

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Trauma und Psychose: Verbindungen und deren Auswirkungen
auf die Behandlung - eine explorative Studie mit
Genesungsbegleiter*innen

verfasst von | submitted by
Jakob Geißler BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster Privatdoz.

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich bei allen Genesungsbegleiter*innen bedanken, die mir in den Interviews mit einer so großen Offenheit begegnet sind und ihre Lebensgeschichte mit mir geteilt haben. Darüber hinaus gilt mein Dank allen Menschen in meinem beruflichen Umfeld, die mir immer wieder aufgezeigt haben, wie wichtig es ist zuzuhören und Vertrauen zu schenken. Hieraus hat sich die Idee für das gewählte Forschungsvorhaben entwickelt. Ein letzter Dank geht schließlich an Freund*innen und Familie für die erhaltene Unterstützung in Form von kritischen Nachfragen, anregenden Diskussionen und ausführlichen Rückmeldungen.

Inhaltsverzeichnis

Psychose und Trauma.....	4
Psychotische Störungen.....	4
Positivsymptomatik.....	5
Negativsymptomatik	6
Trauma	7
Psychotische Störungen und Trauma.....	8
Psychose-induzierte Traumata	10
Posttraumatisches Wachstum nach psychotischen Störungen	10
Traumasensible Behandlungsansätze psychotischer Störungen	11
Erfahrungsexpertise und Experienced Involvement.....	13
Forschungsinteresse und Fragestellungen	14
Methode.....	15
Untersuchungsdesign.....	15
Rekrutierung und Stichprobe.....	16
Verortung der eigenen Person	17
Datenerhebung.....	17
Reflexive thematische Analyse.....	18
Reflexion der eigenen analytischen Tätigkeit.....	20
Member Checking.....	20
Ergebnisse	20
Trauma und Psychose	21
Psychose-induzierte Traumata.....	28
Behandlung traumatischer Erfahrungen	33
Trauma und Psychose in Ex-In Ausbildung und Tätigkeit.....	38
Diskussion	40
Psychose verstehen im Kontext Trauma.....	40
Bedeutung Psychose-induzierter Traumata	42
Posttraumatisches Wachstum bei Genesungsbegleiter*innen	43
Trauma-Unsensible Behandlung	44
Genesungsbegleitung als Instrument traumasensibler Behandlung	46
Limitationen und Stärken dieser Studie.....	46
Implikationen für die Praxis	47
Ausblick auf zukünftige Forschung.....	48
Fazit	49
Literaturverzeichnis.....	50

Abbildungsverzeichnis	63
Tabellenverzeichnis.....	63
Abkürzungsverzeichnis	63
Anhang A	64
Anhang B.....	65
Anhang C.....	66
Anhang D	70
Studieninformation.....	70
Anhang E.....	77

Psychose und Trauma

Psychotisches Erleben stellt für viele Betroffene einen tiefgreifenden Einschnitt in ihr Leben dar und ist mit schwerwiegenden Veränderungen in allen Lebensbereichen verbunden (Jablensky, 2010). Historisch betrachtet dominierte lange Zeit sowohl in der Wissenschaft als auch in der praktischen Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen ein biomedizinisches Modell. Erst in der jüngeren Forschung der letzten zwei Jahrzehnte zeichnete sich ein Wandel ab und psychosoziale Faktoren, einschließlich traumatischer Erfahrungen, finden mehr Berücksichtigung im wissenschaftlichen Diskurs (Grubaugh et al., 2011). Darüber hinaus befinden sich psychosoziale Behandlungsansätze psychotischer Störungen in Entwicklung und es zeigten sich erste positive Resultate (Reid et al., 2024; Van den Berg et al., 2016; Varese et al., 2024). Dennoch erhalten nur 10% der Menschen mit psychotischen Störungen Zugang zu psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlungsangeboten (The Schizophrenia Commission, 2012).

Um mögliche Ursachen und Erklärungen für diese Diskrepanz zu finden, benötigt es ein tieferes Verständnis der Verbindung zwischen Trauma und Psychose sowohl aus der Perspektive Betroffener wie auch der Behandler*innen. Um dieser Wissenslücke zu begegnen, bietet sich die Befragung von Genesungsbegleiter*innen zu ihren wahrgenommenen Verbindungen und Assoziationen zwischen Trauma und Psychose an. Genesungsbegleitung bezeichnet den Miteinbezug von Erfahrungswissen Betroffener in der psychosozialen Versorgung. Dabei verfügen Genesungsbegleiter*innen über ihr persönliches Erfahrungswissen aus ihrer eigenen Krankheits- und Genesungsgeschichte. Darüber hinaus erlangen sie durch ihre Ausbildung und die Mitarbeit in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen ein Expert*innenwissen. Hierdurch entsteht eine einzigartige Verknüpfung des Wissens zwischen den Perspektiven von Betroffenen und Behandler*innen. Dieses tiefere Verständnis der Zusammenhänge zwischen Trauma und Psychose ermöglicht eine stärkere Berücksichtigung traumatischer Aspekte bei psychotischen Störungen und kann damit einen Beitrag zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung Betroffener leisten (Coates et al., 2019; Kornberger, 2016; Mitchell et al., 2021).

Psychotische Störungen

Psychotische Störungen sind nicht als ein einzelnes Störungsbild definiert, sondern durch ein Symptomspektrum charakterisiert (Gaebel & Zielasek, 2015; Hoyer & Knappe, 2020). In der elften Revision des International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.; ICD-11; World Health Organisation [WHO], 2019) finden sich die Störungsbilder unter dem Kapitel *Schizophrenie und andere primäre psychotische*

Störungen. Da sich die vorliegende Arbeit auf die in der Praxis vergebenen Diagnosen im österreichischen Gesundheitssystem bezieht, wird im Folgenden auf die Vorgängerversion, den ICD-10 Bezug genommen. Unter dem Kapitel F20-29 *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen*, finden sich sämtliche Störungsbilder, bei denen psychotische Symptome auftreten können (WHO, 2016). Zu diesen zählen die Schizophrenie, die schizotype Störung, wahnhaftige Störungen und verschiedene akut vorübergehende psychotische Störungen sowie die schizoaffectiven Störungen (WHO, 2016). Die Kernsymptome psychotischer Störungen lassen sich dabei in *Positiv- und Negativsymptomatik* unterteilen (Hoyer & Knappe, 2020).

Positivsymptomatik

Die Positivsymptomatik führt bei Betroffenen zu einer Steigerung des Erlebens und einer Veränderung der Wahrnehmung (Gaebel & Zielasek, 2015). Unter diese fallen Wahn, Halluzinationen, desorganisiertes Denken und Verhalten sowie eine veränderte Motorik. Wahnhaftes Erleben kennzeichnet sich durch Einstellungen und Überzeugungen aus, die trotz gegenteiliger Evidenz nicht veränderbar sind, wobei sich die Inhalte des Wahns unterscheiden können (American Psychiatric Association [APA], 2018). Häufig auftretende Symptome sind Verfolgungswahn, Beziehungswahn, körperbezogener Wahn, Liebeswahn oder Größenwahn. Zusätzlich werden Wahninhalte in bizarr und nicht bizarr eingeteilt. Ein Wahn gilt als bizarr, wenn der Inhalt unmöglich erscheint und sich nicht durch den kulturellen Hintergrund und die allgemeine Lebenserfahrung erklären lässt (APA, 2018). Da sich wahnhaftes Erleben auf die Inhalte des Denkens bezieht, werden diese als inhaltliche Denkstörungen bezeichnet (Arciniegas, 2015).

Ein weiteres Kernsymptom der Positivsymptomatik stellen Halluzinationen dar. Diese werden als Sinneswahrnehmungen definiert, die ohne adäquate externe Reizquelle auftreten (APA, 2018). Halluzinationen werden von Betroffenen mit der gleichen Intensität und Wirkung realer Wahrnehmungen erlebt und eine Unterscheidung von der Realität ist nicht möglich. Halluzinationen können in jeder Sinnesmodalität auftreten, am häufigsten sind hier akustische Wahrnehmungen. Außerdem zählt Desorganisiertes Denken zur Positivsymptomatik und beinhaltet die Ideenflucht, Danebenreden und Inkohärenz. Es beschreibt auffällige Denkmuster auf formaler Ebene, die als formale Denkstörungen bezeichnet werden (Hoyer & Knappe, 2020). Ideenflucht beschreibt nicht nachvollziehbare Gedankensprünge in einem erhöhten Denkt tempo. Beim Danebenreden fällt es Betroffenen schwer, adäquat auf Fragen zu antworten und dem Gesprächsfaden zu folgen. Inkohärenz kennzeichnet eine Desorganisation der Sprache, wodurch die Kommunikation zwischen

Betroffenen und Behandler*innen erschwert wird. Zusätzlich kann es zu einem Abreißen oder Perseverationen der Gedanken kommen (Arciniegas, 2015). Im Rahmen des Desorganisierten Denkens können zusätzlich Ich-Störungen auftreten, bei denen Betroffene das Gefühl haben die Kontrolle über ihre Gedanken und ihren Willen verloren zu haben. Die Grenzen zwischen Umwelt und dem „Ich“ können verschmelzen (Finzen, 2016). Störungen der Psychomotorik und desorganisiertes Verhalten umfassen unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten, die von unberechenbaren Gemütsregungen, unpassenden Körperhaltungen bis zum vollständigen Fehlen von verbalen oder motorischen Reaktionen reichen können. Zudem können sich Probleme im zielgerichteten Verhalten zeigen, die zu Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung führen können (APA, 2018).

Negativsymptomatik

Bei Betroffenen führen negative Symptome zu einer Verminderung oder einem Verlust von Funktionen und von Erleben der Emotion und Motivation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Lyne et al., 2018). Dabei umfasst die Negativsymptomatik fünf Bereiche, die sich den zwei Faktoren verminderte Expressivität und vermindertes Erleben zuordnen lassen (Marder & Galderisi, 2017). Unter verminderter Expressivität ist eine Affektverflachung zu verstehen, bei der es zu einer Reduktion des mimischen und gestischen Emotionsausdrucks und der allgemeinen Körpersprache kommt. Zusätzlich kann der Sprachausdruck (Alogie) betroffen sein, wobei der Sprachinhalt verarmt und sich die Reaktionen im Gespräch verzögern (APA, 2018).

Vermindertes Erleben setzt sich aus den Bereichen der Anhedonie, Avolition und Asozialität zusammen (Lyne et al., 2018). Anhedonie kennzeichnet eine verminderte Fähigkeit angesichts positiver Stimuli Freude zu empfinden. Dabei kann vor allem die reduzierte antizipatorische Freude einen Einfluss auf die Motivation haben und damit zur Avolition führen. Darunter verstehen sich Schwierigkeiten einer selbstinitiierten, zielgerichteten und zweckgebundenen Aktivität nachzugehen. Betroffenen fällt es schwer, Interesse zu zeigen sowie an einer sozialen Aktivität oder Arbeit teilzunehmen (APA, 2018; Hoyer & Knappe, 2020). Dies kann sich auf die sozialen Beziehungen der Betroffenen auswirken und zu einem sozialen Rückzug führen. Diese sogenannte Asozialität äußert sich durch ein fehlendes Interesse an sozialen Interaktionen und einer Reduktion der sozialen Initiative (APA, 2018; Hoyer & Knappe, 2020). Die Negativsymptomatik ist besonders ausgeprägt in überdauernden, chronifizierten Phasen der Störungsbilder (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. [DGPPN], 2019).

Im wissenschaftlichen Diskurs der Ätiologie und Pathogenese psychotischer Störungen finden neben biologischen Faktoren immer mehr psychosoziale Aspekte Berücksichtigung (Read et al., 2008). Im Besonderen zeigen sich Verbindungen zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischem Erleben (Buckley et al., 2009; MacGrath et al., 2017).

Trauma

In der elften Version des ICD wird Trauma als extrem bedrohliches oder entsetzliches Ereignis oder eine Reihe solcher Ereignisse definiert (WHO, 2019). Um die aktuelle Praxis im österreichischen Gesundheitssystem zu berücksichtigen, bezieht sich die vorliegende Arbeit auf die Definition des ICD-10. In diesem wird Trauma als ein belastendes Ereignis von kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würde, definiert (WHO, 2016).

Um verschiedene traumatische Ereignisse spezifischer zu differenzieren, hat sich eine Einteilung in ein Vierfelder-Schema in Typ-I versus Typ-II Traumata und menschlich verursachte vs. zufällige Traumata bewährt (Maercker, 2013). Unter Typ-I Traumata werden einmalige Erlebnisse verstanden, die durch Plötzlichkeit und akute Lebensgefahr gekennzeichnet sind. Typ-II-Traumata beziehen sich auf eine langanhaltende Serie mehrerer traumatischer Einzelereignisse (Maercker, 2013). Interpersonelle Traumata werden durch Menschen verursacht, im Gegensatz zu zufällig verursachten traumatischen Ereignissen.

Tabelle 1

Vierfelder Schema traumatischer Ereignisse

	Typ-I-Traumata	Typ-II Traumata
Akzidentielle Traumata	Schwerer Verkehrsunfall	Langandauernde
	Berufsbedingte Traumata	Naturkatastrophen
	Kurzandauernde	Technische Katastrophen
	Katastrophen (Brand)	
Interpersonelle Traumata	Ziviles Gewalterleben	Kriegserleben
	Sexueller Übergriff	Folter
		Sexueller Missbrauch in der Kindheit

Anmerkung: Angelehnt an Maercker et al., 2013.

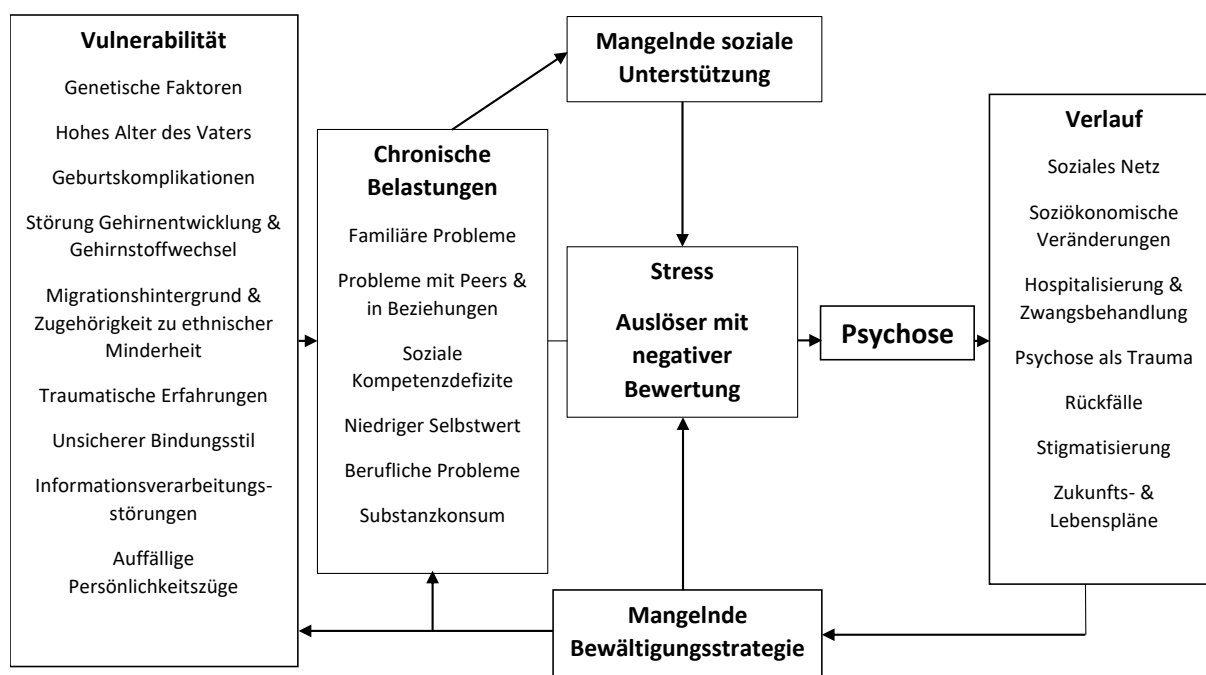
In Bezug zur vorliegenden Arbeit ist zudem die Differenzierung in medizinisch bedingte Traumata zu nennen, wozu lebensbedrohliche Erkrankungen (z.B. Schizophrenie) oder medizinische Eingriffe (z.B. Zwangsmaßnahmen) zählen (Maercker, 2013).

Psychotische Störungen und Trauma

In einem biopsychosozialen Modell psychotischer Störungen finden sich neben sozialen Faktoren nun auch traumatische Erfahrungen als mögliche Einflussfaktoren auf die Ätiologie und Pathogenese psychotischer Störungen (Kornberger, 2016). In Abbildung 1 sind traumatische Erlebnisse sowohl unter auslösenden Aspekten (Vulnerabilität, Chronische Belastungen), als auch unter aufrechterhaltenden Aspekten (Verlauf) zu finden. Dabei zeigt sich eine starke Assoziation zwischen Trauma und psychotischen Störungen (Croft et al., 2019; Okkels et al., 2017; Tais et al. 2018; Vallath et al. 2020; Varese et al., 2012).

Abbildung 1

Biopsychosoziales Modell psychotischer Störungen



Anmerkung: Angelehnt an Kornberger, 2016.

So zeigen Personen, die traumatische Ereignisse erlebten, eine dreifach erhöhte Odds Ratio psychotische Symptome zu entwickeln (MacGrath et al., 2017) und umgekehrt gaben 68% der Personen mit psychotischen Störungen einer klinischen Kohortenstudie von Menschen mit psychiatrischen Erstkontakts ($N = 425$) an, ein traumatisches Ereignis durchlebt zu haben (Neria et al., 2002).

Die Prävalenz einer *posttraumatischen Belastungsstörung* (PTBS) ist bei Personen mit psychotischen Störungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das Fünffache erhöht

und liegt bei 15% (De Bont et al., 2015). In einer Metaanalyse (Buckley et al., 2009) wurde eine Komorbidität zwischen PTBS und Schizophrenie von 29% gefunden. Um diese Verbindung zwischen Traumata und psychotischen Störungen zu erklären, werden in der Literatur verschiedene Aspekte diskutiert.

Der Zeitpunkt der traumatischen Erfahrung spielt eine besondere Rolle, so zeigen sich stärkere Effekte, wenn die Traumata in der Kindheit und Jugend stattfanden (Croft et al., 2019; Schalinski et al., 2019; Stanton et al., 2020). In einer Metaanalyse konnten Varese und Kolleg*innen (2012) zeigen, dass Personen mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend ein um 33% erhöhtes Risiko aufweisen, psychotische Symptome zu entwickeln. Personen mit psychotischen Symptomen in ihrem 18. Lebensjahr wiesen mit 83% eine stärkere Trauma-Exposition auf im Vergleich zu Personen ohne psychotische Symptome mit 62% (Croft et al., 2019).

Des Weiteren wird die Assoziation zwischen Psychotischen Störungen und Traumata durch die verschiedenen Trauma-Typen beeinflusst. Dabei erwiesen sich besonders interpersonelle Traumata als wirksame Prädiktoren für psychotische Störungen. Die stärksten Zusammenhänge wurden bei sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt sowie Bullying gefunden (Croft et al., 2019; MacGrath et al. 2017). Zudem sind Typ-II Traumata, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, stärker mit der Entwicklung psychotischer Symptome assoziiert (Read et al., 2008). Dies wird durch den Dose-Effekt, der in vielen Studien untersucht wurde, untermauert. So erhöht sich das Risiko psychotisch zu erkranken bei Personen mit einer steigenden Anzahl der erlebten Traumata (Croft et al., 2019; MacGrath, 2017; Read et al., 2005). Es zeigte sich ein monoton linearer Anstieg der Odds Ratio mit der Anzahl der Traumata (MacGrath et al., 2017).

Die Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen zeigen sich bei Personen mit psychotischen Störungen im Besonderen im Hinblick auf die Positivsymptomatik. Patient*innen mit einer psychotischen Störung und einer komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung zeigen mehr und schwerere positive Symptome, unabhängig von anderen Faktoren (Shaw et al., 2002). Read et al. (2005) fanden eine starke Verbindung von physischem sowie sexuellem Missbrauch in der Kindheit mit Halluzinationen und Wahn. Zudem zeigte sich eine Zunahme der erhobenen Positivsymptomatik mit der Anzahl der erlebten Traumata (Bailey et al., 2018). In einer weiteren Metaanalyse fanden sich sowohl für die Positivsymptomatik als auch die Negativsymptomatik signifikante Ergebnisse, jedoch waren die Effekte in dieser Studie schwächer (Alameda et al., 2021).

In einer qualitativen Studie stellte sich heraus, dass die Verbindung zwischen Traumata und psychotischen Störungen aus Sicht der Betroffenen stark ausgeprägt ist. Die Teilnehmer*innen berichteten von direkten Verknüpfungspunkten zwischen zurückliegenden Traumata und dem Inhalt und Charakter ihres psychotischen Erlebens (Campodonico et al., 2022). Des Weiteren kann sich das Risiko weiterer traumatischer Expositionen bei psychotischen Patient*innen durch das psychotische Erleben, die psychiatrische Behandlung oder die Hospitalisierung erhöhen (Berry et al., 2013).

Psychose-induzierte Traumata

Ein spezifischer Risikofaktor einer Traumatisierung für Menschen mit psychotischen Störungen stellen Psychose-induzierte Traumata dar (Hohl-Radke, 2005). Einerseits kann das psychotische Erleben selbst durch paranoide Wahnvorstellungen, die eine unmittelbare Lebensgefahr vermitteln oder durch als real empfundene, albtraumhafte Halluzinationen, als traumatisch wahrgenommen werden (Morrison et al., 2003). Andererseits können Konsequenzen der psychotischen Störung, wie Hospitalisierung und Zwangsbehandlung als potenziell traumatisch erlebt werden (Berry et al., 2013). Damit erhöht sich das Risiko für Personen mit psychotischen Störungen aus der Grunderkrankung selbst heraus Traumatisierungen zu erfahren (Fornells-Ambrojo et al., 2016). Führen diese Traumatisierungen zu Traumafolgestörungen hat sich der Begriff der Psychose-induzierten Posttraumatischen Belastungsstörung etabliert (PR-PTBS; Berry et al., 2013). Um diese speziellen Traumata zu erfassen, haben Carr et al. (2018) die *Trauma and Life Events* (TALE) Checklist erstellt, innerhalb der Validierung an Menschen mit einer diagnostizierten psychotischen Störung ($N = 39$) wurden am häufigsten Traumata mit Verbindung zum psychotischen Erleben und deren Behandlung angegeben, gefolgt von interpersonellen Traumata. In einem systematischen Review von Buswell et al. (2021) zeigte sich innerhalb der sechs inkludierten Studien eine Range der Prävalenz für PR-PTBS zwischen 14 und 47%.

Posttraumatisches Wachstum nach psychotischen Störungen

Neben den als negativ bewerteten Zusammenhängen zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischem Erleben, berichten Menschen mit psychotischen Störungen auch von positiven Veränderungen, die mit ihren Erfahrungen verbunden sind (Jordan et al., 2019; Mazor et al., 2018). Das Modell des *Posttraumatischen Wachstums* (PTW) beschreibt die Möglichkeit, dass Menschen nach einer traumatischen Erfahrung persönliche Entwicklungsschritte und eine psychische Ressourcenaktivierung erleben (Tedeschi & Calhoun, 2004). PTW kann sich auch nach Durchleben einer Psychose zeigen (Dunkley & Bates, 2014; Ibrahim et al., 2022; Jordan et al., 2019; Lee et al., 2022; Ng et al., 2021). Mazor

et al. (2018) fanden bei 80% der Personen mit psychotischen Störungen ($N = 121$) mittlere bis hohe Werte von PTW. Zusätzlich zeigt sich der Einsatz von Erfahrungsexpert*innen und Genesungsbegleiter*innen in der Behandlung psychotischer Störungen als förderlich bei der Entwicklung von PTW (Ng et al., 2021). Einerseits eröffnet die gelebte Erfahrung der Genesungsbegleiter*innen die Möglichkeit Betroffene in der Anerkennung und Interpretation der eigenen psychotischen Erfahrung zu unterstützen und ihr Bedeutung beizumessen. Andererseits können die Genesungsbegleiter*innen als Vorbilder für ein Leben nach der Psychose dienen. Beides kann zu einer Förderung von PTW beitragen (Jordan et al., 2023).

In einem systematischen Review konnten sieben Faktoren identifiziert werden, die PTW nach einer Psychose fördern und sich unter dem Akronym PROSPER zusammenfassen: Personal identity and strength, Receiving support, Opportunities and possibilities, Strategies for coping, Perspective shift, Emotional experience, and Relationships (Ng et al., 2021). Diese Faktoren können mit dem Behandlungsansatz der Trauma-informed Care berücksichtigt werden und Menschen mit psychotischem Erleben dabei unterstützen PTW zu entwickeln (Jordan et al., 2023).

Traumaisensible Behandlungsansätze psychotischer Störungen

Obwohl die Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischen Störungen in vielen Studien nachgewiesen werden konnten und zunehmend Anerkennung erfahren, spiegelt sich dies nur unzureichend in der Behandlung wider (Peach et al., 2021). Forderungen nach einer traumaisensiblen Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen wurden gestellt (Chadwick & Billings, 2022; Sweeny et al., 2016).

Trauma-informed Care bezeichnet einen Interventions- und Organisationsansatz der Trauma automatisch und permanent in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Menschen mitberücksichtigt (Goodman et al., 2016). Durch die nachgewiesenen Verbindungen von Traumata und Psychosen eignet sich dieser Ansatz im Besonderen für Menschen mit psychotischen Störungen (Coates et al., 2019; Mitchell et al., 2021). Wesentliche Bestandteile des Ansatzes sind die Schaffung einer sicheren Umgebung, das aktive Zuhören und das Berücksichtigen psychotischer Erfahrungen sowie die Förderung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Behandler*innen und Betroffenen (Holttum, 2021). Zudem sind Schulungen und Supervisionen des Personals über die Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischem Erleben von besonderer Bedeutung. Ziel dabei ist einerseits eine höhere Anerkennung der Relevanz psychologischer und psychotherapeutischer Verfahren in der Behandlung psychotischer Störungen, andererseits die Vermittlung von Kompetenz und Sicherheit im Umgang mit

Traumata bei Behandler*innen (Mitchell et al., 2021). Insgesamt befindet sich der Ansatz der Trauma-informed Care jedoch noch in der Konzeptualisierung und findet nur langsam Eingang in die praktische Versorgung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen (Holttum, 2021).

Darüber hinaus finden psychotherapeutische traumafokussierte Verfahren in der Behandlung von Personen mit psychotischen Störungen nur wenig Berücksichtigung im wissenschaftlichen Diskurs (Bloomfield et al., 2020). In einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass 91% der Personen mit psychotischen Störungen aus randomisiert kontrollierten Studien zur psychotherapeutischen Behandlung traumatischer Erlebnisse ausgeschlossen wurden (Ronconi et al., 2014). Außerdem sieht die S3-Leitlinie zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. [AWMF] psychotische Symptome als relative Kontraindikation für ein traumafokussiertes Vorgehen an (Schäfer et al., 2019). Zu den traumafokussierten Verfahren gehören die Prolongierte Exposition (PE) nach Foa et al. (2007), das Eye Movement and Desensitization and Reprocessing (EMDR) nach Shapiro (2001) und weitere kognitiv verhaltenstherapeutische Verfahren (Maercker, 2013). In ersten Forschungsergebnissen zeigt sich eine Wirksamkeit dieser Verfahren auch bei Personen mit psychotischen Erkrankungen (Reid et al., 2024; Van den Berg et al., 2016; Varese et al., 2024). Es finden sich hohe Effektstärken sowohl in der Reduktion der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung als auch für die Reduktion der psychotischen Symptome, im Besonderen von paranoiden Gedanken (De Bont et al., 2016). Zusätzlich zeigt sich eine Erhöhung des Selbstwertes, eine Reduktion von Angst- und Depressionssymptomen und eine Verbesserung des Remissionsgrads der psychotischen Erkrankung (Swan et al., 2017). EMDR kann einerseits komorbide traumatische Erfahrungen behandeln und zusätzlich bei der Verarbeitung Psychose-induzierter Traumata helfen (Gonzales et al., 2018). Weiters treten keine negativen Auswirkungen bei einer traumatherapeutischen Behandlung, auch in akuten Phasen der psychotischen Störung, auf (Mueser et al., 2010). Zudem zeigen sich gesundheitsökonomische Vorteile einer traumatherapeutischen Behandlung von Patient*innen mit psychotischen Störungen (De Bont et al., 2019). Eine Kostenanalyse beweist, dass die Kosten nach sechs Monaten, sowohl bei einer Behandlung mit EMDR (-1410€) als auch PE (-501€) im Vergleich zur Wartelistenbedingung für das Gesundheitssystem sanken. Darüber hinaus war eine Verbesserung der Lebensqualität und der medizinischen Aspekte (Verlust der Diagnose) zu beobachten (De Bont et al., 2019).

Trotz der aufgezeigten Vorteile traumasensibler Behandlungsansätze bei psychotischen Störungen finden diese in der Praxis des Gesundheitssystems nur wenig Berücksichtigung. Als Hindernis in der Implementierung erweist sich ein im klinischen Diskurs weithin bestehendes biomedizinisches Modell psychotischer Störungen (Chadwick & Billings, 2022). In einer qualitativen Studie wurden 18 Mitarbeiter*innen des Gesundheitsdienstes zu Barrieren bei der traumasensiblen Behandlung von Personen mit psychotischen Störungen befragt. Als ein Hindernis wurde das fehlende kohärente Verständnis der Verbindung von Trauma und psychotischem Erleben genannt. Zusätzlich wurde von einer nur geringen strukturellen Unterstützung in der Implementierung, Schulung und dem Training traumasensibler Verfahren berichtet. Als größte Herausforderung der Anwendung traumafokussierter Ansätze wurde die Erzeugung eines sicheren Rahmens sowohl für Behandler*innen als auch Patient*innen angesehen (Chadwick & Billings, 2022).

Eine Möglichkeit, Verständnis und Vertrauen zwischen Betroffenen und Behandler*innen zu fördern, stellt die Mitarbeit von Erfahrungsexpert*innen und Genesungsbegleiter*innen in der ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen dar (Jordan et al., 2023).

Erfahrungsexpertise und Experienced Involvement

Erfahrungsexpertise bezeichnet die Anerkennung der Erfahrung und Bewältigung psychischer Krisen als bedeutsames Wissen und basiert auf der Überzeugung, dass dieses Wissen genutzt werden kann, um Personen in ähnlichen Situationen zu verstehen und zu unterstützen (Utschakowski et al., 2016). In der ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen wird das Erfahrungswissen von Genesungsbegleiter*innen zur Verfügung gestellt, um Betroffenen bei der individuellen Sinnsuche und Interpretation der eigenen psychischen Krise zu unterstützen. Zudem nehmen Genesungsbegleiter*innen eine wichtige Vorbildfunktion ein, indem sie Betroffenen zeigen, dass die Folgen einer psychotischen Erkrankung nicht dauerhaft von Resignation und Hoffnungslosigkeit geprägt sein müssen (Davidson et al., 2016). Innerhalb verschiedener Ausbildungsprogramme werden Genesungsbegleiter*innen darin geschult ihre erlebte Erfahrung psychischer Krisen und deren Bewältigung als Instrument zur Unterstützung zu nutzen. In Österreich wird die Ausbildung durch das europäische Projekt Experienced Involvement (Ex-In) angeboten (Utschakowski et al., 2016). Das einjährige Ex-In Ausbildungsprogramm baut auf dem individuellen Erfahrungswissen auf und qualifiziert Menschen mit Krisenerfahrung sowie Psychiatrie-Erfahrung zur Mitarbeit in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen. Zudem trägt Ex-In und die Einbeziehung von

Experten*innenwissen aus Erfahrung zu einem erweiterten Verständnis psychischer Störungen bei, welches neues Wissen über genesungsfördernde Faktoren generiert. Damit wird die Entwicklung innovativer Behandlungsangebote, die sich an individuellen Kräften bei Genesungsprozessen ausrichten, gefördert. Zusätzlich wird im selben Maße die Fachkräfteausbildung bereichert. Durch das Ex-In Ausbildungscurriculum werden Personen zu Genesungsbegleiter*innen qualifiziert (Utschakowski et al., 2016).

Ex-In stellt somit einen Verknüpfungspunkt zwischen den Perspektiven von Behandler*innen und Patient*innen dar. Genesungsbegleiter*innen verfügen sowohl über ihr persönliches Erfahrungswissen aus ihrer eigenen Krankheits- und Genesungsgeschichte als auch über ein Experten*innenwissen. Dieses erlangen sie durch die Ausbildung und die spätere Mitarbeit in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen.

Forschungsinteresse und Fragestellungen

Nach aktuellem Wissensstand existieren vielfältige Erkenntnisse über die komplexen Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischem Erleben (Giannopoulou et al., 2023). Zudem befinden sich erste traumasensible Behandlungsansätze in der Entwicklung und Konzeptualisierung (Holttum, 2021). Dennoch spiegeln sich diese Entwicklungsschritte nur langsam in der Praxis wider. Um diese Diskrepanz näher untersuchen zu können wird ein vertieftes Verständnis über die Verbindung von Trauma und Psychose sowohl aus der Perspektive der Betroffenen als auch der Behandler*innen benötigt. In ersten Forschungsergebnissen konnte die Verbindung zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischem Erleben einerseits aus der Perspektive der Behandler*innen (Chadwick & Billings, 2022), andererseits aus der Perspektive Betroffener (Campodonico et al., 2022) aufgezeigt werden. Um das gewonnene Verständnis aus diesen Studien zu verknüpfen und zu vertiefen, eröffnet sich die Befragung der Stichprobe von Genesungsbegleiter*innen mit ihrem einzigartigen dualen Rollenverständnis. Der Forschungsgegenstand umfasst subjektive Konzepte und Theorien der Genesungsbegleiter*innen über die Verbindung zwischen Trauma und Psychose und deren Auswirkungen auf die Behandlung. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Wie wird die Verbindung zwischen Trauma und Psychose, unterteilt in Positiv- und Negativsymptomatik, aus der Perspektive von Genesungsbegleiter*innen wahrgenommen?

2. Wie werden potenziell traumatische Aspekte und Konsequenzen der psychotischen Erkrankungen aus der Perspektive von Genesungsbegleiter*innen wahrgenommen?
3. Wie werden traumatische Erlebnisse in der Behandlung von psychotischen Erkrankungen aus der Perspektive von Genesungsbegleiter*innen berücksichtigt?
4. Wie wird in der Ex-In Ausbildung und Tätigkeit als Genesungsbegleiter*in die Verbindung zwischen Trauma und Psychose thematisiert und wahrgenommen?

Methode

Untersuchungsdesign

Zur Untersuchung der Forschungsfragen wurde ein exploratives, qualitatives Versuchsdesign in Form von teilstrukturierten Leitfadeninterviews gewählt. Bei der Teilstandardisierung ergibt sich der Vorteil, dass durch die Strukturierung eine Vergleichbarkeit der Interviews bei gleichzeitiger Offenheit gegenüber den interviewten Personen besteht (Misoch, 2019). Ziel ist es dabei, Antworten in Bezug zum Forschungsinteresse zu generieren, die sowohl deren Kontextuierungen beinhalten als auch die Relevanzstruktur der Befragten abbildet (Strübing, 2018).

Die Besonderheit der Stichprobe stellt dabei das duale Rollenverständnis der Genesungsbegleiter*innen dar, die sich einerseits als Betroffene, andererseits auch als Expert*innen in psychosozialen Einrichtungen identifizieren. Intention der Interviews war es sowohl das persönliche Erfahrungswissen als auch das Expert*innenwissen zu nutzen, um den Forschungsgegenstand näher zu untersuchen. Um dies zu gewährleisten, zielt der explorative, qualitative Ansatz einerseits auf die Erfassung subjektiver und biographischer Konzepte, Deutungsmuster und Theorien sowie auf das Selbstverständnis der eigenen Lebensgeschichte der Befragten ab. Zusätzlich müssen Handlungsorientierungen und Routinen, Prozesse und Abläufe sowie Erfahrungen aus der Praxis der psychosozialen Tätigkeit berücksichtigt werden.

Der teilstrukturierte Interviewleitfaden (siehe Anhang C) wurde eigens für die Stichprobe erstellt, wobei sich die Konstruktion am Prinzip SPSS (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren) nach Helfferich (2011) orientierte. Zu Beginn wurden dabei sämtliche Fragen, die in Zusammenhang mit dem Forschungsinteresse stehen, gesammelt. Im nächsten Schritt wurden diese einer kritischen Reflexion bezüglich ihrer Offenheit und Gegenstandsangemessenheit unterzogen und auf implizite Erwartungen des Forschenden gegenüber den Interviewpartner*innen geprüft. Anschließend wurden die Fragen händisch inhaltlich geclustert und nach Themen sortiert. Zuletzt wurde für jeden Themenkomplex ein

prägnanter, erzählgenerierender Impuls formuliert und dieser als Einstiegsfrage genutzt. Es wurden sieben Interviews mit Genesungsbegleiter*innen geführt, die anschließend mit einer qualitativen Analysemethode (Braun & Clarke, 2021) ausgewertet wurden. Die Durchführung dieser Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Wien mit der Referenznummer 01009 geprüft und genehmigt.

Rekrutierung und Stichprobe

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurden Genesungsbegleiter*innen mit einer abgeschlossenen Ex-In Ausbildung in Österreich gesucht, die im psychosozialen Bereich tätig sind. Als weitere Voraussetzung sollten die Teilnehmenden in ihrem Leben eine Diagnose des fünften Kapitels des ICD-10 F20-29 einer psychotische Erkrankung erhalten haben. Darüber hinaus gab es keine weiteren Ein- oder Ausschlusskriterien. Diese wurden dabei möglichst inklusiv gewählt, um die geringe Anzahl der Genesungsbegleiter*innen in Österreich zu berücksichtigen und es möglichst vielen Personen zu ermöglichen an der Studie teilzunehmen. Mögliche Teilnehmer*innen wurden über den Verein EX-IN Österreich e.V. (<https://www.ex-in.at>) und den Verein LOK – Leben ohne Krankenhaus (<https://www.lok.at>) angefragt und direkt per E-Mail kontaktiert. Dabei wurde ein theoretisches Sampling durchgeführt, das heißt die Auswahl der Interviewpersonen fand zeitgleich und phasenhaft verschränkt mit der Erhebung und Auswertung der Daten statt (Bogner et al., 2014; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021). Zudem wurden interviewte Personen am Ende des Interviews nach Empfehlungen weiterer potenzieller Gesprächspartner gefragt, was einem Snowball Sampling entspricht (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021). Über diesen Weg wurden sieben Interviewpartner*innen im Zeitraum von 04.09.2023 bis 17.11.2023 rekrutiert. Damit entsprach die Anzahl der Interviews der zu Beginn der Studie geschätzten Stichprobengröße von sechs bis acht Teilnehmer*innen.

Die Stichprobe umfasste somit $N = 7$ Teilnehmer*innen. Eine ausführliche Stichprobenbeschreibung ist Tabelle 2 zu entnehmen. In dieser wurden lediglich Häufigkeiten angegeben, um die Anonymität der Interviewpartner*innen zu gewährleisten. Im Durchschnitt waren die interviewten Personen 41.3 Jahre alt ($SD = 6.95$), die Alterspanne reichte von 33 bis 53 Jahren. Vier Interviewpersonen identifizierten sich als männlich, drei als weiblich. Die für das Forschungsinteresse relevanten Diagnosen nach ICD-10 waren *F20.0 Paranoide Schizophrenie* ($n = 4$), *F23.- Akute vorübergehende psychotische Störung* ($n = 2$) und *F25.- Schizoaffective Störung* ($n = 1$). Manche Teilnehmer*innen hatten Erfahrungen in unterschiedlichen psychosozialen Tätigkeiten gesammelt. Um einen Rückschluss auf

Teilnehmer*innen zu verhindern, wird nur die aktuelle Tätigkeit, aufgeschlüsselt nach Bereichen in der psychosozialen Versorgung, genannt.

Tabelle 2

*Charakteristika der Studienteilnehmer*innen*

	Gesamtstichprobe (N = 7)
Geschlechtliche Identität	
weiblich	3
männlich	4
Alter in Jahren	
30-39	2
40-49	4
50-59	1
Psychosoziale Tätigkeit	
Psychiatrie	2
Wohnbereich	2
ambulante Versorgung	3

Verortung der eigenen Person

Der Studienleiter ist seit zehn Jahren beruflich im psychosozialen Bereich tätig und hat vielfältige Erfahrungen sowohl in der ambulanten als auch stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sammeln können. Hieraus hat sich eine kritische Haltung gegenüber der Versorgungsstruktur gebildet. Darüber hinaus steht der Verfasser dieser Arbeit in einem Dienstverhältnis zum Verein LOK, wodurch der Zugang zur Stichprobe vereinfacht wurde. Vier Studienteilnehmer*innen stehen dabei in einem gleichgestellten kollegialen Verhältnis innerhalb dieser Organisation zu dem Studiendurchführenden. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung bestanden jedoch keine persönliche Beziehungen zu den Teilnehmer*innen. Daher war die Freiwilligkeit der Studienteilnahme gewährleistet.

Datenerhebung

Insgesamt wurden sieben teilstrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt, die von derselben Person durchgeführt und ausgewertet wurden. Als Begrenzung des Datenmaterials zeigte sich die geringe Anzahl an möglichen Interviewpartner*innen. Dennoch konnte mit dem Interviewmaterial im Umfang von 10.96 h eine Saturierung erreicht werden, das heißt es konnten keine neuen Erkenntnisse aus weiteren Interviews gewonnen werden (Przyborski &

Wohlrab-Sahr, 2021). Dies zeigte sich im Rahmen der Zwischenauswertungen in Form einer theoretische Sättigung des Datenmaterials nach sieben Interviews.

Im Durchschnitt dauerten die Interviews 94.01 min ($SD = 18.18$), wobei das kürzeste Interview 74.47 min und das längste Interview 115.31 min dauerte. Alle Interviews wurden ohne Beisein Dritter in unterschiedlichen Büroräumlichkeiten des Vereins LOK mit dessen Zustimmung durchgeführt. Die Interviewteilnehmer*innen erhielten nach Studienzusage eine schriftliche Studieninformation und eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang D) per E-Mail. Zu Beginn der Interviews wurden die Studieninformation und die Einwilligungserklärung vom Studienleiter erläutert und offene Fragen beantwortet. Erst nach Unterzeichnung der Einwilligungserklärung startete die Audioaufnahme. Im ersten Schritt des Interviews erfolgten demographische Fragen nach Alter, Geschlechtszugehörigkeit, psychosozialer Tätigkeit und erhaltender F20-F29 Diagnose. Im Anschluss wurden vier Themenkomplexe abgehandelt, die jeweils mit einer erzählgenerierenden Einstiegsfrage begonnen und mit zunächst immanenten und anschließend exmanenten Nachfragen fortgeführt wurden. Abschließend wurde den Interviewteilnehmer*innen die Möglichkeit gegeben, zu schon besprochenen Themen Ergänzungen hinzuzufügen oder noch darüberhinausgehende Inhalte anzusprechen.

Reflexive thematische Analyse

Nach der Durchführung der Interviews wurde mithilfe der Transkriptionssoftware f4x (dr. dresing & pehl GmbH, 2023) ein Transkript erstellt und anschließend auf Fehler überprüft. Zudem wurden sämtliche Angaben bezüglich Personen, Orten und Institutionen anonymisiert. Daraufhin folgte die Auswertung, die digital mithilfe der Software MAXQDA 2024 (VERBI Software, 2024) durchgeführt wurde. In Tabelle 3 wird das Transkriptionssystem ausführlich beschrieben und erläutert.

Tabelle 3

Transkriptionssystem

Zeichen	Bedeutung
I:	Interviewer
B1:	befragte Person, fortlaufend nummeriert
.	stark sinkende Intonation
,	schwach sinkende Intonation
?	deutliche Frageintonation
-	Abbruch eines Wortes
-,	Abbruch eines Satzes

:	Beginn wörtliches, gedankliches Zitat
„Text“	wörtliches, gedankliches Zitat
(unv.)	unverständlich
(...)	Pause
(lachen)	kontextrelevante Laute
[Name]	pseudonymisierte sensible Daten

Anmerkung. Angelehnt an Kuckartz et al. (2007).

Die TA beinhaltet einen rekursiven, iterativen Analyseprozess, der ein konstantes Hin- und Herbewegen zwischen Datenmaterial, Kodierungen und in Entwicklung stehenden Themen ermöglicht. Dabei gliedert sich der Prozess in sechs Phasen, die jedoch nicht als getrennt voneinander zu betrachten sind, sondern fließend ineinander übergehen. Die erste Phase beinhaltet das erste Vertrautmachen mit den Daten. Die Transkripte wurden erstellt, mehrfach gelesen und erste Notizen angefertigt. Die zweite Phase beschreibt das Generieren von Kodes, die für den Forschungsgegenstand relevante Textsegmente markieren. Dabei bietet die TA die Möglichkeit sowohl deduktiv als auch induktiv zu kodieren. Beim deduktiven Kodieren wird erwartet, dass sich Erklärungsansätze aus der Literatur in den Aussagen der Interviewpartner*innen wiederfinden. Induktives Kodieren stellt neue, von der Literatur unabhängige Aspekte dar, die sich selbst aus dem Datenmaterial heraus ableiten. Zur Beantwortung der Forschungsfragen der vorliegenden Studie wurden in der Analyse beide Formen in ähnlichem Maße benötigt. In der nächsten Phase wurden Kodes inhaltlich gruppiert, hierarchisiert und erste Themen und Unterthemen erstellt. In der vierten Phase wurden die vorläufigen Themen anhand der Prinzipien der internen Homogenität und der externen Heterogenität (Patton, 1990) überprüft. Kodierte Textsegmente innerhalb eines Themas sollen inhaltlich zusammenhängende Bedeutungsmuster abbilden und sich dabei deutlich von den Textsegmenten anderer Themen unterscheiden. Hierfür wurden die relevanten Datenextrakte in Bezug gesetzt, gegenübergestellt und kontrastiert. Dieser Überprüfungsprozess fand sowohl auf Ebene der erstellten Kodes als auch bezogen auf das gesamte Datenmaterial statt. Das Bestreben dieses Prozesses war die Überprüfung der Themen bezüglich ihrer Kohärenz und Distinktheit. Die fünfte Phase umfasst das inhaltliche Definieren und prägnante Benennen der Themen und Unterthemen. Zudem wurden für jedes Thema repräsentative Zitate ausgewählt und als Belege für die gewonnenen Erkenntnisse angefügt. Die letzte Phase beschreibt die Verschriftlichung der Ergebnisse der Analyse. Das Resultat des Analyseprozesses wird in Anhang E für die jeweiligen Themen und Unterthemen, mit Definitionen und Ankerbeispielen dargestellt.

Reflexion der eigenen analytischen Tätigkeit

Eine Analyse kann nicht unabhängig von Erfahrungen, Werten und Situiertheit der analysierenden Person stattfinden, weshalb es während des gesamten Prozesses einer permanenten, kritischen Reflexion der eigenen Person bedarf (Braun & Clarke, 2021). In der vorliegenden Arbeit wurden hierfür Notizen und Memos über Gefühle, Ideen und mögliche Vorannahmen verfasst. Zusätzlich wurde eine detaillierte Verortung der eigenen Person des Autors im Forschungsfeld vollzogen. Dieses Vorgehen entspricht der üblichen qualitativen Forschungspraxis nach Braun und Clarke (2021).

Eine mögliche Verzerrung der Analyse stellt dabei die langjährige Tätigkeit im psychosozialen Bereich des Verfassers dar. Aus unterschiedliche Erfahrungen in der Versorgungsstruktur von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat sich eine kritische Haltung herausgebildet. Diese äußert sich in der Perspektive, dass psychosoziale Faktoren im wissenschaftlichen Diskurs oft nur wenig Berücksichtigung finden und eine untergeordnete Rolle einnehmen. Trotz der kritischen Reflexion des Verfassers kann ein gewisser Bias in der analytischen Tätigkeit nicht ausgeschlossen werden.

Member Checking

Nach der Verschriftlichung der Ergebnisse der Analyse wurde mit zwei Interviewpartner*innen ein *Member Checking* durchgeführt. Bei dieser Technik werden Teilnehmer*innen in den Forschungsprozess miteinbezogen, um die Vertrauenswürdigkeit, Zuverlässigkeit, Genauigkeit und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zu verbessern (Birt et al., 2016). Die Auswertungsmethode der TA verfügt über einen interpretativen, konstruktivistischen Charakter (Braun & Clarke, 2021). Ziel war es, den Teilnehmer*innen eine Reflexion der entstandenen Interpretationen und Erkenntnisse zu ermöglichen und die Zuverlässigkeit dieser zu erhöhen (Birt et al., 2016). Hierfür wurde den beiden Teilnehmer*innen der Ergebnisbericht zum Lesen ausgehändigt und anschließend gemeinsam mit dem Studienleiter diskutiert. Dieses Gespräch wurde weder aufgezeichnet noch systematisch ausgewertet, die reflexiven Elemente wurden jedoch in einer weiteren Überarbeitung des Ergebnisberichts aufgenommen und berücksichtigt.

Ergebnisse

Mithilfe der reflexiven thematischen Analyse des Datenmaterials konnten acht Themen und sieben Unterthemen identifiziert werden (siehe Tabelle 4 für eine vollständige Themenübersicht). Diese werden im Folgenden aufgeschlüsselt nach Fragestellungen vorgestellt und in Bezug zu einzelnen Textpassagen näher erläutert.

Tabelle 4*Themenübersicht*

Thema	Unterthema
Multifaktorielles Biopsychosoziales Modell	Bio-medizinische Perspektive zu einfach Traumatisierung als Wirkfaktor Starke Verbindung zur Positivsymptomatik
Verkettung der Traumata	
Der Gute Grund – Psychose als Form der Bewältigung	
Postpsychotisches Wachstum	
Psychose als Trauma	Trauma durch die Umwelt Psychotische Symptome als Trauma
Psychose als Schutz vor Traumatisierung	
Barrieren und Facilitatoren, um über Traumata zu sprechen	Psychose-induzierte Barrieren Rahmenbedingungen
Diskurs Trauma und Psychose	

Anmerkung. Gelistet nach Nennung.

Trauma und Psychose

Die erste Forschungsfrage nach der Verbindung zwischen Trauma und Psychose, unterteilt in Positiv- und Negativsymptomatik, wird anhand folgender Themen beantwortet: (a) *Multifaktorielles Biopsychosoziales Modell*, (b) *Psychose als Trauma*, (c) *Verkettung der Traumata* (d) *Der Gute Grund -Psychose als Form der Bewältigung* und (e) *Postpsychotisches Wachstum*.

Multifaktorielles Biopsychosoziales Modell

Das Thema *Multifaktorielles Biopsychosoziales Modell* beschreibt das Verständnis der Stichprobe, dass viele verschiedene Wirkfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychotischem Erleben beteiligt sind. Das Thema unterteilt sich in drei Unterthemen: (a) *Bio-medizinische Perspektive zu einfach*, (b) *Traumatisierung als Wirkfaktor* und (c) *Starke Verbindung zur Positivsymptomatik*. Zentrales Element des Themas ist die wahrgenommene starke Verbindung von Psychose zum Wirkfaktor Trauma.

Bio-medizinische Perspektive zu einfach. Das Unterthema *Bio-medizinische Perspektive zu einfach* beschreibt die Wahrnehmung der Teilnehmer*innen, dass biologische Faktoren in der Ätiologie und Pathogenese psychotischer Störungen im Fokus stehen und psychosoziale Faktoren zu wenig Berücksichtigung finden. Die Interviewpartner*innen

betonten, dass ein rein biologisch-medizinisches Erklärungsmodell von psychotischem Erleben zu kurz greife „bei uns zeigt sich, dass dieser biomedizinische, medikamentöse Ansatz einfach viel zu viel Gewicht hat. Dass den Leuten einfach immer noch erzählt wird, sie haben eine Stoffwechselerkrankung und sie brauchen Medikamente. [...] Aber nein, ich sehe es nicht so!“ (Int.3).

Bei vielen Teilnehmer*innen spielte Substanzkonsum in der eigenen Krankheitsgeschichte eine Rolle. Eine Ätiologie, die sich jedoch nur auf den Faktor Substanzkonsum fokussiert und diesen allein als auslösend ansieht, wurde von den Teilnehmer*innen als unzureichend erachtet. Ein*e Genesungsbegleiter*in berichtete „meine Ärztin hat gemeint, dass das allein [Cannabiskonsum] auch ein Auslöser sein kann. Aber das war glaube ich eher noch so ein i-Tüpfel“ (Int.7). Hierbei zeigte sich in den Aussagen übereinstimmend ein Verständnis des Substanzkonsums als Verstärker des psychotischen Erlebens „bei mir war es halt die Suchterkrankung vom Cannabis natürlich auch, aber das war nicht der Grund. Aber es hat es befeuert“ (Int.4).

Die Fokussierung auf ein biologisch, medizinisches Verständnis von Psychose begriffen einige Teilnehmer*innen als „Verantwortungsflucht“ (Int.1). Durch dieses Erklärungsmuster müssten Betroffene, Angehörige und Behandler*innen weder ihr Verhalten noch sich selbst hinterfragen. Die Verantwortung für die Entstehung und Aufrechterhaltung des psychotischen Erlebens wird an biologische Faktoren abgegeben. Eine Person führte aus:

Wie gesagt, mit der Stoffwechselkrankheit, das ist sehr, sehr einfach. Vor allem für die Ärzte sehr einfach. Auch für die Angehörigen sehr einfach. Weil da muss niemand Verantwortung tragen. Da gibt man halt ein Medikament und dann denkt man, das war's. (Int.7)

Insgesamt zeigte sich in den Aussagen der Interviewpartner*innen, dass biologischen Faktoren zwar eine gewisse Bedeutung beigemessen werden, jedoch im Vergleich psychosoziale Faktoren zu wenig Beachtung finden.

Traumatisierung als Wirkfaktor. Das Unterthema beinhaltet unterschiedliche Formen und Ausprägungen von traumatischen Erfahrungen, die die Teilnehmer*innen in Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer psychotischen Störungen sahen. Die Interviewpartner*innen waren sich einig, dass Menschen mit psychotischem Erleben häufig Traumatisierungen ausgesetzt seien. Zudem zeigte sich in den Aussagen die Ansicht, dass die erlebten Traumata in Verbindung mit der Psychose stehen. Dabei spiegelte sich diese Wahrnehmung sowohl in den eigenen Erfahrungen als auch im beruflichen Kontext der Teilnehmer*innen wider. Ein*e Genesungsbegleiter*in formulierte eindrücklich „was die

Leute so erlebt haben, lauter Traumata, also ein Meer von Traumata einfach. Kann mir niemand sagen“ (Int.7).

Mehrere Personen differenzierten die Traumatisierungen anhand des Zeitpunkt des Erlebens. Eine Unterscheidung wurde zwischen Traumata in Kindheit und Jugend und Traumata im Erwachsenenalter getroffen. Für den Zeitraum der Kindheit und Jugend stehen laut Angaben der Teilnehmer*innen interpersonelle Traumata, wie Missbrauchserfahrungen und Bullying im Mittelpunkt. In mehreren Aussagen zeigte sich, dass diese frühen Traumatisierungen im späteren psychotischen Erleben inhaltlich wiederaufkamen und verbundene Ängste erneut ausgelöst wurden. Ein*e Genesungsbegleiter*in schildert Beobachtungen aus dem beruflichen Kontext, dass bei Klient*innen „sexueller Missbrauch und Vergewaltigungen“ (Int.5) im psychotischen Erleben immer wieder Thema sei und Ängste auslöse. Eine weitere Person berichtete von einem eigenen sexuellen Missbrauch in der Kindheit, an den die Erinnerung im psychotischen Erleben zurückkehrte und sich damit verbundene Fragen stellten:

Also der sexuelle Missbrauch hat im öffentlichen Raum stattgefunden durch eine unbekannte Person, [...] und in der Psychose ist die Angst extrem schlimm geworden, dass ich die Person gekannt habe und dass es mein ehemaliger Kindersitter war. (Int.6).

Weiters nannten mehrere Teilnehmer*innen gewaltvolle Erfahrungen von Eltern und nahestehenden Bezugspersonen als Traumata. Eine Person berichtete von einer von Gewalt geprägten Kindheit „mein Vater war ein Gewalttäter und meine Mutter war später ziemlich übergriffig“ (Int.7). Schwierige erste Bindungserfahrungen und der damit verbundene Vertrauensverlust in sich und die Umwelt spiegelt sich nach den Aussagen der Genesungsbegleiter*innen in den Erfahrungen im psychotischen Erleben wider. Eine Person spricht hierbei von „frühkindlichen Dispositionen“ (Int.2), die sie erhalten habe. Als weiteres interpersonelles Trauma wurde Bullying mehrfach genannt, wobei es einigen Teilnehmer*innen schwerfiel diese Erfahrungen als traumatische Erfahrungen einzuordnen. Auch hier zeichneten sich in den Aussagen der Teilnehmer*innen Verbindungen zwischen der Bullying Erfahrung und dem späteren psychotischen Erleben ab. Wahrgenommene Parallelen zeigten sich beim „Gefühl des Nicht-Verstanden-Werdens, der fehlenden Zugehörigkeit“ (Int.3) und der „ständigen Abwertung“ (Int.1). Für ein*e Genesungsbegleiter*in war der lange Zeitraum, über den sich die traumatische Erfahrung des Bullying zog, besonders belastend. Die Person schilderte dies eindrücklich:

Man könnte jetzt sagen, oder manche Leute würden vielleicht sagen: „Okay, aber du hast jetzt keine klassischen traumatischen Erfahrungen gemacht wie [...], sexueller Missbrauch oder Gewalterfahrung in der Familie usw.“ Also das fehlt mir in meiner Biografie. Aber was ich halt habe, ist, dass ich einfach über einen sehr langen Zeitraum [...] gemobbt wurde und mich nicht wohl in meiner Haut gefühlt habe. Und mit meinem Leben nicht wirklich klargekommen bin und ich mich wirklich über Jahre hinweg als Kind schon gefragt habe: „Okay, warum sind die anderen so wie sie sind? Warum bin ich so wie ich bin?“ Und irgendwie habe ich mich nicht verstanden gefühlt. Ich habe mich nicht zugehörig gefühlt. [...] Ja, also es waren nicht diese klassischen Gewalterfahrungen oder so was, was man normalerweise mit Traumata vielleicht zuerst verbinden würde. (Int.3)

Als psychosoziale Belastungen und Traumatische Erfahrungen im Erwachsenenalter wurden von den Teilnehmenden Trennungen, Verlust eines nahestehenden Angehörigen, Gewalterfahrungen sowie Konflikte im sozialen wie beruflichen Umfeld, beschrieben. Die meisten Interviewpartner*innen erlebten diese Erfahrungen in zeitlicher Nähe zum Auslösen der Psychose. Übereinstimmend zeigte sich, dass psychosoziale Konflikte und interpersonelle Traumata verstärkt genannt wurden. Eine Person berichtete:

Und da hatte ich mich auch mit meiner Mutter gestritten. Das hat mich ziemlich getriggert. Und hatte einen Streit mit einem Rechtsanwalt schon ein halbes Jahr und hatte Ärger in der Arbeit. Also ganz schlimmen Ärger in der Arbeit und bin dann auch fristlos entlassen worden. Und habe mich dann erst auch total aufgeregt und dann habe ich die zweite Psychose bekommen. (Int.7)

Das Unterthema *Traumatisierung als Wirkfaktor* beschreibt somit verschiedenen Trauma-Typen und die damit verbundenen Assoziationen der Genesungsbegleiter*innen zum psychotischen Erleben. Als mögliche Konsequenz der erlebten traumatischen Erfahrungen sprachen mehrere Personen von einer Form der Retraumatisierung innerhalb der Positivsymptomatik der psychotischen Störung. Ein*e Teilnehmer*in legte dies eindrücklich dar: „ich bin in mein Unterbewusstsein hinabgestiegen und (...) Ja habe (...) Traumata, die hochgekommen sind, wieder erlebt“ (Int.6).

Starke Verbindung zur Positivsymptomatik. Die Interviewpersonen berichteten übereinstimmend, dass sich erlebte Traumata besonders stark in der Positivsymptomatik ihrer psychotischen Störung auswirkten. Halluzinationen und Wahngedanken standen in thematischem Bezug zu traumatischen Erfahrungen „aber (...) die Verlinkungen zu den traumatischen Erlebnissen sind ganz klar nur die Positivsymptome“ (Int.2). Dabei stellten

Traumata einen Ausgangspunkt für Wahngelbilde dar, die sich jedoch im Verlauf der Erkrankung weiterentwickelten „aber am Anfang war das schon der Tod meines Vaters und der Tod meiner Katze. Sehr präsent. Und dann hat sich das aber ein bisschen umgewandelt“ (Int.4). Ein*e Genesungsbegleiter*in sprach von einem indirekten Einfluss der traumatischen Erfahrungen auf das psychotische Erleben. Besonders frühe Erfahrungen der Ablehnung und einer fehlenden Zugehörigkeit spiegelten sich hier in kommentierenden, abwertenden Stimmen und Verfolgungsgedanken wider:

Die traumatischen Erfahrungen. Ich würde eher sagen, dass die vielleicht eher von einer unterbewussten Ebene reingespielt haben. Also diese ganzen Erfahrungen von, ich fühl mich nicht zugehörig, ich fühle mich nicht gesehen oder verstanden, also eher, dass das auf einer unbewussten Ebene mit reingespielt hat. Also das würde ich so eher sagen. (Int.3)

Das Unterthema beschreibt wie sich erlebte Traumatisierungen auf psychotische Inhalte innerhalb der Positivsymptomatik auswirken können und erläutert die wahrgenommene Verbindung der Teilnehmenden.

Psychose als Trauma

Das Thema *Psychose als Trauma* fasst Aspekte, Situation, Erfahrungen und Konsequenzen der psychotischen Störung, die von den Teilnehmer*innen als traumatisch wahrgenommen wurden, zusammen. In den Aussagen der Genesungsbegleiter*innen wurden dabei sowohl Aspekte des psychotischen Erlebens selbst als auch Reaktionen der Umwelt auf die Psychose als traumatisch beschrieben. Eine Person erklärte, „dass auch die Psychose selbst traumatisierend war und die Psychiatrie sowieso“ (Int.3). Dieses Thema wird hier zwecks der Vollständigkeit genannt, näher beschrieben und erläutert wird es unter der Fragestellung der Psychose-induzierten Traumata.

Verkettung der Traumata

Das Thema *Verkettung der Traumata* beinhaltet verschiedene Vorstellungen der Teilnehmer*innen über die Beziehung zwischen Anzahl und Stärke erlebter Traumata und der psychotischen Störung. Die interviewten Personen bestätigten übereinstimmend den in der Forschung beschriebenen Dose-Effekt (MacGrath et al., 2017). Dieser besagt, dass mit der Anzahl und Stärke durchlebter traumatischer Erfahrungen die Stärke der Symptome der psychotischen Störung linear zunehmen. Mehrere Genesungsbegleiter*innen betonten dabei, dass die Intensität und Stärke der traumatischen Erfahrung, das psychotische Erleben verstärken. Eine Genesungsbegleiter*in erläuterte anschaulich:

Und natürlich umso traumatisierter das ist, umso innerlicher das in einem steckt und das nicht bearbeitet ist, umso stärker fällt es dann vielleicht aus. Also ich denke schon, dass traumatische Erlebnisse zusammenhängen mit Psychosen. (Int.4)

Zusätzlich wurde die Häufung von Traumata als Einflussfaktor auf die Ausprägung der Psychose gesehen. Eine Person berichtete, wenn sie „nur eins erlebt hätte, wäre es nicht so weit [zum psychotischen Erleben] gekommen. [...] Ich hatte auch irgendwann dieses Ding in der Psychose. Zu viel! Zu viel! Es war einfach zu viel. [...] Ich habe mir dann auch irgendwann gedacht, ich habe zu viel erlebt, zu viel gelebt“ (Int.6). Weiters wurde von einer Teilnehmer*in der lange Zeitraum, über die sich die traumatische Erfahrung zog, als wichtiger Faktor beschrieben: „Ja, wie gesagt, bei mir selbst war es halt weniger jetzt die Intensität der Erfahrungen als vielleicht eher der lange Zeitraum, über den sie sich gespannt haben“ (Int.3).

Übereinstimmend sind von den interviewten Personen Psychose-induzierte Traumata als Verstärker des Dose-Effekts beschrieben worden. Ein*e Genesungsbegleiter*in erläuterte die Ansicht, dass die Psychose „so heftig war wegen den traumatischen Erlebnisse in der Klinik“ (Int.7). Eine andere Person berichtete von einem Zirkelschluss, in dem die durch die Positivsymptomatik verursachten Traumata zu einer Steigerung der Symptomatik selbst führen:

Das ist auch so ein Beispiel dafür, was allein schon durch psychotische Wahrnehmung an Traumata ausgelöst werden kann und die aber dann auch die positive Symptomatik steigern. [...] Nicht nur die Reaktion, die tatsächliche Reaktion von außen muss zur Traumatisierung beitragen, sondern auch die Symptomatik selbst kann zur Steigerung führen. Eigentlich schon die vorhandene Positivsymptomatik, deren traumatisierenden Wirkung trägt zur weiteren Steigerung bei. (Int.1)

Der Gute Grund – Psychose als Form der Bewältigung

Das Thema *Der Gute Grund – Psychose als Form der Bewältigung* beschreibt das Verständnis der Teilnehmenden von psychotischem Erleben als letztmögliche Bewältigungsstrategie, um mit traumatischen Erfahrungen umzugehen. Eine Person sprach von der Funktion der Psychose als Abwehr- und Schutzmechanismus, um negative Erfahrungen und Situationen von sich abzuschirmen „also, dass die Psychose eigentlich eine Funktion erfüllt, um sich zu schützen vor dem Erlebten. Oder vor dem Gefühl des Erlebten“ (Int.4). Aus diesem Verständnis heraus leitet sich ab, dass psychotischem Erleben traumatische Erfahrungen vorausgehen können und diese als mögliche Faktoren in der Entstehung der Psychose eine Rolle spielen. Ein*e Interviewpartner*in formulierte treffend: „ganz ehrlich, mir ist eigentlich noch keiner begegnet, wo ich das Gefühl hatte, da ist alles

super gelaufen und plötzlich aus heiterem Himmel ist er psychotisch worden“ (Int.3). Im Gegensatz dazu wird von anderen Interviewpartner*innen psychotisches Erleben als Konfrontation und Auseinandersetzung mit erlebten Traumata beschrieben „aber für mich war es eine Art Trauma-Verarbeitung, weil ich mit meinen tiefsten Ängsten und Bedürfnissen dastand und damit konfrontiert war“ (Int.6).

Mehrere Genesungsbegleiter*innen berichteten, schon während der Kindheit und Jugend Strategien des Rückzugs in Imaginationen und Fantasievorstellungen genutzt zu haben, um schwierige Situationen aushalten zu können. Ein*e Teilnehmer*in erzählte von wahrgenommenen Zusammenhängen zwischen negativen Gedanken und Gefühlen und Geräuschen im Kinderzimmer (Int.1). Eine andere Person erläuterte dies eindringlich:

Aber das Ding ist, ich habe mich in der Kindheit manchmal wegfantasiert. [...] Ich glaube, das hat mich extrem getragen. Und ich weiß, dass ich kurz vor der Psychose danach gesucht habe. Nach Copingstrategien und so. Und ich habe mich für das Wegfantasieren entschieden. (Int.6)

Wiederholt wurde in den Interviews festgehalten, dass die psychotische Erfahrung eine wichtige Funktion im Umgang mit Traumata darstelle. Einige Teilnehmer*innen beschrieben die Psychose als eine Schutzfunktion, andere Teilnehmer*innen als ein Mittel zur Verarbeitung des Erlebten. Trotz der unterschiedlichen Funktionen in den einzelnen Interviews wird das psychotische Erleben übereinstimmend als wichtiger Bestandteil der eigenen Lebensgeschichte anerkannt und rückblickend als Entwicklungsschritt betrachtet.

Ich sehe meine Psychose tatsächlich teilweise immer noch als eine Art (...) der Bewältigung von traumatischen Erfahrungen. Also natürlich ist nicht alles geklärt. [...] Aber mein Leben ist erfüllter und beständiger. Und doch irgendwie schöner. Also ich weiß nicht, woran es liegt, aber ich habe extrem viel gelernt. (Int.6)

Postpsychotisches Wachstum

Das Thema *Postpsychotisches Wachstum* beschreibt Erfahrungen positiver Veränderungen und Entwicklungen, die sich durch das Erleben, Überleben und Bewältigen der Psychose ergeben. Zentrales Element des Themas ist die retrospektive Bewertung der Psychose, die übereinstimmend in den Interviews im Besonderen auch positive Aspekte beinhaltete. Die psychotische Erfahrung wurde von den Teilnehmer*innen als notwendige Pause und lebensrettende Erfahrung (Int. 7) und als positive Auswirkung und Erdung (Int.5) beschrieben. Eine Person verwies auf die Wichtigkeit der Integration der Erfahrung Psychose im Genesungsprozess und betonte dabei die gewonnene Entwicklung, die sie durchmachen konnte:

Also ich wäre nicht gern der Mensch, der ich vor meinen Psychosen war. Und das möchte ich auch nie wieder sein. Ist auch meiner Meinung nach nicht möglich. Ich glaube, das ist ein Fehler, bei manchen Behandlungsansätzen zu glauben, man könnte diesen vorhergehenden Zustand wiederherstellen. Das geht schlicht und einfach nicht, man kann es nur integrieren. Aber das ist für mich schon noch so ein Fazit, ein Resümee. So schmerzhaft und scheiße das alles war. Ich würde um nichts in der Welt wieder der Mensch sein wollen, der ich vor der ganzen Geschichte war. (Int.3)

Ein*e Genesungsbegleiter*in beschrieb, wie es ihr gelang sich durch das psychotische Erleben von früheren Suizidgedanken zu distanzieren „aber die Psychose hat mich dazu geführt, dass ich von dem [Suizidgedanken] Abstand gewinnen kann, weil ich das erste Mal das Gefühl gehabt habe, ich habe Angst um mein Leben. Da ist mir dann bewusst geworden, ich will doch leben. Und das war das, was das Positive von der Psychose war“ (Int.4).

Psychose-induzierte Traumata

Die zweite Fragestellung nach potenziellen traumatischen Aspekten und Konsequenzen psychotischer Störungen wird durch die Themen (a) *Psychose als Trauma* und (b) *Psychose als Schutz vor Traumatisierung* beantwortet.

Und es war für mich auch so ein, auch wenn ich mir denke, dass es natürlich schmerzhaft und auch traumatisch war. Wie schon gesagt, dass auch die Psychose selbst traumatisierend war und die Psychiatrie sowieso. (Int.3)

Psychose als Trauma

Das Thema *Psychose als Trauma* gliedert sich in zwei Unterthemen. In das erste Unterthema *Trauma durch die Umwelt* fallen traumatische Erfahrungen, die als Konsequenz der Psychose angesehen wurden. Hierunter fallen Aspekte von Hospitalisierung & Psychiatrie, Zwangsmaßnahmen & erlebter Gewalt, sowie Stigmatisierungserfahrungen. Im Unterthema *Psychotische Symptome als Trauma* werden traumatische Aspekte der psychotischen Störung selbst zusammengefasst.

Trauma durch die Umwelt. Das Unterthema beschreibt belastende, traumatische Erfahrungen die als Konsequenz der Psychose entstanden, wobei die Ursachen dieser in der Umwelt der Betroffenen lagen. Die interviewten Personen waren sich einig, dass die Art und Weise der Einweisung und des Aufenthalts in der Psychiatrie einen direkten Einfluss auf den weiteren Verlauf der psychotischen Symptome habe. Im Besonderen negative Gewalterfahrungen in den Krankenhäusern verstärkten die Symptomatik der psychotischen Störung. Ein*e Teilnehmer*in schilderte, dass ihre Psychose durch ihre traumatischen Erlebnisse in der Klinik verstärkt wurden, diese erwiesen sich als „Hammer obendrauf“

(Int.7). Mehrere Teilnehmer*innen berichteten von Zwangseinweisungen und angewandeter Gewalt der Polizei, die als sehr traumatisch empfunden wurden. Eine Person erzählte von der gewaltvollen Einweisung „nur weil jemand voller Freude auf einen zuläuft, ihn zu nehmen und zu Boden schmeißen, ihm ins Gesicht zu treten, Handschellen anzulegen und abzuführen“

(Int.1). Im Besonderen äußerten sich erlebte Zwangsmaßnahmen und Gewalterfahrungen in der folgenden Positivsymptomatik und verstärkten diese. Ein*e Genesungsbegleiter*in schilderte dies eindrücklich:

Und dann kam die Polizei und das war richtig heftig. Also die haben mich dann gepackt und am Boden und Knie, also auf die Brust oder ich weiß nicht mehr, wie rum ich lag. Aber halt zu dritt oder zu viert, denn man hat ja unglaubliche Kraft, wenn man in Psychose ist. [...] Und dann haben die mich halt so [...] in ein Auto und haben mir dann eine Spritze gegeben und dann war ich weg. Also die haben mich auch zwangsbetäubt. Und dann bin ich halt in der Klinik in einer Einzelzelle wieder aufgewacht und ich wusste überhaupt nicht, wo ich bin und was los ist. So. Und da waren dann, das weiß ich noch, so ähnliche Lichter wie hier, nur rund, aber ganz viele an der Decke. Und die Jalousie ist manchmal rauf, manchmal runtergegangen. [...] Ob Tag oder Nacht war, ich weiß gar nicht mehr. Und ich hatte so eine Bettpfanne und die Pfleger haben mich von draußen über einen Monitor beobachtet. Ich war da ganz allein. Und ab und zu hat jemand Essen gebracht, aber ich lag dann ewig in dieser Zelle. Ich weiß gar nicht warum. Ich glaube, weil ich meine Medikamente nicht nehmen wollte. Und die haben sie mir dann gegeben. Dann habe ich versucht, sie wegzutun, und dann haben sie mich zwangsgespritzt. Und es war richtig heftig einfach. Und da, mit dieser Behandlung sind auch dann die schlimmen Sachen mit der SS und mit dem NS losgegangen. Ich glaube schon, dass das im Zusammenhang steht. Weil halt die gewaltvolle Erfahrung dann irgendwelche negativen Sachen auslöst.

(Int.7)

Ein weiterer Aspekt, der als traumatisch beschrieben wurde, ist der Umgang mit Medikamenten in der Behandlung. Hierbei wurde die fehlende Aufklärung über die Wirkung der Medikamente sowie verbundene Erinnerungslücken als sehr belastend beschrieben „dort wird mir ein kleiner Saft gegeben, ohne Voraufklärung, den ich trinken soll. Nach zehn Minuten ist mein Gedächtnis für zwei Wochen weg“ (Int.1). Auch die starken Nebenwirkungen der Medikamente wurden von den interviewten Genesungsbegleiter*innen als traumatisch beschrieben. In den Aussagen wurden die starke Gewichtszunahme, der fehlende Zugang zu Emotionen und die Antriebslosigkeit als besonders belastende

Nebenwirkungen genannt. Eine Teilnehmer*in führte aus: „Ich habe 92 Kilo gewogen und war völlig apathisch. [...] Ich war einfach wie völlig ausgeknockt und saß immer so rum.“ (Int.7). Dabei wurde jedoch die Notwendigkeit der Medikamente in akuten Phasen gesehen, die Kritik richtete sich hauptsächlich an einen schlechten Umgang der Behandler*innen mit diesen. Die fehlende Aufklärung, die hohen Dosierungen und die als unzumutbar empfundene Perspektive auf eine lebenslange Einnahme stellten für die Teilnehmenden große Belastungen dar.

Weitere Aspekte der psychotischen Störung, die von den Teilnehmer*innen als traumatische Konsequenz betrachtet wurden, sind Stigmatisierungserfahrungen. Diese äußerten sich in den verschiedensten Lebensbereichen. Eine Person berichtete ausführlich:

Ja, es gibt genug Studien darüber, dass Schizophrenie einer der schwerwiegendsten Diagnosen ist, was soziale Auswirkungen angeht. Viele verschweigen es deswegen. Vor allem, aber nicht nur wegen der Arbeit. Natürlich ein Faktor. Aber auch zum Beispiel bei der Partnersuche. (Int.1)

Die Teilnehmer*innen berichteten von Schwierigkeiten, Ablehnung und Kontaktabbrüchen beim Ausbruch ihrer Erkrankung. Ein*e Genesungsbegleiter*in führte aus: „naja es ist halt so, dass das in meinem Freundeskreis, den ich damals hatte, wie die Psychosen ausgebrochen sind, dass der eigentlich weggebrochen ist“ (Int.3). Eine andere Person schilderte familiäre Konflikte in der Beziehung zu den Eltern und berichtete von deren gegenseitigen Schuldzuweisungen „die Schuld der Familie lag dann auf mir“ (Int.7). Auch Stigmatisierungserfahrungen im beruflichen Umfeld und die Schwierigkeit einen Job zu finden, wird von den Teilnehmenden als hohe Belastung beschrieben. Eine Person berichtete, dass sie einen Job nicht erhalten habe, da sie „offen mit der Diagnose umgegangen sei“ (Int.2). Finanzielle Schwierigkeiten und ein sozialer Abstieg wie z.B. Obdachlosigkeit (Int.5) werden als Folgen beschrieben. Die interviewten Personen waren sich einig, dass die verinnerlichte Stigmatisierung die größte Belastung darstelle „Ich glaube eh, das Schlimmste ist immer die Selbst-Stigmatisierung“ (Int.7).

Das Unterthema beschreibt Reaktionen der Umwelt auf die psychotische Erkrankung und den Umgang mit dieser, die als traumatisch erlebt wurden. Dabei wurden nicht alle Einzelaspekte als traumatisch eingeordnet, jedoch durch die Häufung und das Zusammenspiel der Belastungen sprachen die Teilnehmenden von traumatischen Erfahrungen.

Psychotische Symptome als Trauma. Das Unterthema *Psychotische Symptome als Trauma* beinhaltet Symptome der psychotischen Störung, die von den interviewten Genesungsbegleiter*innen als traumatisch wahrgenommen wurden. Im Mittelpunkt stand die

Positivsymptomatik mit Halluzinationen und Wahngebilden, im Besonderen der Verfolgungswahn und die damit verbundene Todesangst. In den Aussagen äußerte sich, dass die psychotischen Inhalte das Trauma Kriterium erfüllen. Durch die fehlende Fähigkeit zur Unterscheidung von wahnhaften Gedanken und der Realität wurden psychotische Inhalte „zur realen Bedrohung“ (Int.3) und äußerten sich in einer permanenten „Konfrontation mit der eigenen Angst (Int.2), die traumatisierte. Ein*e Teilnehmer*in führte aus:

Oder eigentlich waren die meisten Psychosen früher oder später von einer sehr massiven Angst geprägt. Aber von einer Intensität und Dauer, die sich die meisten Menschen wahrscheinlich nicht vorstellen können. [...] Also gerade am Anfang hatte ich sehr oft das Gefühl, sozusagen das Schlimmste, was ich mir vorstellen kann. Das absolut Schlimmste, was ich mir irgendwie theoretisch ausmalen kann, glaube ich, dass mir jetzt jeden Moment passiert und das aber über einen Zeitraum von mehreren Tagen. Also das war schon ziemlich heftig. (Int.3)

Die Teilnehmer*innen berichteten von Folter, körperlicher und sexueller Gewalt und Verschwörungen, die sie im psychotischen Erleben durchmachen mussten. Die Psychose wurde als psychische Ausnahmesituation beschrieben, in denen die Betroffenen Erfahrungen von extremer Angst, Kontrollverlust, Ausweglosigkeit und Ohnmacht ausgesetzt waren. Ein*e Interviewpartner*in berichtete von dem Gedanken vergewaltigt worden zu sein „da ist jemand in meine Wohnung gekommen und hat mich vergewaltigt“ (Int.6). Andere Aussagen betrafen den Nationalsozialismus und damit verbundene Foltererfahrungen. Eine Person schilderte eindringlich:

Und was bei mir auch immer eine große Rolle gespielt hat, ist das dritte Reich. Da bin ich durch alle durch. Also mein Onkel, dann bis zu Himmler, die ganzen Nazigrößen. Die haben mir am Kopf rum gebohrt und haben mich gefoltert [...] Also völlig abgefahrene NS-Geschichten. Und das habe ich in beiden Psychosen ganz extrem gehabt. [...] Was das Dritte Reich betreffend am schlimmsten war? Mengele. Und richtig lange auch, mehrere Tage. (Int.7)

Den Aussagen in den Interviews war gemein, dass es den Betroffenen unmöglich war sich im psychotischen Erleben von diesen Erfahrungen zu distanzieren und diese als wahnhaft einzuordnen. Die real ausgelösten Emotionen, vor allem die Ängste wurden als unaushaltbar beschrieben „ja, es waren schon auch Ängste. Eher so Todesangst“ (Int.4). Ein*e Genesungsbegleiter*in berichtete, dass „die Ängste, die Angstzustände, die ständige Konfrontation mit der eigenen Angst, mich immer wieder in der Krise traumatisiert haben“ (Int.2). Weiters war es eine immense Aufgabe nach der akuten Psychose reale Erfahrungen

und psychotische Inhalte zu differenzieren „Und das war dann auch ein extremer Prozess, das wieder auseinanderzuklamüsern. Irgendwie so dieses: Was ist Realität? Was weiß ich? Was ist so?“ (Int.6). Zudem zogen mehrere Interviewpartner*innen Parallelen zwischen den Erfahrungen in der Psychose und real erlebter Traumata. Die psychotischen Inhalte wurden als Flashbacks verstanden und als Auslöser für Retraumatisierungen. Von besonderer Bedeutung waren dabei Missbrauchserfahrungen in der Kindheit. Diese Verbindung wurde von den Teilnehmenden nicht nur in Bezug auf eigene Traumata beobachtet, sondern auch auf traumatische Erfahrungen im nahen familiären Umfeld. So spiegelten sich auch transgenerationale Traumata im psychotischen Erleben wider. Ein*e Genesungsbegleiter*in berichtete:

Also bei meiner Mutter, bin ich das ganze Leben durchgegangen. Meine Großmutter, die ist, also laut meiner Psychose, missbraucht worden. Meine andere Großmutter ist auch missbraucht worden, meine Tante weiß ich, dass sie missbraucht worden ist. Also so und das war auch alles in der Psychose, war auch immer Thema. (Int.7)

Als weiteres zentrales Element des Themas wurde der Vertrauensverlust in sich selbst und die Umwelt genannt. Die eigene Wahrnehmung wird immer wieder in Frage gestellt und der Umwelt wird durch wahnhaftige Gedanken misstraut. So waren die Teilnehmer*innen einer weitestgehenden feindlich gesinnten Umwelt ausgeliefert, in der sie keinen Halt finden konnten. Eine Person beschrieb dies ausführlich:

Und was ich immer wieder betone, was auch nicht für jeden selbstverständlich ist. Psychose heißt ein massiver Vertrauensverlust, Vertrauensverlust in mich selbst, Vertrauensverlust in meine Wahrnehmung und Vertrauensverlust in meine Umgebung. [...] So ein Gefühl von ich kann eigentlich niemandem trauen. Also es ist ein Gefühl von, die sind alle böse oder wenn schon nicht böse, dann zumindest nicht vertrauenswürdig. Also irgendwas ist an meinen Mitmenschen suspekt, das mich vorsichtig sein lässt, ihnen zu vertrauen. Und das allein ist schon eine ziemliche Belastung, denn man fühlt sich eigentlich ziemlich auf sich allein gestellt. Was, wenn man sich mal kurz da hineinversetzt, eigentlich ziemlich anstrengend ist. Ja, wenn man das Gefühl hat, ich kann nicht einmal meinen Eltern trauen. Und das hatte ich ja. (Int.3)

Das Thema *Psychose als Trauma* mit seinen zwei Unterthemen zeigt auf, welche Aspekte und Folgen einer psychotischen Störung als potenziell traumatisch eingestuft wurden. So waren die Teilnehmenden allein durch die unterschiedlichen Faktoren ihrer Erkrankung einem stark erhöhten Risiko einer Traumatisierung ausgesetzt.

Psychose als Schutz vor Traumatisierung

Das Thema *Psychose als Schutz vor Traumatisierung* beschreibt einen gegensätzlichen Effekt des Psychotischen Erlebens, der einige Teilnehmer*innen vor Traumatisierungen geschützt hat. Zentrales Element hierbei ist der wahnhafte Glaube an eine übergeordnete Macht und Sinnhaftigkeit des Erlebten. Eine Person beschrieb, dass die Psychose ihr einen Gefängnisaufenthalt in Thailand erträglicher gemacht hat:

Es waren schon sehr traumatische Erfahrungen. Aber ich glaube, die Psychose bzw. der Film, der sich in meinem Kopf abgespielt hat, hat mich ein bisschen davor bewahrt mich zu stark darauf einzulassen. Ich habe geglaubt, das ist eh alles nur ein Schauspiel. Also insofern war die Zeit im Gefängnis wahrscheinlich erträglicher mit Psychose als ohne. (Int.5)

Somit wurden potenziell traumatische Erlebnisse durch ein Wahngelbilde umgedeutet und als einem „höheren Ziel folgend“ (Int.1) wahrgenommen.

Behandlung traumatischer Erfahrungen

Bei der dritten Fragestellung zu der Berücksichtigung traumatischer Erfahrungen in der Behandlung von Menschen mit psychotischen Störungen werden die zwei vorherigen Themen *Multifaktorielles Biopsychosoziales Modell* und *Psychose als Trauma* herangezogen. Zusätzlich wurde das Thema *Barrieren und Facilitatoren, um über Traumata zu sprechen* generiert.

Multifaktorielles Biopsychosoziales Modell

Während im vorherigen Kapitel das Thema *Multifaktorielles Biopsychosoziales Modell* zur Analyse der Fragestellung nach der allgemeinen wahrgenommen Verbindung zwischen Trauma und Psychose herangezogen wurde, kann das Thema ebenfalls unter dem Gesichtspunkt der Behandlung betrachtet werden. Nach den Aussagen der Interviewpartner*innen fanden psychosoziale Faktoren in der Behandlung nur wenig Berücksichtigung. Die Perspektive von Psychiater*innen, Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen ist sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich geprägt von einem bio-medizinischen Verständnis der Ätiologie und Pathogenese von psychotischen Störungen.

Bio-medizinische Perspektive zu einfach. Das Unterthema bildet den bestehenden Fokus der Behandlung auf Medikamente ab. Eine Person berichtete von der Geschichte, die sie in ihrer Behandlung oft erzählt bekommen habe „sie haben eine Stoffwechselstörung im Gehirn und das Medikament stellt das wieder richtig. Das Medikament stellt den Normalzustand her. Diesen Scheiß bewirken die Medikamente nicht“ (Int.3). Die

Teilnehmenden schilderten, dass in den aktuellen Behandlungsansätzen nur Medikamente verschrieben werden und dann lebenslang eingenommen werden sollen. Eine weitere Auseinandersetzung mit der Erkrankung würde nicht angestrebt, wenn nicht sogar als kontraproduktiv angesehen werden. Halluzinationen und Wahngebilde und damit verbundene Ängste fanden in der Behandlung keine Berücksichtigung und werden nicht ernst genommen. Ein*e Genesungsbegleiter*in teilte die Aussage eines Psychiaters: „vergiss das, das ist wahnhaft, mit dem [Inhalt der Psychose] brauchen Sie sich nicht auseinandersetzen“ (Int.2). Im Gegensatz dazu sahen einige Interviewpartner*innen die medikamentöse Behandlung als ersten Schritt, dem eine psychosoziale und psychotherapeutische Behandlung folgen sollte „ja, wenn man die richtige Medikation gefunden hat, dann fängt es eigentlich erst an mit der Arbeit“ (Int.3). Eine andere Person bezeichnete die Medikamente als Möglichkeit eine Pause einzulegen und sich vor der Reizüberflutung zu schützen und sich zu sortieren, bevor wieder versucht wird mit weniger an Schutz auszukommen (Int.1). Als Ziel der Behandlung wurde die Integration der Erfahrung Psychose und deren traumatischen Aspekte beschrieben. Nur ein*e Interviewpartner*in hatte Erfahrung mit dem traumatherapeutischen Verfahren EMDR. Innerhalb dieser ist es gelungen eigene Traumata und traumatische Aspekte der Psychose anzuerkennen und zu verarbeiten. Die Person berichtet ausführlich davon:

Also ich habe dann auch irgendwann mal Traumatherapie gemacht, aber es hat sich eher als Zufall ergeben, dass ich einfach dann irgendwann bei so einer Therapeutin gelandet bin. Aber das war für mich eigentlich mal noch so ein Aha-Erlebnis. Und so ein: Ja! Ja, ich habe Traumata erlebt. Das war mir vorher nicht so klar und das war dann für mich auch schlüssig, das so zu sehen. Weil davor war das eher so, wie ich schon gesagt habe, na ja, du hast keinen sexuellen Missbrauch gehabt, du bist nicht geschlagen worden und dann aber irgendwie okay. Das, was du in deiner Kindheit erlebt hast, über so einen langen Zeitraum, das ist traumatisierend. Und auch Erfahrungen, die du in Psychosen gemacht hast, auf der Psychiatrie, das ist alles traumatisierend. Du hast Traumata erlebt. (Int.3)

Psychose als Trauma

Unter der Fragestellung der Behandlung beschreibt das Thema *Psychose als Trauma* ein fehlendes Wissen und Verständnis der Behandler*innen über Psychose-induzierte Traumata. Die Teilnehmenden berichteten, dass die psychotischen Inhalte nicht ernst genommen wurden und in der Behandlung keine Berücksichtigung fanden. Der Fokus lag allein auf Symptombeschreibungen, wobei der Inhalt außer Acht gelassen wurde. Eine Person führte aus:

Über die Psychose habe ich nicht gesprochen. Da wurde nur kurz gefragt: Ja was? Hören Sie Stimmen und sehen Sie weiße Mäuse? Oder halt so die typischen Fragen und halt so kurz, was für Arten von Symptomen ich hatte. Aber im Einzelnen wurde das nicht groß nachbesprochen. Überhaupt nicht. Jetzt psychotherapeutisch oder so, Null!“ (Int.7).

Ein*e weitere*r Genesungsbegleiter*in berichtete von dem Gefühl, dass ihm die Ärzte gar nicht richtig zugehört haben und ihn nicht ernst genommen haben:

Beziehungsweise wenn man mit Ärzten geredet hat, hat man doch sehr oft das Gefühl gehabt, die hören eigentlich nicht zu. Also eigentlich interessiert ihn das überhaupt nicht, was ich gerade erzähle. Es interessiert ihn vielleicht, ob ich Stimmen höre oder nicht. Es interessiert ihn vielleicht, ob ich wahnhafte Vorstellungen habe, aber was ich erzähl, was der Inhalt des wahnhaften Vorstellungen ist, interessiert ihn eigentlich nicht sehr. (Int.3)

Auch Gewalterfahrungen als Konsequenz der Psychose wurden von Behandler*innen nur unzureichend besprochen. Die Interviewpartner*innen waren sich einig, dass eine zeitnahe Nachbesprechung und Unterstützung bei der Aufarbeitung von Zwangsmaßnahmen und den daraus resultierenden Gewalterfahrungen, das Risiko einer Traumatisierung erheblich verringern könnten. Selbst in der Psychotherapie eine*r Interviewpartner*in wurden Psychose-induzierte Traumata nicht thematisiert „aber jetzt im Nachhinein denke ich mir schon, dass das sicher was gebracht hätte. Also ich war ja auf Reha, dann nach der Tagesklinik. Da war ich in Psychotherapie, aber da war davon auch nicht die Rede“ (Int.7). Im Gegensatz dazu beschrieb eine andere Person wie hilfreich es war, dass ihre Psychiaterin die traumatischen Aspekte der Psychose berücksichtigte:

Also, dass das Erleben selbst traumatisch war, sicher irgendwo. Das war auch etwas, was ich mit meiner ersten Psychiaterin sehr viel besprochen hab. Also die mir das eher so gesagt hat, dass sowas ja auch traumatisch sein kann. Ich fand es dann erst mal cool, dass sie einfach mal das Thema Trauma und Psychose anspricht. (Int.6)

In dem Thema *Psychose als Trauma* wird aufgedeckt, dass traumatische Aspekte und Konsequenzen einer psychotischen Störung nur unzureichend in der Behandlung der Teilnehmenden berücksichtigt wurden. Weiters zeigte sich in den Aussagen, dass ein Verständnis der Verbindung zwischen Trauma und Psychose unter Professionist*innen nur vereinzelt bestehe. Übereinstimmend wurde der Wunsch der Genesungsbegleiter*innen nach mehr Berücksichtigung traumatischer Erlebnisse in der Behandlung ausgedrückt.

Barrieren und Facilitatoren, um über Traumata zu sprechen

Unter dem Thema *Barrieren und Facilitatoren, um über Traumata zu sprechen* finden sich Faktoren, die es erleichtert bzw. erschwert haben, über traumatische Erfahrungen in der Behandlung zu sprechen. Das Thema gliedert sich in zwei Unterthemen (a) *Psychose-induzierte Barrieren* und (b) *Rahmenbedingungen*.

Psychose-induzierte Barrieren. Das Unterthema beschreibt Barrieren, die es den Teilnehmenden erschwert haben über traumatische Erfahrungen zu sprechen. Zentrales Ordnungselement ist die Ursächlichkeit der Barrieren in der Psychose. Als eine mögliche Schwierigkeit der Berücksichtigung von Traumata in der Behandlung wurde der gewählte Zeitpunkt der Intervention betrachtet. Die Aussagen mehrerer Teilnehmer*innen waren übereinstimmend, dass eine traumatherapeutische Behandlung nicht in der akuten Phase der Psychose stattfinden sollte. Im Besonderen in der akuten Positivsymptomatik wurden traumatherapeutische Verfahren als kontraproduktiv aufgefasst „ich glaube, im Moment der Psychose hätte es nichts gebracht. Es hätte es nur verstärkt, glaube ich“ (Int.4). In dieser Phase der Erkrankung bestand zwar der Wunsch nach einem traumasensiblen Umgang, jedoch steht die Erfüllung von Grundbedürfnissen im Vordergrund „ne während der Psychose muss halt jemand gucken, dass man isst. Und dass man auf die Toilette geht und dass man sich duscht, ab und zu“ (Int.7). Im Gegensatz dazu verwies eine andere Person darauf, dass eine Stabilisierungsphase Teil traumatherapeutischer Verfahren sei und diese auch schon während der Akutphase starten könne (Int.6). Mehrere Teilnehmer*innen berichteten auch, dass ihr Wahngelbilde Psychotherapie verhindert oder zum Abbruch geführt habe:

Also ich habe dann aufgehört mit der Psychotherapie, weil ich mir gedacht hab, es wird alles belauscht, was ich von mir gebe. Deswegen kann ich auch mit mir selbst reden und brauche nicht zum Psychotherapeuten gehen. (Int.5)

Als weiterer erschwerender Faktor wurde der Vertrauensverlust gegenüber der Umwelt beschrieben. Um über traumatische Erfahrungen sprechen zu können wurde eine vertrauensvolle Beziehung zu Behandler*innen vorausgesetzt. Positive Symptome wie Halluzinationen und Wahn generierten jedoch Misstrauen und stellten damit ein Hindernis dar. Ein*e Interviewpartner*in beschrieb diesen Vertrauensverlust in der Psychose eindringlich, kritisierte dabei zugleich auch den Umgang mit diesem im Rahmen der Behandlung: „wie ich schon gesagt habe, Psychosen haben viel mit Vertrauensverlust zu tun. Und dann schaffe ich eine Situation, wo ich eigentlich komplettes Misstrauen und Angst schüre bei vielen Leuten. Das ist Wahnsinn! Und dann erwarte ich mir, dass die Leute gesund werden. Das ist komplett verrückt!“ (Int.3). Eine andere Person betonte die Wichtigkeit eines

guten Vertrauensverhältnisses zwischen Betroffenen und Behandler*innen, um die Erkrankung behandeln zu können:

Ja, ich glaube, das ist wichtig. Je früher du anfängst, dass es möglich ist, auch diesem Fachpersonal zu vertrauen, umso eher schaffst du es dann auch an deinem Krankheitsverlauf zu arbeiten. Oder die Krankheit gemeinsam so gut wie möglich in den Griff zu bekommen oder wegzubekommen. (Int.1)

Rahmenbedingungen. Das Unterthema *Rahmenbedingungen* befasst sich mit äußeren Faktoren, die es den Teilnehmenden erleichterten, über traumatische Erfahrungen zu sprechen. Übereinstimmend fand sich in den Aussagen, dass „ein geschützter Raum und Zeit“ (Int.7) und „aktives Zuhören“ (Int.6) als essenziell betrachtet wurden, um Traumata zu erkennen und zu verarbeiten. Es zeigte sich, dass gerade während Krankenhausaufenthalt dies nicht gewährleistet werden konnte „naja, ich hatte einmal in der Woche eine halbe Stunde oder Dreiviertelstunde Therapie. Ist jetzt nicht so viel. Und bei der Visite spricht man nicht gerne über Traumata, weil die Ärzte haben keine Zeit, die müssen schnell weiter. Also das waren schon nette Ärzte und alles, aber die haben keine Zeit“ (Int.7). Des Weiteren kritisierten einige Genesungsbegleiter*innen an den Kliniken die fehlende Aufklärung über weiterführende ambulante, traumatherapeutische Verfahren, die sie in mangelndem Verständnis der Verbindung von Trauma und Psychose begründet sahen. Ein*e Interviewpartner*in beschrieb einerseits den Wunsch, wie diese Aufklärung über die Versorgungslandschaft idealerweise aussehen könnte. Andererseits beschwerte sich die Person darüber, dass die Verantwortung für die weiterführende Behandlung in die Verantwortung des Betroffenen gelegt würde, dieser jedoch über wenig Ressourcen verfüge:

So, das ist es jetzt wirklich und so soll es eigentlich sein. Der Arzt, der dann darüber aufklärt: „Hören Sie, ich verschreibe jetzt das Medikament. Das wird Sie stabilisieren. Es wird Ihnen helfen. Das wird Ihnen bei Ihrer Erkrankung eine wichtige Stütze sein. Aber ich würde es auch wichtig finden, dass Sie Ihre Erfahrungen aufarbeiten. Weil ich glaube, das ist langfristig sicher gut.“ So sollte es eigentlich sein. Und dann sollte er weitere Informationen kriegen. Wo kann ich mich hinwenden, wo bekomme ich noch mehr Infos? [...] Und es sollte nicht diese Person sein, die wenig Ressourcen hat, die stundenlang am Telefon sitzen muss. Und irgendwelche Nummern anrufen muss, von denen dann von 15 Anrufen, 14 nicht zurückrufen und der sagt dann: „Tut mir leid, ich habe gerade keinen Platz mehr.“ Ja, ich wiederhole noch einmal, von einer Person, die wenig Ressourcen hat. Also so soll es nicht laufen, sondern es sollte so sein, dass der dann auch die Möglichkeit bekommt, einen Platz zu bekommen und

auch irgendwie mitentscheiden kann: „Okay, passt das für mich? Fühl ich mich da aufgehoben. Hilft mir das?“ Also das wäre der Idealfall. (Int.3)

Darüber hinaus spielten auch fehlende finanzielle Mittel eine Rolle, da es sich für Betroffene oft als schwierig gestaltete einen günstigen Psychotherapieplatz zu finden. Als noch schwieriger wurde dabei die Suche nach einem speziellen traumatherapeutischen Verfahren erachtet. Dabei wurden die finanziellen Schwierigkeiten als indirekte Folge der psychotischen Störung angesehen, da es vielen Betroffenen nicht möglich war einer Erwerbsarbeit nachzugehen. Weiters wurden die Kosten für Psychotherapie in Relation zu den Ausgaben für Psychopharmaka gesetzt. Eine Person erklärte:

Also das ist meiner Meinung nach etwas, was selbstverständlich sein sollte, dass Menschen, die einen Bedarf haben, [Psychotherapie] auch bekommen. Das sehe ich auch bei meinen Klienten. Wo ich mir bei vielen denke, denen wird es guttun, aber die können sich es schlicht und einfach nicht leisten. [...] Und von daher finde ich sehr wohl, dass es das auf Krankenkasse geben sollte. Und ich finde auch, wenn wir jetzt über Finanzierbarkeit reden, wir geben Unsummen für Psychopharmaka aus. Das hinterfragt keiner. Aber für sowas haben wir kein Geld. Finde ich ziemlich bescheuert eigentlich, wenn man so darüber nachdenkt. (Int.3)

Ein weiteres Hindernis in der Berücksichtigung traumatischer Aspekte in der Behandlung von Menschen mit Psychosen stellten Stigmatisierungserfahrungen durch Behandler*innen dar. Kritisiert wurde dabei die strikte Unterteilung zwischen gesunden Professionist*innen und kranken Betroffenen „diesen entgegengesetzten Grundsatz zu haben: Sie gesund – ich krank. Denn jeder Mensch trägt gesunde Anteile in sich. Und vielleicht auch gesunde Anteile, die ein anderer Mensch nicht hat“ (Int.1). Es zeigte sich, dass die Erfahrungen des Betroffenen nur eine untergeordnete Rolle spielten und „das Bild der Ärzte in Weiß nicht angetastet werden darf“ (Int.3).

Das Unterthema *Rahmenbedingungen* deckt Hindernisse und Barrieren auf, die eine Berücksichtigung der Verbindung von Trauma und Psychose erschwerten. Außerdem berichteten die interviewten Genesungsbegleiter*innen von Ideen und Vorstellungen, wie dies besser gelingen könnte.

Trauma und Psychose in Ex-In Ausbildung und Tätigkeit

Die vierte Fragestellung nach der Berücksichtigung der Verbindung von Trauma und Psychose in der Ex-In Ausbildung und in der psychosozialen Tätigkeit wird einerseits mit dem Thema *Diskurs Trauma und Psychose* und dem schon genannten Thema *Der gute Grund – Psychose als Form der Bewältigung* beantwortet.

Diskurs Trauma und Psychose

Das Thema *Diskurs Trauma und Psychose* beschreibt, wie der Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischem Erleben innerhalb der Ex-In Ausbildung thematisiert wurde. Es zeigte sich, dass es kein eigenes Modul zu dieser Thematik im Lehrgang gab „wenn ich mich jetzt nicht ganz täusche, glaube ich, explizit Thema war es jetzt nicht. (...) Es war insofern nicht explizit Curriculum-Inhalt“ (Int.2). Dennoch wurde der Zusammenhang in indirekter Form über den Erfahrungsaustausch zwischen den angehenden Genesungsbegleiter*innen behandelt. Gerade in Kleingruppen gehe es darum seine eigene Lebensgeschichte zu erzählen und Unterschiede und Ähnlichkeiten zu anderen Teilnehmer*innen aufzudecken. Die Interviewpartner*innen berichteten übereinstimmend, dass die Verbindung zwischen Trauma und Psychose „nicht aktiv, bewusst angesprochen“ (Int.1) wurde, sondern indirekt „über die Schilderungen der Erfahrungen“ (Int.2) thematisiert wurde.

Der Gute Grund – Psychose als Form der Bewältigung

Das Thema *Der Gute Grund - Psychose als Form der Bewältigung* wird unter dieser Fragestellung herangezogen, um die Haltung der interviewten Genesungsbegleiter*innen zu beschreiben. Wenn psychotisches Erleben als letztmögliche Bewältigungsstrategie verstanden wird, schließt sich daraus, dass Betroffene Erfahrungen gemacht haben, die sie nicht mehr adäquat verarbeiten konnten. Psychose passiere nicht einfach, sondern „Leute haben einen guten Grund, um psychotisch zu werden“ (Int.6). Und durch dieses Verständnis und der Berücksichtigung der Lebensgeschichte ergab sich bei den Genesungsbegleiter*innen eine eigene Haltung. Diese berücksichtigte dabei sehr sensibel den Zusammenhang von Psychose und Trauma „ja, man hat eine ganz andere Haltung, glaube ich. Wenn man (...) das aus der traumatischen Sicht sieht“ (Int.7). Eine Person führte aus:

Also insofern berücksichtige ich, dass ich halt einfach schon finde, dass die Geschichte eines Menschen für mich eine wesentliche Rolle spielt. Also. Ob es jetzt Traumata im Konkreten sind, weiß ich nicht. Aber schon, dass ich davon ausgehe, dass das, was diesen Menschen in ihrem Leben widerfahren ist, spielt eine Rolle. Ihre Geschichte spielt eine Rolle und ihre Wahrnehmungen spielen eine Rolle. Und insofern, dass ich mir einfach die Zeit nehme, einen Menschen verstehen zu wollen und seine Geschichte. Und genau, insofern würde ich jetzt mit Ja antworten. Ich glaube, dass das ein wesentlicher Faktor ist, wenn man dieses Krankheitsbild verstehen will. Das ist das, was einem Menschen widerfahren ist. (Int.3)

Die Haltung der Genesungsbegleiter*innen war maßgeblich von einem „Verstehen Wollen“ geprägt und der Berücksichtigung der individuellen Erfahrungen und der Lebensgeschichte ihrer Klient*innen (Int.4). Das bestehende selbsterfahrene Verständnis über die Verbindung zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischem Erleben zeichnete sich in ihrer Haltung ab und fand Berücksichtigung im Umgang mit Klient*innen.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es ein tieferes Verständnis über die Zusammenhänge und Verbindungen traumatischer Erfahrungen und psychotischen Erlebens und deren Auswirkungen auf die Behandlung zu erhalten. Hierfür wurden sieben Interviews mit Genesungsbegleiter*innen durchgeführt. Die Auswertung des Datenmaterials mithilfe der reflexiven thematischen Analyse ergab acht Themen und sieben Unterthemen.

Psychose verstehen im Kontext Trauma

Die Themen unter der ersten Forschungsfrage weisen auf ein tiefes Verständnis und differenziertes Wissen von Genesungsbegleiter*innen über die Verbindung von Trauma und Psychose hin. Das Thema *Multifaktorielles Biopsychosoziales Modell* spiegelt den begonnenen Wandel im wissenschaftlichen Diskurs von einem bio-medizinischen Modell zu einem holistischeren Verständnis von psychotischen Störungen wider (Giannopoulou et al., 2023). Genesungsbegleiter*innen berichteten von biopsychosozialen Faktoren in der Ätiologie und Pathogenese psychotischer Störungen. Dies deckt sich mit Befunden vorangegangener Forschung (Irtelli, 2018; Kornberger, 2016; Poon et al., 2019). Dieses Verständnis hat sich jedoch auf der Ebene von Behandler*innen, Angehörigen und auch Betroffenen aus Sicht der Interviewpartner*innen noch nicht gänzlich durchgesetzt. Als ein Erklärungsmuster für das noch immer vorherrschende Bild psychotischer Störungen als Stoffwechselerkrankung oder Hirnanomalie wird von den Teilnehmer*innen eine Verantwortungsflucht aller Beteiligten ausgemacht, bei der vor einer tieferen Auseinandersetzung mit der Erkrankung zurückgeschreckt wird. Von besonderer Bedeutung war die Kritik der Genesungsbegleiter*innen an einer zu starken Fokussierung des Faktors Substanzkonsum in der Ätiologie psychotischer Störungen. Eine mögliche Erklärung für die vehemente Kritik könnte sein, dass die Erkrankung auf eine gesellschaftlich negativ bewertete Verhaltensweise zurückgeführt wird und als selbstverschuldet angesehen wird, was zu einem zusätzlichen Stigmatisierungserleben führt. Çilek & Akkaya (2022) berichteten in ihrem Review von gesellschaftlichen Stereotypen wie Charakter- und Willensschwäche gegenüber Menschen mit psychotischen Störungen, die sich durch diese Argumentation verstärken.

Die in der Forschungsliteratur beschriebenen Zusammenhänge zwischen Trauma-Typen und psychotischem Erleben spiegeln sich in den Ergebnissen wider. Traumatisierungen in Kindheit und Jugend wurden von den Teilnehmer*innen als starke Einflussfaktoren auf ihre psychotische Erkrankung beschrieben. Dies deckt sich mit vielen Studien (Croft et al., 2019; Schalinski et al., 2019; Stanton et al., 2020). In einer Studie zeigten sehr frühe Traumatisierungen vor dem zehnten Lebensjahr die stärksten negativen Auswirkungen in Form einer stärkeren Positivsymptomatik (Schalinski et al., 2019). Belastungen und Traumatisierungen im Erwachsenenalter nahmen die Genesungsbegleiter*innen hingegen in zeitlicher Nähe zum Auslösen ihrer Psychose wahr. Dies steht in Einklang mit Befunden verschiedener Untersuchungen (Kilcommons & Morrison, 2005). Es fand sich ein Zusammenhang zwischen Stärke der Positivsymptomatik und Traumatisierungen im Erwachsenenalter, dabei verstärkte sich dieser Effekt umso enger das Trauma in zeitlichem Bezug zur Psychose stand (Hacioglu-Yildirim et al., 2014). Interpersonelle Traumata wie Missbrauch und Bullying, aber auch langanhaltende Typ-II Traumata wurden mit der Literatur übereinstimmend als starke Einflussfaktoren wahrgenommen (Croft et al., 2019; MacGrath et al. 2017; Read et al., 2008). Die Genesungsbegleiter*innen teilten die Ansicht, dass Anzahl, Dauer und Intensität der Traumata in einer Wirkungsbeziehung zum späteren psychotischen Erleben stehen, was mit zahlreichen Studienergebnissen zum Dose-Effekt übereinstimmt (Croft et al., 2019; MacGrath et al., 2017; Shevlin et al., 2008).

Die traumatischen Erfahrungen wirken sich dabei am stärksten in der Positivsymptomatik aus, was sich mit mehreren Studien deckt (Alameda et al., 2021; Read et al., 2005; Shaw et al. 2002). Reiff et al. (2012) berichteten in ihrer Studie von einem Zusammenhang zwischen inhaltlichen Themen von Halluzinationen und Wahngedanken und in der Kindheit erlebten Missbrauchserfahrungen. Für viele Teilnehmer*innen leitete sich ab, dass Inhalte und Themen des psychotischen Erlebens nicht nur als reine Symptombeschreibungen betrachtet werden sollten, sondern als bedeutsame Erfahrungen und Reaktionen auf Lebensumstände. Verschiedene Studien (Anglin et al., 2021; Bental et al., 2012; Morgan et al., 2019) untermauern diese These und es zeigten sich Verbindungen zwischen Erfahrungen von Armut, Rassismus und Gewalt mit psychotischem Erleben, was damit eine Berücksichtigung der Lebensgeschichte einschließt. Mehrere Studien teilen diese Auffassung und fordern eine Behandlung, in der Betroffene in der subjektiven Bedeutungsfindung und individuellen Sinnsuche ihrer psychotischen Erfahrung unterstützt werden (Strand et al., 2015; van Sambeek et al., 2023). Dem schließt sich auch das

Verständnis der Psychose als letztmögliche Bewältigungsstrategie der Genesungsbegleiter*innen an.

Bedeutung Psychose-induzierter Traumata

Psychose-induzierte Traumata waren für die Genesungsbegleiter*innen ein wesentlicher Bestandteil des Zusammenhangs zwischen Trauma und Psychose, was sich sowohl in der Häufigkeit als auch in der Differenziertheit, in der über dieses Thema berichtet wurde, widerspiegelt. Einerseits berichteten die Teilnehmer*innen von Aspekten des psychotischen Erlebens wie z.B. Halluzinationen oder Wahngedanken, die als traumatisch wahrgenommen wurden. Andererseits stellten Konsequenzen der psychotischen Störung wie Zwangsmaßnahmen oder Hospitalisierung potenzielle Traumata dar. Dies deckt sich mit den Befunden vorangegangener Forschung (Buswell et al., 2021; Carr et al., 2018; Fornells-Ambrojo et al., 2016). Positivsymptome wie Halluzinationen, paranoide Wahngelüste und Verfolgungsgedanken und die damit verbundenen Ängste wurden von den Teilnehmer*innen als traumatisch beschrieben. Auch dies steht im Einklang mit der gegenwärtigen Literatur (Dunkley et al., 2015; Rodrigues & Anderson, 2017). So erhöht sich das Risiko für Personen mit psychotischen Störungen, aus der Grunderkrankung selbst heraus Traumatisierungen zu erfahren (Fornells-Ambrojo et al., 2016; Kennedy et al., 2002). Diskutiert wird hierbei, ob eine Psychose die Kriterien eines Traumas gemäß ICD-10 erfüllt (Buswell et al., 2021; WHO, 2016), wobei die Änderung im ICD-11 den Diskurs neu entfachen könnten (Fornells-Ambrojo et al., 2016; WHO, 2019).

Des Weiteren äußerten die Teilnehmenden traumatische Erfahrungen, die in Bezug zu ihrer Behandlung standen, was sich mit zahlreichen Studien deckt. Im Besonderen haben die Genesungsbegleiter*innen Erfahrungen der Hospitalisierung als traumatisch wahrgenommen. Zwangsmaßnahmen und damit verbundene Gewalterfahrungen stellen ein weiteres Risiko einer Traumatisierung dar (Guzmán-Parra et al., 2019; Tarrier et al., 2007). Paksarian et al. (2014) berichteten, dass 69% der Personen mit psychotischen Störungen ($N = 395$) in einer Befragung zehn Jahre nach dem Erstkontakt zum Gesundheitssystem während der psychiatrischen Hospitalisierung traumatische Erfahrungen erlebt haben.

In Einklang stehend mit aktueller Literatur nannten die Genesungsbegleiter*innen als weitere potenzielle traumatische Aspekte einer psychotischen Störung Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen. Psychotische Störungen zählen zu den am stärksten stigmatisierten psychischen Erkrankungen, zu den Folgen gehören soziale Isolation sowie Diskriminierungen (Angermeyer & Dietrich, 2006; Mannarini et al., 2022). Übereinstimmend mit dem aktuellen Forschungsstand wurde das Selbststigma von mehreren Teilnehmer*innen

als größte Belastung angesehen (Arboleya-Faedo et al., 2023; Sarraf et al., 2022). Selbststigmatisierung beschreibt den Prozess der Internalisierung vorherrschender Vorurteile und Stereotype der Gesellschaft von Menschen mit psychotischen Störungen, die sich dann gegen das eigene Selbst der Betroffenen richten (Arboleya-Faedo et al., 2023). Die Genesungsbegleiter*innen empfanden diese verinnerlichten Stigmata und negativen Einstellungen gegenüber sich selbst als besonders belastend.

Aus den beschriebenen Symptomen einer psychotischen Störung als auch den Konsequenzen wie Zwang, Gewalt, Hospitalisierung und Stigmatisierung steigt das Risiko einer Traumatisierung und es können Traumafolgestörungen entstehen (Berry et al., 2013; Buswell et al., 2021). Hierzu wird im wissenschaftlichen Diskurs eine weitere Differenzierung von Traumafolgestörungen im Zusammenhang mit psychotischen Störungen diskutiert. Hierbei hat sich jedoch noch kein einheitlicher Begriff manifestiert, diskutiert wird die Psychose-induzierte (PR-PTBS; Berry et al., 2013; Buswell et al., 2021) oder die Postpsychotische Posttraumatische Belastungsstörung (PP-PTBS; Galliot et al., 2019; Ibanez et al., 2014; Shaw et al., 2002). Jedoch können sich Psychose-induzierte Traumata nicht nur in Form einer Traumafolgestörung äußern, sondern auch eine Zunahme und Verstärkung der Positivsymptomatik bewirken, was wiederum zu einer stärkeren Traumatisierung führen kann (Berry et al., 2013).

Einige Teilnehmer*innen berichteten von einer Schutzfunktion des psychotischen Erlebens vor Traumatisierung durch den speziellen wahnhaften Gedanken, alles würde einer höheren Bestimmung folgen. Diese Wahnidee beschrieben die Genesungsbegleiter*innen als möglichen protektiven Faktor, der die Psychose-induzierten Traumatisierungen leichter zu ertragen scheinen lässt und diese somit verringern könne. Dies stellt einen neuen, noch unbekannten Aspekt dar und ist aus der gegenwärtigen Literatur nicht bekannt. Das berichtete Phänomen bleibt auch anhand der vorliegenden Arbeit weiterhin unklar, weshalb es weitere Forschung anregen könnte.

Posttraumatisches Wachstum bei Genesungsbegleiter*innen

Die im Rahmen dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse bezüglich einzelner Aspekte Posttraumatischen Wachstums nach einer Psychose stehen im Einklang mit den Befunden bisheriger Studien (Ibrahim et al., 2022; Ng et al. 2021). Dabei wurden positive Auswirkungen auf drei Ebenen beobachtet, intrapersonell (z.B. höheres Selbstbewusstsein), interpersonell (z.B. tiefere Beziehungen) und spirituell (Jordan et al., 2019). Besonders hohe Werte von PTW zeigte sich bei Betroffenen, die sich nach ihrer Erkrankung im Gesundheitssystem engagierten (Jordan et al., 2018). Dies könnte eine Erklärung darstellen,

warum die Genesungsbegleiter*innen in dieser Ausführlichkeit und Häufigkeit über PTW berichteten. Das steht in Einklang mit ersten Forschungsergebnissen zu PTW bei Genesungsbegleiter*innen, wobei durch die unterstützende Tätigkeit neuer Sinn in der eigenen Krisenerfahrung entstehen kann (Jordan et al., 2023). Des Weiteren zeigen Befunde, dass Genesungsbegleiter*innen eine Möglichkeit darstellen, um PTW bei ihren Klient*innen zu fördern. Einerseits stellen Genesungsbegleiter*innen ein Beispiel dar, dass die Folgen einer psychotischen Störung nicht nur von Verzweiflung geprägt sein müssen (Jordan et al., 2023). Andererseits können die Ausbildung und Tätigkeit als Genesungsbegleitung als Vorbild eines neuen sinnvollen Lebensweges dienen, bei dem andere Menschen bei der Genesung unterstützt werden (Moran et al., 2012). Die von Ng und Kolleg*innen (2021) postulierten sieben fördernden Faktoren (Identität, erhaltene Unterstützung, Chancen und Möglichkeiten, Bewältigungsstrategien, Perspektivwechsel, emotionales Erleben und Beziehungen) können damit durch Genesungsbegleitung einerseits für die Genesungsbegleiter*innen selbst als auch ihre Klient*innen berücksichtigt werden und die Entstehung von PTW begünstigen (Jordan et al., 2023).

Trauma-Unsensible Behandlung

Die Ergebnisse der thematischen Analyse hinsichtlich der Berücksichtigung traumatischer Erfahrungen in der Behandlung psychotischer Störungen stehen im Einklang mit der bisherigen Forschung (Chadwick & Billings, 2022). Die Teilnehmer*innen berichteten von einer starken Fokussierung auf eine rein medikamentöse Behandlung, in der psychosoziale Faktoren nur wenig Beachtung finden. De Bont et al. (2016) führt aus, dass trotz der gut untersuchten Zusammenhänge zwischen Trauma und Psychose, eine traumafokussierte Behandlung von Menschen mit psychotischen Störungen sowohl von Kliniker*innen als auch nationalen Guidelines abgeraten wird. Dies bestätigt sich in der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen der AWMF, die psychotische Symptome als relative Kontraindikation für ein traumafokussiertes Vorgehen ansehen (Schäfer et al., 2019). Zudem werden Menschen mit psychotischen Störungen aus randomisierten Kontrollstudien zur Behandlung traumatischer Behandlungen zu 91% ausgeschlossen (Ronconi et al., 2014). Dennoch zeigt sich im letzten Jahrzehnt ein erhöhtes Interesse im wissenschaftlichen Diskurs, sowohl für traumafokussierte Verfahren (Adams et al., 2020; De Bont et al., 2016; Varese et al., 2024) als auch für traumasensible Behandlungsansätze (Holttum, 2021; Sweeny et al., 2016). In einem systematischen Review fanden Reid et al. (2024) in 17 Studien ($N = 857$) eine hohe Wirksamkeit traumafokussierter Verfahren bei Menschen mit psychotischen Störungen, im Besonderen von

expositionsbasierten Interventionen. Dabei zeigten die traumafokussierten Verfahren sowohl in der Reduktion der PTBS-Symptomatik als auch in der Reduktion der psychotischen Symptome Wirkung. Darüber hinaus deutete eine geringe Drop-Out-Rate der Patient*innen auf eine hohe Akzeptanz der Verfahren hin (Reid et al., 2024).

Ein weiterer zentraler Aspekt stellte für die Genesungsbegleiter*innen das als unzureichend empfundene Wissen der Behandler*innen über Psychose-induzierte Traumata dar. Inhalte und Themen des psychotischen Erlebens wurden nicht ernstgenommen und als sinnlos betrachtet. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer qualitativen Studie, in der Gesundheitsbedienstete ein fehlendes kohärentes Verstehen der Zusammenhänge von Trauma und Psychose als eine Barriere einer traumasensiblen Behandlung ausmachten (Chadwicks & Billings, 2022). Dem schließt sich die Forderung nach einer stärkeren Berücksichtigung der potenziellen Entstehung von PTW nach einer Psychose in der Behandlung an (Campodonico et al., 2024; Dunkley & Bates, 2014; Jordan et al., 2023). Weiters zeigt sich in den Ergebnissen der reflexiven thematischen Analyse, dass Zwangsmaßnahmen und damit verbundene Gewalterfahrungen Traumatisierungen auslösen können, was sich mit der gegenwärtigen Literatur deckt. Hierzu zeigen sich verschiedene Programme zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen als wirksam (Hirscher & Steinert, 2019). Diese stimmen in der Forderung nach einer guten Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen überein (Hirscher & Steiner, 2019), was mit den Aussagen der Teilnehmer*innen dieser Studie übereinstimmt.

Die von den Teilnehmer*innen empfundene Barriere einer traumafokussierten Behandlung während der Akutphase der psychotischen Störung widerspricht ersten Befunden aktueller Studien. Weder für EMDR (Adams et al., 2020) noch für andere traumafokussierte Psychotherapien (Reid et al., 2024) stellten akute psychotische Symptome eine Kontraindikation dar, sondern wurden als sichere und praktikable Intervention für Menschen mit psychotischen Störungen beschrieben.

Bei einer erfolgreichen Behandlung psychotischer Störungen waren unterschiedliche Aspekte und Faktoren von Bedeutung. Im Thema *Rahmenbedingungen* äußert sich der Wunsch der Genesungsbegleiter*innen nach einem traumasensiblen Umgang in der Behandlung psychotischer Störungen, in der den Betroffenen genug Raum und Zeit für ihre Erfahrungen gegeben wird. Dies steht im Einklang mit ersten Erkenntnissen zu einer traumasensiblen Behandlung in der wissenschaftlichen Literatur. Der Organisations- und Interventionsansatz der Trauma-informed Care hat zum Ziel, traumatische Erfahrungen automatisch und permanent in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit psychotischen Störungen zu berücksichtigen (Coates et al., 2019; Mitchell et al., 2020). Dabei überschneiden

sich die Forderungen der Teilnehmer*innen nach der Schaffung einer sicheren Umgebung, dem aktiven Zuhören und dem Berücksichtigen psychotischer Erfahrungen sowie die Förderung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Behandler*innen und Betroffenen mit den Bestandteilen des Trauma-informed Care Ansatzes (Holttum, 2021).

Genesungsbegleitung als Instrument traumasensibler Behandlung

Die Ergebnisse zur Berücksichtigung von Trauma und Psychose in der Ex-In Ausbildung weisen zwar darauf hin, dass keine aktive Auseinandersetzung mit der Thematik im Curriculum vorgesehen ist, jedoch findet diese im Erfahrungsaustausch zwischen den Ausbildungskandidat*innen statt. Dies deckt sich mit aktueller Literatur, die besagt, dass durch den Austausch individueller Erfahrungen Erfahrungsexpertise generiert wird (Utschakowski et al., 2016). Weiters wird in unterschiedlichen Befunden über die Vorteile der Genesungsbegleitung in Bezug zu einer traumasensiblen Behandlung psychotischer Störungen berichtet (Jordan et al., 2023). Einerseits können Genesungsbegleiter*innen mit ihrer Erfahrungsexpertise für Behandler*innen Trainings und Schulungen abhalten, um diesen ein tieferes Verständnis über die erlebte Verbindung zwischen Trauma und Psychose zu ermöglichen (Chadwick & Billing 2022; Holttum, 2021). Andererseits kann Betroffenen durch eine Haltung, die den Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose berücksichtigt, mit Offenheit, Respekt und Akzeptanz gegenüber der psychotischen Erfahrung begegnet werden (Holttum, 2021). Dies bestätigen die Ergebnisse zur psychosozialen Haltung der Genesungsbegleiter*innen in der vorliegenden Studie.

Limitationen und Stärken dieser Studie

Die vorliegende Studie weist eine Reihe von Limitationen und Stärken in Bezug zu ihren Untersuchungsergebnissen auf. Diese werden im Folgenden vorgestellt und kritisch reflektiert. Es wurde ein exploratives, qualitatives Versuchsdesign gewählt, um einen möglichst umfassenden Einblick und ein vertieftes Verständnis der Verbindung von Trauma und Psychose aus der Perspektive der Genesungsbegleiter*innen zu ermöglichen und bis dahin noch unbekannte Bedeutungsmuster zu entdecken (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021). Allerdings sind die Ergebnisse im Hinblick ihrer Aussagekraft begrenzt. Die reflexive thematische Analyse stellt eine interpretative Auswertungsmethode dar, die nicht unabhängig von der durchführenden Person realisiert werden kann, wodurch sich eine Generalisierbarkeit und Replizierbarkeit der Ergebnisse ausschließt (Braun & Clarke, 2021). Darüber hinaus wurde die Analyse nur von einer einzelnen Person durchgeführt, was mögliche Verzerrungen verursachen kann. Dem wurde zwar mit einer ausführlichen Verortung der eigenen Person, einer permanenten, kritischen Reflexion während der Analyse sowie dem Member Checking

der Ergebnisse begegnet, dennoch können Verzerrungen nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Eine große Stärke der Studie, die Stichprobe der Genesungsbegleiter*innen, erweist sich zeitgleich auch als Limitation. Einerseits ermöglicht die Befragung der Genesungsbegleiter*innen durch ihr duales Rollenverständnis einen einzigartigen Einblick in die Verknüpfung der Perspektive von Betroffenen und Behandler*innen. Andererseits ist die Population ausgebildeter Genesungsbegleiter*innen klein, weshalb nur eine geringe Stichprobengröße erreicht werden konnte. Aufgrund dessen wurden die Einschlusskriterien möglichst inklusiv gewählt, um möglichst viele Teilnehmer*innen zu gewinnen. Als Einschlusskriterium für die Studienteilnahme war zwar die Diagnose einer psychotischen Störung erforderlich, jedoch wurden Traumata bzw. PTBS-Symptome in der Stichprobenszusammensetzung nicht vorab berücksichtigt. Dies führt zu weiteren Limitationen in der Verallgemeinerung der Ergebnisse. Zudem stellt die Selbstselektion der Teilnehmer*innen einen möglichen Bias dar, da keine Rückschlüsse über Ursachen und Gründe einer Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme gezogen werden können (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021).

Trotz genannter Limitationen gelingt es der Studie durch die Befragung der wenig beforschten Gruppe der Genesungsbegleiter*innen einen vertieften Überblick über die komplexen Zusammenhänge zwischen Trauma und Psychose zu ermöglichen. Darüber hinaus wurden Auswirkungen auf die Behandlung erfasst und mögliche Implikationen für die Praxis abgeleitet.

Implikationen für die Praxis

Die durchgeführte Studie liefert einen vielfältigen Einblick in die Perspektive von Genesungsbegleiter*innen auf die Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischem Erleben und weist auf ein vertieftes und kohärentes Verständnis hin. Zudem umfassen die Ergebnisse mögliche Auswirkungen der Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen Trauma und Psychose auf die Behandlung. So werden Ideen, Vorstellungen sowie mögliche Barrieren einer traumasensibleren Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen abgebildet. Die gewonnenen Erkenntnisse stehen in engem Bezug zur psychosozialen Praxis und es lassen sich mehrere Implikationen ableiten.

Auf einer gesellschaftlichen Ebene weisen die Studienergebnisse auf die hohe Bedeutung und Relevanz eines biopsychosozialen Modells psychischer Erkrankungen, im Besonderen von psychotischen Störungen, hin. Ein besseres Verständnis zwischen psychosozialen Faktoren, einschließlich Traumata und der Entstehung und Aufrechterhaltung

psychotischer Störungen, kann gesamtgesellschaftlich zu mehr Einfühlungsvermögen gegenüber Betroffenen und zu einer Verminderung des Stigmatisierungserlebens führen.

Auf gesundheitspolitischer Ebene stellt sich die Forderung nach einem Ausbau traumasensibler Behandlungsangebote für Menschen mit psychotischen Störungen. Ziel aktueller Behandlungsansätze stellt eine medikamentöse Stabilisierung dar, eine weiterführende Auseinandersetzung mit der Erkrankung in Form einer psychosozialen und psychotherapeutischen Behandlung wird nicht angestrebt. Durch ein tieferes und kohärenteres Wissen über die Verbindung zwischen Trauma und Psychose bei Professionist*innen können wirksamere Behandlungsformen entwickelt und konzeptualisiert werden. Dabei sollte die Betroffenenperspektive in Form von Genesungsbegleiter*innen in die Entwicklung traumasensibler Angebote einbezogen werden. Weiters sollte die Möglichkeit der Entstehung von PTW nach einer Psychose berücksichtigt und Entwicklungsfaktoren aktiv gefördert werden. Außerdem weisen aktuelle Forschungsergebnisse auf die hohe Wirksamkeit traumafokussierter Verfahren bei psychotischen Störungen hin, weshalb eine Psychose nicht weiterhin als Ausschlusskriterium dieser Verfahren betrachtet werden sollte.

Insgesamt sollte die Betroffenenperspektive auf politischer und wissenschaftlicher Ebene, aber auch direkt in der psychosozialen Gesundheitsversorgung mehr Berücksichtigung erfahren. Dies könnte durch eine stärkere Einbeziehung von Genesungsbegleiter*innen in Handlungs- und Entscheidungsprozesse bewirkt werden.

Ausblick auf zukünftige Forschung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, eine Verknüpfung der Perspektiven von Betroffenen und Behandler*innen auf das Verständnis zwischen Trauma und Psychose zu erreichen. Dies ist mithilfe der Stichprobe der Genesungsbegleiter*innen gelungen. Um die gewonnenen Erkenntnisse zu vertiefen und weiter zu verknüpfen, könnte sich eine Triangulation der Daten von Betroffenen, Behandler*innen und Genesungsbegleiter*innen anbieten. Zudem sollten größere Stichprobengrößen mit strengeren Einschlusskriterien angestrebt werden, um generalisierbare Erkenntnisse erzielen zu können. Durch eine spezifischere Stichprobenzusammensetzung, die sowohl Traumata als auch eine Psychotische Störung als Teilnahmekriterium voraussetzt, könnten spezifischere Erkenntnisse ermöglicht werden.

Die vorliegenden Erkenntnisse bieten einen breiten Überblick über den Forschungsgegenstand. Deshalb sollte sich zukünftige Forschung stärker auf einzelne Aspekte konzentrieren. So zeigte sich in den Ergebnissen eine hohe Häufigkeit einzelner Aspekte von PTW bei den Genesungsbegleiter*innen. Hier bedarf es weiterer Studien, um dieses

Phänomen näher zu untersuchen und mögliche positive Effekte auf Nutzer*innen der Genesungsbegleitung zu erfassen und zu verstehen. Ein weiteres überraschendes Ergebnis stellt die Möglichkeit eines Schutzes vor einer Traumatisierung durch die Psychose dar. Möglicherweise zeigt sich dieses Phänomen im Speziellen bei Genesungsbegleiter*innen und ist bei Betroffenen ohne Ex-In Ausbildung nicht zu beobachten. Um diese Wissenslücke zu schließen, bedarf es weiterer Forschung in unterschiedlichen Stichproben.

Bisher fand die Perspektive von Genesungsbegleiter*innen im wissenschaftlichen Diskurs nur wenig Berücksichtigung, weshalb in Zukunft das einzigartige Wissen in Form der Erfahrungsexpertise stärker berücksichtigt werden sollte. Darüber hinaus sollte auch die Wissenschaft den Forderungen von Genesungsbegleiter*innen und Betroffenen nach mehr Inklusion nachkommen. Zukünftige Forschung sollte einen inklusiven Forschungsansatz forcieren, um die Betroffenenperspektive stärker miteinzubeziehen. Dies kann durch die gleichberechtigte Beteiligung von Genesungsbegleiter*innen als Co-Wissenschaftler*innen im gesamten Forschungsprozess erreicht werden. Gerade bei der Entwicklung und Konzeptualisierung geeigneter Behandlungsangebote ist dies von besonderer Bedeutung.

Fazit

Genesungsbegleiter*innen verfügen über ein kohärentes Verständnis über die Verbindungen zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischem Erleben. Die vorliegenden Erkenntnisse weisen auf die ausgeprägten Verbindungspunkte zwischen Traumata und psychotischer Störungen hin und zeigen zudem die Auswirkungen dieser Zusammenhänge auf die Behandlung auf. Durch die Verknüpfung der Perspektiven mithilfe der Genesungsbegleiter*innen ist es gelungen Ursachen und Gründe für die Diskrepanzen zwischen Wissenschaft, Professionist*innen sowie Betroffenen zu ermitteln und mögliche Implikationen abzuleiten. Die Ergebnisse weisen auf den starken Einfluss erlebter Traumata auf Ätiologie und Pathogenese hin und es bedarf einer Abwendung von einem ausschließlichen bio-medizinischen Erklärungsmodell. Ein traumasensibler Umgang mit Psychosen sollte als selbstverständlich gelten und sich auch in der Versorgung manifestieren. Zusammenfassen lässt sich dies in der Forderung nach einer Umwandlung der impliziten Frage gegenüber Menschen mit psychotischen Störungen von „Was ist falsch mit dir?“ in „Was ist dir passiert?“ (Kalofonos, 2023).

Literaturverzeichnis

- Adams, R., Ohlsen, S., & Wood, E. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1711349. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1711349>
- Alameda, L., Christy, A., Rodriguez, V., Salazar De Pablo, G., Thrush, M., Shen, Y., Alameda, B., Spinazzola, E., Iacoponi, E., Trotta, G., Carr, E., Ruiz Veguilla, M., Aas, M., Morgan, C., & Murray, R. M. (2021). Association between specific childhood adversities and symptom dimensions in people with psychosis: Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 47(4), 975-985. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa199>
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Anglin, D. M., Ereshefsky, S., Klaunig, M. J., Bridgwater, M. A., Niendam, T. A., Ellman, L. M., DeVlyder, J., Thayer, G., Bolden, K., Musket, C. W., Grattan, R. E., Lincoln, S. H., Schiffman, J., Lipner, E., Bachman, P., Corcoran, C. M., Mota, N. B., & van der Ven, E. (2021). From womb to neighborhood: A racial analysis of social determinants of psychosis in the United States. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 599–610. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20071091>
- Arboleya-Faedo, T., González-Menéndez, A., González-Pando, D., Paino, M., & Alonso-Pérez, F. (2023). Experiences of self-stigma in people with chronic psychosis: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5688. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095688>
- Arciniegas D. B. (2015). Psychosis. *Continuum*, 21(3), 715–736. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7>
- Bailey, T., Alvarez-Jimenez, M., Garcia-Sanchez, A. M., Hulbert, C., Barlow, E., & Bendall, S. (2018). Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(5), 1111–1122. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx161>

- Bentall, R. P., Wickham, S., Shevlin, M., & Varese, F. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the adult psychiatric morbidity survey. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 734–740.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs049>
- Berry, K., Ford, S., Jellicoe-Jones, L., & Haddock, G. (2013). PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 526–538.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.011>
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member checking: A tool to enhance trustworthiness or merely a nod to validation? *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802–1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- Bloomfield, M. A. P., Yusuf, F. N. I. B., Srinivasan, R., Kelleher, I., Bell, V., & Pitman, A. (2020). Trauma-informed care for adult survivors of developmental trauma with psychotic and dissociative symptoms: A systematic review of intervention studies. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 449–462. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30041-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30041-9)
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications Ltd.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383–402.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>
- Buswell, G., Haime, Z., Lloyd-Evans, B., & Billings, J. (2021). A systematic review of PTSD to the experience of psychosis: Prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*, 21(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02999-x>
- Campodonico, C., Varese, F., & Berry, K. (2022). Trauma and psychosis: A qualitative study exploring the perspectives of people with psychosis on the influence of traumatic experiences on psychotic symptoms and quality of life. *BMC Psychiatry*, 22(1), 213.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03808-3>
- Campodonico, C., Varese, F., & Berry, K. (2024). Coping and growth in psychosis: Positive pathways following trauma. *Advance*. Advanced online publication.
<https://doi.org/10.22541/au.170992839.91098328/v1>

- Carr, S., Hardy, A., & Fornells-Ambrojo, M. (2018). The trauma and life events (TALE) checklist: Development of a tool for improving routine screening in people with psychosis. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1512265. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1512265>
- Chadwick, E., & Billings, J. (2022). Barriers to delivering trauma-focused interventions for people with psychosis and post-traumatic stress disorder: A qualitative study of health care professionals' views. *Psychology and Psychotherapy*, 95(2), 541–560. <https://doi.org/10.1111/papt.12387>
- ÇiLek, N. Z., & Akkaya, C. (2022). A Review on mental illness and stigma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(4), 545–554. <https://doi.org/10.18863/pgy.1069845>
- Coates, D., Wright, L., Moore, T., Pinnell, S., Merillo, C., & Howe, D. (2019). The psychiatric, psychosocial and physical health profile of young people with early psychosis: Data from an early psychosis intervention service. *Child & Youth Services*, 40(1), 93–115. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2018.1553613>
- Croft, J., Heron, J., Teufel, C., Cannon, M., Wolke, D., Thompson, A., Houtepen, L., & Zammit, S. (2019). Association of trauma type, age of exposure, and frequency in childhood and adolescence with psychotic experiences in early adulthood. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 79. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3155>
- Davidson, L., Carr, E., Bellamy, C., Tondora, J., Fossey, E., Styron, T., Davidson, M., & Elsamra, S. (2016). Principles for recovery-oriented inpatient care. In N. N. Singh, J. W. Barber, & S. Van Sant (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 39–58). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40537-7_2
- De Bont, P. A., Van Den Berg, D. P., Van Der Vleugel, B. M., De Roos, C., De Jongh, A., Van Der Gaag, M., & Van Minnen, A. (2015). Predictive validity of the trauma screening questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 206(5), 408–416. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148486>
- De Bont, P. A., Van Den Berg, D. P., Van Der Vleugel, B. M., De Roos, C., De Jongh, A., Van Der Gaag, M., & Van Minnen, A. (2016). Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: Effects on symptoms of psychosis, depression and

- social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 46(11), 2411–2421. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001094>
- De Bont, P. A., Van Der Vleugel, B. M., Van Den Berg, D. P., De Roos, C., Lokkerbol, J., Smit, F., De Jongh, A., Van Der Gaag, M., & Van Minnen, A. (2019). Health–economic benefits of treating trauma in psychosis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1565032. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1565032>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2019). *S3 Leitlinie Schizophrenie: Langfassung*. Springer.
- dr. dresing & pehl GmbH. (2023). *F4x* (2023er Engine) [Computer software]. <https://f4x.audiotranskription.de/>
- Dunkley, J. E., & Bates, G. W. (2014). Recovery and adaptation after first-episode psychosis: The relevance of posttraumatic growth. *Psychosis*, 7(2), 130–140. <https://doi.org/10.1080/17522439.2014.936027>
- Dunkley, J. E., Bates, G. W., & Findlay, B. M. (2015). Understanding the trauma of first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(3), 211–220. <https://doi.org/10.1111/eip.12103>
- Finzen A., (2013). *Schizophrenie: Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen*. (2. Aufl.). Psychiatrie Verlag.
- Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford University Press.
- Fornells-Ambrojo, M., Gracie, A., Brewin, C. R., & Hardy, A. (2016). Narrowing the focus on the assessment of psychosis-related PTSD: A methodologically orientated systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 32095. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.32095>
- Gaebel, W., & Zielasek, J. (2015). Focus on psychosis. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 9–18. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/wgaebel>
- Galliot, G., Very, E., Schmitt, L., Rouch, V., & Salles, J. (2019). Post-traumatic stress disorder in reaction to psychotic experience: A systematic review. *L'Encéphale*, 45(6), 506–512. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.07.006>

- Giannopoulou, I., Georgiades, S., Stefanou, M.-I., Spandidos, D., & Rizos, E. (2023). Links between trauma and psychosis (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 26(2), 386. <https://doi.org/10.3892/etm.2023.12085>
- Goodman, L. A., Sullivan, C. M., Serrata, J., Perilla, J., Wilson, J. M., Fauci, J. E., & DiGiovanni, C. D. (2016). Development and validation of the trauma-informed practice scales. *Journal of Community Psychology*, 44(6), 747–764. <https://doi.org/10.1002/jcop.21799>
- Gonzalez, A., Mosquera, D., & Leeds, A. M. (2018). Trauma therapy for psychosis: Research and clinical experience using EMDR with psychotic patients. In A. Moskowitz, M. J. Dorahy, & I. Schäfer (Eds.), *Psychosis, Trauma and Dissociation* (pp. 397–409). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118585948.ch25>
- Grubaugh, A. L., Zinzow, H. M., Paul, L., Egede, L. E., & Frueh, B. C. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 883–899. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.003>
- Guzmán-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., García-Sánchez, J. A., García-Spínola, E., Torres-Campos, D., Villagrán, J. M., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2019). Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 448–456. <https://doi.org/10.1111/inm.12546>
- Hacioglu-Yildirim, M., Yildirim, E. A., Kaser, M., Guduk, M., Fistikci, N., Cinar, O., & Yuksel, S. (2014). The relationship between adulthood traumatic experiences and psychotic symptoms in female patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1847–1854. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.08.049>
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). VS Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>
- Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(19), 336–343. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>

- Hohl-Radke, F. (2005). Die psychoseinduzierte posttraumatische Belastungsstörung: Ein selten diagnostiziertes Krankheitsbild. *Der Nervenarzt*, 76(7), 879–882.
<https://doi.org/10.1007/s00115-004-1823-3>
- Holttum, S. (2021). Research watch: Trauma-informed mental health care and avoiding exclusion of people with a psychosis diagnosis from trauma therapies. *Mental Health and Social Inclusion*, 25(2), 109–116. <https://doi.org/10.1108/MHSI-02-2021-0006>
- Hoyer, J., & Knappe, S. (Hrsg.). (2020). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Ibáñez A. F., Sevillano C. P., Servén E. G., Sánchez A.E. (2014). Trauma, posttraumatic stress disorder and psychosis: Etiopathogenic and nosological implications. *The European Journal of Psychiatry*, 28, 27–38. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632014000100003>
- Ibrahim, N., Ng, F., Selim, A., Ghallab, E., Ali, A., & Slade, M. (2022). Posttraumatic growth and recovery among a sample of Egyptian mental health service users: A phenomenological study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 255. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03919-x>
- Irtelli, F. (Ed.). (2018). *Psychosis: Biopsychosocial and relational perspectives*. InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.73912>
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: Its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 271–287. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.3/ajablensky>
- Jordan, G., MacDonald, K., Pope, M. A., Schorr, E., Malla, A. K., & Iyer, S. N. (2018). Positive changes experienced after a first episode of psychosis: A systematic review. *Psychiatric Services*, 69(1), 84–99. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600586>
- Jordan, G., Malla, A., & Iyer, S. N. (2019). “It’s brought me a lot closer to who I am”: A mixed methods study of posttraumatic growth and positive change following a first episode of psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 480.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00480>
- Jordan, G., Ng, F., & Thomas, R. (2023). How clinicians can support posttraumatic growth following psychosis: A perspective piece. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–6. <https://doi.org/10.1017/ipm.2023.7>

- Kalofonos, I. (2023). Meaning in psychosis: A veteran's critique of the traumas of racism, sexual violence, and intersectional oppression. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 47(4), 1090–1112. <https://doi.org/10.1007/s11013-023-09824-6>
- Kennedy, B. L., Dhaliwal, N., Pedley, L., Sahner, C., Greenberg, R., & Manshadi, M. S. (2002). Posttraumatic stress disorder in subjects with schizophrenia and bipolar disorder. *The Journal of the Kentucky Medical Association*, 100(9), 395–399.
- Kilcommons, A. M., & Morrison, A. P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: An exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 351–359. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00623.x>
- Kornberger, M. W. (2016). Ätiologische Faktoren bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein innovatives bio-psycho-soziales Erklärungsmodell. *Spectrum Psychiatrie*, 6, 39-43.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2007). *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis* (2. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Lee, Y. Y., Seet, V., Chua, Y. C., Verma, S. K., & Subramaniam, M. (2022). Growth in the aftermath of psychosis: Characterizing post-traumatic growth in persons with first episode psychosis in Singapore. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 784569. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.784569>
- Lyne, J., O'Donoghue, B., Roche, E., Renwick, L., Cannon, M., & Clarke, M. (2018). Negative symptoms of psychosis: A life course approach and implications for prevention and treatment. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(4), 561–571. <https://doi.org/10.1111/eip.12501>
- Maercker, A. (Hrsg.). (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-35068-9>
- Mannarini, S., Taccini, F., Sato, I., & Rossi, A. A. (2022). Understanding stigma toward schizophrenia. *Psychiatry Research*, 318, 114970. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114970>
- Marder, S. R., & Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*, 16(1), 14–24. <https://doi.org/10.1002/wps.20385>

- Marin, S. R. (2023). *Unimodale oder phasenbasierte Behandlung bei komplexer PTBS? Ausbleiben traumafokussierter Verfahren in freier Praxis: Eine qualitative Studie* [Masterarbeit, Universität Wien]. U:theses – Das Hochschulschriften-Repository der Universität Wien. <https://doi.org/10.25365/thesis.73858>
- Mazor, Y., Gelkopf, M., & Roe, D. (2018). Posttraumatic growth among people with serious mental illness, psychosis and posttraumatic stress symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 81, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.009>
- McGrath, J. J., Saha, S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas de Almeida, J. M., Cardoso, G., de Girolamo, G., Fayyad, J., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Koenen, K. C., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Lepine, J. P., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). Trauma and psychotic experiences: Transnational data from the world mental health survey. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 211(6), 373–380. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.205955>
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews* (2. Aufl.). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110545982>
- Mitchell, S., Shannon, C., Mulholland, C., & Hanna, D. (2021). Reaching consensus on the principles of trauma-informed care in early intervention psychosis services: A Delphi study. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(5), 1369–1375. <https://doi.org/10.1111/eip.13068>
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2012). Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative health research*, 22(3), 304–319. <https://doi.org/10.1177/1049732311420578>
- Morgan, C., Knowles, G., & Hutchinson, G. (2019). Migration, ethnicity and psychoses: Evidence, models and future directions. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(3), 247–258. <https://doi.org/10.1002/wps.20655>
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331–353. <https://doi.org/10.1348/014466503322528892>

- Mueser, K. T., Lu, W., Rosenberg, S. D., & Wolfe, R. (2010). The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophrenia Research, 116*(2–3), 217–227. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.10.025>
- 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*(1), 246–251. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.246>
- Ng, F., Ibrahim, N., Franklin, D., Jordan, G., Lewandowski, F., Fang, F., Roe, D., Rennick-Egglestone, S., Newby, C., Hare-Duke, L., Llewellyn-Beardsley, J., Yeo, C., & Slade, M. (2021). Post-traumatic growth in psychosis: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Psychiatry, 21*(1), 607. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03614-3>
- Okkels, N., Trabjerg, B., Arendt, M., & Pedersen, C. B. (2017). Traumatic stress disorders and risk of subsequent schizophrenia spectrum disorder or bipolar disorder: A nationwide cohort study. *Schizophrenia Bulletin, 43*(1), 180–186. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw082>
- Paksarian, D., Mojtabai, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K. L., & Bromet, E. J. (2014). Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatric services, 65*(2), 266–269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200556>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and reserach methods* (2.nd ed.). Sage Publications Inc.
- Peach, N., Alvarez-Jimenez, M., Cropper, S. J., Sun, P., Halpin, E., O'Connell, J., & Bendall, S. (2021). Trauma and the content of hallucinations and post-traumatic intrusions in first-episode psychosis. *Psychology and Psychotherapy, 94*(2), 223–241. <https://doi.org/10.1111/papt.12273>
- Poon, A. W. C., Curtis, J., Howard, A., Ward, P. B., & Lappin, J. M. (2019). Health of carers of young people with early psychosis: A biopsychosocial approach. *Australian Social Work, 72*(3), 260–273. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2018.1530269>
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110710663-201>

- Read, J., Fink, P., Rudegeair, T., Felitti, V., & Whitfield, C. (2008). Child maltreatment and psychosis: A return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2(3), 235–254.
<https://doi.org/10.3371/CSRP.2.3.5>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Reid, J., Cole, C., Malik, N., Bell, V., & Bloomfield, M. (2024). The effectiveness and tolerability of trauma-focused psychotherapies for psychotic symptoms: A systematic review of trauma-focused psychotherapies. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 33(1), e2005. <https://doi.org/10.1002/mpr.2005>
- Reiff, 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. <https://doi.org/10.1037/a0024203>
- Rodrigues, R., & Anderson, K. K. (2017). The traumatic experience of first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 189, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.045>
- Ronconi, J. M., Shiner, B., & Watts, B. V. (2014). Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(1), 25–37. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000442936.23457.5b>
- Sarraf, L., Lepage, M., & Sauvé, G. (2022). The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 248, 64–78.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., & Wöller, W. (2019) *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Springer.
- Schalinski, I., Breinlinger, S., Hirt, V., Teicher, M. H., Odenwald, M., & Rockstroh, B. (2019). Environmental adversities and psychotic symptoms: The impact of timing of trauma,

- abuse, and neglect. *Schizophrenia Research*, 205, 4–9.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.034>
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Guilford.
- Shaw, K., McFarlane, A. C., Bookless, C., & Air, T. (2002). The aetiology of postpsychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 39–47. <https://doi.org/10.1023/A:1014331211311>
- Shevlin, M., Houston, J. E., Dorahy, M. J., & Adamson, G. (2008). Cumulative traumas and psychosis: An analysis of the national comorbidity survey and the British psychiatric morbidity survey. *Schizophrenia bulletin*, 34(1), 193–199.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbm069>
- Stanton, K. J., Denietolis, B., Goodwin, B. J., & Dvir, Y. (2020). Childhood trauma and psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 115–129. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.004>
- Strand, J., Olin, E., & Tidefors, I. (2015). ‘I divide life into different dimensions, one mental and one physical, to be able to handle life, you know?’ Subjective accounts of the content of psychotic symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(2), 106–115. <https://doi.org/10.1002/cpp.1872>
- Strübing, J. (2018). *Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung* (2. Auflage). De Gruyter.
- Swan, S., Keen, N., Reynolds, N., & Onwumere, J. (2017). Psychological interventions for post-traumatic stress symptoms in psychosis: A systematic review of outcomes. *Frontiers in Psychology*, 8, 341. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00341>
- Sweeney, A., Clement, S., Filson, B., & Kennedy, A. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*, 21(3), 174–192. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2015-0006>
- Tais, S. M., Drukker, M., Gadelha, A., Pan, P. M., Salum, G. A., Manfro, G. G., Jair de, J. M., Eurípedes, C. M., Rohde, L. A., Guilherme, V. P., & Bressan, R. A. (2018). The association between psychotic experiences and traumatic life events: the role of the intention to harm. *Psychological Medicine*, 48(13), 2235–2246.
<https://doi.org/10.1017/S0033291717003762>

- Tarrier, N., Khan, S., Cater, J., & Picken, A. (2007). The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: Trauma and suicide behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 29–35. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0127-2>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Target Article: „Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence“. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- The Schizophrenia Commission. (2012). The abandoned illness: A report from the schizophrenia commission. *Rethink Mental Illness*.
- Utschakowski, J., Sielaff, G., Bock, T., & Winter, A. (Hrsg.). (2016). *Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie*. Psychiatrie Verlag.
- Vallath, S., Ravikanth, L., Regeer, B., Borba, P. C., Henderson, D. C., & Scholte, W. F. (2020). Traumatic loss and psychosis – reconceptualising the role of trauma in psychosis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1725322. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1725322>
- Van Den Berg, D. P., De Bont, P. A., Van Der Vleugel, B. M., De Roos, C., De Jongh, A., Van Minnen, A., & Van Der Gaag, M. (2016). Trauma-focused treatment in PTSD patients with psychosis: Symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 693–702. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv172>
- Van Sambeek, N., Franssen, G., Van Geelen, S., & Scheepers, F. (2023). Making meaning of trauma in psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1272683. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1272683>
- Varese, F., Sellwood, W., Pulford, D., Awenat, Y., Bird, L., Bhutani, G., Carter, L.-A., Davies, L., Aseem, S., Davis, C., Hefferman-Clarke, R., Hilton, C., Horne, G., Keane, D., Logie, R., Malkin, D., Potter, F., Van Den Berg, D., Zia, S., & Bentall, R. P. (2024). Trauma-focused therapy in early psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial of EMDR for psychosis (EMDRp) in early intervention settings. *Psychological Medicine*, 54(5), 874–885. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002532>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J., & 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. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>

VERBI Software. (2024). *MAXQDA 2024* [computer software]. <https://www.maxqda.com/>

World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Biopsychosoziales Modell psychotischer Störungen	S.9
---	-----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vierfelder Schema traumatischer Ereignisse	S.8
Tabelle 2: Charakteristika der Studienteilnehmer*innen	S.17
Tabelle 3: Transkriptionssystem	S.19
Tabelle 4: Vollständige Themenübersicht	S.21
Tabelle 5: Themenübersicht Trauma und Psychose	S.77
Tabelle 6: Themenübersicht Psychose-induzierte Traumata	S.80
Tabelle 7: Themenübersicht Behandlung traumatischer Erfahrungen	S.82
Tabelle8: Themenübersicht Trauma und Psychose in Ex-In Ausbildung und Tätigkeit	S.85

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
Ex-In	Experienced Involment
ICD-10	10. Revision der International Classification of Diseases
ICD-11	11. Revision der International Classification of Diseases
PE	Prolongierte Exposition
PP-PTBS	Postpsychotische Posttraumatische Belastungsstörung
PR-PTBS	Psychose-induzierte Posttraumatische Belastungsstörung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTW	Posttraumatisches Wachstum
TA	Reflexive thematische Analyse
TALE	Trauma and Life Events Checklist
WHO	World Health Organization

Anhang A

Zusammenfassung

Der komplexe Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischem Erleben ist gut untersucht. Verschiedene Trauma-Typen sowie der Zeitpunkt des Traumas wirken sich auf die psychotische Störung aus. Zudem besteht eine Dosis-Wirkungsbeziehung. Einerseits erweisen sich Aspekte und Konsequenzen der Psychose selbst als potenziell traumatisierend. Andererseits kann sich auch Posttraumatisches Wachstum nach psychotischen Störungen entwickeln. Erste Ergebnisse deuten auf eine hohe Wirksamkeit traumafokussierter Verfahren bei Menschen mit psychotischen Störungen hin und im wissenschaftlichen Diskurs wird die Forderung nach einer traumasensiblen Behandlung psychotischer Störungen thematisiert. Dennoch spiegeln sich diese Entwicklungsschritte nur langsam in der Praxis wider. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Erkenntnisse über die Verbindung zwischen Trauma und Psychose sowohl bei Betroffenen als auch Professionist*innen Berücksichtigung finden. Um dieser Wissenslücke zu begegnen, wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit sieben teilstrukturierte Interviews mit Genesungsbegleiter*innen, die sowohl über ein Erfahrungswissen als auch Expert*innenwissen verfügen, geführt. Die Auswertung erfolgte mithilfe der reflexiven thematischen Analyse und ergab acht Themen und sieben Unterthemen. Die Genesungsbegleiter*innen verfügen über ein vertieftes und kohärentes Verständnis der Verbindung zwischen Trauma und Psychose. Im Besonderen erwiesen sich Psychose-induzierte Traumata als starke Wirkfaktoren auf den Krankheitsverlauf. Darüber hinaus zeigten die Genesungsbegleiter*innen ausgeprägte Anzeichen von Posttraumatischem Wachstum auf. Die Ergebnisse der Studie untermauern den aktuellen Wissensstand. Biomedizinische Erklärungsmodelle psychotischer Störungen greifen zu kurz und es bedarf einer stärkeren Berücksichtigung von Traumata in der Behandlung. Genesungsbegleiter*innen sind von der Entwicklung des Behandlungsangebots bis hin zur direkten psychosozialen Versorgung mehr einzubeziehen.

Anhang B

Abstract

The complex connection between traumatic experiences and psychotic experience is well researched. Different types of traumata and the time of a trauma have effects on the psychotic disorder and there is a dose-response relationship. Aspects and consequences of the psychosis itself are potentially traumatizing. In addition, post-traumatic growth can develop after psychotic disorders. Novel results indicate high effects of trauma-focused processes. In the scientific discourse, the demand for trauma-sensitive treatment of psychotic disorders is postulated. Nevertheless, these development steps have only slowly been reflected in practice. The question arises as to what extent the findings on the connection between trauma and psychosis are taken into account by both those affected and professionals. To tackle this gap in the literature, seven partially structured interviews with peer support workers that have their own self-experience and professional knowledge have been conducted. The evaluation was carried out with the reflective thematic analysis. Results showed eight themes and seven subthemes. The peer support workers had in-depth knowledge and coherent understanding of the connection between trauma and psychosis. In particular, psychosis-induced traumas have shown to impact the course of the disease. Moreover, the peer support workers showed strong signs of post-traumatic growth. The results of this study support the scientific theories. Results indicate the need to extend bio-medical explanatory models and to consider trauma in psychosis treatment. Peer support workers should be more involved in the development of treatment options as well as in the psychosocial care.

Anhang C

Interviewleitfaden

Interviewnummer: _____

Einleitung

Begrüßung & Danke für die Teilnahme

Inhalt, Zweck & Ziel des Interviews

Zeitraumen – ca. 45 – 90 Minuten

Information über Freiwilligkeit

Hinweis auf Pausen- & Abbruchmöglichkeiten

Information über Vertraulichkeit & Datenverarbeitung

Information über Audioaufnahme des Interviews

Informationsschreiben & Einverständniserklärung

Demographische Daten

Alter: _____

Geschlechtszugehörigkeit: _____

Jahr der EX-IN-Ausbildung: _____

Tätigkeit im psychosozialen Bereich: _____

Diagnosen F20-29: _____

Notizen: _____

Vorab:

Alle Fragen und Themen beziehen sich sowohl auf Ihre persönlichen Erfahrungen als auch auf Ihre Tätigkeit als Genesungsbegleiter*in.

Themenblock Trauma & Psychotische Erkrankung

Es gibt verschiedene Modelle und Meinungen wie es zu psychotischen Symptomen kommen kann, wie sehen Sie das?

--

Welche Faktoren sehen Sie in ihrer eigenen Krankengeschichte als auslösend?

Wie sehen Sie die Verbindung zwischen ihren eigenen Lebenserfahrungen und dem Ausbruch und der Aufrechterhaltung der Erkrankung?

Sehen Sie einen Bezug zwischen ihren belastenden / traumatischen Erfahrungen und den Symptomen ihrer Erkrankung?

Bezug: Positivsymptomatik (Wahn, Halluzination, Stimmen hören)

Bezug: Negativsymptomatik (Soziale Rückzug, verminderte Expressivität)

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen der Anzahl und Stärke ihrer belastenden / traumatischen Erfahrungen und den Symptomen ihrer Erkrankung?

Bezug: Positiv- / Negativsymptomatik & Dose-Effekt

Themenblock Psychose-induzierte Traumata

Wie ordnen Sie Konsequenzen, Erfahrungen & Situationen ihrer Erkrankung für sich ein?

Sehen Sie Symptome, Situationen, Erfahrungen Ihrer Erkrankung als traumatisch an?

Bezug: Hospitalisierung

Bezug: Zwangsmaßnahmen – Medikamente – andere?

Bezug: Viktimisierung, Stigma & gesellschaftliche Diskriminierung

Bezug: Inhalte der psychotischen Erfahrungen & Symptome

Bezug: Positiv- / Negativsymptomatik

Themenblock Behandlung

Wie wurden / werden traumatische Erfahrungen in der Behandlung ihrer Erkrankung berücksichtigt?

Falls Ja: Inwiefern? Wie war das für Sie?

Falls Nein: Bestand ein Wunsch danach, hätte Sprechen geholfen?

Sehen Sie Faktoren, die das Sprechen über traumatische Erfahrungen erleichtert bzw. erschwert haben / hätten?

Hatte die Berücksichtigung / Nicht- Berücksichtigung traumatischer Erfahrung in der Behandlung einen Einfluss auf den Verlauf Ihrer psychotischen Erkrankung?

Haben Sie Erfahrungen mit traumatherapeutischen Verfahren (z.B. EMDR, PE, etc.)?

Falls ja: Wie empfanden Sie diese? Entstanden innerhalb dieser Verfahren Probleme für Sie?

Sehen Sie Hindernisse / Barrieren in der Behandlung traumatischer Erfahrungen mit ihrer Erkrankung?

Themenblock EX-IN- Ausbildung & Arbeit

Wie wurde in der EX-IN Ausbildung mit traumatische Erfahrungen in Bezug zu ihrer Erkrankung umgegangen?

Ist Ihnen in ihrer Tätigkeit als Genesungsbegleiter*in die Verbindung zwischen Trauma und Psychotischem Erleben aufgefallen?

Bezug: Positiv- / Negativsymptomatik

--

Hat ihre Sicht auf die Verbindung zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischen Erkrankungen einen Einfluss auf ihre Tätigkeit im psychosozialen Bereich?

--

Anhang D

Studieninformation

Zum wissenschaftlichen Forschungsvorhaben Assoziationen zwischen Trauma und Psychose aus der Perspektive von Genesungsbegleiter*innen

Die Studieninformation ist entnommen aus Marin (2023) und wurde dem vorliegenden Forschungsvorhaben entsprechend modifiziert.

Information zum wissenschaftlichen Forschungsvorhaben

Sehr geehrte*r Teilnehmer*in des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens,

ich möchte Sie um Ihre Einwilligung zur Teilnahme an dem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben Assoziationen zwischen Trauma und Psychose und der damit verbundenen Verarbeitung Ihrer Daten bitten. Dieses Forschungsvorhaben wird im Rahmen einer Master-Arbeit an der Universität Wien, MA-Studium der Psychologie unter Supervision von Prof. Dr. Lueger-Schuster durchgeführt. Hierzu erhalten Sie im Folgenden Informationen zum Inhalt und zum Ablauf des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens sowie zur beabsichtigten Nutzung Ihrer Daten.

Worum geht es in diesem wissenschaftliche Forschungsvorhaben?

Das wissenschaftliche Forschungsvorhaben wird durchgeführt, um die wahrgenommene Verbindung zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischen Erkrankungen näher zu untersuchen. Mit Hilfe dieser Erkenntnisse soll ein Beitrag geleistet werden, um Barrieren und Hindernisse in der traumatherapeutischen Behandlung von Personen mit psychotischen Erkrankungen abzubauen.

Wie ist der genaue Ablauf des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens und wie sollen meine Daten verwendet werden?

Ihre Teilnahme an diesem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben wird ein Interviewtermin (45 - 90 Minuten) umfassen, welches mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wird.

Entstehen für mich Kosten durch die Teilnahme an dem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben und wird eine Aufwandsentschädigung bezahlt?

Durch die Teilnahme an diesem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben entstehen für Sie keine Kosten.

Eine Vergütung/Aufwandsentschädigung für Ihre Teilnahme an dem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben wird nicht gezahlt.

Ansprüche auf weitere Vergütung, Tantiemen oder sonstige Beteiligungen an finanziellen Vorteilen und Gewinnen, die möglicherweise auf der Basis der Forschungsergebnisse erzielt werden, sind ausgeschlossen. Es wird Ihnen keine Aufwandsentschädigung ausbezahlt.

Bin ich während der Durchführung des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens versichert?

Wir weisen Sie darauf hin, dass für die Durchführung dieses wissenschaftlichen Forschungsvorhabens keine spezielle Versicherung abgeschlossen wurde.

Wer entscheidet, ob ich aus dem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben gegebenenfalls vorzeitig ausscheide?

Die Teilnahme an diesem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme beenden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Weiters können Sie die Studienteilnahme bis 8 Wochen nach dem Interviewtermin zurückziehen und die Löschung ihrer Daten verlangen.

Unter gewissen Umständen ist es möglich, dass das wissenschaftliche Forschungsvorhaben vorzeitig beendet wird, bspw. aus organisatorischen Gründen.

Wohin kann ich mich wenden, wenn ich mich nach dem Interview belastet fühle oder dieses nachbesprechen möchte?

Wenn Sie sich nach dem Interview belastet fühlen, können Sie sich einen Termin mit dem Studienleiter [REDACTED] vereinbaren, um dieses nachzubesprechen.

Falls Sie die Belastungen mit einer außenstehenden Person besprechen möchten, können Sie sich rund um die Uhr an den Sozialpsychiatrischen Notdienst unter 01/31330 oder das Kriseninterventionszentrum Wien unter 01/4069595 (Mo-Fr: 8-17 Uhr) wenden.

Wohin kann ich mich wenden, wenn ich mich für die Ergebnisse des Forschungsvorhabens interessiere?

Wenn Sie sich für die Ergebnisse der Studie interessieren, können Sie über die Kontaktdaten des Studienleiters, [REDACTED], BSc ([REDACTED]) nach Fertigstellung der Masterarbeit ein Exemplar dieser anfordern.

Datenschutzrechtliche Information: Was passiert mit meinen Daten?

Welche Daten werden in dem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben erhoben?

Im Rahmen des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens werden die folgenden Daten von Ihnen erhoben:

- Personenbezogene Daten:
Alter, Geschlechtszugehörigkeit, Jahr der EX-IN Ausbildung,
Tätigkeit im psychosozialen Bereich, Diagnose F20-29
- Projektdaten, d.h. die im Rahmen des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens produzierten Informationen zu Ihrer Person, wie insbesondere:
Audioaufzeichnung eines Interviews

Auf welche Art und Weise erfolgt die Datenverarbeitung in dem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben?

Die produzierten Projektdaten, d.h. die Original-Audioaufzeichnung Ihres Interviews werden ausschließlich von dem Studienleiter [REDACTED], BSc ausgewertet. Im Rahmen der Auswertung werden Abschriften erstellt, in denen alle Angaben, die zu einer Identifizierung Ihrer Person führen könnte (z.B. Namen) und sonstige Hinweise, verändert, abstrahiert oder aus den Abschriften entfernt. Nach Fertigstellung der Transkripte werden die Audioaufnahmen unmittelbar gelöscht.

Die pseudonymisierten Transkripte werden bis zum Abgabetermin der Masterarbeit passwortgesichert auf der u:Cloud der Universität Wien gespeichert und anschließend gelöscht. Zugang zu den Transkripten hat ausschließlich der Studienleiter Jakob Geißler, BSc und seine zuständige Betreuerin Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster.

In wissenschaftlichen Veröffentlichungen, wie in Publikationen oder auf Tagungen und Konferenzen, werden keine personenbezogenen Daten von Ihnen genannt, d.h. die Forschungsergebnisse werden ohne Bezug zu Ihrer Person veröffentlicht.

Ein Identifikationsschlüssel mit einer Kennung für Ihre Projektdaten wird getrennt von den Projektdaten passwortgesichert auf der u:Cloud der Universität Wien gespeichert, zu denen nur der Studienleiter [REDACTED], BSc und seine Betreuerin Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster Zugang haben. Dieser dient dazu, dass sie die Löschung ihrer Daten einfordern können und wird nach der Abgabe der Masterarbeit gelöscht.

Wer erhält Kenntnis von den Daten und welche Personen und Institutionen haben Zugang zu den Daten?

Zugang zu Ihren Daten haben nur der Studienleiter [REDACTED], BSc und seine zuständige Betreuerin Univ.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster. Diese Personen sind auf Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen verpflichtet. Die Daten sind vor fremden Zugriffen geschützt.

Welche Rechte stehen den von der Datenverarbeitung Betroffenen zu?

Die Teilnahme an dem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben ist freiwillig; sollten Sie nicht teilnehmen, entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie haben jederzeit die Möglichkeit die folgenden Rechte geltend zu machen:

- **Recht auf Auskunft** über die von Ihnen verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO)
- **Recht auf Berichtigung** Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten (Art. 16 DSGVO)
- **Recht auf Löschung** Sie betreffender personenbezogener Daten (Art. 17 DSGVO),
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung** Sie betreffender personenbezogener Daten (Art. 18 DSGVO)
- **Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung** Sie betreffender personenbezogener Daten (Art. 21 DSGVO)
- Sie haben zudem das Recht, sich bei einer **Datenschutz-Aufsichtsbehörde** über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu **beschweren** (Art. 77 DSGVO)
- Sofern Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, besteht die Möglichkeit diese jederzeit für die Zukunft zu **widerrufen** (Art. 7 Absatz 3 DSGVO). In diesem Fall müssen alle personenbezogenen Daten entweder gelöscht oder anonymisiert werden.

Ihre Rechte sind grundsätzlich schriftlich bei dem zur Datenverarbeitung Verantwortlichen geltend zu machen.

Wer ist für das wissenschaftliche Forschungsvorhaben und der damit verbundenen Datenverarbeitung verantwortlich? An wen kann ich mich bei weiteren Fragen wenden?

Das wissenschaftliche Forschungsvorhaben wird von [REDACTED] durchgeführt. Für die Datenverarbeitung verantwortlich ist [REDACTED], Studienleiter, Universität Wien. Für datenschutzrechtliche Fragen wenden Sie sich bitte an die*den Datenschutzbeauftragte*n der Universität Wien (dsba@univie.ac.at).

Sollten Sie weitere Fragen bezüglich des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens haben, wenden Sie sich bitte an die Studienleitung [REDACTED] ([REDACTED]).

Wenn Sie an dem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben teilnehmen wollen, lesen und unterschreiben Sie bitte die beiliegende Einwilligungserklärung.

Das Original der Einwilligungserklärung bleibt beim Studienleiter [REDACTED], BSc und wird nach Ende des Forschungsvorhabens gelöscht. Sie erhalten eine Kopie der Einwilligungserklärung. Das Informationsschreiben zum wissenschaftlichen Forschungsvorhaben verbleibt ebenfalls bei Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]

Masterarbeits-Student
Universität Wien

Einwilligungserklärung

Zum wissenschaftlichen Forschungsvorhaben Assoziationen zwischen Trauma und Psychose aus der Perspektive von Genesungsbegleiter*innen

Die Einwilligungserklärung ist entnommen aus Marin (2023) und wurde dem vorliegenden Forschungsvorhaben entsprechend modifiziert.

Einwilligungserklärung zur Teilnahme

Ich habe die schriftliche Information zu dem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben Assoziationen zwischen Trauma und Psychose erhalten. Mir wurde eine Kopie meiner unterschriebenen Einwilligungserklärung zur Teilnahme und zum Datenschutz ausgehändigt. Ich habe beide Dokumente gelesen und verstanden. Ich wurde ausführlich - mündlich und schriftlich - über das Ziel und den Verlauf des Forschungsvorhabens, meine Rechte und Pflichten, den mir zustehenden Versicherungsschutz sowie über meine Datenschutzrechte informiert. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Diese wurden zufriedenstellend und vollständig beantwortet.

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an dem wissenschaftlichen Forschungsvorhaben Assoziationen zwischen Trauma und Psychose. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme an dem Forschungsvorhaben freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angaben von Gründen zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin mit der Verarbeitung meiner erhobenen personenbezogenen Projektdaten, nämlich der Audioaufzeichnung meines Interviews im Rahmen des wissenschaftlichen Forschungsvorhabens Assoziationen zwischen Trauma und Psychose einverstanden.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Vor- und Nachname

Ort und Datum

Unterschrift

Als verantwortlicher Studienleiter habe ich über Ziel, Zweck, Bedeutung, Tragweite sowie etwaige Risiken dieses wissenschaftlichen Forschungsvorhabens **Assoziationen zwischen Trauma und Psychose** aufgeklärt.

Ort und Datum

Unterschrift

Anhang E

Tabelle 5

Themenübersicht – Trauma und Psychose

Thema	Unterthema	Definition	Beispielzitat
Multifaktorielles Biopsychosoziales Modell		Verständnis der Ätiologie und Pathogenese einer Psychose als multifaktoriell	„Es ist multifaktoriell. Das würde ich auf jeden Fall bestätigen. Es sind mehrere Ursache-Faktoren. [...] Also sowohl körperliche Ursachen wie auch psychosoziale Faktoren, also die verschiedenste Bereiche.“ (Int.2)
	Bio-medizinische Perspektive zu einfach	Schwierigkeiten und Unzufriedenheit mit rein bio-medizinischer Perspektive auf psychotisches Erleben	„Bei uns zeigt sich, dass dieser biomedizinische, medikamentöse Ansatz einfach viel zu viel Gewicht hat. Dass den Leuten einfach immer noch erzählt wird, sie haben eine Stoffwechselerkrankung und sie brauchen Medikamente.“ (Int.3)
	Traumatisierung als Wirkfaktor	Traumatisierung als stark ausgeprägter und vielfältiger Wirkfaktor auf psychotische Störungen	„Alle Leute, die ich kennengelernt habe, die psychotische Erfahrungen haben, haben alle in der Kindheit irgendwelche traumatischen Erlebnisse gehabt oder im Erwachsenenalter dann auch.“ (Int.7)

Thema	Unterthema	Definition	Beispielzitat
Verkettung der Traumata	Starke Verbindung zur Positivsymptomatik	Wahrnehmungen zu stark ausgeprägten Zusammenhängen zwischen Traumata und Positivsymptomatik	„Das da Traumatisierungen ständig stattgefunden haben, auch wenn es auch schon einen sehr stark psychotischen Inhalt hatte, aber trotzdem traumatisiert wurde. Und hier dazu beigetragen hat, zu einer massiven Steigerung. Kurz zusammengefasst wird die Positivsymptomatik hier dann gesteigert. [...] Es war für mich nicht möglich einen Ausweg zu finden.“ (Int.1)
		Aussagen zu einem kumulativen Effekt von Anzahl und Intensität der Traumata auf psychotisches Erleben	„Aber ich denke schon, dass erlebte Sachen, die man nicht richtig verarbeitet, dazu führen, dass man dann einmal psychotisch wird, weil das nicht so verarbeitet ist. Und natürlich umso traumatisierter das ist, umso innerlicher das in einem steckt und das nicht bearbeitet ist, umso stärker fällt es dann vielleicht aus. Also ich denke schon, dass traumatische Erlebnisse zusammenhängen mit Psychosen.“ (Int.4)

Thema	Unterthema	Definition	Beispielzitat
Der Gute Grund – Psychose als Form der Bewältigung		Verständnis der Psychose als letztmögliche Bewältigungsstrategie, um Traumata auszuhalten	„Aber das Ding ist, ich habe mich in der Kindheit manchmal wegfantasiert. [...] Ich glaube, das hat mich extrem getragen. Und ich weiß, dass ich kurz vor der Psychose danach gesucht habe. Nach Copingstrategien und so. Und ich habe mich für das Wegfantasieren entschieden.“ (Int.6)
Psychose als Trauma		Aussagen über potenziell traumatische Aspekte und Konsequenzen der Psychose	„Wie schon gesagt, dass auch die Psychose selbst traumatisierend war und die Psychiatrie sowieso.“ (Int.3)
Postpsychotisches Wachstum		Persönliche Weiterentwicklung durch die Integration der Erfahrung Psychose und der damit verbundenen Traumata	„Aber im Endeffekt hat sich es auf mein Leben eher positiv ausgewirkt. Weil dadurch bin ich jetzt viel zufriedener und viel. Also irgendwie kann ich jetzt ruhig in einem Raum sitzen und bin einfach zufrieden.“ (Int.5)

Tabelle 6*Themenübersicht – Psychose-induzierte Traumata*

Thema	Unterthema	Definition	Beispielzitat
Psychose als Trauma		Wahrnehmungen über potenziell traumatische Aspekte und Konsequenzen der Psychose	„Wie schon gesagt, dass auch die Psychose selbst traumatisierend war und die Psychiatrie sowieso.“ (Int.3)
	Trauma durch die Umwelt	Aussagen über potenziell traumatische Folgen und Konsequenzen der Psychose, deren Ursache in der Umwelt liegen. Im Besonderen Hospitalisierung, Zwangsmaßnahmen und Stigmatisierungserfahrungen.	„Ich dachte mir alles, was ich mir vorgestellt habe, wird erfüllt. Ich laufe auf die Person zu und freue mich total. Ich werde aber genommen und zu Boden geschmissen, ins Gesicht getreten, Handschellen angelegt und die Nase blutet auch währenddessen. Auf die Polizeiwache gebracht, dann in die Psychiatrie. Dort wird mir ein kleiner Saft gegeben, ohne Voraufklärung, den ich trinken soll. Nach zehn Minuten ist mein Gedächtnis für zwei Wochen weg.“ (Int.1)

Thema	Unterthema	Definition	Beispielzitat
	Psychotische Symptome als Trauma	Aussagen über Symptome und Aspekte einer psychotischen Störung, die als potenziell traumatisch wahrgenommen wurden. Im Vordergrund steht die Positivsymptomatik und die damit verbundenen Emotionen.	„Und was bei mir auch immer eine große Rolle gespielt hat, ist das dritte Reich. Da bin ich durch alle durch. Also mein Onkel, dann bis zu Himmler, die ganzen Nazigrößen. Die haben mir am Kopf rum gebohrt und haben mich gefoltert [...] Also völlig abgefahrene NS-Geschichten. Und das habe ich in beiden Psychosen ganz extrem gehabt. [...] Was das Dritte Reich betreffend am schlimmsten war? Mengele. Und richtig lange auch, mehrere Tage.“ (Int.7)
Psychose als Schutz vor Traumatisierung		Wahrnehmungen, dass psychotisches Erleben durch wahnhaften Glauben an Sinnhaftigkeit vor Traumatisierungen schützen kann.	„Ängstlich war ich eben nicht so. Da ich eben gedacht hab: "Sie beschützen mich eh. Sogar, wenn ich mich selbst umbringen will, werde ich geschützt." Ich habe jetzt keine Angst gehabt, dass mich jetzt jemand mit einem Auto überfährt. Also ich habe mich im Gefängnis auch relativ safe gefühlt.“ (Int.5)

Tabelle 7*Themenübersicht – Behandlung traumatischer Erfahrungen*

Thema	Unterthema	Definition	Beispielzitat
Multifaktorielles Biopsychosoziales Modell		Aussagen, dass multifaktorielles Verständnis von Ätiologie und Pathogenese psychotischer Störungen in der Behandlung nur wenig Berücksichtigung findet.	„Und wie gesagt, ich konnte halt am Anfang nicht wirklich mit den Ärzten reden, weil einerseits wollte ich nicht, weil sie halt eine andere Haltung hatten. Weil sie gemeint haben, sie wissen, was gesund ist, und ich bin in ihren Augen krank.“ (Int.1)
	Bio-medizinische Perspektive zu einfach	Aussagen, dass der Fokus auf einer medikamentösen Behandlung liegt. Psychosoziale Faktoren werden nicht berücksichtigt.	„Aber ich habe so das Gefühl gehabt, Behandlungsansatz war, man gibt mir Medikamente, ich überspitzt es jetzt ein bisschen, dann wartet man, bis die zu wirken anfangen und dann ist alles super. Und dann erklärt man mir, dass das alles, was ich gerade durchgemacht habe, wahnhaft war, dass ich nicht drüber nachdenken brauche, weil es eben wahnhaft war.“ (Int.3)

Thema	Unterthema	Definition	Beispielzitat
Psychose als Trauma		Potenziell traumatische Aspekte und Konsequenzen der Psychose finden keine Berücksichtigung in der Behandlung. Im Besonderen die Inhalte der Positivsymptomatik, die Nachbesprechung von Zwang und die Aufklärung über Medikamente werden vernachlässigt.	„Über die Psychose habe ich nicht gesprochen. Da wurde nur kurz gefragt: Ja was? Hören Sie Stimmen und sehen Sie weiße Mäuse? Oder halt so die typischen Fragen und halt so kurz, was für Arten von Symptomen ich hatte. Aber im Einzelnen wurde das nicht groß nachbesprochen. Überhaupt nicht. Jetzt psychotherapeutisch oder so, Null!“ (Int.7)
Barrieren und Facilitatoren, um über Traumata zu sprechen		Aussagen über Aspekte, die es erleichtern bzw. erschweren über Traumata in der Behandlung zu sprechen	„Psychosen haben viel mit Vertrauensverlust zu tun. Und dann schaffe ich eine Situation, wo ich eigentlich komplettes Misstrauen und Angst schüre bei vielen Leuten. Das ist Wahnsinn! Und dann erwarte ich mir, dass die Leute gesund werden. Das ist komplett verrückt!“ (Int.3)

Thema	Unterthema	Definition	Beispielzitat
	Psychose-induzierte Barrieren	Aspekte der psychotischen Störung, die es erschweren über Traumata zu sprechen.	„Also ich habe dann aufgehört mit der Psychotherapie, weil ich mir gedacht hab, es wird alles belauscht, was ich von mir gebe. Deswegen kann ich auch mit mir selbst reden und brauche nicht zum Psychotherapeuten gehen.“ (Int.5)
	Rahmenbedingungen	Aussagen über essenzielle Faktoren (z.B. Raum und Zeit, Aufklärung, finanzielle Möglichkeiten) für eine traumasensible Behandlung.	„Was auch noch ein Punkt ist, ist sicher auch die Information oder die Aufklärung. Also ich glaube, viele Leute wissen einfach zu wenig darüber. Vielleicht ist manchen Leuten nicht einmal bewusst, dass sie traumatisiert sind oder dass eine Traumatherapie ihnen vielleicht helfen könnte.“ (Int.3)

Tabelle 8*Themenübersicht – Trauma und Psychose in Ex-In Ausbildung und Tätigkeit*

Thema	Unterthema	Definition	Beispielzitat
Diskurs Trauma und Psychose		Diskurs über traumatische Aspekte von Psychose in Ausbildung, implizit Thema über Erfahrungsaustausch.	„Und was mir auch noch einfällt auf die Frage ist, dass wir vom Setting her in der Ausbildung sehr viel angehalten waren, miteinander zu arbeiten, also in Gruppen uns gegenseitig unsere Geschichten zu erzählen. Das heißt wir haben uns einfach wirklich sehr viel ausgetauscht. Also wir haben sehr viel miteinander gesprochen: Hey, wie war das bei dir? Wie hast du das erlebt? Hast du die Erfahrung gemacht oder eine ähnliche? Und wenn ja, wie hast du das erlebt? Und das war auch wirklich ein Kernstück der Ausbildung.“ (Int.3)

Thema	Unterthema	Definition	Beispielzitat
Der Gute Grund – Psychose als Form der Bewältigung		Aussagen zur psychosozialen Haltung in der Tätigkeit. Verständnis der Psychose als Bewältigung einer Krise als Kern dieser Haltung	„Ja, also ein biopsychosoziales Verständnis davon, wie es zu Psychosen kommt. Ich denke mir auch, also wenn ich jetzt an meine Klient*innen denke. Ich habe ja auch schon vor der Psychose mit Klient*innen, also vor meiner eigenen Psychose, mit Klient*innen gearbeitet, die psychotisch waren, die in psychotischen Krisen waren. Und da hatte ich immer das Gefühl. Da gab es irgendwas. Und das hilft mir auch in meiner Arbeit so ein Ding zu haben.“ (Int.6)

Zusammenfassung

Der komplexe Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischem Erleben ist gut untersucht. Verschiedene Trauma-Typen sowie der Zeitpunkt des Traumas wirken sich auf die psychotische Störung aus. Zudem besteht eine Dosis-Wirkungsbeziehung. Einerseits erweisen sich Aspekte und Konsequenzen der Psychose selbst als potenziell traumatisierend. Andererseits kann sich auch Posttraumatisches Wachstum nach psychotischen Störungen entwickeln. Erste Ergebnisse deuten auf eine hohe Wirksamkeit traumafokussierter Verfahren bei Menschen mit psychotischen Störungen hin und im wissenschaftlichen Diskurs wird die Forderung nach einer traumasensiblen Behandlung psychotischer Störungen thematisiert. Dennoch spiegeln sich diese Entwicklungsschritte nur langsam in der Praxis wider. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Erkenntnisse über die Verbindung zwischen Trauma und Psychose sowohl bei Betroffenen als auch Professionist*innen Berücksichtigung finden. Um dieser Wissenslücke zu begegnen, wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit sieben teilstrukturierte Interviews mit Genesungsbegleiter*innen, die sowohl über ein Erfahrungswissen als auch Expert*innenwissen verfügen, geführt. Die Auswertung erfolgte mithilfe der reflexiven thematischen Analyse und ergab acht Themen und sieben Unterthemen. Die Genesungsbegleiter*innen verfügen über ein vertieftes und kohärentes Verständnis der Verbindung zwischen Trauma und Psychose. Im Besonderen erwiesen sich Psychose-induzierte Traumata als starke Wirkfaktoren auf den Krankheitsverlauf. Darüber hinaus zeigten die Genesungsbegleiter*innen ausgeprägte Anzeichen von Posttraumatischem Wachstum auf. Die Ergebnisse der Studie untermauern den aktuellen Wissensstand. Biomedizinische Erklärungsmodelle psychotischer Störungen greifen zu kurz und es bedarf einer stärkeren Berücksichtigung von Traumata in der Behandlung. Genesungsbegleiter*innen sind von der Entwicklung des Behandlungsangebots bis hin zur direkten psychosozialen Versorgung mehr einzubeziehen.

Abstract

The complex connection between traumatic experiences and psychotic experience is well researched. Different types of traumata and the time of a trauma have effects on the psychotic disorder and there is a dose-response relationship. Aspects and consequences of the psychosis itself are potentially traumatizing. In addition, post-traumatic growth can develop after psychotic disorders. Novel results indicate high effects of trauma-focused processes. In the scientific discourse, the demand for trauma-sensitive treatment of psychotic disorders is postulated. Nevertheless, these development steps have only slowly been reflected in practice. The question arises as to what extent the findings on the connection between trauma and psychosis are taken into account by both those affected and professionals. To tackle this gap in the literature, seven partially structured interviews with peer support workers that have their own self-experience and professional knowledge have been conducted. The evaluation was carried out with the reflective thematic analysis. Results showed eight themes and seven subthemes. The peer support workers had in-depth knowledge and coherent understanding of the connection between trauma and psychosis. In particular, psychosis-induced traumas have shown to impact the course of the disease. Moreover, the peer support workers showed strong signs of post-traumatic growth. The results of this study support the scientific theories. Results indicate the need to extend bio-medical explanatory models and to consider trauma in psychosis treatment. Peer support workers should be more involved in the development of treatment options as well as in the psychosocial care.