



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Auswirkungen von Missbrauch und Vernachlässigung in
der Kindheit auf die Entwicklung einer Schizophrenie“

Verfasserin

Alexandra Mittelberger

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuerin: Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

Diplomarbeit zur Erlangung des Magistertitels (Mag. rer. nat.) im Jahr 2014

*Auswirkungen von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit auf die Entwicklung einer
Schizophrenie*

Die vorliegende Arbeit wurde mithilfe der Journal Article Reporting Standards (JARS, 2008) und Richtlinien der American Psychological Association (APA, 2010) verfasst und formatiert.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich diese Diplomarbeit selbständig, ohne fremde Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Quellen, angefertigt habe. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Wien, am

Alexandra Mittelberger

Abstract (deutsch)

Read und Kollegen berichteten in ihrem Reviewartikel über sehr hohe Prävalenzraten von sexuellem und körperlichem Missbrauch in der Kindheit bei psychotischen PatientInnen. Aufgrund ihrer Ergebnisse schlossen sie auf einen kausalen Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und späteren Psychose, insbesondere einer Schizophrenie. Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die Auswirkungen früher, traumatisierender Ereignisse auf die Entwicklung einer Schizophrenie im Erwachsenenalter näher zu untersuchen. Um dies zu erforschen, wurden vier ExpertInneninterviews durchgeführt. Mithilfe der gewonnenen Daten wurde ein quantitativer Fragebogen generiert, der 54 klinisch praktizierenden Fachkräften vorgegeben wurde. Bei der Auswertung des Fragebogens zeigte sich, dass die überwiegende Mehrheit von einem kausalen Zusammenhang zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie überzeugt waren. Während die ExpertInnen der Meinung waren, dass ein stärkerer Zusammenhang zwischen Trauma und den positiven Symptomen als zwischen Trauma und den negativen Symptomen der Schizophrenie besteht, konnte diese Aussage keine Bestätigung der Fachkräfte erlangen. Hingegen stimmten diese überwiegend der Aussage zu, dass frühe Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen die Inhalte von Halluzinationen beeinflussen können. Frühe aversive Kindheitserlebnisse können zudem zu einer schwerwiegenderen Verlaufsdynamik und komplexeren klinischen Krankheitsbildern bei Schizophrenen führen. Durch diese Forschungsarbeit wird ein vertiefender Einblick in das Feld der klinischen Praxis ermöglicht und darüber hinaus die Bedeutung einer erforderlichen Veränderung bestehender Interventionsmaßnahmen erkennbar.

Abstract (english)

Read and his colleagues reported a high prevalence of sexual and physical abuse in childhood among psychotic patients. Based on their results they postulated a causal relationship between traumatic childhood experiences and psychosis, especially schizophrenia. The aim of this study was to specify the effects of early traumatic experiences in childhood on the development of schizophrenia disorder in adulthood. Therefore four expert interviews were conducted. With the information gained a quantitative questionnaire was generated. Overall 54 health professionals participated in the quantitative investigation. The results of the evaluation showed that the majority is convinced of a causal relationship between abuse and neglect in childhood and later schizophrenic disorder. While the experts propose a stronger relationship between trauma and the positive symptoms than negative symptoms of schizophrenia, this statement couldn't convince the professionals. Nevertheless, they were predominantly convinced that there is a relationship between early adverse experiences and the content of hallucinations. Moreover, early traumatic experiences can lead to a severe course and more complex symptoms in schizophrenic patients. This investigation enables an advanced insight into the field of clinical practice. Moreover, it clarifies the importance of a needed modification in clinical interventions.

Inhaltsverzeichnis

I. Theoretischer Teil.....	5
1. Einleitung	5
2. Trauma	6
2.1 Definition von Trauma.....	6
2.2 Klassifikation von Trauma	6
2.3 Kindesmisshandlung.....	7
2.4 Traumafolgestörungen	8
3. Schizophrenie	9
3.1 Psychose im Allgemeinen.....	9
3.2 Definition von Schizophrenie	9
3.3 Symptome der Schizophrenie.....	9
3.4 Kategorisierung der Symptome.....	11
3.5 Ätiologie der Schizophrenie.....	11
4. Zusammenhang zwischen Kindheitstrauma und psychotischen Störungen	13
4.1 Trauma und Psychose	14
4.2 Trauma und Schizophrenie.....	20
4.3 Trauma und einzelnen Symptomen der Schizophrenie	25
4.4 Inhalte von Halluzinationen	30
4.5 Dosis-Wirkungsbeziehung.....	31
4.6 Beeinflussung des Krankheitsbildes durch Missbrauchserfahrungen	32
4.7 Reliabilität von Selbstberichten	33
5. Traumagenic Neurodevelopmental Modell	34
6. Zusammenfassung	35
II. Empirischer Teil	38
7. Zielsetzung und Fragestellung	38
8. Methode.....	40

8.1 Untersuchungsdesign	40
8.2 Untersuchungsablauf.....	41
9. Ergebnisse	46
9.1 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse	46
9.2 Ergebnisse des quantitativen Fragebogens	51
10. Diskussion	59
11. Kritik	63
12. Forschungsausblick.....	65
13. Literaturverzeichnis	68
14. Tabellenverzeichnis	79
15. Abbildungsverzeichnis	79
16. Anhang.....	80
16.1 Leitfadeninterview	80
16.2 Transkription der Interviews.....	81
16.3 E-Mail an ExpertInnen	112
16.4 Quantitativer Fragebogen	113
16.5 Lebenslauf	116

I. Theoretischer Teil

1. Einleitung

Das Erleben von Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit kann häufig schwerwiegende Folgen für die betroffene Person haben. Diese Folgen können von Leid- und Angstgefühlen bis hin zu gravierenden psychischen Störungen, wie Angststörungen, affektive Störungen, Substanzmissbrauch oder Essstörung, reichen (Grilo & Maheb, 2002; Kendler et al., 2000; Nelsen et al., 2002; Spataro, Mullen, Burgess, Wells & Moss, 2004). Die Auswirkungen von traumatischen Kindheitserfahrungen wurden bislang hauptsächlich im Zusammenhang mit nicht-psychotischen Krankheitsbildern untersucht. Seit circa einem Jahrzehnt lassen sich dagegen vermehrt Studien finden, die den Zusammenhang mit psychotischen Störungen, einschließlich der Schizophrenie, untersucht haben (Read, van Os, Morrison & Ross, 2005). Viele dieser Studien deuten auf einen Zusammenhang zwischen Trauma in der Kindheit und einer Psychose bzw. Schizophrenie im Erwachsenenalter hin. Bei psychotischen PatientInnen konnten sehr hohe Prävalenzraten von sexuellem und körperlichem Missbrauch in der Kindheit festgestellt werden (Bebbington et al., 2004; Read, 1997; Read & Argyle, 1999). Erstmals 2005 wurde in einem viel beachteten Review (vgl. Read et al., 2005) postuliert, dass es sich dabei um einen kausalen Zusammenhang handle. Diese Aussage zur Kausalität von Read et al. unterliegt jedoch bislang starker Kritik (Morgan & Fisher, 2007). In einer Vielzahl an Studien konnte allerdings unterstützend eine Dosis-Wirkungsbeziehung festgestellt werden, welche besagt, dass die Anzahl und der Schweregrad traumatischer Erfahrungen den Schweregrad der Symptomatik bei schizophrenen Personen beeinflussen können (Bebbington et al., 2004; Fisher et al., 2010; Janssen et al., 2004, Kilcommons & Morrison, 2005; Read, Agar, Argyle & Aderhold, 2003). Die klinische Relevanz eines Zusammenhangs zwischen frühen Traumaerfahrungen und späterer Psychose wurde durch den Nachweis zusätzlicher aversiver Einflüsse auf das Krankheitsbild psychotischer Störungen unterstrichen (Schenkel, Spaulding, DiLillo & Silverstein, 2005; Read et al., 2005).

Durch diese Forschungsarbeit soll der kontrovers diskutierte, kausale Zusammenhang zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und einer Schizophrenie im Erwachsenenalter genauer erforscht werden. Sollte sich ein kausaler Zusammenhang bewahrheiten, hat dies beträchtliche Auswirkungen auf die klinische Praxis. Daher wird im Weiteren der Versuch unternommen, einen Vergleich zwischen aktueller Theorie und Praxis herzustellen.

2. Trauma

2.1 Definition von Trauma. Fischer und Riedesser (2009) gehen bei einem psychischen Trauma von einer seelischen Verletzung aus, in der das seelische System bei punktueller oder dauerhafter Belastung in seinen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert und schließlich traumatisiert wird. Sie beschreiben dies als ein Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten. Ein solches Erlebnis kann Gefühle von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe bewirken, und dadurch zu einer dauerhaften Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis führen.

Laut der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (World Health Organisation [WHO], 2011) stellt ein Trauma ein kurz- oder langanhaltendes Ereignis dar, das von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentartigem Ausmaß ist. In der 4. Fassung des amerikanischen DSM-Systems (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wird ein Trauma explizit als ein Ereignis definiert, bei welchem man direkt oder indirekt mit dem Tod, der Androhung des Todes oder einer Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit konfrontiert wird (American Psychiatric Association [APA], 2000). Die Reaktion auf ein solches Ereignis ruft bei den betroffenen Personen Gefühle intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzten hervor. In der aktuellen 5. Auflage des DSM-Systems (APA, 2013) stellt die emotionale Reaktion kein Kriterium mehr für die Definition eines Traumas dar. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen sehr differenziert auf ein traumatisches Erlebnis reagieren und daher nicht zwingend Gefühle von Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen empfinden müssen.

2.2 Klassifikation von Trauma. Eine häufig verwendete Klassifizierung differenziert zwischen vom Menschen verursachten und durch Naturkatastrophen ausgelösten Traumata. Eine weitere Einteilung, die sich bewährt hat, bezieht sich auf die Dauer des Traumas und unterscheidet zwischen kurz- und langfristigen Traumata (Maercker, 2013).

2.2.1 Menschlich verursachte und katastrophengebundene Traumata. Unter die menschlich verursachten Traumata fallen beispielsweise sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch, Folter und politische Inhaftierung oder Kriegserlebnisse. Zu den Katastrophen- und Unfalltraumata zählen z.B. Naturkatastrophen, technische Katastrophen, Arbeitsunfälle oder Verkehrsunfälle (Friedmann, Hoffmann, Lueger-Schuster, Steinbauer & Vyssoki, 2004)

2.2.2 Typ-I-Traumata, Typ-II-Traumata und medizinisch bedingte Traumata. Die Einteilung kann auch nach Art und Anzahl der Traumata erfolgen. Während Typ-I-Traumata durch ihre Plötzlichkeit und akute Lebensgefahr gekennzeichnet sind, stellen die Typ-II-Traumata wiederholte Einzelereignisse dar, die durch eine geringe Voraussagekraft des weiteren Verlaufs charakterisiert sind. Eine neuere Gruppe stellen die medizinisch bedingten Traumata dar. Zu diesen zählen beispielsweise medizinische Eingriffe oder akute und chronische, lebensgefährliche Erkrankungen (Maercker, 2013).

2.3 Kindesmisshandlung. Speziell in der Kindheit und Adoleszenz finden ständig entwicklungsbedingte Veränderungen statt (Friedmann et al., 2004). Aus diesem Grund sollten Missbrauch und Vernachlässigung in dieser Phase besondere Beachtung geschenkt werden. Kindesmisshandlung wird von Blum-Maurice und Kollegen (2000, S.2) als eine „nicht zufällige, gewaltsame psychische und/oder physische Beeinträchtigung oder Vernachlässigung des Kindes durch Eltern/Erziehungsberechtigte oder Dritte, die das Kind schädigt, verletzt, in seiner Entwicklung hemmt oder zu Tode bringt“ definiert. Diese gehen in häufigen Fällen von Betreuungspersonen, wie Eltern oder Erziehungsberechtigten, Verwandten und seltener Unbekannten aus (Friedmann et al., 2004).

Es können verschiedene Formen von Kindesmisshandlung unterschieden werden, die im Folgenden näher beschrieben werden.

2.3.1 Körperliche Misshandlung. Diese umfasst alle Handlungen an Kindern, die durch körperliche Gewalt oder Zwang zu erheblichen psychischen oder physischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen können (Maercker, 2013).

2.3.2 Emotionale Misshandlung. Aufgrund von Ablehnung, Verängstigung, Terrorisierung oder Isolierung kann es ebenfalls zu Beeinträchtigungen in der Entwicklung von Kindern kommen (Maercker, 2013).

2.3.3 Sexueller Missbrauch. Sexueller Missbrauch umfasst alle sexuellen Handlungen, die an oder vor einem Kind entgegen seinem Willen vorgenommen werden. Genauso aber auch sexuelle Handlungen, denen ein Kind aufgrund seiner körperlichen, emotionalen, geistigen oder sprachlichen Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann bzw. auf Grund dieser nicht in der Lage ist, sich zu wehren oder zu weigern (Deegener & Körner, 2005).

2.3.4 Vernachlässigung. Unter Vernachlässigung wird eine Unterlassung fürsorglichen Handelns durch die sorgeberechtigte und -verpflichtete Person verstanden. Diese

Unterlassung kann aktiv, aber auch passiv, aufgrund unzureichender Einsicht, erfolgen (Schone, Gintzel, Jordan, Kalscheuer & Münde, 1997). Neben der körperlichen Vernachlässigung existiert auch die emotionale. Darunter wird ein nicht hinreichendes oder sich ständig wechselndes Beziehungsangebot verstanden (Deegener und Körner 2005).

Kinder sind selten Opfer einzelner Missbrauchs- oder Vernachlässigungsereignisse. Sie machen häufig nicht nur eine Missbrauchs- oder Vernachlässigerfahrung, sondern meist mehrere (Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003). Neben der Art und Häufigkeit des Auftretens von Missbrauchs- und Vernachlässigungsvorfällen, spielt auch der Schweregrad, die zeitliche Dauer und das Alter des Kindes eine bedeutende Rolle für die Entwicklung psychischer Folgestörungen (Deegener & Körner, 2005).

2.4 Traumafolgestörungen. Das Erleben von Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit hat oft schwerwiegende Folgen für die betroffene Person. Vor allem menschlich verursachte Traumata und langanhaltende Typ-II-Traumata führen oftmals zu schwerwiegenderen und chronischeren Beeinträchtigungen bzw. psychischen Folgen als die anderen Traumtypen (Maercker, 2013).

Neben zahlreichen Belegen für die Manifestation einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach erlebtem Missbrauch oder Vernachlässigung (Boney-McCoy & Finkelhor, 1996; Deegener et al., 2005; Zlotnick, Johnson, Kohn, Vicente, Rioseco & Saldivia, 2008), können sich auch weitere langwierige psychische Störungen entwickeln. Diese Langzeitfolgen von Kindesmisshandlung umfassen Depressionen (Boney-McCoy & Finkelhor, 1996; Deegener et al., 2005; Nelson et al., 2002; Weber et al., 2008), Angststörungen (Deegener et al., 2005; Zlotnick et al., 2008), Persönlichkeitsstörungen (Deegener et al., 2005; Grilo & Masheb, 2002; Spataro et al., 2004; Weber et al., 2008), insbesondere Borderline-Störungen (Liotti & Pasquini, 2000), Dissoziative Störungen (Deegener, et al., 2005; Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, Hart & Vanderlinden, 1998), Somatische Störungen (Deegener et al., 2005), Suizidalität (Deegener et al., 2005; Nelson et al., 2002), sowie substanzgebundenes Suchtverhalten (Kendler, Bulik, Silberg, Hetema, Myers & Prescott, 2000).

Bisher lag der Fokus vieler Studien vor allem auf der Entwicklung nicht-psychotischer Traumafolgestörungen. In den letzten Jahrzehnten rückten jedoch auch psychotische Störungen, insbesondere Schizophrenien, als Folge früher Traumatisierung immer mehr ins Feld der Forschung (Read et al., 2005).

3. Schizophrenie

3.1 Psychose im Allgemeinen. Psychosen können bei vielen unterschiedlichen psychischen Störungen auftreten, stellen aber kein eigenes Krankheitsbild laut den gängigen Diagnosehandbüchern (vgl. APA, 2013; WHO, 2011) dar. Stattdessen stellt eine Psychose ein Syndrom dar. Unter einem Syndrom versteht man das gleichzeitige Vorliegen charakteristischer Symptome (Hoffmann-La Roche, 2006). Die Psychose stellt ein Set unterschiedlicher Symptome dar, welches Beeinträchtigungen in der mentalen Kapazität, Affektregulation, Realitätsprüfung, Kommunikation und sozialen Interaktionen umfasst (Stahl, 2008). Charakteristische psychotische Störungen sind z.B. Schizophrenien, schizophreniforme oder schizoaffektive Störungen. Andere psychische Störungen, bei denen psychotische Symptome vorhanden sind, diese aber im Hintergrund stehen, stellen z.B. manische oder depressive Störungen dar (Stahl, 2008).

3.2 Definition von Schizophrenie. Schizophrene Störungen sind generell durch grundlegende Denk- und Wahrnehmungsstörungen, sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Das Bewusstsein und die intellektuellen Fähigkeiten sind für gewöhnlich nicht beeinträchtigt. Es ist jedoch möglich, dass sich bei einer länger andauernden Schizophrenie kognitive Defizite entwickeln (WHO, 2011). Ein weiterer Aspekt der Schizophrenie stellt der Verlust der Realitätsprüfung dar. Die Fähigkeit zwischen inneren Erfahrungen und äußeren Eindrücken zu differenzieren geht verloren (Alan, 2001).

Üblicherweise manifestiert sich die Schizophrenie in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter (Alan, 2001). Sie ist meist durch einen frühen Krankheitsbeginn, sowie einer hohen Tendenz zu Rückfällen und durch ein großes Chronifizierungsrisiko geprägt (Maß, 2010). Die Schizophrenie wird als die kostenintensivste psychiatrische Krankheit betrachtet. Insgesamt nimmt sie 1,5-3% der Kosten des Gesundheitswesens eines Landes in Anspruch (Knapp & Razzouk, 2008). Das Krankheitsbild der Schizophrenie kann in allen Ländern und Kulturen der Welt gefunden werden und betrifft ca. 0,5-1% der Bevölkerung (Sartory, 2007; Stahl, 2008).

3.3 Symptome der Schizophrenie. Die Schizophrenie wird im DSM 5 (APA, 2013) in fünf Symptombereiche gegliedert, die im Folgenden näher beschrieben werden.

3.3.1 Wahnvorstellungen. Unter einer Wahnvorstellung wird eine Fehlwahrnehmung der Realität verstanden. Betroffene nehmen diese Realität als unkorrigierbar rich-

tig war. Auf Außenstehende wirken diese oft sehr bizarr. Wahnvorstellungen gehen häufig mit der Überzeugung einher, dass die Kontrolle über Verstand und Körper verloren geht. Dieser Kontrollverlust äußert sich in Gedankenentzug, Gedankeneingebung oder Gedankenausbreitung. Andere häufig auftretende Formen des Wahns sind der Verfolgungswahn, der Beziehungswahn, der Größenwahn oder der nihilistische Wahn (APA, 2013).

3.3.2 Halluzinationen. Halluzinationen sind pathologisch falsche Sinneswahrnehmungen, die ohne einen externen, realen Stimulus des Außenfeldes auftreten. Sie werden sehr lebhaft und klar wahrgenommen, sind von Betroffenen nicht von der Realität zu unterscheiden und unterliegen nicht der willentlichen Kontrolle (APA, 2013). Schätzungsweise 70% aller Schizophrenen leiden an Halluzinationen (Chaudhury, 2010). Vergleichsweise dazu berichten 38,7% der Allgemeinbevölkerung über halluzinogene Erfahrungen beim Einschlafen oder Aufwachen (Ohayon, 2000). Bei Schizophrenen werden Sinnestäuschungen nur dann als Halluzinationen bezeichnet, wenn sie bei klarem Bewusstsein wahrgenommen werden (APA, 2013). Am häufigsten treten akustische Halluzinationen mit einer Prävalenz von bis zu 83% bei SchizophreniepatientInnen auf, gefolgt von visuellen Halluzinationen mit einer Prävalenz von 57% (Thomas et al., 2007).

3.3.3 Desorganisierte Sprache. Kennzeichen desorganisierter Sprache sind das mehrfache Wechseln des Themas während eines Satzes oder ein zusammenhangsloses Antworten auf bestimmte Fragen. In seltenen Fällen kann die Sprache dermaßen eingeschränkt sein, dass das Gesprochene komplett unverständlich ist und einer rezeptiven Aphasie ähnelt. Für die Klassifizierung einer Schizophrenie müssen die Symptome der desorganisierten Sprache stark ausgeprägt und eine klare Einschränkung in der Kommunikation ersichtlich sein (APA, 2013).

3.3.4 Desorganisiertes Verhalten. Die Merkmale desorganisierten Verhaltens reichen von kindlicher Albernheit bis hin zu unberechenbaren Gemütsregungen. Es zeigen sich Probleme im zielgerichteten Verhalten, die Schwierigkeiten bei der Ausführung von normalen Alltagsaktivitäten bereiten können. Ferner ist ebenso das katatonen Verhalten dem desorganisierten Verhalten zuzuordnen. Dieses Verhalten ist durch eine reduzierte Reaktivität auf die Umwelt gekennzeichnet. Dies kann von rigiden oder bizarren Körperhaltungen bis hin zu einem kompletten Fehlen verbaler oder körperlicher Reaktionen reichen (APA, 2013).

3.3.5 Negative Symptome. Negativsymptome sind kennzeichnend für das Krankheitsbild der Schizophrenie, weniger aber für andere psychotische Störungen. Vor allem sind diese durch Antriebslosigkeit und verminderten emotionalen Ausdruck gekennzeichnet. Die Antriebslosigkeit zeigt sich in einer Verminderung des zielgerichteten Verhaltens und des verminderten emotionalen Ausdrucks. Eine Sprachverarmung, die Unfähigkeit Freude und Lust zu empfinden oder das fehlende Interesse an sozialen Interaktionen sind ebenfalls charakteristisch für die negativen Symptome bei Schizophrenen (APA, 2013).

3.4 Kategorisierung der Symptome. Eine häufige Kategorisierung der beschriebenen Symptome der Schizophrenie erfolgt in der Differenzierung zwischen Positiv- und Negativsymptomatik. Wahnvorstellungen und Halluzinationen, aber auch desorganisierte Sprache und desorganisiertes Verhalten, zählen zur Positivsymptomatik (Stahl, 2008). Die Veränderung im Antrieb und der Willenskraft, wie etwa Motivationsverlust, Reduktion der Sprache und sozialer Rückzug fallen unter die Negativsymptomatik (van Os & Kapur, 2009).

3.5 Ätiologie der Schizophrenie. Gegenwärtig wird bei der Ätiologie der Schizophrenie von einem multifaktoriellen Modell ausgegangen. Die im Folgenden beschriebenen Faktoren stehen in einer Wechselbeziehung zueinander und tragen zum Gesamtrisiko einer Schizophrenieerkrankung bei (Walker, Kestler, Bollini & Hochman, 2004).

3.5.1 Einfluss genetischer Faktoren. Adoptions- und Zwillingsstudien konnten zeigen, dass die erhöhte Vulnerabilität einer Schizophrenie genetisch veranlagt ist. Das Risiko für eine Schizophrenieerkrankung kann durch das Erben bestimmter genetischer Faktoren bis zu 80% erhöht sein (van Os & Kapur, 2009). Die Entwicklung einer Schizophrenie ist nicht auf ein einzelnes Gen zurückzuführen, sondern stellt ein komplexes Gefüge vieler interagierender Gene da, die alle einen Beitrag zur Disposition leisten (Mueser & McGurk, 2004).

3.5.2 Einfluss perinataler Faktoren. Obwohl genetische Faktoren eine wichtige Rolle in der Ätiologie der Schizophrenie spielen, können diese nicht gänzlich die genetische Disposition erklären. Es wird angenommen, dass auch frühe, negative Umwelteinflüsse während der Schwangerschaft oder der Geburt zum Gesamtrisiko beitragen können. Zu diesen prä- und perinatalen Faktoren zählen unter anderem Sauerstoffmangel, Infektionen oder Unterernährung der Mutter (van Os & Kapur, 2009), aber auch Diabetes

und Rauchen während der Schwangerschaft können negative Auswirkungen auf das Ungeborene haben (Mueser & McGurk, 2004). Vor allem Infektionskrankheiten im zweiten Trimenen der Schwangerschaft gelten als äußerst risikobehaftet, da in dieser Zeit wesentliche Entwicklungsveränderungen im Gehirn des Fötus stattfinden (Sartory, 2007).

3.5.3 Einfluss umweltbedingter Faktoren. Studien, die den Einfluss von Umweltfaktoren auf die Entwicklung von Schizophrenien untersucht haben, stellten fest, dass das Leben in städtischen Gebieten ungünstige Auswirkungen haben kann. Das Aufwachsen in städtischen Wohnorten birgt eine höhere Wahrscheinlichkeit in späteren Jahren eine Schizophrenie zu entwickeln als das Aufwachsen in ländlichen Gegenden (Mueser & McGurk, 2004). Über die Bedeutung der ethnischen Herkunft existieren widersprüchliche Erkenntnisse, jedoch konnten erhöhte Raten an Schizophrenieerkrankungen bei ethnischen Minderheiten festgestellt werden (Mueser & McGurk, 2004; van Os & Kapur, 2009). Armut, sowie die Zugehörigkeit zu einer niedrigeren sozialen Schicht stehen ebenfalls in Verbindung mit einem erhöhten Risiko (Mueser & McGurk, 2004). Ebenso können durch Cannabis induzierte Akutpsychosen erste Anzeichen für eine Schizophrenie oder ähnliche Störungen darstellen (van Os & Kapur, 2009).

3.5.4 Diathese-Stress-Modell. Die beschriebenen Einflussfaktoren sind relativ häufig in der Gesamtpopulation zu finden, aber dennoch entwickelt nur ein Bruchteil dieser Personen tatsächlich eine Schizophrenie oder psychotische Störung. Gründe dafür stellen zum einen bestimmte Resilienzfaktoren dar, die von Person zu Person unterschiedlich stark ausgeprägt sind (van Os & Kapur, 2009). Die Resilienz beschreibt die psychische Widerstandsfähigkeit einer Person Krisen zu überstehen. Andererseits gibt es Personen, die aufgrund ihrer genetischen Vulnerabilität sensibler auf bestimmte Umweltfaktoren reagieren (van Os, Kenis & Rutten, 2010). Demnach wird angenommen, dass die biologischen, psychologischen oder soziokulturellen Prädispositionen einer Person in einem Wechselspiel mit umweltbedingten Stressoren stehen (Sartory, 2008). Dies deutet darauf hin, dass die Ätiologie der Schizophrenie auf ein komplexes Bedingungsgefüge verschiedener interagierender Faktoren zurückzuführen ist und einer Gen-Umwelt-Interaktion unterliegt (Béthely, Benkovits & Bitter, 2013).

4. Zusammenhang zwischen Kindheitstrauma und psychotischen Störungen

Die Folgen von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit sind vielfältig und können bis ins Erwachsenenalter reichen. Das Erleben früher traumatischer Erfahrungen erhöht das Risiko nachfolgender psychischer Störungen. Mittlerweile gibt es zahlreiche Belege für eine Vielzahl an psychopathologischen Störungen, die durch frühe Kindheitstraumata verursacht worden sind. Dennoch wurden bislang mögliche Auswirkungen auf die Entwicklung psychotischer Störungen in der Forschung vielfach vernachlässigt, obwohl mittlerweile einige Studien anschauliche Belege für einen Zusammenhang zwischen Kindheitstrauma und psychotischen Störungen vorweisen können. Eine mögliche Erklärung für dieses eingeschränkte Forschungsinteresse könnte das lang dominierende biologische Paradigma psychotischer Störungen sein (Chua & Murray, 1996; van Os & Kapur, 2009).

In den letzten zehn Jahren gab es jedoch einen bemerkenswerten Wandel des Forschungsinteresses bezüglich des Zusammenhangs zwischen Trauma in der Kindheit und der Entwicklung von psychotischen Störungen. Ausschlaggebend dafür war unter anderem ein Reviewartikel von Read und Kollegen (2005) über 51 empirische Studien, die diesen Zusammenhang untersucht hatten. Sie fanden in ihrer Untersuchung sehr hohe Raten an sexuellen und körperlichen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit bei psychotischen, einschließlich schizophrener, PatientInnen. Die Prävalenzraten für sexuellen Missbrauch lagen bei Frauen bei 46% und bei Männern bei 28%, die Prävalenzraten für körperlichen Missbrauch bei Frauen ebenfalls bei 48% und bei Männern sogar bei 50%. Ihre Ergebnisse veranlassten die Autoren zu folgender Schlussfolgerung: „Child abuse is a causal factor for psychosis and schizophrenia“ (Read et al., 2005, S. 330). Mit dieser Aussage waren sie bislang die Ersten, die einen kausalen Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und psychotischen Störungen postulierten. Dieses Review von Read et al. (2005) wurde in der Vergangenheit vielfach zitiert, aber auch stark kritisiert. Morgan und Fisher (2007) analysierten dieses Review kritisch und untersuchten dieselben 51 Studien. Sie stellten fest, dass 8 von diesen 51 Studien Kinder- und Erwachsenenpopulationen untersuchten und 14 Studien stationäre oder entlassene PatientInnen untersuchten, von denen nur sehr wenige, wenn überhaupt, eine psychotische Störung aufwiesen. Bei 9 Studien war allerdings wiederum die Hälfte der Probanden von einer Psychose betroffen. Dies bedeutet, dass 31 dieser 51 Studien durch sehr heterogene Stichproben geprägt sind und die Anzahl der psychotisch erkrankten Personen oft unklar ist.

Im Gegensatz dazu weisen in den übriggebliebenen 20 Studien alle Probanden eine Psychosediagnose auf. Aus diesem Grund führten Morgan und Fisher (2007) eine Neuberechnung der Häufigkeiten für diese 20 Studien durch und fanden, im Vergleich zu Read et al. (2005), reduzierte Raten von körperlichem Missbrauch bei Frauen (35%) sowie bei Männern (38%) und von sexuellem Missbrauch bei Frauen (42%). Für eindeutige Ergebnisse benötigt es laut Morgan und Fisher (2007) beim Vergleich mehrerer Studien homogenere Stichproben und Messinstrumente als die von Read et al. (2005) verwendeten. Die im Review von Read et al. (2005) analysierten Studien waren durch kleine, stark selektierte und heterogene Stichproben charakterisiert und wiesen erhebliche Unterschiede in der Definition und den Erhebungsmethoden traumatischer Erfahrungen auf.

4.1 Trauma und Psychose. Mittlerweile liegt eine Vielzahl an jüngeren, publizierten Studien vor, die den Zusammenhang zwischen Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit und psychotischen Störungen im Erwachsenenalter untersucht haben. Diese zeichnen sich inzwischen durch methodisch gut abgesicherte Standards aus und stützen sich auf insgesamt größere Stichproben. Untersuchungen an klinischen Probanden weisen wiederum geeignete Kontrollgruppen auf (Kapfhammer, 2012a).

4.1.1 Bevölkerungsbasierende Studien. Eine der ersten großangelegten Studien, die den Zusammenhang zwischen Trauma und psychotischen Störungen untersuchte, war die von Bebbington et al. (2004). Die Autoren führten in Großbritannien eine retrospektive Analyse früher Viktimisierungserfahrungen an 8.580 Personen der allgemeinen Bevölkerung durch. Zu diesen Viktimisierungserfahrungen zählten unter anderem sexueller Missbrauch und Gewalt in der Familie. Es konnte, bis auf eine Ausnahme, zwischen allen Viktimisierungsarten und einer späteren Psychose ein signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Insgesamt berichteten 34,5% der psychotischen Personen über einen sexuellen Missbrauch und 38,1% der psychotischen Personen über Gewalt innerhalb der Familie in ihrer Kindheit. Zusätzlich wurden in dieser Studie Odds Ratios (OR) berechnet, die einen Indikator für die Stärke eines Zusammenhangs darstellen. Ein OR ist ein Assoziationsmaß, bei dem zwei Quoten miteinander verglichen werden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe berichteten psychotische Personen 15,5-mal so häufig von sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Diese ORs wurden durch die Kontrolle von Störfaktoren wie Geschlecht, Alter, Ethnizität oder Depression deutlich reduziert, blieben aber weiterhin signifikant. Andere mögliche Einflussfaktoren wie z.B. die soziale Schicht oder der Bildungsgrad der betroffenen Personen, wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt. Trotz dieser

beeindruckenden Ergebnisse wird kritisiert, dass die Komponente des sexuellen Missbrauchs sehr ungenau anhand einer einzigen Frage erhoben wurden (Morgan & Fisher, 2007). Die Traumavariablen waren in dieser Studie allgemein sehr ungenau definiert. Ferner wurden unterschiedliche Items zu einer Variable, wie z.B. *victim of serious injury, illness or assault*, zusammengefasst. Der Zeitpunkt, die Dauer und der Schweregrad der Traumataerfahrung wurden gar nicht erhoben (Shevlin, Dorahy & Adamson, 2007). Aufgrund der fehlenden Erhebung des Zeitpunktes der traumatischen Ereignisse können die Erfahrungen, bis auf wenige Ausnahmen, nicht eindeutig der Kindheit zugeordnet werden.

Im selben Jahr noch führte das Forscherteam um Janssen (2004) in den Niederlanden ebenfalls eine sehr umfangreiche, bevölkerungsbasierte Studie an 4.045 Erwachsenen durch. Dieses Forscherteam erhob prospektiv neben sexuellem und körperlichem Missbrauch auch den emotionalen Missbrauch in der Kindheit. Es wurde eine Vielzahl an moderierenden Variablen kontrolliert, unter anderem die psychiatrische Familiengeschichte der Personen. Sie fanden signifikante Unterschiede zwischen Personen mit Missbrauchshintergrund und Personen ohne Missbrauchshintergrund. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte sich bei betroffenen Personen eine 3 bis 14-mal höhere Wahrscheinlichkeit einer Psychoseerkrankung im Erwachsenenalter. Spezifische Auswirkungen von einzelnen Missbrauchsformen auf psychotische Symptome konnten aufgrund der zu geringen Anzahl an berichtetem Missbrauch nicht gefunden werden. Auch die in dieser Studie gefunden Ergebnisse sollten aufgrund der geringen Anzahl an Psychose erkrankten Personen (n=38) kritisch betrachtet werden (Morgan & Fisher, 2007).

In der *National Comorbidity Survey* (Shevlin et al., 2007) wurden in Großbritannien über 8.000 Personen zu sexuellem Missbrauch, körperlichem Missbrauch, Vernachlässigung, körperlichem Angriff und allgemeiner Belästigung in der Kindheit befragt. Das Forscherteam dieser Untersuchung konnte einen signifikanten Zusammenhang zwischen allen fünf Traumataerfahrungen und nicht-affektiven psychotischen Erkrankungen herstellen, und fand Effektstärken in der Höhe von 1,50 bis 2,68. Jedoch waren nach dem Konstanthalten der Störvariable *Depression* nur mehr der körperliche Missbrauch (OR=3,45) und Trauma allgemein (OR=1,80) signifikant. Auch Bebbington et al. (2004) hatten sich in ihrer Untersuchung überlegt, ob Depressionen potentielle Mediatorfaktoren in der Beziehung zwischen frühkindlichen Traumata und psychotischen Störungen darstellen können. Aus diesem Grund hatten sie dies in ihrem Modell berücksichtigt und die Variable

Depression bei einer erneuten Analyse konstant gehalten. Die Konstanthaltung von Depressionen führte zwar zu einer Reduzierung der berichteten ORs für unterschiedliche Ereignisse, jedoch blieben diese statistisch signifikant. Bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit sank das korrigierte OR von 15,47 auf 7,4 und bei Gewalt in der Familie von 8,97 auf 4,7. Depressive Stimmung stellt eine häufige Komorbidität von psychotischen Störungen dar und stellt eventuell bei deren Entstehung einen wichtigen Faktor dar (Bebbington et al., 2004).

Ebenfalls sehr aussagekräftige Ergebnisse wurden in den beiden aktuellen *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies* (NEMESIS) 1 und 2 berichtet (van Nierop et al., 2014). Geschulte Interviewer untersuchten ebenfalls den Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und psychotischen Symptomen bei insgesamt 13.772 Personen. Diese Studie konnte den postulierten positiven Zusammenhang zwischen frühen Missbrauchs- und Vernachlässigungsfällen und psychotischen Symptomen bestätigen. Insgesamt berichteten 32,2% der Personen mit psychotischen Symptomen über aversive Erfahrungen, wie Vergewaltigung, körperlichen Missbrauch, sexuelle Belästigung oder Vernachlässigung in ihrer Kindheit.

4.1.2 Studien mit klinischen Stichproben. Fisher und KollegInnen veröffentlichten 2010 einschlägige Daten aus der ausführlichen *Aetiology and Ethnicity in Schizophrenia and Other Psychoses* (AESOP) Studie. Sie verglichen 182 psychotische ErstaufnahmepatientInnen mit einer Kontrollgruppe von 246 Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Traumatische Erfahrungen vor dem 16. Lebensjahr wurden in der Versuchs- und Kontrollgruppe mit dem gut validierten *Childhood Experience of Care Abuse Questionnaire* (CECA.Q) erfasst. Die Autoren stellten einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen fest. Die Patientengruppe berichtete doppelt so häufig über körperlichem Missbrauch in frühen Entwicklungsjahren als die Kontrollgruppe. Mit erfasste Variablen, wie Ethnizität oder Alter, führten zwar zu einer Reduzierung der ORs, diese blieben aber statistisch signifikant. Der Zusammenhang zwischen körperlichem Missbrauch und psychotischen Störungen war besonders hoch und robust, wenn der Missbrauch vor dem 12. Lebensjahr stattgefunden hat und von der Mutter ausgeübt worden war.

In der oben beschriebenen Studie von Fisher et al. (2010) zeigten sich leicht niedrigere Prävalenzraten für körperlichen Missbrauch (14,0-15,2% vs. 21,6%) und leicht höhere Prävalenzraten für sexuellen Missbrauch (18,2% vs. 15,0%) als im Vergleich zu einer

früheren Untersuchung an psychotischen ErstaufnahmepatientInnen (Neria, Bromet, Sievers, Lavelle & Fochtmann, 2002). Die Diskrepanz zwischen diesen beiden Studienergebnissen könnte auf die breitere Definition von körperlichem Missbrauch in der Studie von Neria et al. (2002) zurückzuführen sein. Das Forscherteam um Neria (2002) stellte insgesamt eine hohe Traumaprävalenz, mit 32,2% vor dem 16. Lebensjahr und 68,5% über die gesamte Lebensspanne, fest. Eine noch beträchtlichere Lebenszeitprävalenz wurde in der Untersuchung von Kilcommons und Morrison (2005) berichtet, die 32 psychotische PatientInnen einer Psychiatrie im Nordwesten Englands untersucht hatten. In ihrer Studie berichteten 94% der Betroffenen über mindestens eine traumatische Erfahrung in ihrem Leben. Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Generalisierbarkeit dieses Ergebnis stark in Frage zu stellen. Außerdem bestand, wie auch in der Studie von Neria et al. (2002), die Stichprobe größtenteils aus männlichen Probanden.

4.1.3 Metaanalysen. In einer aktuellen Metaanalyse von 2013 (Bonoldi et al., 2013) wurden 23 retrospektive Studien untersucht, mit einer Stichprobe von insgesamt 2.917 an Psychose leidenden PatientInnen. Die Prävalenzraten von selbstberichtetem sexuellen Missbrauch, körperlichen Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung vor dem 18. Lebensjahr bei psychotischen Personen lagen bei jeweils 26%, 39% und 34%. Diese beachtenswerten Prävalenzraten erreichen jedoch nicht die Höhe wie sie Read et al. (2005) in ihrem Review berichtet haben. Read und Kollegen haben in ihrer Analyse zwar insgesamt 51 Studien aufgenommen, diese wurden aber in den Jahren zwischen 1984 und 2005 durchgeführt. In der Metaanalyse von Bonoldi et al. (2013) wurden im Gegensatz dazu 13 von den 23 untersuchten Studien nach dem Jahr 2005 publiziert. Außerdem wurden in ihrer Metaanalyse strengere Ausschlusskriterien gesetzt als bei Read et al. (2005). Studien, bei denen die Diagnose der Psychose nicht anhand der DSM- oder ICD-Kriterien stattgefunden hat, wurden exkludiert. Zusätzlich musste in den Studien die Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrung mit psychometrischen Messinstrumenten erhoben worden sein (Bonoldi et al., 2013). In dieser Metaanalyse konnten zudem Alter, Geschlecht und Substanzmissbrauch als Moderatorvariablen für den Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und psychotischen Störungen identifiziert werden.

Eine weitaus größere Metaanalyse (Varese et al., 2012) umfasste neben retrospektiven, auch prospektive Studien ab dem Jahr 1980. Analysiert wurden 18 Kontrollstudien, 10 prospektive Studien und 8 populationsbezogene Querschnittsuntersuchungen mit ei-

ner Gesamtstichprobe von 81.253 Personen. Ihre Untersuchung ergab, dass aversive Kindheitserfahrungen das Risiko eine spätere Psychose zu entwickeln um das 2,8-fache erhöhen können. Bei der Analyse der einzelnen traumatischen Erfahrungen zeigte sich der emotionale Missbrauch als stärkster Einflussfaktor (OR=3,40), gefolgt vom körperlichen Missbrauch (OR=2,95), Vernachlässigung (OR=2,90) und sexuellen Missbrauch (OR=2,38). Diese signifikanten Zusammenhänge konnten sowohl in klinischen Populationsstichproben, als auch in groß angelegten bevölkerungsbezogenen Stichproben gefunden werden. Aufgrund des Querschnittsdesigns der Analyse können keine Rückschlüsse auf die Kausalität getroffen werden. Jedoch kann aufgrund der Ergebnisse der prospektiven Studien auf eine temporale Kausalität geschlossen werden.

4.1.4 Zusammenfassung. Mittlerweile betont eine sehr umfangreiche Literatur, dass sich in der Anamnese von vielen psychotischen PatientInnen Hinweise für eine schwerwiegende Traumatisierung in frühen Entwicklungsjahren finden lassen. Der Großteil der Studien konnte inzwischen nicht nur in klinischen Populationen, sondern auch in großen, repräsentativen Stichproben an der Allgemeinbevölkerung einen Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch und psychotischen Störungen bestätigen (Bonoldi et al., 2013; Kapfhammer, 2012a; Varese et al., 2012). Dennoch sind nicht alle Ergebnisse dieser Studien konsistent und variieren stark in ihren gefunden Prävalenzraten früher Missbrauchserfahrungen. Dennoch bleibt außer Frage, dass der emotionale Missbrauch im Zusammenhang mit psychotischen Störungen zunehmend an Bedeutung gewinnt und in vergangenen Studien häufig vernachlässigt wurde. In einer aktuellen Metaanalyse, die insgesamt 36 Studien umfasst, konnte das Ausmaß von emotionalem Missbrauch auf die Entwicklung einer Psychose eindrucksvoll nachgewiesen werden (vgl. Bonoldi et al., 2013). Neben dem emotionalen Missbrauch kommt auch der emotionalen Vernachlässigung in der Kindheit eine wichtige Bedeutung zu (Üçok & Bıkmaz, 2007; Larsson et al., 2013). Eine Anzahl an konzeptuellen und methodischen Aspekten bleibt bestehen und bedarf weiterer Forschungsarbeit (Morgan & Fisher, 2010).

Um eine Übersicht zu erlangen, wurden die erwähnten Studien und ihre Hauptergebnisse nochmals in Tabelle 1 zusammengefasst. Zudem wurden die Stichprobengröße und die Art der Untersuchung veranschaulicht.

Tabelle 1:

Zusammenhang zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und psychotischen Störungen

Studie	N	Untersuchungsdesign	Ergebnis
Bevölkerungstichproben			
<i>Bebbington et al. (2004)</i>	8.580 Personen	Retrospektive Untersuchung	Sexueller Missbrauch: 34,5% Körperlicher Missbrauch: 38,1%
<i>Janssen et al. (2004)</i>	4.045 Personen	Prospektive Untersuchung	Entwicklung einer psychotischen Störung: OR=3-14
<i>Shevlin et al. (2007)</i>	>8.000 Personen	Retrospektive Untersuchung	Körperlicher Missbrauch: OR=3,45 Trauma allgemein: OR=1,80 Sexueller Missbrauch und Vernachlässigung: nicht signifikant
<i>van Nierop et al. (2014)</i>	13.722 Personen	Retrospektive Untersuchung	Mind. eine Missbrauchserfahrung: 32,2%
Klinische Stichproben			
<i>Fisher et al. (2010)</i>	428 Personen	Retrospektive Untersuchung	Körperlicher Missbrauch (von Mutter verursacht): OR=2,35 Sexueller Missbrauch und Vernachlässigung: nicht signifikant
<i>Neria et al. (2002)</i>	426 Personen	Retrospektive Untersuchung	Sexueller Missbrauch: 15% Körperlicher Missbrauch: 21,6% Trauma allgemein: 32,2%
Metaanalysen			
<i>Bonoldi et al. (2013)</i>	2.917 Personen	Retrospektive Studien	Sexueller Missbrauch: 26% Körperlicher Missbrauch: 39% Emotionaler Missbrauch: 34%
<i>Varese et al. (2012)</i>	81.253 Personen	Kontroll-, Querschnitts-, Prospektive Studien	Sexueller Missbrauch: OR=2,38 Körperlicher Missbrauch: OR=2,95% Emotionaler Missbrauch: OR=3,40 Vernachlässigung: OR=2,90

Es konnte bisher in vielen Studien eindrucksvoll nachgewiesen werden, dass aversive Kindheitserlebnisse eine wichtige Determinante bei psychotischen Störungen darstellen. Dennoch kann die aktuelle Debatte, ob traumatische Erfahrungen in der Kindheit einen kausalen Faktor für spätere Psychosen darstellen, nicht gänzlich geklärt werden. Anhand einzelner prospektiven Studien konnte bislang allerdings eine temporale Kausalität bestimmt werden (Varese et al., 2012). Der Stellenwert von Traumata sollte dennoch nur innerhalb eines biopsychosozialen Krankheitsmodells betrachtet werden (Bonoldi et al., 2013).

4.2 Trauma und Schizophrenie.

4.2.1 Bevölkerungsbasierende Studien. Spataro und Kollegen führten 2004 eine der ersten größeren, prospektiven Kohortenstudien durch, welche die Auswirkungen früher sexueller Missbrauchserfahrungen auf die psychische Gesundheit untersucht, durch. Diese Auswirkungen untersuchten sie an einer Stichprobe von 1.612 australischen Kindern vor ihrem 16. Lebensjahr. Sie fanden signifikante Zusammenhänge zwischen Kindesmissbrauch und einer Vielzahl psychischer Krankheitsbilder, wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Angststörungen. Der Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch und Schizophrenien erwies sich in ihrer Studie jedoch als nicht signifikant. Einen großen Nachteil stellt das Alter der Probanden in ihrer Studie dar. Das Durchschnittsalter der Versuchsgruppe lag bei 20 Jahren, das durchschnittliche Ersterkrankungsalter in Bezug auf eine Schizophrenie liegt bei Männern und Frauen jedoch zwischen 20 und 24 Jahren (Huppert & Kienzle, 2010). Erschwerend kommt hinzu, dass das Durchschnittsalter der Kontrollgruppe höher war als das der Versuchsgruppe. Morgan und Fisher (2007) weisen in ihrem Review zusätzlich darauf hin, dass eine große Anzahl an sexuellem Missbrauch in der Kindheit unerkant bleibt und somit auch ein bestimmter Prozentsatz an sexuellem Missbrauch in der Kontrollgruppe nicht ausgeschlossen werden kann. Im Jahr 2010 wurde die Studie mit einer ähnlichen Kohorte wiederholt (Cutajar et al., 2010). Diese Studie umfasste eine größere Anzahl an Schizophrenieerkrankten innerhalb der Missbrauchsgruppe. In ihrer Studie hingegen konnte eine statistisch signifikante Assoziation zwischen sexuellem Missbrauch und psychotischen Störungen nachgewiesen werden. Die Probanden der Versuchsgruppe wiesen ein 2-fach höheres Risiko auf an einer Schizophrenie zu erkranken als die Probanden der Kontrollgruppe.

4.2.2 Studien mit klinischen Stichproben. Rosenberg et al. (2007) konnten den Zusammenhang zwischen nachteiligen Kindheitserfahrungen und einer späteren Schizophrenie anhand einer klinischen Stichprobe bestätigen. Während 14% der 569 schizophrenen Personen keine aversiven Kindheitserfahrungen gemacht hatten, berichteten 18% über eine und 46% über mindestens zwei. Die Rate von sexuellem Missbrauch in der Kindheit lag bei 34% und die Rate von körperlichem Missbrauch bei 56%. Emotionaler Missbrauch wurde in dieser Studie nicht miterhoben.

Ebenfalls 2007 wurde der Zusammenhang in einer Studie an 57 psychotischen ErstaufnahmepatientInnen untersucht (vgl. Üçok & Bıkmaz, 2007). Sie konnten in ihrer Studie die hohen Prävalenzraten, wie sie Read et al. (2005) gefunden hatten, bestätigen: 52% der Teilnehmer berichteten über mindestens eine Missbrauchserfahrung und 43% über mindestens eine Vernachlässigungserfahrung in ihrer Kindheit. Ähnlich hohe Prävalenzraten konnten auch in der Studie um das Forscherteam von Schenkel (2005) gefunden werden: 45% der schizophrenen PatientInnen berichteten über Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen in ihrer Kindheit. Kritik an beiden Studien stellt der fehlende Vergleich mit einer angemessenen Kontrollgruppe dar. Ohne einem entsprechenden Vergleich ist nicht eindeutig festzustellen, ob diese Prävalenzraten spezifisch auf die Population schizophrener Erkrankter zutreffend sind. Zumal Missbrauchs- und Vernachlässigungsvorfälle bei Kindern in der Allgemeinbevölkerung mit Prävalenzen von 10-16% keine Seltenheit darstellen (Pérez-Fuentes, Olfson, Villegas, Morcillo, Wang & Blanco, 2013; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2013). Ein weiterer Kritikpunkt an der Studie von Schenkel et al. (2005) stellt die kleine Stichprobe (N=40) stationärer PatientInnen dar. Bei stationär untergebrachten PatientInnen handelt es sich meistens um chronisch erkrankte und behandlungsresistente Personen. Dadurch ist die Generalisierbarkeit auf die Gesamtpopulation schizophrener Erkrankter stark eingeschränkt.

Ein Jahr später untersuchten Weber und KollegInnen (2008) die Auswirkungen von frühen stressbelastenden Erfahrungen auf die Psychopathologie bei psychiatrischen PatientInnen. Sie verglichen 96 PatientInnen mit einer Kontrollgruppe von 31 Personen. Insgesamt fanden sie eine signifikant höhere Anzahl an aversiven Ereignissen in der Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Es wurde eine Assoziation zwischen sexuellem und emotionalem Missbrauch und einer späteren Schizophrenie gefunden. Diese war jedoch nur signifikant, wenn der Missbrauch im Erwachsenenalter stattgefunden hatte. Sie fanden dementsprechend keine Belege für den postulierten Zusammenhang

zwischen aversiven Kindheitserfahrungen und einer Schizophrenie im Erwachsenenalter. Die Repräsentativität ihrer Ergebnisse ist allerdings aufgrund der stark selektierten Stichprobe chronischer PatientInnen, die zum Testzeitpunkt Psychopharmaka verabreicht bekommen hatten, in Frage zu stellen.

McCabe und KollegInnen führten 2012 ebenfalls eine retrospektive Studie an 408 schizophrenen Erwachsenen und einer Kontrollgruppe von 267 Erwachsenen durch. Die Versuchsgruppe berichtete signifikant häufiger über aversive Erfahrungen in ihrer Kindheit als die Kontrollgruppe. SchizophreniepatientInnen hatten häufiger unter einer misshandelnden, vernachlässigenden oder dysfunktionalen Erziehung in ihrer Kindheit gelitten als die Patienten mit anderen Störungsbildern. Sexueller Missbrauch stellte sich in diesem Zusammenhang als nicht signifikant heraus. Allerdings wurde sexueller Missbrauch nicht als Einzelereignis untersucht, sondern mit den Variablen *Scheidung der Eltern*, *Tod eines Elternteils*, *Armut* und *finanzielle Not* zu einem gemeinsamen Faktor zusammengefügt. Daher wurden in dieser Studie die Auswirkungen dieses allgemeinen Faktors untersucht und nicht speziell die Auswirkungen von sexuellem Missbrauch.

In einer aktuelleren Studie (Larsson et al., 2013) wurden 350 psychiatrische PatientInnen auf das Vorhandensein von traumatischen Kindheitserfahrungen untersucht. Sie fanden verteilt über eine Vielzahl von Störungsbildern insgesamt eine sehr hohe Prävalenzrate von 82%. Die SchizophreniepatientInnen berichteten signifikant häufiger über körperlichen Missbrauch und Vernachlässigung in ihrer Kindheit als die PatientInnen anderer Störungsbilder. Im Gegensatz zu den Studien, die sehr hohe Prävalenzraten von sexuellem und körperlichem Missbrauch bei schizophrenen Personen gefunden haben, war in dieser Studie der emotionale Missbrauch am stärksten ausgeprägt. Es fand jedoch wiederum kein Vergleich mit einer Kontrollstichprobe statt. Ebenfalls im Jahr 2013 wurden 160 PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depression oder Schizophrenie und eine Kontrollstichprobe mit 180 nicht betroffene Personen untersucht (Pietrek, Elberg, Weirstall, Müller & Rockstroh, 2013). Im Vergleich zu vorangegangenen Studien lag die Prävalenzrate von aversiven Kindheitserfahrungen bei schizophrenen PatientInnen nur bei 18%. In der Schizophreniegruppe wurde zwar häufiger von traumatischen Kindheitserfahrungen berichtet als in der Kontrollgruppe, jedoch unterschied diese sich nicht signifikant von anderen Diagnosegruppen. Anhand einer Regressionsanalyse zeigte sich, dass ungünstige Kindheitserfahrungen Prädiktoren für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, nicht aber für eine Schizophrenie oder Depression, darstellen. Da die

Gruppe der schizophrenen PatientInnen sehr klein war und es sich allgemein um ein Sample chronischer PatientInnen handelte, besitzt diese Studie nicht die Stärke von epidemiologischen Studien mit großen repräsentativen Stichproben.

Bei der Ätiologie von Schizophrenien spielen auch genetische Faktoren eine bedeutende Rolle. Aus diesem Grund haben Husted und KollegInnen (2010) den Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und schizophrenen Störungen, unter Berücksichtigung des NOS1AP Risikogens und vorhandener Schizophrenien in der Elterngeneration, untersucht. Sie fanden trotz der Kontrolle dieser Variablen einen signifikanten Unterschied zwischen betroffenen und nicht betroffenen Personen, mit einem OR von 3,27. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Assoziation zwischen Kindheits-trauma und Schizophrenie unabhängig von der genetischen Prädisposition bestehen kann. Janssen et al. (2004) bestätigten in ihrer Studie ebenfalls diesen potentiellen Zusammenhang zwischen Kindesmisshandlung und Psychosen nach der Überprüfung und Berücksichtigung von psychotischen Erkrankungen in der Familiengeschichte.

4.2.3 Metaanalysen. Eine aktuelle systematische Metaanalyse um das Forscherteam von Matheson (2013) untersuchte 25 Kontroll-, Kohort- und Querschnittsstudien mit einer Gesamtstichprobe von 798 Probanden. In ihre Analyse bestätigten sie eine signifikant höhere Rate von Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen bei Schizophrenen im Vergleich zur Kontrollgruppe (OR=3,60). Es zeigte sich erstmals ein mittlerer bis hoher Effekt von frühen aversiven Erfahrungen bei schizophren erkrankten Personen. Dieser Effekt kann jedoch nicht spezifisch auf schizophrene Störungen bezogen werden, da kein signifikanter Unterschied zu Angststörungen, affektiven Psychosen, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen gefunden werden konnte. Bei einer PTBS oder dissoziativen Störung wurden sogar signifikant höhere Raten gefunden. Aufgrund des Querschnittsdesigns der Studie waren keine Aussagen über Kausalität zulässig.

4.2.4 Zusammenfassung. Es werden hier wiederum die gefunden Hauptergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2:

Zusammenhang zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und einer Schizophrenie

Studie	N	Untersuchungsdesign	Ergebnis
Bevölkerungstichproben			
<i>Spaataro et al. (2004)</i>	KG: 1.612 VG: 3.139.745	Prospektive Untersuchung	Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch und Schizophrenie: nicht signifikant
<i>Cutajar et al. (2010)</i>	KG: 2.688 VG: 2.677	Prospektive Untersuchung	Entwicklung einer psychotischen Störung: OR=2,13
Klinische Stichproben			
<i>Rosenberg et al. (2007)</i>	569 Personen	Retrospektive Untersuchung	Sexueller Missbrauch: 34% Körperlicher Missbrauch: 56%
<i>Üçok & Bıkmaz (2007)</i>	57 Personen	Retrospektive Untersuchung	Missbrauch: 52% Vernachlässigung: 43%
<i>Schenkel et al. (2005)</i>	40 Personen	Retrospektive Untersuchung	Missbrauch und Vernachlässigung: 45%
<i>Weber et al. (2008)</i>	VG: 96 KG: 31	Retrospektive Untersuchung	Zusammengang zwischen Kindesmissbrauch und Schizophrenie: nicht signifikant
<i>McCabe et al. (2012)</i>	VG: 408 KG: 267	Retrospektive Untersuchung	Signifikanter Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung und Schizophrenie Aversive Kindheitserfahrungen: 86.8%
<i>Larsson et al. (2013)</i>	350 Personen	Retrospektive Untersuchung	Körperlicher Missbrauch: 29% Vernachlässigung: 46%
<i>Pietrek et al. (2013)</i>	VG: 160 KG: 180	Retrospektive Untersuchung	Trauma allgemein: 18% Signifikanter Unterschied zwischen VG und KG
Metaanalyse			
<i>Matheson et al. (2013)</i>	789 Personen	Kontroll-, Kohorten-, Querschnittsstudien	Missbrauch- und Vernachlässigung: OR=3,60

Inzwischen wurde der postulierte Zusammenhang zwischen Trauma und Schizophrenie in einer Vielzahl an Studien in klinischen Populationen schizophrener PatientInnen, als auch in groß angelegten epidemiologischen Studien, bestätigt. Während der Fokus vieler Studien bislang auf den Auswirkungen von sexuellem und körperlichem Missbrauch in der Kindheit lag, hat sich die eine oder andere Studie auf die Bedeutung von emotionalem Missbrauch und Vernachlässigung konzentriert und stellte beträchtliche Prävalenzraten fest (Holowka, King, Saheb, Pukall & Brunet, 2003; Larsson et al., 2013; Üçok & Bıkmaz, 2007). Zusätzlich konnten weitere signifikante Assoziationen zwischen einer Bandbreite an adversiven Kindheitserfahrungen, wie z.B. Armut, Demütigung oder Zeugenschaft traumatischer Ereignisse, und einer späteren Schizophrenie festgestellt werden (McCabe et al., 2012). In Studien, die gleichermaßen männliche und weibliche Probanden untersuchten, konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern gefunden werden (Sideli, Mule, La Barbera & Murray, 2012, Spataro et al., 2004). Obwohl in vergangenen Studien Unterschiede in der Stärke des Zusammenhangs zwischen einzelnen Missbrauchserfahrungen und späterer Schizophrenie festgestellt wurden (vgl. Read & Argyle, 1999; Read et al., 2003; Read et al., 2005), fanden jüngere Studien keine Belege für einen spezifischen Zusammenhang (vgl. Larsson et al., 2013; Sideli et al., 2012; van Nierop et al., 2014; Varese et al., 2012). Trotz großen, prospektiven Kohortenstudien (vgl. Spataro et al., 2004) fehlt es noch immer an Langzeitstudien, die den postulierten kausalen Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie bestätigen können. Dennoch sind viele Autoren der Ansicht, dass frühe stressbehaftete Erlebnisse die neuronale Gehirnentwicklung beeinflussen können (Pietrek et al., 2013; Üçok & Bıkmaz, 2007; Weber et al., 2008). Um potentielle additive oder interaktive Kausaleffekte von traumatischen Kindheitserfahrungen nachweisen zu können, werden in weiterer Folge Ergebnisse methodisch gut abgesicherter Langzeitstudien benötigt.

4.3 Trauma und einzelne Symptome der Schizophrenie. Es gibt eine Vielzahl an Studien, die nicht nur den Zusammenhang zwischen Trauma und Schizophrenie untersucht haben, sondern überdies den Zusammenhang zwischen Trauma und einzelnen Symptomen der Schizophrenie erforscht haben. In diesen Studien wird von einer stärkeren Assoziation zwischen Trauma und den positiven Symptomen, als zwischen Trauma und den negativen Symptomen einer Schizophrenie, berichtet (Kilcommons & Morrison, 2005; McCabe et al., 2012; Üçok & Bıkmaz, 2007; Whitfield et al., 2005).

4.3.1 Positiv- und Negativsymptomatik. Vorliegend fanden McCabe et al. (2012), die 408 SchizophreniepatientInnen mit einer Kontrollgruppe von 267 Personen verglichen, einen signifikanten Zusammenhang zur Positivsymptomatik, nicht aber zur Negativsymptomatik. Bereits 2005 konnten Kilcommons und Morrison (2005) den gleichen Schluss aus den Ergebnissen ihrer Studie ziehen. Ihre Untersuchung deckte eine signifikante Assoziation zwischen körperlichem Missbrauch und den positiven Symptomen auf. Sexueller Missbrauch schien speziell mit Halluzinationen verbunden zu sein. Diese Ergebnisse wurden durch die Studie von Whitfield und KollegInnen (2005), die mithilfe der Daten der *Adverse Childhood Experiences* (ACE) Studie 17.337 Personen untersuchten, untermauert. Üçok und Bıkmaz (2007) konnten ebenfalls einen Zusammenhang zu positiven, nicht aber negativen Symptomen bei schizophrenen ErstaufnahmepatientInnen feststellen. Ebenso berichteten Read et al. (2005) in ihrem Reviewartikel überwiegend von nicht signifikanten Ergebnissen bezüglich des Zusammenhangs zwischen Kindheitstrauma und den negativen Symptomen der Schizophrenie.

4.3.2 Halluzinationen. Besondere Aufmerksamkeit erhielt der spezifische Zusammenhang zwischen Trauma und Halluzinationen. Bereits 1999 fanden Read und Argyle (1999) Belege dafür, dass sexuelle Missbrauchsopfer häufiger von Halluzinationen (50%) als Wahnvorstellungen (45%) oder Denkstörungen (27%) berichten. Diese drei genannten Symptome wurden im Zusammenhang mit körperlichem und sexuellem Missbrauchshintergrund an 22 PatientInnen untersucht. Während 11 dieser 22 PatientInnen über akustische Halluzinationen berichteten und berichteten nur zwei über visuelle Halluzinationen. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße ist die Aussagekraft und Repräsentativität dieser Ergebnisse stark eingeschränkt. Dennoch konnten dieselben Ergebnisse in darauf folgenden Studien repliziert werden. In einer Studie mit 60 Probanden wurde ebenfalls in der Versuchsgruppe häufiger über Halluzinationen berichtet als in der Kontrollgruppe (Read, Agar, Argyle & Aderhold, 2003). Es konnte zwischen allen sechs untersuchten Subtypen (akustische, kommentierende, kommandierende, visuelle, olfaktorische und taktile) von Halluzinationen und Kindesmissbrauch eine signifikante Beziehung hergestellt werden. Jedoch konnten nur akustische und taktile Halluzinationen durch Missbrauch in der Kindheit vorhergesagt werden.

4.3.2.1 Akustische Halluzinationen. Speziell akustische Halluzinationen erlangten in der Literatur im Zusammenhang mit frühen Traumaerfahrungen besondere Beachtung. Akustische Halluzinationen liegen nicht nur bei psychotischen PatientInnen vor, sondern

sind auch relativ häufig bei gesunden Personen mit einer Prävalenzrate von ca. 15% zu finden (Beavon, Read & Cartwright, 2011). Aus diesem Grund verglichen Daalman et al. (2012) 100 psychotische Personen mit 127 nicht-psychotische Personen mit akustischen Halluzinationen und einer Kontrollstichprobe von 124 Personen. In den beiden Versuchsgruppen wurde signifikant häufiger über sexuellen und emotionalen Missbrauch in der Kindheit berichtet, als in der Kontrollgruppe. Zwischen psychotischen und nicht-psychotischen Personen mit Halluzinationen konnte allerdings kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Dieser Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und auditiven Halluzinationen wurde ferner in einem Reviewartikel (McCarthy-Jones, 2011) anhand von sieben Studien untersucht. Insgesamt berichteten 36% der psychiatrischen und 22% der nicht-psychiatrischen Personen mit akustischen Halluzinationen über eine sexuelle Missbrauchserfahrung in ihrer Kindheit. Umgekehrt konnten bei 56% der psychiatrischen und 21% der nicht-psychiatrischen Gruppe mit sexuellem Missbrauchshintergrund akustische Halluzinationen festgestellt werden. Aufgrund zahlreicher methodischer Limitationen der analysierten Studien, wie z.B. sehr geringe Stichprobenanzahl, fehlende Kontrollgruppen, keine Untersuchung möglicher Störfaktoren, etc. war keine Aussage über Kausalität möglich.

4.3.2.2 Unterschiedliche Missbrauchsarten. In einigen Studien wurde spezifisch der Zusammenhang zwischen verschiedenen Traumtypen und Halluzinationen untersucht. Read et al. berichteten bereits 2005 in ihrem Reviewartikel von einem Zusammenhang zwischen sexuellem oder körperlichem Missbrauch in der Kindheit und Halluzinationen im Erwachsenenalter. Ebenso berichteten Whitfield und KollegInnen (2005) in ihrer Studie von einer Assoziation zwischen ungünstigen Kindheitserfahrungen (ACE) und Halluzinationen. Die Untersuchungspersonen, die Halluzinationen erlebten, waren häufiger von emotionalem (OR=2,3), körperlichem (OR=1,7) oder sexuellem (OR=1,7) Missbrauch betroffen als jene, die keine Halluzinationen erfuhren. Während im Großteil der Studien die *Positive and Negative Symptom Scale* (PANNS), die Skala Psychotizismus der SCL-90-R, oder Krankenakten herangezogen wurden, gaben Whitfield und KollegInnen (2005) lediglich eine Screeningfrage vor, um Halluzinationen zu erfassen. Diese unpräzise Erhebung von halluzinogenen Erfahrung schränkt die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Ergebnisse stark ein. Kilcommons und Morrison fanden 2005 einen spezifischen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und späteren Halluzinationen. In ihrer Studie

wurde jedoch der sexuelle Missbrauch nicht spezifisch für das Kindesalter erhoben, sondern über die gesamte Lebensspanne hinweg. Dieser spezifische Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Halluzinationen konnte in einer nachfolgenden Studie bestätigt werden, jedoch wiederum nur bei erst kürzlich aufgetretenen traumatisierenden Erlebnissen im Erwachsenenalter (Weber et al., 2008). Obwohl Üçok und Bıkmaz (2007) einen Zusammenhang zwischen Trauma in der Kindheit und positiven Symptomen herstellen konnten, wurden keine Belege für einen spezifischen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und späteren Halluzinationen in ihrer Studie gefunden.

Obwohl einige Studien Unterschiede in der Stärke des Zusammenhangs zwischen unterschiedlichen Missbrauchsformen und bestimmten Symptomen bestätigen, spricht bislang wenig dafür, dass einzelne Traumtypen eine spezifische ätiologische Rolle spielen. In einer jungen Metaanalyse, in der über 35 Studien untersucht wurden, konnten keine Belege dafür gefunden werden, dass bestimmte Traumaarten stärkere Prädiktoren für bestimmte Symptome darstellen als andere (vgl. Varese et al., 2012). Ebenfalls wurden in den zwei groß angelegten, sehr aktuellen Studien von Nierop et al. (2014) keine Hinweise auf Unterschiede zwischen einzelnen Traumavariablen gefunden.

4.3.3 Wahnvorstellungen. Deutlich seltener lassen sich in der Literatur konkrete Zusammenhänge zwischen Kindesmissbrauch und späteren Wahnvorstellungen als zwischen Kindesmissbrauch und Halluzinationen finden. Bereits 1999 fanden Read und Argyle in ihrer Studie eine nicht signifikante Assoziation zwischen körperlichem Missbrauch und Wahnvorstellungen. In einer weiterführenden Studie von Read et al. (2003) wurde dieser Zusammenhang erneut untersucht. Es zeigten sich allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe. In einer Studie von 2008 konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Wahnvorstellungen nachgewiesen werden, jedoch nur bei traumatischen Ereignissen im Erwachsenenalter (vgl. Weber et al., 2008). In den beiden aktuellen NEMESI-Studien wurde dieser Zusammenhang auch für traumatische Erfahrungen in der Kindheit bestätigt (van Nierop et al., 2014). Dennoch schlussfolgerten die Autoren aus ihren Ergebnissen, dass vorrangig Wahnvorstellungen in Verbindung mit Halluzinationen auftreten und seltener isoliert.

4.3.4. Weitere Symptome. Die übrigen Symptome der Schizophrenie wurden bislang kaum im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit untersucht. In einzelnen Studien, die den spezifischen Zusammenhang zwischen Trauma und Denkstörungen untersucht haben, fanden die ForscherInnen hauptsächlich nicht signifikante

Korrelationen (Read & Argyle, 1999; Reat et al., 2003; Read et al., 2005). Der Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserlebnissen und desorganisiertem oder katatonem Verhalten wurde bisher nur unzureichend untersucht (vgl. Read et al., 2005).

4.3.5 Zusammenfassung. In der unterstehenden Tabelle 3 werden die gefundenen Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einzelner Symptome der Schizophrenie zusammengefasst.

Tabelle 3:

Zusammenhang zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und einzelner Symptome der Schizophrenie

	Positive Symptome	Halluzinationen	Wahnvorstellungen	Inhaltliche Denkstörungen	Desorganisiertes/ Katatonisches Verhalten	Negative Symptome
<i>Read et al. (1999)</i>	+	+	+ ^a			
<i>Read et al. (2003)</i>	+	+	-	-		-
<i>Read et al. (2005)</i>	+	+	+	~	-	-
<i>Whitfield et al. (2005)</i>	+	+				-
<i>Kilcommons et al. (2005)</i>	+	+				-
<i>Üçok et al. (2007)</i>	+	+				-
<i>Weber et al. (2008)</i>	+	+	+			
<i>McCabe et al. (2012)</i>	+					-
<i>van Nierop et al. (2014)</i>	+	+	+			

Anmerkung. Ein Plus (+) signalisiert einen positiven Zusammenhang, ein Minus (-) keinen Zusammenhang und eine Tilde (~) unklare Ergebnisse.

^a nicht signifikanter Zusammenhang

Zahlreiche Studienergebnisse liefern anschauliche Beweise für einen Zusammenhang zwischen Kindheitstrauma und der Positivsymptomatik bei schizophren erkrankten Personen. Eine Assoziation zur Negativsymptomatik konnte bislang in keiner Studie nachdrücklich nachgewiesen werden (s. Tabelle 3). Innerhalb der Positivsymptomatik zeigt

sich vor allem ein starker Zusammenhang zwischen Halluzinationen und frühen, aversiven Erfahrungen. Dieser Zusammenhang konnte eindrucksvoll in einer groß angelegten Untersuchung mit über 17.000 Probanden nachgewiesen werden (vgl. Whitfield et al., 2005). Dabei stellte sich vor allem eine starke Assoziation zwischen Kindheitstrauma und den akustischen Halluzinationen heraus (Daalman et al., 2012; McCarthy-Jones, 2011). Einige positive Befunde liegen ebenfalls für die Wahnvorstellungen vor (vgl. Read & Argyle., 1999; Read et al., 2005; Weber et al., 2008). Van Nierop et al. (2014) fanden darüber hinaus ausschließlich dann eine signifikante Assoziation mit Kindheitstrauma, wenn Halluzinationen und Wahnvorstellungen gemeinsam vorhanden waren. Hingegen liegen unzulängliche Belege für einen positiven Zusammenhang zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und Denkstörungen oder desorganisiertem Verhalten vor (Read et al., 2005).

4.4 Inhalte von Halluzinationen. Es wird angenommen, dass bei bestimmten Personen die Inhalte von Halluzinationen durch traumatische Lebensereignisse gekennzeichnet sind. In der Studie von Read und Argyle (1999) konnte gezeigt werden, dass der Inhalt bei drei von insgesamt sieben Personen mit dem Inhalt des erlebten Missbrauchs in Verbindung steht. Die Repräsentativität ihrer Ergebnisse ist aufgrund der sehr kleinen Stichprobe zwar eingeschränkt, aber dennoch deuten ihre Ergebnisse auf einen Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und den Inhalten von Halluzinationen hin. In einer späteren Studie kam das Forscherteam um Read (2003) zu einem ähnlichen Ergebnis. Es zeigten sich in ihrer Untersuchung einige Fälle, bei denen die Inhalte von Halluzinationen mit früheren Missbrauchserfahrungen in Verbindung stehen. Personen, die sexuellen oder körperlichen Missbrauch in der Kindheit erlebt haben, zeigten bis zu 7-mal häufiger sexualisierte Halluzinationsinhalte als Personen, die keinen Missbrauchshintergrund aufwiesen. In der Versuchsgruppe kamen vermehrt Inhalte, die das Böse oder den Teufel thematisierten zum Vorschein. Eine Kombination aus sexuellem Missbrauch in der Kindheit und im Erwachsenenalter stellte einen signifikanten Prädiktor für sexualisierte oder boshafte Inhalte von Halluzinationen bei Schizophrenen dar.

In einer aktuellen Studie aus 2012 untersuchten Reif und KollegInnen 30 Personen mit sexuellem und körperlichem Missbrauchshintergrund auf das Vorhandensein von Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Sie bildeten einen traumarelevanten Inhaltsscore, der einen direkten Vergleich zwischen früheren Missbrauchserfahrungen und Halluzinationsinhalten ermöglicht. Dieser Inhaltsscore war in der Versuchsgruppe signifikant

höher als in der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse bestätigen einen Zusammenhang zwischen den inhaltlichen Themen von Halluzinationen und den Themen eines erlebten Missbrauchs in der Kindheit. Die Ergebnisse einer weiteren Untersuchung bei 45 Personen mit einem erhöhten Risiko für eine Psychose untermauern eine mögliche Beziehung zwischen erlebtem Trauma und den Inhalten von abgeschwächten Positivsymptomen (Falukozi & Addington, 2012). Es bestand ein Zusammenhang zwischen frühen traumatisierenden Erfahrungen und dem Gefühl ständig beobachtet oder verfolgt zu werden und dem falschen Glauben über den eigenen Status. In der Studie von Daalman et al. (2012) wiederum konnten die emotionalen Inhalte akustischer Halluzinationen nicht durch sexuelle Missbrauchserlebnisse in der Kindheit vorhergesagt werden. Die Untersuchungsteilnehmer nahmen ihre Stimmen unabhängig ihrer Missbrauchsvorgeschichte als positiv oder negativ war.

4.5 Dosis-Wirkungsbeziehung. Viele Studien haben hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie eine Dosis-Wirkungsbeziehung entdeckt. Diese besagt, dass die Anzahl und der Schweregrad von Missbrauch oder Vernachlässigung einen Einfluss auf den Schweregrad der Symptomatik einer Schizophrenie haben. Das heißt, je häufiger und schwerwiegender ein traumatisches Ereignis war, desto schwerwiegender zeigt sich die spätere Symptomatik einer Schizophrenie.

Die Studien, die eine Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen Trauma und Psychosen, im Spezielleren Schizophrenien, untersucht haben, konnten überwiegend positive Ergebnisse finden (Bebbington et al., 2004; Fisher et al., 2010; Janssen et al., 2004; Kilcommons & Morrison, 2005; Read et al., 2003; Varese et al., 2012; Weber et al., 2008). Neben Studien, die nur die Häufigkeit der erlebten Missbrauchserfahrungen erhoben haben (Bebbington et al., 2004; Fisher et al., 2010; Weber et al., 2008), gibt es auch jene, die zusätzlich den Schweregrad von Missbrauch untersucht haben (Janssen et al., 2004, Kilcommons und Morrison, 2005, Üçok & Bıkmaz, 2007), und ausführliche Belege für eine Dosis-Wirkungsbeziehung finden konnten. Die Auswirkungen einer solchen Beziehung können mithilfe von ORs berechnet werden. Konkrete kumulative Effekte von Trauma berichteten Shevlin und Kollegen (2007) anhand ihrer Ergebnisse: Die ORs für die Entwicklung einer psychotischen Störung waren beim Erleben von zwei Traumata 3-mal so groß, beim Erleben von drei bis vier Traumata 7-mal so groß und beim Erleben von mehr als fünf Traumata 30-mal so groß als für Personen, die kein Trauma erlebt hatten. In der Studie von Janssen et al.

(2004) konnte ebenfalls ein gleichzeitiger Anstieg der Anzahl erlebter Traumata und dem psychopathologischen Grad einer Psychose festgehalten werden. Die ORs für eine Missbrauchserfahrung betrug 2,05, für zwei Missbrauchserfahrungen 10,64 und für drei Missbrauchserfahrungen 48,42.

In zwei weiteren Studien konnte wiederum eine Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen dem Schweregrad früh erlebter Traumata und speziell der Positivsymptomatik einer Schizophrenie nachgewiesen werden (Kilcommons & Morrison, 2005; Üçok & Bıkmaz, 2007). Schenkel et al. (2005) konnten diese direkte Assoziation zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung und dem positiven Symptomscore nicht bestätigen, jedoch fanden sie eine signifikante Beziehung zwischen der Häufigkeit und dem Schweregrad von traumatischen Kindheitserlebnissen und den Skalen Halluzination und Wahn der *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS).

4.6 Beeinflussung des Krankheitsbildes durch Missbrauchserfahrungen. Read et al. (2005) stellten in ihrem Reviewartikel fest, dass frühe Missbrauchserfahrungen einen negativen Einfluss auf das Krankheitsbild von Psychosen bzw. Schizophrenien haben können. Sie kamen aufgrund der Analyse von 51 Studien zu der Schlussfolgerung, dass psychotische PatientInnen mit einem Missbrauchshintergrund eine höhere Suizidrate, vermehrte Komorbiditäten mit Depressionen, PTBS oder Substanzmissbrauch, häufigere Hospitalisierungen und eine ungünstigere somatische Morbidität aufweisen. Bereits in einer früheren Studie stellte John Read (1998) fest, dass es eine Verbindung zwischen sexuellem oder körperlichem Missbrauch in der Kindheit und Suizidalität, der Dauer der Hospitalisierung und des Erstaufnahmalters der schizophrenen PatientInnen besteht. Sexuell misshandelte Männer, nicht aber Frauen, wiesen eine signifikant höhere Suizidrate auf als nicht missbrauchte. Ebenso wurde ersichtlich, dass bei vielen Missbrauchsopfern das Erstaufnahmearter in eine Psychiatrie vor ihrem 18. Lebensjahr lag. Die Ergebnisse von Schenkel et al. (2005) untermauerten diese Belege. Bei der Begutachtung der Krankenakten von 40 PatientInnen konnten sie bei den schizophren Erkrankten mit einer Missbrauchserfahrung in der Kindheit ein früheres Erstaufnahmearter und eine höhere Anzahl an psychiatrischen Hospitalisierungen feststellen, als bei den PatientInnen ohne Missbrauchshintergrund. Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit kann zudem ebenso zu einer Intensivierung des psychotischen Prozesses führen und hoch komplexe psychotische Zustände auslösen (van Nierop et al., 2014). Ebenso schlussfolgerten Reiff

und KollegInnen (2012) aus den Ergebnissen ihrer Studie folgendes: „Our study is consistent with . . . and those that propose that childhood trauma can contribute to the onset and/or course and severity of psychotic illness“ (S. 326).

4.7 Reliabilität von Selbstberichten. Ein Großteil dieser Studien, die den Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einer nachfolgenden Schizophrenie untersucht hat, stützte sich auf retrospektive Erhebungsmethoden. Eine retrospektive Erfassung weit zurückliegender Ereignisse können unreliable und inakkurate Ergebnisse zur Folge haben. Die abgerufenen Erinnerung an Traumatisierungen in der Kindheit können durch kognitive Verzerrung (Bendall, Jackson, Hulbert & McGorry, 2008), depressive Stimmung oder dem Bedürfnis die eigene Krankheit zu rechtfertigen verfälscht werden (Fisher et al., 2011). Bei langanhaltenden, chronischen SchizophreniepatientInnen kann es zu kognitiven Beeinträchtigungen kommen, welche wiederum die Genauigkeit ihrer Aussagen stark einschränken (McCabe et al., 2012; Young, Read, Barker-Collo & Harrison, 2001). Bei einer anschaulichen Untersuchung der Reliabilität von Selbstberichten über Missbrauchserfahrungen in der Kindheit wurden die Aussagen junger Erwachsener im Alter von 18 Jahren und im Alter von 21 Jahren erhoben (Fergusson, Horwood & Woodward, 2000). Beim Vergleich der Aussagen zu beiden Testzeitpunkten stellten sie eine geringe Übereinstimmungsvalidität fest. In ihrer Untersuchung fanden sie kaum falsch positive Antworten, stattdessen vermehrt falsch negative Antworten. Das bedeutet, dass Personen selten fälschlicherweise von einem Missbrauchsvorfall in ihrer Kindheit berichteten, wenn keiner stattgefunden hat. Vielmehr wurde ein tatsächlich erfolgter Missbrauch in der Kindheit von fast 50% der Betroffenen negiert. Dieses Ergebnis veranlasste die Autoren dieser Studie zur Annahme, dass Prävalenzraten von Kindesmissbrauch generell unterschätzt und nicht überschätzt werden. Dieses Ergebnis wurde in einem Review über mehrere retrospektive Studien bestätigt (vgl. Hard & Rutter, 2004). Die Autoren fanden ebenfalls überwiegend falsch negative Antworten und haben zur Vorsicht bei der Interpretation retrospektiver Berichte geraten. Dennoch sprechen jüngere Studien für die Reliabilität und Validität von selbstberichteten Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit bei psychotischen PatientInnen (Fisher, 2009). Eine Untersuchung retrospektiver Selbstberichte über frühe traumatische Ereignisse an 84 psychotischen PatientInnen brachte positive Ergebnisse bezüglich der Reliabilität von Selbstberichten hervor (Fisher et al., 2011). Die Selbstberichte der psychotischen PatientInnen stimmten mit den Aufzeichnungen des klinischen Personals überwiegend

überein. Die gefundene Reliabilität und Vergleichbarkeit zeigte sich über einen Zeitraum von 7 Jahren stabil. Eine ebenfalls gute Reliabilität konnte in den beiden NEMESIS-Studien berichtet werden, die neben den Selbstberichten zusätzliche standardisierte klinische Interviews durchführten (van Nierop et al., 2014). Die Autoren führten für die selbstberichteten und die standardisiert erhobenen Missbrauchserfahrungen zwei separate Analysen durch und fanden in beiden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch und einer Psychose im Erwachsenenalter. Zwischen den berechneten Effektstärken und ORs gab es, mit wenigen Ausnahmen, nur geringe Unterschiede.

5. Traumagenic Neurodevelopmental Modell

Die Schizophrenie wird bis heute noch als jene psychische Störung angesehen, die am ausgiebigsten durch biologische Faktoren determiniert ist (Chua & Murray, 1996; van Os & Kapur, 2009; Walker & Diforio, 1997). Bei der Ätiologie von psychotischen Störungen, wie der Schizophrenie, hat vor allem das Diathese-Stress Modell (Zubin & Spring, 1977) großen Konsens unter ForscherInnen erlangt. Unter diesem Diathese-Stress Modell bzw. Vulnerabilitäts-Stress Modell wird eine Interaktion zwischen genetischen Prädispositionen und stressbedingten Umwelteinflüssen verstanden. Dieses Modell ist durch einen biopsychosozialen Zugang charakterisiert. Anhänger des Diathese-Stress Modells gehen davon aus, dass eine Überempfindlichkeit bzw. Vulnerabilität gegenüber Stressoren vererbt wird. Diese Überempfindlichkeit wird jedoch überzufällig häufig bei Schizophrenen gefunden. Aus diesem Grund haben Read und Kollegen (2001) den Versuch unternommen, dieses Modell zu modifizieren und stellten ein spezifischeres *Traumagenic Neurodevelopmental* (TN) Modell vor. Durch dieses neue Modell sollen die hohen Prävalenzraten von frühen Missbrauchserfahrungen bei erwachsenen Schizophrenen plausibel erklärt werden.

Bereits 1997 nahmen Walker und Diforio an, dass sehr frühe, stressbehaftete Situationen die späteren Symptome einer Schizophrenie verstärken können. Sie stellten in ihren Untersuchungen fest, dass die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HHN-Achse), die für die Stressreaktivität verantwortlich ist, durch ein gewisses Maß an Stress beeinflusst werden kann. Eine Konfrontation mit langanhaltendem Stress kann zu permanenten Veränderungen in der HHN-Achse und somit zu einer Übersensibilisierung dieser führen. Auch Read et al. (2001) machten in ihrem Artikel auf Studien aufmerksam, die bestätigten, dass vor allem sehr frühe und schwerwiegende Stressbelastungen zu einer übermäßigen Ausschüttung von Glucocorticoiden führen können, welche wiederum

Veränderungen in der HNN-Achse verursachen können. Durch diese Veränderung in der HNN-Achse und peripherer Ausschüttung von Hormonen wie ACTH, Adrenalin oder Kortisol kann eine gesteigerte Sensibilisierung gegenüber Stressbelastungen entstehen. Diese Veränderungen können sich bei ausreichender Stressbelastung manifestieren und bis ins Erwachsenenalter bestehen.

Es weist jedoch nicht nur die Übersensibilisierung der HNN-Achse auf einen kausalen Zusammenhang zwischen Kindesmissbrauch und Schizophrenien hin, sondern auch die Ähnlichkeiten der neuronalen Abweichungen zwischen Traumaopfern und Schizophrenen. Aufgrund der enormen Formbarkeit und Empfindlichkeit von Hirnstrukturen in frühen Lebensjahren gehen neuronale Entwicklungsforscher davon aus, dass diese durch früh erlebte Traumatisierungen verändert werden können (Heim et al., 2000). Diese neuronale Veränderung ist vor allem bei schwerwiegenden, unvorhersehbaren und anhaltenden traumatischen Erfahrungen sehr wahrscheinlich (Perry, 1994). Bei Schizophrenen werden sehr häufig Schädigungen des Hippocampus gefunden, was mit einem reduzierten Volumen der grauen Substanz im Hippocampus einhergeht. Ebenso kann es bei Opfern von Kindesmissbrauch zu permanenten Dysfunktionen im limbischen System, das den Hippocampus miteinschließt, kommen. Es besteht zudem auch eine Ähnlichkeit der umgekehrten zerebralen Asymmetrie der Gehirnhälften zwischen Schizophrenen und Missbrauchsoffern. Bei beiden konnte eine kleinere linke Gehirnhälfte festgestellt werden (Read et al., 2001).

Erst kürzlich wurde ein neuer Artikel, der die Bedeutsamkeit ihres TN-Modells hervorhebt, von Read et al. (2014) veröffentlicht. Sie konnten seither insgesamt 125 Studien identifizieren, die die Hypothese in ihrem Modell bestätigen könnten. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl an Studien, die die Beziehung zwischen psychotischen Störungen und einer Übersensibilität der HNN-Achse bestätigt. Abgesehen davon existieren mittlerweile ebenfalls zahlreiche Belege für die Ähnlichkeit der abweichenden Hirnstrukturen zwischen Traumaopfern und Schizophrenen.

6. Zusammenfassung

In den letzten 10 Jahren wurden in einer großen Anzahl epidemiologischer Studien der potentielle Zusammenhang zwischen frühkindlichen Traumaerfahrungen und nachfolgenden psychotischen Störungen, insbesondere der Schizophrenie, untersucht. In retrospektiven Querschnittsstudien an klinischen Populationen konnte der Zusammenhang zwischen früher Traumaexposition und späterem Psychoserisiko eindrucksvoll

nachgewiesen werden (Bonoldi et al., 2013; Kapfhammer, 2012a; Varese et al., 2012). Inzwischen deuten auch recht große, prospektive Follow-Up-Studien aus der Allgemeinbevölkerung auf einen korrelativen Zusammenhang hin (vgl. Cutajar et al., 2010; Spataro et al., 2004). Neben sexuellen und körperlichen Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen spielt die emotionale Komponente ebenfalls eine besondere Rolle im Zusammenhang mit späteren psychotischen Störungsbildern (Bonoldi et al., 2013; Holowka, et al., 2003; Larsson et al., 2013; Üçok & Bıkmaz, 2007). Bislang wird immer noch kontrovers diskutiert, ob bestimmte Missbrauchserfahrungen stärker mit psychotischen Symptomen assoziiert werden als andere Missbrauchserfahrungen (Larsson et al., 2013; Read & Argyle, 1999; Read et al., 2003; Read et al., 2005; Sideli et al., 2012; van Nierop et al., 2014; Varese et al., 2012). Im Gegensatz dazu konnten spezifische Zusammenhänge zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in frühen Entwicklungsjahren und einzelnen Symptomen der Schizophrenie entdeckt werden. Es wurden Beweise für eine stärkere Assoziation zwischen Trauma und den positiven Symptomen, als zwischen Trauma und den negativen Symptomen der Schizophrenie, gefunden (Kilcommons & Morisson, 2005; McCabe et al., 2012; Read & Argyle, 1999; Read et al., 2003; Read et al., 2005; Üçok & Bıkmaz, 2007; van Nierop et al., 2014; Weber et al., 2008; Whitfield et al., 2005). Innerhalb dieses Zusammenhangs zwischen Kindheitstrauma und der Positivsymptomatik konnte vor allem eine starke Assoziation zwischen Trauma und Halluzinationen, insbesondere den akustischen, festgestellt werden (Daalman et al., 2012; McCarthy-Jones, 2011). Während außerdem einige positive Befunde für einen Zusammenhang zwischen Trauma und Wahnvorstellungen vorliegen (Read & Argyle, 1999; Read et al., 2005; Weber et al., 2008), wurden nur unzulängliche Ergebnisse für einen Zusammenhang zwischen Kindheitstrauma und Denkstörungen oder desorganisiertem Verhalten gefunden (Read et al., 2005). Zudem können frühe aversive Erfahrungen in der Kindheit die Inhalte von Halluzinationen im Erwachsenenalter beeinflussen und determinieren (Daalman et al., 2012; Falukozi & Addington, 2012; Read & Argyle, 1999; Read et al., 2003). Die klinische Relevanz eines Zusammenhangs zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und nachfolgenden psychotischen Störungen wurde durch den Nachweis zusätzlicher negativer Einflüsse auf das Krankheitsbild psychotischer Störungen unterstrichen (Schenkel, Spaulding, DiLillo & Silverstein, 2005; Read et al., 2005).

Eine entscheidende methodische Frage dieser Studien betrifft die Reliabilität und Validität retrospektiver Selbstberichte erwachsener Personen zu weit in der Vergangenheit zurückliegenden Lebensereignissen. In einer jüngeren Studie berichteten Fisher et al., (2011) von einer guten konvergenten Validität und Verlaufsstabilität der Traumaberichte über mehrere Jahre hinweg.

Bislang liegen noch keine empirischen Längsschnittdesigns vor, die hinreichenden Beweise für den postulierten Kausalzusammenhang zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und einer Schizophrenie im Erwachsenenalter vorweisen konnten. Dennoch unterstützen viele Autoren die Annahme, dass frühe aversive Erfahrungen strukturelle und neurochemische Anomalitäten im Gehirn verursachen können. Durch diese neuronale Anomalitäten kann die Vulnerabilität für die Entwicklung einer Schizophrenie in späteren Lebensjahren erhöht sein (vgl. Pietrek et al., 2013; Read et al., 2001; Sideli et al., 2012; Weber et al., 2008). Das vorläufige TN-Modell von Read et al. (2001; 2014) bietet den theoretischen Rahmen für diese Hypothesen. Trauma sollte dementsprechend als kausal relevant in der Ätiopathogenese psychotischer Störungen verstanden werden. Die Auswirkungen psychologischer, psychosozialer und neurobiologischer Mechanismen auf eine Schizophrenieentwicklung müssen in einem multifaktoriellen Modell betrachtet werden. Die thematisch implizierten Hypothesen sind Teil fortlaufender Forschung und sollten nicht als beantwortet angesehen werden (Kapfhammer, 2012b). In dem zweiten Teil dieser Arbeit wird eine empirische Untersuchung beschrieben, die diesen kontrovers diskutierten Fragenkomplex näher erforschen soll.

II. Empirischer Teil

7. Zielsetzung und Fragestellung

Da der Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie mittlerweile in einer Vielzahl von Studien gut belegt werden konnte, soll der von Read et al. (2005) postulierte kausale Zusammenhang in dieser Forschungsarbeit näher untersucht werden. Ziel dieser Untersuchung ist es einen vertiefenden Einblick in das Themengebiet Trauma und Schizophrenie zu erlangen. Mithilfe dieser Studie sollen bisherige Erkenntnisse aus der Forschung durch ExpertInnenaussagen gesammelt werden und in einer weiteren Analyse mit den Erfahrungen von praktizierenden KlinikerInnen in Verbindung gebracht werden. Dies ermöglicht einen Einblick in das gegenwärtige Feld der klinischen Praxis. Es stellt sich die Frage, ob Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit die Entwicklung einer Schizophrenie im Erwachsenenalter begünstigen kann. Sollte dem so sein, dann ist ferner zu klären welche Symptombereiche der Schizophrenie von den Auswirkungen früher Missbrauchserfahrungen betroffen sein können.

Aufgrund der im Theorieteil gewonnenen Erkenntnisse aus zahlreichen Studien ergeben sich für diese Untersuchung folgende Fragestellungen und Hypothesen:

1) Beeinflusst Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit die Entwicklung einer Schizophrenie im Erwachsenenalter?

H₀: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit hat keinen Einfluss auf die Entwicklung einer Schizophrenie.

H₁: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit hat einen Einfluss auf die Entwicklung einer Schizophrenie.

2) Gibt es Unterschiede in der Stärke des Zusammenhangs zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und den einzelnen Symptomen einer Schizophrenie im Erwachsenenalter?

H₀: Es gibt keine Unterschiede in der Stärke des Zusammenhangs zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und den einzelnen Symptomen einer Schizophrenie.

H1₁: Es gibt Unterschiede in der Stärke des Zusammenhangs zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und den einzelnen Symptomen einer Schizophrenie.

H0₂: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit steht in keinem stärkeren Zusammenhang zu den Positivsymptomen als zu den Negativsymptomen einer Schizophrenie.

H1₂: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit steht in einem stärkeren Zusammenhang zu den Positivsymptomen als zu den Negativsymptomen einer Schizophrenie.

H0₃: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit steht in keinem stärkeren Zusammenhang zu Halluzinationen und Wahnvorstellungen als zu den restlichen Positivsymptomen einer Schizophrenie

H1₃: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit steht in einem stärkeren Zusammenhang zu Halluzinationen und Wahnvorstellungen als zu den restlichen Positivsymptomen einer Schizophrenie

3) Gibt es einen Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und den Inhalten von Halluzinationen einer Schizophrenie?

H0: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und den Inhalten von Halluzinationen einer Schizophrenie.

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und den Inhalten von Halluzinationen einer Schizophrenie.

4) Beeinflusst die Anzahl und der Schweregrad von Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit den Schweregrad der Symptomatik einer Schizophrenie im Erwachsenenalter?

H0: Die Anzahl und der Schweregrad von Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit haben keinen Einfluss auf den Schweregrad der Symptomatik einer Schizophrenie.

H1: Die Anzahl und der Schweregrad von Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit haben einen Einfluss auf den Schweregrad der Symptomatik einer Schizophrenie.

5) Beeinflusst Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit das Krankheitsbild einer Schizophrenie im Erwachsenenalter?

H0₁: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit hat keinen Einfluss auf das Krankheitsbild einer Schizophrenie.

H1₁: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit hat einen Einfluss auf das Krankheitsbild einer Schizophrenie.

H0₂: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit führt nicht zu häufigeren Hospitalisierungen bei Schizophrenen.

H1₂: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit führt zu häufigeren Hospitalisierungen bei Schizophrenen.

H0₃: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit führt nicht zu komplexeren Krankheitsbildern bei Schizophrenen.

H1₃: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit führt zu komplexeren Krankheitsbildern bei Schizophrenen.

H0₄: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit führt nicht zu einer früheren Erstaufnahme von Schizophrenen.

H1₄: Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit führt zu einer früheren Erstaufnahme von Schizophrenen.

8. Methode

Im folgenden Abschnitt wird die praktische Umsetzung dieser Studie zur Beantwortung der beschriebenen Fragestellungen und Hypothesen erläutert. Im ersten Teil wird auf den Aufbau der Studie eingegangen und im Anschluss daran werden die Stichprobe, sowie die Auswertung der Ergebnisse beschrieben.

8.1 Untersuchungsdesign. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsanalyse, die im Zeitraum von Februar bis Juli 2014 durchgeführt wurde. Die

Untersuchung besteht aus zwei aufeinander folgenden Ebenen. In der ersten Ebene wurden Interviews mit ExpertInnen des interessierenden Forschungsgebiets geführt, um den theoretischen Fragenkomplex weitgehend zu untersuchen. Die Ergebnisse dieser ExpertInneninterviews wurden in der zweiten Ebene dieser Arbeit qualitativ ausgewertet. Aus den Aussagen dieser ExpertInnen wurde ein Fragebogen quantitativer Art konstruiert. Dieser quantitative Fragebogen wiederum wurde klinischen Praktikern aus dem Bereich Trauma oder Schizophrenie vorgelegt. Diese Vorgehensweise soll ein Einblick in die klinische Praxis bezüglich dieses Fachbereichs ermöglichen.

8.2 Untersuchungsablauf. Wie oben beschrieben gliedert sich diese Untersuchung in die zwei Stufen ExpertInneninterviews und quantitative Untersuchung.

8.2.1 ExpertInneninterviews. Die Erhebung der Daten erfolgte mittels eines offenen, halbstrukturierten Leitfadeninterviews. Der Leitfaden wurde theoriegeleitet anhand der aufgestellten Hypothesen konstruiert. Aufgrund örtlicher Distanzen zwischen den Wohnsitzen wurden die Interviews telefonisch durchgeführt. Es wurden insgesamt vier Interviews mit ExpertInnen, spezialisiert auf den Zusammenhang zwischen Trauma und Schizophrenie, geführt.

8.2.1.1 Auswahl der ExpertInnen. Um Informationen für die Beantwortung der Fragestellungen zu erlangen wurden Personen ausgewählt, die Expertise bezüglich des Zusammenhangs zwischen Trauma und Schizophrenie aufweisen. Vor allem waren diejenigen, die selbst Teil des Handlungsfeldes sind, für die Untersuchung interessant. Laut Meuser und Nagel (1991) verfügen ExpertInnen gegenüber der/m Forschenden über einen Informationsvorsprung, also sozusagen über Wissen, das nicht jedem zugänglich ist. Sie sind am Handlungszusammenhang Interessierte oder aktiv Beteiligte und verfügen somit über Betriebs- und Kontextwissen (Ullrich, 2006). Ausfindig gemacht wurden diese ExpertInnen durch eine Recherche im Internet. Aufgrund des hohen Aufwands und der Fehlerhaftigkeit von Übersetzungen in andere Sprachen, wurde diese Untersuchung auf den deutschsprachigen Raum beschränkt. Dieser umfasst Österreich, Deutschland und einzelne Teile der Schweiz. Die ExpertInnen sollten sowohl im klinischen Bereich tätig sein und im Kontakt mit entsprechenden PatientInnen stehen, als auch über Wissen auf dem aktuellen Stand der Forschung in diesem Bereich verfügen. Aus diesem Grund wurde nach publizierten Artikeln oder Vorträgen der ExpertInnen im Internet gesucht. Insgesamt konnten 12 Personen ausfindig gemacht werden, die dem beschriebenen Profil entsprachen. Von diesen 12 Personen waren drei für ein ausführliches Telefoninterview und

eine Person für eine schriftliche Bearbeitung der Fragen bereit. Drei ExpertInnen stammten aus Deutschland und ein/e ExpertIn aus Österreich. Alle vier ExpertInnen besitzen vertiefendes Wissen im Bereich des interessierenden Forschungsgebiets auf und führen eine Leiterfunktion in einer psychiatrischen Klinik aus.

8.2.1.2 Durchführung der Interviews. Bei der Datenerhebung wurde die Methode des offenen, halbstrukturierten Interviews eingesetzt. Es wurde besonderes Augenmerk darauf gelegt, den Interviewpartnern das freie Erzählen zu ermöglichen, um Offenheit des Interviewverlaufs zu gewährleisten. Ein leitfadenorientiertes Gespräch wird dem thematisch begrenzten Interesse des Forschungsgebiets und dem ExpertInnenstatus des Gegenübers gerecht. Es wurde ein Leitfaden basierend auf die im Vorhinein aufgestellten Hypothesen konstruiert. Das Leitfadeninterview kommt unter anderem bei der Entwicklung von quantitativen Fragebögen auf der Basis qualitativer Untersuchung bei kleinen Gruppen zum Einsatz (Stier, 1999). Der Leitfaden dient der Strukturierung des Interviews und ermöglicht dadurch den Vergleich der Ergebnisse unterschiedlicher Interviews (Bortz & Döring, 2003). Einen weiteren Vorteil von Leitfadeninterviews stellt der Freiraum für eigene Formulierungen dar. Dadurch wird ein hoher Informationsgewinn gewährleistet.

Aufgrund der örtlichen Distanz wurden die Gespräche telefonisch durchgeführt. Telefoninterviews haben den Vorteil, dass sie zeitlich synchron, aber an verschiedenen Orten stattfindende Kommunikation bereitstellen (Mey & Mruck, 2010) und eine wichtige und kostengünstige Art der Datenerhebung darstellen (Dresting & Pehl, 2013). Der Nachteil von Telefoninterviews stellt der Informationsverlust non-verbaler Ausdrücke dar (Mey & Mruck, 2010). Dieser Nachteil spielt bei ExpertInneninterviews jedoch eine geringere Rolle, da bei ihnen das mitgeteilte Wissen im Vordergrund steht. Visuelle bzw. non-verbale Informationen werden nicht zum Gegenstand der Interpretation von ExpertInneninterviews gemacht (Meuser & Nagel, 1991).

Im Zeitraum von Februar bis März 2014 wurden insgesamt drei Telefoninterviews und eine schriftliche Beantwortung der Fragen mit ExpertInnen aus dem Fachbereich Trauma und Schizophrenie durchgeführt. Durchschnittlich dauerten die Interviews zwischen 20 und 30 Minuten. Am Beginn der Interviews wurden die InterviewpartnerInnen über das Vorhaben der Untersuchung, sowie über die geplante weitere Durchführung informiert. Im Anschluss daran wurde eine Einverständniserklärung der Interviewten für das Aufnehmen des gesamten Gesprächs mithilfe eines digitalen Audioaufnahmege-
räts

eingeholt. Neben der digitalen Aufzeichnung des Interviews wurden zusätzlich Notizen während dem Gespräch gemacht.

8.2.1.3 Transkription. Die Transkription der durchgeführten Interviews wurde am Ende dieser Arbeit angefügt. Auf eine vollständige Transkription, die die Begrüßung und Abschlussworte umfasst, wurde verzichtet, da bei ExpertInneninterviews primär dem Inhalt eine besondere Bedeutung zukommt. Bei der Durchführung der Transkription wurde auf das Transkribiersystem aus dem Praxishandbuch zum Interview, Transkription und Analyse (Dresing & Pehl, 2013) zurückgegriffen. Dieses Transkribiersystem von Dresing und Pehl (2013) eignet sich hervorragend für ExpertInneninterviews, da aufwendige Notationssysteme, wie sie bei narrativen Interviews zum Einsatz kommen, überflüssig sind (Meuser & Nagel, 1991). Pausen, Stimmlagen oder sonstige nonverbale und parasprachliche Elemente wurden nicht zum Gegenstand der Interpretation gemacht.

8.2.1.4 Auswertung. Die Auswertung der durchgeführten Interviews wurde mithilfe einer inhaltsanalytischen Auswertungsstrategie, wie sie von Meuser und Nagel (1991) beschrieben wurde, ausgeführt. Meuser und Nagel haben sich vor allem mit der explorativen Analyse von ExpertInneninterviews auseinandergesetzt. Ziel dieser inhaltsanalytischen Auswertung ist es, für den Forschungsbereich interessierende Themen und Inhalte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen. Dadurch wird ein Vergleich der ExpertInnenaussagen, sowie Aussagen über gemeinsam geteilte Wissensbestände und Wirklichkeitskonstruktionen ermöglicht.

Die qualitative Inhaltsanalyse wurde durch die Computersoftware ATLAS.ti der aktuellen Version 7.1 unterstützt. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine computergestützte Aufarbeitung, Analyse und Darstellung der empirischen Daten. ATLAS.ti stellt Werkzeuge zur Verfügung, die die Organisation von Daten, das Kodieren von Datensegmenten, das Wiederauffinden dieser und die graphische Darstellung der Forschungsergebnisse ermöglicht. Es basiert auf dem sogenannten *Code-and-Retrieve-Verfahren*, welches beim Kodieren und Wiederauffinden bestimmter Textstellen verwendet wird (Friese, 2013).

Angelehnt an Meuser und Nagel (1991) wurden in einem ersten Schritt für die Forschungsfragen wichtige Textstellen paraphrasiert. Der nächste Schritt beinhaltete die Verdichtung des Material und bestand darin, die paraphrasierten Passagen mit Überschriften zu versehen. Textpassagen, die gleiche oder ähnliche Themen behandelten, wurden zusammengestellt und entsprechend eine neue Hauptüberschrift formuliert. Die

entwickelten Kategorien und Unterkategorien, die in der Auswertung aufgenommen wurden, ergaben sich aus den thematischen Schwerpunkten des Leitfadens. Bei dieser Vorgehensweise handelt es sich um eine deduktive Methode, bei der die Kategorien in einem Operationalisierungsprozess basierend auf den festgelegten Schwerpunkten entwickelt werden. Dabei standen vor allem die Fragestellungen und Hypothesen im Mittelpunkt der Analyse. Abschließend wurde beim thematischen Vergleich die Fülle von Daten verdichtet, um Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Abweichungen und Widersprüche festzuhalten. Aus den entstandenen Kategorien konnten jeweils mehrere themenspezifische ExpertInnenaussagen, die Übereinstimmung in der Inhaltsanalyse erlangt haben, extrahiert werden. Insgesamt wurden 15 ExpertInnenaussagen gebildet, die für die Beantwortung der Forschungsfragen von Interesse sind. Diese stellen das Konstrukt für den Fragebogen der quantitativen Untersuchung dar.

8.2.2 Quantitative Untersuchung. Auf Basis der getätigten ExpertInnenaussagen wurde ein quantitativer Fragebogen konstruiert. Dieser wurde klinischen PraktikerInnen, die auf das Fachgebiet Trauma *oder* Schizophrenie spezialisiert sind, vorgegeben. Dadurch wurde ein Vergleich zwischen ExpertInnen spezialisiert auf den Zusammenhang zwischen Trauma und Schizophrenie und klinischem Personal, die derzeit mit Trauma- oder SchizophreniepatientInnen arbeiteten, ermöglicht. Das heißt, es fand eine Gegenüberstellung vom aktuell anerkannten Stand der Forschung und dem tatsächlichen Umgang mit den betroffenen Patienten in der klinischen Praxis, statt.

8.2.2.1 Konstruktion des Fragebogens. Der Aufbau des Fragebogens wurde ähnlich gestaltet wie ein Fragebogen einer Delphi-Studie. Die vorliegende Untersuchung und die Delphi-Methode verfolgen dasselbe Ziel: es werden ExpertInnenmeinungen zu einem bestimmten Themenbereich gesammelt. In einer Delphi-Studie werden die ExpertInnenaussagen in einer ersten Runde oder anhand einer Voruntersuchung gesammelt. In weiteren Runden, meist zwei bis drei, sollen die ExpertInnen ihre Zustimmung bzw. Ablehnung zu den getroffenen Aussagen angeben. Ziel ist es, am Ende der Untersuchung einen Konsens bzw. Dissens zwischen den ExpertInnenaussagen zu erlangen (Hsu & Standford, 2007; Powell, 2002). Da sich die Delphi-Methode aufgrund der vielen Durchgänge sehr aufwendig gestaltet und hohe Drop-Out-Raten aufweist (Hsu & Standford, 2007), wurde stattdessen eine einfache Befragungsmethode für diese Untersuchung ausgewählt.

Mit Hilfe der vorangegangenen qualitativen Inhaltsanalyse der ExpertInneninterviews, wurden übereinstimmende ExpertInnenaussagen formuliert, die zur Konstruktion

des quantitativen Fragebogens führten. Zu den aufgestellten fünf Hypothesen konnten insgesamt 15 ExpertInnenaussagen generiert werden. Auf einer 7-stufigen Likert-Skala konnte von den UntersuchungsteilnehmerInnen die Zustimmung bzw. Ablehnung zu diesen 15 Aussagen angekreuzt werden, wobei 1 starke Ablehnung, 4 Neutral und 7 starke Zustimmung ausdrückten.

8.2.2.2 Auswahl der ExpertInnen. Es wurde nach Personen gesucht, die in der klinischen Praxis im direkten Kontakt zu Trauma- oder SchizophreniepatientInnen stehen. Dazu zählten diplomierte, sowie klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, psychotherapeutische(r) HeilpraktikerInnen und PsychiaterInnen. Expertise war nur auf einem der beiden Fachbereiche erforderlich, Trauma oder Schizophrenie. Ihre Meinungen sollten Aufschluss über den klinischen Alltag geben, um somit eine Vergleichbarkeit zwischen aktuellem Forschungsstand und klinischer Praxis zu ermöglichen. Die TraumaexpertInnen wurden anhand von Listen eingetragener TraumatherapeutInnen ausfindig gemacht und mit einem standardisierten Mail kontaktiert. Aufgrund ihrer speziellen Ausbildung in Traumatherapie wurde von einer ausreichenden Expertise in diesem Bereich ausgegangen. ExpertInnen auf dem Themengebiet Schizophrenie waren schwieriger ausfindig zu machen, da es keine spezielle Therapierichtung für schizophrene PatientInnen gibt. Es wurden verschiedene Gesellschaften für schizophrene Erkrankungen angeschrieben, sowie psychiatrische Kliniken, die spezielle Abteilungen für psychotische Störungen aufwiesen. Die ausfindig gemachten SchizophrenieexpertInnen wurden mit demselben standardisierten Mail kontaktiert. Insgesamt nahmen 54 klinisch Praktizierenden in den Bereichen Trauma und Schizophrenie an der Fragebogenuntersuchung teil.

8.2.2.3 Auswertung. Der quantitative Fragebogen wurde mithilfe des computerunterstützten Statistikprogramms SPSS der Version 17.0 ausgewertet. Es fand eine deskriptive Analyse der Antworthäufigkeiten statt. Abhängig von den Autoren einer Delphi-Studie werden unterschiedliche Lageparameter für die Analyse der Ergebnisse ermittelt (Hsu & Standford, 2007; Powell, 2003). Zulässige Lageparameter für die Delphi-Untersuchung sind Mittelwert, Median, Modalwert, sowie Standardabweichung oder Quartilabstände, dennoch wurden in vorangegangenen Studien selten alle fünf berechnet. In dieser Studie wurde pro Aussage Mittelwert, Median und Modalwert berechnet, da diese ausreichende Informationen für einen Vergleich zwischen den einzelnen Aussagen liefern.

Nachdem die Lageparameter pro Aussage berechnet wurden, erfolgte eine Gliederung der 7-stufigen Likert-Antwortskala. Die Antwortskala reichte von 1 *starke Ablehnung*

bis 7 *starke Zustimmung*. Aus dieser Likert-Skala wurden folgende drei Antwortkategorien konzipiert und wiederum die Häufigkeiten pro Aussage berechnet:

- ≤ 3 Ablehnung
- 4 Neutral
- ≥ 5 Zustimmung

In weiterer Folge wurde untersucht, ob sich die Aussagen von Trauma- und SchizophrenieexpertInnen signifikant voneinander unterscheiden. Der Test zur Berechnung der Unterschiede zwischen zwei unabhängiger Variablen war der Mann-Whitney-U-Test (Mann & Whitney, 1947). Dieser wird für die Berechnung der Unterschiede zwei nicht-parametrischen Stichproben eingesetzt. Vorausgesetzt werden ordinalskalierte Variablen. Bei der Berechnung der Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen wurde der Kruskal-Wallis-Test (Kruskal & Wallis, 1952) eingesetzt. Dieser dient dem Vergleich mehrerer unabhängiger Stichproben hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz.

9. Ergebnisse

9.1 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Meuser und Nagel (1999) wurden deduktiv zu den fünf Fragestellungen fünf Hauptkategorien mit insgesamt 11 Unterkategorien gebildet (s. Tabelle 4). Zusätzlich wurde angegeben wie häufig eine Haupt- oder Subkategorie Zuspruch von einem/er der vier ExpertInnen erhalten hat. Zu diesen Kategorien wurden insgesamt 15 ExpertInnenaussagen formuliert, die der Konstruktion des nachfolgenden quantitativen Fragebogens dienen. Bei diesen Aussagen handelt es sich nicht um wörtliche Zitate, sondern um generell übereinstimmende Aussagen zum jeweiligen Thema.

Tabelle 4:

Deduktiv gebildete Kategorien und Unterkategorien mit Häufigkeitsangaben

	N	%
K1: Zusammenhang zwischen Trauma und Schizophrenie	4	100
Signifikanter Zusammenhang	4	100
Faktor Trauma	4	100
Multikausalität	4	100
K2: Dosis-Wirkungsbeziehung	4	100
K3: Spezifische Zusammenhänge	3	75
Zusammenhang zu positiven Symptomen	3	75
Zusammenhang zu akustischen Halluzinationen	3	75
K4: Zusammenhang zwischen Trauma und Inhalten von Halluzinationen	4	100
Direkter Zusammenhang	1	25
Indirekter Zusammenhang	4	100
Dekontextualisierte Traumata	2	100
K5: Krankheitsbild von Schizophrenien	3	75
Schwerwiegendere Verlaufsdynamik	2	50
Komplexere Krankheitsbilder	2	50
Früherer Krankheitsbeginn	1	25

K1: Zusammenhang zwischen Trauma und Schizophrenie.

Signifikanter Zusammenhang. Die ExpertInnen bestätigten einheitlich den Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einer Schizophrenie im Erwachsenenalter. Sie verwiesen zudem auf Studien, die dies mittlerweile gut belegen können.

„Es gibt einen Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie.“

Faktor Trauma. Ursachenbezogen zeigt sich bei der Schizophrenie laut den Aussagen der ExpertInnen ein sehr heterogenes Bild. Die Ätiopathogenese kann nicht auf einen einzelnen Faktor zurückgeführt werden, sondern es handelt sich dabei um ein komplexes Geflecht verschiedener interagierender Faktoren. Dabei ist der Faktor Trauma wesentlich und trägt entscheidend zur Risikoerhöhung bei. Die Komponente des emotionalen Missbrauchs spielt eine genauso große Rolle wie jene des sexuellen oder körperlichen Missbrauchs. Sexueller oder körperlicher Missbrauch kann nicht ohne einen gleichzeitigen emotionalen Missbrauch stattfinden. Diese Faktoren sind in einem komplexen Erziehungs- und Entwicklungskontext einzubetten.

„Trauma in der Kindheit ist ein wesentlicher Faktor, der die Entwicklung einer späteren Schizophrenie begünstigt.“

„Bei der Ätiopathogenese von Schizophrenien handelt es sich um ein komplexes Geflecht verschiedener interagierender Faktoren, wovon Trauma einen darstellt.“

„Neben sexuellen und körperlichen Missbrauchs- und Vernachlässigungserlebnissen, spielen auch emotionale eine bedeutende Rolle.“

Multikausalität. Nach Angaben der ExpertInnen gibt es guten Anhalt zu glauben, dass der Zusammenhang zwischen Trauma und Schizophrenie kausal ist. Dieser ist jedoch auf keinen Fall monokausal, da viele weitere Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Ätiopathogenese der Schizophrenie spielen. Das Ganze sollte in einem multifaktoriellen System betrachtet werden

„Es besteht ein multikausaler Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie.“

K2: Dosis-Wirkungsbeziehung. Die Anzahl und der Schweregrad von Missbrauchs- oder Vernachlässigungsfällen kann die Symptomatik einer Schizophrenie beeinflussen. Die ExpertInnen berichten von einer Vielzahl gut validierter Studien, die dies belegen konnten. In einigen wurden hohe ORs berichtet, welche besagen, dass bei einem häufigeren Erleben von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit die spätere Symptomatik bei Schizophrenen schwerwiegender ausfällt.

„Die Anzahl und der Schweregrad der Missbrauchs- oder Vernachlässigungsvorfällen haben einen Einfluss auf den Schweregrad der Symptomatik von Schizophrenien.“

„Umso häufiger und schwerwiegender Missbrauchs- oder Vernachlässigungsvorfälle sind, desto schwerwiegender zeigt sich die spätere Symptomatik von Schizophrenien.“

K3: Spezifische Zusammenhänge.

Zusammenhang zur Positivsymptomatik. Drei der vier ExpertInnen berichten in den Interviews über relativ eindeutige Hinweise für eine stärkere Assoziation zwischen biographischen Traumaerfahrungen und der Positivsymptomatik als zwischen biographischen Traumaerfahrungen und der Negativsymptomatik einer Schizophrenie.

„Es besteht ein stärkerer Zusammenhang zwischen Trauma und den positiven Symptomen als zwischen Trauma und den negativen Symptomen einer Schizophrenie.“

Zusammenhang zu akustischen Halluzinationen. Es konnten signifikante Korrelationen zwischen Trauma und positiven Symptomen, wie visuelle, akustische oder taktile, nachgewiesen werden. Der Großteil der ExpertInnen spricht sich insbesondere für einen spezifischen Zusammenhang zwischen Trauma und akustischen Halluzinationen aus. Dieser scheint am besten fundiert und am robustesten zu sein.

„Im Vergleich zu den einzelnen Symptomen von Schizophrenien besteht eine stärkere Assoziation zwischen Trauma und den akustischen Halluzinationen.“

K4: Zusammenhang zwischen Trauma und Inhalten von Halluzinationen.

Direkter Zusammenhang. Die Inhalte von Sinnestäuschungen, wie etwa Wahn oder Halluzinationen können durch frühe Erlebnisse getönt sein. Speziell Halluzinationen korrelieren mit frühen traumatischen Erfahrungen. Es gibt Ergebnisse in der Literatur, die einen direkten Zusammenhang aufzeigen, aber auch welche, die überhaupt keinen Zusammenhang aufweisen. Zwei der vier ExpertInnen stimmen einem direkten Zusammenhang zwischen Trauma und den Inhalten von Halluzinationen zu.

„Die Inhalte von Halluzinationen können durch frühe traumatische Erlebnisse in der Kindheit gefärbt sein.“

Indirekter Zusammenhang. Neben den direkten Zusammenhängen zwischen frühen Traumaerfahrungen und den Inhalten von Halluzinationen, gibt es auch die indirekten

Zusammenhänge. Das bedeutet, dass nicht explizit die Inhalte vom traumatischen Erlebnis und den Halluzinationen übereinstimmen müssen, sondern dass sie dasselbe Thema aufweisen. Dabei wird auch von subtilen Zusammenhängen gesprochen. Die Theorie der indirekten Zusammenhänge erlangte unter den ExpertInnen einheitlichere Übereinstimmung als die der direkten.

„Es gibt Zusammenhänge zwischen frühen Traumatisierungserfahrungen und den Themen von Halluzinationen.“

Dekontextualisierte Traumata. Die Hälfte der ExpertInnen ist der Meinung, dass bestimmte akustische Halluzinationen dekontextualisierte traumatische Wiederhallerinnerungen bzw. intrusive Erinnerungen darstellen können. Das heißt, dass der Inhalt des erlebten Traumas aus seinem ursprünglichen Kontext herausgenommen und in den neuen Bedeutungskontext der Halluzination eingebettet wird.

„Es kann sich bei den Inhalten von Halluzinationen um dekontextualisierte Traumata handeln.“

K5: Krankheitsbild von Schizophrenien. Bei der Beantwortung der Interviewfragen, ob ein Missbrauch oder eine Vernachlässigung in der Kindheit zu einem früheren Krankheitsbeginn, schnelleren Krankheitsverlauf, früherer Erstaufnahme, längeren und häufigeren Hospitalisierungen bei Schizophrenen führen kann, zeigte sich ein inhomogenes Antwortprofil (s. Tabelle 5). Drei der vier ExpertInnen sprachen sich für einen potentiellen Zusammenhang aus, jedoch wurden nur von zwei ExpertInnen detailliertere Angaben zu den Auswirkungen gemacht. Trotz der Inkonsistenz dieser Ergebnisse wurden die Aussagen in den quantitativen Fragebogen für eine weitere Analyse aufgenommen.

Tabelle 5:

Krankheitsbild von Schizophrenien

	Allgemeine Bestätigung	Verlaufsdynamik	Komplexere Krankheitsbilder	Früherer Krankheitsbeginn
Experte 1	+			
Experte 2	-			
Experte 3	+	+	+	
Experte 4	+	+	+	+

Anmerkung: ein Plus (+) signalisiert eine Zustimmung, ein Minus (-) eine Ablehnung

Schwerwiegendere Verlaufsdynamik. Frühe Missbrauchs- oder Vernachlässigungsvorfälle in der Kindheit können laut den Aussagen von zwei ExpertInnen den Krankheitsverlauf einer späteren Schizophrenie beeinflussen und zu einer schwerwiegenderen Verlaufsdynamik führen.

„Schizophrene Personen, die Missbrauch oder Vernachlässigung in ihrer Kindheit erlebt haben, weisen eine schwerwiegendere Verlaufsdynamik auf als jene ohne Missbrauchs- oder Vernachlässigungshintergrund.“

Komplexere Krankheitsbilder. Zwei der vier ExpertInnen berichten, dass das Erleben von Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit einen Einfluss auf das spätere Krankheitsbild haben kann. Dies zeigt sich durch ein maladaptiveres, komplexeres Krankheitsbild. Die betroffenen PatientInnen sind oftmals global schwerer erkrankt.

„Bei Schizophrenen mit Missbrauchs- oder Vernachlässigungshintergrund zeigen sich komplexere klinische Krankheitsbilder im Vergleich zu Schizophrenen ohne einen solchen.“

Früherer Krankheitsbeginn. Eine/r der vier ExpertInnen berichtete wiederholt über hohe Raten von schizophren Erkrankten in seiner/ihrer Früherkennungsambulanz. Er/sie verweist aufgrund eigener Erfahrung darauf hin, dass das Erleben von Kindesmissbrauch zu einem früheren Krankheitsbeginn bei Schizophrenen führen kann. Die restlichen ExpertInnen haben sich nicht zu diesem Thema geäußert bzw. dieses verneint.

„Es zeigt sich, dass das Erleben frühkindlicher Traumata zu einem frühen Krankheitsbeginn von schizophrenen Störungen führt.“

9.2 Ergebnisse des quantitativen Fragebogens. Der quantitative Fragebogen setzt sich aus den 15 ExpertInnenaussagen, die durch die qualitative Inhaltsanalyse gewonnen werden konnten, zusammen. Diese Aussagen wurden nochmals in Abbildung 1 veranschaulicht. Der Fragebogen ist in vollem Umfang im Anhang zu finden. Den Befragten stand eine Auswahl zwischen 7 verschiedenen Antwortmöglichkeiten, von starker Ablehnung bis starker Zustimmung, zur Verfügung. Auf dieser 7-stufigen Skala konnten sie angeben, wie sehr sie einer Aussage aufgrund ihrer Erfahrung zustimmen bzw. nicht zustimmen.

Es gibt einen Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie.
Trauma in der Kindheit ist ein wesentlicher Faktor, der die Entwicklung einer späteren Schizophrenie begünstigt.
Bei der Ätiopathogenese von Schizophrenien handelt es sich um ein komplexes Geflecht verschiedener interagierender Faktoren, wovon Trauma einen darstellt.
Es besteht ein multikausaler Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie.
Die Anzahl und der Schweregrad der Missbrauchs- oder Vernachlässigungsvorfälle haben einen Einfluss auf den Schweregrad der Symptomatik von Schizophrenien.
Umso häufiger und schwerwiegender Missbrauchs- oder Vernachlässigungsvorfälle vorkommen, desto schwerwiegender zeigt sich die spätere Symptomatik von Schizophrenien.
Es besteht ein stärkerer Zusammenhang zwischen Trauma und den positiven Symptomen als zwischen Trauma und den negativen Symptomen einer Schizophrenie.
Im Vergleich zu den einzelnen Symptomen von Schizophrenien besteht eine stärkere Assoziation zwischen Trauma und den akustischen Halluzinationen.
Die Inhalte von Halluzinationen können durch frühe traumatische Erlebnisse in der Kindheit gefärbt sein.
Es gibt Zusammenhänge zwischen frühen Traumatisierungserfahrungen und den Themen von Halluzinationen.
Es handelt sich bei den Inhalten von Halluzinationen um dekontextualisierte Traumata.
Schizophrene Personen, die Missbrauch oder Vernachlässigung in ihrer Kindheit erlebt haben, weisen eine schwerwiegendere Verlaufsdynamik auf als jene ohne Missbrauchs- oder Vernachlässigungshintergrund.
Bei Schizophrenen mit Missbrauchs- oder Vernachlässigungshintergrund zeigen sich komplexere klinische Krankheitsbilder im Vergleich zu Schizophrenen ohne einen solchen.
Es zeigt sich, dass das Erleben frühkindlicher Traumata zu einem frühen Krankheitsbeginn von schizophrenen Störungen führen kann.
Neben sexuellen und körperlichen Missbrauchs- und Vernachlässigungserlebnissen, spielen auch emotionale eine bedeutende Rolle.

Abbildung 1. ExpertInnenaussagen

9.2.1 Stichprobenbeschreibung. Insgesamt wurden 54 Fragebögen ausgefüllt retourniert. Die TeilnehmerInnen wurden nach ihrer Berufsgruppe (s. Tabelle 6) und ihrem zuständigen Fachbereich (s. Tabelle 7) eingeteilt.

Im Fragebogen konnten die TeilnehmerInnen zwischen den Berufsgruppen diplomierte(r) PsychologIn, klinische(r) PsychologIn, PsychotherapeutIn, psychotherapeutische(r) HeilpraktikerIn und PsychiaterIn auswählen. Da die Anzahl der diplomierten PsychologInnen sehr gering ausfiel, wurde diese mit den klinischen PsychologInnen zu einer gemeinsamen *Psychologen*-Gruppe zusammengefasst. Das gleiche geschah mit den psychotherapeutischen HeilpraktikerInnen und den PsychotherapeutInnen. Gleichzeitig wurde eine neue Gruppe gebildet, da sehr viele PsychologInnen eine zusätzliche Psychotherapieausbildung aufwiesen.

Tabelle 6:

Häufigkeitstabelle Berufsgruppe

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychologen	7	13,0	13,0	13,0
Psychotherapeuten	14	25,9	25,9	38,9
Psychiater	21	38,9	38,9	77,8
Psychologen & Psychotherapeuten	12	22,2	22,2	100,0
Gesamt	54	100,0	100,0	

Ursprünglich war in der Untersuchung vorgesehen, dass die Befragungspersonen nur ein zugehöriges Fachgebiet ankreuzen sollten. Dennoch ließ es sich nicht vermeiden, dass manche Personen beide Fachgebiete angekreuzt haben, da sie in der Klinik mit beiden Patientengruppen arbeiteten. Aus diesem Grund wurde eine dritte Fachgruppe *Trauma und Schizophrenie* gegründet und in der Analyse mitberücksichtigt (s. Tabelle 7).

Tabelle 7:

Häufigkeitstabelle Fachgruppe

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Pro- zente	Kumulierte Pro- zente
Trauma	24	44,4	44,4	44,4
Schizophrenie	21	38,9	38,9	83,3
Trauma & Schizo- phrenie	9	16,7	16,7	100,0
Gesamt	54	100,0	100,0	

9.2.2 Analyse signifikanter Unterschiede.

9.2.2.1 *Berufsgruppe.* Mithilfe des Kruskal-Wallis-Tests konnten signifikante Unterschiede zwischen den Aussagen der verschiedenen Fachgruppen festgestellt werden. Es wurden bei folgenden drei Aussagen signifikante Gruppenunterschiede ($\alpha \leq 0,05$) festgestellt: Zusammenhang zwischen Trauma und Schizophrenie, schwerwiegendere Verlaufsdynamik und komplexere klinische Krankheitsbilder. Die Berechnung erfolgte für alle 15 Aussagen. In Tabelle 8 wurden die signifikanten Gruppenunterschiede angeführt.

Tabelle 8:

Gruppenunterschiede Berufsgruppe^{a,b}

	Zusammenhang zwi- schen Trauma und Schi- zophrenie	Schwerwiegendere Ver- laufsdynamik	Komplexere klinische Krankheitsbilder
Chi-Quadrat	15,038	10,976	9,072
df	3	3	3
Asymptotische Signifikanz	0,002	0,012	0,028

^a Kruskal-Wallis-Test

^b Gruppenvariable: Berufsgruppe

Um herauszufinden zwischen welchen Gruppen signifikante Unterschiede bestehen, wurden alle vier Gruppen miteinander verglichen. Dazu wurden insgesamt sechs Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Durch das multiple Testen derselben Stichprobe erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Alpha-Fehlers. Aus diesem Grund wurde die

Bonferonni-Korrektur angewendet. Dabei wird das α -Niveau zu gleichen Teilen auf die Einzeltests verteilt. Bei einem ursprünglichen $\alpha=0,05$ ergab dies ein neues α von 0,008. Es konnten nach der Bonferonni-Korrektur signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Fachgruppen der Psychologen und der Psychiatern in allen drei Aussagen festgestellt werden (s. Tabelle 9).

Tabelle 9:

Gruppenunterschiede: Psychologen und Psychiater^{a,b}

	Zusammenhang zwischen Trauma und Schizophrenie	Schwerwiegendere Verlaufsdynamik	Komplexere klinische Krankheitsbilder
Mann-Whitney-U	12,000	19,500	25,000
Wilcoxon-W	40,000	47,500	53,000
Z	-3,357	-2,924	-2,639
Asymptotische Signifikanz	0,001	0,003	0,008
Exakte Signifikanz	0,000 ^a	0,002 ^a	0,008 ^a

^a Nicht für Bindungen korrigiert.

^b Gruppenvariable: Berufsgruppe.

Ein Vergleich der Mittel- und Modalwerte der PsychologInnen und PsychiaterInnen zeigt, dass die PsychiaterInnen bei den drei Aussagen signifikant höhere Werte angekreuzt haben und dadurch diesen Aussagen grundsätzlich mehr Zustimmung entgegengebracht haben als die PsychologInnen (s. Tabelle 10).

Tabelle 10:

Mittel- und Modalwertvergleich zwischen Psychologen und Psychiatern

	Zusammenhang zwischen Trauma und Schizophrenie	Schwerwiegendere Verlaufsdynamik	Komplexere klinische Krankheitsbilder
Psychologen			
Mittelwert	3,29	3,00	3,29
Modus	3 ^a	5	1 ^a
Psychiater			
Mittelwert	5,71	5,67	5,57
Modus	5 ^a	7	6

^a Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

9.2.2.2 Fachbereich. Für Gruppenunterschiede zwischen den drei Fachbereichen wurde der Kruskal-Wallis-Test eingesetzt. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Fachbereichen *Trauma*, *Schizophrenie* oder *Trauma und Schizophrenie* festgestellt werden.

9.2.3 Deskriptive Analyse des Fragebogens. In Tabelle 11 sind die Antworthäufigkeiten pro Aussage aufgelistet. Angegeben wurde der Mittelwert, der Median und der Modalwert. Während der Mittelwert den Durchschnittswert darstellt, ist der Median jener Wert, der in einer größtmäßig geordneten Reihe exakt in der Mitte liegt. Der Modalwert definiert den Wert, der am häufigsten vorkommt und somit die am häufigsten angekreuzte Antwort darstellt.

Tabelle 11:

Häufigkeitstabelle der Antworten

	Zusammenhang zw. Trauma und Schizo- phrenie	Trauma ist ein wesentlicher Faktor	Trauma ist ein interagierender Faktor	Multikausaler Zusammenhang	Anzahl und Schweregrad von Trauma	Je häufiger und schwerwiegen- der	Zusammenhang zur Posi- tivsymptomatik	Trauma und akustische Hal- luzinationen
N Gültig	54	54	54	53	54	54	53	54
Fehlend	0	0	0	1	0	0	1	0
Mittelwert	4,56	4,52	6,30	5,38	4,30	3,93	3,51	3,26
Median	5,00	5,00	7,00	6,00	4,50	4,00	4,00	3,00
Modus	5	5	7	7	5	2	2	2

	Inhalte geprägt von Trauma	Themen ge- prägt von Trauma	Dekontextuali- sierte Traumata	Schwerwiegen- dere Ver- laufsdynamik	Komplexere kli- nische Krank- heitsbilder	Früherer Krank- heitsbeginn	Bedeutung von emotionalem Missbrauch
N Gültig	54	54	54	54	54	54	54
Fehlend	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert	5,07	4,96	4,74	4,87	4,93	3,67	5,84
Median	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	6,00
Modus	5	6	5	6	6	4	7

Für einen besseren Überblick wurden die Antworten 1-3 und 5-7 zusammengefasst (s. Tabelle 12). Dadurch ergaben sich folgende drei Antwortkategorien: Ablehnung, Neutral und Zustimmung. Die 15 Aussagen wurden in Tabelle 14 den entsprechenden Tabellen zugeteilt.

Tabelle 12:

Häufigkeiten der Ablehnung, neutralen Antworten und Zustimmungen zu den Aussagen

		Ablehnung	Neutral	Zustimmung
H1: Zusammen- hang	Es gibt einen Zusammenhang	29,6	13,0	57,4
	Trauma ist ein wesentlicher Faktor	22,2	14,8	63,0
	Emotionaler Missbrauch	11,1	0,00	88,9
	Interagierende Faktoren, Trauma ist einer davon	1,9	7,4	90,7
	Multikausaler Zusammenhang	15,1	9,3	75,6
H2: Spezifischer Zu- sammenhang	Zusammenhang zu Positivsymptomatik	49,2	18,6	32,2
	Zusammenhang zu akustischen Halluzinationen	57,6	14,8	27,6
H3: Inhalte	Themen von Halluzinationen	20,4	9,3	70,4
	Inhalte von Halluzinationen	18,5	9,3	72,2
	Dekontextualisierte Traumata	18,5	20,4	61,1
H4: Dosis-Wir- kungsbeziehung	Anzahl und Schweregrad	31,5	18,5	50,0
	Je häufiger und schwerwiegender, desto...	42,6	20,4	37,0
H5: Krankheitsbil- der	Schwerwiegendere Verlaufsdynamik	24,1	9,3	66,6
	Komplexere Krankheitsbilder	20,3	9,3	70,4
	Früherer Krankheitsbeginn	42,6	25,9	31,5

Anmerkung: Prozentangaben (%)

Während der Zusammenhang bei allen Aussagen mindestens 57% Zustimmung erlangt hat, wurde der spezifische Zusammenhang überwiegend abgelehnt. Die Aussage, dass traumatische Erfahrungen in stärkerer Assoziation mit den positiven als den negativen Symptomen stehen, wurde von 49,2% abgelehnt. Der Zusammenhang zu akustischen Halluzinationen sogar von mehr als der Hälfte. Einer möglichen Übereinstimmung zwischen den Inhalten und Themen von Halluzinationen und früheren Missbrauchserfahrungen wurde noch mehr Zustimmung entgegen gebracht. Bei der Dosis-Wirkungsbeziehung zeigte sich ein inkonsistentes Bild: 50,0% stimmten zu, dass die Anzahl und der Schweregrad von Missbrauchsvorfällen einen Einfluss auf die spätere Symptomatik haben kann. Gleichzeitig konnten jedoch weniger Personen der Aussage: „Je häufiger und schwerwiegender ein Missbrauchserlebnis war, desto schwerwiegender zeigt sich die Symptomatik“ zustimmen. Im weiteren Verlauf waren sich die klinischen PraktikerInnen einig, dass eine frühe traumatische Erfahrung zu einer schwerwiegenderen Verlaufsdynamik und komplexeren klinischen Krankheitsbildern bei Schizophrenen führen kann. Jedoch stimmten nur 31,5% der Aussage zu, dass dies auch zu einem früheren Krankheitsbeginn führen kann, 42,6% hingegen lehnten diese Aussage gänzlich ab.

10. Diskussion

Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen von Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit auf die Entwicklung einer Schizophrenie im Erwachsenenalter zu untersuchen. Dazu wurden Interviews mit ExpertInnen auf dem Gebiet Trauma und Schizophrenie durchgeführt. Die Aussagen dieser ExpertInnen spiegelten zum größten Teil den aktuellen Forschungsstand wieder. Anhand der ExpertInnenaussagen wurde ein quantitativer Fragebogen erstellt, der wiederum 54 praktizierenden KlinikerInnen vorgegeben wurde. Diese sollten angeben, inwieweit sie diesen Aussagen zustimmen bzw. nicht zustimmen. Durch diese Untersuchung wurde nicht nur ein vertiefender Einblick in den interessierenden Forschungsgegenstand gewährleistet, sondern gleichzeitig auch ein Einblick in die klinische Praxis ermöglicht.

Der mittlerweile vielfach bestätigte Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie, konnte in dieser Studie bestätigt werden. Nicht nur ExpertInnen, die Expertise in beiden Bereichen aufwiesen, waren einheitlicher Meinung, sondern auch 57,4% der praktizierenden KlinikerInnen. Die besondere Rolle des emotionalen Missbrauchs, neben dem sexuellen und körperlichen,

erlangte in diesem Zusammenhang ebenfalls starke Zustimmung. In den ExpertInneninterviews wurde angegeben, dass ein sexueller oder körperlicher Missbrauch nicht getrennt von einem emotionalen betrachtet werden sollte, da diese immer in einem komplexen Erziehungs- und Entwicklungsgefüge stattfinden. Im Weiteren wurde der Versuch unternommen, die Art des Zusammenhangs zu identifizieren. Bislang wurde nur von Read et al. (2005) in ihrem Reviewartikel ein kausaler Zusammenhang vermutet. Es gibt jedoch bislang noch keine validen Studien, die diese Kausalität eindeutig zu belegen vermöchten. Dennoch stimmte ein Großteil der StudienteilnehmerInnen einer multikausalen Beziehung zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie zu. Dies sollte allerdings in einem komplexen Bedingungsgefüge betrachtet werden, in dem die Variable Trauma ein Faktor von vielen interagierenden Faktoren darstellt.

In der Literatur wird häufig von einer stärkeren Assoziation zwischen Trauma und den positiven Symptomen, als den negativen Symptomen der Schizophrenie berichtet (vgl. Kilcommons & Morrison, 2005; McCabe et al., 2012; Whitfield et al., 2005). Diese Theorie erlangte Zuspruch von den führenden ExpertInnen auf diesem Gebiet, wenn auch nicht so eindeutig wie der allgemeine Zusammenhang. Ebenso konnte der Zusammenhang zu akustischen Halluzinationen von drei der vier ExpertInnen Zustimmung erlangen. Bei der Fragebogenuntersuchung zeigte sich ein deutlich anderes Bild. Nahezu die Hälfte der TeilnehmerInnen sprach sich gegen einen spezifischen Zusammenhang zwischen Trauma und der Positivsymptomatik aus. Der noch spezifischere Zusammenhang zu den akustischen Halluzinationen wurde ebenfalls mehrheitlich von 57,6% abgelehnt. Dadurch kam es zur Ablehnung der Alternativhypothesen der zweiten Forschungsfrage. Die Nullhypothesen wurden beibehalten. Diese Diskrepanz zwischen den ExpertInnenaussagen und den Meinungen der praktizierenden KlinikerInnen ist möglicherweise dadurch erklärbar, dass die praktizierenden ExpertInnen ihre Erfahrungen hauptsächlich im Umgang mit ihren PatientInnen gewonnen haben. Dieser postulierte, spezifische Zusammenhang lässt sich jedoch nur sehr schwer in der Praxis beobachten. Es bedarf ausführlicher Gespräche und einer vertrauensvollen Beziehung, um solche spezifischen Zusammenhänge aufdecken zu können.

Laut einigen Studien (vgl. Read & Argyle, 1999; Read et al., 2003; Reif et al., 2012) können die Inhalte von Halluzinationen von frühen Missbrauchs- oder Vernachlässi-

gungsvorfällen in der Kindheit geprägt sein. Die ExpertInnen waren in ihrer Beantwortung dieser Interviewfrage relativ vorsichtig. Sie waren sich zwar einig, dass Halluzinationen häufig einen wahren Kern besitzen, dennoch sprach sich nur ein/e ExpertIn für einen direkten Zusammenhang zwischen frühen Missbrauchserfahrungen und den Inhalten von Halluzinationen aus. Jedoch konnten sich alle vier ExpertInnen einen indirekten Zusammenhang zu den Themen von Halluzinationen vorstellen. Sie bezogen ihre Annahmen auf die Ergebnisse der Studie von Hardy et al. (2005). Das Forscherteam um Hardy untersuchte den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und Halluzinationen an 75 psychotischen PatientInnen. Sie fanden bei 12,5% eine Übereinstimmung mit den Themen und Inhalten, bei 45% eine Übereinstimmung mit den Themen, nicht aber den Inhalten, und bei 42,5% keine Übereinstimmungen. Das bedeutet, es gibt diese direkten Zusammenhänge zu den Inhalten, aber häufiger können indirekte Zusammenhänge zu den Themen gefunden werden. Ebenso konnten es bei einer Vielzahl an Personen überhaupt keine Zusammenhänge gefunden werden. Bei der Fragebogenuntersuchung wurde die Hypothese eines Zusammenhangs zwischen Trauma und den Inhalten von Halluzinationen überwiegend bestätigt. Dies geschah mit einer allgemeinen Zustimmung von 60-72% der Personen. Gegenteilig zu den Befunden von Hardy et al. (2005) und den ExpertInnenaussagen erlangte der direkte Zusammenhang bei den KlinikerInnen mehr Zuspruch als der indirekte. Es könnte sein, dass diese beiden Aussagen missverstanden bzw. falsch zueinander in Bezug gesetzt wurden. Das Thema stellt eine höhere Ebene als jene des Inhaltes dar. Das heißt, ein Thema umfasst immer ein oder mehrere Inhalte. Eine Person kann halluzinogene Erfahrungen über Situationen haben in denen sie sich machtlos erlebt, muss aber nicht unbedingt einen sexuellen Missbrauch in der Halluzination erfahren, um eine Verbindung zu einem früheren sexuellen Übergriff herstellen zu können. An dieser Stelle wäre es von Vorteil gewesen, die Aussagen näher zu erläutern, um solche Missverständnisse vorzubeugen. Dies wäre allerdings im Rahmen einer Delphi-Studie in einer zweiten Fragebogenrunde von größerem Vorteil gewesen.

Konsistent mit den Ergebnissen aus der Literatur beantworteten die ExpertInnen einheitlich die Interviewfragen zur Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen frühen Traumaerfahrungen und einer nachfolgenden Schizophrenie. Allerdings zeigte die Fragebogenuntersuchung bei den beiden Aussagen zur Dosis-Wirkungsbeziehung ein sehr inkonsistentes Antwortbild. Der Fragebogen umfasste zwei Aussagen zur Überprüfung einer Do-

sis-Wirkungsbeziehung: 1) Die Anzahl und der Schweregrad der Missbrauchs- oder Vernachlässigungsvorfällen haben einen Einfluss auf den Schweregrad der Symptomatik von Schizophrenien, 2) Umso häufiger und schwerwiegender Missbrauchs- oder Vernachlässigungsvorfälle vorkommen, desto schwerwiegender zeigt sich die spätere Symptomatik von Schizophrenien. Während 50% der klinischen PraktikerInnen der ersten Aussage zustimmten, wurde sie von 31,5% abgelehnt. Die zweite Aussage erlangte allerdings nur mehr von 37% Zustimmung, aber von 42,6% Ablehnung. Es zeigt sich ein sehr inkonsistentes, unverständliches Antwortprofil, da mit beiden Aussagen versucht wurde, dasselbe auszudrücken. Bei der zweiten Aussage sollte es sich lediglich um eine konkrete Veranschaulichung der ersten Aussage handeln. Diese Forschungsfrage kann aufgrund dieser inkonsistenten Antworten nicht eindeutig geklärt werden. Aus diesem Grund wird die H0 beibehalten und die H1 verworfen. Diese sich widersprechenden Ergebnisse könnten abermals auf ein mögliches Missverständnis der Aussagen zurückgeführt werden. Vorstellbar ist auch, dass Personen generell eine Tendenz dazu haben allgemeinen Aussagen eher zuzustimmen und konkrete Aussagen eher abzulehnen. Dies tritt vor allem dann ein, wenn nicht über genügend Wissen auf einem Gebiet verfügt wird.

Die letzten drei ExpertInnenaussagen dienten zur Überprüfung der letzten Forschungsfrage, ob Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit das Krankheitsbild einer Schizophrenie beeinflussen kann. Es zeigte sich bei der Analyse der ExpertInneninterviews ein sehr inhomogenes Antwortprofil. Die Frage, ob Missbrauch in der Kindheit zu einem früheren Krankheitsbeginn, schnelleren Krankheitsverlauf, früherer Erstaufnahme, längeren und häufigeren Hospitalisierungen bei Schizophrenen führen kann, wurde von drei der vier ExpertInnen bejaht. Allerdings wurden nur von zwei dieser drei ExpertInnen detailliertere Angaben gemacht. Missbrauch in der Kindheit hat laut den Aussagen von zwei ExpertInnen einen Einfluss auf die Verlaufsdynamik und Komplexität von Krankheitsbildern bei SchizophreniepatientInnen. Nur einer der vier ExpertInnen war der Meinung, dass frühe Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen zu einem früheren Krankheitsbeginn bei Schizophrenen führen können. Ähnlich diesem Bild befürworteten die UntersuchungsteilnehmerInnen der Fragebogenuntersuchung potentielle Auswirkungen auf die Verlaufsdynamik und auf die Komplexität der Krankheitsbilder bei Schizophrenen. Der Aussage, dass aversive Erfahrungen in der Kindheit zu einem früheren Krankheitsbeginn führen können, wurde mehr Ablehnung als Zustimmung entgegen-

gebracht. Allerdings war ein Viertel der Befragten unschlüssig und gab eine neutrale Antwort an. Aufgrund dieser Ergebnisse wurden die H_{1,1}, H_{1,2} und die H_{1,3} der letzten Forschungsfrage angenommen, lediglich die H_{1,4} musste aufgrund dieser Studienergebnisse verworfen werden.

Bei der Analyse der Gruppenunterschiede zeigte sich ebenfalls ein sehr spannendes Ergebnis. Es konnten signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen der *Psychologen* und der *Psychiater* bei der Beantwortung von drei der fünfzehn Aussagen gefunden werden. PsychiaterInnen waren signifikant häufiger der Meinung, dass es einen Zusammenhang zwischen Trauma und Schizophrenie gibt, und dass Trauma zu einer schwerwiegenderen Verlaufsdynamik und komplexeren klinischen Bildern bei Schizophrenen führen kann, als PsychologInnen. Bei der Betrachtung der Häufigkeitsverteilung der Berufsgruppen zeigt sich folgendes Bild: Es gaben insgesamt 18 PsychiaterInnen *Schizophrenie* oder *Schizophrenie und Trauma* als Fachgebiet an, während dies bei den PsychologInnen lediglich fünf angaben. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass der Erfahrungswert der PsychiaterInnen im Umgang mit schizophrenen PatientInnen um einiges höher als der der PsychologInnen ist. Ihre Ergebnisse sollten auch dementsprechend gewertet werden. Da die Alternativhypothesen, welche durch diese drei Aussagen betroffen sind, bereits angenommen wurden, hat die Änderung in der Gewichtung keinen Einfluss auf das Ergebnis. Dies führt lediglich dazu, dass die gefundenen Ergebnisse untermauert werden.

11. Kritik

An erster Stelle soll die Relevanz der Ergebnisse dieser Studie hervorgehoben werden. Die Untersuchungskonstellation aus qualitativen und quantitativen Analysen ermöglicht einen methodischen gut abgesicherten Zugang zur Forschungsfrage. Während die qualitative Analyse sehr tiefgreifende Einblicke in das Forschungsgebiet ermöglichte, konnten die Ergebnisse dieser durch den quantitativen Fragebogen untermauert werden. Durch den Einsatz von zwei unterschiedlichen ExpertInnengruppen konnten Vergleiche zwischen dem aktuellen Stand der Forschung und dem der Praxis hergestellt werden. Vor allem der tiefgreifende Einblick in die klinische Praxis ist für die Wissenschaft von hoher Wertigkeit. Dadurch wurde ersichtlich, wo noch keine Umsetzung der Theorie in die Praxis erfolgt ist, trotz der mittlerweile gut fundierten wissenschaftlichen Erkenntnisse. Ziel weiterer Forschungsarbeit soll es sein, durch Weiterbildungsmaßnahmen diese Lücke zwischen Forschung und Praxis zu schließen.

Ebenso ist der hohe Konsens, den die Fragebogenuntersuchung innerhalb der UntersuchungsteilnehmerInnen erlangt hat, bemerkenswert. Ab wann ein Konsens bzw. Dissens erreicht ist, wird auch bei Delphi-Studien sehr unterschiedlich interpretiert. Allerdings wird ein Konsens oder Dissens üblicherweise ab 55% bis 70% als gegeben angenommen (Hsu & Standford, 2007; Powell, 2002). Hatte in dieser Studie eine Aussage Zustimmung erlangt, wurde dies, mit einer Ausnahme, von mindestens 50% der TeilnehmerInnen bestätigt, meistens sogar von weitaus mehr. Die Zustimmungsrate reichte darüber hinaus sogar bis zu 90%. Dieses Ergebnis weist auf eine hohe Meinungsübereinstimmung innerhalb der praktizierenden KlinikerInnen hin. Die abgelehnten Aussagen erreichten keinen so eindeutigen Konsens und lagen überwiegend unter 50%. Möglicherweise hätten diese Aussagen bei einer Delphi-Studie in weiteren Fragebogenrunden ebenfalls mehr Zustimmung erlangen können.

Ein erster Kritikpunkt an dieser Studie stellt die insgesamt recht kleine Stichprobe dar. Der quantitative Fragebogen wurde lediglich aus den Aussagen von vier ExpertInnen zusammengestellt. Es ist allgemein schwierig aus einer kleinen Anzahl an Interviews generell gültige Aussagen abzuleiten. Erschwerend kam hinzu, dass die ExpertInnen mehrmals unterschiedlicher Meinung waren. Dennoch wurden auch inkonsistente Aussagen in den quantitativen Fragebogen übernommen, da diese von Bedeutung für die Beantwortung der Forschungsfrage waren. Trotz der geringen Anzahl an ExpertInnen, wiesen diese umfangreiches Wissen bezüglich des Forschungsgegenstandes auf und leisteten einen großen Beitrag für die Wissensgrundlage dieser Studie.

Die Stichprobe der praktizierenden KlinikerInnen hätte ebenfalls größer ausfallen können. Ein häufiger Grund für das Nichtausfüllen des Fragebogens war, wie von den Befragten angegeben, die fehlende Expertise in einem der beiden Bereiche. Viele TeilnehmerInnen gaben die Rückmeldung, dass sie zwar über ausreichend Erfahrung im Umgang mit Traumaopfern besitzen, jedoch wenig bis gar keinen Kontakt zu SchizophreniepatientInnen haben. Einige füllten aus diesem Grund den Fragebogen nicht aus. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass viele in der gleichen Situation den Fragebogen dennoch ausgefüllt haben. Dies könnte zu einer Verfälschung der Ergebnisse geführt haben, da hierbei primär Meinungen anstatt tatsächliche Expertise wiedergegeben wurden. Innerhalb dieser Untersuchung war es allerdings nicht möglich diesen Störfaktor zu kontrollieren und es mussten daher mögliche Verzerrungen der Ergebnisse in Kauf genommen wer-

den. Außerdem wurde häufig die Rückmeldung gegeben, dass der Fragebogen zu spezifische Aussagen enthält. Dies war schon zu Beginn der Untersuchung absehbar, konnte aber aufgrund der spezifischen Forschungsfragen nicht verhindert werden. Dies war eventuell ein weiterer Grund für die klein gebliebene Stichprobe. Einzelne UntersuchungsteilnehmerInnen bemängelten überdies, dass einige Aussagen unklar formuliert waren. Dies hätte durch genauere Definitionen oder Angaben zu den Aussagen ein Stück weit verhindert werden können.

Unter den VersuchsteilnehmerInnen waren auch diejenigen zu finden, die keinen Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungserfahrungen und späteren Schizophrenien vermuten. Eine Person meldete zurück, dass Folgendes nicht angekreuzt werden konnte: „Ich glaube/erlebe, dass viele Schizophrenie-Patienten mit schwerstem Traumahintergrund fehldiagnostiziert sind“ (Persönliche Mitteilung, 12. 6. 2014). Viele vermuten aufgrund ihrer Erfahrungen, dass es sich häufig um Fehldiagnosen handle. Sie gaben an, dass es sich bei vielen fehldiagnostizierten Schizophrenien wahrscheinlich um eine komplexe PTBS oder dissoziative Störung handle. Tatsächlich können in der Literatur eine große Anzahl von Studien gefunden werden, die sich näher mit den dissoziativen Symptomen im Zusammenhang mit der Forschungsfrage auseinandergesetzt haben. Frühe traumatische Kindheitserfahrungen korrelieren sehr stark mit dissoziativen Symptomen von SchizophreniepatientInnen (vgl. Holowka et al., 2003; Kilcommons & Morrison, 2005). Diesbezüglich wurde bereits in früheren Forschungsarbeiten ein traumabezogener dissoziativer Subtyp der Schizophrenie vorgeschlagen (Sar et al., 2008). Ebenso konnte festgestellt werden, dass psychotische Personen häufig eine ausgebildete PTBS aufweisen (Schäfer & Fisher, 2011). Es steht außer Frage, dass dissoziative Symptome und die Symptome der PTBS eine wichtige Rolle spielen und näher untersucht werden sollten. Dennoch wurde davon abgesehen, da es den Rahmen dieser Diplomarbeit gesprengt hätte.

12. Forschungsausblick

Obwohl der Zusammenhang zwischen Missbrauch oder Vernachlässigung in der Kindheit und einer späteren Schizophrenie mittlerweile gut belegt werden konnte, fehlt es an Längsschnittstudien, die die Kausalität dieses Zusammenhangs verifizieren könnten. Bislang existiert eine Längsschnittstudie von Cannon et al. (2002), die 1.037 Personen bis zu ihrem 26. Lebensjahr untersuchte. Bei denjenigen, die die Kriterien einer Schizophreniediagnose erfüllten, berichteten die Eltern signifikant über auffälligere atypische

Mutter-Kind-Interaktionen. Darunter fiel z.B. Grobheit gegenüber dem Kind, kritische oder negative Bewertungen, keine Rückmeldung auf Bedürfnisse oder unsauberes und unhygienisches Auftreten des Kindes. Diese Studie legt eine Kausalität nahe, trotzdem bedarf es einer Menge an Studien dieser Art, die methodisch hohe Standards aufweisen und in der Lage sind eine kausale Wirkungsbeziehung nachzuweisen.

Es sollten in weiteren Studien ebenfalls die zugrunde liegenden Mechanismen des Zusammenhangs zwischen frühen Traumaerfahrungen und den Positivsymptomen näher untersucht werden. Erste mögliche Erklärungen wurden im Traumagenic Neurodevelopmental-Modell (Read et al., 2001) vorgeschlagen. Laut ihrer Theorie stehen Positivsymptome mit einem zugrundeliegenden neurochemischen Prozess in Verbindung, Negativsymptome überwiegend mit einem zerebralen Nervenschwund. In einer späteren Arbeit wurde postuliert, dass positive Symptome vermutlich durch eine dopaminerge Hyperaktivität des mesolimbischen Systems entstehen (Aderhold & Borst, 2009). Traumatisierungen führen zu einer Sensibilisierung dieses Systems. Negative Symptome wiederum entstehen vermutlich durch Veränderungen im Frontalhirn, spezifisch durch Veränderungen im glutamatergen System. Das Frontalhirn scheint jedoch nicht direkt durch die Traumatisierung beeinträchtigt zu werden. In Zukunft sollten Versuche unternommen werden, diese Theorien zu verifizieren bzw. falsifizieren.

Die klinische Relevanz einer Assoziation zwischen frühen Traumaerfahrungen und späterer Schizophrenie wurde durch den Nachweis zusätzlicher negativer Einflüsse auf den Krankheitsverlauf unterstrichen. Bestehende Interventionsmaßnahmen sollten adaptiert und modifiziert werden. Vorgeschlagen wird ein traumasensibler Umgang mit den PatientInnen und ressourcenorientierte Therapieformen (Interview 4, 25. 1. 2014). Das therapeutische Vorgehen sollte möglichst integrativ und dem Lebensumfeld und Alltag nah sein. Es wurde herausgefunden, dass die normativen Mechanismen evidenzbasierter Medizin hemmend wirken können (Aderhold & Borst, 2009). In weiterer Folge sollten protektive Faktoren identifiziert und verstärkt werden. Bereits identifizierte protektive Faktoren stellen soziale Effekte, wie zwischenmenschliche Beziehungen, vertrauenswürdige Beziehungen, gegenseitige Hilfeleistung, etc., dar. Familien stellen die Zielgruppe präventiver Arbeit dar. Damit die Familie zum protektiven Faktor wird, sollten Mütter und Väter konkrete Unterstützungen im Umgang mit ihren Kindern angeboten werden (Aderhold &

Borst). Zukünftige Untersuchungen sollten ihren Schwerpunkt auf die Entwicklung evidenzbasierter Interventionsmaßnahmen speziell für SchizophreniepatientInnen mit Traumahintergrund legen.

13. Literaturverzeichnis

- Aderhold, V. & Borst, U. (2009). Viele Wege in die Psychose. Neue Empirie zu alten Hypothese von Vulnerabilität und Stress. *Familiendynamik*, 34 (4), 370-385.
- Alan, Y. O. (2001). *Schizophrenie. Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung* (Hess, G., Übers.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Originalarbeit erschienen 1997)
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4. Aufl., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2008). Reporting Standards for Research in Psychology. *American Psychologist*, 63 (9), 839-851. doi:10.1037/0003-066X.63.9.839
- American Psychiatric Association (2010). *Publication manual of the American psychiatric association* (6. Aufl.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM 5* (5.Aufl.) Arlington: Author.
- Beavon, V., Read, J. & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *Journal of Mental Health*, 20 (3), 281-292. doi:10.3109/09638237.2011.562262
- Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., ... Metzler, H. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage. Evidence from the second British National Survey of psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 185, 220-226. doi:10.1192/bjp.185.3.220
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulber, C. A., & McGorry, P.D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: A systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), 568-579. doi:10.1093/schbul/sbm121
- Blum-Maurice, R., Knoller, E. C., Nitsch, M. & Kröhnert, A. (2000). *Qualitätsstandards für die Arbeit eines Kinderschutzzentrums*. Köln: Eigenverlag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren.

- Boney-McCoy, S. & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1406-1416. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1406
- Bonoldi, I., Simeone, E., Rocchetti, M., Codjoe, L., Rossi, G., Gambi, F., ... Fusar-Poli, P. (2013). Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: A meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Research*, 210, 8-15. doi:10.1016/j.psychres.2013.05.003
- Bortz, J. & Döring N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Caalman, K., Diederiksen K. M., Derks, E. M., van Lutterveld, R., Kahns, R. S. & Sommer E. C. (2012). Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychological Medicine*, 42 (12), 2475-2484. doi:10.1017/S0033291712000761
- Cannon, M., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Taylor, A., Murray, R. M. & Poulton, R. (2002). Evidence for early-childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder. Results from a longitudinal birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 59 (5), 449-456. doi:10.1001/archpsyc.59.5.449.
- Chaudhury, S. (2010). Hallucinations: Clinical aspects and management. *Industrial Psychiatry Journal*, 19 (1), 5-12. doi:10.4103/0972-6748.77625
- Chua, S. E. & Murray, R. M. (1996). The neurodevelopmental theory of schizophrenia: Evidence concerning structure and neuropsychology. *Annals of Medicine*, 28 (6), 547-555.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. & Costello, J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584. doi:10.1001/archpsyc.64.5.577
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L. & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34 (11), 813-822. doi:10.1016/j.chiabu.2010.04.004
- Deegener, G. & Körner, W. (2005). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Göttingen: Hogrefe.

- Dresin, T. & Phel, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitung und Regelsysteme für quantitativ Forschende* (5. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160 (8), 1453-1460. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1453
- Engartner, D. K. & Teubl, T. (Hrsg.). (2007). *Die Transformation des Politischen. Analysen, Deutungen, Perspektiven* (S. 100-109). Berlin: Karl Dietz Verlag.
- Falukozi, E. & Addington, J. (2012). Impact of trauma on attenuated psychotic symptoms. *Psychosis*, 4 (3), 203-212. doi:10.1080/17522439.2011.62686712
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Woodward, L. J. (2000). The stability of child abuse reports: A longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine*, 30 (3), 529-544.
- Fiese, S. (2013). *ATLAS.ti 7 User Guide and Reference*. Berlin: Scientific Software Development GmbH. Zugriff am 2.5.2014 <http://www.atlasti.com/de/manual.html>
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fisher, H. L., Craig, T. K., Fearon, P., Morgan, K., Dazzan, P., Lappin, J., . . . Morgan, C. (2011). Reliability and comparability of psychosis patients' retrospective reports of childhood abuse. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (3), 546-553. doi:10.1093/schbul/sbp103
- Fisher, H. L., Jones, P. B., Reardon, P., Craig, T. K., Dazaan, P., Morgan, K., . . . Morgan, C. (2010). The varying impact of type, timing and frequency of exposure to childhood adversity on its association with adult psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 40 (12), 1967-1978. doi:10.1017/S0033291710000231
- Fisher, H. L., Morgan, C., Dazzan, P., Craig, T. K., Morgan, K., Hutchinson, G., . . . Fearon, P. (2009). Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 194, 319-325. doi:10.1192/bjp.bp.107.047985
- Friedmann, A., Hofmann, P., Lueger-Schuster, B., Steinbauer, M. & Vyssoki, D. (2004). *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung*. Wien: Springer.

- Grilo C. M. & Maheb, R. M. (2002). Childhood maltreatment and personality disorder in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 183-188. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.02303.x
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: a review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (2), 543-573. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x
- Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., ... Dunn, G. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (8). doi:10.1097/01.nmd.0000172480.56308.21
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M, Bonsall, R., . . . Nemeroff, C. D. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284 (5), 592-597. doi:10.1001/jama.284.5.592
- Hoffmann-La Roche, A. G. (2006). *Roche - Lexikon Medizin* (5. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Holowka, D. W., King, S., Saheb, D., Pukall, M. & Brunet, A. (2003). Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60, 87-90. doi: 10.1016/S0920-9964(02)00296-7
- Hsu, C.-C. & Standford, B. A. (2007). The delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 12 (10), 1-8.
- Huppert, R. & Kienzle, N. (2010). *Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe.
- Husted, J. A., Ahmed, R., Chow, E. W., Brzustowicz, L. M. & Bassett, A. S. (2010). Childhood trauma and genetic factors in familial schizophrenia associated with the NOS1AP gene. *Schizophrenia Research*, 121 (1-3), 187-192. doi:10.1016/j.schres.2010.05.021
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R. & van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (1), 38-45. doi:10.1046/j.0001-690X.2003.00217.x

- Kapfhammer, H.-P. (2012a). Trauma und Psychose – Teil 1. Zur Assoziation frühkindlicher Traumatisierungen bei psychotischen Patienten in klinischen Inanspruchnahmegruppen. *Psychiatrie, Psychotherapie, Public Mental Health und Sozialpsychiatrie*, 26 (4), 171-178. doi:10.1007/s40211-012-0030
- Kapfhammer, H.-P. (2012b). Trauma und Psychose – Teil 2. Zur Assoziation frühkindlicher Traumatisierungen und Psychosersiko in der Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrie, Psychotherapie, Public Mental Health und Sozialpsychiatrie*, 27, 21-37. doi:10.1007/s40211-012-0031-9
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silber, J., Hetttema, J. M., Myers, J. & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. An epidemiological and co-twin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57 (10), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.57.10.953
- Kilcommons, A. M. & Morrison, A. P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: An exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 351-359. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00623.x
- Knapp, M. & Razzouk, D. (2008). Costs of schizophrenia. *Psychiatry*, 7 (11), 491-494. doi:10.1016/j.mppsy.2008.08.008
- Kruskal, W. H. & Wallis, W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47 (260), 583-621. doi:10.2307/2280779
- Larsson, S., Anderassen, O. A., Aas, M., Røssberg, J. I., Mork, E., Steen, N. E., ... Lorentzen, S. (2013). High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive psychiatry*, 54 (2), 123-127. doi:10.1016/j.comppsy.2012.06.009
- Liotti, G. & Pasquini, P. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: Patients early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (4), 282-289. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102004282.x
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörung* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

- Mann, H. B. & Whitney, D. R. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *The Annals of Mathematical Statistics*, 18 (1), 50-60. doi:10.1214/aoms/1177730491
- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R. & Carr, V. J. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: A systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43 (2), 225-238. doi:10.1017/S0033291712000785
- Maß, R. (2010). *Diagnostik der Schizophrenie*. Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McCabe, K. L., Maloney, E. A., Stain, H. J., Loughland, C. M. & Carr, V. J. (2012). Relationship between childhood adversity and clinical and cognitive features in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 46 (5), 600-607. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.01.023
- McCarthy-Jones, S. (2011). Voices from the storm: A critical review of quantitative studies of auditory verbal hallucinations and childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 31, 983-992. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.004
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In Graz, D. & K. Kraimer (Ed.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analyse* (S. 441-471). Opladen: Westdt. Verlag.
- Mey, G. & Mruck, K. (2010). *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien.
- Morgan, C. & Fisher, H. (2007). Environmental factors in schizophrenia: Childhood trauma – a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 3-10. doi:10.1093/schbul/sbl053
- Mueser, K. T. & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *The Lancet*, 363, 2063-2072. doi:10.1016/S0140-6736(04)16458-1
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., . . . Martin, C. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psycho-social outcomes. Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59 (2), 139-145. doi:10.1001/archpsyc.59.2.139

- Neria, Y., Bromet, E. J., Sievers, S., Lavelle, J. & Fochtmann, L. J. (2002). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: Findings from a first-admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 246-251. doi:10.1037//0022-006X.70.1.246
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress, 11* (4), 711-730. doi:10.1023/A:1024493332751
- Ohayon, M. M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research, 97* (2-3), 153-164. doi:10.1016/S0165-1781(00)00227-4
- Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S. & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: A national study. *Comprehensive Psychiatry, 54* (1), 16-27. doi:10.1016/j.comppsy.2012.05.010.
- Perry, B. D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: Post-traumatic stress disorders in children. In M. Murburg (Hrsg.), *Catecholamine function in post traumatic stress disorder: Emerging concepts* (S. 253-276). Washington: American Psychiatric Press.
- Pietrek, C., Elbert, T., Weierstall, R., Müller, O. & Rockstroh, B. (2013). Childhood adversities in relation to psychiatric disorders. *Psychiatric Research, 206*, 103-110. doi:10.1016/j.psychres.2012.11.003
- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myth and realities. *Journal of Advanced Nursing, 41* (4), 376-382. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x
- Read, J. (1997). Child abuse and psychosis: A literature review and implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 28* (5), 448-456.
- Read, J. (1998). Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpatients. *Child Abuse & Neglect, 22* (5), 359-368. doi:10.1016/S0145-2134(98)00009-X

- Read, J., Agar, K., Argyle, N. & Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 1-22.
doi:10.1348/14760830260569210
- Read, J. & Argyle, N. (1999). Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatric Services*, 50 (11), 1467-1472.
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. & Perry, B. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4, 64-79. doi:10.2217/NYP.13.89
- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A. & Conolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64 (4). 319-345.
doi:10.1521/psyc.64.4.319.18602
- Read, J., van Os, 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 (5), 330-350. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00634x
- Reif, M., Castille, D. M., Muenzenmaier, K. & Link, B. (2012). Childhood abuse and the content of adult psychotic symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4 (4), 356-369. doi:10.1037/a0024203
- Réthelyi, J. M., Benkovits, J. & Bitter, I. (2013). Genes and environments in schizophrenia: The different pieces of manifold puzzle. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 2424-2437. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.04.010
- Rosenberg, S. D., Lu, W., Mueser, K. T., Jankowski, M. K. & Cunos, F. (2007). Correlates of adverse childhood events among adults with schizophrenia spectrum disorder. *Psychiatric Services*, 58 (2), 245-253. doi:10.1176/appi.ps.58.2.245
- Sar, V., Tyacan, O., Bolat, N., Özmen, M., Duran, A., Öztürk, E. & Ertem-Vehid, H. (2008). Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology*, 43, 33-40.
doi:10.1159/000255961
- Sartory, G. (2007). *Schizophrenie. Empirische Befunde und Behandlungsansätze*. München: Elsevier.

- Sartory, G. (2008). *Klinische Psychologie* (6. Aufl.). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Schäfer, I. & Fisher, H. L. (2011). Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: Clinical challenges and emerging treatments. *Current Opinion in Psychiatry*, 24 (6), 514–518. doi:10.1097/YCO.0b013e32834b56c8
- Schenkel, L. S., Spaulding, W. D., DiLillo, D. & Silverstein, S. M. (2005). Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*, 76 (2), 273–286. doi:10.1016/j.schres.2005.03.003
- Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M. & Münde J. (1997). *Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit*. Münster: Votum.
- Shevlin, M., Dorahy, M. J. & Adamson, G. (2007). Trauma and psychosis: An analysis of the national comorbidity survey. *American Journal for Psychiatry*, 164, 166–169. doi:10.1176/appi.ajp.164.1.166
- Sideli, L., Mule, A., La Barbera, D. & Murray, R. M. (2012). Do child abuse and maltreatment increase risk of schizophrenia? *Psychiatry Investing*, 9 (2), 87–99. doi:10.4306/pi.2012.9.2.87
- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L. & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health. *British Journal of Psychiatry*, 184, 416–421. doi:10.1192/bjp.184.5.416
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H.-U. & van Os, J. (2006). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: Relationship with psychosis proneness. *British Journal of Psychiatry*, 188, 527–533. doi:10.1192/bjp.bp.105.011346
- Stahl, S. M. (2008). *Antipsychotics and mood stabilizers: Stahl's essential psychopharmacology* (3. Aufl.). Cambridge: University Press.
- Stier, W. (1999). *Empirische Forschungsmethoden* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 48, 345–355. doi:10.1007/s00127-012-0549-y

- Thomas, P., Mathur, P., Gottesman, I. I., Nagpal, R., Nimgaonkar, V. L. & Deshpande, S. N. (2007). Correlates of hallucinations in schizophrenia: A cross-cultural evaluation. *Schizophrenia Research*, 92 (1-3), 41–49. doi:10.1016/j.schres.2007.01.017
- Üçok, A. & Bıkmaz, S. (2007). The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (5), 371–377. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01079.x
- Ullrich, P. (2006). Das explorative ExpertInneninterview – Modifikationen und konkrete Umsetzung der Auswertung von ExpertInneninterviews nach Meuser/Nagl. In T. Engartner, D. Kuring & T. Teubl (Hrsg.), *Die Transformation des Politischen. Analysen, Deutungen, Perspektiven* (S.100-109). Berlin: Karl Dietz Verlag.
- van Nierop, M., Lataster, T., Smeets, F., Gunther, N., van Zelst, C., de Graaf, R., . . . van Winkel, R. (2014). Psychopathological mechanism linking childhood traumatic experiences to risk of psychotic symptoms: Analysis of a large, representative population-based sample. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (2), 123–130. doi:10.1093/schbul/sbt150
- van Os, J. & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*, 374, 635–45. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60995-8
- van Os, J., Kenis, G. & Rutten, B. P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203–212. doi:10.1038/nature09563
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverese, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., . . . Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (4), 661–671. doi:10.1093/schbul/sbs050
- Walker, E. F. & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: A Neural Diathesis-Stress Model. *Psychological Review*, 104 (4), 667–685.
- Weber, K., Rockstroh, B., Borgelt, J., Awiszus, B., Popv, T., Hoffmann, K., . . . Pröbster, K. (2008). Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. *BMC Psychiatry*, 8, 63–72. doi:10.1186/1471-244X-8-63

Whitfield, C. L., Dube, S. R., Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse and Neglect*, 29 (7), 797-810.

doi:10.1016/j.chiabu.2005.01.004

World Health Organisation (2011). *ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Bern: Author.

Young, M., Read, J., Barker-Collo, S., & Harrison, R. (2001). Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. *Professional Psychology, Research and Practice*, 32

(4), 407-414. doi:10.1037//0735-7028.32.4.407

Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P. & Sladivina, S. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: Results from a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 49 (2), 163-169.

doi:10.1016/j.comppsy.2007.08.007

14. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenhang zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und psychotischen Störungen	199
Tabelle 2: Zusammenhang zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und einer Schizophrenie.....	244
Tabelle 3: Zusammenhang zwischen Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit und einzelner Symptome der Schizophrenie.....	29
Tabelle 4: Deduktiv gebildete Kategorien und Unterkategorien mit Häufigkeitsangaben	477
Tabelle 5: Krankheitsbild von Schizophrenien	50
Tabelle 6: Häufigkeitstabelle Berufsgruppe	53
Tabelle 7: Häufigkeitstabelle Fachgruppe.....	54
Tabelle 8: Gruppenunterschiede Berufsgruppe ^{a,b}	54
Tabelle 9: Gruppenunterschiede: Psychologen und Psychiater ^{a,b}	55
Tabelle 10: Mittel- und Modalwertvergleich zwischen Psychologen und Psychiatern	56
Tabelle 11: Häufigkeitstabelle der Antworten	57
Tabelle 12: Häufigkeiten der Ablehnung, Neutralen Antworten und Zustimmungen zu den Aussagen.....	58

15. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ExpertInneninterviews.....	52
---	----

16. Anhang

16.1 Leitfadeninterview.

- 1) Bisherige Studien haben sich vor allem auf den Einfluss von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit auf die Entwicklung nicht-psychotischer Störungen, wie Depressionen, PTBS, Angststörungen etc., fokussiert.
Sind Sie der Meinung, dass ebenso ein Zusammenhang zwischen früh erlebtem Missbrauch oder Vernachlässigung und einer späteren Schizophrenie besteht?
- 2) Glauben Sie, dass es sich hierbei um einen kausalen Zusammenhang handelt, d.h. dass in der Kindheit erlebter Missbrauch oder Vernachlässigung die Entwicklung einer Schizophrenie begünstigen kann?
- 3) Konnten Sie bisher eine solche Beobachtung bei einem Klienten machen?
Wenn ja, haben sich dadurch ihre Interventionsmaßnahmen geändert?
- 4) Einige Studien, die einen Zusammenhang zwischen frühkindlichem Missbrauch und einer späteren Schizophrenie gefunden haben, haben zusätzlich einzelne Symptome der Schizophrenie untersucht. Sie konnten z.B. einen Zusammenhang mit Positivsymptomen, aber nicht mit Negativsymptomen, nachweisen.
Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede in der Stärke des Zusammenhangs zwischen Missbrauch und Vernachlässigung und bestimmten Symptomen der Schizophrenie?
- 5) Was halten Sie davon, dass bisher der Zusammenhang zu positiven Symptomen, nicht aber zu negativen Symptomen, nachgewiesen werden konnte? Teilen Sie diese Meinung? Wie könnte man dies erklären?
- 6) Konnten Sie dies bisher bei einem Klienten beobachten?
- 7) Studien, die sich mit diesem Thema auseinandergesetzt haben, fanden eine Beziehung zwischen den Inhalten von Halluzinationen bei Schizophrenen und früh erlebtem Missbrauch und Vernachlässigung.
Können Ihrer Meinung nach die Inhalte von Halluzinationen von den Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen geprägt sein?
- 8) Konnten Sie diese Beobachtung schon einmal bei einem Klienten machen?
- 9) In der Literatur ist oftmals die Rede von einer Dosis-Wirkung-Beziehung. Diese besagt, dass je höher die Anzahl und der Schweregrad der erlebten Missbrauchs- und

Vernachlässigungsvorfällen sind, desto schwerwiegender zeigt sich die spätere Symptomatik bei Schizophrenen.

Glauben Sie, dass die Anzahl der Missbrauchs- und Vernachlässigungsfälle einen Einfluss auf den Schweregrad der Symptomatik bei Schizophrenen hat?

- 10) Denken Sie, dass auch der Schweregrad der Missbrauchs- und Vernachlässigungsfälle eine bedeutende Rolle spielt?
- 11) Konnten Sie bisher eine solche Beobachtung bei einem Klienten machen?
- 12) Missbrauch in der Kindheit führt allgemein zu einem früheren Krankheitsbeginn, schnellerem Krankheitsverlauf, früherer Erstaufnahme, längeren und häufigeren Hospitalisierungen und häufigeren Suizidversuchen.
Sind Sie der Meinung, dass diese Aussage auch auf eine Schizophrenie zutreffend ist?
- 13) Konnten Sie diese Beobachtung schon einmal bei einem Patienten, der an Schizophrenie erkrankt ist, machen?

16.2 Transkription der Interviews.

16.2.1 Interview 1.

Thema:	Beeinflusst Trauma oder Vernachlässigung in der Kindheit die Entwicklung einer Schizophrenie im Erwachsenenalter?
Befragungsperson:	LeiterIn des Arbeitsbereich Ambulanzen einer Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Interviewerin:	Alexandra Mittelberger
Art des Interviews:	Telefoninterview
Datum:	18. Februar 2014
Zeit:	Von 11:30 bis 11:52 Uhr

- I:** Bisherige Studien haben sich vor allem auf den Einfluss von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit auf die Entwicklung nicht-psychotischer Störungen

fokussiert. Sind Sie der Meinung, dass es ebenso einen Zusammenhang zwischen früh erlebtem Missbrauch oder Vernachlässigung und einer späteren Psychose oder Schizophrenie besteht? #00:01:57-00#

B: Ja. #00:01:58-01#

I: Um was für eine Art von Zusammenhang denken Sie handelt es sich hierbei? #00:02:05-02#

B: Es sind unterschiedliche Mediatoren, die denkbar sind und von denen einzelne auch besser untersucht sind. Das eine ist im Sinne einer sekundären Vulnerabilität, also dass im Prinzip frühe negative Entwicklungsbedingungen, die inzwischen ja schon sehr klar geworden sind in Tierversuchen und auch bei ersten Humanstudien, die Neuroplastizität beeinflussen oder andere im Prinzip für die weitere Entwicklung maßgebliche Systeme, bis auch hin zur endokrinen Systemen oder Stressreaktionen. Und bisher hat noch niemand so richtig gut verstanden, welche Person aufgrund welcher Gegebenheiten, vermutlich sind es auch genetische Einflüsse, später welche Störungen entwickelt. Aber es ist doch deutlich geworden, dass bei einem Teil dieser Personen, die eben diesen frühen Belastungen ausgeliefert waren, diese erworbene Vulnerabilität dann in Richtung psychotische Erkrankung gehen kann. #00:03:04-03#

I: Also Sie sagen, dass es mehrere Variablen gibt, die einen Einfluss haben, also zum Beispiel die Genetik. Glauben Sie, dass ein Trauma einen großen Einfluss in dieser Hinsicht einnimmt? #00:03:15-04#

B: Ja, das ist nicht so ganz einfach aufgrund der Komplexität. Das ganze fängt ja bei der Operationalisierung des Traumabegriffs an. Also man könnte vermuten, dass bei jemandem, der von seinem dritten bis neunten Lebensjahr mehrmals wöchentlich schwere Gewalt erfahren hat andere Dinge ablaufen, als bei einer Person, die mit 12 einmalig einen sexuellen Übergriff erlebt hat. Die werden aber in Studien häufig in einen Topf geschmissen. Also man muss sich natürlich genauer ansehen: das Timing der Erlebnisse und die Intensität der Erlebnisse. Und dann hat man

wieder nur die eine Seite betrachtet. Das fällt ja auch auf entsprechend präformierten Boden, möglicherweise durch genetische Vulnerabilitäten und anderes. Also es sind komplexe Zusammenhänge, die noch nicht so einfach ja geklärt sind, und deswegen kann man auch über Groß- und Kleinanteil nur wenig sagen. Bei manchen Leuten könnte es ein großer Anteil sein, wenn das sehr intensive und lang anhaltende Erlebnisse waren und bei anderen Leuten, war es vielleicht ein kleiner, in dem Fall auch weniger ein neurobiologischer, als ein vielleicht ein psychologischer Anteil. Stichwort „sexueller Missbrauch mit 12“. Also bei Menschen, die durch andere Faktoren eine gewisse Brüchigkeit haben, wegen ihrem höheren genetischen Load, und dann mit 12 das erleben und dadurch in eine Erlebniskonstellation geraten, die geprägt ist von innerpsychischen Spannungen, sagen wir einmal das Umfeld negiert das, Freunde/Bekannte distanzieren sich eher, dann kommt eine heranwachsende Person möglicherweise eher in psychologische Spannungen, die dann dazu führen, dass Psychosen zum Ausbruch kommen. Also das sind superkomplexe Zusammenhänge, wo glaube ich niemand so wirklich sagen kann: „Ist das schwach? Ist das stark?“ Aber das es auf verschiedenen Ebenen einen Einfluss haben kann, ist inzwischen eigentlich unbestritten. #00:05:12-05#

- A:** Aber wirklich von einem kausalen Zusammenhang kann man noch nicht sprechen? #00:05:16-06#
- B:** Ja, was ist kausal? Kausalitätskriterien sind ja, dass es eine Dosis-Wirkungsbeziehung gibt, dass es eine zeitliche Assoziation gibt. In der Wissenschaftstheorie gibt es ja Annahmen darüber was Kausalität bedingt. Und wenn man sich das ansieht, dann trifft das schon alles auf Psychose und Trauma zu, also zum Beispiel Dosis-Wirkungsbeziehungen. Bevölkerungsbasierte Studien aus der Nemesis-Studie, eine Auswertung von der van Os Gruppe, die zeigen konnten, dass im Prinzip da eine Dosis-Wirkungsbeziehung besteht – prospektiv. Also es gibt guten Anhalt zu glauben, dass es kausal ist. #00:05:53-07#
- A:** Bisherige Studien haben sich mehr auf sexuellen und körperlichen Missbrauch fokussiert. Glauben Sie, dass emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung eine gleich große Rolle spielen? #00:06:05-08#

B: Ja und das hat sich auch schon geändert. Es gibt mittlerweile schon mehr Studien zu emotional abuse und neglect. Auch wenn man das in Analogie zu anderen Störungen sieht. Zum Beispiel im Suchtbereich ist im Moment eine Welle an Studien, die sich mit emotional abuse befassen.

Generell wird ja davon ausgegangen, dass sexuelle und körperliche Gewalt sowieso nicht isoliert auftreten, sondern eingebettet sind in emotionale Vernachlässigung und Misshandlung. Also man kann es auch gar nicht isoliert sehen. Selbst die Leute, die nur auf sexuellen oder körperlichen Missbrauch geschaut haben, da waren die Probanden wahrscheinlich auch emotional traumatisiert. Es spielt sicher eine ähnliche Rolle – es ist gar nicht zu trennen. #00:06:47-09#

A: Kann man diese Zusammenhänge in der klinischen Praxis beobachten bei Klienten? #00:06:55-10#

B: Ja, kann man. Da hatte ich glaube Ihnen schon etwas dazu geschrieben. Also es sind wieder verschiedenste Ebenen. Eine Ebene ist zum Beispiel, dass wir bei Personen unabhängig von der psychiatrischen Diagnose in der Praxis auf einer Symptomebene Dinge finden, die mit frühen Traumatisierungen assoziiert sind, ganz unabhängig von der Primärdiagnose. Zum Beispiel sowas wie Impulsivität, Substanzgebrauch oder Suizidalität, sowas ist ja bei Zwangsstörungen, als auch Psychosen, als auch bei Suchterkrankungen assoziiert mit frühem Trauma. Das ist auch klar gezeigt und das sieht man in der Klinik: emotionale Instabilität. Also jemand erfüllt eine Schizophreniediagnose tatsächlich, also wenn man sorgfältig schaut ist diese Diagnose gerechtfertigt und hat eine Vorgeschichte von komplexer Traumatisierung in der Kindheit, dann gehört er eher zu den emotional instabilen Menschen mit einer F20.0 Diagnose. Das ist so eine Sache. Die andere Sache ist das ganze Feld der Dissoziation. Also dissoziative Symptomäquivalente, die sich auch bei allen Diagnosegruppen zusätzlich finden. Das ist gerade im Psychosekontext sehr spannend. Da es ja auch fließende Übergänge gibt zwischen Psychose und Dissoziation und wahrscheinlich eben auch Mischbilder. Dazu gibt es ja auch eine kleine, aber feine Literatur dazu. Und dann eben ist immer so eine Ebene, inwieweit die eigentliche primäre Symptomatik sich in ihrer Ausprägung, inwieweit

die beeinflusst ist durch die Traumatisierung. Und das ist natürlich bei Psychotikern natürlich ganz spannend, weil dort die Wahnhalte oder Inhalte von Sinnes-täuschung getönt sein können durch frühe Erlebnisse. Oder komorbide Posttraumatische Belastungsstörungen; Symptome, die eingestreut sind in das jeweilige andere Bild. #00:09:04-11#

A: Sie haben mir ja Ihre Studie „Dissociative symptoms in patients with schizophrénia“ zugeschickt und auf den Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und einer Schizophrenie hingewiesen. Mir ist nicht ganz klar, wie das von einer Posttraumatischen Belastungsstörung abzugrenzen ist. Gerade weil ja auch die Komorbidität zwischen einer Posttraumatischen Belastungsstörung und einer Schizophrenie sehr hoch ist. #00:09:35-12#

B: Ja, also das ist ein guter Punkt. Wir hätten das tatsächlich in der Publikation ausschließen können. Es ist nicht auszuschließen, dass ein Teil der Personen, die dort eine deutliche dissoziative Symptomatik berichtet haben, auch Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung hatten. Das ist aber jetzt erstmal nicht das primäre Ziel der Studie gewesen, das nochmal sauber zu trennen. Aber es ist ein Punkt. Das hätte man kontrollieren können. Wie viel von der dissoziativen Symptomatik wird erklärt durch Bilder, die auch die Kriterien einer PTBS erfüllen? #00:10:22-13#

A: Noch einmal allgemein zu dem Zusammenhang. Hat dieser Auswirkungen auf die Interventionsmaßnahmen? Haben sich diese dadurch geändert? Oder bessere Frage: Sollten sich diese dadurch ändern? #00:10:40-14#

B: Ja, die sollten sich absolut ändern. Aber die tun das eigentlich vielerorts bislang nicht, weil einfach die Praktiker mit dem jeweils anderen Feld in der Regel nicht so vertraut sind und dann so eine Tendenz besteht, da nicht heranzugehen. Also ein klassischer Psychiater, der vielleicht sich viel mit Menschen mit Psychosen beschäftigt und sich hervorragend auskennt mit der Behandlung und allem was dazu gehört, kann im Bezug auf eine PTBS einen völligen blinden Fleck haben. Und das ist nicht so selten. Sagen wir einmal in der Mainstream Psychiatrie sind PTBS ja eigentlich gar nicht so gut verankert, wie man sich das eigentlich wünschen

würde generell. Also ich kann jetzt nur für Deutschland sprechen. Und es ist einfach naheliegen, dass wenn jemand dieses Wissen nicht hat, sein Fokus in der Klinik sich natürlich eher dahin bewegt wo sein grundsätzliches Wissen am stärksten ist. Und der gehört dann vielleicht noch zu einer Fraktion, die sagt: „Ja, da scheint schon irgendetwas dran‘ zu sein und man müsste da vermutlich mehr hinschauen, aber wir können hier nicht so richtig. Das Fass machen wir nicht auf.“ Und das ist einfach eine sehr verbreitete und verständliche Situation und das bedarf ganz hartnäckiger Arbeit in Bezug auf Weiterbildung und weitere Forschung, das ein Stück weit zu knacken. #00:12:16-15#

A: Ja, auf jeden Fall. Also ich denke auch, dass hier die Praxis der Forschung ein weites Stück hinterherhinkt.

Es gibt einige Studien, die einzelne Symptome der Schizophrenie untersucht haben, und sie konnten einen Zusammenhang zu Positivsymptomen, nicht aber zu Negativsymptomen nachweisen. Haben Sie eine Erklärung dafür? Oder ein Modell, das dies erklären könnte? #00:12:46-15#

B: Ja, also das könnte zum einen ein Stück weit ein Artefakt sein, weil wieder wie vorhin schon besprochen Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung, also Intrusionen oder auch dissoziative Symptomäquivalente, eben als Halluzination interpretiert werden, oder auch bizarre Wahrnehmungen, die Betroffene haben, werden zum Beispiel als Wahn geäußert. Aber eigentlich geht es ja vor allem um die Halluzination innerhalb der Positivsymptomatik. Es geht ja nicht so sehr um Wahn, also geht es auch, also primär geht es immer um die Sinnestäuschung. Und eine Erklärung möglicherweise ist ein Stück Artefakt bzw. Fehlinterpretation von Symptomen. Ich vermute aber, dass das nicht die ganze Erklärung ist, sondern dass tatsächlich Positivsymptomatik, also Wahrnehmungsveränderungen, eine tatsächlich stärkere Assoziation mit diesen biographischen Ereignissen zeigen, weil man es ja auch bei anderen Diagnosegruppen so erlebt. Stichwort „Borderline“. Also Borderlinepatienten haben ja auch im hohen Umfang häufig quasi- oder pseudopsychotische Symptome. Wobei niemand so richtig weiß, wo Pseudo anfängt und aufhört. Es gibt Studien, die zeigen, dass sich das im Prinzip qualitativ nicht unterscheidet, also was man bei Menschen mit einer Schizophreniediagnose

und Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen findet, zumindest teilweise nicht unterscheidet. Es scheint also eine Assoziation zu geben. Auch in der Allgemeinbevölkerung gibt es ja Studien, nicht nur bei klinischen Populationen, dass es diese Zusammenhänge mit Stimmenhören gibt. Ein bisschen auch mit optischen Geschichten, aber vor allem geht es auch um Stimmenphänomene. Wie das dann wiederum auf einer phänomenologischen Ebene zu erklären, dazu fällt mir keine schlaue Erklärung im Moment ein. #00:14:52-16#

A: Sie haben vorhin einmal kurz angesprochen, dass die Inhalte von Halluzinationen mit diesen Erfahrungen zusammenhängen können. Wie klar ist da die Datenlage? Es gibt ja immer noch sehr widersprüchliche Ergebnisse in dieser Hinsicht.

#00:15:10-17#

B: Ja also es gab eine ganz gute Studie, ich glaube von Hardy, die hatten finde ich noch das beste Modell aufgestellt, dass es im Prinzip so verschiedene Stufen gibt. Also es gab dann durchaus Personen, bei denen zeigten sich keine Zusammenhänge, auch wenn es diese Vorgeschichte gab und es gab Personen, bei denen zeigten sich sehr direkte Zusammenhänge, also die haben tatsächlich die Stimme des Täters gehört oder so. Und dazwischen gab es eine Gruppe, die hatten eher so subtilere Zusammenhänge, d. h. das ist diese Ebene, dass Betroffene mehr bedrohliche Halluzinationen hören, die jetzt nicht zwingend mit dem Missbrauch im engeren Sinn assoziiert sind, aber die auf jeden Fall feindselig und entwertend sind. Also das ist ein Spektrum, oder? Es muss jetzt nicht ein Inhalt von der damaligen Situation sein, sondern kann eben potentiell mediiert über die Folgen von Trauma auf Selbstwert oder auf andere relevante Dimensionen sein und könnte dazu führen, dass die Betroffenen dann zu denen gehören, die zum Beispiel einfach mehr diese entwertenden, beleidigenden Stimmen hören. Also die Zusammenhänge sind zum Teil subtil vermutlich. Aber diese ganze Literatur gibt es ja auch mit diesen mehr feindseligen, entwertenden Stimmen und es gibt diese qualitativ-orientierte Literatur, die dann wirklich so konkrete Zusammenhänge herstellen kann. Und man muss auch ganz klar sagen, es gibt auch eine Gruppe, bei denen die Zusammenhänge nicht bestehen. #00:16:44-18#

- A:** Ja allgemein findet man sehr widersprüchliche Ergebnisse zu diesem Thema. Also auch in meiner Literaturrecherche. #16:50-19#
- B:** Ja, das könnte wiederum erklärt werden durch diese verschiedenen Stufen. Also wenn man nur mit der Brille schaut: „Zeigen sich Zusammenhänge?“, dann findet man sie möglicherweise nicht in ausreichendem Maße, weil es eben Gruppen gibt, wo sie nicht da sind. Wenn man aber differenziert schaut und die Hypothese hat, da gibt es womöglich unterschiedliche Töpfe und es gibt die, die hören es richtig, die, die eher feindselige Stimmen hören und die, die hören es möglicherweise nicht, dann wird man der Realität womöglich am Besten gerecht. #00:17:18-20#
- A:** Und noch einmal zur Dosis-Wirkungsbeziehung. Also dass die Anzahl und der Schweregrad des Missbrauchs oder der Vernachlässigung einen Einfluss haben, das bejahen Sie? Also auf die Symptomatik der Schizophrenie. #00:17:34-21#
- B:** Nein, ich persönlich möchte mich da jetzt nicht so weit aus dem Fenster lehnen. Aber es gibt Studien, die auf eine Dosis-Wirkungsbeziehung hingewiesen haben. Paradebeispiel ist gerade van Os. Die haben das richtig ausgearbeitet in ihren Publikationen. Und wenn man die Frage nach Kausalität stellt, dann findet man in der Literatur durchaus Studien, die solche Dosis-Wirkungsbeziehungen beschreiben. Ich glaube, dass es wieder nicht in jedem Fall so sein muss. #00:18:04-22#
- A:** Denken Sie, dass auch andere Faktoren eine Rolle spielen, wie zum Beispiel das Alter des Kindes oder die Nähe zum Täter? #00:18:12-23
- B:** Also das ist wie gesagt alles relativ komplex. Ich glaube, dass das zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht so gut verstanden ist, was da alles reinspielt, aber selbstverständlich spielen da die unterschiedlichsten Sachen eine Rolle. Also es gibt Leute, die sind sehr robust und wenn die selbst durch ein enges Familienmitglied etwas erleben würden, dann spielt es vielleicht eine geringe oder keine Rolle. Und es gibt Leute, die bringen eine Vulnerabilität schon mit in Richtung Psychose und wenn die etwas durch einen entfernten Bekannten erleben. Wie soll man das sa-

gen? Ich glaube, dass das sehr individuell ist. Man sollte vorsichtig sein so generelle Aussagen abzuleiten. Ich glaube, dass das sehr komplexe Gefüge sind und dass das sehr individuell zu sehen ist. #00:19:06-24#

A: In der Literatur wird postuliert, dass Missbrauch in der Kindheit allgemein zu einem früheren Krankheitsbeginn, schnellerem Krankheitsverlauf, früherer Erstaufnahme, usw. führen kann. Glauben Sie, dass diese Aussagen auch auf die Schizophrenie zutreffen? #00:19:22-25#

B: Ja. #00:19:24-26

I: Gibt es dazu Studien oder wirklich eine klare Datenlage? #00:19:29-25#

B: Ja, ich glaube, dass es das gibt. Man müsste mal wieder schauen, was wieder alles neu gekommen ist. Aber ich glaube schon vor Jahren gab es dazu schon Studien, die das hervorgehoben haben. Also dass die Betroffenen früher erkrankt waren, global schwerer erkrankt waren und so. Die gab es schon in den 90ern vereinzelt. Das waren dann meistens severe mental illness Populationen eigentlich, also nicht nur F2-Störungen. Aber es ist ja wirklich eine Flut von Publikationen inzwischen gekommen und wenn man die durchsucht bin ich mir ziemlich sicher, dass man das auch in verschiedenen finden wird. #00:20:07-26#

I: Haben Sie das auch schon persönlich bei Patienten beobachten können? #00:20:14-27#

B: Naja, also es ist letztlich so, und das hatte ich Ihnen glaube ich auch geschrieben, der Punkt ist, wenn man bei uns in der Früherkennungsambulanz zum Beispiel schaut, wo die Leute mit beginnenden Psychosen hinkommen, dann haben die eine extreme hohe Prävalenz von auch traumatischen Erfahrungen. Da gibt es ja auch verschiedene Studien zu first episodes samples und zu ultra high risk samples im Psychosebereich, die alle eine extrem hohe Belastung mit frühen Traumatisierungen finden konnten, und das ist ja letztlich nichts anderes als die allgemeine Tendenz, dass wenn Leute viel Schlimmes erleben, dass sie dann schon zu den jugendpsychiatrischen Patienten schneller einmal gehören. Also dass Leute

früh insgesamt krank werden. Und das findet sich in allen Diagnosegruppen wieder, auch bei den Psychosepatienten. Und in der klinischen Praxis kann man es am ehesten daran festmachen, dass man bei den Jungerkrankten besonders hohe Raten findet. Daraus könnte man dann indirekt schließen, dass es da auch eben diesen Zusammenhang gibt. #00:21:16-28#

I: So, dann sind wir schon am Ende meines Interview angelangt und mich möchte mich recht herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich Zeit für meine Fragen genommen haben. #00:21:30-29#

16.2.2 Interview 2.

Thema:	Beeinflusst Trauma oder Vernachlässigung in der Kindheit die Entwicklung einer Schizophrenie im Erwachsenenalter?
Befragungsperson:	Nervenarzt/ärztin, Facharzt/ärztin für psychotherapeutische Medizin und PsychoanalytikerIn. Spezialisiert auf psychosenahe und psychotische Störungen, Psychotherapie von Psychosen, Trauma und Psychose, Zwangsstörungen, Dymorphophobie und Traumafolgestörungen.
Interviewerin:	Alexandra Mittelberger
Art des Interviews:	Telefoninterview
Datum:	03. März 2014
Zeit:	Von 19:00 bis 19:23 Uhr

I: Bisherige Studien haben sich vor allem auf den Einfluss von Missbrauch und Vernachlässigung auf die Entwicklung von nicht-psychotischer Störungen fokussiert. Und sind Sie der Meinung, dass ebenso ein Zusammenhang zu Schizophrenie besteht? #00:01:31-0#

B: Meinung ist natürlich eine intelligente Frage. Aber ich glaube dafür gibt es einige Hinweise, die man allerdings nicht in grober monokausaler, mechanistischer Richtung sehen darf; sondern man muss sich überlegen, was Trauma für die Entwicklung von psychischen Fähigkeiten bedeutet, die bei psychotischen Vulnerabilitäten eine Rolle spielen. Da gibt es umfangreiche Ansätze und auch schon ganz gute Studien, vor allem in den skandinavischen Ländern. Und ich bin ja gerade auf einer Tagung gewesen, wo ein Familientherapeut das einmal zusammengestellt hat, was es da für Hinweise gibt für Familieninteraktionen. Und da sind tausende von Leuten untersucht worden, Teil prospektive Studien, Arsenault zum Beispiel.

Das ist ganz spannend, dass man solche Auffälligkeiten auch bei sogenannten subklinischen Psychosen gefunden hat. Also bei Leuten, die ab und zu ein bisschen wähen oder halluzinieren, die aber nicht in die Klinik oder zum Arzt gehen.

#00:02:43-1#

I: Kann man hier von einem kausalen Zusammenhang sprechen? #00:02:50-2#

B: Ich sagte gerade monokausal ist es natürlich nicht. Es geht ja wirklich um Folgendes – das hatte ich Ihnen auch schon gesagt – dass natürlich zu so einer Arbeit dazugehört, dass es entwicklungsstörende und natürlich auch auf der anderen Seite resilienzfördernde Interaktionserfahrungen gibt. Wesentlich und entscheidend ist, was Trauma mit den Kindern machen bzw. wenn Sie wollen auch mit den Gehirnen.

Ich weiß nicht ob Sie die Forschungen von Elaine Walker und Diforio zum Beispiel kennen. Da gibt es ja schon aus den späten 90ern Hinweise bzw. Ansätze davon auszugehen. Die haben halt Organisches untersucht, zum Beispiel zu sagen, es gibt so etwas wie eine Dementia praecox, um diesen alten Begriff noch einmal zu verwenden. Insofern kann Ihre Frage nach einer Kausalität so beantwortet werden, dass eine psychische Entwicklung und überhaupt alles Seelische eine enorme Komplexität hat und man eigentlich nur in diesem Feld Bündel von Faktoren entdecken kann, die die Entwicklung in die oder die Richtung treiben. #00:04:18-3#

I: Also quasi, dass Trauma einen Faktor von vielen sein kann. #00:04:24-4#

B: Trauma ist ein wesentlicher Faktor. Zum einen direkt über messbare Veränderungen psychischer Größen und zum anderen, bitte denken Sie daran, es gibt sowas wie Epigenetik und da spielen Traumata eine große Rolle. Denn auch auf der genetischen Ebene haben Sie bei Psychosen eine ungeheure Komplexität und sie kriegen nicht nur weil irgendein Gen spinnt eine Psychose, da müssen schon sehr viele Gene zusammenkommen. Und Traumata gehören zu den epigenetischen Faktoren, die Gene an- oder abschalten können, also die Genexpression beeinflussen.

Vielleicht ein kleiner Hinweis, weil Sie ja nach Kausalität fragen, ich weiß nicht in wie weit Sie in Ihrer Ausbildung ausgiebig elaborierte, wirklich gute Psychiatrie gelernt haben und in wie weit da wirklich komplexe Modelle psychischer Erkrankungen vorgestellt worden sind. Das weiß ich nicht, ich kenne mich nicht aus in Wien. Aber man kann es in einem Satz zusammenfassen: Sie kennen ja das Vulnerabilität-Stress-Modell nach Zubin und Spring, das wird in der Psychiatrie häufig nach der Maßgabe verwendet, dass eine biologische Vulnerabilität, die einfach vorbesteht, anfälliger für Stress macht. Das heißt, dass ganze geht schlagfertig in Richtung Biologie. Was jetzt zum Beispiel bei Trauma und anderen frühen Entwicklungsstörungen bei Psychosen jetzt viel deutlicher wird ist, dass es umgekehrt genauso funktioniert, also dass zum Beispiel psychische Einflüsse Gehirnveränderungen bewirken. #00:06:13-5#

I: Genau, da gibt es ja das Modell von Read und Kollegen, das Traumagenic Neurodevelopmental Model. #00:06:20-6#

B: Ja genau, zum Beispiel. #00:06:21-7#

I: Hat dieser Zusammenhang Auswirkungen auf die Interventionsmaßnahmen in der klinischen Praxis? #00:06:28-8#

B: Ja natürlich. Zum Beispiel Auswirkungen in der Form, dass wir bei psychotischen Menschen in aller Regel andere Therapieinterventionen anwenden, wie bei schwer traumatisierten Leuten oder bei Leuten, die massive Kontaktprobleme durch maladaptive Beziehungserfahrungen haben. Wir machen häufig DBT bei Psychosen. #00:07:11-9#

- I:** Das ist also in Ihrer Klinik so, aber glauben Sie, dass das großflächig auch so gehandhabt wird? #00:07:15-10#
- B:** Nach den Zahlen, die wir erheben können, würde ich das den Kollegen dringend raten. Ich weiß auch, dass das einige tun. Die trauen sich bloß nicht darüber zu schreiben. #00:07:27-11#
- I:** Aber kann man davon ausgehen, dass der Großteil der Praktiker wirklich Änderungen vorgenommen haben? #00:07:36-12#
- B:** Nein, das glaube ich nicht. Die setzen da auf ganz andere Faktoren. Also das sind schon wissenschaftliche Überzeugungen am Werk, die setzten auf Pille und auf einfache Modelle. Da ist eine Transmitterstörung im (unv.) und das war's. Und der Kostendruck macht das noch stärker. #00:07:55-13#
- I:** Bisher wurde hauptsächlich sexueller und körperlicher Missbrauch in dieser Hinsicht untersucht. Glauben Sie, dass emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung auch eine bedeutende Rolle spielen? #00:08:06-14#
- B:** Also was ich weiß ist das erheblich beteiligt. Sie finden ja häufig Kinder, die nicht angerührt wurden. Das ist ein Befund, den haben wir immer wieder, dass Kinder erzählen „Ich bin nie berührt worden“, „Meine Mutter hat den Körperkontakt mit mir abgelehnt“ oder die emotional nicht empathisch behandelt wurden oder nicht resonant behandelt wurden. Und sie bekommen massive Schwierigkeiten auf unterschiedliche Art der emotionalen, nennen Sie es narzisstische oder Vernachlässigungstraumata, und der physischen Traumata, ob aggressive oder sexuelle.
- Übrigens, also es gibt auch etwas was, wenn Sie so wollen, ein sexuelles Trauma ist ohne das hingelangt wird: nämlich extrem verführerische durch übererregende Kontaktpersonen oder Beziehungspersonen. Also da gibt's eine ungeheure Bandbreite an Möglichkeiten. Im Wesentlichen ist eigentlich gar nicht die Modalität des Traumas so wichtig, da kommen Sie leicht ins Erbsenzählen, als die Vorstellung, dass es um Einflussgrößen geht, wie für Psychosen wichtige Fähigkeiten gestört werden. Und in allererster Linie geht es darum, die Fähigkeit Grenzen erleben zu können, sich in einem abgegrenzten, eigenen psychischen Raum, der ein Innen

und ein Außen hat, erleben zu können. Grenzen sind das A und O. Wir wissen zum Beispiel, dass es durchaus Beziehungsaspekte gibt, die daneben gehen können, die die Fähigkeit Grenzen zu konstruieren erheblich unterminieren. #00:09:57-15#

I: Ich glaube, dass man das allgemein nicht so separat voneinander betrachten kann, weil emotionaler Missbrauch immer irgendwie miteinspielt. #00:10:10-16#

B: Das auf jeden Fall. Vor allem natürlich auch die Konfrontation mit der Schwäche des Täters. Kinder nehmen ja wahr, wenn Leute sich nicht mehr kontrollieren können. Erleben das als grob unpassend, wenn sowas gemacht wird. Also wenn sie die Kontrolle verlieren und außer sich sind. #00:10:27-17#

I: Es gibt Studien, die haben auch einzelne Symptome der Schizophrenie untersucht und konnten einen Zusammenhang zu Positivsymptomen, aber nicht zu Negativsymptomen nachweisen. Teilen Sie diese Meinung? #00:10:43-18#

B: Das ist da glaube ich ziemlich schwierig, weil Negativsymptome sind nicht sehr gut messbar. Und ich glaube, dass leidet sehr darunter, dass zwei Suchmasken verwendet werden, die nicht gut aufeinander beziehbar sind. Beim einen die Suchmaske „Was für eine Art von Trauma?“ und das andere Mal die Suchmaske aus dem ICD-10 oder aus irgendeinem anderen System, AMDP-System oder so, „Was sind negative Störungen?“. Ich glaube wenn man sich eher ein Entwicklungsdesign vorstellt mit der Frage „Was muss ich eigentlich für Erfahrungen machen, damit ich mich abgrenzen kann? Damit ich klar denken kann. Damit ich mich selber beruhigen kann. Dass ich Affekte verarbeiten kann. Dass ich die aushalten/tolerieren kann. Dass ich die überhaupt wahrnehmen kann. Dass ich mich unter Kontrolle habe was meine Handlungen und meine Impulse betrifft. Oder, dass ich Nähe und Distanz kontrollieren kann.“. Also dieses Design ist viel, viel wichtiger glaube ich, als dass Sie da vorschnell irgendwie eine Art Verbindung zwischen Art des Traumas und Negativsymptomatik machen.

Ich glaube aber auch, allein schon aus meiner klinischen Empirie heraus, dass es da durchaus Zusammenhänge gibt. Also wenn Sie sich zum Beispiel Vernachlässigungstraumata vorstellen, und sich zum Beispiel vorstellen, dass jemand Angst hat übergriffig behandelt zu werden, dann löst das komplexe innere Emotionen aus:

Kinder verkriechen sich, werden stumpf oder dissoziieren. Und Sie haben ja ganz häufig, bei dem Stichwort sag ich das gleich mal, eine Koexistenz von dissoziativen psychotischen Symptomen. Sehr, sehr häufig. #00:12:20-19#

I: Obwohl ich mir gedacht habe, dass die dissoziativen Symptome nicht mehr zur Posttraumatischen Belastungsstörung zu zählen sind. #00:12:30-20#

B: Also wissen Sie wenn man so heran geht, dann ist es schwierig. In der Klinik in der ich arbeite und in anderen Kliniken, die sich mit dem beschäftigen, werden pro Fall 3-4 ICD-Diagnosen vergeben, wenn nicht mehr. Und eine Diagnose ist ja nicht irgendwie etwas wo ich einen Menschen qualifiziere. Der Mensch ist so wie er ist. Eine Diagnose ist ein Versuch einer komplexen Beschreibung genügend stabiler und definierter psychischer Auffälligkeiten, die alle von demselben System jeweils produziert werden. Wenn Sie so wollen sind Symptome der Fingerabdruck des psychischen Systems.

Also was Sie mir da so an Fragen stellen erinnert mich an das, was Sie wahrscheinlich in der Psychiatrie gut lernen oder was man Ihnen vorgetragen hat, das ist eine Top-Down Betrachtung. Meine Perspektive, und ich glaube die wichtige Perspektive, um das fassen zu können, ist genau umgekehrt, die Bottom-Up Perspektive. Dass Sie sich überlegen, was muss ein Kind für Erfahrungen machen mit den Eltern, was für Kontingenzen müssen da laufen, damit sich diese oder jene Fähigkeit entwickeln kann. #00:14:02-21#

I: Es gibt Studien, die haben sich ja mit den Inhalten von Halluzinationen bei Schizophrenen auseinander gesetzt und konnten da Zusammenhänge feststellen.

#00:14:16-22#

B: Da wäre ich vorsichtig, weil Psychotiker haben bekanntlich die Fähigkeit Märchen zu erzeugen. Märchen haben natürlich immer einen Kern, einen wichtigen. Und gerade bei Psychotikern kann die Syntax total verschoben sein und dass die eben psychotisch metaphorisieren, also sprachlich, da sind wir auf dem symbolischen Level. Und die verwenden halt zum Teil andere abweichende Sprachsymbolik. Bei produktiven Symptomen kommt es immer auf den Erlebnisgehalt an. Wie wird das erlebt? Wie kann man sich das vorstellen? Was ist da los? Zum Beispiel wenn ich

bestrahlt werde, oder mich so erlebe oder das erzähle, oder wenn ich vergiftet bin: Was ist da los? Und ich glaube dahin kommen Sie dann schon eher, wenn Sie zwischen der Aussage des Patienten und dem früheren Erlebnis dazwischenschalten: „Was wird da erlebt und wie wird es erlebt?“ Dann kommen Sie eher weiter zu einem Link. Und dann kommen Sie dahin wo der Herr Kapfhammer sagt, dass das dekontextualisierte Traumata sind. Das glaube ich sofort. Das kann ich bestätigen, da habe ich X Fälle hinter mir. Wo es sich gut beziehen ließ. #00:15:29-23#

- I:** Es gibt ja auch oft die Diskussionen darüber wie reliabel die Berichte über traumatische Ereignisse sind von Psychotikern. #00:15:42-24#
- B:** Das glaube ich sofort, dass das nachgefragt wird. Das ist auch gut so, dass man sich da genau informiert. Das Kriterium ist zum Beispiel Fremdanamnese, auch die Replizierbarkeit, die sich im Gespräch ergibt. Und natürlich ist es wie bei jedem anderen Trauma auch ohne Psychose, dass man immerzu warten muss und sich dann Gedanken machen muss: „Wie ist der Ablauf gewesen?“ Und die Patienten haben irgendwann auch das subjektive Gefühl „Ja okay, das war’s.“, aber lange Zeit sind sie unsicher. Natürlich gibt es auch false memory, das ist mir auch bekannt. Nur die Frage, die mich beschäftigt ist in dem Fall eben der Erlebnisgehalt. Wofür steht er? Und man muss nicht immer alles word by word nehmen, das ist völlig klar, das würde ich auch nicht tun. Aber wenn zum Beispiel ein sexuelles Trauma berichtet wird, dann ist ja die Frage: „Wenn das Trauma nicht real ist, was ist dann auf einmal die Sexualisierung und wo kommt die damit verbundene Erlebnisweise übererregt oder stimuliert zu sein, her?“ Ich glaube da muss man schon differenzieren und natürlich schauen was wird einem da gesagt. Da gibt es halt keine Tests, da muss man wirklich warten und auf Kommunikation mit dem Betroffenen setzen. Es geht um keinen Fall darum, also das wird uns ja immer von den ABC-Psychiatern unterstellt, dass wir also quasi nur lauern, dass da irgendjemand gesagt hat er ist einmal verprügelt worden und dann ist gut. Also ich meine so schlicht denken wir nun wirklich nicht. Also wir erlauben uns nur den Patienten im Prinzip, auch wenn sie eine Psychose haben, ich sage nur etwas dezent, das Recht auf Biographie zuzugestehen. #00:17:46-25#

- I:** In der Literatur ist ja auch oftmals die Rede von einer Dosis-Wirkungsbeziehung. Glauben Sie, dass die Anzahl und auch der Schweregrad der Missbrauchs- und Vernachlässigungsfälle einen Einfluss auf den Schweregrad der Symptomatik einer Schizophrenie haben? #00:18:00-26#
- B:** Also bei einer größeren Zahl kommt das öfters einmal heraus. Das wird auch in einigen großen Studien beschrieben. Dafür spricht einiges, was wir über Trauma wissen, aber ich glaube da gibt es Nachholbedarf in der Forschung. Müsste man sich genauer noch einmal anschauen. Man kann sich das genauso vorstellen, dass natürlich ein Trauma jemanden trifft der von Natur aus, von der Konstellation aus, sehr fein und weich oder labil ist. Also da gibt es Interaktionen mit anderen Teilen der Persönlichkeit, die nichts mit der Psychose im Engeren Sinn zu tun haben. Also ich glaube, dass muss man zur Kenntnis nehmen muss, dass sich das ein paarmal so heraus gestellt hat. Das ist übrigens an anderer Stelle ja auch eingegangen ins ICD-10. Ich weiß nicht, ob es das im ICD-11 noch gibt. Da haben sie Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung. Das ist etwas ganz wichtiges, weil da ist quasi eine Dosis-Wirkungsrelation schon in dieser Aufstellung drinnen. Und denkbar ist, dass es auch bei Psychosen so ist. Die Frage ist natürlich immer die Interaktion, also wenn wir hier über Psychose und über Entwicklung sprechen ist das das eine, aber wir brauchen auch immer die Biologie, die das vermittelt. #00:19:26-27#
- I:** Man sagt ja, dass Missbrauch in der Kindheit oftmals zu einem früheren Krankheitsbeginn, schnellerem Krankheitsverlauf und früherer Erstaufnahme führt. Ist das auch auf die Schizophrenie zutreffend? #00:19:42-28#
- B:** Missbrauch führt zu früherem Krankheitsbeginn und früherer Hospitalisierung? Das wäre ja schön, dann würde wir ja rechtzeitig behandeln können. Das halte ich für eine Aussage, die ich nicht so unterschreiben würde. Also Sie müssen wissen, ich behandle bzw. ich habe bis Freitag, ich bin heute erstmals in Rente, jede Menge Traumatisierte auch ohne Psychose behandelt. Auch schwere Fälle. Und ich kann das von meiner persönlichen Empirie her nicht sagen. Was eventuell damit gemeint ist, ist dass es eine Fülle von psychischen, wie psychosomatischen Symptomen gibt und auch knallharte körperliche, also somatische Symptome gibt, wie Diabetes, Bluthochdruck usw. was dann zu Arztkontakten führt. Aber ich glaube,

dass man grundsätzlich sagen muss, dass die Tendenz Traumata erstmals nicht anzusprechen relativ groß ist. Ich würde da warten, bevor ich das unterschreibe.

#00:20:51-29#

I: Also ich dachte es wäre eher so gemeint, dass ein Missbrauch in der Kindheit quasi die psychische Störung, die sich dann entwickelt, verschlimmert. Also dass es dann eben zu einer früheren Erstaufnahme kommt, weil die Symptome schon früher stärker ausgebildet sind. So hätte ich das verstanden. #00:21:10-30#

B: Da wäre ich sehr vorsichtig. #00:21:13-31#

I: Dann wären wir auch schon am Ende meines Interviews angelangt. An dieser Stelle bedanke ich mich recht herzlich dafür, dass Sie sich Zeit für mein Interview genommen haben. #00:21:21-32#

16.2.3 Interview 3.

Thema:	Beeinflusst Trauma oder Vernachlässigung in der Kindheit die Entwicklung einer Schizophrenie im Erwachsenenalter?
Befragter:	Supplierende/r LeiterIn einer Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Interviewerin:	Alexandra Mittelberger
Art des Interviews:	Telefoninterview
Datum:	10. Februar 2014
Zeit:	Von 13:00 Uhr bis 13:26 Uhr

I: Bisherige Studien haben sich vor allem auf den Einfluss von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit auf die Entwicklung nicht-psychotischer Störungen fokussiert. Sind Sie der Meinung, dass ebenso ein Zusammenhang zwischen früh

erlebtem Missbrauch oder Vernachlässigung und einer späteren Psychose oder im Spezielleren einer Schizophrenie besteht? #00:01:37-00#

- B:** Der Meinung bin ich. Ich bin nicht nur der Meinung, sondern Studien, die mittlerweile dazu veröffentlicht wurden, sind mittlerweile auch schon sehr stabil, dass es diesen signifikanten Zusammenhang gibt. Es ist natürlich wichtig, wenn man sich auf diese Studien bezieht „Was heißt das?“ Wenn man von einer gewissen Effektstärke ausgehen kann und auch berechnen kann, da gibt es mittlerweile auch eine metaanalytische Arbeit dazu, dann muss man davon ausgehen, dass Trauma in der Vorgeschichte der frühen Entwicklung zur Prädisposition zählen muss.

Man muss sich allerdings, und das ist wichtig damit man das richtig einordnen kann, es handelt sich bei der späteren Schizophrenie oder bei den späteren schizophrenen Störungen nicht um eine sogenannte komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, sondern Trauma ist ein Faktor, der möglicherweise hoch mit genetischen Dispositionen, die wir zum Teil auch nicht gut kennen, auch wenn einige Marker mittlerweile identifizieren, korreliert. Aber die ganze Geschichte ist relativ komplex und als Interaktion zu verstehen. Wenn man das in einem multifaktoriellen System betrachtet, wird man auch nicht daran vorbei gehen können, dass traumatische Erfahrungen zum Gesamtrisiko beitragen. #00:03:07-01#

- I:** Also glauben Sie, dass es sich um einen kausalen Zusammenhang handelt?
#00:03:12-02#

- B:** Die Diskussion „Was ist kausal?“ ist natürlich eine ganz schwierige bei der Ätiopathogenese komplexer psychischer Störungen und Schizophrenien, die ja jetzt kein homogenes Krankheitsbild darstellen, sondern das was wir Schizophrenie nennen ist ein abstraktes Konstrukt, zu identifizieren über einige Kernmerkmale an einer Gruppe von Personen. Aber was zu Grunde liegt ist vermutlich ursachenbezogen sehr, sehr heterogen. Davon müssen wir ausgehen. Die Einzelfaktoren, die man analysieren kann, haben eine unterschiedliche Gewichtung. Es gibt gute Belege dafür, dass genetische Faktoren eine ganz entscheidende Rolle spielen, also bei den allermeisten schizophrenen Erkrankungen. Wir wissen auch, dass die frühe Gehirn-

entwicklung wahrscheinlich schon ab dem zweiten Trimenon in der Schwangerschaft massiv beeinflusst und verändert werden kann. Das heißt, wenn ich einen Einzelfaktor analysiere, kann ich nur aufgrund der Studiendesigns sagen, ich finde, dass aufgrund der Rate einer gut kontrollierten Studie, die das prospektiv untersucht hat, finde ich, dass Trauma einen Beitrag leistet.

Was wir noch nicht sagen können ist, dass es ein Faktor ist, der die Schizophrenie verursacht, oder ist es ein Faktor, der mit anderen bekannten Variablen, wie zum Beispiel gerade mit genetischen Variablen in der Interaktion einen entscheidenden Beitrag zur Risikoerhöhung liefert. Das ist etwas, das methodisch sehr schwierig ist. Insofern die Vorstellung es gäbe eine genaue Ursache der Angststörung, Depression oder der Zwangsstörung, also da würde man sich sehr, sehr hart tun genau das herauszuholen. Auch aufgrund der Erfahrungen und der methodisch sich verändernden Zugangsweise weiß man, dass es ein sehr komplexes Geflecht verschiedener interagierender Faktoren ist. Womit jetzt genau traumatische Erfahrungen interagieren, auf welcher Ebene interagieren, und ob man die Konsequenzen eher im psychologischen, im biologischen oder gar im genetischen Bereich sehen muss, das ist etwas, das definitiv noch weiter erforscht werden muss. #00:05:52-03#

I: Und glauben Sie, dass das Auswirkungen auf die Behandlung von Patienten hat?

#00:06:01-04#

B: Ich denke „Ja“. Die Frage ist, ob es Auswirkungen hat, die man beachten muss. Da ist die Antwort „Ja“. Also, was wissen wir? Völlig egal wie man jetzt die kausale Diskussion führt. Jemand, der diese Vorgeschichte hat, also ein historisches Faktum, das ich mit einer relativ guten Reliabilität erheben kann, bedeutet, dass sich Krankheitsverläufe verkomplizieren, dass die Rate der therapeutischen Zugangsweise insgesamt eine geringere Chance zur Linderung oder zur Heilung haben, und dass auch die klinischen Bilder insgesamt komplexer aussehen. Das heißt das Faktum „Trauma – ja/nein“ spielt definitiv für die akute Versorgungsebene eine eminente Rolle. Es ist auch wiederum so zu verstehen, dass man jetzt nicht genau sagen kann, was dieser Traumafaktor im Einzelnen bewirkt. Wenn Sie nachweisen können, Sie haben höhere Suizidraten, Sie haben eine höhere Rate an schwierigem

Krankheitsverhalten, eine geringe Compliance, Sie haben möglicherweise eine therapieresistentere klinische Symptomatik, spielt das eine ganz wichtige Rolle. Die Konsequenz daraus für die Behandlung, wie man am besten mit diesen Patienten umgeht, das kann man empirisch noch nicht so gut sagen. Es gibt zwar mittlerweile auch einige Studien, die gut belegen, dass bestimmte psychotherapeutische Zugänge, wie zum Beispiel kognitive Verhaltenstherapie oder, im Spezielleren, die Expositionstherapie, durchaus einen Beitrag zur Symptomlinderung bringen können, aber ob diese Interventionen, die vielleicht von einzelnen Patienten positiv erlebt werden, ob das am Krankheitsbild etwas ändert oder ob der Krankheitsverlauf dadurch insgesamt günstiger gestaltet wird, das bleibt noch empirisch zu lösen.

Auf der pragmatischen Ebene glaube ich schon, dass es gut wäre ein Wissen darüber zu erwerben: „Wie gehe ich mit diesen Patienten um? Wann spreche ich das an? Wie reagiere ich, wenn der/die PatientIn mit mir darüber berichtet?“ Da ist in der Vergangenheit sehr viel ausschließlich der Psychose zugeschoben worden ist, da muss man ein bisschen sensiblerer mit diesem Thema umgehen.

Wenn Sie mich weiterfragen würden, hat es schon eine praktische, eine spürbare Konsequenz in den Behandlungsrichtlinien gegeben hat, dann ist die Antwort relativ klar „Nein“. #00:08:53-05#

- I:** Ich bin mir jetzt nicht ganz im Klaren. Arbeiten Sie selber in der Praxis oder sind Sie mehr in der Forschung tätig? #00:09:02-06#
- B:** Ich bin Klinikchef hier in Graz und habe mich natürlich mit diesen Themen zunächst aus theoretischen Erwägungen, weil ich mich mit Posttraumatischen Belastungsstörungen schon seit vielen Jahren auseinandersetze, für diesen Bereich interessiert. Ich habe in den frühen Jahren dieses Jahrzehntes mich in meiner Forschung jetzt nicht speziell auf die Schizophrenie bezogen bzw. mir näher angesehen, aber ich komme einfach durch meinen praktischen Alltag in der Klinik nicht darum herum – durch Kontakte und Supervisionsgespräche werden diese Themen immer wieder erörtert. Und deswegen habe ich mir einfach einmal die Literatur zu diesem Thema ein bisschen angeschaut. Ich weiß nicht, ob Sie meine beiden Beiträge kennen, die ich in der Neuropsychologie veröffentlicht habe, da habe ich

meine damalige Sicht, 2012/13 glaube ich, zusammengestellt. Ich weiß nicht, ob Sie die kennen. #00:10:03-07#

I: Trauma and Psychosis? Teil 1 und 2? #00:10:05-08#

B: Ja genau, die beiden. #00:10:08-09#

I: Nein, leider nicht. Diese waren mir über die Uni Wien nicht zugänglich. #00:10:11-10#

B: Ich kann Ihnen die zuschicken. Das ist überhaupt kein Problem. #00:10:13-11

I: Das wäre sehr nett, danke!

In bisherigen Studien wurde hauptsächlich die Auswirkung von sexuellem und körperlichem Missbrauch in dieser Hinsicht untersucht. Weniger jetzt der emotionale Missbrauch oder Vernachlässigung. Glauben Sie, dass diese genauso eine Rolle spielen? #00:10:31-12#

B: Ich kann mir nicht vorstellen, dass es einen sexuellen Missbrauch ohne diese Komponente des emotionalen Missbrauchs gibt. Auch der Aspekt der emotionalen Vernachlässigung spielt eine ganz wichtige Rolle dabei. Selbstverständlich gehe ich davon aus, dass es eine hohe Bedeutung hat.

Wir haben hier einige Erfahrungen aus der psychoanalytischen Literatur, die hier sehr breit ist, allerdings nur kasuistisch bezogen; das heißt, wir können das nicht generalisieren auf Gruppen. Das hat die Psychoanalyse bis dato noch nicht so intensiv erforscht. Aber was von großer Bedeutung ist, wenn man solche Faktoren herauszieht, haben wir nüchternen Empiriker manchmal den Eindruck es geht hierbei, sagen wir einmal, um Einzelereignisse. Das sind aber keine Einzelereignisse. Wenn Sie sich vorstellen, Sie haben einen sexuellem Missbrauch über drei, vier Jahre in einer Familie, heißt das auch, dass viele andere Affektsysteme, wie die Art und Weise des Umgangs mit der Realität, die Art und Weise der Unterstützung, die Art und Weise der verletzten innerfamiliären Loyalität, die besonderen möglicherweise auch im Umfeld vorhandenen sonstigen aversiven Beziehungs- und Lebensbedingungen, eine massive Rolle spielen können. Das heißt also, dass die Variable „Trauma“

selber einzubetten ist in einem ganz komplexen Erziehungs- und Entwicklungskontext. Und das ist nicht vorstellbar, ohne dass sich da gravierenden Konsequenzen für die emotionale Verarbeitung ganz generell bilden. Also das ist sicher etwas, das man sehr genau anschauen muss.

Man weiß, dass, methodisch gesehen, kann man mit einer hohen Reliabilität solche Einzelereignisse oder Fakten erheben. Aber zum Beispiel: wie erfasst man methodisch emotionale Vernachlässigung? Wie erfasst man genau bestimmte unguete emotionale Kritikstile in der Erziehung? Also all diese Aspekte sind sehr schwer zu erfahren und zu erfassen. Und unterliegen möglicherweise auch einer bewussten Reflexion bei den einzelnen Leuten.

So gesehen haben Einzelaspekte wie zum Beispiel das Bullying, also das Mobben in der Schule, eine hohe Relevanz. Dieses Einzelereignis, das deutlich anders zu sehen ist als zum Beispiel ein sexueller Übergriff, der vielleicht einmalig oder wiederholt vorkommen kann. Man sieht, dass das eine hohe prädiktive Kraft hat. Es ist sehr wahrscheinlich, dass viele andere Aspekte so eine ähnlich schädliche oder pathogene Bedeutsamkeit haben können als ein sexueller Missbrauch. #00:13:58-13#

- I:** Also ich stütze mich in meiner Diplomarbeit auf das Traumagenic Neurodevelopmental Modell von Read. Kennen Sie das? #00:14:12-14#
- B:** Ja, das kenne ich. Das ist eine Hypothese. Natürlich müssen Sie all diese Befunde irgendwo in Konkordanz bringen zu dem „Was weiß man eigentlich sonst über eine Störung?“ Wie könnte ein traumatisches Geschehen interagieren mit der Pathophysiologie, die zu den Variablen oder Veränderungen im System führen, die wir normalerweise bei diesen Patienten, wenn sie erkranken, auch finden können? Dieses Neurodevelopmental Modell von Read, das stammt ja nicht von ihm, sondern ist ein seit vielen Jahrzehnten erforschtes Modell. Das was Read gemacht hat ist eher es zu differenzieren. Wir haben es bis dato also eher so diesem Vulnerabilitäts-Stress-Coping Modell nebeneinander gestellt. Es könnte sein, dass Stress ist gleich Trauma selbst zur Vulnerabilität beiträgt. Also dass man nicht, wie bis dato argumentiert, sagen kann, wir haben halt einen genetischen Pool, der macht diese Vulnerabilität und führt zu bestimmten Veränderungen in der Gehirnreifung und deswegen ist die Verarbeitungsfähigkeit des Gehirns schlechter. Und jetzt kommt ein

Trauma dazu, man geht schlechter mit dem Trauma um und es erhöht sich das Risiko. So ist es möglicherweise. Das ist zwar vorstellbar, so ein Modell kann man natürlich auch theoretisch testen, wenn man die entsprechenden Rohdaten dazu hat. Aber es ist auch genauso umgekehrt möglich, und zwar, dass traumatische Erfahrungen, gerade wenn sie in frühen, entscheidenden Entwicklungsphasen vorkommen mit dem gesamten neurodevelopmental interagieren. Das ist die Idee von John Read gewesen, dass die selbst schon interagieren. Das heißt, dass sie nicht nur unvermittelt nebeneinander stehen und vielleicht die Schwelle hinauf oder hinunter senken, sondern auch elementar zur Vulnerabilität selbst beitragen. Es ist natürlich sehr schwer zu testen. Theoretisch macht es aber eine hohe Plausibilität so zu denken. #00:16:41-15#

- I:** Es gibt einige Studien, die zusätzlich die einzelnen Symptome einer Schizophrenie untersucht haben. Viele konnten einen Zusammenhang zu den Positivsymptomen, nicht aber zu Negativsymptome, nachweisen. #00:16:53-16#
- B:** Auch da ist die Datenlage nicht ganz einfach. Selbstverständlich ist es ein altes Wissen, dass Wahnsymptome, also produktive, psychotisch inhaltliche Denkstörungen, immer auch einen gewissen historischen Kern, also einen Kern, der etwas mit der Realität zu tun hat. Das ist relativ Allgemeingut. Wo wir in der Tat mehr Belege dafür haben ist, dass die Einzelsymptome mehr einen Wiederhall traumatischer Erfahrungen darstellen können, zum Beispiel dass Stimmenhören - akustische Halluzinationen, durchaus auch mit solchen Erfahrungen korrelierbar sind. Da gibt es ein paar Studien dazu, die das durchaus plausibel nachweisen. Die Datenlage ist aber nicht sehr klar. Es ist auch wahrscheinlich gar nicht so entscheidend, jetzt zu sagen dass man auf einer Einflussymptomebene sofort diese Beziehung herstellen kann, also dass man sagt, der Verfolger, der einen ständig beschimpft in so einer Situation, bei einer entsprechenden traumatischen Vorgeschichte, ist quasi eine Antwort oder Wiederhall der Erfahrung mit einem traumatisierenden Erwachsenen in der Vergangenheit. Das ist sehr unwahrscheinlich. Das kann man in Einzelfällen nachweisen und plausibel machen –

könnte, Ja – aber für große Gruppen ist das sehr, sehr schwierig. Ich wüsste nicht wie man das methodisch machen könnte. Aber das wird diskutiert. Es wird diskutiert, dass zum Beispiel bestimmte akustische Halluzinationen, man spricht dann von dekontextualisierten traumatischen Wiederhallerinnerungen oder intrusiven Erinnerungen, sein könnten. Das ist eine Hypothese. Ich kenne keine Studie, die das überzeugend nachgewiesen hat, dass das auch wirklich so ist.

Was man umgekehrt weiß, wenn man sich das auf der klinischen Ebene anschaut, dann sieht man und das hat man auch untersucht, haben traumatische Erfahrungen, die im Vorfeld passiert sind, also schwere Kriegsereignisse oder ganz schlimme sonstige Gewalttaten, die dann zu einer Entwicklung einer Psychose, also Psychose plus PTBS akut, viel komplexere klinische Bilder. Sie haben sehr viel mehr Affekte und möglicherweise eine andere Genetik, sie haben definitiv eine schwierigere Verlaufsdynamik. Aber wenn man sich da die Einzelsymptome anschaut gibt es kaum Belege dafür, dass der Inhalt der akustischen Halluzination, also unabhängig von der Tatsache, dass man überhaupt Stimmen hört, oder wenn man sich auf den Inhalt der Wahnideen bezieht, gibt es kaum gute Belege dafür, dass die Inhalte mit dem Trauma per se zu tun haben. Das heißt nicht, dass das nicht beeinflusst wird, sondern nur eine hypothetische Spekulation ist. #00:20:16-17#

- I:** Nochmals zur Dosis-Wirkungsbeziehung. Glauben Sie, dass die Anzahl und auch der Schweregrad der Missbrauchs- oder Vernachlässigungsfälle einen Einfluss hat – also auf die Symptomatik einer Schizophrenie? #00:20:29-18#
- B:** Da gibt es einige großangelegte epidemiologische Studien, die das sehr gut zeigen. Nicht alle haben eine Dosis-Wirkungskurve nachgewiesen, aber haben es möglicherweise auch nicht untersucht. Das Problem ist nur, dass ist eher von einer inhaltlich theoretischen Ausrichtung. Es ist schwierig auf der einen Seite zweimal einen sexuellen Übergriff zu haben und auf der anderen einen, der hat nur einmal eine schwere Folterung erlebt, die ihn zerstört hat. Das sozusagen in so ein Model reinzukriegen. In einem Fall würden zwei Ereignisse, die vielleicht „relativ“ harmlos sind, gegenüber einer die Persönlichkeit tatsächlich zerstörenden Aktion. Dies ist

etwas was sehr schwierig in einem Dosis-Wirkungs-Modell einzubetten ist. Nur epidemiologisch, wenn man sagt, wir stellen die Fragen a, b, c, d und zu entsprechenden traumatischen Ereignissen, und registrieren einfach nur kategorial mit ja, ja, ja, nein, ja und schauen auf die Symptomatik und auf das Risiko, findet man in einer quasi groß epidemiologischen Studie relativ überzeugende Ergebnisse.

#00:21:46-19#

I: Glauben Sie, dass auch das Alter des Kindes während des Missbrauchs eine Rolle spielt? Oder auch die Nähe zum Täter? #00:21:55-20#

B: Das ist schwierig zu beantworten. Dass es möglicherweise kritische Zeitfenster gibt, könnte ich mir theoretisch vorstellen. Ich kenne nur ein paar Studien, die unterschieden haben zwischen Erwachsenenalter, Adoleszenz, Voradoleszenz und Kindheit. Also da gibt es ein paar. Alle Bereiche scheinen relevant zu sein, aber man kann nicht sagen, dass eine Traumatisierung, sagen wir einmal zwischen fünf und acht, schlimmer oder günstiger sei, als eine Traumatisierung etwa zu Beginn der Pubertät. Das kann man nicht sagen. Diese Vergleichsstudien, die das gut stabilisiert hätten, gibt es meines Wissens nach nicht. #00:22:45-21#

I: Und die Nähe zum Täter? Also zum Beispiel der Täter wirklich aus der Familie stammt? #00:22:51-22#

B: Also zunächst einmal gehen wir alle im klinischen Alltag davon aus. Das ist nicht eine Beantwortung, die sich auf die Diagnose Schizophrenie bezieht, sondern das ist generell. Was wir nicht bezweifeln ist ein Bindungstrauma. Natürlich haben wir einen ganz wichtigen Bezug zu dieser Variable, wenn ein Täter/eine Täterin auf der Elternebene ist, hat das eine ganz andere Wirkung auf das Kind. Da muss man die komplexeren, auch psychodynamischen, psychologischen Konsequenzen kennen. Die Konsequenz daraus ist aber nicht unbedingt damit gleichzusetzen, dass es jetzt fünfmal so schlimm als bei einem Fremden ist und deswegen das Risiko bezogen auf die Schizophrenie fünfmal größer ist. A) gibt es diese Studien nicht, b) ist das Denken wahrscheinlich ein falsches. Aber es hat definitiv eine große Bedeutung, wie und wer ist der Verursacher des Traumas. #00:24:08-23#

- I:** Dann sind wir schon fast am Ende meines Interviews angelangt. Eine letzte Frage noch: Studien haben gezeigt, dass Missbrauch in der Kindheit allgemein zu einem früheren Krankheitsbeginn, schnellerem Krankheitsverlauf, früherer Erstaufnahme, usw. führen kann. Glauben Sie, dass das auch auf eine Schizophrenie speziell zutreffend ist? #00:25:59-24#
- B:** Erstens bin ich mir gar nicht so sicher, ob man das generell aus der Literatur ableiten kann. Also früher und schneller – möglicherweise. Hier muss man einfach unterscheiden, dass die Erkrankungen, die eine hohe Anstiegsrate haben, generell für die natürliche Entwicklung im Laufe der Lebensspanne, also die eine hohe Inzidenzanstieg während der Spätadoleszenz und frühen Erwachsenenalter haben, das sind die Erkrankungen, die man auch primär untersucht hat – zum Beispiel Depressionen. Da gibt es gute Belege für einen Zusammenhang. Ob das für die Schizophrenie ähnlich stimmt weiß ich nicht. Also ich kenne keine Studie, die das einmal untersucht hätte, aber d.h. nicht, dass es die nicht gibt. Ob tatsächlich zum Ersterkrankungsalter oder zum Erstaufnahmealter da möglicherweise ein signifikanter Zusammenhang ist – ich weiß es schlicht und einfach nicht. #00:25:35-25#

16.2.4 Interview 4.

Thema:	Beeinflusst Trauma oder Vernachlässigung in der Kindheit die Entwicklung einer Schizophrenie im Erwachsenenalter?
Befragungsperson:	PsychiaterIn einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Interviewerin:	Alexandra Mittelberger
Art des Interviews:	Beantwortung der Fragen via E-Mail
Datum:	25. Jänner 2014
Zeit:	20:50 Uhr

I: Bisherige Studien haben sich vor allem auf den Einfluss von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit auf die Entwicklung nicht-psychotischer Störungen, wie Depressionen, PTBS, Angststörungen etc., fokussiert.

Sind Sie der Meinung, dass ebenso ein Zusammenhang zwischen früh erlebtem Missbrauch oder Vernachlässigung und einer späteren Schizophrenie besteht

B: Ja.

I: Glauben Sie, dass es sich hierbei um einen kausalen Zusammenhang handelt, d.h. dass in der Kindheit erlebter Missbrauch oder Vernachlässigung die Entwicklung einer Schizophrenie begünstigen kann?

B: Sicher begünstigen. Oft gibt es sowieso mehrere psychosoziale Einflussfaktoren. In den epidemiologischen Studien besteht oft zusätzlich eine familiäre Vulnerabilität "genetical liability", die wir jedoch im Genom nicht zuordnen können. Man geht in den meisten Fällen daher von einer Gen-Umwelt-Interaktion aus (Epigenetik). Der Einflussfaktor unterliegt auch einer Dosis-Wirkungsbeziehung. Bei schwerem Missbrauch steigt die Odd Ratio auf bis zu 30 an. Unter solchen Extrembelastungen kann wohl eine Schizophrenie ohne jede nachweisbare familiäre Belastung entstehen. Da wir den genetischen Faktor jedoch nicht kennen, und von multiplen individuell unterschiedlichen Genen ausgegangen wird, ohne diese Hypothese bisher belegt zu haben, ist auch dies schwer einzugrenzen.

I: Konnten Sie bisher eine solche Beobachtung bei einem Klienten machen?

Wenn ja, haben sich dadurch ihre Interventionsmaßnahmen geändert?

B: Wir haben damals im UKE eine Studie dazu gemacht. Dr. Ingo Schäfer hat Daten daraus als Erstautor publiziert.

Wir haben schlicht angefangen die Klienten danach zu befragen und haben auf der Station mit ressourcenorientierten Methoden der Traumatherapie gearbeitet. Das

Team wurde deshalb in Imaginationsverfahren ausgebildet und wir haben sie in Gruppentherapien 2 x pro Woche angewendet.

Am wichtigsten ist zunächst ein traumasensibler Umgang mit Klienten. Kommt es zu Situationen von subjektiver Bedrohung und potentieller Gewalt und Zwang, ist oft eine Traumatisierung in der Lebensgeschichte zu finden. Anwendung von Zwang ist dann oft eine Retraumatisierung. Das sollte so weit wie möglich vermieden werden. Ich stelle einen Vortrag von mir dazu in eine Dropbox. Dazu ebenfalls die von mir gesammelten Publikationen.

- I:** Einige Studien, die einen Zusammenhang zwischen frühkindlichem Missbrauch und einer späteren Schizophrenie gefunden haben, haben zusätzlich einzelne Symptome der Schizophrenie untersucht. Sie konnten z.B. einen Zusammenhang mit Positivsymptomen, aber nicht mit Negativsymptomen, nachweisen.

Gibt es Ihrer Meinung nach Unterschiede in der Stärke des Zusammenhangs zwischen Missbrauch und Vernachlässigung und bestimmten Symptomen der Schizophrenie?

- B:** Ja, es finden sich positive Korrelationen zwischen Trauma und spezifischen Positivsymptomen: visuelle, akustische, taktile.

Bei Misshandlung ebenfalls mit taktilen. Bei Vernachlässigung mit akustischen.

Dies in Shevlin et al. 2007 (siehe dazu meine Powerpointpräsentation).

Ich glaube es gab dann mindestens noch eine weitere Publikation dazu.

- I:** Was halten Sie davon, dass bisher der Zusammenhang zu positiven Symptomen, nicht aber zu negativen Symptomen, nachgewiesen werden konnte? Teilen Sie diese Meinung? Wie könnte man dies erklären?

- B:** Ist nicht erstaunlich. Positiv Symptome entstehen vermutlich durch eine dopaminerge Hyperaktivität des mesolimbischen Systems. Traumatisierung bewirkt eine Sensibilisierung dieses Systems. Dies wiederum durch eine direkte Einwirkung der Traumatisierung auf das mesolimbische dopaminerge System, oder indirekt über die HPA-Achse. (Siehe meine Publikation „Viele Wege in Psychosen“)

Negativ-Symptome entstehen vermutlich durch Veränderungen im Frontalhirn: hypodopaminerger Zustand, Veränderungen des glutamatergen Systems. Das Frontalhirn scheint nicht direkt durch die Traumatisierung beeinträchtigt zu werden. Wenn, dann eher sekundär.

I: Konnten Sie dies bisher bei einem Klienten beobachten?

B: Ja.

I: Studien, die sich mit diesem Thema auseinandergesetzt haben, fanden eine Beziehung zwischen den Inhalten von Halluzinationen bei Schizophrenen und früh erlebtem Missbrauch und Vernachlässigung.

Können Ihrer Meinung nach die Inhalte von Halluzinationen von den Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen geprägt sein?

B: Ja, jedoch nicht so stringent wie wir ursprünglich dachten:

Studie von Hardy et al 2004: Studie an 40 traumatisierten Patienten mit nicht-affektiven psychotischen Störungen:

- 13% Trauma und Stimmen haben gleiche Themen und Inhalte
- 45% gleiche Themen, jedoch nicht Inhalte
- 43% Inhalte der Stimmen keinen erkennbaren Bezug zum Trauma

I: Konnten Sie diese Beobachtung schon einmal bei einem Klienten machen?

B: Ja, wenn man die Patienten behutsam und bei vertrauensvoller Beziehung danach befragt, haben die auch selbst oft eine recht klare Einschätzung dazu.

I: In der Literatur ist oftmals die Rede von einer Dosis-Wirkung-Beziehung. Diese besagt, dass je höher die Anzahl und der Schweregrad der erlebten Missbrauchs- und Vernachlässigungsvorfällen sind, desto schwerwiegender zeigt sich die spätere Symptomatik bei Schizophrenen.

Glauben Sie, dass die Anzahl der Missbrauchs- und Vernachlässigungsfälle einen Einfluss auf den Schweregrad der Symptomatik bei Schizophrenen hat?

B: Ja ,aber doch auch in einem komplexen Bedingungsgefüge.

Person des Täters: Person des Vertrauens/naher Angehöriger oder Unbekannter.

Protektive Faktoren im Umfeld: Person des Vertrauens nach dem Trauma und Annahme oder Verschweigen müssen. Scham, Beschuldigung, Verleugnung im Umfeld.

I: Denken Sie, dass auch der Schweregrad der Missbrauchs- und Vernachlässigungsfälle eine bedeutende Rolle spielt?

B: Ja, sicher auch. Wird auch in Studien zum Teil erfasst.

I: Konnten Sie bisher eine solche Beobachtung bei einem Klienten machen?

B: Ja subjektive Einschätzung. Man braucht ja den Vergleich.

I: Missbrauch in der Kindheit führt allgemein zu einem früheren Krankheitsbeginn, schnellerem Krankheitsverlauf, früherer Erstaufnahme, längeren und häufigeren Hospitalisierungen und häufigeren Suizidversuchen.

Sind Sie der Meinung, dass diese Aussage auch auf eine Schizophrenie zutreffend ist?

B: Ja, vielfältig belegt.

I: Konnten Sie diese Beobachtung schon einmal bei einem Patienten, der an Schizophrenie erkrankt ist, machen?

B: Ja. Vor allem auch die Interaktion mit uns Professionellen, die in der akuten Situation Züge eines „borderlineartigen“ Beziehungsmusters annahm.

16.3 E-Mail an ExpertInnen.

Guten Tag,

mein Name ist Alexandra Mittelberger und ich studiere Psychologie an der Universität Wien. Derzeit arbeite ich an einer Diplomarbeit zum Thema **Trauma und Schizophrenie** unter der Betreuung von Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster.

Für meine Diplomarbeit habe ich einen Fragebogen basierend auf ExpertInnenmeinungen generiert. Nun bin ich auf der Suche nach klinischen ExpertInnen auf dem Gebiet Trauma ODER Schizophrenie, die bereit wären einen kurzen Fragebogen (max. 5-10 min) auszufüllen. Es geht um die Zustimmung bzw. Nicht-Zustimmung zu getätigten Aussagen von ExpertInnen auf diesem Gebiet. Ich wäre Ihnen für Ihre Mitarbeit sehr dankbar.

Im Anhang habe ich Ihnen den Fragebogen beigelegt, der aus einem Worddokument besteht. Sollten Sie über eine aktuelle Microsoft Word Version ab 2007 verfügen, können sie per Mausklick oder Leertaste die Kästchen ankreuzen. Ansonsten wäre eine kurze Markierung mit „x“ notwendig. Ich bitte Sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen abzuspeichern und an mich zu retournieren.

Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich und anonym verarbeitet. Für etwaige Fragen oder Anregungen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Alexandra Mittelberger

16.5 Lebenslauf.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Alexandra Mittelberger
Wohnort: Wien
E-Mail: a0904456@unet.univie.ac.at
Staatsbürgerschaft: Österreich

Schulische Ausbildung:

2009-2015 Psychologiestudium an der Universität Wien
(08.08.2011: Abschluss des 1. Diplomabschnittes)
2004-2009 Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe
2000-2004 Gymnasium
1996-2000 Volksschule

Berufliche Erfahrungen:

August 2013: 4-wöchiges Psychologiepraktikum im *Landeskrankenhaus Rankweil*
Jänner 2013-heute: Veranstaltungsassistentin bei der *Wolke*
Juni-August 2012: 6-wöchiges Pflichtpraktikum innerhalb des Psychologiestudiums beim *Projekt GLL (Gemeinsam leben lernen)*

April-Juni 2012: Praktikum bei ÖHTB (Österreichisches Hilfswerk für Taub-
blinde und hochgradig Seh- und Hörbehinderte)

Fremdsprachenkenntnisse:

Englisch (fortgeschritten), Französisch (Grundkenntnisse), Italienisch (Grundkenntnisse)

EDV-Kenntnisse:

Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft Access, Microsoft PowerPoint, Microsoft Outlook, Adobe Photoshop, HTML