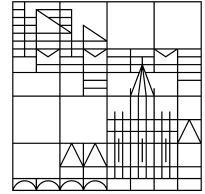




Reichenau

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Konstanz

Universität
Konstanz



Trauma, PTBS und Traumabehandlung bei Patient*innen mit Psychosen

Susanne Breinlinger

09.09.2022, ZfP Reichenau

IAS-Jahrestagung 2022: Von der Psychosebegleitung zur langfristigen Unterstützung

Inhalt

(1) Hintergrund

- Definition: Trauma
- Historisches und Konzeptionelles
- Prävalenz von Trauma und PTBS bei Psychosen

(2) Bedeutung von Trauma und PTBS

- für die Entstehung von Psychosen
- für den Verlauf von Psychosen

(3) Behandlung von PTBS bei Psychosen

- Projekt: Trauma & Psychose am ZfP Reichenau

Definition: Trauma

Trauma: altgriechisch τραύμα für „Wunde“, „Verletzung“
→ „seelische Verletzung“

ICD-10:
Ereignis oder Situation...

- außergewöhnlicher Bedrohung (kurz- oder langandauernd) oder
- katastrophentypigen Ausmaßes,
- das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde



HISTORISCHES UND KONZEPTIONELLES

Historisches



(Quelle: Submarine / NTR / SWR)

Nach Weltkriegen und Vietnamkrieg:

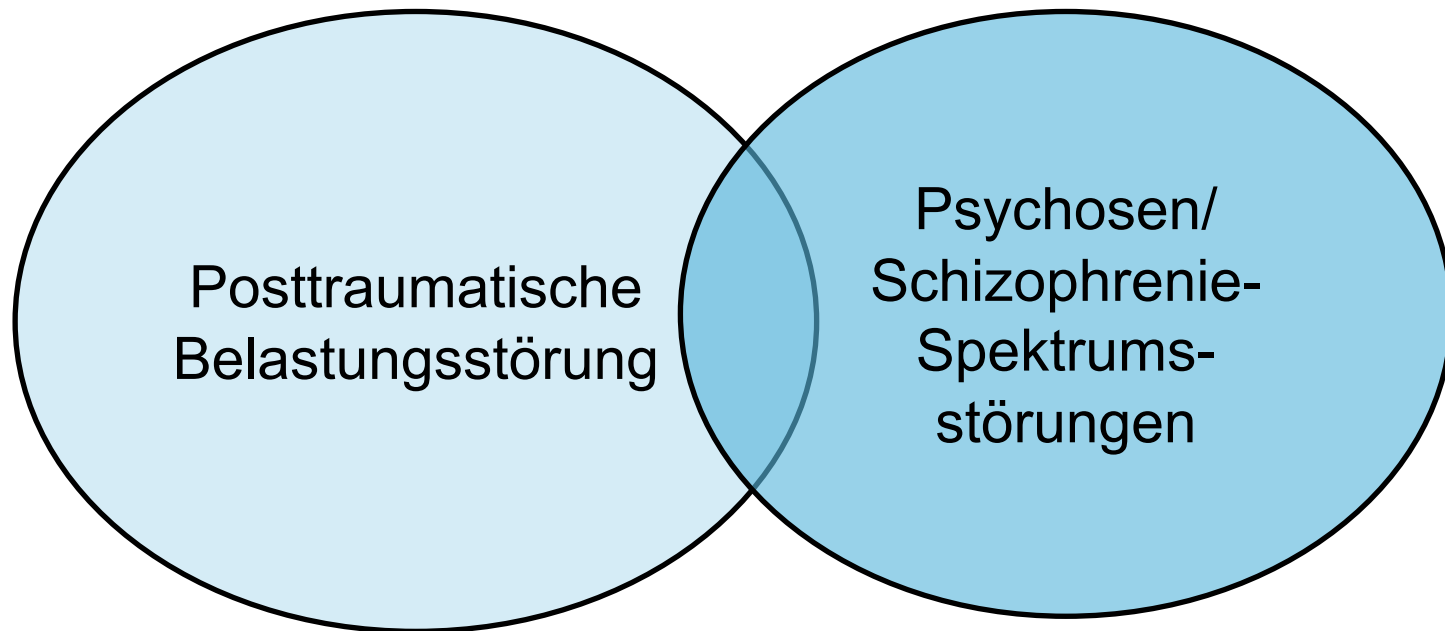
„Kriegszittern, Granaten-Schock, Kriegsneurose“

Symptome wie: Tics, Stottern, Aggressionsausbrüche, Alpträume, Flashbacks, Schreckhaftigkeit, Verlust von Alltagsfunktionen
- häufig als Schizophrenie diagnostiziert und behandelt.

Ab 1980: Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung

(Einführung von PTBS im DSM III)

Konzeptuelle Überschneidungen



Konzeptuelle Überschneidungen

PTBS	Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie
<u>Reale traumatische Erlebnisse</u> führen zu dauerhafter pathologischer Angst, Gefühl des Bedrohtseins	<u>Nichtreale Vorstellungen</u> von Bedrohung/Verfolgung und Wahnstimmung führen zu Angst
<u>Intrusives Wiedererleben</u> von vergangenen realen Ereignissen (Flashbacks: Hören, Sehen, Riechen, Fühlen mit Hier-und-Jetzt-Gefühl)	<u>Halluzinationen</u> als real erlebte Sinneswahrnehmungen (Stimmen, Geräusche, Gerüche, Berührungen), die im Licht des Wahns interpretiert werden
<u>Vermeidung</u> von Angstauslösern führt zu Rückzug, Interessensverlust, emotionaler Abstumpfung, Verlust an emotionaler Schwingungsfähigkeit	<u>Negativsymptome</u> führen zu emotionaler Verflachung, Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug
<u>Übererregung</u> führt zu übertriebener Wachsamkeit, Reizbarkeit, Konzentrations-, Schlafstörungen	<u>Verfolgungswahn</u> und Misstrauen können handlungsleitend werden

(s.a. Freeman et al., 2013; Hardy, 2017)

Klassisches Problem:

Sind Aussagen über
Trauma und PTBS bei
Personen mit
Schizophrenie glaubhaft?

Aktuelle wissenschaftliche Diskussion

- Traumaerfahrungen und PTBS: bei Schizophrenie häufig übersehen
- Ist ein Trauma im Kindesalter (z.B. sex. Missbrauch) ein Risikofaktor für Psychosen/Schizophrenie?
- Wenige systematischen Studien zu anderen Traumaformen, z.B. im Erwachsenenalter, politische Verfolgung bei Geflüchteten

PRÄVALENZ VON TRAUMA UND PTBS BEI PSYCHOSEN

PTBS bei Schizophrenie

- Traumaerfahrungen und PTBS: bei Schizophrenie oft übersehen
- Wenige systematischen Studien
- Mueser et al., 1998: $N = 275$ Pat. mit *Severe Mental Illness* (23% Schizophrenie)
 - bei 98% Traumaerfahrung
 - bei 43% PTBS diagnostizierbar
 - bei 2% diagnostiziert laut Patienten-Akte



Prof. Kim Mueser

Kindheits- trauma bei Psychosen

Review article

Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications

Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications.

Acta Psychiatr Scand 2005; 112: 330–350. © 2005 Blackwell Munksgaard.

Objective: To review the research addressing the relationship of childhood trauma to psychosis and schizophrenia, and to discuss the theoretical and clinical implications.

Method: Relevant studies and previous review papers were identified via computer literature searches.

Results: Symptoms considered indicative of psychosis and schizophrenia, particularly hallucinations, are at least as strongly related to childhood abuse and neglect as many other mental health problems. Recent large-scale general population studies indicate the relationship is a causal one, with a dose-effect.

Conclusion: Several psychological and biological mechanisms by which childhood trauma increases risk for psychosis merit attention. Integration of these different levels of analysis may stimulate a more genuinely integrated bio-psycho-social model of psychosis than currently prevails. Clinical implications include the need for staff training in asking about abuse and the need to offer appropriate psychosocial treatments to patients who have been abused or neglected as children. Prevention issues are also identified.

**J. Read¹, J. van Os^{2,3},
A. P. Morrison^{4,5}, C. A. Ross⁶**

¹Department of Psychology, The University of Auckland, Auckland, New Zealand, ²Department of Psychiatry and Neuropsychology, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands, ³Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, London, ⁴Department of Psychology, University of Manchester, Manchester, ⁵Psychology Services, Bolton Stafford and Trafford Mental Health Partnership, Manchester, UK and ⁶Colin A. Ross Institute for Psychological Trauma, Richardson, TX, USA

Key words: child abuse; trauma; psychosis; schizophrenia; hallucinations; delusions; literature review

John Read, Department of Psychology, The University of Auckland, Private Bag 92019, Auckland, New Zealand.
E-mail: j.read@auckland.ac.nz

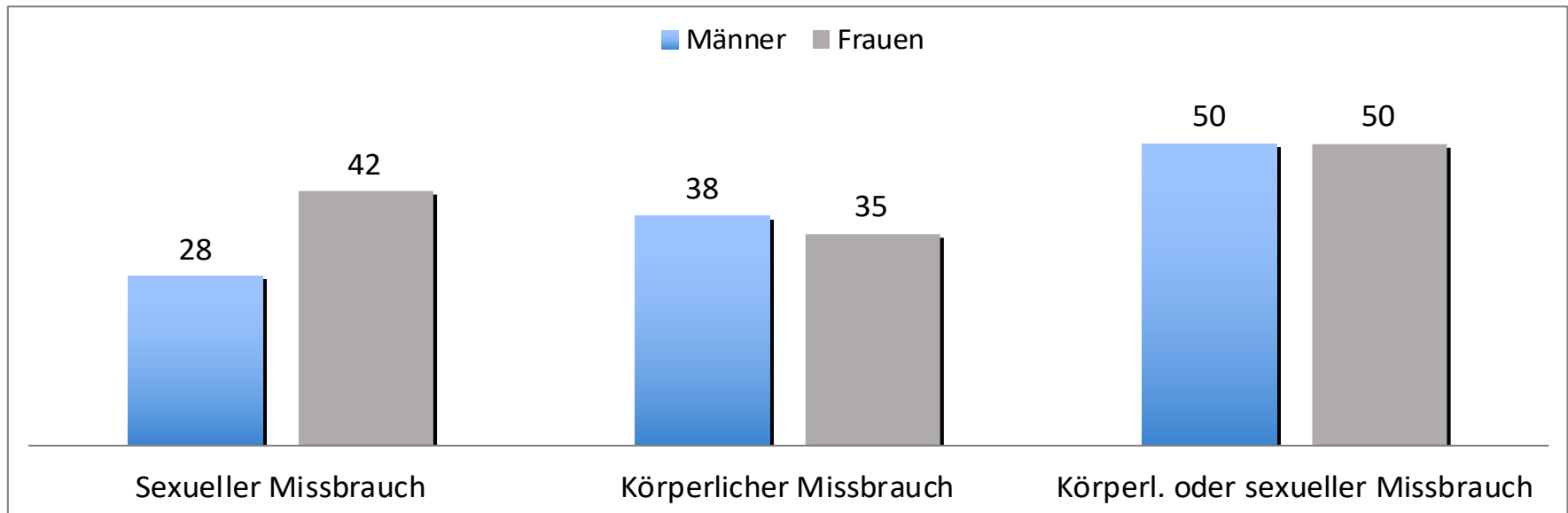
Accepted for publication August 19, 2005

Summations

- Child abuse is a causal factor for psychosis and 'schizophrenia' and, more specifically, for hallucinations, particularly voices commenting and command hallucinations.

Kindheitstrauma bei Schizophreniepatienten

Reanalyse über 20 Studien aus Read et al. (2005), >800 Patienten mit enger Definition (Morgan & Fisher, 2007)



Vergleich: [National Comorbidity Study](#) (Houston et al., 2008; Shelvin et al., 2008; $N = 5.877$)

Sexuelles Kindheitstrauma (Belästigung und Vergewaltigung < 16): **9.2%**

Körperlicher Missbrauch in Kindheit (< 16): **4.2%**

Prävalenz

PTBS-Prävalenz bei Schizophrenie:

	Schizophrenie Buckley et al. (2009) Übersicht	US Allgemeinbevölkerung Kessler et al. (1994, 1995) N = 8.098
Depression	50%	19.3%
SUD	47%	11.3%
PTSD	29%	7.8%



Erhöhtes Risiko an einer
PTBS zu erkranken

ENTSTEHUNG UND VERLAUF

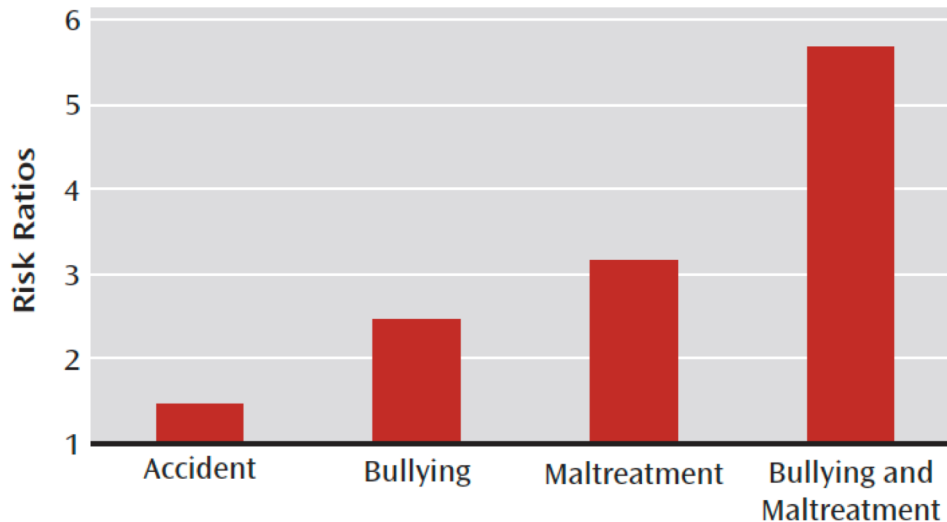
Prospektiver Zusammenhang: Kindheitstrauma und psychotische Symptome

Zwillingsstudie in UK, $N = 2.232$

Childhood Trauma im Alter von 5, 7, 10 und 12 Jahren (Mütter- und Kinderinterview)

Psychotische Symptome im Alter von 12: $N = 125$ (verifiziert durch Experteninterview)

FIGURE 1. Risk of Psychotic Symptoms at Age 12 Associated With Cumulative Childhood Trauma



Kontrolle von genetischem Risiko, Psychopathologie, IQ, Sozioökonomische Faktoren, Zwillingsstatus

Arsenault et al., 2011

Kindheitstrauma und spätere Entstehung von psychotischen Symptomen

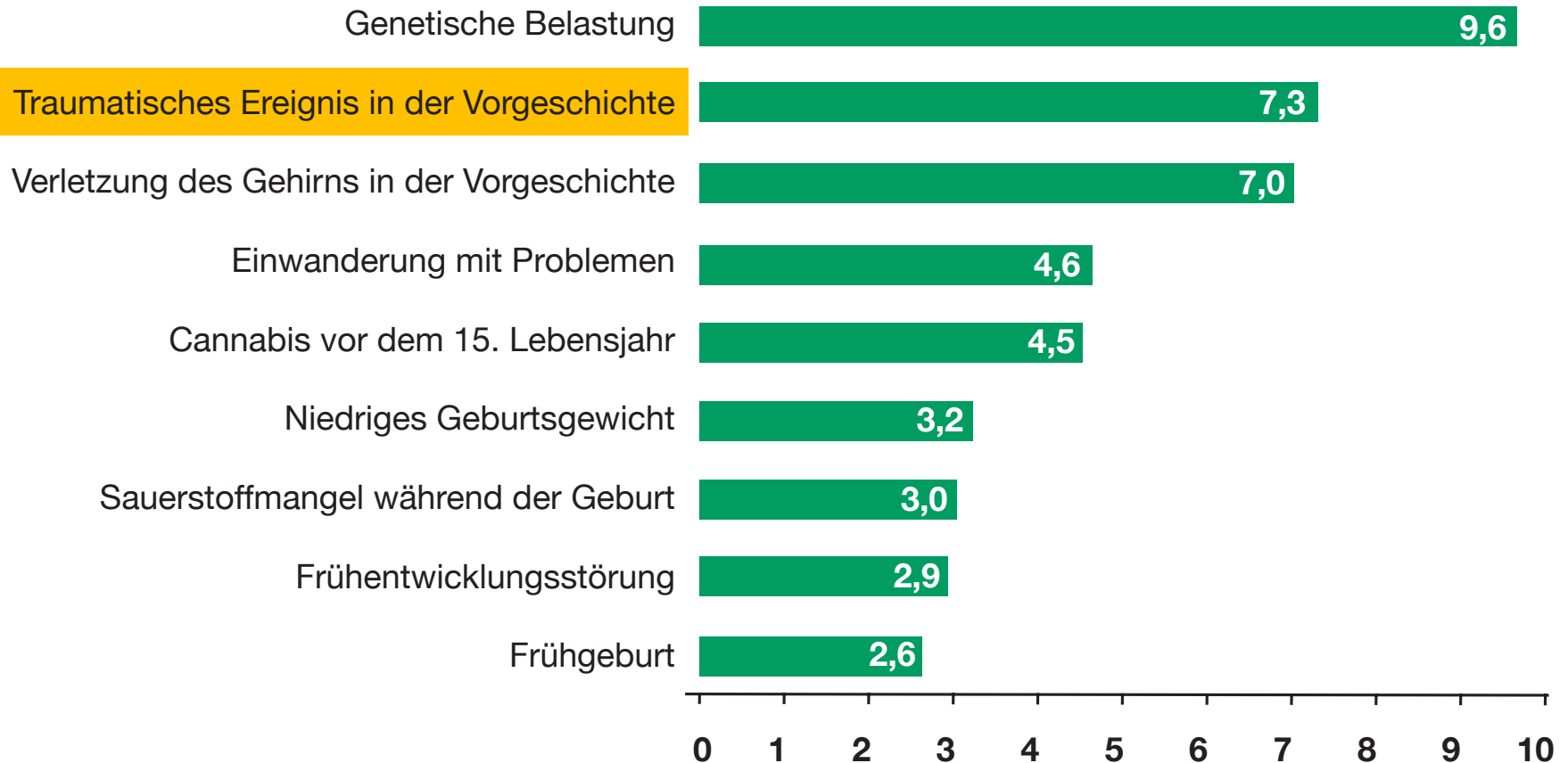
Meta-Analyse (Varese et al., 2012):

- 18 Fall-Kontrollstudien ($N = 2.048$)
- 10 prospektive Studien ($N = 41.803$)
- 8 bevölkerungsbasierte Querschnittsstudien ($N = 35.546$)

Gesamt-Effekt: OR = 2.78 (95% CI = 2.34 – 3.31)
(in allen Studientypen ähnlich)

	<i>k</i>	OR (95% CI), <i>p</i> value
Sexual abuse	20	2.38 (1.98–2.87), $p < .001$
Physical abuse	13	2.95 (2.25–3.88), $p < .001$
Emotional abuse	6	3.40 (2.06–5.62), $p < .001$
Bullying	6	2.39 (1.83–3.11), $p < .001$
Parental death	8	1.70 (0.82–3.53), $p = .154$
Neglect	7	2.90 (1.71–4.92), $p < .001$

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Psychose



Aus: Bäuml & Lambert, 2009

Traumaerfahrungen bei Psychosepatienten

$N = 62$ Patienten

Diagnosen: ICD-10: F20 – F29

Alter: $M = 32.2$ ($SD = 10.3$)

41% Erstbehandlung

Traumaerfahrungen: KERF (Isele et al., 2014)

Psychotische Symptome: PANSS (Kay et al., 1987)

Komorbide Störungen

Ziel der Studie:

Verlauf der Symptomremission in einer
Behandlungsphase bei hoch- vs.
niedrigtraumatisierten Patienten

Schalinski et al., 2015

Traumaerfahrungen bei Psychosepatienten

$N = 62$ Patienten

Diagnosen: ICD-10: F20 – F29

Alter: $M = 32.2$ ($SD = 10.3$)

41% Erstbehandlung

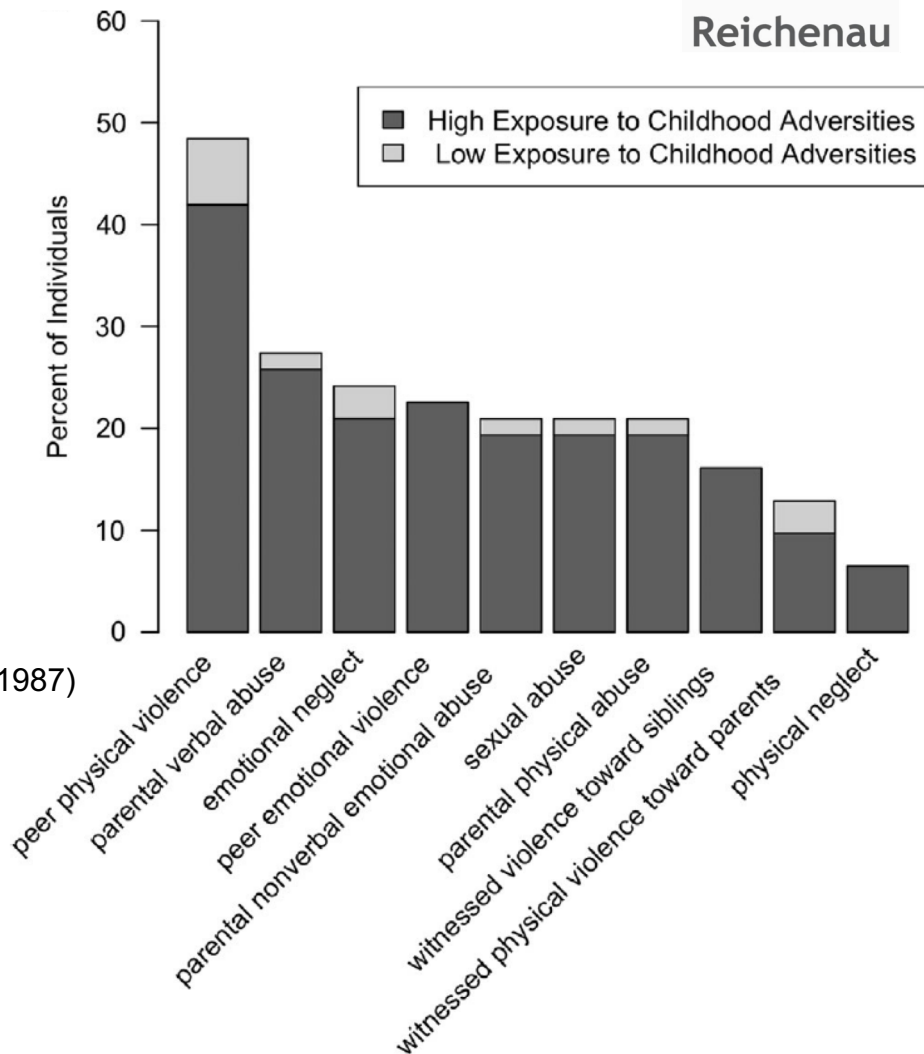
Traumaerfahrungen: KERF (Isele et al., 2014)

Psychotische Symptome: PANSS (Kay et al., 1987)

Komorbide Störungen

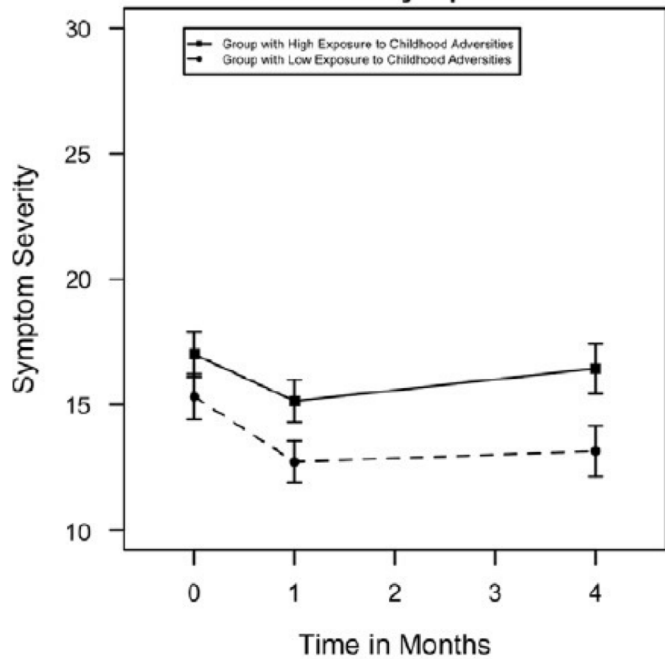
Ziel der Studie:

Verlauf der Symptomremission in einer
Behandlungsphase bei hoch- vs.
niedrigtraumatisierten Patienten

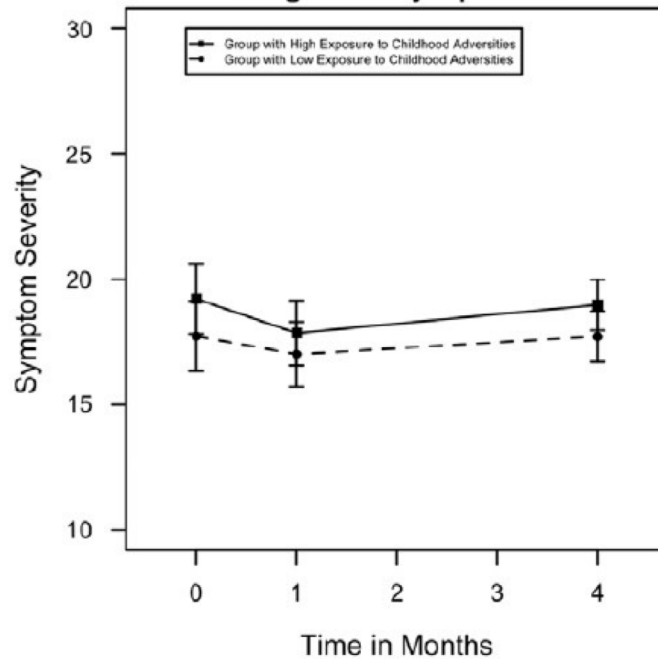


Schalinski et al., 2015

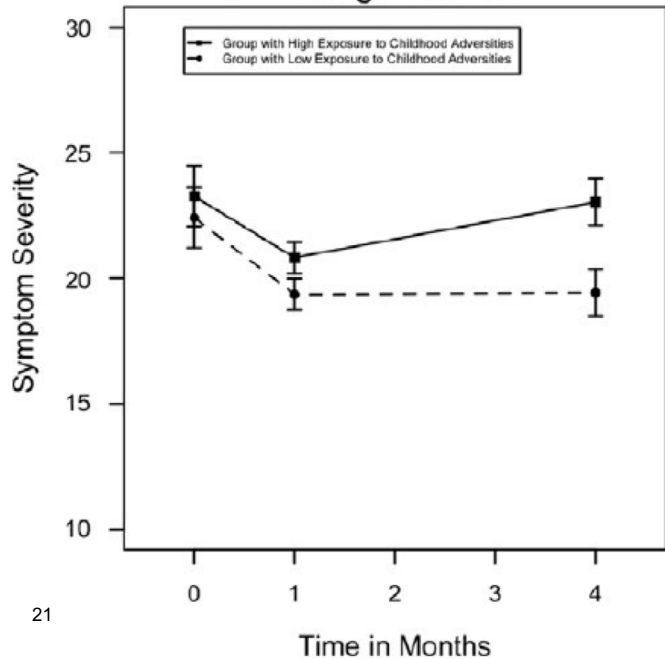
Positive Symptoms



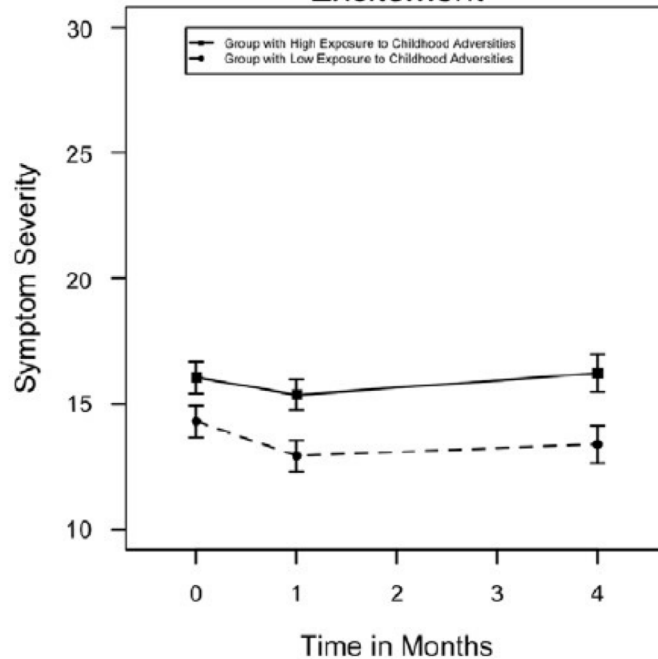
Negative Symptoms



Disorganization



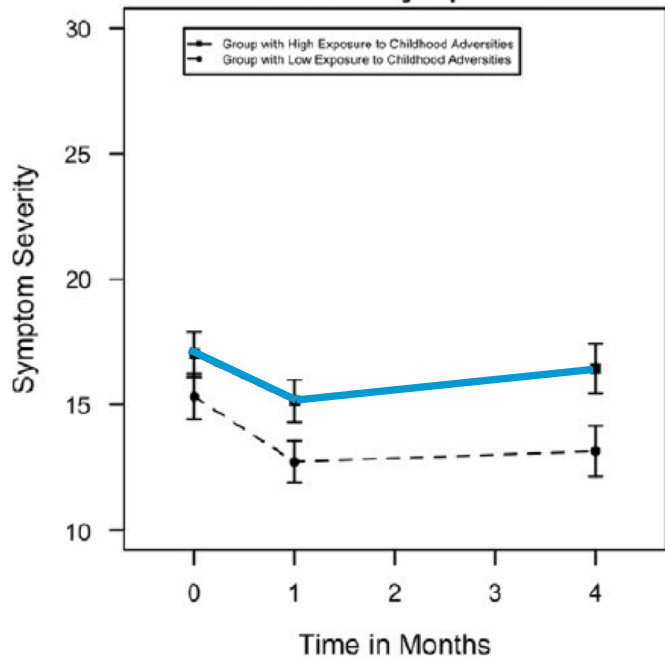
Excitement



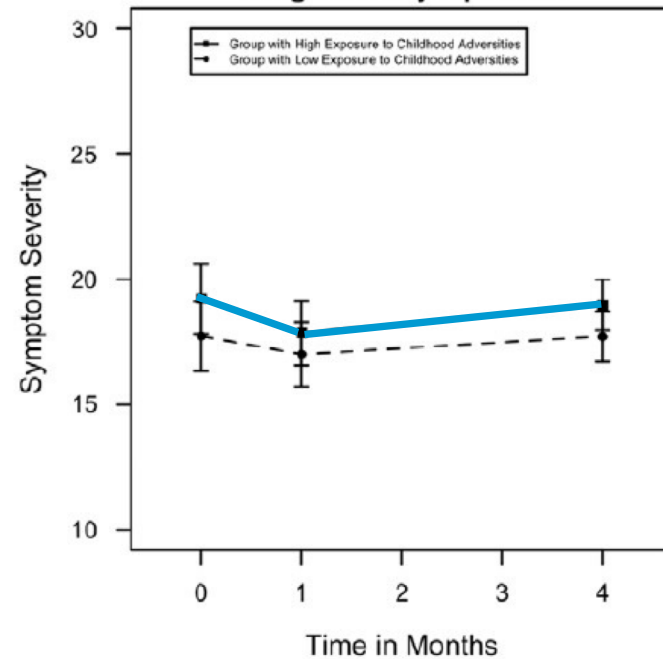
Trauma Load:

- low level: $n=29$
SUD: $n=1$
- high level: $n=33$
SUD: $n=12$
PTBS: $n=4$
 $p < .001$

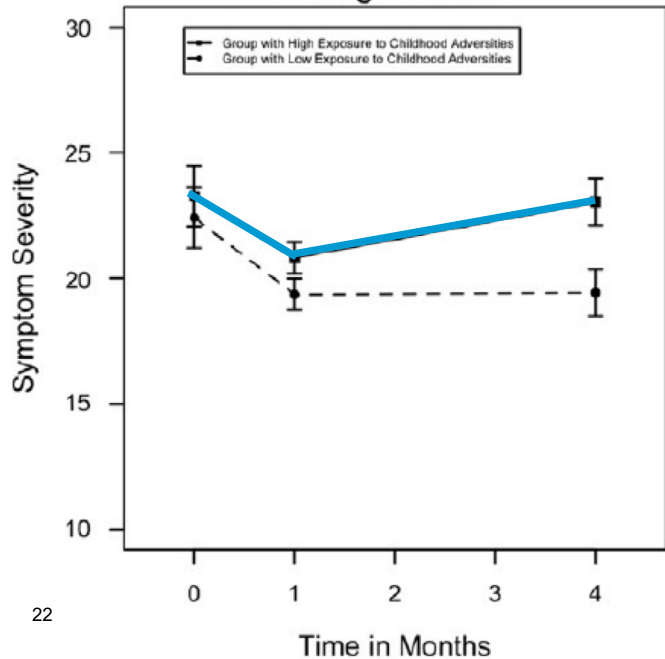
Positive Symptoms



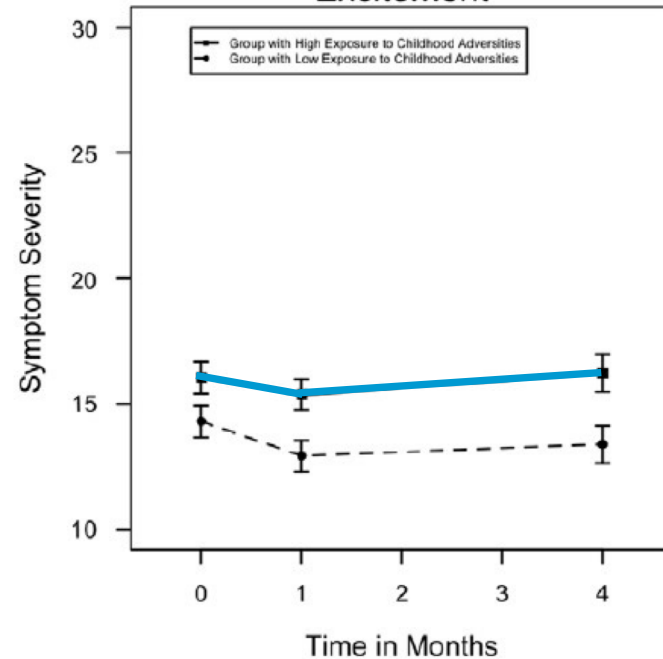
Negative Symptoms



Disorganization



Excitement



Trauma Load:

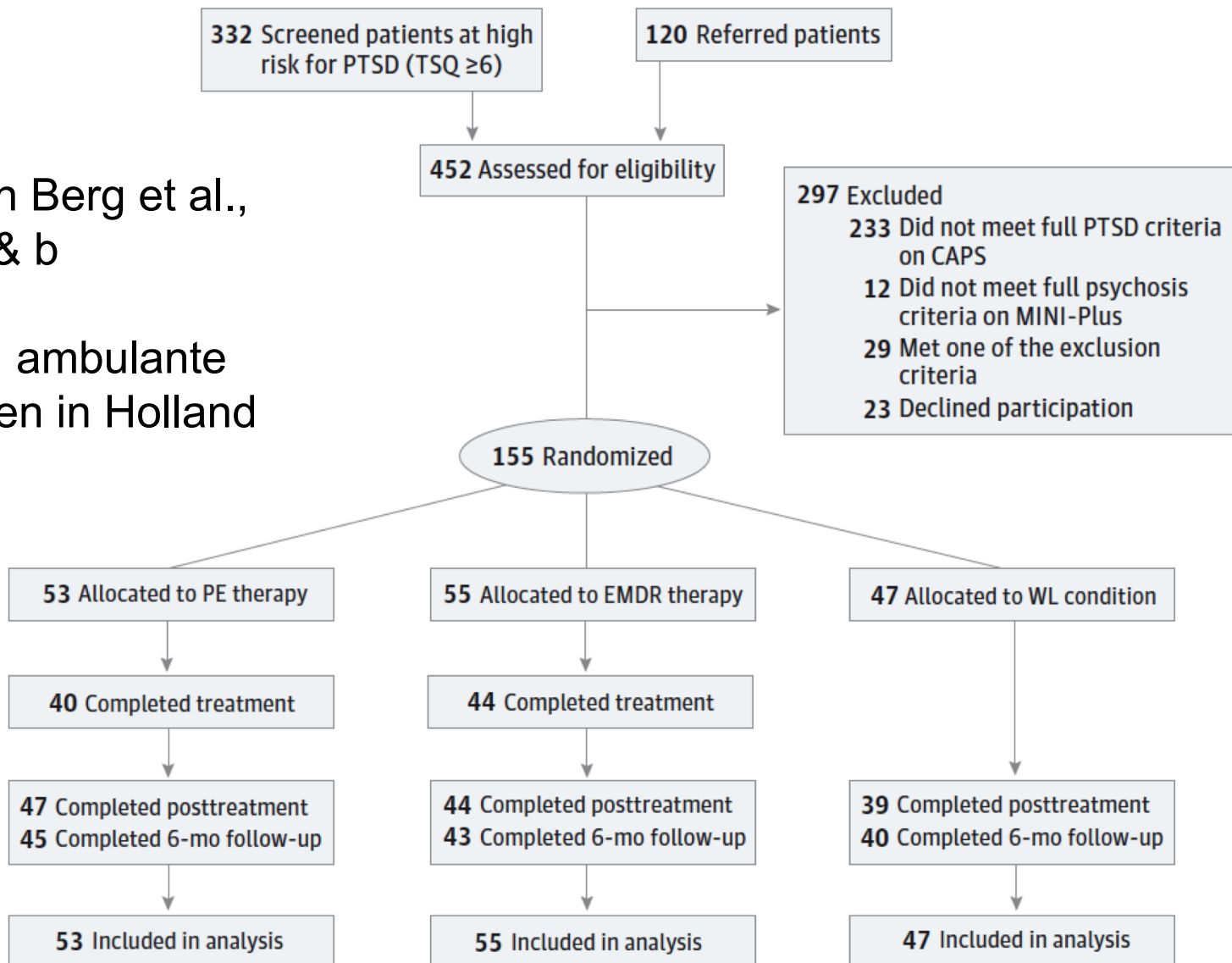
- low level: $n=29$
SUD: $n=1$
- high level: $n=33$
SUD: $n=12$
PTBS: $n=4$
 $p < .001$

BEHANDLUNG VON KOMORBIDER PTBS BEI PSYCHOSEN

Behandlung von PTBS bei Schizophrenie

Van den Berg et al.,
2015a & b

Stabile, ambulante
Patienten in Holland



Negative Folgen der Traumatherapie?

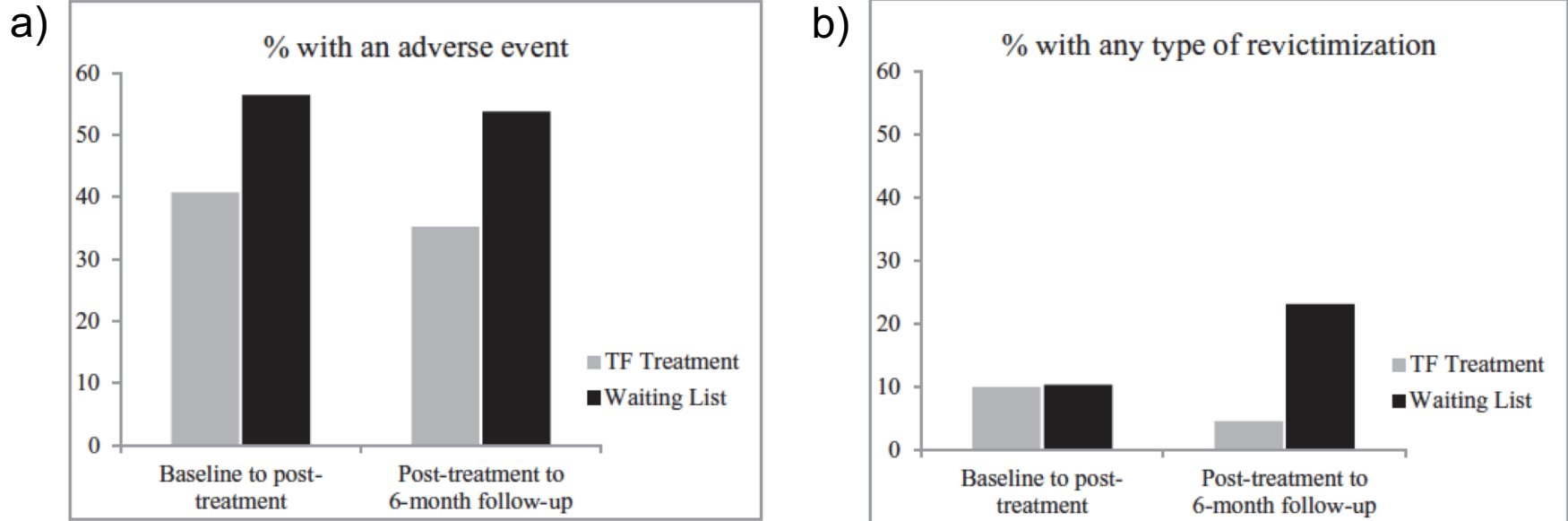
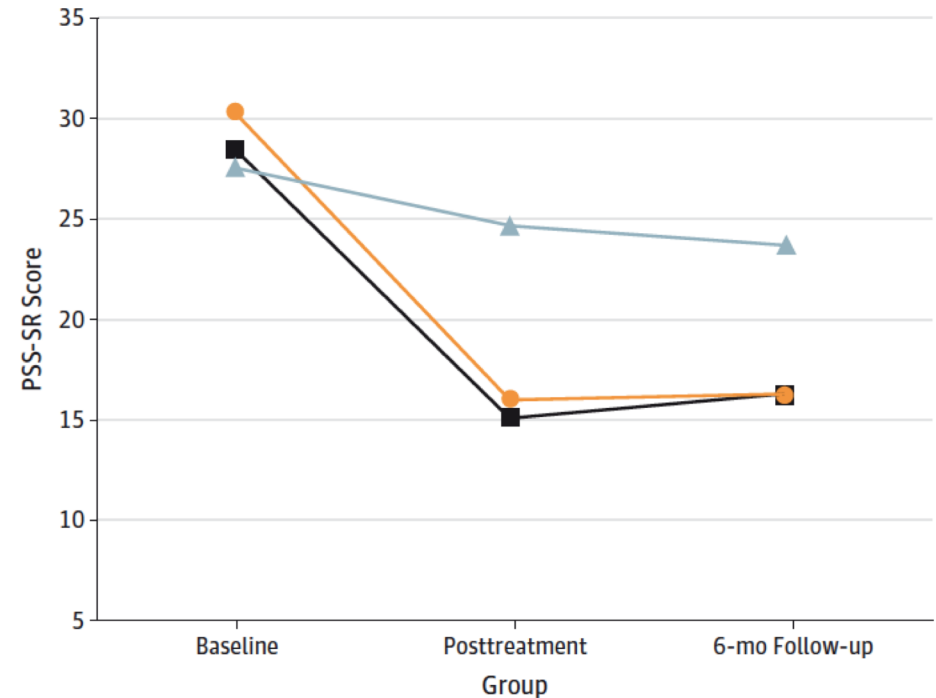
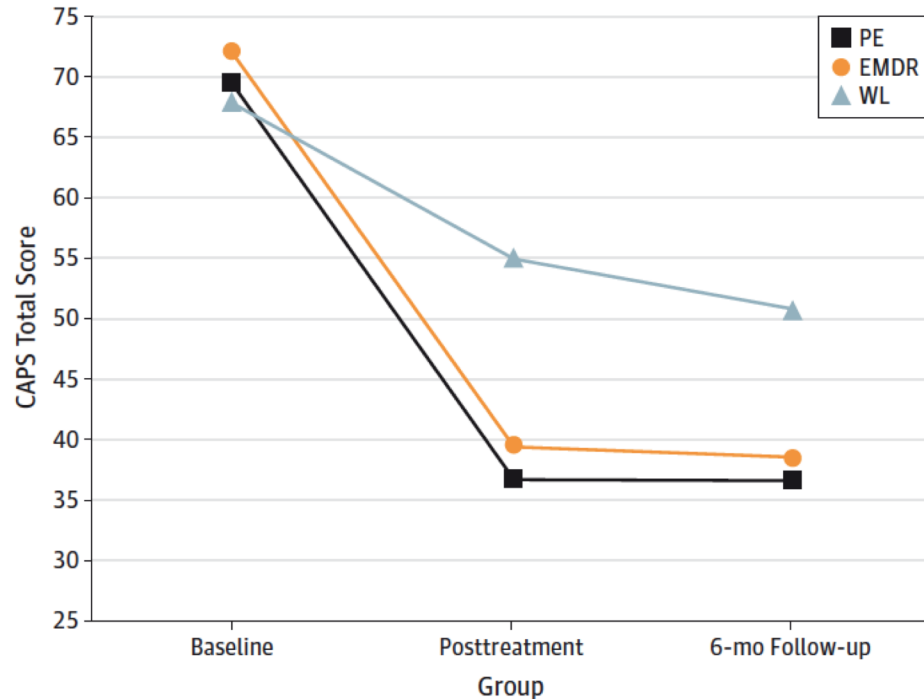


Fig. 2. Adverse events and revictimization in TF treatment and waiting list during treatment and follow-up. (a) Defined as at least one incident of self-harm, suicide attempt, aggressive behavior, problematic alcohol abuse, problematic drug abuse, crisis contact with mental health care, or psychiatric hospitalization within that 3-mo time frame. (b) Defined as experiencing at least one incident of sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, or other traumatic events within that 3-mo time-frame. TF treatment, trauma-focused treatment.

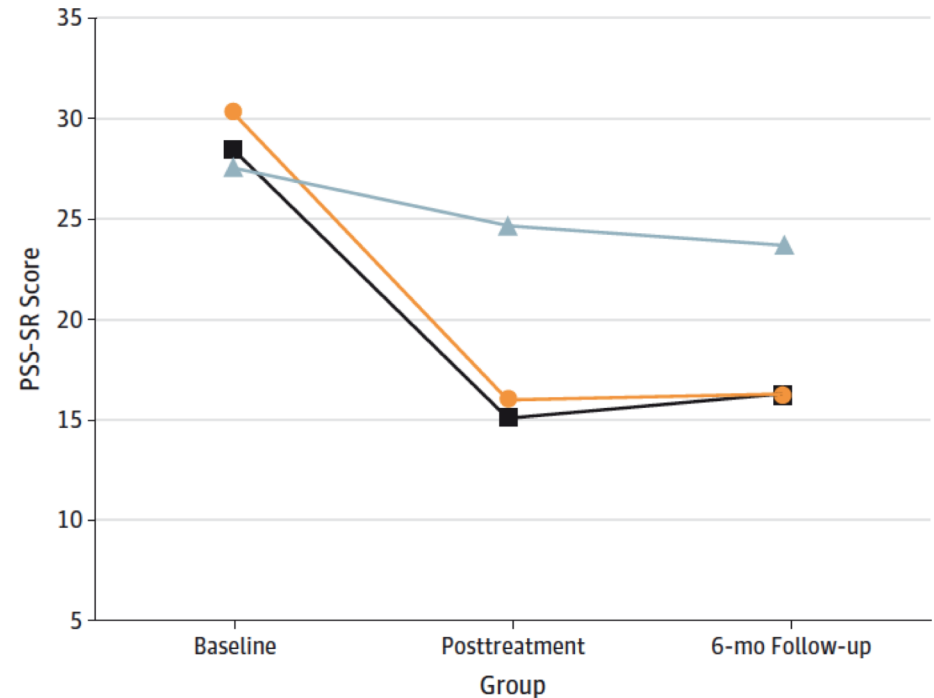
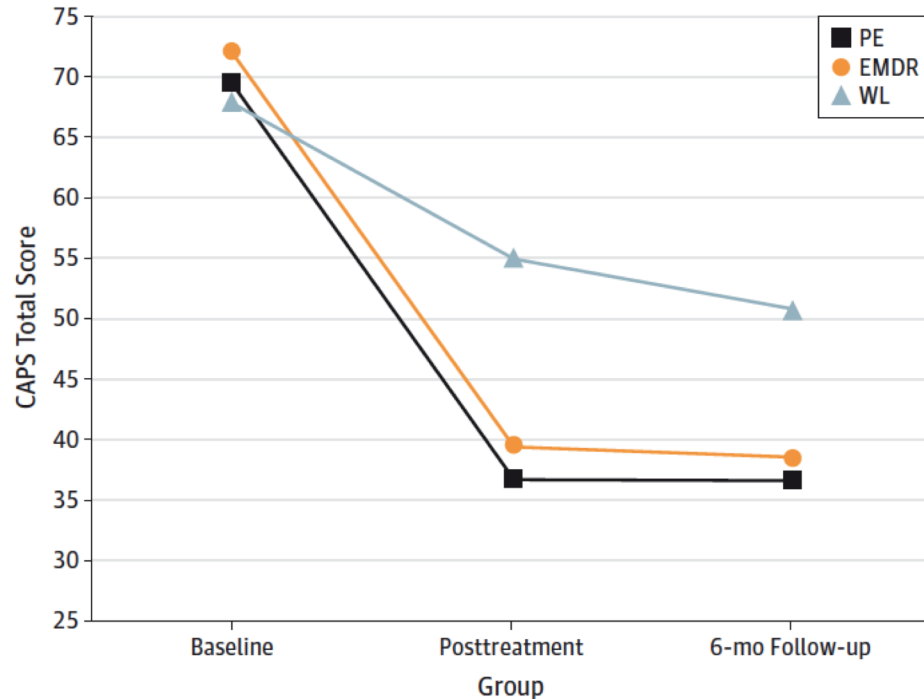
Van den Berg et al., 2015a

Effekt auf PTBS-Symptome?



Van den Berg et al., 2015b

Effekt auf PTBS-Symptome?



Conclusions

This study demonstrates that standard PE and EMDR protocols are effective, safe, and feasible in patients with

psychosis and comorbid PTSD without using stabilizing psychotherapeutic interventions. One in 8 patients with a psychotic disorder has PTSD.¹ There is no need to exclude these patients from effective trauma treatments.

Van den Berg et al., 2015b

Deutsche Leitlinie S3-Schizophrenie (DGPPN, 2019)

7.7 Posttraumatische Belastungsstörung

Die Schätzung für die Höhe der Prävalenz für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) liegt bei Menschen mit einer Schizophrenie bei etwa 30% (600). Bei Vorliegen einer komorbiden PTBS zeigt eine erste gut angelegte randomisiert-kontrollierte Studie, dass sowohl klassische Traumaexpositionsverfahren als auch Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) wirksam im Hinblick auf die Reduktion der PTBS-Symptomatik sind (656). In dieser Studie führte die Traumaexposition weder zu einer Zunahme der psychotischen Symptomatik noch zu einer Zunahme unerwünschter Nebenwirkungen (z.B. Suizidalität). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine professionell durchgeführte Traumaexposition auch bei komorbider (akuter) psychotischer Symptomatik vielversprechend ist. Allerdings sind weitere Studien zu dieser Frage notwendig, um die Generalisierbarkeit der Effekte aus dieser Studie auf andere Therapeuten und Settings zu überprüfen.

In der deutschen AWMF-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ aus dem Jahre 2011 finden sich keine spezifischen Empfehlungen für die Behandlung einer PTBS bei Menschen mit einer Schizophrenie.

Menschen mit Schizophrenie weisen deutlich häufiger (2,3 bis 3,4fach häufiger) sexuelle, emotionale und körperliche Mißhandlungen oder Vernachlässigungen in der Kindheit auf als gesunde Kontrollgruppen. Weiterhin erschweren Traumata in der Vorgeschichte den Behandlungsverlauf (z.B. (657, 658)) und scheinen auch mit einem erhöhten Übergangsrisiko (siehe 7.17) in eine manifeste psychotische Erkrankung assoziiert zu sein (659, 660).

Deutsche Leitlinie S3-Schizophrenie (DGPPN, 2019)

7.7 Posttraumatische Belastungsstörung

Die Schätzung für die Höhe der Prävalenz für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) liegt bei Menschen mit einer Schizophrenie bei etwa 30% (600). Bei Vorliegen einer komorbiden PTBS zeigt eine erste gut angelegte randomisiert-kontrollierte Studie, dass sowohl klassische Traumaexpositionsverfahren als auch Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) wirksam im Hinblick auf die Reduktion der PTBS-Symptomatik sind (656). In dieser Studie führte die Traumaexposition weder zu einer Zunahme der psychotischen Symptomatik noch zu einer Zunahme unerwünschter Nebenwirkungen (z.B. Suizidalität). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine professionell durchgeführte Traumaexposition auch bei komorbider (akuter) psychotischer Symptomatik vielversprechend ist. Allerdings sind weitere Studien zu dieser Frage notwendig, um die Generalisierbarkeit der Effekte aus dieser Studie auf andere Therapeuten und Settings zu überprüfen.

In der deutschen AWMF-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ aus dem Jahre 2011 finden sich keine spezifischen Empfehlungen für die Behandlung einer PTBS bei Menschen mit einer Schizophrenie.

Menschen mit Schizophrenie weisen deutlich häufiger (2,3 bis 3,4fach häufiger) sexuelle, emotionale und körperliche Mißhandlungen oder Vernachlässigungen in der Kindheit auf als gesunde Kontrollgruppen. Weiterhin erschweren Traumata in der Vorgeschichte den Behandlungsverlauf (z.B. (657, 658)) und scheinen auch mit einem erhöhten Übergangsrisiko (siehe 7.17) in eine manifeste psychotische Erkrankung assoziiert zu sein (659, 660).



Reichenau

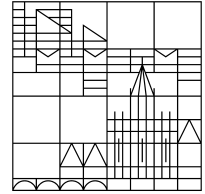
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Konstanz

Bodensee-Institut

für Psychotherapie an der Universität Konstanz



Universität
Konstanz



BIP

Projekt

Trauma und Psychose

Susanne Breinlinger, Dr. Michael Odenwald, Dr. Inga Schalinski,
Dr. Daniel Nischk, Prof. Dr. Brigitte Rockstroh, Prof. Dr. Daniela Mier

Forschungsfragen in unserem Projekt:



- (1) Welchen Einfluss haben belastende Erfahrungen in der Kindheit und traumatische Erlebnisse auf die aktuelle psychische und physische Befindlichkeit (systematische & detaillierte Symptomerfassung)?
- (2) Welchen Einfluss hat die familiäre Atmosphäre auf den Krankheitsverlauf?
- (3) Welche Anpassungsprozesse lassen sich im Hormonsystem widerspiegeln (Aufwachcortisol & Tagesprofil, Haarcortisol)?
- (4) Wie wirkt sich eine Behandlung des Traumas anhand eines speziellen Therapiemoduls kurz- und langfristig auf die traumabezogene als auch die psychotische Symptomatik aus? (Auswirkungen auf Kognitionen?)

Forschungsfragen in unserem Projekt:



- (1) Welchen Einfluss haben belastende Erfahrungen in der Kindheit und traumatische Erlebnisse auf die aktuelle psychische und physische Befindlichkeit (systematische & detaillierte Symptomerfassung)?
- (2) Welchen Einfluss hat die familiäre Atmosphäre auf den Krankheitsverlauf?
- (3) Welche Anpassungsprozesse lassen sich im Hormonsystem widerspiegeln (Aufwachcortisol & Tagesprofil, Haarcortisol)?
- (4) Wie wirkt sich eine Behandlung des Traumas anhand eines speziellen Therapiemoduls kurz- und langfristig auf die traumabezogene als auch die psychotische Symptomatik aus? (Auswirkungen auf Kognitionen?)**

Methoden



Stichproben-Selektion:

Ausschlusskriterien: akute Psychose, Intelligenzminderung.

Einschlusskriterien: Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20-29 sowie lifetime psychotische Symptomatik).

- $N = 69$ Patienten des ZfP Reichenau (Station 33, 34)
- Alter: 18-60 Jahre ($M = 34.04$, $SD = 11.58$)
- Geschlechterverhältnis: 20 Frauen und 49 Männer
- Dauer des stationären Aufenthaltes: 4-57 Wochen ($M = 15.52$, $SD = 12.1$)

- Komorbide Diagnose einer PTBS: $n = 15$ (21.7%)

Methoden



Stichproben-Selektion:

Ausschlusskriterien: akute Psychose, Intelligenzminderung.

Einschlusskriterien: Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20-29 sowie lifetime psychotische Symptomatik).

- $N = 69$ Patienten des ZfP Reichenau (Station 33, 34)
- Alter: 18-60 Jahre ($M = 34.04$, $SD = 11.58$)
- Geschlechterverhältnis: 20 Frauen und 49 Männer
- Dauer des stationären Aufenthaltes: 4-57 Wochen ($M = 15.52$, $SD = 12.1$)
- Komorbide Diagnose einer PTBS: $n = 15$ (21.7%)

Arbeitsprogramm: Teil 2



Arbeitsprogramm: Teil 1

Gesunde Kontrollpersonen (n=39)

- Soziodemografische Daten
- Klinische Interviews:
MACE, Shut-D, LEC &
PCL-5, Suizidalität, FEIWK,
PBI, PCS, WHODAS,
- Haarcortisol
- Aufwachcortisol & Tagesprofil

Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (n=69)

- Soziodemografische Daten
- Symptome (PANSS Verlauf)
- Klinische Interviews:
MACE, Shut-D, LEC &
PCL-5, Suizidalität, FEIWK,
PBI, PCS, WHODAS, GAF,
HAMD, SKID
- Haarcortisol
- Aufwachcortisol & Tagesprofil

Patienten mit komorbider PTBS (n = 10)

Pre:
Neurokognitive
Testung
Psychose
Symptome
Klinische
Interviews

Traumatherapie-Modul

Post:
Neurokognitive
Testung
Psychose
Symptome
Klinische
Interviews

FU 6M.:
Neurokognitive
Testung
Psychose
Symptome
Klinische
Interviews

Behandlungsparadigmen Psychose - PTBS

Sequentielle Behandlung:

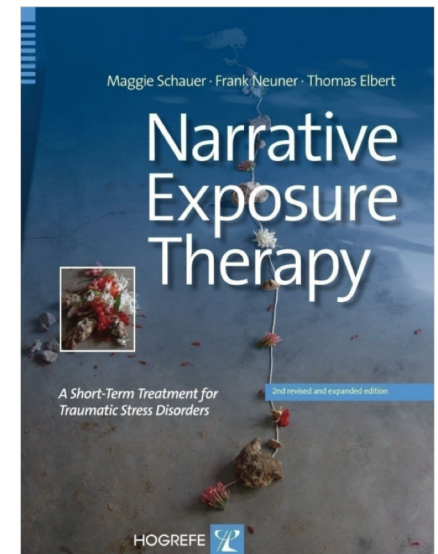
- Traditioneller Ansatz
- Erst dauerhafte Remission der Psychose, dann eventuell Psychotherapie komorbider Störungen
- Befürchtung: psychotische Dekompensation und Rückfall bei Psychotherapie
- Abgelehnt wird: Parallele Therapie bei mehreren unabhängigen Behandlern

Integrierte Behandlung:

- Neuere Konzept
- Setzt Stabilität voraus
- Gleichzeitige und aufeinander bezogene Behandlung
- Zusammenhang zu Lebensereignissen und Funktionalität der Symptomatik

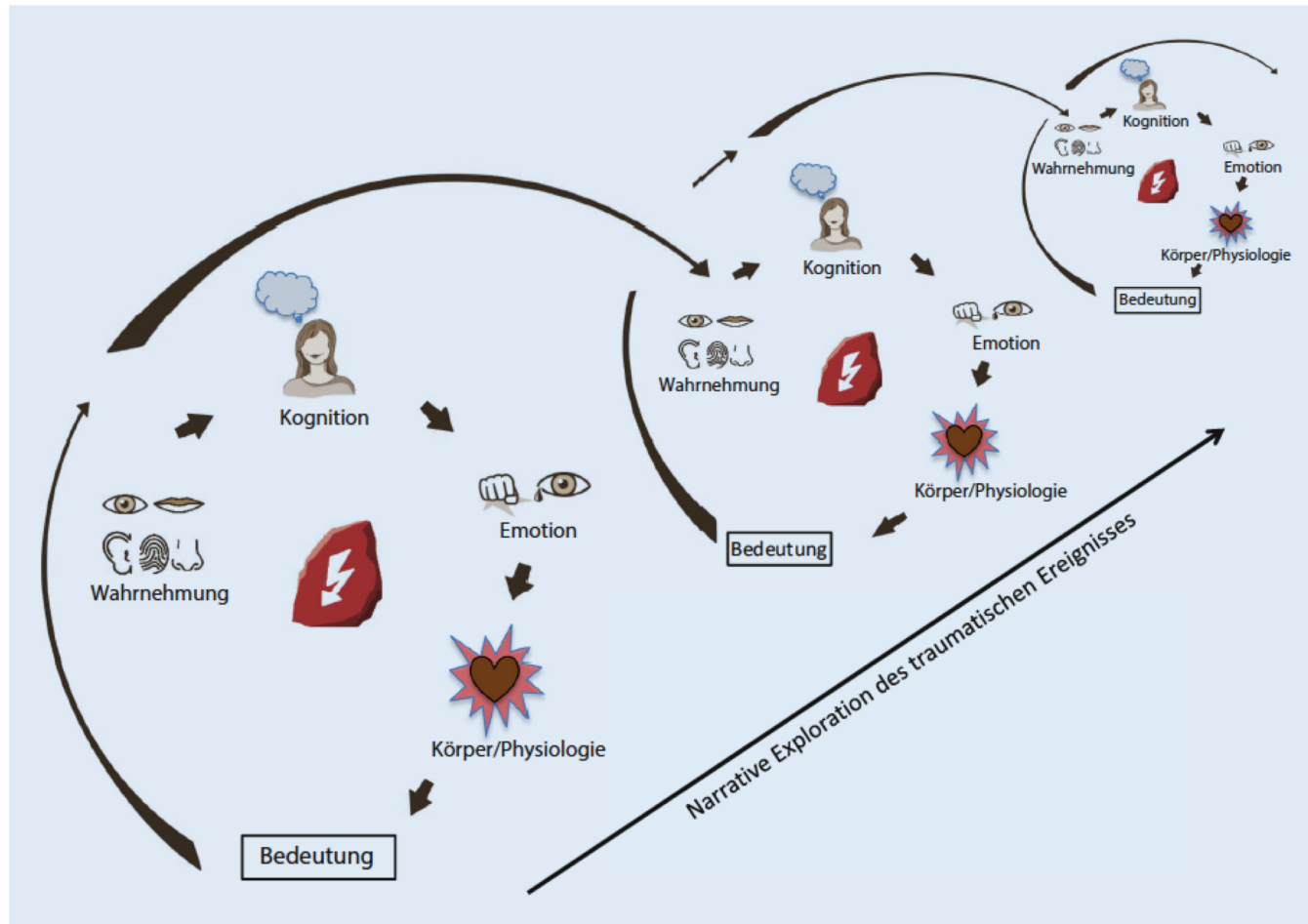
Intervention: Narrative Expositionstherapie NET

- biografisch-traumaaufarbeitender Ansatz
- imaginative Exposition (KVT)
- die Lebensgeschichte wird in ein **Narrativ** gefasst (Erstellung einer schriftlichen Narration „testimony“), Schwerpunkt traumatische Erlebnisse
- Erarbeitung einer **detailreichen Beschreibung der einzelnen traumatischen Ereignisse** (Integration in explizites Gedächtnis, Vervollständigung, Einbettung in Kontext)
- Einbettung der traumatischen Ereignisse in den **chronologischen Zeit- und Geschehensablauf der gesamten Lebensgeschichte**



Schauer, Neuner, & Elbert, 2011

Vertiefte Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse



Schauer, Elbert, Neuner, 2017

Hypothesen

Forschungsfrage (4), Messinstrumente: Shut-D, LEC & PCL-5, PANSS, MCCB.

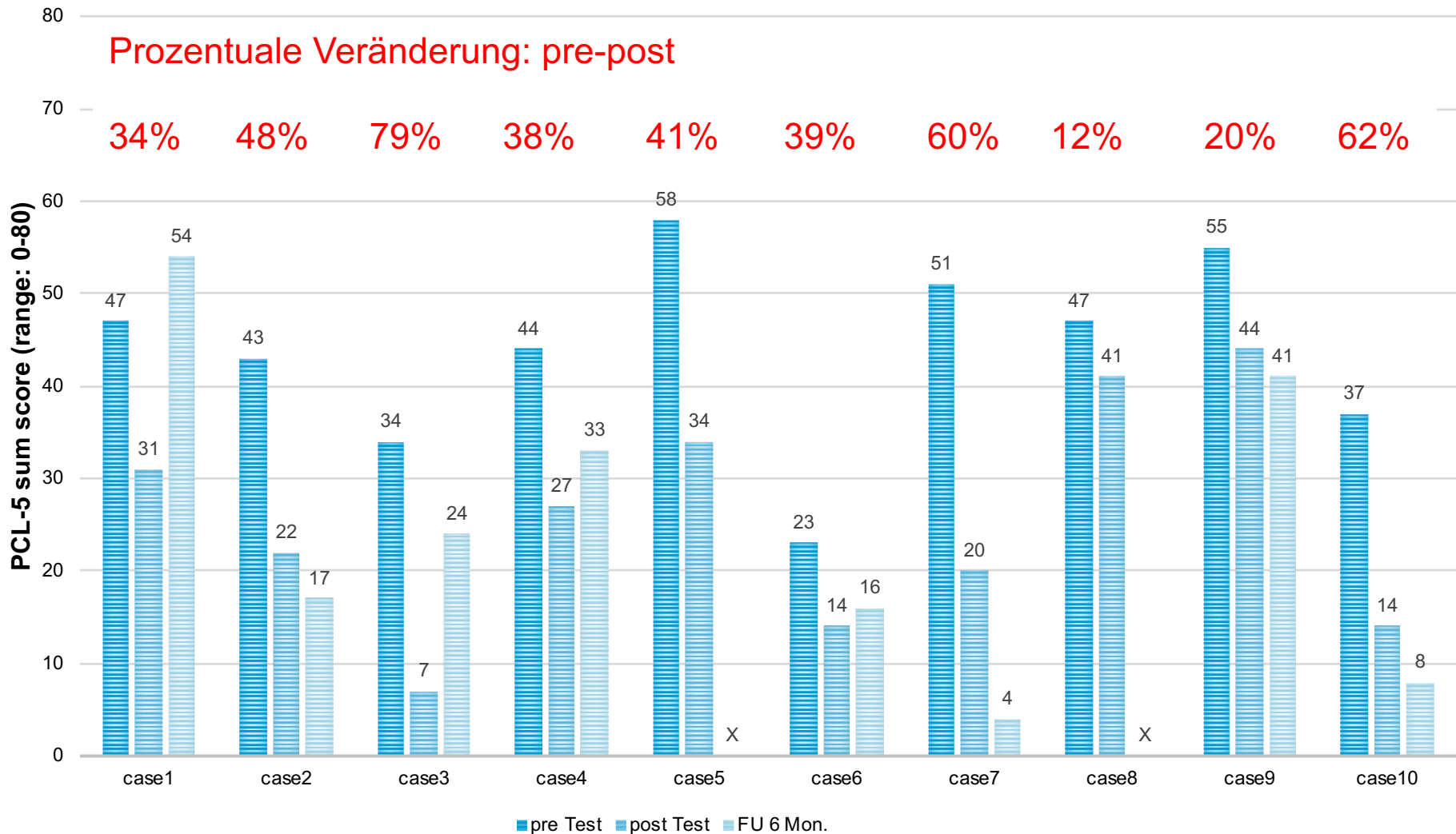
Patienten mit komorbider F43.1, die zusätzlich zur *care as usual* ein traumaspezifisches Therapiemodul (NET) erhalten,

- zeigen eine **Reduktion der PTBS-Symptomatik**.
- sowie eine **Verbesserung kognitiver Funktionen**.

Explorative Analyse:

Wie wirkt sich die Intervention auf den Symptomverlauf (Auswirkung auf die PTBS- & Psychose-Symptomatik) aus?

Erste Ergebnisse: PTBS-Symptomatik



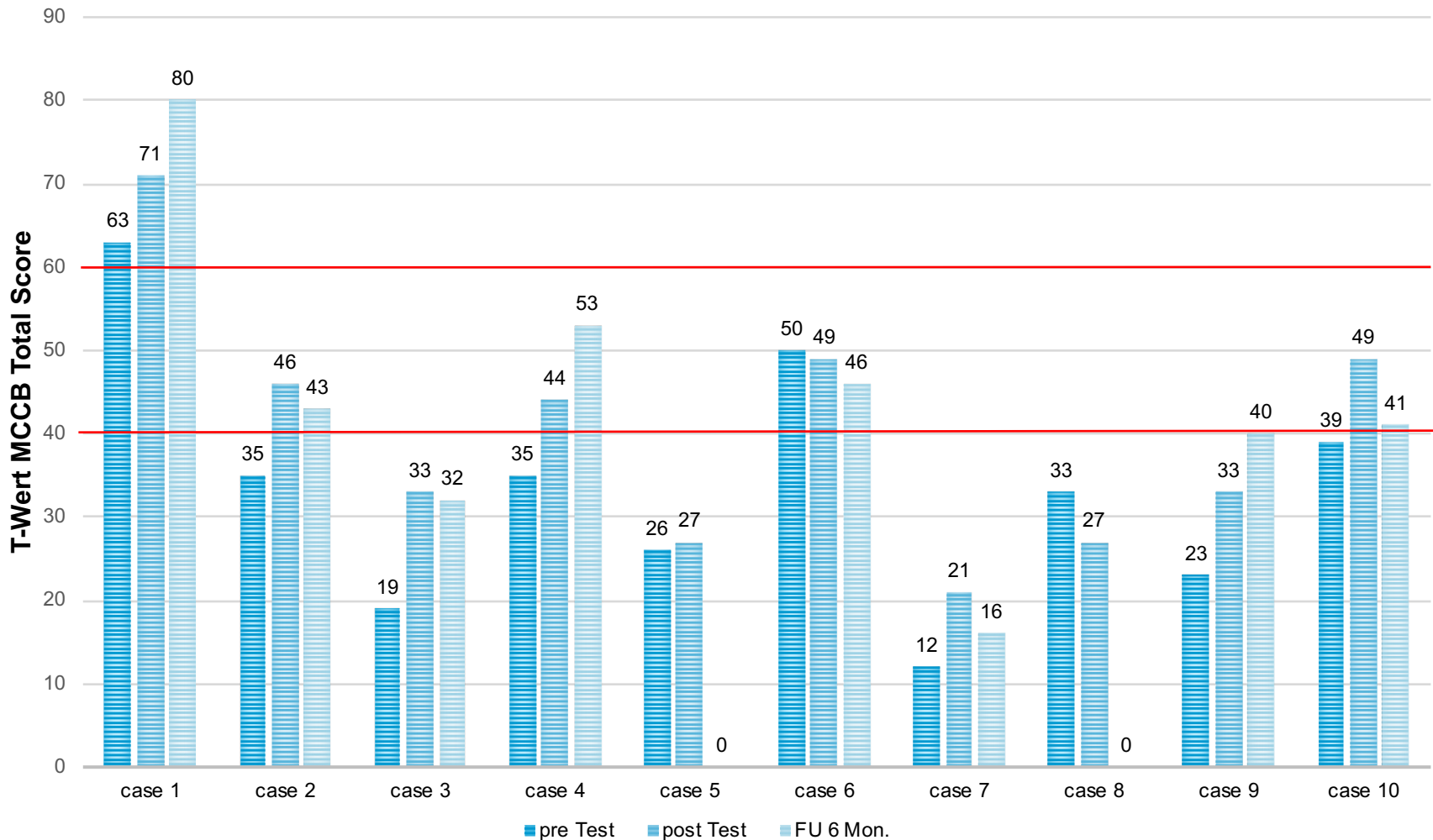
PTBS Remissionsstatus

	PTBS sum score pre	PTBS sum score post	PTBS sum score FU 6 Mon.	Kriterien für PTBS erfüllt bei post Test	Kriterien für PTBS erfüllt bei FU Test
case1	47	31	54	1	1
case2	43	22	17	0	0
case3	34	7	24	0	0
case4	44	27	33	1	1
case5	58	34	x	0	x
case6	23	14	16	0	0
case7	51	20	4	0	0
case8	47	41	x	0	x
case9	55	44	41	0	0
case10	37	14	8	0	0

PTBS Remissionsstatus

	PTBS sum score pre	PTBS sum score post	PTBS sum score FU 6 Mon.	Kriterien für PTBS erfüllt bei post Test	Kriterien für PTBS erfüllt bei FU Test
case1	47	31	54	1	1
case2	43	22	17	0	0
case3	34	7	24	0	0
case4	44	27	33	1	1
case5	58	34	x	0	x
case6	23	14	16	0	0
case7	51	20	4	0	0
case8	47	41	x	0	x
case9	55	44	41	0	0
case10	37	14	8	0	0

Erste Ergebnisse: Kognitive Funktionen



Limitationen und Voraussetzungen:

- **Keine akute Psychose** (keine Akutmedikation wie Benzodiazepine)
- Allgemeine **Therapieteilnahme / Belastbarkeit erprobt**
- Ausreichende Alkohol- und Drogenabstinenz
- Ausreichende Auffassungsgabe (informed consent, Psychoedukation)
- **Therapeutische Erfahrung mit F2-Spektrum** (Frühwarnzeichen, Formale Denkstörungen, Misstrauen, Monitoring psychot. Symptome im Verlauf)
- Standardisierte Diagnostik (lifetime traumatic events, PTSD, Dissoziationen)
Besonderheit: Erfahrungen im Rahmen der Psychose sowie bedrohliche Ereignisse im Zusammenhang mit der Behandlung der Psychose können subjektiv als traumatisch erlebt werden können.

Herausforderungen – Adaptionen:

Positiv-Symptome (z.B. Halluzinationen)

- Unterstützung bei der Unterscheidung von psychotischen und traumabedingten Symptomen durch kognitive Techniken.

Negativ-Symptome (z. B. stark affektflach)

- Generell reduzierte Intensität der wiedererlebten Emotionen möglich.

Formale Denkstörungen (z.B. assoziativ gelockert, weitschweifig)

- Einfache Sprache, strukturiertes Vorgehen, paraphrasieren.

Dissoziative Symptome

- Anti-Dissoziations-Strategien (Aktivieren des motorischen Systems).

Eingeschränkte kognitive Kapazitäten

- Länge der Sitzungen, Tageszeit, Intervalle zw. den Sitzungen individuell; ggf. wiederholtes Rereading.

Begründete Ängste vor

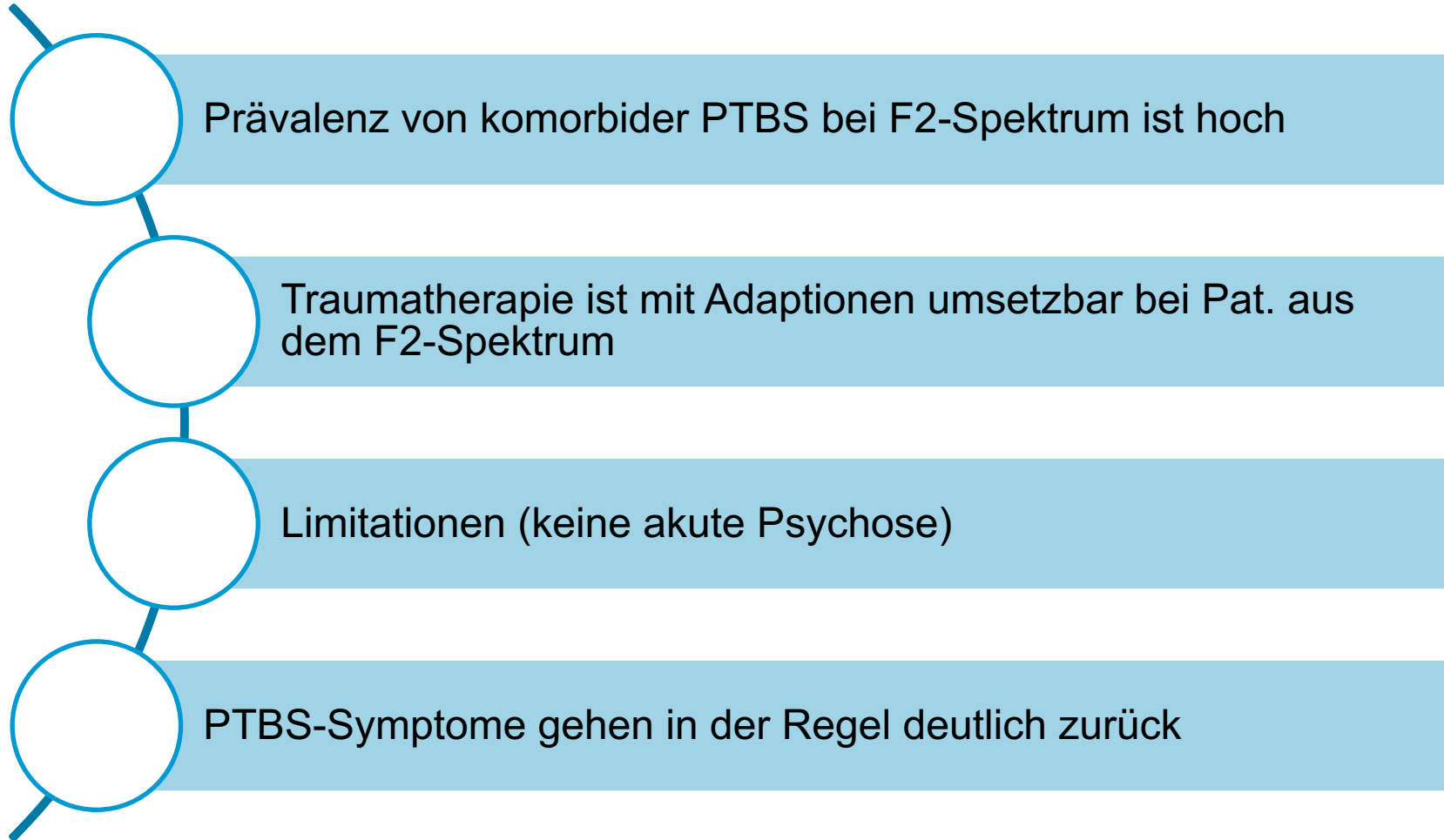
- anhaltender Symptomverschlechterung? **NEIN**

Während und nach NET- Sitzungen teils vorübergehende Zunahme positiver psychotischer Symptome (z.B. Reizüberflutung)

- belastenden Erlebnissen (Krisen, Suizidversuche, (Re-) Hospitalisation, Abbruch der Therapie)? **NEIN**

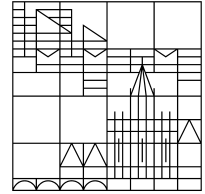
Erhöhte Compliance durch Erleben von Vertrauen in der Traumatherapie: frühere und freiwillige Kontaktaufnahme durch Patienten in Krisensituationen

Zusammenfassung





Universität
Konstanz



**Herzlichen
Dank!**

Susanne Breinlinger, M. Sc.

Tel.: +49 (0) 75 31/ 977 – 8757

susanne.breinlinger@uni-konstanz.de

Referenzen:

- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M. A. (2009). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia bulletin*, 37 (4), 811-821.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... & Haro, J. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109 (s420), 21-27.
- Isele, D., Teicher, M. H., Ruf-Leuschner, M., Elbert, T., Kolassa, I. T., Schury, K., & Schauer, M. (2014). KERF–Ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43, 121-130.
- Lommen, M. J., & Restifo, K. (2009). Trauma and posttraumatic stress disorder (PTSD) in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Community mental health journal*, 45(6), 485
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., & LaROCCO, V. A. (2007). Clinical and psychosocial significance of trauma history in the treatment of schizophrenia. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 45(8), 44-51.
- 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.
- 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), 217-227.
- Pruessner, M., Cullen, A. E., Aas, M., & Walker, E. F. (2017). The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: an update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 191-218.
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A., & Perry, B. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4 (1), 65.

Referenzen:

- 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.
- Schalinski, I., Breinlinger, S., Hirt, V., Teicher, M. H., Odenwald, M., & Rockstroh, B., (2017). Environmental adversities and psychotic symptoms: The impact of timing of trauma, abuse, and neglect. *Schizophrenia research*.
- Schalinski, I., Teicher, M. H., Carolus, A. M., & Rockstroh, B. (2017). Defining the impact of childhood adversities on cognitive deficits in psychosis: An exploratory analysis. *Schizophrenia Research*.
- Schalinski, I., Fischer, Y., & Rockstroh, B. (2015). Impact of childhood adversities on the short-term course of illness in psychotic spectrum disorders. *Psychiatry research*, 228(3), 633-640.
- Schalinski, I., & Teicher, M. H. (2015). Type and timing of childhood maltreatment and severity of shutdown dissociation in patients with schizophrenia spectrum disorder. *PLoS one*, 10(5), e0127151.
- Schalinski, I., Elbert, T., Steudte-Schmiedgen, S., & Kirschbaum, C. (2015). The cortisol paradox of trauma-related disorders: lower phasic responses but higher tonic levels of cortisol are associated with sexual abuse in childhood. *PLoS one*, 10(8), e0136921.
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert, T. (2005/2011). *Narrative Exposure Therapy. A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders*. 2nd Ed. Cambridge/ Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652-666.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., . . . Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661-671.