

Häufige Komorbiditäten

Trauma und Psychose

Alkomiet Hasan, Bernhard Maier und Benjamin Pross – Augsburg

Traumatische Erfahrungen können die Entstehung und den Verlauf von Psychosen beeinflussen. Viele Jahre galt die Behandlung mit traumazentrierten Ansätzen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen als kontraindiziert. Nur langsam ändern sich Empfehlungen in den Leitlinien und klinische Routinen. Das im Jahr 2023 gegründete Deutsche Zentrum für psychische Gesundheit wird dem Einfluss der frühen Traumatisierung auf die Entstehung und den Verlauf von schweren psychischen Erkrankungen einen Forschungsschwerpunkt geben.

Der Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose ist mittlerweile vielfach gezeigt worden. Bis zu 30 % der Menschen mit einer Schizophrenie erfüllen die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) [1, 2]. Eine ältere Arbeit an Kriegsveteranen zeigte diesen Zusammenhang bei 17 % der untersuchten Personen [3]. Insgesamt besteht jedoch eine große Heterogenität in den Studien mit sehr niedrigen Prävalenzraten bis hin zu Befunden, dass fast zwei von drei Menschen mit einer Schizophrenie die Kriterien für eine PTBS erfüllen [4]. Diese Differenzen sind sicherlich durch unterschiedliche Populationen und Definitionen für Symptome oder Kriterien einer PTBS zu erklären. Generell ist jedoch davon auszugehen, dass nahezu alle Menschen mit einer Schizophrenie zu irgendeinem Zeitpunkt ihres

Lebens eine traumatische Erfahrung gemacht haben (z. B. [5]).

Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung

Wie stellen sich die Zahlen in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu diesen hohen Zahlen bei Menschen mit einer Schizophrenie dar? In Deutschland haben 28 % der Frauen und 21 % der Männer in ihrem Leben mindestens ein potenziell traumatisierendes Erlebnis [6]. Davon entwickeln 10–12 % der Frauen und 5–6 % der Männer eine PTBS [7]. Dabei ist die Art des Traumas wesentlich. Es zeigen sich Prävalenzen von

- ▶ circa 50 % nach Vergewaltigung, bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern,
- ▶ circa 25 % nach anderen Gewaltverbrechen,

► circa 10 % bei Verkehrsunfallopfern und nach schweren Organerkrankungen.

In der Allgemeinbevölkerung hierzulande beträgt das Geschlechterverhältnis Mann:Frau 1:2, und die Lebenszeitprävalenz für PTBS liegt bei 1,5–2,3 % [7]. Diese Zahlen verdeutlichen, dass traumatische Erlebnisse und die Häufigkeit einer PTBS bei Menschen mit einer Schizophrenie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht sind. Dabei zeigt sich bei Menschen mit einer psychotischen Erkrankung ein kumulativer Dosisseffekt: Mit der Anzahl der Traumata steigt das Risiko für die Entstehung einer psychotischen Erkrankung [8]. Diese Dosis-Wirkungs-Beziehung ist sehr deutlich und insbesondere sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung sind wesentliche Risikofaktoren für die Entstehung einer psychotischen Erkrankung [8]. Neben diesen beiden Traumatisierungen erhöhen auch emotionaler Missbrauch, Mobbing und emotionaler Neglect das Risiko, eine psychotische Erkrankung zu entwickeln. Der Verlust eines Elternteils wird in diesem Kontext auch immer wieder beschrieben, war aber in der zitierten großen Analyse kein signifikanter Einflussfaktor [8]. Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ führt weiterhin aus, dass schwer psychisch kranke Menschen (also auch Menschen mit einer Schizophrenie) in Gegenüberstellung zur gesunden Vergleichspopulation ein etwa sechsfach höheres Risiko haben, selbst Opfer von Gewalt zu werden [9]. Dabei sind sexuelle Gewalt oder Übergriffe im häuslichen Umfeld am häufigsten.

Definition des Begriffs Trauma

Trauma wird definiert als:

- Erleben einer problematischen Situation oder eines bedrohlichen Ereignisses,
- Gefühle von Angst und Hilflosigkeit und/oder schutzloser Preisgabe beziehungsweise Ausgeliefertsein,
- keine subjektiv wahrgenommene Möglichkeit der Bewältigung,

► (dauerhafte) Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses als Folge des bedrohlichen Diskrepanz-Erlebnisses.

Die ICD-10 definiert Trauma als „ein belastendes Ereignis [...] mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Zu unterscheiden sind dabei:

- **Typ-I-Traumata:** kurze Dauer und in der Regel einmaliges Auftreten, zum Beispiel Naturkatastrophen, Unfälle.
- **Typ-II-Traumata:** längere Dauer beziehungsweise wiederholtes Auftreten, zum Beispiel Geiselhäft, Kriegsgefangenschaft, über längere Zeit andauernder sexueller Missbrauch.

Traumafolgestörungen sind bei Menschen mit Schizophrenie häufig.

Diagnostik und Einordnung

Die Diagnostik von Symptomen einer Traumatisierung oder einer PTBS bei Menschen mit einer Schizophrenie ist insbesondere aufgrund der symptomatischen Überlappung zwischen diesen und psychotischen Symptomen nicht immer einfach. Prinzipiell ist es im ersten Schritt entscheidend zu evaluieren, wann traumatische Erlebnisse aufgetreten sein könnten. ►Abb. 1 gibt hierfür eine schematische Orientierung.

Die diagnostische Einschätzung einer traumabedingten Störung sollte auf der Basis des klinischen Befundes und durch eine weiterführende Diagnostik in Form von strukturierten Fragebögen und Interviews (nach ICD-10 oder DSM-V) erfolgen. Dabei sollten Fragen nach traumatischen Kindheits-erfahrungen in einer stabileren Phase der Erkrankung bereits in die Routinediagnostik aufgenommen werden. Standardisierte Messinstrumente sind zum Beispiel der Aachener Fragebogen zur Traumaverarbeitung (AFT) oder die Post Traumatic Stress Scale-10 (PTSS-10) [10]. Diese können die Diagnosestellung beim Verdacht auf eine posttraumatische Störung unterstützen. Generell hat der Childhood Trauma Questionnaire eine robuste Evidenz hinsichtlich der Detektion einer frühkindlichen Traumatisierung bei der Schizophrenie. Die Trauma and



1 Schematische Darstellung des Zusammenhangs zwischen traumatischer Erfahrung und der Diagnose einer psychotischen Störung. Vor der Diagnose stellt Traumatisierung ein Risiko für die Entstehung der psychotischen Erkrankung dar. Nach der Diagnose resultieren traumatische Erfahrungen in einem ungünstigen Verlauf oder Rezidiven. Aber es gibt auch inhaltliche Unterschiede. Während vor der Diagnose sexueller oder körperlicher Missbrauch, Neglect, Mobbing oder emotionaler Missbrauch zu nennen sind, können nach der Diagnose auch die Erlebnisse im Kontext der Psychose (die bedrohlichen Symptome, die Hospitalisierung, gegebenenfalls Hilflosigkeit, aber auch zum Beispiel Zwangsmaßnahmen) als traumatisch erlebt werden.

Life Events Checklist (TALE) ist die einzig verfügbare Skala, die auch psychosebedingte und iatrogene Traumatisierungen abbildet. Diese ist als Screeninginstrument bei Menschen mit einer Schizophrenie geeignet [11].

Generell sollte die Diagnose nach ICD-10- oder DSM-V-Kriterien gestellt werden. PTBS-Symptome sind der Schizophrenie unter den F2-Diagnosen nach ICD-10 nicht näher zugeordnet. Auch in der neuen ICD-11 (hier findet sich die PTBS unter dem Kapitel: "Disorders specifically associated with stress") wird es keine direkte Zuordnung zu psychotischen Erkrankungen geben. Dennoch definiert die ICD-11 mögliche Unterschiede und Überlappungen zwischen beiden Entitäten (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>). Die für die klinische Praxis relevanten Unterschiede und Gemeinsamkeiten sind in ►Abb. 2 zusammengefasst.

Entscheidend für die Zukunft der Kodierung ist dabei, dass – wenn die Kriterien für beide Entitäten erfüllt sind – beide auch kodiert werden sollen. Dies deckt sich mit der bisherigen Praxis, dass Symptome einer PTBS, die im Verlauf einer Schizophrenie auftreten, nur im Rahmen einer Zusatzdiagnose (F43) abgebildet werden können.

Biologische und psychologische Mechanismen

Unumstritten ist, dass der Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose nicht monokausal ist. Viele Menschen mit einer Traumatisierung entwickeln keine Psychose. Daher ist es wichtig, sich einige biologische und psychologische Mechanismen zu vergegenwärtigen [10, 12]. In der Regel ist von einer Interaktion aus „Genetik“ × „Traumatisierung“ × „anderen Umweltfaktoren“ auszugehen. Andere Um-

weltfaktoren neben der Traumatisierung sind zum Beispiel Substanzmissbrauch oder Migration. Als Folge dieser Interaktion werden verschiedene biologische Prozesse, zum Beispiel eine Störung der HPA-Achse, eine Reduktion von Neurotrophinen, inflammatorische Prozesse, aber auch strukturelle Alterationen der Hirnstruktur, als Psychose-prädisponierende Faktoren angenommen. Psychologische Mechanismen, die aus dieser Interaktion resultieren sind dysfunktionale Schemata, affektive Dysregulation, unsicheres Bindungsverhalten oder dissoziative Mechanismen. Auch diese Faktoren begünstigen die Entstehung einer Psychose.

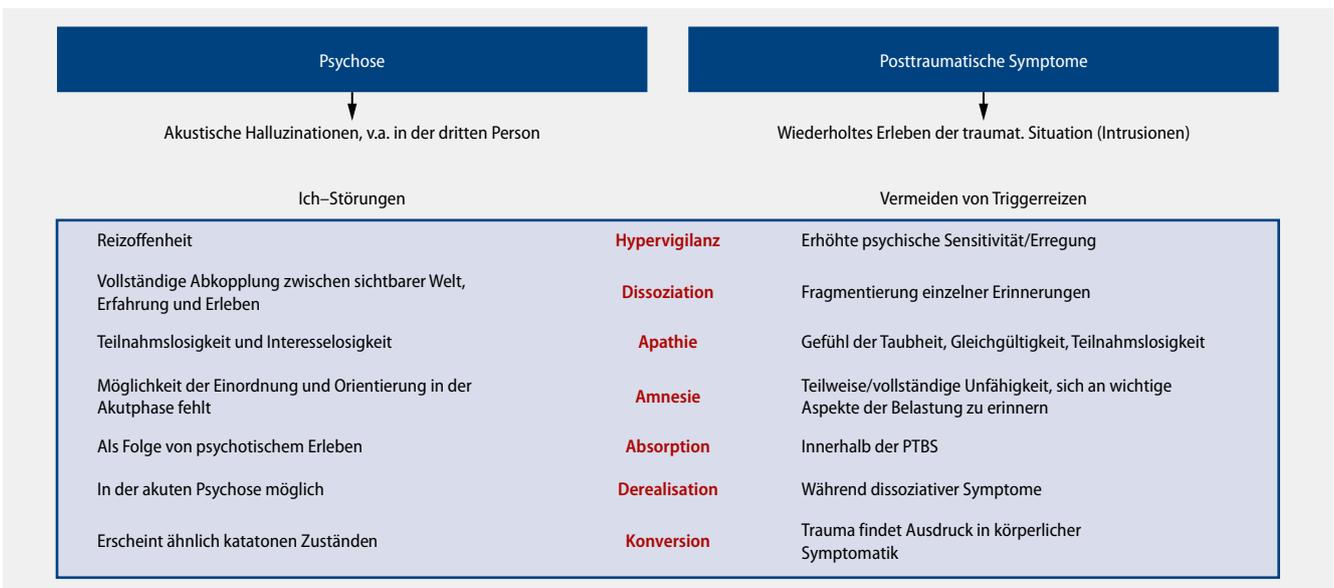
Spuren der Traumatisierung

Traumatische Erlebnisse führen nicht nur zu einer erhöhten Vulnerabilität für die Entstehung einer Psychose und eines rezidivierenden Erkrankungsverlaufs, sondern haben auch einen Einfluss auf das Ansprechen auf eine antipsychotische Behandlung und das Auftreten einer frühen Therapieresistenz. Frühe Traumatisierung beeinflusst dabei alle relevanten Symptomdomänen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis [10, 13, 14, 15, 16]:

► Positivsymptomatik

- Zusammenhang zwischen Schweregrad der Positivsymptome und traumatischen Kindheits-erfahrungen,
- vermehrte Halluzinationen (Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch, emotionalen/körperlichen Misshandlungen, Vernachlässigung in der Vorgeschichte),
- vermehrte Wahnvorstellungen (Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch, emotionalen/körperlichen Misshandlungen in der Vorgeschichte).

Validierte Skalen helfen bei der Diagnosestellung.



Auf den zweiten Blick erkannt

Die 38-jährige Frau F. wird als Notfall erstmalig mit einem paranoid-halluzinatorischen Syndrom stationär aufgenommen. Klinisch führend sind dabei akustische Halluzinationen, eine massive innere Unruhe und Ich-Störungen im Sinne von Gedankenlautwerden. Die Patientin ist massiv belastet. Durch eine leitliniengerechte Behandlung mit Aripiprazol in Monotherapie in Kombination mit einer kognitiven Verhaltenstherapie kann die Patientin stabilisiert werden. Komplementär werden weitere Therapien und Angehörigenarbeit eingesetzt. Dennoch kann eine Remission nicht erreicht werden.

Im Rahmen der weiteren diagnostischen Evaluation zeigt sich der Einfluss eines frühkindlichen Neglects und eines aggressiven Elternhauses. Diese biografischen Informationen werden in die Therapie miteinbezogen und die Psychotherapie wird entsprechend adaptiert. Dadurch gelingt die gewünschte weitere Stabilisierung und eine Remission wird erreicht. Insbesondere die Thematik der traumabedingten erhöhten Vulnerabilität wird im Rahmen der Rezidivprophylaxe und Vorsorgeplanung in der Therapie gewürdigt. Es wird ein stabiler Verlauf ohne Rezidive über mehrere Jahre erreicht.

- ▶ **Negativsymptomatik (als Ausdruck traumabezogener Vermeidung)**
 - ▶ signifikanter Zusammenhang zwischen Schweregrad der Symptomatik und Vernachlässigung.
- ▶ **Kognitive Symptome**
 - ▶ reduzierte kognitive Funktion in allen Domänen im Vergleich von Menschen mit einer Schizophrenie mit einer Traumatisierung versus ohne Traumatisierung.
- ▶ **Geringeres Funktionsniveau**
 - ▶ Menschen mit einer Schizophrenie haben im Falle einer komorbiden Traumatisierung ein geringes Funktionsniveau und mehr Einschränkungen und Behinderungen im Alltag.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Traumatisierung als ein Risikofaktor für einen ungünstigen, chronischen Verlauf der psychotischen Erkrankung zu werten ist. In Bezug auf das Ansprechen auf eine antipsychotische Behandlung gilt bei Menschen mit einer schizophrenen Psychose eine positive Anamnese für traumatische Ereignisse in der Kindheit (oder im Verlauf der Erkrankung) als Indikator für ein schlechteres Ansprechen auf eine Behandlung mit Antipsychotika. Daher sollte bei medikamentöser Therapieresistenz der Schizophrenie immer an eine Traumatisierung/PTBS als Komorbidität gedacht werden. Dieser Prozess der differenzialdiagnostischen Überlegung, ob eine Traumatisierung/PTBS eine pharmakologische Behandlungswiderstand mitbegründet, ist als Ausschluss einer Pseudotherapieresistenz zu verstehen.

Psychotisches Erleben als Traumatisierung

Im Verlauf der Erkrankung, insbesondere nach Stabilisierung, sollte auf Symptome einer PTBS in der Erholungsphase von psychotischen Krisen geachtet werden. Zu erklären ist dies durch den psychosebedingten Zusammenbruch der gewohnten Wirklichkeit, durch Ängste, durch Bedrohung und Verfolgung im Rahmen des Wahns, der erkrankungs-

bedingten Hilflosigkeit, der in der Folge auftretenden Vernichtungsangst in Bezug auf das Individuum und die Umwelt sowie weitere Symptome [17]. Dabei kann die Hospitalisierung als traumatisches Erlebnis fungieren (z. B. Zwang, Gewalt und Isolierung). Die Erlebnisse im Kontext der Psychose können für sich allein sowie retraumatisierend wirken (vergleichbare Kindheitserfahrungen). Durch diese traumatischen Erfahrungen wird die Vulnerabilität des Individuums erhöht, was die ohnehin hohe Rezidivgefahr weiter erhöht [17].

Zwangsmaßnahmen und Traumatisierung

Insbesondere in akuten Phasen der psychotischen Erkrankung und vor allem im Kontext eines komorbiden Substanzgebrauchs mit Intoxikationen kann es Situationen geben, in denen Zwangsmaßnahmen (z. B. Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation) erfolgen. Unter der Annahme, dass viele Menschen mit einer Schizophrenie traumatische Erfahrungen schon vor der Erkrankung erlebt haben, muss stets die Gefahr einer Retraumatisierung oder in einigen Fällen einer neuen Traumatisierung vergegenwärtigt werden.

Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ [9] betont diesen Zusammenhang sowie die Bedeutung dieses Themas für die klinische Praxis. Dabei hat die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen eine wesentliche Bedeutung. Die S3-Leitlinie definiert folgendes Vorgehen für die Nachbesprechung einer Zwangsmaßnahme [9]:

- ▶ Beruhigung und Vermittlung von Sicherheit,
- ▶ Austausch der unterschiedlichen Sichtweisen von psychisch erkrankten Menschen und Mitarbeitenden,
- ▶ Nacherzählen der Situation durch den psychisch erkrankten Menschen,
- ▶ Erklärung des Vorgehens der Mitarbeitenden,
- ▶ Absprachen zur Vermeidung zukünftiger Eskalationen,

Traumatisierung verschlechtert alle Symptomdomänen der Schizophrenie.

Auch Zwangsmaßnahmen können als traumatisierend erlebt werden.

- ▶ körperliche Folgeerscheinungen, emotionale Belastung der psychisch erkrankten Menschen und eventuelle Erinnerungslücken besprechen,
- ▶ bei hoher emotionaler Belastung und bei Auftreten von Symptomen einer PTBS Berücksichtigung in der Behandlungsplanung.

Therapeutische Maßnahmen

Lange Zeit galt eine psychotische Erkrankung als Kontraindikation für ein traumafokussiertes Vorgehen. Bis heute finden sich in entsprechenden Leitlinien zur Behandlung der PTBS keine Hinweise für das Vorgehen bei Menschen mit einer Schizophrenie. Allgemeine Maßnahmen umfassen die generellen Prinzipien der Behandlung gemäß S3-Leitlinie Schizophrenie [18]:

- ▶ Frühzeitige Behandlung psychotischer Symptome durch eine möglichst nebenwirkungsarme antipsychotische Behandlung,
- ▶ Entwicklung eines Behandlungsplans mit Pharmakotherapie, Psychotherapie und psychosozialen Therapien als gleichwertige Therapiesäulen,
- ▶ Begegnung auf Augenhöhe mit den Patientinnen und Patienten,
- ▶ empathisch-wertschätzende Haltung,
- ▶ optimale Rezidivprophylaxe,
- ▶ Zwang nur als absolute Ultima-Ratio.

In Bezug auf erforderliche psychotherapeutische Interventionen für Menschen mit Schizophrenie und Traumatisierung sind mittlerweile einige Arbeiten verfügbar. Eine Metaanalyse untersuchte dabei insgesamt zwölf Studien [19]. Sie zeigte, dass eine traumafokussierte Behandlung bei Menschen mit einer Schizophrenie insbesondere kurzfristig in Bezug auf Positivsymptome (v.a. Halluzinationen) wirksam waren, aber der Effekt im Follow-up nicht erhalten blieb. Traumafokussierte Therapien hatten auch Effekte auf Wahnsymptome und auf Symptome einer PTBS. Die Effekte auf depressive Symptome und Angstsymptome waren gering. Insgesamt stellte die Metaanalyse jedoch fest, dass die Ergebnisse vielversprechend sind, da sie zeigen, dass ein traumafokussiertes Vorgehen in dieser Indikation möglich ist [19]. Dies ist vor allem aufgrund symptomatischer Ähnlichkeiten und häufig gemeinsamem Auftreten von Psychose und Trauma zu erklären. Im Detail untersuchte diese Metaanalyse folgende Interventionen:

- ▶ traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie,
- ▶ kognitive Umstrukturierung,
- ▶ Skillstraining,
- ▶ Exposition,
- ▶ EMDR (eye movement desensitization and reprocessing),
- ▶ traumafokussierte kognitive Therapie,
- ▶ Trauma-Management-Therapie,
- ▶ CRI (cognitive recovery intervention).

Die Expositionsverfahren waren die Behandlungsformen mit den robustesten Ergebnissen [19].

Eine der relevantesten randomisiert-kontrollierten Studien wurde bereits 2015 veröffentlicht [20]. In der dreiarmligen Studie wurden die Teilnehmenden entweder für eine achtwöchige prolongierte Exposition (PE; n = 53), in eine EMDR-Behandlung (n = 45) oder in eine Wartelistengruppe (n = 47) randomisiert. Eingeschlossen wurden nur Menschen mit einer psychotischen Erkrankung und einer Traumatisierung. Gut zwei Drittel der Teilnehmenden hatte die Diagnose einer Schizophrenie, etwa ein Drittel eine schizoaffektive Störung. Die anderen Entitäten aus dem schizophrenen Formenkreis waren nur vereinzelt vertreten. Nach acht Wochen Behandlung waren beide Interventionsbedingungen in Bezug auf eine Reduktion der PTBS-Symptome bei Menschen mit einer Schizophrenie und Trauma überlegen (PE: Effektstärke: 0,78, EMDR: Effektstärke: 0,65). Diese Überlegenheit zeigte sich nicht nur direkt nach der Behandlung, sondern auch im 6-Monats-Follow-up [20]. Ein traumafokussiertes Vorgehen bei Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist also möglich und kurz- sowie langfristig wirksam.

In der PE erfolgten:

- ▶ acht Wochen Behandlung,
- ▶ 90-minütige Sitzungen,
- ▶ Vorgehen nach dem Konzept von Edna Foa,
- ▶ imaginative Exposition ab Sitzung 2,
- ▶ In-vivo-Exposition ab Sitzung 3.

In der Gruppe mit EMDR erfolgten:

- ▶ acht Wochen Behandlung,
- ▶ 90-minütige Sitzungen,
- ▶ acht Phasen nach dem Konzept von Francine Shapiro,
- ▶ Dual Attention Stimuli.

Fazit für die Praxis

- ▶ Trauma und Psychose sind eine häufige diagnostische Konstellation, wobei die Entitäten unabhängig voneinander kodiert werden müssen. Dennoch müssen sie gemeinsam betrachtet werden, da traumatische Symptome oder eine PTBS einen massiven Einfluss auf den Verlauf von psychotischen Erkrankungen aufweisen.
- ▶ In der Kombination sind alle Symptomdomänen der psychotischen Erkrankungen stärker ausgeprägt als ohne Traumatisierung. Entscheidend ist dabei, dass die Dualität erkannt wird.
- ▶ In der klinischen Praxis spielen diese beiden Entitäten weiter keine große Rolle und es werden zu wenig Bemühungen in Diagnostik und Therapie investiert. Die sich aktuell in Revision befindliche S3-Leitlinie Schizophrenie [19] wird dieses Thema jedoch intensiv bearbeiten.

Hinweis: Diese Arbeit wurde unter der FKZ 01EE2303C und dem Titel „DZPG Startphase – Standort München – evidenzbasierte Psychiatrie und Psychotherapie, Neuromodulation, Rekrutierungsplattformen“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unterstützt.

Literatur

1. Buckley PF et al. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2009; 35(2): 383-402
2. Mauritz MW et al. Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *Eur J Psychotraumatol.* 2013; 4
3. Deering CG et al. Unique patterns of comorbidity in post-traumatic stress disorder from different sources of trauma. *Compr Psychiatry* 1996; 37(5): 336-46
4. Seow LSE et al. A systematic review on comorbid post-traumatic stress disorder in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2016; 176(2-3): 441-451
5. Lommen MJ, Restifo K. Trauma and posttraumatic stress disorder (PTSD) in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Community Ment Health J.* 2009; 45(6): 485-96
6. Maercker AS et al. [Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study]. *Nervenarzt.* 2008; 79(5): 577-86
7. AWMF. S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“. 2019. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>
8. Shevlin M et al. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull.* 2008; 34(1): 193-9
9. AWMF. S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. 2018. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-022k_S3_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-09.pdf
10. Adorjan KP. Psychische Komorbiditäten. In: *Praxishandbuch Schizophrenie*. P. Falkai and A. Hasan, Elsevier. 2016
11. Airey ND et al. Trauma measures for use with psychosis populations: A systematic review of psychometric properties using COSMIN. *Psychiatry Res.* 2023; 323: 115163
12. Misiak B et al. Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: A comprehensive review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017; 75: 393-406
13. Aas M et al. A history of childhood trauma is associated with slower improvement rates: Findings from a one-year follow-up study of patients with a first-episode psychosis. *BMC Psychiatry.* 2016; 16: 126
14. Bailey T et al. Childhood Trauma Is Associated With Severity of Hallucinations and Delusions in Psychotic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull.* 2018; 44(5): 1111-22
15. Morkved N et al. Does childhood trauma influence cognitive functioning in schizophrenia? The association of childhood trauma and cognition in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res Cogn.* 2020; 21: 100179
16. Ottesen A et al. Childhood trauma, antipsychotic medication, and symptom remission in first-episode psychosis. *Psychol Med.* 2023; 53(6): 2399-408
17. Bendall S et al. The trauma of being psychotic: An analysis of posttraumatic stress disorder in response to acute psychosis. In: *Trauma and Psychosis: New directions for theory and therapy*. L. Warren and A. P. Morrison. 2006
18. AWMF. S3-Leitlinie „Schizophrenie“. 2019. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>
19. Brand RM et al. Do trauma-focussed psychological interventions have an effect on psychotic symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2018; 195: 13-22
20. van den Berg DP et al. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(3): 259-267

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: A. H.: Vortrags-honorare von AbbVie, Advanz, Janssen, Otsuka, Rovi, Recordati und Lundbeck; Advisory Boards für Boehringer-Ingelheim, Janssen, Otsuka, Rovi, Recordati und Lundbeck. Keine Einladungen zu Kongressen oder Ähnliches; Federführender Herausgeber S3-Leitlinie Schizophrenie und Angestellter Freistaat Bayern und Bezirkskliniken Schwaben. Forschungsförderung durch DFG, BMBF, GBA-Innovationsfonds und EU. Schwerpunkt Verhaltenstherapie. B.M. und B.P.: keine.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags durch zwei unabhängige Gutachten bestätigt wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung.

Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.



© Universität Augsburg

Prof. Dr. med. Alkomiet Hasan

Ärztlicher Direktor, Bezirkskrankenhaus Augsburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Augsburg, Medizinische Fakultät Universität Augsburg
Geschwister-Schönert-Straße 1, 86156 Augsburg
Deutsches Zentrum für psychische Gesundheit (DZPG), Partnerstandort München-Augsburg.
Alkomiet.Hasan@med.uni-augsburg.de

Bernhard Maier

Arzt in Weiterbildung, Bezirkskrankenhaus Augsburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Augsburg, Medizinische Fakultät Universität Augsburg
bernhard.maier@bkh-augsburg.de

Benjamin Pross, M.Sc.

Leitender Psychotherapeut, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Augsburg, Medizinische Fakultät Universität Augsburg
Benjamin.Pross@bkh-augsburg.de

Trauma und Psychose

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent*in von SpringerMedizin.de
- als registrierte*r Abonnent*in dieser Fachzeitschrift
- als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN.

? Welcher Anteil der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Menschen mit einer psychotischen Erkrankung ist richtig?

- Circa 30 % mit einer hohen Variabilität
- Circa 75 % ohne Variabilität
- Bei nahezu allen Menschen mit einer Schizophrenie liegt eine PTBS vor.
- Diese beiden Diagnosen treten nicht gemeinsam auf.
- Circa 10 % mit einer hohen Variabilität

? Welcher Anteil an Frauen in Deutschland erlebt im Verlauf des Lebens ein traumatisches Ereignis?

- Circa 78 %
- Circa 58 %
- Circa 48 %
- Circa 28 %
- Circa 18 %

? Welche Aussage zu Psychose und Trauma ist *nicht* korrekt?

- Traumatische Erfahrungen wirken als first-hit ausschließlich früh im Verlauf der Erkrankung.
- Es gibt einen dosisabhängigen Zusammenhang zwischen Trauma und Psychose.
- Insbesondere sexuelle Traumatisierung und Gewalterfahrungen in der Kindheit erhöhen das Risiko für eine psychotische Erkrankung.
- Die stationäre Aufnahme kann als traumatisierend erlebt werden.
- Zwangsmaßnahmen können als traumatisierend erlebt werden.

? Was gehört *nicht* zu den allgemeinen Traumakriterien?

- Erleben einer problematischen Situation oder eines bedrohlichen Ereignisses
- Gefühle von Angst und Hilflosigkeit und/oder schutzloser Preisgabe beziehungsweise Ausgeliefertsein
- Keine subjektiv wahrgenommene Möglichkeit der Bewältigung
- (Dauerhafte) Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses als Folge des bedrohlichen Diskrepanz-Erlebnisses
- Die Beobachtung von Angst und Unsicherheit bei den eigenen Eltern

? Welche der nachfolgend genannten Skalen wird für die Detektion von Traumasymptomen bei Menschen mit einer psychotischen Erkrankung herangezogen?

- Posttraumatic Stress Scale (PTSS-10)
- Positive and Negative Syndroms Scale (PANSS)
- Clinical Decision Support System (CDSS)
- Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)
- Young Mania Rating Scale (YMRS)

? Welche Aussage zu den biologischen Effekten von Traumatisierung im Kontext einer psychotischen Erkrankung ist richtig?

- Traumatisierung führt zu einer Reduktion des Kortisonspiegels.
- Traumatisierung wirkt biologisch monokausal.

- Substanzmissbrauch hat keinen Effekt im Sinne eines additiven Umweltfaktors.
- Traumatisierung führt zu einer Störung von Neurotrophinen.
- Traumatisierung hat keinen Effekt auf die Hirnstruktur.

? Welche Aussage zu den psychologischen Effekten von Traumatisierung im Kontext einer psychotischen Erkrankung ist *nicht* richtig?

- Es entstehen dysfunktionale Schemata.
- Das Bindungsverhalten ist unsicher.
- Es können Dissoziationen auftreten.
- Primärer Krankheitsgewinn ist ein wesentlicher Mechanismus.
- Die affektive Regulation ist gestört.

? Welche Aussage zum Zusammenhang zwischen Symptomdomänen einer Schizophrenie und Traumatisierung ist richtig?

- Traumatisierung resultiert in einer reduzierten Frequenz von akustischen Halluzinationen.
- Traumatisierung bewirkt ein besseres Kognitionsniveau.
- Traumatisierung führt zu einem reduzierten Funktionsniveau.
- Traumatisierung und Wahn zeigen keinen Zusammenhang.
- Traumatisierung beeinflusst nicht den Schweregrad der psychotischen Symptome.

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriiell unterstützte Online-Maßnahme) zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf SpringerMedizin.de/CME tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

? Welche Aussage zum Themenkomplex Psychose und Traumatisierung trifft *nicht* zu?

- Die Vernichtungsangst im Rahmen der Psychose kann traumatisierend wirken.
- Traumatisierung erhöht nicht die Vulnerabilität für ein Rezidiv.
- Zwangsmaßnahmen können retraumatisierend wirken.
- Das Bedrohungserleben durch wahrgenommene Stimmen kann traumatisierend wirken.
- Traumatisierung kann prinzipiell in allen Phasen der psychotischen Erkrankung auftreten.

? Was ist *keine* geeignete Maßnahme im Kontext der Behandlung einer Traumatisierung bei Menschen mit einer Schizophrenie?

- Entwicklung eines Gesamtbehandlungsplans mit Pharmakotherapie, Psychotherapie und psychosozialen Therapien als gleichwertige Säulen der Behandlung.
- Begegnung auf Augenhöhe mit den Patientinnen und Patienten.
- Empathisch-wertschätzende Haltung.
- Die Anwendung der prolongierenden Exposition.
- Möglichst hohe Dosierungen an Antipsychotika zur Kontrolle psychotischer Symptome.