



**Arbeitsgruppe Trauma- und Stressforschung  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Zentrum für Psychosoziale Medizin – Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**

**Interdisziplinäres Netzwerk Psychotraumatologie Schweiz, 10.06.2021**

# **Trauma und Psychose**

**Prof. Dr. med. Ingo Schäfer, MPH**



**Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf**

## Trauma und Psychose:

- ... Zusammenhänge
- ... Klinische Relevanz
- ... Therapeutische Aspekte

## Einteilung traumatischer Erlebnisse

	„Akzidentell“	„Durch Menschen“	„Medizinisch“ *
<b>Typ-I-Trauma</b> (einmalig /kurzdauernd)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verkehrs- / Arbeitsunfälle</li> <li>– Berufliche Traumata (z.B. Einsatzkräfte)</li> <li>– Naturkatastrophen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vergewaltigungen</li> <li>– Körperliche Gewalt, Überfälle</li> <li>– Terroranschläge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schwere akute Erkrankungen (z.B. kardial, neurol.)</li> <li>– Komplikationen bei Geburten u. Narkosen</li> </ul>
<b>Typ-II-Trauma</b> (wiederholt /langanhaltend)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Langanhaltende Naturkatastrophen (z.B. Flut, Erdbeben)</li> <li>– Technische Katastrophen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sex./körperl. Gewalt in Kindheit u. Jugend</li> <li>– Folter, politische Inhaftierung</li> <li>– Kriegserlebnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lebensbedrohliche Erkrankungen (HIV, Krebs, schw. COPD/ Herzinsuffizienz)</li> <li>– Schwere unbehandelbare Erkrankungen</li> </ul>
<b>Typ-III-Trauma</b> (organisiert /langfristig) **		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Organisierte sex. Ausbeutung</li> <li>– Ritualisierte Gewalt</li> </ul>	



- Sexuelle Gewalt
- Körperliche Gewalt
- Emot. Gewalt

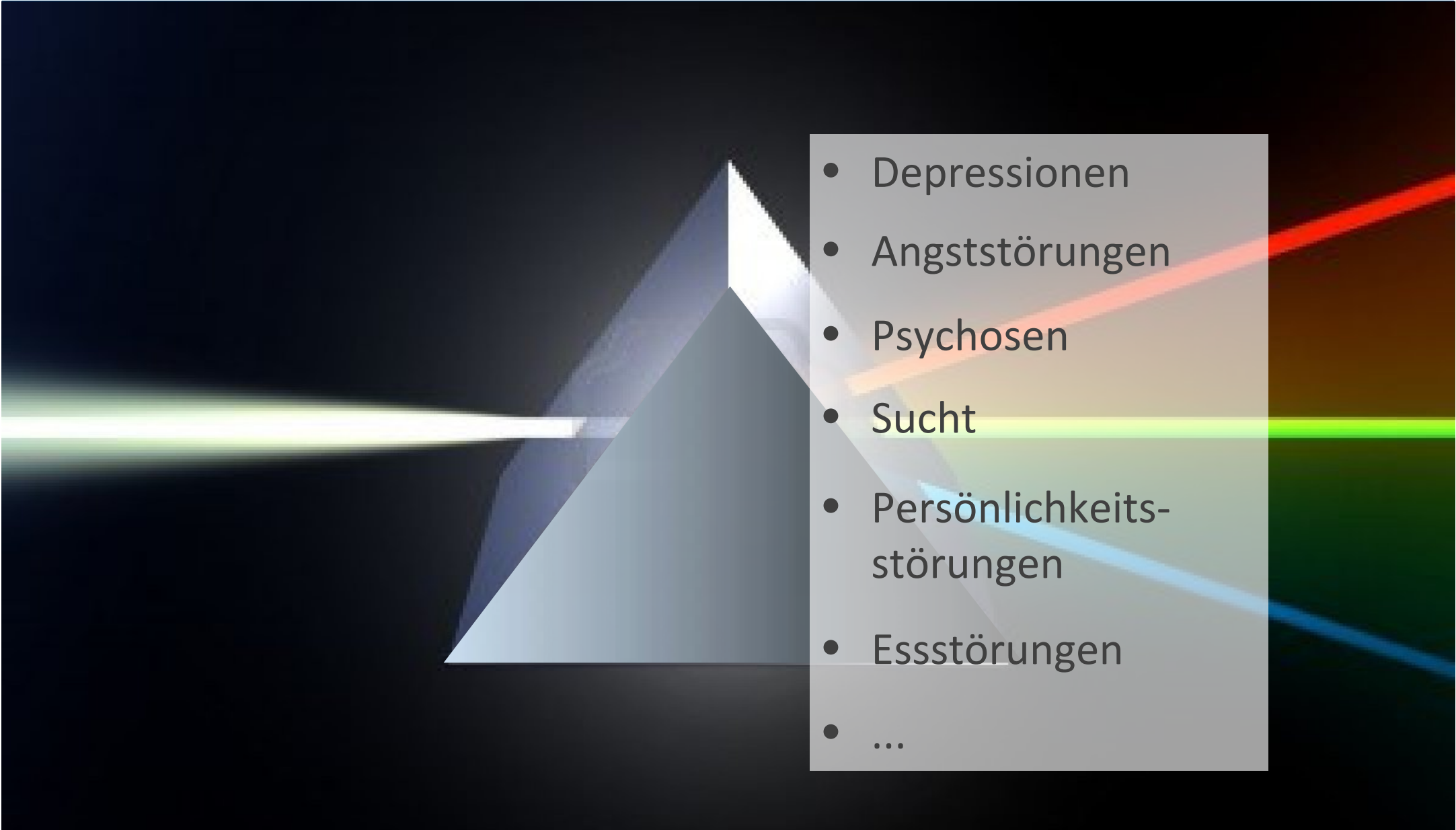
Aktive  
Formen

- 
- Emot. Vernachlässigung
  - Körperl. Vernachlässigung

Passive  
Formen

- Häusliche Gewalt (Zeugenschaft)
- Mobbing durch Gleichaltrige
- Frühe Trennung von Bezugspersonen
- ...

## Unspezifische Zusammenhänge

- 
- Depressionen
  - Angststörungen
  - Psychosen
  - Sucht
  - Persönlichkeitsstörungen
  - Essstörungen
  - ...

- „Familiäre Dysfunktion“ (v.a. Gewalt, Vernachlässigung) stärkster Prädiktor für psychische Störungen
- Gilt für alle untersuchten Diagnosen (Depression, Angststörungen, Suchterkrankungen, ...)
- Etwa ein Drittel (29,8%) aller psychischen Erkrankungen sind damit in Verbindung zu bringen
- Stärke der Zusammenhänge steigt mit Anzahl der Belastungen



# Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies

F. Varese, ... , J. van Os & R. Bentall

Schizophr Bull (2012) 38(4):661-71

## PROSPECTIVE COHORT STUDY

Makikyro et al, 1998

Janssen et al, 2004

Spauwen et al, 2006

De Loore et al, 2007

Schreier et al, 2009

Arseneault et al, 2010

Bartels-Velthuis et al, 2011

Cutjar et al, 2011

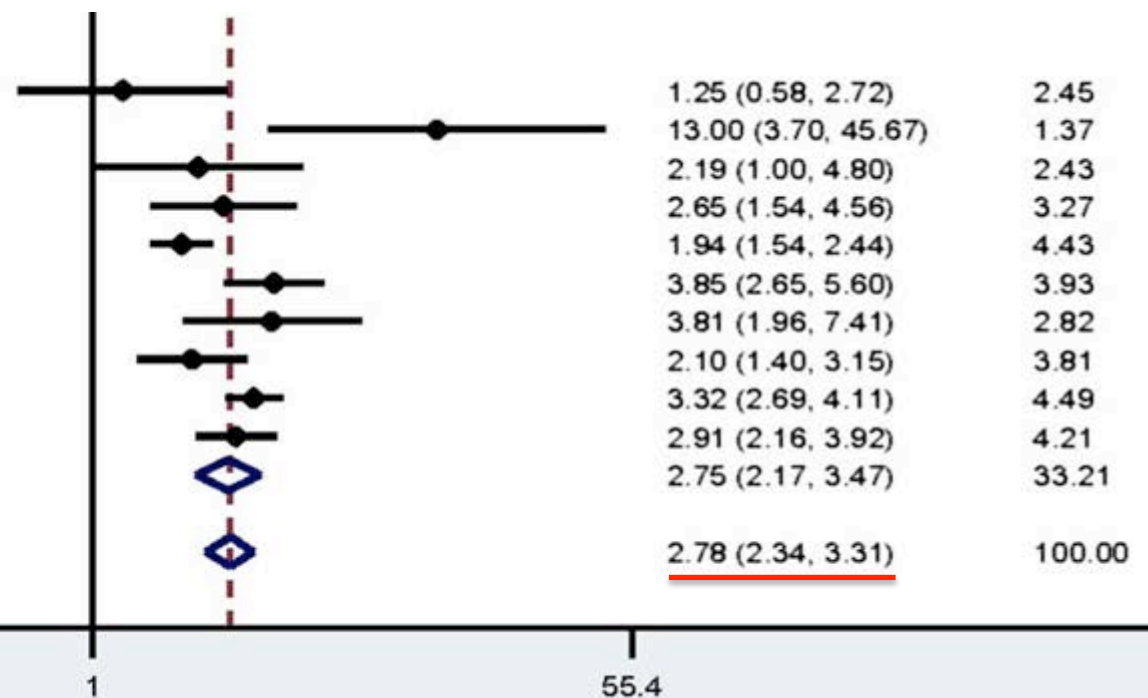
Van Nierop et al, 2011

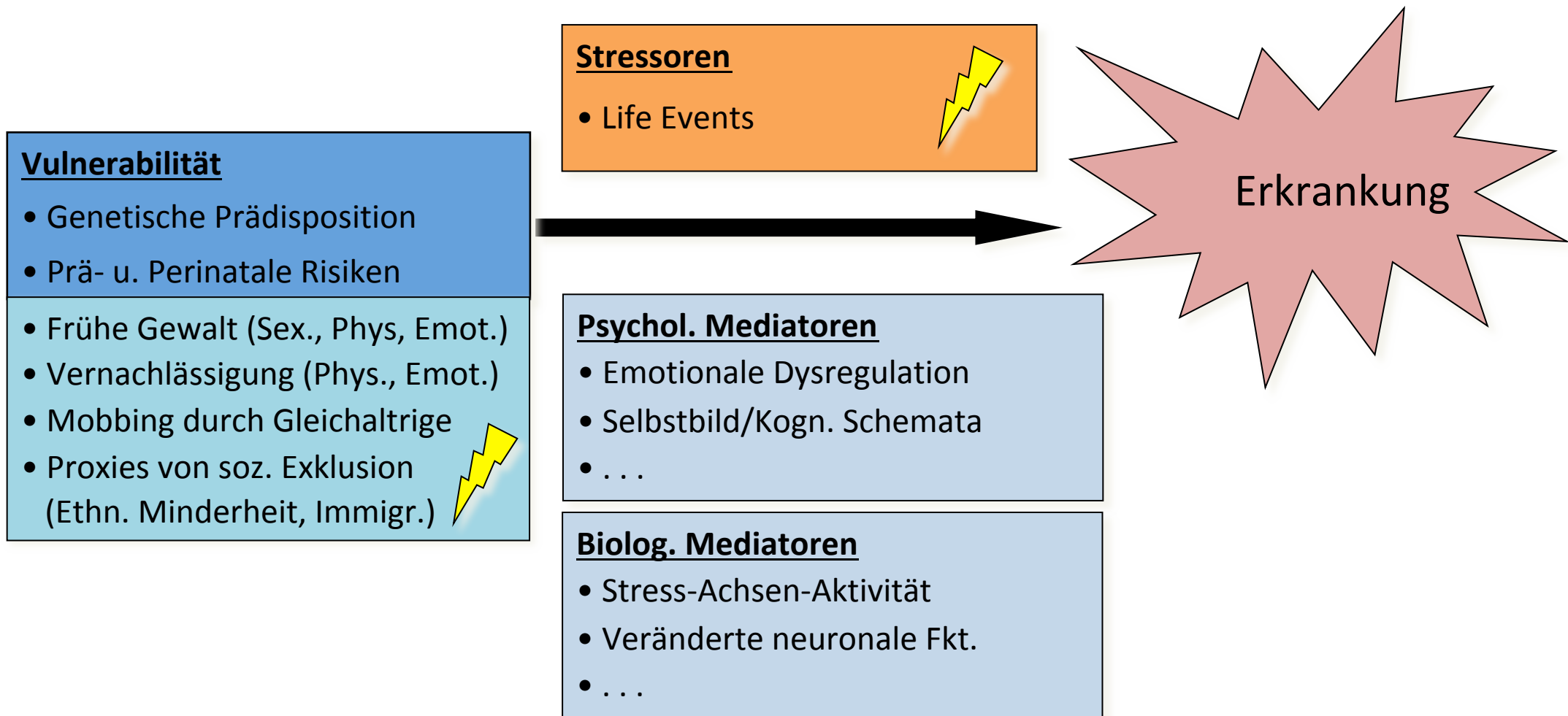
Wigman et al, 2011

Subtotal (I-squared = 67.6%, p = .001)

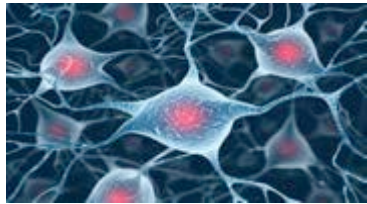
Overall (I-squared = 72.7%, p = .000)

NOTE: Weights are from random effects analysis









Neuronale  
Transmission



Hypothalamus

CRH

Hypophyse

ACTH

Amygdala  
Hippocampus

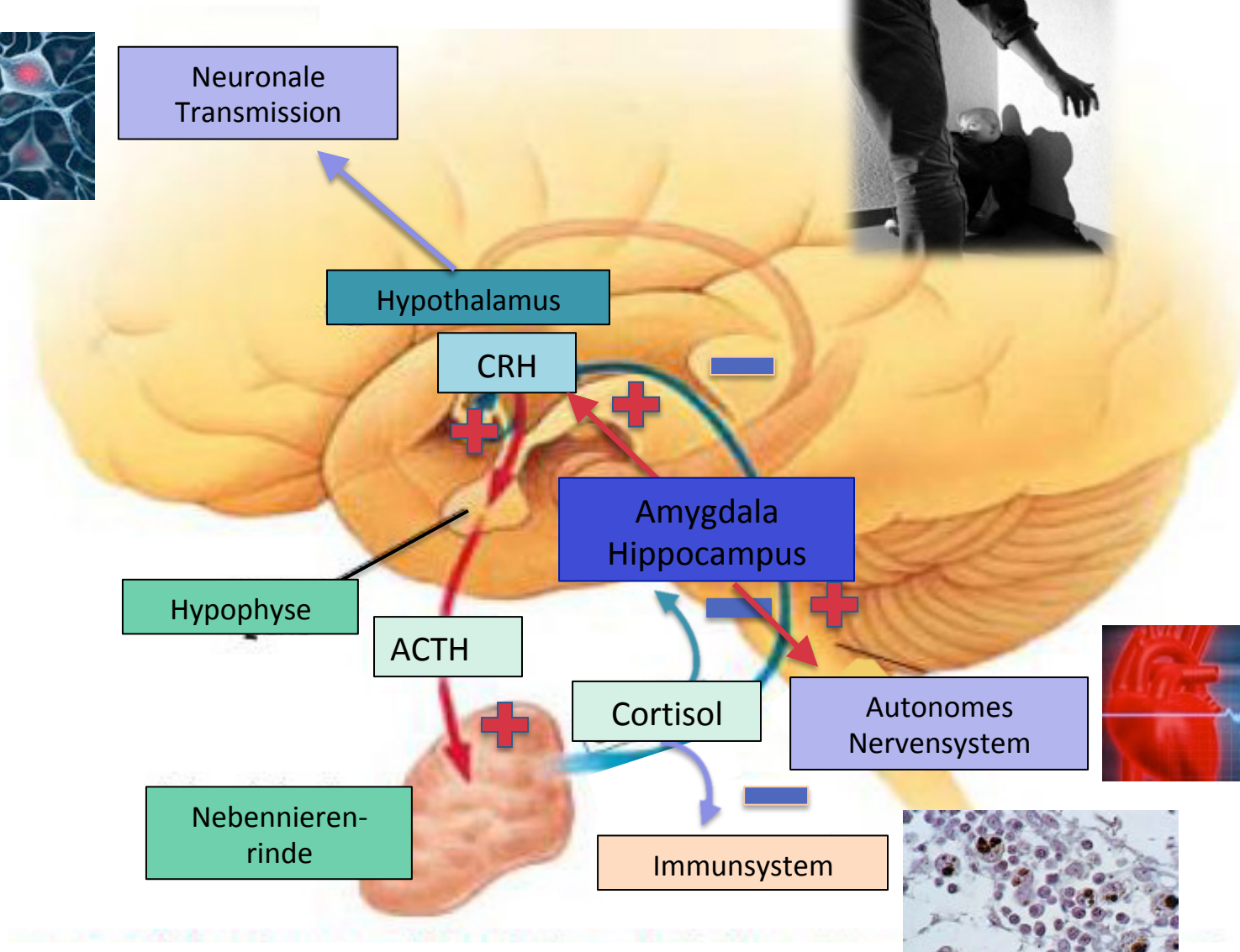
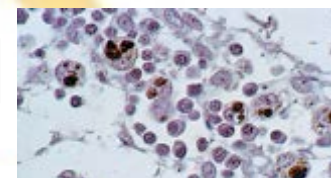
Cortisol

Autonomes  
Nervensystem



Nebennieren-  
rinde

Immunsystem



## „Stress-Sensitivierung“ als Mediator?



- N=50 Patienten mit psychot. Strg.
  - Erhebung von Traumatisierungen (CTQ), Alltagsstress, sowie emotionalen und psychotischen Reaktionen in der Folge
- ➔ Sign. Interaktionen zwischen Trauma und Stress in Bezug auf neg. Emotionen (events  $p < 0.04$ ; activity  $p < 0.001$ ) bzw. psychotische Symptome (events  $p < 0.001$ ; activity  $p < 0.001$ )

- Verschiedene Gruppen von mediierenden Faktoren, v.a.
  - Affektive Dysregulation
  - Kognitive Faktoren (Grundannahmen, Selbstbild)
  - Posttraumatische Symptome (PTBS, Dissoziation)
- Interaktionen zwischen frühen und späteren Belastungen
- Psychotische Erkrankungen können unabhängig von genetischen Prädispositionen mit frühen Belastungen assoziiert sein

Williams et al. (2018) *Clin Psychol Rev*; 65:175-196

Sideli et al. (2020) *Psychol Med*; 50:1761-1782

# Psychological processes mediating the association between developmental trauma and specific psychotic symptoms in adults: a systematic review and meta-analysis

M.A.P. Bloomfield. T. Chang, ... G. Lewis

*World Psychiatry* (2021) 20, 107-123

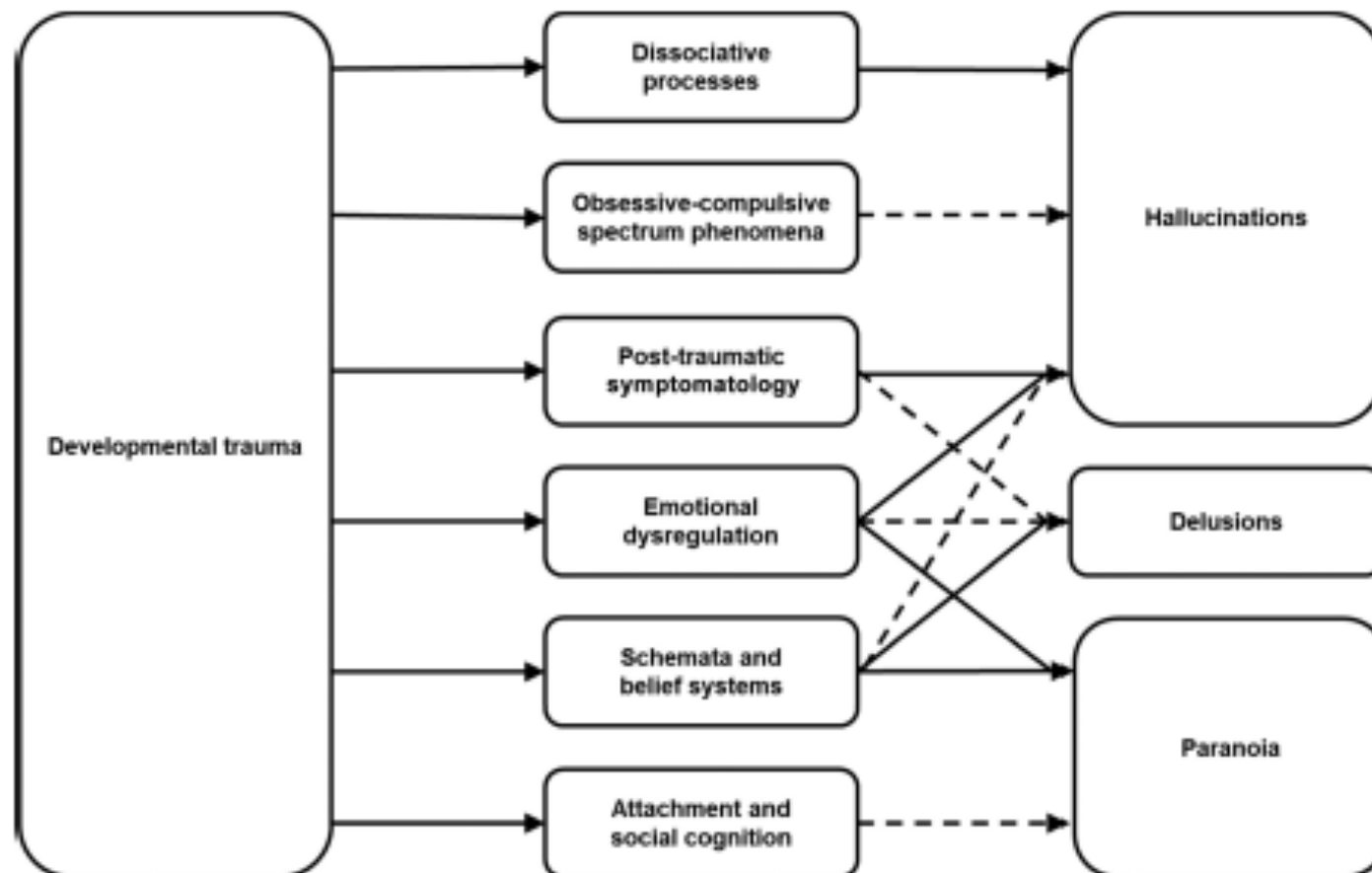
Meta-Analyse,  
22 Studien  
(2011-2020)



1 Studie



> 1 Studie



## Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma – A Critical Review

C. Morgan, H. Fisher

*Schizophr Bull* (2007) 33, 3-10

### Sexueller Missbrauch:

Frauen 42%

Männer 28%

### Körperliche Misshandlung:

Frauen 35%

Männer 38%

	n	CSA		CPA	
		Female	Male	Female	Male
Freidman and Harrison <sup>49</sup>	20	12 (60%)	—	—	—
Goff et al <sup>50</sup>	61	—	—	—	—
Greenfield et al <sup>15</sup>	38	8 (42%)	3 (16%)	8 (42%)	9 (47%)
Ross et al <sup>51</sup>	81	8 (32%)	17 (30%)	8 (32%)	13 (23%)
Trojan <sup>52</sup>	96	12 (25%)	13 (27%)	—	—
Darves-Bornos et al <sup>53</sup>	89	30 (34%)	—	—	—
Miller and Finnerty <sup>54</sup>	44	16 (36%)	—	—	—
Goodman et al <sup>55</sup>	50	23 (78%)*	9 (45%)*	—	—
Lysaker et al <sup>26</sup>	52	—	18 (35%)	—	—
Friedman et al <sup>2</sup>	22	7 (78%)	0 (0%)	—	—
Holowka et al <sup>56</sup>	26	4 (57%)	9 (47%)	1 (17%)	4 (21%)
Offen et al <sup>57</sup>	26	5 (71%)	5 (26%)	—	—
Resnick et al <sup>25</sup>	47	14 (47%)	3 (18%)	—	—
Compton et al <sup>14</sup>	18	2 (100%)	5 (31%)	2 (100%)	12 (75%)
Lysaker et al <sup>58</sup>	37	—	14 (38%)	—	21 (57%)
Kilcommons and Morrison <sup>59</sup>	32	1 (14%)	3 (12%)	1 (14%)	8 (32%)
Schenkel et al <sup>60</sup>	40	7 (47%)	4 (16%)	7 (47%)	6 (24%)
Lysaker et al <sup>61</sup>	65	—	18 (28%)	—	—
Shafer et al <sup>62</sup>	30	11 (37%)	—	6 (20%)	—
Bowe et al <sup>63</sup>	22	5 (62%)	5 (36%)	6 (75%)	8 (57%)
Total		165/389	126/446	39/113	81/211
Weighted average (%)		42	28	35	38

# Reliability and Comparability of Psychosis Patients' Retrospective Reports of Childhood Abuse

H.L. Fisher et al.

Schizophrenia Bulletin (2009) doi:10.1093/schbul/sbp103

Ersterkrankte Psychosepatienten (N=84 „AESOP-Study“)  
Sexueller Missbrauch und Misshandlung  $\leq 16$  Jahre (CECA.Q)

- Konvergente Validität mit Aktenangaben akzeptabel  
(CSA:  $\kappa=0.526$ ,  $p<.001$ ; CPA:  $\kappa=0.394$ ,  $p<.001$ )
- Berichte über 7 Jahre ausreichend stabil  
(CSA:  $\kappa=0.590$ ,  $p<.01$ ; CPA:  $\kappa=0.634$ ,  $p<.001$ )
- Kein Zusammenhang mit aktuellen psychotischen Symptomen

## Stationäre Psychose-Patient:innen im UKE




		Weiblich <i>N</i> (%)	Männlich <i>N</i> (%)	Gesamt <i>N</i> (%)	<i>p</i> -Wert
Gewalt Kindheit	sexuell	13 (27)	12 (12)	25 (17)	<b><i>p</i>=0,027</b>
	körperlich	18 (38)	28 (29)	46 (32)	<i>p</i> =0,293
	beides	8 (17)	7 (7)	15 (10)	<i>p</i> =0,079
	mind. eine Form	23 (48)	33 (34)	56 (39)	<i>p</i> =0,106
Gewalt Erwachsenenalter	sexuell	14 (30)	10 (10)	24 (17)	<b><i>p</i>=0,004</b>
	körperlich	13 (27)	43 (44)	56 (39)	<b><i>p</i>=0,045</b>
	beides	5 (10)	7 (7)	12 (8)	<i>p</i> =0,510
	mind. eine Form	24 (50)	46 (47)	70 (48)	<i>p</i> =0,770
Gewalt Lebenszeit	sexuell	23 (48)	20 (21)	43 (30)	<b><i>p</i>=0,001</b>
	körperlich	22 (46)	57 (59)	79 (55)	<i>p</i> =0,141
	beides	11 (23)	12 (12)	23 (16)	<i>p</i> =0,102
	mind. eine Form	34 (71)	62 (64)	96 (66)	<i>p</i> =0,407

(*N*=145)



- Niedrigeres soziales Funktionsniveau  
(z.B. Lysaker et al. 2001, 2004)
- Stärkere Symptomatik  
(z.B. Schenkel et al. 2005, Garino et al. 2005)
- Depression, Ängstlichkeit  
(z.B. Spence et al. 2006, Mullholland et al. 2008)
- Suizidalität, Selbstverletzung  
(z.B. Cui 2019, Grattan et al. 2019, Alvarez et al. 2021)
- Geringere Adhärenz/therapeutische Allianz  
(z.B. Conus et al. 2010; Lysaker et al. 2011)

## Childhood sexual abuse in patients with severe mental illness: Demographic, clinical and functional correlates

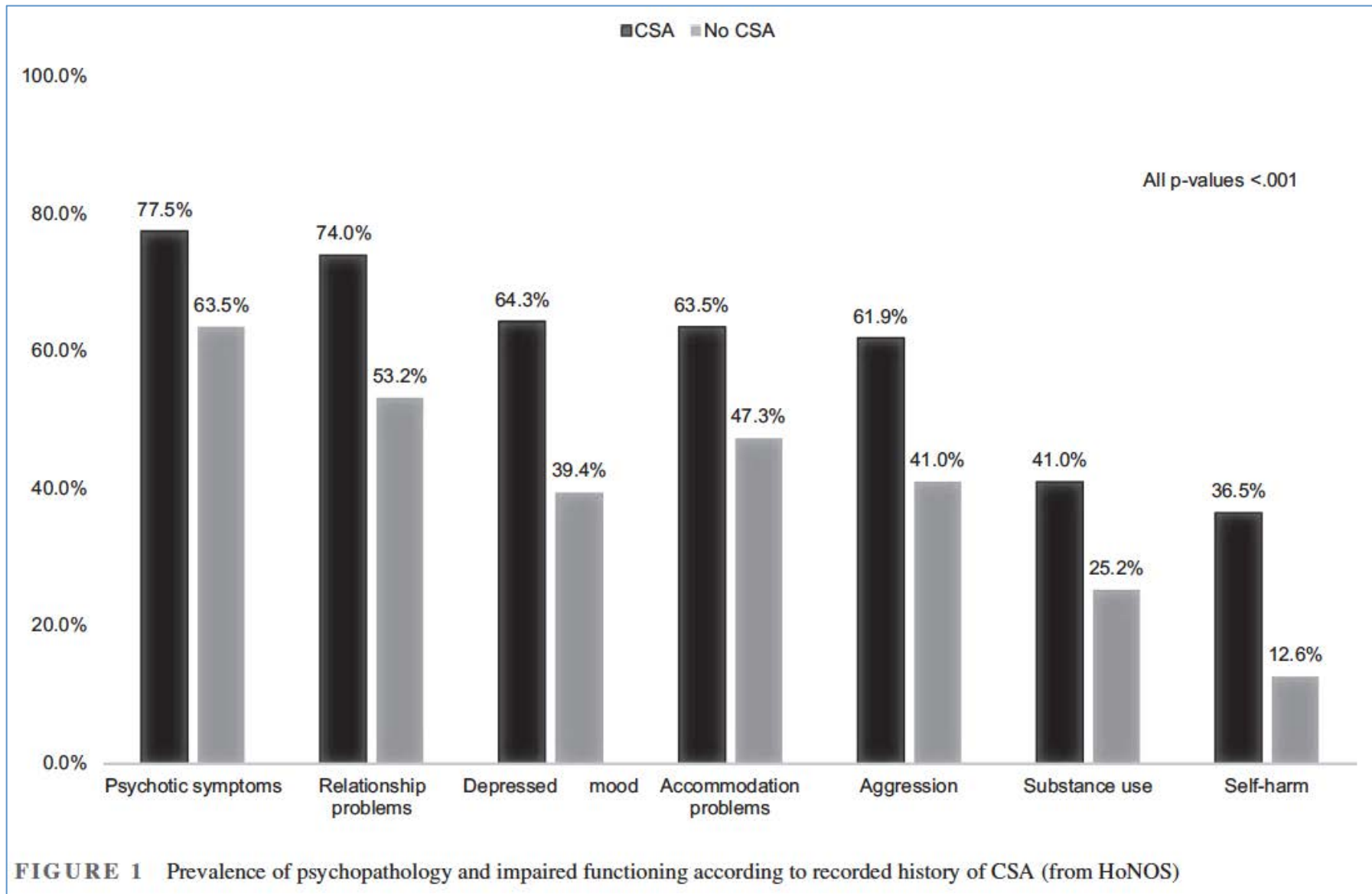
Nomi Werbeloff<sup>1,2</sup>  | Johan Hilge Thygesen<sup>3,4</sup> | Joseph F. Hayes<sup>2,3</sup>  | Essi M. Viding<sup>5</sup> | Sonia Johnson<sup>2,3</sup> | David P.J. Osborn<sup>2,3</sup> 

*Acta Psychiatr Scand.* 2021;143:495–502.

- Elektronische Gesundheitsdaten
- N=7000 Pat. „non-organic psychosis“/„bipolar disorder“
- N=619 (8.8%) Childhood sexual abuse

### **„Significant outcomes:**

- *The rates of CSA recorded in electronic health records of people with SMI are considerably lower than self-reported rates found in previous studies...*



	% in No CSA	% in CSA	OR (95% CI)	Adjusted <sup>a</sup> OR (95% CI)
Inpatient admissions (yes)	51.1%	67.0%	1.95 (1.64–2.32)	1.92 (1.61–2.30)
Above the median inpatient days p/year (10 days)	50.1%	56.9%	1.31 (1.07–1.62)	1.28 (1.04–1.57)
Antipsychotic medication (yes)	89.5%	95.5%	2.48 (1.68–3.65)	2.48 (1.65–3.66)
Above the median maximum recommended daily dose (75%)	47.6%	60.9%	1.72 (1.44–2.04)	1.70 (1.42–2.01)

<sup>a</sup>Adjusted for sex, age at first presentation and ethnicity.

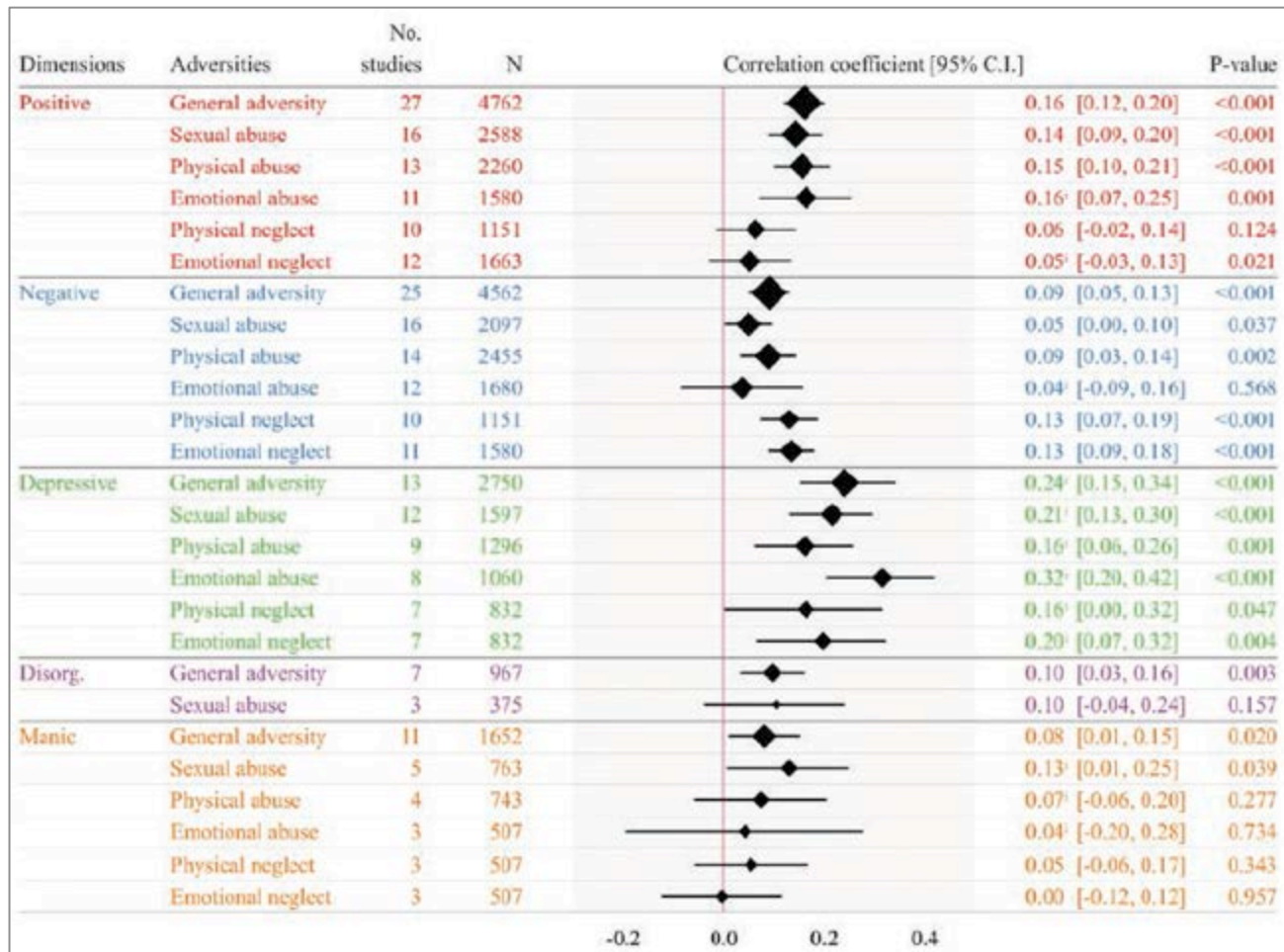
(Werbeloff et al. 2021)

- Halluzinationen mit direktem Bezug zum Trauma  
(z.B. Heins et al. 1990, Read & Argyle 1999)
- Subtile Zusammenhänge mit der Symptomatik  
(z.B. mehr bedrohliche und feindselige Stimmen)  
(z.B. Offen et al. 2003, Hardy et al. 2005)
- Mehr „Positivsymptome“, weniger „Negativsymptome“  
bei körperlicher oder sexueller Gewalt  
(z.B. Muenzenmaier et al. 1993, Ross et al. 1994, Read et al. 2002)

# Association Between Specific Childhood Adversities and Symptom Dimensions in People With Psychosis: Systematic Review and Meta-Analysis

L. Alameda, ... , C. Morgan & R. Murray

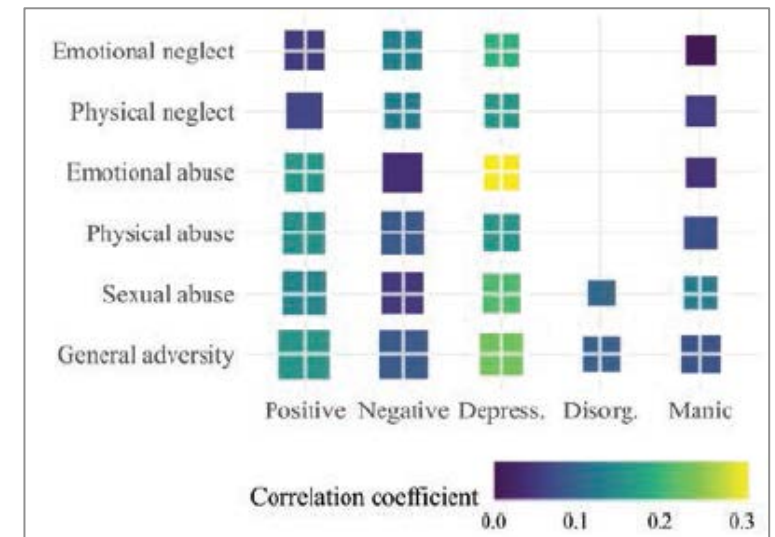
*Schizophr Bull* (2021) Apr 9; doi:10.1093/schbul/sbaa199



N=47 Publikationen

N=40 Studien

N=7379 Fälle





- N=7 Studien  
N=636 Fälle
- Schlechteres Outcome bei CM (OR=1.51)
- Hinweise auf stärkere Assoziationen bei Schizophrenie als bei psychotischen Störungen im Allgemeinen

## Acta Psychiatrica Scandinavica

Acta Psychiatr Scand 2019; 140: 295–312  
All rights reserved  
DOI: 10.1111/acps.13077

© 2019 The Authors. Acta Psychiatrica Scandinavica Published by John Wiley & Sons Ltd  
ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA

### Systematic Review or Meta-analysis

## Childhood maltreatment and treatment outcome in psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis

Thomas S, Höfler M, Schäfer I, Trautmann S. Childhood maltreatment and treatment outcome in psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis.

**Objective:** Childhood maltreatment (CM) plays an important role in the aetiology and course of psychotic disorders and is associated with characteristics that could be relevant for treatment. We aimed to conduct a systematic review and meta-analysis on the association between CM and treatment outcome in psychotic disorders.

**Methods:** Treatment outcome was defined as change in psychotic symptoms or in social or occupational functioning between first and last reported measurement in the course of a pharmacological and/or psychological treatment.

**Results:** Twelve treatment results from seven studies (636 patients, average treatment duration: 59.2 weeks) were included. CM was related to poorer treatment outcomes in psychotic disorders (OR = 1.51, 95% CI = [1.08, 2.10]). There is evidence that this association might increase with illness duration and increasing age and might be stronger in schizophrenia samples.

**Conclusions:** Childhood maltreatment is highly understudied with regard to treatment outcome in psychotic disorders. The need for more studies is emphasized by the fact that this meta-analysis reveals evidence for a poorer treatment response in patients with CM. If this association is confirmed, the identification of patients with CM and the

S. Thomas<sup>1</sup>, M. Höfler<sup>1</sup>,  
I. Schäfer<sup>2,3</sup>, S. Trautmann<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universität Dresden, Dresden, <sup>2</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, <sup>3</sup>Center for Interdisciplinary Addiction Research, University of Hamburg, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, and <sup>4</sup>Department of Psychology, Medical School Hamburg, Hamburg, Germany

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Key words: child abuse; psychotic disorders; schizophrenia; meta-analysis; treatment outcome

Sarah Thomas, Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universität Dresden, Chemnitz Str. 46, 01187 Dresden, Germany.  
E-mail: Sarah.Thomas@tu-dresden.de



## Therapeutic Alliance in Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Association with History of Sexual Assault

Paul H. Lysaker · Louanne Davis ·  
Samantha D. Outcalt · Marc Gelkopf ·  
David Roe

- N=40 (23% sex. Missbrauch)
- M=20.1±5.4 KVT-Sitzungen

➡ Signifikant schlechtere  
Einschätzung der therap. Allianz  
durch Pat. mit sex. Missbrauch

Observation month	Clients with sexual assault history		Clients without sexual assault history	
	Client mean	SD	Client mean	SD
Month 1	53.97	6.95	67.81	10.74
Month 2	59.66	14.64	68.68	10.50
Month 3	58.11	11.48	68.77	11.52
Month 4	57.55	11.06	68.71	9.70
Month 5	56.55	10.31	70.26	10.92
Month 6	60.44	11.58	69.70	11.06

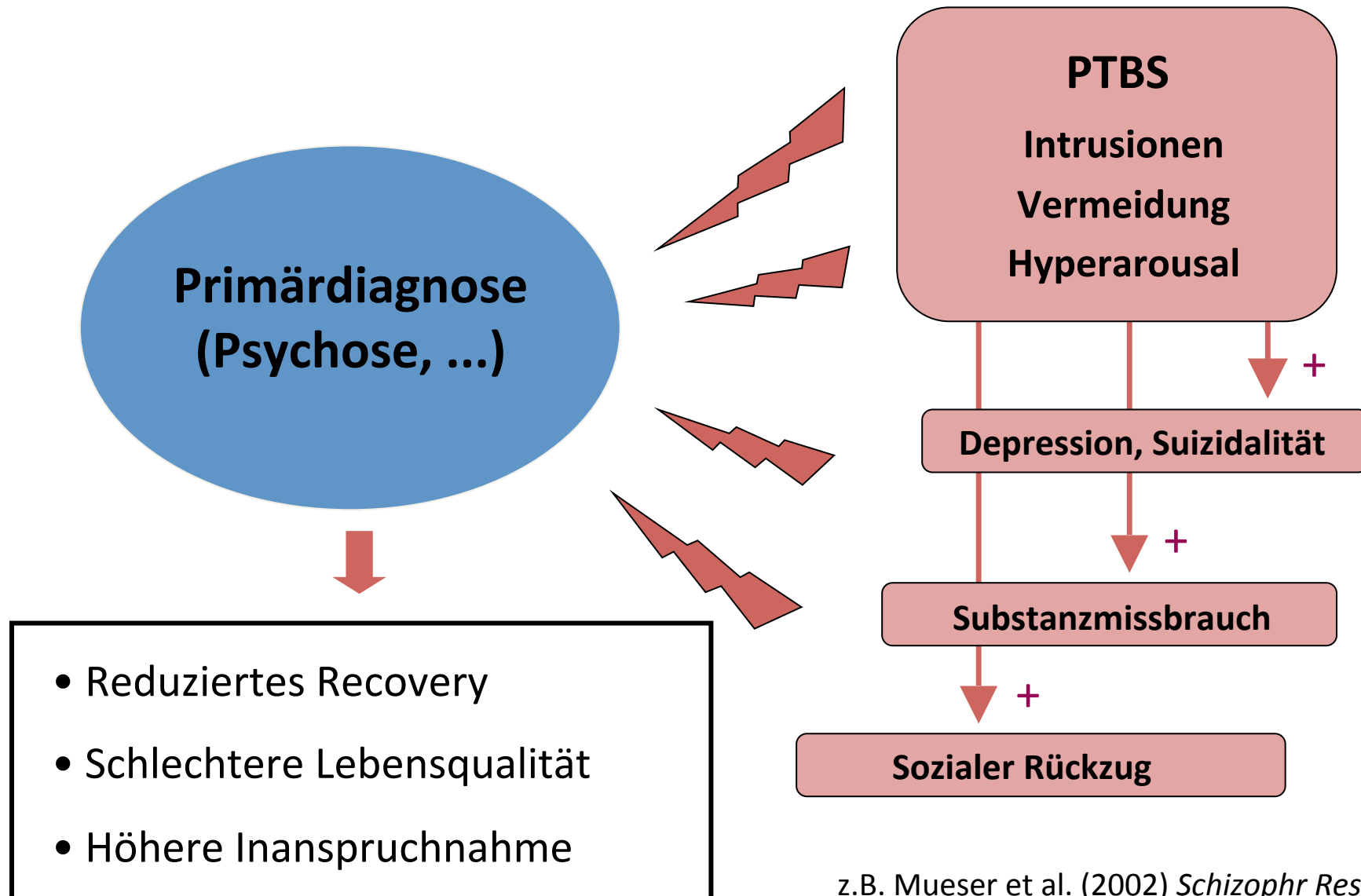
  

Observation month	Therapist mean		SD	
	Therapist mean	SD	Therapist mean	SD
Month 1	53.22	7.46	60.29	11.59
Month 2	58.66	12.04	63.51	7.97
Month 3	57.00	17.01	63.77	7.45
Month 4	57.00	16.24	63.77	10.46
Month 5	58.77	14.25	63.77	12.61
Month 6	59.33	15.05	63.87	10.77

Studie	Stichprobe	Instrument	Aktuelle PTBS
Neria et al. (2002) <i>J Consult Clin Psychol</i>	N=426, Schiz.-Spektrum /affektive Psychosen	SCID	14%
Fan et al. (2008) <i>Psychiatry Res</i>	N=87, Schiz.-Spektrum 25% weiblich	HTQ	17%
Lommen & Restifo (2009) <i>Community Ment Health J</i>	N=33, Schiz.-Spektrum 39% weiblich	PSS-SR	18%
Goldberg & Garino (2005) <i>J Psychiat Res</i>	N=100, Bipolare Störung 34% weiblich	SCID	24%
Assion et al. (2009) <i>Soc Psychiat Epidemiol</i>	N=74, Bipolare Störung 60% weiblich	PDS, CAPS	20%

**In der Akte dokumentiert: 0-3%** (Mueser et al. 1998, Brady et al. 2003, Lommen et al. 2009)

# Einfluss einer komorbiden PTBS auf den Krankheitsverlauf



# PSYCHOSIS, TRAUMA AND DISSOCIATION

Evolving Perspectives on  
Severe Psychopathology

Edited by  
Andrew Moskowitz, Martin J. Dorahy, Ingo Schäfer



Second Edition

WILEY Blackwell

## Dissoziation und Psychose

**Komorbidität  
Dissoziative  
Störung und  
Psychose**

z.B. Giese et al. 1997,  
Alao et al. 2000

**“Dissoziativer  
Subtyp“ von  
Psychosen**

z.B. Ross 2004,  
Sar et al. 2010

**Dissoziative  
Symptome bei  
Psychosen**

z.B. Goff et al. 1991,  
Schäfer et al. 2012

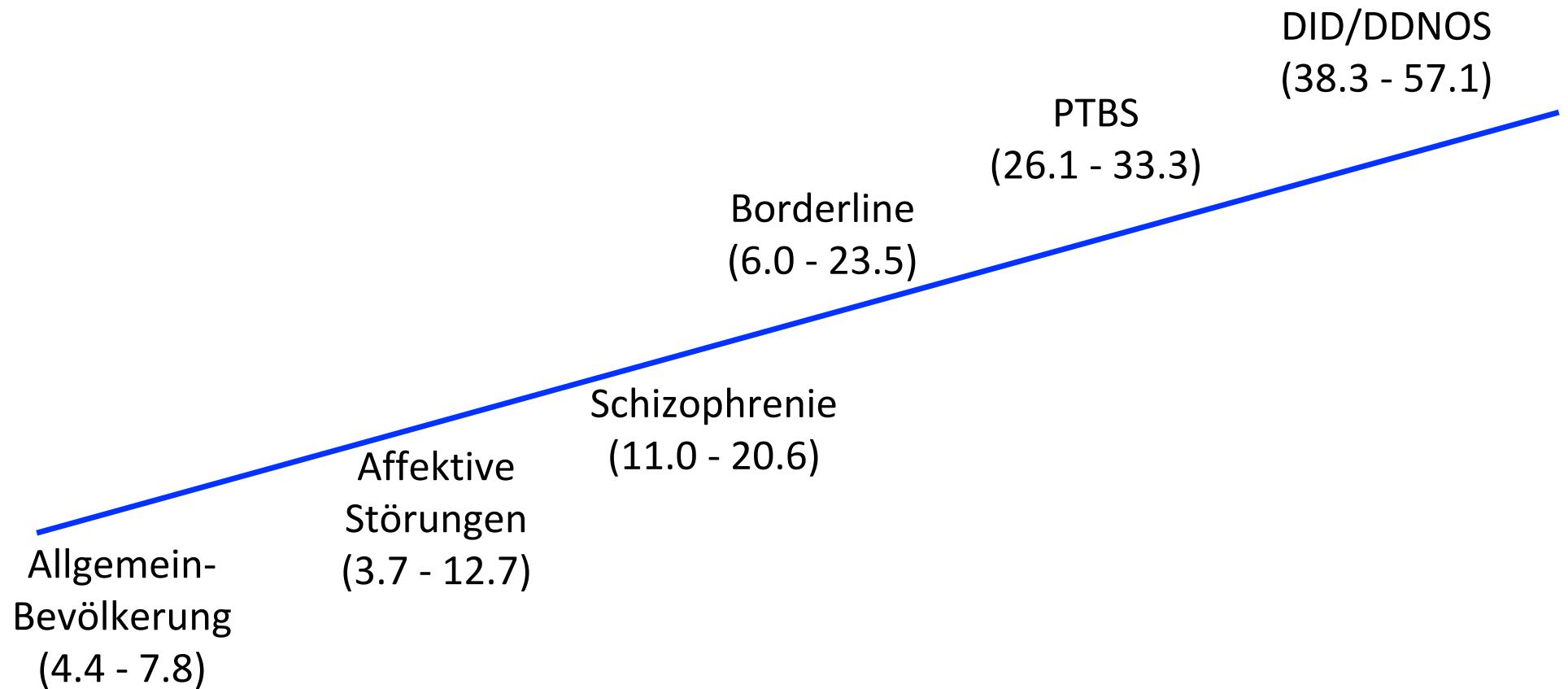
- Bei Patienten mit Schizophrenie häufig Derealisation, Depersonalisation, und weitere assoziierte Phänomene (z.B. „Déjà vu“)

(Mayer-Gross 1935, Sedmann & Kenna 1963, Adachi 2006, 2007)

- Traditionell als „Ich-Störungen“ interpretiert, sollen sich bei schizophrenen Patienten unterscheiden („Qualität des Gemachten“, „Keine Krankheitseinsicht“)

(Saperstein 1949, Meyer 1956, Davison 1964, Sims 1994)

## Dissoziative Symptome (DES)



(Dammann & Overkamp 2004)

## Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: relationships with childhood trauma and psychotic symptoms

I. Schäfer, H. Fisher, V. Aderhold, ..., T. Harfst

*Comprehensive Psychiatry* (2012) 53, 364-371

145 Patient:innen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20: 72%, F25: 22%).

- Bei Aufnahme Positiv-Symptome (PANSS) bester Prädiktor der dissoziativen Symptomatik ( $F_{inc}(3, 64) = 3.66, p = .017$ ).  
Keine Erhöhung von  $R^2$  durch Trauma-Variablen.
- Nach Stabilisierung (3 Wo.) sex. Gewalt (CTQ) bester Prädiktor der dissoziativen Symptomatik ( $F_{inc}(10.80) = 2.00, p = .044$ ).  
Keine Erhöhung von  $R^2$  durch PANSS-Scores.



## Describing the indescribable: A qualitative study of dissociative experiences in psychosis

E. Černis, D. Freeman, A. Ehlers

*PLoS ONE* (2020) 15(2): e0229091.

Qualitative Interviews, 12 Pat. mit „non-affective psychosis“

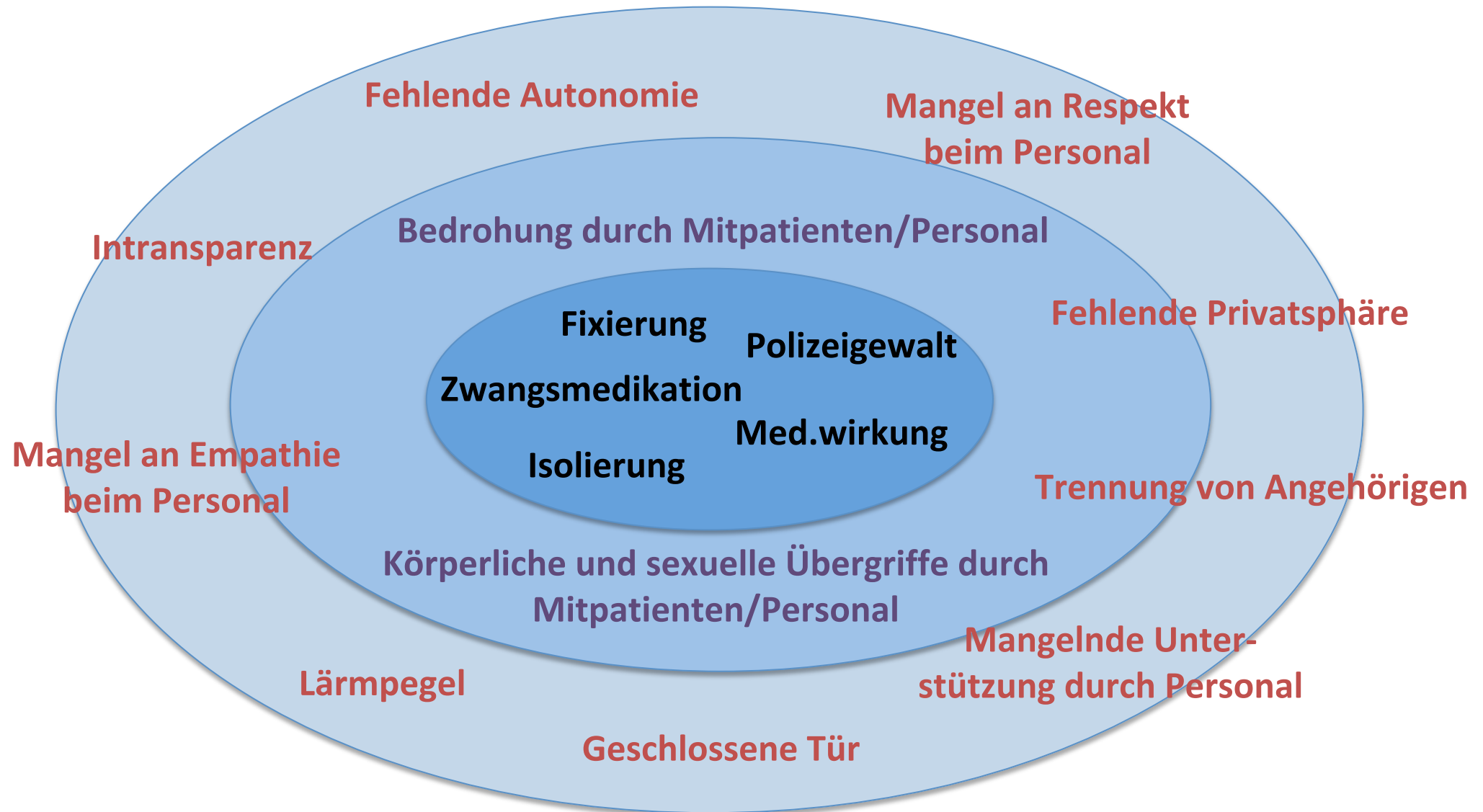
DES-Score:  $M = 36.9$  ( $SD = 20.0$ )

- Pat. empfanden es als schwierig ihr Erleben zu beschreiben, berichteten es anderen deshalb nicht spontan
  - Missverständnisse, wenn sie sich mitteilten; z.B. unpassend empfundene Behandlung (Medikation)
- Aktives Erfragen und Integration von passenden Interventionen

- „Hysterische Psychose“ (Janet 1895),  
„Brief Reactive Psychosis“ (APA 1968, 1980)
- Plötzlicher Beginn nach starker Belastung,  
kurze Dauer, gutes Ansprechen auf Psychotherapie
- Polymorphes Bild: „traum-/tranceähnliche  
Zustände“, Halluzinationen, Amnesie, andere  
„hysterische“ Symptome,...
- Häufig als „Schizophrenie“ fehldiagnostiziert?

(Follin et al. 1961, Hollender & Hirsch 1964, van der Hart et al. 1993)

# Potenziell traumatisierende Erlebnisse in der Psychiatrie



„Wieder geht die Tür auf, noch mehr Männer und Frauen kommen herein, alle stürzen sich auf mich, drücken meinen Körper fest aufs Bett, Einer kniet auf meinem Unterarm. Kommandos werden ausgetauscht. Ich habe nackte Angst. Sie werden mich töten, das weiß ich. Die Menschen kennen kein Erbarmen, sie reagieren überhaupt nicht auf mich (...)

Einige haben weiße Kittel an. Sind es Organdiebe oder bösartige Wissenschaftler, die mir einen Chip einpflanzen, um mich fortan als Marionette durchs Leben gehen zu lassen? (...) Ich denke an meine Kinder. Ich werde sie nie wiedersehen. Ich weine und bete. (...)

Eine Frau schlägt die Bettdecke zurück und drückt die Oberschenkel auseinander. »Ich werde sie jetzt katheterisieren«, sagt die andere und streift sich umständlich Handschuhe über. Sie will mich umbringen, ich weiß es. (...) Ich schreie und wimmere so lange, bis mir eine Spritze in den Oberschenkel gestoßen wird, die mich in einen ungnädigen Psychopharmaka-Halbschlaf fallen lässt.“

## PTBS bezogen auf Aspekte der Behandlung

Studie	Stichprobe	Instrumente	PTBS-Prävalenz
<b>McGorry et al. 1991</b> <i>J Nerv Ment Dis</i> 179: 253–58	N=36 Stat., Psychose	PTSD Scale, IES	46% (4 Mon.) 35% (12 Mon.)
<b>Meyer et al. 1999</b> <i>J Nerv Ment Dis</i> 187: 343–52	N=46 Stat., Psychose	CAPS, IES-R	3% (2 Mon.)
<b>Beattie et al. 2009</b> <i>J Nerv Ment Dis</i> 197: 56–60	N=47 Stat., Psychose	IES-R	31% (1 Mon.)
<b>Mueser et al. 2010</b> <i>Schiz Res</i> 116: 217–27	N=38 Stat., Psychose	CAPS	31% (1.5 Mon.)
<b>Steinert et al. 2013</b> <i>Psychiatr Serv</i> 64: 1012–17	N=102 Stat., Fixierungen	IES-R	5% (12 Mon.)
<b>Fugger et al. 2016</b> <i>Acta Psychiatr Scand</i> 133: 221–31	N=47 Stat., Fixierungen	IES-R	29% (Entlassung) 22% (1 Mon.)



## Effect of standardized post-coercion review session on symptoms of PTSD: results from a randomized controlled trial

Alexandre Wullschleger<sup>1,2</sup> · Angelika Vandamme<sup>1</sup> · Juliane Mielau<sup>1</sup> · Lara Renner<sup>3</sup> · Felix BERPohl<sup>1</sup> · Andreas Heinz<sup>1</sup> · Christiane Montag<sup>1</sup> · Lieselotte Mahler<sup>1</sup>

Received: 27 May 2020 / Accepted: 7 November 2020  
© The Author(s) 2020

### Abstract

**Objective** Post-coercion review is increasingly regarded as a mean to reduce the negative consequences of coercive interventions, including the development of posttraumatic symptoms. However, the efficacy of this intervention in preventing posttraumatic symptoms or PTSD has not been sufficiently studied. The objective of this study is to examine the influence of a single, standardized post-coercion review session on the development or exacerbation of PTSD symptoms in patients with psychotic disorders.

**Methods** In a multi-center, two-armed, randomized controlled trial, patients who experienced coercive interventions during current hospitalization were either randomized to standard treatment or an intervention group receiving a guideline-based, standardized reflecting review session. Factorial MANCOVA and subsequent ANCOVAs investigated the effects of the post-coercion reflecting review session on post-traumatic symptoms as measured by the subscales of the Impact of Events Scale-Revised (IES-R). Similarly, the effect of the intervention on the intensity of the peritraumatic reactions measured by the Peritraumatic Distress Inventory (PDI) was analyzed by conducting a factorial ANCOVA.

**Results**  $N = 82$  patients were included in an intention-to-treat analysis. MANCOVA and post hoc ANCOVAs revealed a significant main effect of the intervention for the IES-R subscales intrusion and hyperarousal, when controlling for levels of peritraumatic distress, whereby intervention group participants presented lower respective mean scores. There was no significant difference regarding the intensity of the peritraumatic reaction.

**Conclusion** Standardized post-coercion review contributes to a reduction of the burden of PTSD symptoms in patients with psychotic disorders experiencing coercive interventions in acute settings and shall be recommended as a measure of trauma-informed care.

## Trauma und Psychose:

- ... Zusammenhänge
- ... Klinische Relevanz
- ... Therapeutische Aspekte



# Studien zur Therapie – um wen geht es (nicht)?

**Table 1. Patients excluded in PTSD psychotherapy randomized controlled trials by covariate**

Therapy	Percentage of studies excluding patients with the following conditions (n)						Recent psychotropic changes
	Depression	Psychosis	Substance abuse	Substance dependence	Bipolar disorder	Suicidal ideation	
Cognitive-behavioral							
Primarily cognitive (n = 13)	30.7% (4)	76.9% (10)	53.8% (7)	69.2% (9)	61.5% (8)	61.5% (8)	61.5% (8)
Primarily exposure (n = 30)	23.3% (7)	93.3% (28)	33.3% (10)	70.0% (21)	63.3% (19)	56.7% (17)	46.7% (14)
Mixed cognitive and exposure (n = 13)	30.8% (4)	100.0% (13)	53.8% (7)	84.6% (11)	53.8% (7)	61.5% (8)	38.5% (5)
EMDR (n = 11)	36.4% (4)	90.9% (10)	36.4% (4)	63.6% (7)	54.5% (6)	63.6% (7)	27.3% (3)
Group (n = 8)	25.0% (2)	87.5% (7)	62.5% (5)	75.0% (6)	50.0% (4)	50.0% (4)	12.5% (1)
<b>All studies (n = 75)</b>	<b>28.0% (21)</b>	<b>90.7% (68)</b>	<b>44.0% (33)</b>	<b>72.0% (54)</b>	<b>58.7% (44)</b>	<b>58.7% (44)</b>	<b>41.3% (31)</b>

*EMDR: eye movement desensitization and processing*

## Befragung von Psychotherapeuten (N=491)

Keine Indikation zur Behandlung bei...	EMDR	PE
Psychotischer Störung	67.4%	67.0%
Vulnerabilität für Psychose	47.7%	59.9%
Dissoziativer Störung	45.4%	55.2%
Dissoziativen Symptomen	43.2%	44.4%
Substanzmissbrauch	37.3%	36.0%
Schwerer Depression	39.7%	44.6%
Bipolarer Störung	27.5%	30.8%
Suizidversuch in der jüngeren Vergangenheit	35.2%	45.6%
Suizidgedanken	26.5%	38.5%

van den Berg & van Minnen (2011) VGCT

### Leitlinienempfehlung 2.2.3.1

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Behandlung erster Wahl die **traumafokussierte Psychotherapie**, bei der der Schwerpunkt auf der **Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Erlebnis und/oder seiner Bedeutung** liegt.  
(A, 100%)

### Leitlinienempfehlung 2.2.3.2:

Eine **traumafokussierte** Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden. (KKP, 100%)

### Leitlinienempfehlung 13 (alt):

A  
4  
H  
K  
Leitlinienempfehlung 2.6.3.3 (neu):  
„Potenziell gefährdende Symptome und Verhaltensweisen (z.B. Suizidalität, psychotische Symptome, dissoziative Symptome, Selbstverletzung, Fremdaggression, Substanzkonsum) die zu schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle führen, stellen eine relative Kontraindikation für ein traumafokussiertes Vorgehen dar.“  
(KKP, 81%)

➡ Nicht komorbide Störungen bzw. Symptome an sich Kontraindikation, entscheidend sind Störungen der Verhaltenskontrolle

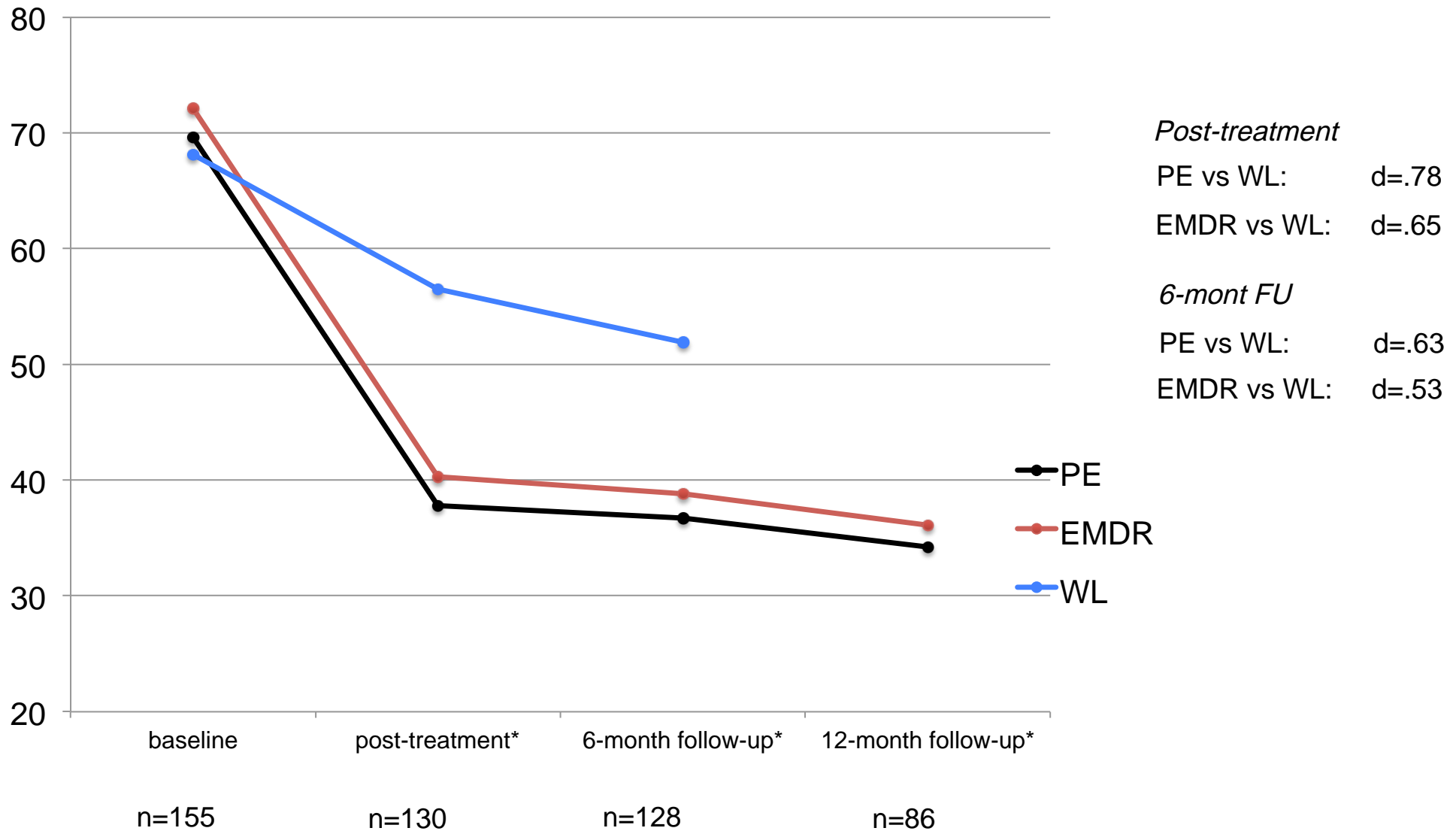
# Prolonged Exposure vs. Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patients with a Psychotic Disorder

D. van den Berg, P. de Bont, B. van der Fleugel et al.

*JAMA Psychiatry* (2015) 72(3):259-67

**Table 1.** Baseline demographic and clinical characteristics<sup>a</sup>

Characteristics	Prolonged Exposure (n=53)	EMDR (n=55)	Waiting List (n=47)	Total sample (n=155)
<b>A1/A2 index trauma categories (single or multiple)</b>				
Sexual abuse	38 (71.7)	28 (50.9)	28 (59.6)	94 (60.7)
Multiple CSA ≤ age 12	26 (49.1)	20 (36.4)	13 (27.7)	59 (38.1)
Physical abuse	29 (54.7)	30 (54.6)	23 (48.9)	82 (52.9)
Traumatic psychosis	9 (16.9)	6 (10.9)	13 (27.7)	28 (18.1)
Emotional abuse in childhood	4 (7.6)	3 (5.5)	3 (6.4)	10 (6.5)
Other traumatic events (e.g. accident, disaster, war)	27 (50.9)	33 (60.0)	24 (51.1)	84 (54.2)
<b>Life time diagnosis M.I.N.I.-Plus</b>				
Schizophrenia	31 (58.5)	34 (61.8)	30 (63.8)	95 (61.3)
Schizoaffective disorder	17 (32.1)	15 (27.3)	13 (27.7)	45 (29.0)
Brief psychotic disorder	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.1)	1 (0.6)
Psychotic disorder not otherwise specified	1 (1.9)	3 (5.5)	0 (0.0)	4 (2.6)
Bipolar disorder with psychotic features	2 (3.8)	2 (3.6)	3 (6.4)	7 (4.5)
Depression with psychotic features	2 (3.8)	1 (1.8)	0 (0.0)	3 (1.9)
Suicide attempt (ever)	33 (62.3)	33 (60.0)	28 (59.6)	94 (60.6)
Current medium or high suicide risk M.I.N.I.-Plus	27 (50.9)	23 (41.8)	20 (41.6)	70 (45.2)
Current delusions on DRS <sup>b</sup>	34 (64.2)	32 (58.2)	30 (63.8)	96 (61.9)
Current auditory verbal hallucinations on AHRS	21 (39.6)	24 (43.6)	17 (36.2)	62 (40.0)
CAPS, mean (SD)	69.6 (14.9)	72.1 (17.6)	68.1 (15.9)	69.9 (16.2)
PSS-SR, mean (SD)	28.5 (8.0)	30.3 (7.8)	27.7 (8.9)	28.9 (8.2)
PTCI, mean (SD)	153.1 (35.8)	147.6 (32.6)	144.9 (28.7)	148.6 (32.6)
BDI-II, mean (SD)	30.9 (11.4)	28.2 (11.6)	29.7 (12.4)	29.6 (11.7)





	während Behandlung	während follow-up
<input type="checkbox"/> Prolonged Exposure	1	1
<input type="checkbox"/> EMDR	0	1
<input type="checkbox"/> Warteliste	1	3



„TTIP Psychosis“

# Trauma-informed care for adult survivors of developmental trauma with psychotic and/or dissociative symptoms: a systematic review of intervention studies

M.A.P. Bloomfield, F. Yusuf, ... A. Pitman

*Lancet Psychiatry* (2020) 7, 449-462

24 Studien zwischen 1977 und 2018 (Breite Einschlusskrit.: „Trauma“)

- *„Potential treatment targets including emotion regulation, acceptance, interpersonal skills, trauma re-processing and the integration of dissociated ego states“*
- *„There was preliminary evidence in favour of third wave cognitive therapies“*

Marylene Cloitre · Lisa R. Cohen  
Karestan C. Koenen

# Sexueller Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit

Ein Therapieprogramm zur Behandlung  
komplexer Traumafolgen

Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von  
Ingo Schäfer, Stephan Schubert-Heukeshoven und Maria Teichert

mit CD-ROM

HOGREFE 

## „STAIR/Narrative Therapie“ (Cloitre et al. 2006, 2014)

- Addressiert zentrale Symptomebereiche bei komplexer PTBS:
  - Probleme mit der Emotionsregulation
  - Interpersonale Probleme (Schemata)
  - PTBS-Symptome
- Hoher Grad an Standardisierung
- Studien zur Wirksamkeit bei komplexer PTBS

### „Skills Training zur affektiven und interpersonellen Regulation“

**Sitzung 1: Die Ressource Hoffnung - Einführung in die Behandlung**

**Sitzung 2: Gefühle als Ressource - Emotionen bewusst wahrnehmen**

**Sitzung 3: Emotionsregulation - Problematische Emotionen identifizieren**

**Sitzung 4: Leben in Kontakt mit Emotionen - Belastungstoleranz entwickeln**

**Sitzung 5: Die Ressource Bindung - Beziehungsmuster verstehen**

**Sitzung 6: Beziehungsmuster verändern**

**Sitzung 7: In Beziehungen kompetent handeln**

**Sitzung 8: Flexibilität in Beziehungen**

**Sitzung 9: Übergang zur narrativen Bearbeitung von Traumatisierungen**

**„Wenn ich gehorche und mich unterordne werde ich geliebt“**

*(Sexuelle Gewalt)*

**„Wenn ich meine Gefühle äußere werde ich verletzt“**

*(Körperliche Gewalt)*

**„Wenn ich mich ruhig verhalte und für Harmonie Sorge wird nichts Schlimmes passieren“**

*(Gewalt zwischen den Eltern)*

**„Wenn ich in Beziehungen vertraue werde ich enttäuscht“**

*(Eltern mit Suchtproblemen)*

### Ziele:

- Reduktion von PTBS-Symptomatik
- Weitere Arbeit an Schemata

### Vorgehen:

- Traumanarrative mit “Anfang, Mitte und Ende”
- 2-3 Durchgänge in der Sitzung
- Fortsetzung zuhause mit Tonbandaufnahmen
- Gefühle identifizieren  
(Angst, Scham, Schuld, Ärger, Verlust)
- Schemata identifizieren





# Trauma Healing Via Cognitive Behavior Therapy in Chronically Hospitalized Patients

B. Trappler, H. Newville

*Psychiatr Q (2007) 78:317-325*

N=24 Patienten mit Schizophrenie und komplexer PTBS

- 12 wöchentliche Gruppensitzungen KVT (STAIR) vs. „supportive Gruppen“
- Nur in der KVT-Gruppe signifikante Reduktion von Trauma-(IES-Score) und Positivsymptomen (BPRS)
- In beiden Gruppen Reduktion weiterer BPRS-Scores (somatische Symptome, Angst, Depression, Feindseligkeit, Anspannung)





**Vielen Dank für die Aufmerksamkeit !**



**[i.schaefer@uke.de](mailto:i.schaefer@uke.de)**