Item wird auf einer siebenstufigen Skala bewertet („1= nicht vorhanden“ bis „7= extrem schwer“) und ist mit einem Beispiel belegt.

2.3.3. Potentiell traumatische Erfahrungen

Dieser Merkmalsbereich umfasste potentiell traumatische Erfahrungen in verschiedenen Lebensabschnitten. Aufgrund ihrer großen Häufigkeit und Relevanz für psychische Störungen wurde ein Schwerpunkt auf traumatische Erfahrungen in der Kindheit gesetzt, insbesondere Erlebnisse sexueller oder körperlicher Gewalt. Weiter wurden auch Traumatisierungen im Erwachsenenalter erfasst.

- Strukturiertes Trauma Interview (STI)

Das „strukturierte Trauma Interview“ (Draijer 1988; Draijer & Langeland 2003) wurde für den Einsatz in epidemiologischen Untersuchungen zu frühen Traumatisierungen in den Niederlanden entwickelt und kam bereits in zahlreichen Untersuchungen bei psychiatrischen Patienten zum Einsatz (Übersicht bei Draijer 2003). Es umfasst Fragen zu körperlicher und/oder sexueller Gewalt, frühem Verlust

eines oder beider Elternteile oder „Dysfunktionen“ innerhalb der Herkunftsfamilie bei erwachsenen Probanden. Das Interview lässt sich in 6 Abschnitte untergliedern:

- „allgemeine Informationen“: Dieser Abschnitt erhebt soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, Schulbildung) sowie Fragen zur psychiatrischen Behandlungsdauer;
- „Herkunftsfamilie“: Hier werden Informationen zu den Umständen des Aufwachsens erfragt, z. B. wie viele Personen die Herkunftsfamilie umfasste und welche Beziehung zu den Eltern und Geschwistern bestand;
- Erfahrungen von „körperlicher Misshandlung in der Kindheit“: In diesem Abschnitt des STI werden die Probanden zu Arten von Bestrafungen in ihrer Kindheit, zum Schweregrad der erlebten Gewalt, zur Häufigkeit sowie zu den daraus entstehenden Folgen befragt (wie oft schlug die Mutter/der Vater? Kamen merkwürdige Arten der Bestrafung vor? Wurde mit der Hand, mit der Faust oder mit Gegenständen geschlagen? Resultierten daraus Verletzungen?);
- Erfahrungen von „sexueller Misshandlung“: Dieser Teil des Interviews fragt nach negativen sexuellen Erlebnissen vor dem 16. Lebensjahr (gab es solche Erfahrungen? Was umfassten die sexuellen Handlungen? Wer war der Täter?);
- „andere erschütternde Erfahrungen als Kind“: Hier wird erfragt, ob weitere potenziell traumatisierende Erlebnisse im Kindesalter vorlagen, etwa Verlust einer nahestehenden Person, Erleben eines schweren Unfalls, Krankheit, Gefangenschaft oder andere als sehr schockierend empfundene Erfahrungen.
- „Spätere Viktimisierung (Erwachsenenalter)“: In diesem letzten Abschnitt des Interviews werden traumatische Erfahrungen nach dem 16. Lebensjahr erfasst, einschließlich sexueller und körperlicher Gewalt.

Das „strukturierte Trauma Interview“ wertet als sexuelle Misshandlung in der Kindheit Erlebnisse, die vor dem 16. Lebensjahr stattfanden und mit Körperkontakt einhergingen („hands on“-Delikte). Neben der Berührung des kindlichen Körpers durch den Täter kommen auch Berührungen des Täters durch das Kind in Frage. Die

einleitende Frage zu dem betreffenden Abschnitt lautet: „Haben Sie vor dem Alter von 16 Jahren negative sexuelle Erfahrungen gemacht?“ Erlebnisse, die nicht als sexuelle Misshandlung gewertet werden können, etwa konsensuelle Kontakte zu Gleichaltrigen, gehen nicht in die Bewertung ein.

Als physische Misshandlung im Kindesalter wird über längere Zeiträume auftretende körperliche Gewalt durch Erziehungspersonen vor dem 16. Lebensjahr gewertet, bei der das Kind Kombinationen von verschiedenen massiv gewalttätigen Handlungen ausgesetzt war (z. B. heftig geschlagen worden sein, mit der Faust oder mit Gegenständen geschlagen worden sein, getreten, gewürgt oder verbrüht worden sein). Zur Einschätzung des misshandelnden Charakters dienen zusätzlich Angaben zu Verletzungen als Folge der Ereignisse.

- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Das „Childhood Trauma Questionnaire“ (CTQ, Bernstein & Fink 1998) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dessen Hilfe verschiedene Formen von Misshandlung und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter erhoben werden können. Drei seiner Subskalen erfassen Misshandlung (emotional, physisch und sexuell), zwei Subskalen Vernachlässigung (emotional und physisch). Jede Subskala umfasst fünf Items. Eine weitere, drei Items umfassende Skala dient dazu, Verleugnungs- oder Bagatellisierungstendenzen aufzudecken. Zur Beantwortung jedes Items dient eine fünfstufige Likert-Skala (von „1= überhaupt nicht“ bis „5= sehr häufig“). Zur Auswertung werden die Scores der Subskalen durch Addition der einzelnen Items ermittelt. Minimaler Wert jeder Subskala sind fünf Punkte (keine Misshandlungs- und/oder Vernachlässigungserfahrung), als maximaler Wert können fünfundzwanzig Punkte (extreme Erfahrung) erreicht werden. Das CTQ ist ein sowohl in den USA als auch in Europa häufig eingesetztes Instrument (Übersicht bei Bernstein & Fink 1998). Es eignet sich sowohl für den Einsatz in Studien mit klinischen als auch mit nichtklinischen Stichproben (Bernstein et al. 2003). Die Validität und die Reliabilität des Instrumentes wurden bei verschiedenen teststatistischen Überprüfungen als zufriedenstellend befunden.

- Posttraumatic Diagnostic Scale

Neben dem STI wurde die "Trauma-Checkliste" der Posttraumatic Diagnostic Scale" (PDS, Foa et al. 1993) zur Erhebung potentiell traumatischer Lebensereignisse in späteren Lebensabschnitten eingesetzt. Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, das aus zwölf Items besteht, die potentiell traumatische Ereignisse erheben (schwere Unfälle, Naturkatastrophen, sexuelle und gewalttätige Angriffe, Kriegserlebnisse, Gefangenschaft, Folter und schwere Krankheit). Die Items sind mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten, und durch eine kurze Beschreibung werden die mit Ja beantworteten Items dem entsprechenden Lebensabschnitt zugeordnet. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, in den Items nicht berücksichtigte Ereignisse extra zu dokumentieren.

2.4. Stichprobenansatz

In die Untersuchung wurden alle Patienten mit „F2-Störungen“ nach ICD-10 eingeschlossen, die vom 21.05.2004 bis zum 12.03.2008 auf einer offenen Schwerpunktstation für psychotische Erkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf aufgenommen worden waren.

Einschlusskriterien

- Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- Gesicherte Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (F20, F22, F23 oder F25 nach ICD-10)

Ausschlusskriterien

- Akute Suizidalität oder andere Aspekte, auf Grund derer die Thematisierung traumatischer Erfahrungen kontraindiziert erschien.
- Organische, alkohol- oder drogeninduzierte Psychose

- Keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse, um eine zuverlässige Datenerhebung zu gewährleisten
- Stationäre Verweildauer unter 14 Tagen
- Kognitive Einschränkungen in Form von Intelligenzminderung oder dementieller Erkrankung
- Innerhalb des stationären Aufenthaltes wurde keine ausreichende psychische Stabilität erlangt (nach Einschätzung des Behandlungsteams).

2.5. Ethische Aspekte

Die vorliegende Untersuchung wurde durch die Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer begutachtet und ein positives Votum erteilt. Die teilnehmenden Patienten wurden ausführlich über die Ziele der Studie, die Vorgehensweisen und potentiellen Belastungen im Rahmen der Untersuchung informiert. Von allen Teilnehmern wurde ihr schriftliches Einverständnis eingeholt.

2.6. Vorgehen bei der Datenerhebung

Die Datenerhebung fand zu zwei Zeitpunkten statt (vgl. 2.1; Tabelle 1). Während bei der Aufnahmeuntersuchung soziodemographische Daten, Diagnostik und die Erhebung der initialen Psychopathologie im Vordergrund standen, wurden bei der Hauptuntersuchung zusätzlich potentielle Traumatisierungen in verschiedenen Lebensabschnitten erfragt.

Tabelle 1 Instrumente in der genutzten Reihenfolge

Patient	Untersucher
Aufnahmeuntersuchung (t1)	
1. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)	1. Positive and Negative Syndrom Scale (PANSS) 2. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) 3. Soziodemographischer Fragebogen
Hauptuntersuchung (t2)	
1. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) 2. Parental Bonding Interview (PBI) 3. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	1. Positive and Negative Syndrom Scale (PANSS) 2. Strukturiertes Trauma Interview 3. SKID-Modul zur Posttraumatischen Belastungsstörung (SKID-PTBS) 4. Interview zur Qualitativen Psychosesymptomatik (IQP)
Abschlussgespräch (t3)	

Aufnahmeuntersuchung (t1)

Innerhalb der ersten drei Tage des stationären Aufenthaltes wurden neu aufgenommene Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten über die Studie informiert und um ihre Teilnahme gebeten. Im Falle ihres Einverständnisses wurden das „soziodemographische Interview“ durchgeführt und die Patienten gebeten, den „Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen“ auszufüllen. Während und nach der Bearbeitung dieser Instrumente war eine Untersucherin für Fragen und Unklarheiten anwesend. Ein weiterer Bestandteil der Aufnahmeuntersuchung war die Durchführung des Interviews zur „Positive and Negative Syndrome Scale“ und des „Mini International Neuropsychiatric Interview“, sowie das Psychose-Modul des „Strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV“. Dieser Teil der Untersuchung wurde von einem in Bezug auf die Durchführung dieser Interviews geschulten Mitarbeiter vorgenommen.

Hauptuntersuchung (t2)

Der zweite Abschnitt der Untersuchung fand zu einem Zeitpunkt statt, an dem das Behandlungsteam den Patienten als psychisch und physisch stabil genug einschätzte. Er lag im Mittel 20,9 Tage nach Aufnahme (SD= 13,2). Separat wurde erneut das Interview zur „Positive and Negative Syndrome Scale“ durchgeführt, vom selben Mitarbeiter wie beim Aufnahmezeitpunkt. Die weitere Hauptuntersuchung wurde durch die andere, den Patienten schon aus dem Erstgespräch bekannte Untersucherin in einem möglichst entspannten Rahmen durchgeführt. Zunächst wurden den Patienten der „Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen“, das „Parental Bonding Instrument“ und das „Childhood Trauma Questionnaire“ in der genannten Reihenfolge zur Bearbeitung vorgelegt. Das Ausfüllen dieser Selbstbeurteilungsfragebögen fand unter Anwesenheit der Untersucherin statt, so dass jederzeit die Möglichkeit bestand, etwaige Fragen zu klären. Anschließend folgte das „Strukturierte Trauma Interview“. Wurde dabei ein potentiell traumatisches Erlebnis genannt, schloss sich die Durchführung des „PTBS-Moduls“ des „Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV“ an. Als letztes Instrument zu diesem Zeitpunkt wurde das „Interview zur qualitativen Psychosesymptomatik“ durchgeführt. Da die Hauptuntersuchung zum Teil mehrere Stunden in Anspruch nahm, wurde dem Patienten ermöglicht, bei Bedarf Pausen zu machen. Nach Abschluss der Erhebung wurden die Patienten nach ihrem Befinden befragt und darüber informiert, dass die Mitglieder des Behandlungsteams jederzeit für Fragen und Hilfe zur Verfügung stünden.

Insgesamt zeigte sich bei der Hauptuntersuchung, dass die den Patienten vorgelegten selbst auszufüllenden Fragebögen von allen gut zu bearbeiten waren, in einigen Fällen war jedoch die Unterstützung der Interviewerin notwendig. Im Anschluss an das „Strukturierte Trauma Interview“ wurde von der jeweiligen Interviewerin eine Einschätzung über die emotionale Belastung des Interviewteilnehmers vorgenommen. Hierbei zeigte sich, dass das Interview nur auf 14,6% (N= 20) der Patienten einen „großen“ oder „sehr großen“ Eindruck gemacht hatte. Die Mehrzahl der Patienten zeigte sich „mäßige“ bis „gar nicht“ emotional beeindruckt.

Das „Strukturierte klinische Interview für Dissoziative Störungen“ wurde zu einem späteren Termin durch einen geschulten Mitarbeiter durchgeführt.

Abschlussgespräch (t3)

Im Zeitraum vor der stationären Entlassung des Patienten wurde ein halbstandardisiertes Interview von ca. 15 Minuten Länge geführt, um eine abschließende Einschätzung der durchgeführten Erhebung durch Patient und Behandler zu bekommen.

Dieses Gespräch wurde allerdings nur mit den Patienten geführt, die eine Art der kindlichen Traumatisierung zum Zeitpunkt der Hauptuntersuchung geschildert hatten und die nochmals zu einem Gespräch zu motivieren waren (N= 34). 70,6% (N= 24) der traumatisierten Patienten gaben an, dass ihnen das Interview geholfen habe. Bei der Frage, wie belastend das Interview erlebt wurde, äußerten 73,5% (N= 25) Patienten, es sei „gar nicht“ oder „etwas“ belastend gewesen, nur 26,4% (N= 9) der Befragten waren im Anschluss „ziemlich“ oder „sehr“ belastet.

Bei N= 16 Patienten (47,1%) wurden Themen, resultierend aus den Studieninstrumenten der Hauptuntersuchung, in die stationäre Behandlung integriert. Die Vermittlung in eine geeignete ambulante Psychotherapie erfolgte bei N= 15 Patienten (44,1%).

2.7. Auswertungsverfahren

Bei der Auswertung der Daten kamen vorwiegend Methoden der deskriptiven Statistik zur Anwendung (statistische Kennwerte, Tabellen und Grafiken). Innerhalb der Stichprobe der Patienten mit psychotischen Erkrankungen wurden Geschlechtsunterschiede in Bezug auf frühe traumatische Erfahrungen anhand von t-Test und Chi-Quadrat-Test überprüft. Unterschiede wurden gemäß der allgemeinen Konventionen dann als signifikant anerkannt, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit 5% und weniger betrug ($p < 0,05$), p-Werte zwischen 0,05 und 0,1 wurden als Trend

bewertet. Als Software zur Auswertung wurde das „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS 12.0, Illinois) für Windows verwendet.

3. Ergebnisse

3.1. Art der Ergebnisdarstellung

Zunächst folgt neben einem die Stichprobe beschreibenden Kapitel ein Kapitel, das die Untersuchungszeitpunkte darlegt. Im Anschluss werden die Ergebnisse zu den drei einzelnen Merkmalsbereichen, entsprechend der unter „Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche und Operationalisierung“ (2.3) getroffenen Gliederung, dargestellt.

In der vorliegenden Arbeit werden für die statistischen Kennwerte nach Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP 1997) die englischen Symbole verwendet. Die einzelnen Untersuchungszeitpunkte werden folgendermaßen benannt: Die Aufnahmeuntersuchung wird als „t1“ und die Hauptuntersuchung als „t2“ bezeichnet. Um die Übersichtlichkeit zu gewährleisten, sind Prozentzahlen gerundet.

3.2. Darstellung der Stichprobe

3.2.1. Stichprobenansatz und Teilnahmequote

Die Rekrutierungszeit der vorliegenden Studie begann am 05.05.2004 und endete am 12.03.2008. Innerhalb dieses Zeitraumes wurden 690 Patienten aufgenommen, von denen 283 Patienten (41,0%) die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten. Von diesen 283 Patienten haben 154 Patienten (54,4%) an der Studie teilgenommen. Nach Überprüfung der geführten Interviews wurden jedoch 9 Interviews wegen widersprüchlicher Angaben nachträglich ausgeschlossen, so dass 145 mit Patienten geführte Interviews in die Auswertung eingeschlossen werden konnten.

Von den 129 Patienten, die trotz erfüllter Ein- und Ausschlusskriterien nicht an der Studie teilgenommen haben, lehnten 105 Patienten (81,4%) die Teilnahme ab. Bei

zwei Patienten war zum damaligen Zeitpunkt bereits eine Traumatisierung bekannt und sie wünschten keine erneute Exploration.

Bei vier Patienten kam es zu einer vorzeitigen Beendigung der Therapie (Entlassung gegen ärztlichen Rat) und 16 Patienten zeigten keine ausreichende Compliance, um an der Befragung teilzunehmen (vereinbarte Termine wurden mehrfach nicht wahrgenommen, mangelnde Mitarbeit in der Interviewsituation). Bei zwei Patienten wurde auf deren Wunsch das Interview abgebrochen. Ein Interview wurde, bei vermeintlicher Überforderungssituation des Patienten, durch den Interviewer vorzeitig beendet.

Tabelle 2 Teilnahmequote und Gründe für die Nichtteilnahme

	N	%
Einschlusskriterien erfüllt	283	100
Studienteilnahme abgelehnt	105	37,2
Therapie kurzfristig abgebrochen	4	1,4
Mangelnde Compliance	16	5,7
Ausschluss nach Bewertung des Interviews	9	3,2
kein vollständiges Interview	3	1,1
Teilnahme und Einschluss in die Studie	145	51,3

3.2.2. Untersuchungszeitpunkte

In den für die Aufnahmeuntersuchung (t1) angestrebten ersten drei Tagen nach der Aufnahme konnten 39 Patienten (26,9%) befragt werden sowie 89 (61,4%) innerhalb der ersten vierzehn Tage. Bei einzelnen Patienten fand das Aufnahmegespräch aufgrund der Schwere der Erkrankung erst mit deutlicher Verzögerung statt, bei 50 Patienten konnte es nicht stattfinden.

Den Zeitpunkt der Hauptuntersuchung (t2) und die dafür zu Grunde liegende psychische Stabilität erreichten 54 Patienten (37,2%) innerhalb der ersten vierzehn Tage und 119 (82,1%) innerhalb des ersten Monats. Die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Aufnahmezeitpunkt und t2 entspricht 20,9 Tagen (SD= 13,2).

Das Intervall zwischen der Hauptuntersuchung (t2) und der damit verbundenen psychischen Stabilisierung sowie der stationären Entlassung variierte von 0 bis 152 Tagen. Zwei Patienten wurden bereits vor der Hauptuntersuchung entlassen und stellten sich zur Durchführung des Interviews wieder vor. Die Hälfte der rekrutierten Patienten wurde innerhalb von 19 Tagen entlassen.

Tabelle 3 gibt die durchschnittliche Zeitspanne der Gesamtstichprobe zwischen dem Datum der stationären Aufnahme und dem Tag der Hauptuntersuchung (t2) sowie zwischen t2 und der Entlassung von der Station wieder.

Tabelle 3 Durchschnittliche Zeit in Tagen zwischen Aufnahme und Hauptuntersuchung sowie zwischen Hauptuntersuchung und Entlassung

	M/ SD	Min/Max
Stationäre Aufnahme bis t2	20,9/13,2	4/ 86
t2 bis stationäre Entlassung	26,4/25,5	8/152

Anmerkung. t2= Hauptuntersuchung, N= 145

3.3. Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche

3.3.1. Soziodemographische Daten

Die insgesamt 145 Patienten beinhaltende Stichprobe bestand aus 48 weiblichen (33,1%) und 97 männlichen (66,9%) Patienten. Die deutlich geringere Anzahl der eingeschlossenen weiblichen Teilnehmerinnen lässt sich durch die vorab durchgeführte Pilotstudie erklären, in die lediglich weibliche Patienten rekrutiert wurden. Dort eingeschlossene Patienten, die erneut aufgenommen wurden, wurden kein weiteres Mal befragt.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 34,12 Jahre (SD= 11, 5; Range= 18-65). 46,9% der teilnehmenden Patienten waren zwischen 26 und 40 Jahren.

Tabelle 4 Altersverteilung der Stichprobe

	N	%
Alter 18- 25 Jahre	39	26,9
Ater 26- 40 Jahre	68	46,9
älter als 40 Jahre	38	26,2

Anmerkung. N=145

Die mit Hilfe des „soziodemographischen Interviews“ (vgl. 2.3.1) erhobenen Daten über die generellen Lebensumstände werden in folgenden Tabellen wiedergegeben. Tabelle 5 beinhaltet die Eigenschaften der Stichprobe bezüglich Nationalität, Familienstand, Partnerschaft, Kinder und Wohnsituation.

Tabelle 5 Familien- und Wohnsituation

		Frauen ^F	%	Männer ^M	%	Gesamt ^N	%
Nationalität	deutsch	45	93,8	88	90,7	133	91,7
	andere	3	6,2	9	9,3	12	8,3
Partnerschaft	ja	14	29,2	18	18,6	32	22,1
	nein	31	64,6	78	80,4	109	75,2
Familienstand	ledig	33	68,8	84	86,7	117	80,7
	verheiratet	5	10,4	7	7,2	12	8,3
	getrennt	1	2,1	2	2,1	3	2,1
	geschieden	7	14,6	2	2,1	9	6,2
	verwitwet	0	0	1	1,0	1	0,7
Kinder	ja	10	20,8	15	15,5	25	17,2
	nein	35	72,9	81	83,5	116	80,0
Wohnsituation	eigene Wohnung	32	66,7	56	57,7	88	60,7
	bei Eltern lebend	5	10,4	22	22,7	27	18,6
	Übergangswohnheim	4	8,3	3	3,1	7	4,8
	betreutes Wohnen	1	2,1	5	5,2	6	4,1
	obdachlos	0	0	2	2,1	2	1,4
	anderes	4	8,3	8	8,2	12	8,3

Anmerkung. F= 48, M= 97, N= 145

Die Daten bezüglich des Bildungsstandes und der beruflichen Situation sind in der Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6 Bildung und berufliche Situation

		Frauen ^F	%	Männer ^M	%	Gesamt ^N	%
Schul- abschluss	Schüler	0	0	2	2,1	2	1,4
	kein Abschluss	0	0	3	3,1	3	2,1
	Sonderschule	0	0	1	1,0	1	0,7
	Hauptschule	6	12,5	22	22,7	28	19,3
	Realschule	16	33,3	31	32,0	47	32,4
	Abitur	24	50	33	34,0	57	39,3
	Sonstiges	0	0	4	4,1	4	2,8
	Berufs- abschluss	in der Ausbildung	5	10,4	6	6,2	11
Lehre		16	33,3	30	30,9	46	31,7
Meister		0	0	1	1,0	1	0,7
Universität		10	20,8	11	11,3	21	14,5
ohne Abschluss		14	29,2	42	43,3	56	38,6
Sonstiges		1	2,1	5	5,2	6	4,1
Berufstätigkeit		15	31,3	26	26,8	41	28,3

Anmerkung. F= 48, M= 97, N= 145

3.3.2. Klinische und Verlaufsparmeter

3.3.2.1. Diagnose nach ICD-10

104 Patienten (71,7%) der Gesamtstichprobe erhielten anhand der durchgeführten Instrumente „SCID-I“ und „M.I.N.I.“ (vgl. 2.3.2.) die Diagnose einer Schizophrenie und 32 Patienten (22,1%) die Diagnose einer schizoaffektiven Störung. Lediglich 6,2% (N= 9) erfüllten die Diagnose einer anderen F2-Störung (s. Tabelle 7).

Tabelle 7 Diagnosen der Gesamtstichprobe nach ICD-10

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

Anmerkung. F= 48, M= 97, N= 145

3.3.2.2. Psychotische Symptome

Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS)

Die Mittelwerte der Subskalen sowie der Summenscore der „PANSS“ (vgl. 2.3.2) der Gesamtstichprobe, nach Geschlecht getrennt, zu den beiden Untersuchungszeitpunkten finden sich in Tabelle 8 und 9, die Daten unabhängig vom Geschlecht finden sich in Tabelle 10.

Tabelle 8 „Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia“ (PANSS) zu t1 (Männer und Frauen)

	Frauen			Männer		
		t1			t1	
PANNS	M/ SD	Min/Max	N	M/ SD	Min/Max	N
Positivsymptomatik	16,6/ 5,0	9/32	22	19,0/ 5,4	9/ 32	52
Negativsymptomatik	17,7/ 6,9	7/29	25	22,1/ 5,6	7/ 36	54
Global Symptomatik	38,2/ 9,6	19/58	22	44,2/9,3	21/ 61	49
Summenscore	72,6/18,2	40/114	22	86,1/15,7	37/ 121	47

Tabelle 9 „Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia“ (PANSS) zu t2 (Männer und Frauen)

	Frauen			Männer		
		t2			t2	
PANNS	M/ SD	Min/Max	N	M/ SD	Min/Max	N
Positivsymptomatik	13,4/ 3,7	7/22	25	15,0/ 4,5	7/ 30	52
Negativsymptomatik	15,3/ 5,2	7/25	25	18,5/ 4,9	7/ 28	54
Global Symptomatik	32,8/ 7,4	17/44	22	35,5/8,2	18/ 53	49
Summenscore	61,9/14,0	34/83	22	69,2/14,5	32/ 101	47

Tabelle 10 „Positive and negative Scale for Schizophrenia“ (PANSS) t1 und t2 (Gesamt)

	Gesamt					
		t1			t2	
PANNS	M/ SD	Min/Max	N	M/ SD	Min/Max	N
Positivsymptomatik	18,2/ 5,3	9/32	79	14,3/ 4,5	7/ 30	76
Negativsymptomatik	20,7/ 6,0	7/36	79	18,0/ 5,1	7/ 28	79
Global Symptomatik	41,6/ 8,7	19/ 61	76	34,8/ 7,6	17/ 53	74
Summenscore	80,6/ 15,7	37/ 121	76	67,1/ 14,1	32/ 101	71

Über die Gesamtstichprobe hinweg sank im Verlauf der stationären Therapie der PANSS-Gesamtscore signifikant ab ($M= 81,8/SD= 17,6$ vs. $M= 66,9/ SD= 14,6$; $t= 9,475$ $df= 68$ $p< 0,001$).

3.3.2.3. Erkrankungsbeginn und stationärer Verlauf

Der erste therapeutische Behandlungskontakt aufgrund einer Positivsymptomatik lag bei den in die Studie eingeschlossenen Patienten zwischen dem 15. und dem 57. Lebensjahr. 68 der Patienten (50,7%) wurden zwischen dem 15. und 23. Lebensjahr auf Grund einer psychotischen Symptomatik erstmals behandelt, und 66 der Patienten (48,5%) erlebten die erste stationäre psychiatrische Behandlung zwischen dem 12. und 24. Lebensjahr.

3.3.3. Potentiell traumatische Erfahrungen

3.3.3.1. Potentiell traumatische Erfahrungen in der Kindheit

Die Daten über potentiell negative interpersonelle Erlebnisse in der Kindheit in Form von körperlicher und sexueller Gewalt wurden mit Hilfe des „strukturierten Trauma Interviews“ erhoben (STI, s. 2.3.3).

Nachdem die Daten über kindliche physische Misshandlung kritisch auf die geforderte Definition von massiven gewalttätigen Handlungen (vgl. 2.3.3) überprüft wurden, erlebten 26,4% der Gesamtstichprobe² ($N= 37$) körperliche Gewalt in ihrer Kindheit. Nach Geschlechtern getrennt, berichteten 23,4% ($N= 22$) der befragten männlichen und 32,6% ($N= 15$) der weiblichen Patienten über Gewalterfahrungen in Form von physischer Misshandlung.

16 Patienten (43,2%) erlitten durch die erfahrene physische Gewalt körperliche Verletzungen, und 7 (19,0%) mussten aufgrund der Schwere der Verletzungen einem Arzt vorgestellt werden. 24 (64,9%) erlebten Gewalt durch den Vater, 19 (51,4%)

² Wie der Tabelle 11 zu entnehmen ist, reduziert sich das $N= 145$ in Bezug auf kindliche Traumatisierung auf Grund der fehlenden Daten auf $N= 140$

wurden durch die Mutter misshandelt, 9 der Patienten (24,3%) wurden sowohl von der Mutter als auch von dem Vater körperlich misshandelt.

Nach ebenfalls kritischer Überprüfung der erhobenen Daten über kindliche sexuelle Erlebnisse im Hinblick auf die geforderte Definition (es wurden nur Erfahrungen mit Körperkontakt eingeschlossen, vgl. 2.3.3) erlebten 17,1% (N= 24) der befragten Patienten in ihrer Kindheit eine Art der sexuellen Misshandlung. Dies betraf 28,3% (N= 13) der befragten Frauen und 11,7% (N= 11) der befragten Männer. Bei 19 Patienten (79,1%) handelte es sich um Ereignisse, bei denen der Patient angefasst wurde, bei 15 Patienten (62,5%) musste der Patient den Täter berühren, und 9 Patienten (37,5%) berichteten von sexueller Misshandlung mit mindestens einer Art von Penetration (Geschlechts-, Anal- oder Oralverkehr).

Innerhalb der Gruppe der Patienten mit sexueller Misshandlung waren von 23 Patienten weitere Details zu erheben. So handelte es sich bei einem Patienten um ein einmaliges und bei 22 Patienten (95,7%) um wiederholte Erlebnisse. 9 Patienten (39,1%) berichteten von kindlicher sexueller Misshandlung nicht nur durch einen, sondern durch mehrere Täter. Bei 6 Betroffenen (26,1%) stammt der Täter aus der Familie des Patienten, bei 14 (60,9%) aus dem extrafamiliären Bereich, und 3 (13%) der betroffenen Patienten erlebten sexuelle Gewalt in der Kindheit sowohl durch intrafamiliäre als auch extrafamiliäre Täter.

Tabelle 11 (s. folgende Seite) stellt die interpersonelle Traumatisierung in der Kindheit in Form von physischer oder sexueller Gewalt innerhalb der Gesamtstichprobe nochmals dar.

Bei der Auswertung der Daten zu interpersonellen Traumatisierungen wurden diese auch unter dem Aspekt des gemeinsamen Vorkommens von sexueller und physischer Gewalt untersucht.

In ihrer Kindheit erlebten 38,9% der Gesamtstichprobe (N= 56) eine Form von interpersoneller Traumatisierung (N= 23 bzw. 48,9% der weiblichen und N= 33 bzw. 34,0% der männlichen Studienteilnehmer), und 10,0% (N= 14) erlitten sowohl sexuelle als auch physische Gewalt. In der vorliegenden Studie konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer sexuellen

Misshandlung und körperlicher Gewalt in der Kindheit festgestellt werden ($p= 0,001$, $df= 1$)

Tabelle 11 Häufigkeit von sexueller und physischer Gewalt bei Kindern

	Männer ^M	Frauen ^F	Gesamt ^N
Keine Gewalt < 16 Jahre	67 (71,3%)	26 (56,5%)	93 (66,4%)
Physische Misshandlung	16 (17,0%)	7 (15,2%)	23 (16,4%)
Sexuelle Misshandlung	5 (5,3%)	5 (10,9%)	10 (7,1%)
Physische und sexuelle Misshandlung	6 (6,4%)	8 (17,4%)	14 (10,0%)

Anmerkung. M= 94, F= 46, N= 140

3.3.3.2. Potentiell traumatische Erfahrungen im Erwachsenenalter

Anhand des „strukturierten Traumainterviews“ (STI, s. 2.3.3) wurden ebenfalls Daten über mögliche Viktimisierung im Sinne von Ereignissen physischer und/oder sexueller Gewalt im Erwachsenenalter (nach dem 16. Lebensjahr) erhoben.

Von der Gesamtstichprobe erlebten 37,8% (N= 51) im Erwachsenenalter physische Gewalt³. Unterteilt man die Gesamtstichprobe nach Geschlecht erfuhren 43,4% (N= 39) der männlichen und 26,7% (N= 12) der weiblichen Teilnehmer körperliche Gewalt nach dem 16. Lebensjahr.

Nach dem 16. Lebensjahr gaben 25,5% der Befragten (N= 37) an, negative sexuelle Erfahrungen gemacht zu haben, 15,5% der Männer (N= 15) und 45,8% der Frauen (N= 22). Davon erfüllten 25 Ereignisse das in der vorliegenden Studie zugrunde liegende Kriterium, dass sie mit Körperkontakt einhergingen. Wird erneut

³ Die folgenden Ergebnisse beziehen sich, wie an der Tabelle 12 ersichtlich auf Grund von Missings auf N= 135 (90 männliche und 45 weibliche Patienten)

nach Geschlechtern unterteilt, erlebten 11,1% (N= 10) der männlichen und 33,3% (N= 15) der weiblichen Patienten sexuelle Gewalt in Form eines „hands-on“-Kontakts.

Es handelt sich bei 16 Studienteilnehmern (10 Frauen und 6 Männer) um versuchte oder vollendete Vergewaltigung.

Tabelle 12 Häufigkeit von physischer und sexueller Gewalt im Erwachsenenalter

	Männer ^M	Frauen ^F	Gesamt ^N
Keine Gewalt > 16 J.	48 (53,3%)	23 (51,1%)	71 (52,5%)
Physische Gewalt	32 (35,6%)	7 (15,6%)	39 (28,9%)
Sexuelle Gewalt	3 (3,3%)	10 (22,2%)	13 (9,6%)
Physische und sexuelle Gewalt	7 (7,8%)	5 (11,1%)	12 (8,9%)

Anmerkung. M= 90, F= 45, N= 135

Mindestens eine Art interpersoneller Traumatisierung im Erwachsenenalter (in Form von sexueller oder physischer Gewalt) erlebten 47,5% der Gesamtstichprobe (47,8% der Frauen und 47,4% der Männer), 8,9% der befragten Patienten erlitten sowohl sexuelle als auch physische Gewalt.

3.3.4. Reviktimisierung von Patienten mit psychotischer Erkrankung

Innerhalb der Gesamtstichprobe ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz für ein interpersonelles traumatisches Erlebnis nach den in dieser Studie zu Grunde liegenden Kriterien von 65,3%.

Von den 38,9% der Gesamtstichprobe, die in ihrer Kindheit mindestens eine Art von interpersoneller Traumatisierung erlebten, wurden 38,3% im späteren Leben, nach dem 16. Lebensjahr, nochmals Opfer interpersoneller Gewalt, 11 (52,4%) der weiblichen Patienten, sowie 7 (26,9%) der männlichen Patienten. Von den Patienten ohne frühe interpersonelle Traumatisierungen betraf dies 16 (17,4%).

In Bezug auf die Gesamtstichprobe konnte damit lediglich ein Trend zu einem Zusammenhang zwischen interpersonellen Traumatisierungen in der Kindheit und

Traumatisierungen im Erwachsenenalter festgestellt werden ($p= 0,07$). Kein Zusammenhang bestand, wenn die Geschlechter getrennt voneinander betrachtet wurden (weibliche Teilnehmer: $p= 0,83$; männliche Teilnehmer: $p= 0,109$).

Deskriptiv zeigte sich, dass von den 13 Frauen, die in ihrer Kindheit sexuell misshandelt wurden 61,5% ($N= 8$) als Erwachsene Opfer von interpersoneller Gewalt wurden 33,3% davon ($N= 4$) erlebten auch im Erwachsenenalter sexuelle Gewalt. Bei den Männern erlebten 18,2% ($N= 2$) von den 11 Männern, die in der Kindheit Opfer von sexueller Misshandlung waren, auch im Erwachsenenalter sexuelle Gewalt. Mindestens eine Art von interpersoneller Gewalt erlebten von den 11 Männern 54,5% ($N= 6$).

3.4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Als ein erstes bedeutsames Ergebnis der vorliegenden Studie kann zunächst gesehen werden, dass eine derartige Erhebung bei stationär behandelten Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis durchgeführt werden kann.

Bei der Stichprobe von Patienten mit psychotischen Störungen konnte eine Prävalenzrate von sexueller Misshandlung („hands on“) in der Kindheit von 17,1% ($N= 24$) erhoben werden, dies betraf 28,3% ($N= 13$) der Frauen und 11,7% ($N= 11$) der Männer. Physische Misshandlung in ihrer Kindheit erlebten 26,4% ($N= 37$) der Gesamtstichprobe, bzw. 32,6% ($N= 15$) der weiblichen und 23,4% ($N= 22$) der männlichen Patienten. Der Zusammenhang zwischen sexueller und physischer Misshandlung in der Kindheit erwies sich als signifikant ($p= 0,001$).

Sexuelle Gewalt nach dem 16. Lebensjahr erlebten 18,5% ($N= 25$) der Gesamtstichprobe, 33,3% ($N= 15$) der weiblichen und 11,1% ($N= 10$) der männlichen Patienten. Über physische Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter berichteten 37,8% ($N= 51$) der Gesamtstichprobe, 43,4% ($N= 39$) der Männer und 26,7% ($N= 13$) der Frauen. Beide Traumatisierungsformen wurden von 8,9% der Gesamtstichprobe (11,1% der Frauen und 7,8% der Männer) im Erwachsenenalter erlebt. Dabei zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von sexueller Gewalt und physischer Gewalt im Erwachsenenalter.

Lediglich ein Trend konnte zu einem Zusammenhang zwischen interpersonellen Traumatisierungen in der Kindheit und Traumatisierungen im Erwachsenenalter festgestellt werden. Von den 38,9% der Patienten der Gesamtstichprobe, die in ihrer Kindheit ein interpersonelles Trauma erlebten, wurden 38,3% nach dem 16. Lebensjahr nochmals Opfer interpersoneller Gewalt, 52,4% der weiblichen und 26,9% der männlichen Betroffenen.

Innerhalb der Gesamtstichprobe ergab sich eine Lebenszeitprävalenz von sexueller und/oder physischer Traumatisierung von 65,3%.

4. Diskussion

4.1. Diskussion der gewählten Methodik

4.1.1. Forschungsansatz und Studiendesign

Bei der Interpretation der vorgestellten Ergebnisse sollten einige methodische Aspekte kritisch betrachtet werden, dies betrifft unter anderem das gewählte Studiendesign.

Es handelt sich, aus den im Methodenteil genannten Gründen, um eine retrospektive Querschnittserhebung, wobei definierte Merkmale im Verlauf des Aufenthaltes wiederholt erhoben wurden. Psychotische Symptome wurden zum Beispiel im Längsschnittansatz zu mehreren Zeitpunkten während des Behandlungsverlaufes erhoben, dies beinhaltet jedoch das Risiko von Messwiederholungseffekten. Das bedeutet, dass der Einfluss von Erinnerungs-, Übungs- und Gewöhnungseffekten bei den so erhobenen Ergebnissen der vorliegenden Studie nicht auszuschließen ist.

Des Weiteren ist vor allem zum Zeitpunkt der Aufnahme-Untersuchung (t1), jedoch auch zum Zeitpunkt der Hauptuntersuchung (t2, mit Erreichen einer ausreichenden psychischen Stabilität) eine Beeinflussung durch die Krankheits-symptomatik nicht auszuschließen.

Das Querschnittsdesign bezog sich auf die Erhebung von interpersoneller Traumatisierung, vor allem in der Kindheit, sowie soziodemographische Daten und Parameter des Krankheitsverlaufs. Da es sich in Bezug auf diese Themen um gegebenenfalls lang zurückliegende Ereignisse handelt, können unvollständige, ungenaue oder auch verfälschte Erinnerungsberichte nicht ausgeschlossen werden.

Um möglichst vollständige Daten zu erhalten, wurden die von den Patienten selbst auszufüllenden Fragebögen im Anschluss von dem Patienten und dem Interviewer gemeinsam durchgesehen und gegebenenfalls überarbeitet. Die Erhebung einer möglichen interpersonellen Traumatisierung wurde durch ein strukturiertes Interview durchgeführt. Die damit einhergehende Interaktion zwischen Untersucher

und Patient könnte ebenfalls die Ergebnisse der Studie beeinflusst haben. Es wurde versucht, die Interviewbedingungen möglichst konstant zu halten, indem zum Beispiel dieselbe Abfolge der einzelnen Instrumente eingehalten wurde. Dennoch war eine vollständige Beobachtungsgleichheit auf Grund von unterschiedlichen Interviewern nicht zu realisieren und somit sind etwaige Verzerrungen nicht auszuschließen. Des Weiteren ist schwierig zu beurteilen, welche Auswirkungen es hatte, dass trotz der besonderen persönlichen Thematik und der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung die Untersuchung von einer dem Patienten fremden Person durchgeführt wurde. Da der Schwerpunkt dieser Studie auf eine mögliche interpersonelle Traumatisierung gelegt wurde, besteht eine zusätzliche methodische Schwierigkeit in der Beurteilung des Einflusses möglicher, nicht erfasster Merkmale mit Relevanz für diese Erfahrungen (z. B. protektive Faktoren).

Auf Grund der Unterschiede in der Erkrankungsschwere bzw. der akut vorliegenden Symptomatik konnte nur mit 26,9% der Patienten die Aufnahmeuntersuchung in den angestrebten ersten drei Tagen des stationären Aufenthaltes durchgeführt werden, 89 Patienten (61,4%) wurden innerhalb der ersten zwei Wochen in die Studie eingeschlossen. Der Zeitpunkt der Hauptuntersuchung variierte individuell je nach vorliegender Symptomatik und Krankheitsverlauf und wurde vom Behandlungsteam festgelegt. Aus diesen Gründen gab es eine deutliche Streuung bei den Untersuchungszeitpunkten. Allerdings konnten auch in anderen Studien (Friedl & Draijer 2000; Saxe et al. 1993), deren Stichproben ebenfalls stationäre psychiatrische Patienten umfassten, die jeweiligen Untersuchungsinstrumente erst innerhalb der ersten zwei Wochen des stationären Aufenthalts bearbeitet werden. Des Weiteren berichteten Saxe et al. (1993) von einer verlangsamten Bearbeitung der Fragebögen, insbesondere bei Patienten mit einer psychotischen Symptomatik.

Aufgrund der individuellen Festlegung der Untersuchungszeitpunkte, in Abhängigkeit von Erkrankungsschwere und -verlauf, scheint es unwahrscheinlich, dass die Patienten in einer identischen Krankheitsphase interviewt wurden. Allerdings erscheint dies aufgrund der Komplexität psychischer Erkrankungen auch kaum realisierbar. Dennoch muss dies bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Bei der Auswahl der Befragungsmethoden wurde eine Kombination aus Selbstbeurteilungsinstrumenten und strukturiertem Interview mit bekannten psychometrischen Eigenschaften gewählt. Die Erfassung der psychotischen Symptomatik erfolgte mit einem bewährten Instrument, das bereits in vielen anderen Studien zur Anwendung gekommen ist. Dennoch stellt die mögliche Beeinflussung durch die Krankheitssymptomatik ein grundsätzliches Problem bei der Erhebung von Daten bei akut psychotisch Erkrankten dar.

4.1.2. Stichprobenselektion

Um eine möglichst repräsentative Stichprobe von Patienten mit einer „F2-Störung“ im stationären Setting zu erhalten, sind in die Untersuchung alle Patienten, die vom 21.05.2004 bis zum 12.03.2008 auf der Schwerpunktstation für psychotische Erkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE) aufgenommen wurden, konsekutiv eingeschlossen worden. Allerdings handelte es sich um eine offene Schwerpunktstation, so dass nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Patienten schwer oder chronisch an einer Psychose erkrankt war. Weiter stammten die Patienten hauptsächlich aus dem Sektorgebiet des UKE, das Stadtteile mit einem verhältnismäßig geringen Anteil an sozial schwachen Bewohnern umfasst. Auch kritisch zu beurteilen ist, dass nur 51,3% (145 Patienten) der 283 Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, in die Studie aufgenommen werden konnten. Vergleicht man diese jedoch mit der Einschluss-Quote anderer Studien, zum Beispiel 33,3% bei Horen et al. (1995) oder 76,0% bei Ücok und Bikmaz (2007), stellt sich dies als gut akzeptabel dar.

Dennoch erscheint es sinnvoll, die Stichprobenausfälle einer detaillierten Betrachtung zu unterziehen. Von den 129 (47,1%), trotz erfüllter Einschlusskriterien, nicht in die Studie eingeschlossenen Patienten lehnten 105 (81,4%) die Studienteilnahme ab, 16 Patienten (5,7%) zeigten während der stationären Behandlung keine ausreichende Compliance, von vier Patienten (1,4%) wurde die Behandlung vorzeitig abgebrochen, und bei drei der nicht eingeschlossenen Patienten (1,1%) wurde das begonnene Interview auf Wunsch des Patienten oder zum Schutz des Patienten auf

Veranlassung des Untersuchers vorzeitig beendet. Bei zwei Patienten, die eine Studienteilnahme ablehnten, war eine interpersonelle Traumatisierung in der Kindheit bereits bekannt. Insgesamt ist anzunehmen, dass in den oben genannten Gruppen Opfer von sexueller oder körperlicher Misshandlung eher überrepräsentiert waren, was gegebenenfalls zu einer Erhöhung der Prävalenzrate von Gewalterfahrungen in der Gesamtstichprobe geführt hätte.

4.2. Diskussion der Befunde

4.2.1. Prävalenzen potentiell traumatischer Erfahrungen in der Kindheit

Die vorliegende Studie demonstriert, dass eine Befragung über interpersonelle Traumatisierung in der Kindheit von Patienten mit einer psychotischen Erkrankung im stationären Setting durchführbar ist. Die Durchführung des Strukturierten Traumainterviews musste lediglich bei drei Patienten vorzeitig beendet werden. In dem mit den traumatisierten Patienten geführten Abschlussgespräch (t3) empfanden lediglich drei Patienten (8,8%) das Interview als sehr belastend, 70,6% (N= 24) äußerten, dass Ihnen die Fragebögen und Gespräche über die Traumatisierung geholfen hätten.

4.2.1.1. *Erfahrungen sexueller Misshandlung*

Bezogen auf die Gesamtstichprobe erlebten 17,1% (N= 24) in ihrer Kindheit eine Form von sexueller Misshandlung, 28,3% (N= 13) der weiblichen Patienten und 11,7% (N= 11) der männlichen Patienten. Diesen Prävalenzraten liegt eine sogenannte „enge“ Definition, bei der Körperkontakt zwischen Täter und Opfer vor dem 16. Lebensjahr gefordert wird, zu Grunde („hands on“). Die Prävalenzraten für sexuelle Misshandlung in der Kindheit in der vorliegenden Studie liegen, unabhängig vom Geschlecht, deutlich oberhalb der Prävalenzraten für kindliche

sexuelle Traumatisierung, die von Studien der deutschen Allgemeinbevölkerung berichtet wurden (z. B. Wetzels 1997; Maercker et al. 2008).

Weiter wurden in der jüngsten Vergangenheit zahlreiche Studien zu diesem Thema bei Psychosepatienten publiziert (Ross et al. 1994; Lysaker et al. 2001 & 2004; Offen et al. 2003; Resnick et al. 2003; Compton et al. 2004; Hardy et al. 2005; Kim et al. 2006). Die Prävalenzraten für kindliche sexuelle Misshandlung bei Patienten mit Psychose-Erkrankung erstrecken sich dabei von 13% (Kilcommons & Morrison 2005) bis 61% (Gearon et al. 2003). In der von Morgan und Fisher vorgelegten Übersichtsarbeit (2007) in Bezug auf Studien über den Zusammenhang von interpersoneller Traumatisierung und Schizophrenie ergab sich für sexuelle Misshandlung in der Kindheit ein Durchschnittswert von 42% bei Frauen und 28% bei Männern. Die Vergleichbarkeit der hier präsentierten Studien wird dabei durch mehrere Faktoren eingeschränkt. So unterschieden sich die Stichproben der einzelnen Studien auf Grund der Dauer und Schwere der Erkrankung. Die Stichprobe von Beck & van der Kolk (1987) erfasste chronisch psychiatrisch erkrankte Patienten, die sich bereits über einen längeren Zeitraum in stationärer Behandlung befanden, erhoben allerdings auch eine Prävalenzrate für sexuelle Misshandlung in der Kindheit von 46%. Im Vergleich dazu enthält die Stichprobe der vorliegenden Studie, da es sich um eine „offene Psychosestation“ handelt, wahrscheinlich eine geringere Prozentzahl von schwer oder chronisch erkrankten Patienten.

Viele Studien untersuchen nur ein Geschlecht in Bezug auf Traumatisierung in der Kindheit, daher sollte auch die Stichprobenszusammensetzung beachtet werden. Nur bei wenigen Studien, die beide Geschlechter einbeziehen, liegen getrennt geschlechtliche Daten vor (Ross et al. 1994; Trojan 1994; Heads et al. 1997; Offen et al. 2003; Resnick et al. 2003). Sowohl bei diesen als auch in der präsentierten Studie liegen erwartungsgemäß höhere Prävalenzraten für eine sexuelle Traumatisierung in der Kindheit bei Frauen als bei Männern vor. Dies entspricht der Prävalenzrate in der Allgemeinbevölkerung.

4.2.1.2. Erfahrungen physischer Misshandlung

Die Daten über physische Gewalterfahrungen in der Kindheit wurden ebenfalls

mittels des Strukturierten Traumainterviews erhoben. Als zugrunde liegende Definition wurde über längere Zeiträume auftretende körperliche Gewalt durch Erziehungspersonen vor dem 16. Lebensjahr gewertet, bei der das Kind Kombinationen von verschiedenen massiv gewalttätigen Handlungen mit der Inkaufnahme von körperlicher Versehrtheit des Kindes ausgesetzt war (z. B. heftig geschlagen worden sein, mit der Faust oder mit Gegenständen geschlagen worden sein, getreten, gewürgt oder verbrüht worden sein). In dieser Studie lag, nach der genannten Definition, die Prävalenzrate für physische Misshandlung in der Kindheit bei 26,4%. Bei Männern wurde eine Prävalenzrate von 23,4% und bei Frauen von 32,6% erhoben. Auch diese Daten, ähnlich wie die erhobenen Prävalenzen in Bezug auf sexuelle Gewalt in der Kindheit, sind nur eingeschränkt mit den Prävalenzraten anderer Studien zu vergleichen, da keine einheitliche Definition für physische Gewalt in der Kindheit zu Grunde liegt.

In der für die deutsche Allgemeinbevölkerung repräsentativen Studie von Wetzels (1997, s.o.) mit vergleichbar enger zugrundeliegender Definition erlebten 11,8% der Männer und 9,9% der Frauen körperliche Misshandlung in ihrer Kindheit. Bei beiden Studien, der von Wetzels (1997) und der vorliegenden, ist jedoch auf Grund der Definition von einer Mindestschätzung auszugehen.

Die aus internationalen Studien (Ücok & Bikmaz 2007; Shevlin et al. 2007; Spence et al. 2006; Gearon et al. 2003; Shaw et al. 2002) vorliegenden Ergebnisse hinsichtlich physischer Misshandlung in der Kindheit von Psychose-Patienten reichen von 10% (Kilcommons & Morrison 2005) bis 78% (Compton et al. 2004). Shevlin et al. (2007) nutzten die im Rahmen des US National Comorbidity Survey erhobenen Daten. Eine psychotische Symptomatik wurde an Hand eines diagnostischen Interviews erhoben und die Trauma-Anamnese anhand von fünf Fragen zu Ereignissen in der Kindheit. Von den 42 Probanden, bei denen eine psychotische Symptomatik erhoben wurde, erlebten 4,8% eine physische Misshandlung in ihrer Kindheit. Spence et al. (2006) untersuchten eine gemischtgeschlechtliche Stichprobe aus ambulanten Patienten, die gemäß den Kriterien des DSM-IV an einer Schizophrenie erkrankt waren, und erhoben per Trauma History Questionnaire (Green 1996) eine Prävalenzrate für kindliche physische Misshandlung von 45%. In der von Morgan und Fisher vorgelegten Übersichtsarbeit (2007) in Bezug auf Studien

über den Zusammenhang von interpersoneller Traumatisierung und Schizophrenie ergab sich für physische Misshandlung in der Kindheit ein Durchschnittswert von 35% bei Frauen und 38% bei Männern. Die Unterschiede in den Prävalenzraten lassen sich auch hier durch das Fehlen einer einheitlichen Definition, Unterschiede der Stichprobenbeschaffenheit und Erhebungsmethodik erklären.

4.2.1.3. Sexuelle und physische Misshandlung in der Kindheit

Mindestens eine Art der interpersonellen Traumatisierung in der Kindheit erlebten in der vorliegenden Untersuchung 38,9% der Gesamtstichprobe, 48,9% der weiblichen und 34,0% der männlichen Studienteilnehmer. Sowohl sexuelle als auch physische Misshandlung lagen bei 10,0% der Gesamtstichprobe vor (bei 6,4% der Männer und 17,4% der Frauen). Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang ($p=0,001$) zwischen der Existenz von sexueller und physischer interpersoneller Traumatisierung in der Kindheit.

In der von Wetzels (1997) vorgelegten Studie wurden 16,1% der Frauen und 13,5% der Männer als Kind Opfer mindestens einer Form von interpersoneller Gewalt.

In einer Studie von Bowe et al. (2007) wurde eine gemischtgeschlechtliche Stichprobe von 22 Patienten mit psychotischer Störung zu kindlicher Traumatisierung befragt. Dabei wiesen 62% der Frauen ($N=5$) und 36% der Männer ($N=5$) sowohl sexuelle als auch physische Misshandlung in der Kindheit auf. Greenfield et al. (1994) erhoben ebenfalls an einer gemischtgeschlechtlichen Studie an Patienten, die erstmals im stationären Setting auf Grund einer Psychose behandelt wurden, Daten zur kindlichen Traumatisierung. Es wurden 32% der weiblichen ($N=6$) und 11% der männlichen Patienten ($N=2$) Opfer sowohl von sexueller als auch physischer Gewalt in ihrer Kindheit.

In einer von Spence et al. (2006) vorgelegten Studie wurde bei 75% der Stichprobe (Patienten mit Schizophrenie) mindestens eine Art von kindlicher Traumatisierung erhoben, es wurde jedoch keine genaue Differenzierung zum Vorkommen mehrerer Arten der Traumatisierung in der Kindheit gemacht.

Insgesamt ist die Vergleichbarkeit der erhobenen Studienergebnisse kritisch zu betrachten, da es neben differenten Definitionen in Bezug auf die jeweilige Traumatisierung ebenfalls Unterschiede in der Stichprobenszusammensetzung gibt. So wurden häufig nur Daten für Frauen (Schäfer et al. 2006; Kim et al. 2006; Gearon et al. 2003) oder Männer erhoben (Lysaker et al. 2004) und nur wenige Studien an gemischtgeschlechtlichen Stichproben durchgeführt. Des Weiteren muss in die Betrachtung einbezogen werden, dass beim Großteil der vorliegenden Studien das Augenmerk in Bezug auf kindliche Traumatisierung auf der sexuellen Traumatisierung liegt (Offen et al. 2003; Hardy et al. 2005; Lysaker et al. 2004), Daten zur physischen Misshandlung nicht erhoben oder Daten zu kindlicher Traumatisierung nicht spezifiziert wurden (Hlastala & McClellan 2005; Braehler et al. 2005; Neria et al. 2005).

Es ist kritisch zu beurteilen, dass sowohl in der hier vorgestellten Studie als auch in anderen Studien der Zusammenhang mit weiteren Formen der kindlichen Traumatisierung, etwa emotionaler Misshandlung, nicht untersucht wurde. So ermittelten Holowka et al. (2003) in einer Untersuchung von 26 Patienten mit Schizophrenie mittels CTQ und Dissociative Experiences Scale (DES, Bernstein & Putnam 1986) den stärksten signifikanten Zusammenhang zwischen kindlicher emotionaler Misshandlung und erhöhtem DES-Score.

4.2.2. Prävalenzen potentiell traumatischer Erfahrungen im Erwachsenenalter

Zur Erhebung der Daten zu traumatischen Erfahrungen im Erwachsenenalter wurde ebenfalls das „strukturierte Trauma Interview“ (STI, s. 2.3.3) genutzt. Dazu wurden Ereignisse physischer und/oder sexueller Gewalt, die ab dem 16. Lebensjahr erlebt wurden, erhoben und bewertet. Bereits hier muss kritisch angeführt werden, dass der Umfang der Erhebung von Art und Schwere sexueller und physischer Traumatisierung deutlich geringer war als bei der interpersonellen Traumatisierung im Kindesalter. 47,5% der Gesamtstichprobe (47,4% der Männer und 47,8% der Frauen) erlebten mindestens eine Art der interpersonellen Traumatisierung im Erwachsenen-

alter. Von sexueller Traumatisierung als Erwachsene waren 33,3% (N= 15) der Frauen und 11,1% (N= 10) der Männer betroffen, dies entspricht einer Prävalenzrate für die Gesamtstichprobe von 18,5%. Bei 10 Personen handelte es sich um versuchte oder vollendete Vergewaltigung. Die Prävalenzrate für physische Traumatisierung betrug insgesamt 37,8% (N= 51), 43,4% (N= 39) für die männliche und 26,7% (N= 12) für die weibliche Stichprobe. In der vorliegenden Studie waren 8,9% der Stichprobe von beiden Traumatisierungsformen im Erwachsenenalter betroffen.

In der jüngsten Vergangenheit wurden zunehmend die Prävalenzraten für Viktimisierung im Erwachsenenalter explizit an Psychose-Patienten untersucht. So erhoben Spence et al (2006) in ihrer Studie bei 40 an einer Schizophrenie erkrankten Patienten Prävalenzraten für eine oder mehrere Traumatisierungen im Erwachsenenalter von 77,5%. 27,5% erlebten einen gewalttätigen Angriff und 5% einen sexuellen Angriff im Erwachsenenalter. Kilcommons et al. (2005) untersuchten 32 Psychose-Patienten auf interpersonelle Gewalterfahrungen. Im Erwachsenenalter erlebten 71,4% physische und 12,6% sexuelle Gewalt. Die Prävalenzrate für sexuelle Gewalt lag bei den Frauen bei 57,1% und bei den Männern bei 4%. Opfer physischer Gewalt wurden 40,6% der Frauen und 32% der Männer.

Gearon et al. (2003) untersuchten 54 Patientinnen mit Abhängigkeitserkrankung und Schizophrenie oder schizoaffektiver Diagnose auf mögliche interpersonelle Traumatisierung. Im Erwachsenenalter erlebten innerhalb der eingeschlossenen Stichprobe 59% sexuelle Gewalt und 82% physische Gewalt.

Im Vergleich zu der hier vorgelegten Studie muss jedoch vor allem bei den von Gearon et al. erhobenen Daten berücksichtigt werden, dass es sich dabei um eine US-amerikanische Studie handelt, wo von einer höheren Rate physischer Gewalt auszugehen ist (Riess & Roth 1993). Des Weiteren handelt es sich bei der vorliegenden Studie um Patienten einer offenen Psychosestation, so dass mit hoher Wahrscheinlichkeit weniger schwer und chronisch Kranke erfasst wurden. Zudem entstammen die in die Studie aufgenommenen Patienten überwiegend dem Sektorgebiet des UKE, welches eher besser gestellte Stadtteile Hamburgs umfasst.

4.2.3. Reviktimisierung von Patienten mit psychotischer Erkrankung

In der vorliegenden Studie ergab sich eine Lebenszeitprävalenz für eine interpersonelle Traumatisierung von 65,3% (N= 95), sie betrug 63,9% (N= 62) für Männer und 68,8% (N= 33) für Frauen. Sie stimmen damit gut mit den Angaben zur Lebenszeitprävalenz interpersoneller Traumatisierungen von Neria et al. (2002) überein, die bei 68,5% ihrer Stichprobe diese Erlebnisse fanden. Allerdings handelte es sich dabei ausschließlich um erstmalig stationär aufgenommene Patienten. Es ist anzunehmen, dass die Prävalenzrate in der vorliegenden Studie etwas niedriger ausgefallen wäre, wenn ausschließlich ersterkrankte Patienten untersucht worden wären. In anderen Studien mit psychiatrischen Stichproben erstrecken sich die Prävalenzraten bezüglich sexueller Traumatisierung von 15,5% (Bebbington et al. 2004) bis 32,5% (Spence et al. 2006) und physischer Traumatisierung um 75% (Kilcommons et al. 2005).

Von den 38,9% der Gesamtstichprobe, die in ihrer Kindheit mindestens eine Art von interpersoneller Traumatisierung erlebten, wurden 38,3% nach dem 16. Lebensjahr nochmals Opfer interpersoneller Gewalt. Dies betraf 11 (52,4%) der weiblichen Patienten, sowie 7 (26,9%) der männlichen Patienten.

Findet nun eine Trennung nach Art der interpersonellen Traumatisierung statt, zeigt sich, dass von den 13 Frauen, die in ihrer Kindheit sexuell misshandelt wurden 61,5% (N= 8) auch als Erwachsene Opfer von interpersoneller Gewalt wurden, 33,3% (N= 4) erlebten im Erwachsenenalter nochmals sexuelle Gewalt.

Bei den Männern wurden 54,6% (N= 6) von den 11 in der Kindheit von sexueller Misshandlung Betroffenen als Erwachsene Opfer mindestens einer Art von Gewalt. Opfer von sexueller Gewalt wurden 18,2% (N= 2).

Coid et al. (2001) untersuchten an 1207 Frauen in Großbritannien den Zusammenhang zwischen interpersoneller Traumatisierung in der Kindheit in Form von sexueller und physischer Misshandlung und dem Risiko der Reviktimisierung als Erwachsene. In dieser Untersuchung berichteten 67% der Frauen, die in ihrer Kindheit sexuelle Misshandlung erlebten, auch in ihrem späteren Leben ungewollten sexuellen Handlungen ausgesetzt gewesen zu sein. Des Weiteren wurde von 39% dieser Gruppe auch von häuslicher Gewalt berichtet. In der von Gearon et al. (2003)

vorgelegten Studie über traumatische Lebensereignisse von abhängigen Patientinnen mit Schizophrenie wurde ebenfalls die Prävalenzrate für Reviktimisierung untersucht. 67% erlebten nach einer interpersonellen Traumatisierung in der Kindheit eine Reviktimisierung als Erwachsene.

Auch Classen et al. (2005) kamen in einer Übersichtsarbeit zu dem Ergebnis, dass sexuelle Misshandlung und deren Schwere die bestuntersuchten Prädiktoren für sexuelle Reviktimisierung sind. Die deutlich höhere Prävalenzrate für sexuelle Reviktimisierung bei Coid et al., im Vergleich zu der vorgelegten Studie, könnte damit zusammenhängen, dass es sich bei der Erhebung um einen selbstauszufüllenden, anonymisierten Fragebogen handelte.

Statistische Zusammenhänge zwischen kindlicher interpersoneller Traumatisierung und späteren Traumatisierungen zeigten sich in der vorliegenden Studie lediglich auf Trendlevel. Obwohl es sich im Verhältnis zu anderen Untersuchungen im klinischen Setting um eine verhältnismäßig große Stichprobe handelte, sind die verhältnismäßig kleinen Untergruppen der betroffenen Patienten als Grund dafür anzunehmen.

4.3. Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

In der vorliegenden Studie konnte demonstriert werden, dass eine Befragung zu interpersoneller Traumatisierung in der Kindheit und im späteren Leben bei Patienten mit einer psychotischen Erkrankung im stationären Setting gut durchführbar ist. Die erhobenen Prävalenzraten von kindlicher sexueller Misshandlung (Gesamtstichprobe: 17,1%, Frauen: 28,3% und Männer: 11,7%) lagen deutlich über den Raten aus der deutschen Allgemeinbevölkerung und entsprachen damit den Prävalenzraten anderer Studien innerhalb psychiatrischer Stichproben. Ähnliches konnte in Bezug auf physische Misshandlung im Kindesalter ermittelt werden (Gesamt: 26,4%, Frauen: 32,6%, Männer: 23,4%). In Bezug auf beide Formen interpersoneller Traumatisierungen im Kindesalter stellt dies auf Grund der sehr engen Definitionen eine eher konservative Schätzung dar. Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich, wie in der Literatur beschrieben, zwischen sexueller und

physischer Traumatisierung in der Kindheit. Auch im späteren Leben war ein erheblicher Anteil der Patienten sexueller und physischer Gewalt ausgesetzt. Die Prävalenzraten von sexuellen Gewalterfahrungen im späteren Leben betragen für die Gesamtstichprobe 18,5%, betroffen waren 33,3% der weiblichen und 11,1% der männlichen Patienten. Physische Gewalt wurde von 37,8% der Gesamtstichprobe berichtet (26,7% der Frauen und 43,4% der Männer). In der vorliegenden Studie ergab sich damit eine Lebenszeitprävalenz der genannten gravierenden interpersonellen Traumatisierungen von 63,9% für Männer und 68,8% für Frauen. Auch diese Werte liegen deutlich über denen aus der Allgemeinbevölkerung bekannten.

Da es sich um Patienten einer offenen Psychosestation einer Universitätsklinik handelte, ist davon auszugehen, dass diese Raten in anderen Stichproben psychotischer Patienten, mit einem höheren Anteil schwerer und chronisch betroffener Patienten, noch höher ausgefallen wären. Des Weiteren muss erwähnt werden, dass bei den verwendeten statistischen Verfahren teils Gruppenunterschiede oder –zusammenhänge erkennbar waren, jedoch praktisch relevante Effekte aufgrund zu kleiner Gruppengrößen keine Signifikanzen erreicht haben könnten.

Gerade auch vor dem Hintergrund von Reviktimisierungsphänomenen, die sich in der vorliegenden Studie auf Trendlevel zeigten, sollten interpersonelle Traumatisierungen deshalb systematisch in der Therapie psychotischer Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Künftige Studien sollten sich mit klinischen Korrelaten dieser Erlebnisse, der Identifikation von besonders betroffenen Patienten und nicht zuletzt mit traumatherapeutischen Angeboten befassen, die an die Bedürfnisse psychotischer Patienten adaptiert sind.

5. Literatur

American Psychiatric Association (1986). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. 3rd ed., Washington D.C.

Bagley, C. & Ramsay, R. (1986). Sexual Abuse in Childhood: Psychosocial Outcomes and Implications for Social Work Practice. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 4, pp 33- 48.

Bange, D. (2000). Sexueller Missbrauch an Jungen: Wahrnehmungstabus bei Männern in der sozialen Arbeit und in der Sozialverwaltung. Lenz, H. J. (Hrsg.) *Männliche Opfererfahrungen. Problemlagen und Hilfsansätze in der Männerberatung*, Weinheim, Juventa, pp 285- 300.

Bange, D. & Enders, U. (2000). *Auch Indianer kennen Schmerz*. 3. Aufl., Kiepenheuer & Witsch, Köln.

Bande, D. & Körner, W. (Hrsg.) (2002). *Handwörterbuch sexueller Missbrauch*, Hogrefe-Verlag.

Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T., Singelton, N., Farrel, M., Jenkins, R., Lewis, G. & Meltzer, H. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage. Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 185, pp 220- 226.

Beck, J. C. & van der Kolk, B. (1987). Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *The American Journal of Psychiatry*, 144, pp 1474- 1476.

Beichtmann, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A. & Akman, D. (1991). A Review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, pp 537- 556.

Bell, M., Milstein, R. & Beam-Goulet, J. (1992). The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale: Reliability, Comparability and the predictive Validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (11), pp 723- 728.

Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A. & McGorry, P. D. (2008). Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), pp 568- 579.

Berger, H. A., Martin, G., Richardson A. S., Allison, St. & Roeger, L. (2004). Sexual abuse, antisocial behaviour and substance use: gender differences in young community adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, pp 34- 41.

Bernstein, G. A., Garfinkel, B. D. & Hoberman, H. M. (1989). Self reported anxiety in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 146, pp 384- 386.

Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (12), pp 727– 735.

Bowe, S., Morrison, A. & Morley S (2007). The relationship between past childhood trauma and auditory hallucinations in individuals with psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*.

Bowlby, J. (1975). *Bindung*. München: Kindler

Braehler, C., Holowka, D. & Brunet, A. (2005). Diurnal cortisol in schizophrenia patients with childhood trauma. *Schizophrenia research*, 79, pp 2- 3.

Brekke, J. S., Prindle, C., Woo Bae, S. & Long, J. D. (2001). Risks for Individuals with Schizophrenia who are living in the Community. *Psychiatric Services*, 52 (10), pp 1358-1366.

Briere, J. (2002). Treating adults survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In: Meyers, J., Berliner, L., Briere, J., Hendrix, C., Reid, T. & Jenny, C. *APSAC handbook on child maltreatment*, Newbury Park, CA: Sage, pp 175- 202.

Briere, J., Woo, R., McRae, B., Foltz, J. & Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 85, pp 95- 101.

Briere, J. & Zaidi, L. Y. (1989). Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *The American Journal of Psychiatry*, 146, pp 1602-1606.

Cascardi, M., Mueser, K. T., DeGirolomo, J. & Murrin, M. (1996). Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners. A descriptive study. *Psychiatric Services*, 47 (5), pp 531- 533.

Chapple, B., Chant, D., Nolan, P., Cardy, S., Whiteford, H. & McGrath, J. (2004). Correlates of victimisation amongst people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, pp 836- 840.

Chuang, H. T., Williams, R. & Dalby, J. T. (1987): Criminal behaviour among schizophrenics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, pp 255- 258.

Classen, C. C., Palesh, O. G. & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization. A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6 (2), pp 103- 129.

Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C. & Portera, L. (2001). Consequences of Childhood Abuse Among Male Psychiatric Inpatients: Dual Role as Victims and Perpetrators. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (1), pp 47- 61.

Coid, J., Petrukevitch, A., Feder, G., Chung, W., Richardson, J. & Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: A cross-sectional survey. *Lancet*, 385, pp 450- 454.

Compton, M. T., Furman, A. C. & Kaslow, N. J. (2004). Preliminary evidence of an association between childhood abuse and cannabis dependence among African American first-episode schizophrenia-spectrum disorder patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, pp 311- 316.

Crittenden, P. M. (1988). Relationships as risk. In: Belsky J. & Nezworski, A. (Hrsg.). *Clinical implication of attachment*. Hillsdale: Erlbaum, pp 136- 174.

Darves-Bornoz, J. M., Lempérière, T., Degiovanni, A. & Gaillard, P. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, pp 78- 84.

Dean, K., Moran, P., Fahy, T., Tyrer, P., Leese, M., Creed, F., Burns, T., Murray, R. & Walsh, E. (2007). Predictors of violent victimization amongst those with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, pp 345- 353.

DellaFemina, D., Yaeger, D. & Lewis, D. (1990). Child abuse: Adolescent records vs. adult recall. *Child Abuse and Neglect*, 14 (2), pp 227- 231.

Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P. & Basile, K. C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and Victims*, 17, pp 639- 653.

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Hrsg.) (1997). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Verlag für Psychologie.

Dill, D. L., Chu, J. & Grob, M. C. (1991). The reliability of abuse history reports: a comparison of two inquiry formats. *Comprehensive Psychiatry*, 32 (2), pp 166- 169.

Draijer, N. (1988). Seksueel misbruik door verwanten. Een landelijk onderzoek naar de omvang, de aard, de gezinsachtergronden, de emotionele betekenis en de psychosomatische gevolgen. Den Haag: Ministerie van sociale zaken en Werkgelegenheid.

Draijer, N. (1990). Die Rolle sexuellen Missbrauchs und körperlicher Misshandlungen in der Ätiologie psychischer Störungen bei Frauen. Martinius, J./Frank, R. (Hrg.): *Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern*. Bern/Stuttgart/Toronto, pp 128- 142.

Draijer, N. & Langeland, M. (1999). Childhood Trauma and Perceived Dysfunction in the Etiology of Dissociative Symptoms in Psychiatric Inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (3), pp 379- 385.

Dutton, D. G. & Painter, S. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachment in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology*, 6, pp 139- 155.

Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Joraschky, P. (Hrsg.) (2005). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung*. Schattauer Verlag.

Ellason, J. & Ross, C. (1997). Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychological Reports*, 80, pp 447- 450.

Endres, M. & Biermann, G. (Hrsg.) (1998). *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*. Reinhardt, E.; Verlag München.

Feldmann- Summers, S. & Pope, K. S. (1994). The experience of "forgetting" childhood abuse: A national survey of psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (3), pp 636- 639.

Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A. & Smith, Ch. (1990). Sexual Abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14, pp 19- 28.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G. & Rounsaville, B. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multisite Test-retest Reliability Study. *Journal of Personality Disorders*, 9 (2), pp 92-104.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (2. Auflage). München, Basel: Reinhardt (UTB für Wissenschaft).

Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V. & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, pp 459- 473.

Friedl, M. C., Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in dutch psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (6), 1012- 1013.

Garnefski, N., Diekstra, R. F. W.(1997). Child Sexual Abuse and Emotional and Behavioral Problems in Adolescence: Gender Differences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 323- 329.

Garnefski, N. & Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21, pp 99- 107.

Gearon, J. S., Kaltman, S. I., Brown, C. & Ballack A. S. (2003). Traumatic life events and PTSD among women with substance use disorders and schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54, pp 523- 528.

Gleiser, K. A. (2003). Psychoanalytic Perspectives on Traumatic Repetition. *Journal Trauma Dissociation*, 4 (2), pp 27- 48.

Goff, D., Brotman, A., Kindlon, D., Waites, M. & Amico, E. (1991). Selfreports of child abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research*, 37, pp 73– 80.

Goodman, L., Salyers, M. & Mueser, K. (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 14, pp 615– 632.

Goodman, L. A., Thompson, K. M., Weinfurt, K., Corl, S., Ackre, P., Mueser, K. T. & Rosenberg, S. D. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 12, pp 587- 599.

Green, B. L. (1996). Trauma History Questionnaire. In Stamm, B. H. & Varra, E. E. (Eds.) *Measurement of Stress, Self-Report Trauma, and Adaptation*. Sidran Press, Lutherville, MD.

Greenfield, S. F., Strakowski, S. M., Tohen, M., Baston, S. C. & Kolbrener, M. (1994). Childhood abuse in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 164, pp 831- 834.

Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2003). Elternbindung und Entwicklung des Kindes in Beziehungen. In: Herpertz-Dahlmann, S., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (Hrsg.). *Entwicklungspsychiatrie. Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer, pp 115- 135.

Heads, T. C., Taylor, P. J. & Leese, M. (1997). Childhood experiences of patients with schizophrenia and a history of violence: a special hospital sample. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, pp 117- 130.

Hardy, A., Fowler, D., Freemann, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., Garety, P., Kuipers, E., Bebbington, P. & Dunn, G. (2005). Trauma and Hallucinatory experience in psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (8), pp 501- 507.

Herman, J. L. (1994). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler.

Hlastala, S. A. & McClellan, J. (2005). Phenomenology and diagnostic stability of youth with atypical psychotic symptoms. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, pp 497- 509.

Holowka, D. W., King, S., Saheb, D., Pukall, M. & Brunnet, A. (2003). Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60, pp 87- 90.

Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson

Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndromes Scale for schizophrenia (PANNS). *Schizophrenia Bulletin*, 13 (2), pp 261- 267.

Kendall-Teckett, K., Williams, L. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113 (1), pp 164- 180.

Kendler, K., Bulik, C., Silberg, J., Hettema, J., Meyers, J. & Prescott, C. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance abuse disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 57, pp 953- 959.

Kilcommons, A. M. & Morisson, A. P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, pp 351- 359.

Kim, D., Kaspar, V., Noh, S. & Nam, J. H.(2006). Sexual and physical abuse among Korean female inpatients with schizophrenia. *Journal of Traumatic Stress*, 19, pp 279-289.

Knorrning, von L. & Lindström E. (1992). The Swedish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS) for schizophrenia . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86 (6), pp 463- 468.

Lange, C. (2002). *Sexuelle Gewalt gegen Mädchen - Ergebnisse einer Studie zur Jugendsexualität*. Psychosozial-Verlag, Gießen.

Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., Lépine, J. P., Sheehan, D. V., Janavs, J., Baker, R., Sheehan, K. H., Knapp, E. & Sheehan, M. (1992). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, pp 232- 241.

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998) The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (20) pp 22- 33

Lehmann, M. (2004). Kindliche Traumatisierung bei Patientinnen mit psychotischen Störungen. *Unveröffentlichte Dissertation*, Universität Hamburg

Lösel, F. & Bliesener, T. (1990). Resilience in adolescence: a study on the generalizability of protective factors. *Health hazards in adolescence*. Hurrelmann, K. & Lösel, F. (Eds.). Berlin, New York: De Gruyter , pp 299- 320.

Lysaker, P. H., Meyer, P. S., Evans, J. D. E., Clements, C. A. & Marks, K. A. (2001). Childhood Sexual Trauma and Psychosocial Functioning in Adults With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52 (11), pp 1485- 1488.

Lysaker, P. H., Wickett, A., Lancaster, R. & Davis, L. (2004). Neurocognitive deficits and history of child abuse in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 68, pp 87–94.

Lysaker, P. H., Nees, M. A., Lanaster, R. S. & Davis, L. W. (2004). Vocational function among persons with schizophrenia with and without history of childhood sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 17, pp 435- 438.

Lyons-Ruth, K., Alpern, L. & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive children. *Annual Review of Psychology*, 51, pp 445- 479.

Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, L. R., Roeger, L. & Allison, S. (2004). Sexual abuse: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28, pp 491- 503.

Maercker, A. & Bromberger, F. (2005). Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychologische Berichte*, 32, Heft 2.

Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Nervenarzt*, 79, pp 577- 586.

Moggi, F. (1991). Sexuelle Kindesmisshandlung: Definition, Prävalenz und Folgen: Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 39, pp 1- 13.

Morgan, C. & Fisher, H. (2006). Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma— A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (1), pp 3- 10.

Muenzenmaier, K., Meyer, I., Struening, E. & Ferber, J (1993). Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital & Community Psychiatry*, 44, pp 666– 670.

Mueser, K. T., Goodma, L. A., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., Auciello, P. & Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in serve mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, pp 493- 499.

Müller, M. J., Rossbach, W., Davids, E., Wetzels, H. & Benkert, O. (2000). Evaluation eines standardisierten Trainings für die „Positive and Negative Syndrome Scale“ (PANNS). *Nervenarzt*, 71, pp 195- 204.

Neria, Y., Bromet, E. J., Sievers, S., Lavelle, J. & Fochtman, L. (2002). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, pp 246- 251.

Neria, Y., Bromet, E. J., Carlson, G. A. & Naz, B. (2005). Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, pp 380- 383.

Noll, J. G., Horowitz L. A., Bonanno G. A., Trickett P. K. & Putnam F. W. (2003). *Journal of Interpersonal Violence*, 18 (12), pp 1452- 1471.

Noll, J. G. (2005). Does Childhood Sexual Abuse Set in Motion a Cycle of Violence Against Women? What We Know and What We Need to Learn. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (4), pp 455- 462.

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

Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, pp 1- 10.

Pearlman, L. (1998). Trauma and the self: A theoretical and clinical perspective. *Journal of Emotional Abuse*, 1, pp 7- 25.

Penn, D. L., Corrigan, P. W., Bentall, R. P., Racenstein, J. M. & Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121, pp 114- 132.

Read, J., Os, van J., Morrison, A. P. & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, pp 330- 350.

Read, J., Agar, K., Argyle, N. & Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictor of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, pp 1- 22.

Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A. & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64 (4), pp 319- 345.

Resnick, S. G., Bond, G. R. & Mueser, K. T. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, pp 415- 423.

Richter-Appelt, H. (1994). Sexuelle Traumatisierung und körperliche Misshandlungen. In: Rutschky, K. & Wolff, R. (Hrsg.) *Handbuch sexueller Missbrauch*, pp. 116- 143, Hamburg: Ingrid Klein Verlag.

Richter-Appelt, H. (1995). Sexuelle Traumatisierung und körperliche Misshandlung in der Kindheit. Geschlechtsspezifische Aspekte. In: Düring, S. & Hauch, M. (Hrsg.) *Heterosexuelle Verhältnisse*, pp. 57- 76, Stuttgart: Enke.

Riess, A. J. & Roth, J. A. (1993). *Understanding and preventing violence*. Washington, DC: National Academy Press.

Rutschky, K. & Wolff, R. (Hrsg.) (1994). *Handbuch sexueller Mißbrauch*. Hamburg: Ingrid Klein Verlag.

Ross, C. A.; Anderson, G. & Clark, P. (1994) Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, pp 485- 491.

Saxe, G. N., van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G. & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 150, pp 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. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, pp 279- 289.

Scheller-Gilkey, G., Thomas, S. M., Woolwine, B. J. & Miller, A. H. (2002). Increased early life stress and depressive symptoms in patients with comorbid substance abuse and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, pp 223- 231.

Schenkel L., Spaulding, W., Dilillo, D. & Silverstein, S (2005). Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*, 76, pp 273– 286.

Schetky D. A. (1990). A review of the literature on the long-term-effects of childhood sexual abuse. In: Kluft, R. P. (Eds.). *Incest related syndroms of adult psychopathology*. Washington/DC: American Psychiaric Press, pp 35- 55.

Shaw, K., McFarlane, A. C., Bookless, C. & Air, T. (2002). The aetiology of postpsychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode. *Journal of Traumatic Stress*, 15, pp 39- 47.

Shevlin, M., Dorahy, M. J. & Adamson, G. (2007). Trauma and Psychosis: An Analysis of the National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 164, pp 166- 169.

Smith, H. D., Fromuth, M. E. & Morris, C. C. (1997). Effects of gender on perceptions of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6 (4), pp 51- 60.

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. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7 (3), pp 7- 22.

SPSS 12.0, SPSS Inc., an IBM Company Headquarters, Chicago, Illinois.

Symonds, M. (1982). Victim responses to terror: understanding and treatment. In: Ochberg, F. & Soskis, D. (Eds.). *Victims of Terrorism*. Westview Press, Bouldner, CO, pp 95- 103.

Templin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M. & Weiner, D. A. (2005). Crime Victimization in Adults With Severe Mental Illness. Comparison With the National Crime Victimization Survey. *Archives of General Psychiatry*, 62, pp 911- 921.

Terr, L. C. (1995). *Childhood traumas: An outline and an overview*. Everly, G. S. & Lating, J. M. (1995), pp 301- 319.

The Cure (1980). Boy`s don`t cry. Fiction

Trojan, O. (1994) Sexual experience of psychotic patients. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 7, pp 209- 217.

Ücok, A. & Bikmaz, S. (2007). The effect of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, pp 371- 377.

Van der Kolk, B. A. (1987). Psychological trauma. Washington: *American Psychology Press*

Van der Kolk, B. A. & Fislser, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, pp 145- 168.

Walker, E. & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: A neutral diathesis-stress model. *Psychological Review*, 104, pp 667- 685.

Watkins, B. & Bentovim, A. (1992). The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, pp 197- 248.

Wellman, M. M. (1993). Child abuse and gender differences: attitudes and prevalence. *Child Abuse & Neglect*, 17, pp 539- 547.

Wetzels, P. (1997). *Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD.* Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN). Forschungsberichte Nr. 59

Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood.* Ithaca, London: Cornell University Press.

Wilson, A. E., Calhoun, K. S. & Bernat, J. A. (1999). Risk recognition and trauma-related symptoms among sexually revictimized women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, pp 705- 710.

Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1994). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV.* Hogrefe.

Wittchen, H.-U., Zandig, M. & Fydrich, T. (1997). SKID. *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II.* Göttingen: Hogrefe.

Wöller, W. (2005). Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73, pp 83- 90.

Wyatt, G. E. (1985). The Sexual Abuse of Afro-American and White-American Women in Childhood. *Child Abuse & Neglect*, 9, pp 507- 519.

Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H. & Gunderson, J. G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14 (4), pp 291- 309.

Zimrin H. (1986). A profile of survival. *Child Abuse & Neglect*, 10, pp 339- 349.

6. Anhang

6.1. Danksagung

Ich möchte allen teilnehmenden Patienten, die die Strapazen der Studie auf sich genommen haben, recht herzlich danken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Dieter Naber für die Überlassung des Themas und Herrn Dr. med. Ingo Schäfer für die kompetente, engagierte und zuverlässige Betreuung. Svenja Ehlers danke ich für die Mitarbeit bei der Datenerhebung und die vielen gemeinsamen, inspirierenden Stunden. Außerdem geht herzlicher Dank an Francisco Jose Eiroa für seine methodische Unterstützung in der Datenauswertung. Den Mitarbeitern der PS2 des UKE Hamburgs möchte ich recht herzlich für die Hilfe und Geduld während der Durchführung der Studie danken.

Meiner Familie möchte ich für ihre moralische Unterstützung und den unerschütterlichen Glauben an mich und die Fertigstellung dieser Arbeit danken. Darüber hinaus gilt mein Dank Ike, Astrid und Hank, die zu unterschiedlichsten Zeiten durch ihren ermunternden und beharrlichen Beistand in der Bibliothek viel zum Erfolg dieser Arbeit beigetragen haben. Außerdem gilt mein besonderer Dank Martin für das vorhandene Wissen, Xenia für ihre Freundschaft und Lisa für die „geopferte“ Zeit.

Ein herzlicher und besonderer Dank geht an Herrn Gülke, der auch noch lange nach Ende meines Schulbesuches nicht müde wird, von mir Geschriebenes zu korrigieren und ich möchte von Herzen Arno danken für das Sein und die Möglichkeit der kurzen Sätze.

6.2. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Nele Rehder	Geburtsdatum: 07.06.1977
Staatsangehörigkeit: deutsch	Geburtsort: Heide
Konfession: evangelisch	Familienstand: ledig, kinderlos

Schul- und Hochschulbildung

Seit 01/08	Assistenzärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Psychiatrischen Klinik Lüneburg	Lüneburg
01/07- 12/07	Assistenzärztin Pädiatrie im Klinikum Itzehoe	Itzehoe
12/06	Approbation als Ärztin	Hamburg
11/06	3.Staatsexamen	Hamburg
10/05- 09/06	Praktisches Jahr	Hamburg
09/05	2.Staatsexamen	Hamburg
SS 2003	Fortsetzung des Studiums an der Universität Hamburg	Hamburg
03/03	1.Staatsexamen	Göttingen
03/02	Physikum	Göttingen
SS 00-03	Studium der Humanmedizin an der Georg-August-Universität	Göttingen
1996- 1999	Ausbildung zur Kinderkrankenschwester im Westküstenklinikum Heide	Heide/Holstein
1993- 1996	Fachgymnasium für Sozialwirtschaft	Heide/Holstein
1987- 1993	Realschule	Wesselburen
1983- 1987	Grundschule	Wesselburen

6.3. 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.