

## 10. Traumatisierung und Psychose

### 10.1 Einleitung

Die Debatte um die Bedeutung traumatischer Erlebnisse für die Entstehung von Psychosen hat gerade im deutschsprachigen Raum eine lange Tradition. So fand bis in die zweite Hälfte des vergangenen Jahrhunderts eine lebhafte Diskussion darum statt, wie »psychogene Psychosen« als Folge von Kriegs- oder Hafterlebnissen zu bewerten seien (Kloocke et al., 2010). Noch in den 1960er- bis 1980er-Jahren fand das Konzepte der »reaktiven Psychose« Eingang in ICD-8 und DSM-III, verschwand jedoch später wieder zugunsten der »akuten psychotischen Störung« bzw. der »brief psychotic disorder« (Witztum & van der Hart, 2008). Schließlich haben in jüngerer Zeit Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und psychotischen Erkrankungen wieder mehr Beachtung gefunden und sich zu einem stetig wachsenden Forschungsfeld entwickelt (Schäfer, 2009).

Anders als in der historischen Diskussion stehen dabei nicht mehr Erlebnisse im Erwachsenenalter, sondern interpersonelle Traumatisierungen in Kindheit und Jugend im Mittelpunkt. Wie auch bei anderen psychischen Erkrankungen wird damit bei Psy-

chosen dem Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Entstehung und den Verlauf der Erkrankung wieder mehr Bedeutung beigemessen. Von besonderem klinischem Interesse sind dabei Zusammenhänge mit der aktuellen Symptomatik bei psychotischen Patienten, die »Komorbidität« von psychotischen und posttraumatischen Störungen, aber auch die nicht selten bei schweren posttraumatischen Störungen zu beobachtenden psychotischen Symptome.

---

Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen und psychotischen Syndromen können aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden:

Traumatisierungen stellen einen Risikofaktor für die Entstehung psychotischer Erkrankungen dar und beeinflussen deren klinisches Erscheinungsbild. Weiter treten psychotische Symptome im Rahmen schwerer posttraumatischer Störungen auf, wie der Posttraumatischen Belastungsstörung oder dissoziativen Störungen.

---

## 10.2 Frühe Traumatisierung als Risikofaktor für Psychosen

### 10.2.1 Befunde zu Zusammenhängen

Interpersonelle Traumatisierungen in Kindheit und Jugend stellen einen unspezifischen Risikofaktor für das Auftreten späterer psychischer Störungen dar. Während dies für Angststörungen, affektive Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und andere psychische Störungen inzwischen als gesichert gelten kann (z. B. Scott et al., 2010), wurden entsprechende Zusammenhänge mit psychotischen Syndromen lange nicht untersucht. Dies scheint vor allem den stärker biologisch geprägten Modellen psychotischer Erkrankungen geschuldet, aber auch einer größeren Skepsis gegenüber den Berichten psychosekranker Menschen von sexuellem Missbrauch und anderen Gewalt erlebnissen.

In den letzten Jahren begann sich die Datenlage zum Zusammenhang von frühen Traumatisierungen und Psychosen zu verbessern. So wurde inzwischen eine größere Anzahl populationsbasierter Studien publiziert, die von Zusammenhängen zwischen frühen traumatischen Erfahrungen und psychotischen Syndromen berichteten, teilweise im Sinne einer Dosis-Wirkungs-Beziehung (Übersicht bei Varese et al., 2012). Die Mehrzahl der Studien konzentrierte sich dabei auf das Auftreten psychotischer »Positivsymptome« wie Wahn und Halluzinationen. So fand sich beispielsweise in der Studie von Janssen et al. (2004) bei einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe in den Niederlanden, dass psychiatrisch unauffällige Personen, die bei der Erstuntersuchung von sexuellem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung in der Kindheit berichteten,

auch nach Kontrolle möglicher weiterer Einflussfaktoren im Verlauf der folgenden zwei Jahre – verglichen mit Personen ohne solche Erfahrungen – mehr als sieben Mal wahrscheinlicher behandlungsbedürftige psychotische Symptome entwickelten.

### 10.2.2 Mögliche Mechanismen

Mögliche Mechanismen, die zu einer Erhöhung des Psychoserisikos im Sinne einer »erworbenen Vulnerabilität« oder »Sensitivierung« durch frühe Traumatisierungen beitragen, werden zum einen in den neurobiologischen Folgen traumatischer Erfahrungen vermutet. Dies betrifft Veränderungen verschiedener Neurotransmitter-Systeme, wie der neuroendokrinen Stressantwort, die auch für psychotische Erkrankungen von Bedeutung ist. Auch die Aktivität verschiedener Neuromodulatoren, etwa »brain-derived neurotrophic factor« (BDNF), scheint durch frühe negative Entwicklungseinflüsse geprägt zu werden, mit möglichen Konsequenzen für die neuronale Entwicklung. Schließlich werden aufgrund von tierexperimentellen Befunden und ersten Humanstudien direkte Auswirkungen auf das dopaminerige System diskutiert.

---

Während bei der Entstehung psychotischer Erkrankungen der Begriff der »Vulnerabilität« nicht selten mit »genetischen Einflüssen« gleichgesetzt wurde, kann im Sinne des ursprünglichen »Vulnerabilitäts-Stress-Modells« davon ausgegangen werden, dass auch frühe Traumatisierungen und andere negative Umwelteinflüsse maßgeblich zu einer erhöhten Vulnerabilität für spätere psychotische Syndrome beitragen.

---

Weiter könnten auch die kognitiven und emotionalen Langzeitfolgen früher Traumatisierungen zur späteren Entstehung psychotischer Erkrankungen beitragen. So stehen negative emotionale Zustände, geringer Selbstwert und ungünstige kognitive Schemata im Mittelpunkt psychologischer Modelle zur Psychoseentstehung. Auch empirisch fanden sich Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungen, negativen Grundannahmen und problematischen Bewertungen bei Psychosepatienten. So konnten etwa Bak et al. (2005) zeigen, dass Personen mit frühen Traumatisierungen auf psychotische Dekompensationen mit ungünstigeren Bewertungen und mehr subjektivem Stress reagierten als Betroffene ohne diese Erfahrungen. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen könnten damit nicht nur für die Entstehung, sondern auch für die Aufrechterhaltung und den weiteren Verlauf psychotischer Erkrankungen von Bedeutung sein.

### **10.3 Klinische Bedeutung traumatischer Erfahrungen bei Psychosepatienten**

#### **10.3.1 Prävalenz traumatischer Erfahrungen bei Psychosepatienten**

Während Zusammenhänge zwischen frühen Traumatisierungen und psychotischen Erkrankungen erst in den letzten Jahren überprüft wurden, ist bereits seit langem bekannt, dass Psychosepatienten hohe Raten von Gewalterfahrungen aufweisen. Morgan und Fisher (2007) kamen in einer Übersicht über 20 Studien zu dem Ergebnis, dass sexueller Missbrauch im Mittel von 42 % der weiblichen und 28 % der männlichen Patienten berichtet wird, körperliche Misshandlung von 35 % bzw. 38 %. Mindestens

eine Form früher Gewalt berichteten jeweils 50 % der Patientinnen und Patienten. Weitere Formen früher Traumatisierungen, wie emotionale Misshandlung und Vernachlässigung, wurden nur in wenigen Untersuchungen berücksichtigt, dann jedoch bei einem erheblichen Teil der Patientinnen und Patienten zusätzlich oder als einzige Form früher Traumatisierungen festgestellt. Zudem erscheint es als naheliegend, dass etablierte Konzepte, die ungünstige familiäre Interaktionsmuster bei Psychosepatienten für den Ausbruch und Verlauf der Erkrankung verantwortlich machen (z. B. das »Expressed Emotion«-Konzept), ebenfalls Aspekte emotionaler Traumatisierungen wie elterliche Kälte, Kritik und Feindseligkeit abbilden.

Auch in späteren Lebensabschnitten sind Patienten mit psychotischen Erkrankungen deutlich häufiger als die Allgemeinbevölkerung sexueller oder körperlicher Gewalt ausgesetzt. So fanden Dean et al. (2007) in einer prospektiven Untersuchung bei über 700 Patienten mit psychotischen Störungen, dass 23 % im Verlauf von 2 Jahren Opfer gewalttätiger Übergriffe geworden waren. Neben ihren oft problematischen sozialen Lebensumständen wird für diese Häufung u. a. verantwortlich gemacht, dass Patienten mit psychotischen Störungen im Rahmen der Erkrankung riskante Verhaltensweisen zeigen oder aufgrund von krankheitsbedingten Einschränkungen gefährliche Situationen falsch einschätzen können.

---

Risikofaktoren für Gewalterlebnisse nach Ausbruch der Erkrankung sind instabile Wohnverhältnisse, Substanzmissbrauch, junges Erkrankungsalter, Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen und ein höheres Ausmaß an

anderer Psychopathologie sowie physische oder sexuelle Traumatisierungen in der Vorgeschichte.

### 10.3.2 Klinische Besonderheiten

Psychosepatienten, die in der Kindheit körperlich misshandelt oder sexuell missbraucht wurden, unterscheiden sich von Patienten ohne diese Erlebnisse in Bezug auf die Symptomatik und den Krankheitsverlauf. So wurde, wie auch bei anderen psychischen Störungen, wiederholt berichtet, dass frühe Traumatisierungen mit einem jüngeren Alter bei der Ersterkrankung assoziiert sind. In klinischen Stichproben fanden sich bei traumatisierten Psychosepatienten mehr depressive Symptome und Ängstlichkeit, mehr Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten, mehr Substanzmissbrauch, mehr sexuelles Risikoverhalten und mehr Probleme in nahen Beziehungen. Weiter wurden Zusammenhänge mit stärkeren kognitiven Einschränkungen und einem schlechteren Ansprechen auf rehabilitative Maßnahmen berichtet.

Typische traumaassoziierte Symptome, wie Suizidalität, Depressivität und Substanzmissbrauch, finden sich auch bei psychotischen Patienten mit positiver Traumaanamnese in besonderem Maße. Im klinischen Alltag sollte neben Suizidalität und Selbstverletzung besonders die Tendenz zur Revictimisierung berücksichtigt werden.

Einer der am häufigsten berichteten Unterschiede betrifft ein signifikant stärkeres Ausmaß an Positivsymptomen bei traumati-

sierten Patienten, insbesondere an Halluzinationen verschiedener Sinnesmodalitäten. Zusammenhänge zwischen frühen Traumatisierungen und Halluzinationen finden sich dabei über die Grenzen diagnostischer Kategorien hinweg und auch bei nicht-klinischen Stichproben. Wiederholt wurde auch berichtet, dass sich Wahninhalte und Halluzinationen mit traumatischen Erfahrungen in Zusammenhang bringen lassen. So fanden sich nach sexuellem Missbrauch mehr sexuell getönte Wahninhalte oder es handelte sich bei imperativen, zu Suizid oder selbstverletzendem Verhalten auffordern den Stimmen um die der Täter. Andere Untersuchungen fanden subtilere Zusammenhänge. Ihre Befunde weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit frühen Traumatisierungen akustische Halluzinationen häufiger als feindselig und bedrohlich erleben oder dass sie mit mehr Schuld- und Schamgefühlen verbunden sind (z. B. Schroeder et al., 2017).

### 10.3.3 Komorbide posttraumatische Störungen

In Untersuchungen zur Prävalenz einer komorbidien Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) fanden sich bei Personen, die sich aufgrund schizophrener oder affektiver Psychosen in Behandlung befanden, Raten von 14 % bis 46 %, oft in Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch oder Misshandlung in der Kindheit. Allerdings wird die Störung offensichtlich nur bei einem Bruchteil der betroffenen Patienten angemessen diagnostiziert. So war in entsprechenden Untersuchungen trotz hoher Prävalenzraten nur bei 2 bis 3 % der Patienten die Diagnose einer PTBS dokumentiert worden.

Die Diagnose einer komorbid PTBS wird nur bei einem Bruchteil der betroffenen Patientinnen und Patienten in der klinischen Praxis gestellt und in der Therapie adäquat berücksichtigt.

PTBS-Symptome können dabei maßgeblich zu einem ungünstigeren Verlauf psychotischer Störungen beitragen. So stellen Intrusionen eine zusätzliche chronische Belastung dar, können bereits vorhandene Schlafstörungen verstärken und Einschränkungen der Realitätstestung weiter begünstigen. Vermeidungsverhalten kann sozialen Rückzug fördern und vegetative Übererregung das bereits erhöhte Erregungsniveau bei psychotischen Patienten weiter steigern. Zudem kann es durch eine Reihe traumassozierter Probleme, wie komorbid Substanzmissbrauch, indirekt zu einer Verschlechterung der psychotischen Symptomatik kommen (Mueser et al., 2002).

Eine weitere, bei Psychosepatienten erst wenig untersuchte Folge traumatischer Erfahrungen stellen dissoziative Syndrome dar (Übersicht bei Schäfer et al., 2019). Wie bei anderen Patientengruppen zeigen dissoziative Symptome auch bei psychotischen Patienten Zusammenhänge mit frühen Traumatisierungen und könnten – wie Suizidalität oder Substanzkonsum – eine unabhängige Folge dieser Erlebnisse darstellen (Schäfer et al., 2012). In Bezug auf Wechselwirkungen mit der psychotischen Symptomatik werden dabei unterschiedliche Mechanismen diskutiert. So könnten dissoziative Symptome dadurch, dass sie den Bezug zur eigenen Person und der Außenwelt verändern, die Entstehung psychotischer Symptome begünstigen. Umgekehrt könnte die

»desorganisierend wirkende Kraft« psychotischer Entwicklungen die Manifestationsschwelle dissoziativer Phänomene bei Patienten senken, die aufgrund früher Traumatisierungen entsprechend prädisponiert sind. Zumindest bei einer Subgruppe von Patienten weisen schwere dissoziative Symptome auf eine komorbide dissoziative Störung oder auf Mischzustände hin. So wurde in Untersuchungen, die bei Psychosepatienten klinische Interviews zu dissoziativen Störungen einsetzen, bei jeweils mindestens 10 % der Patienten die Diagnose einer schweren dissoziativen Störung gestellt (Schäfer et al., 2019).

#### 10.4 Psychotische Symptome bei posttraumatischen Störungen

Sowohl bei Patienten mit dissoziativen Störungen als auch bei Patienten mit schwerer PTBS sind nicht selten auch psychotische Symptome, etwa Halluzinationen verschiedener Sinnesmodalitäten und Wahn, zu beobachten (Übersicht bei Braakman et al., 2009). So fanden sich in einer europäischen Studie akustische Halluzinationen bei etwa einem Fünftel der untersuchten kroatischen Kriegsveteranen, die sich mit der Diagnose einer PTBS in stationärer Behandlung befanden (Ivezic et al., 2000). Die Symptome unterschieden sich qualitativ von Intrusionen, waren inhaltlich jedoch auf das Trauma bezogen. Von manchen Autoren wird ein solcher Zusammenhang mit realen traumatischen Erfahrungen als differentialdiagnostisches Kriterium genannt, das es erlaube, halluzinatorische Phänomene bei einer PTBS von denen schizophrener Patienten zu unterscheiden. Allerdings können auch Halluzinationen bei PTBS-Patienten Elemente beinhalten, die nicht Gegenstand der traumatisierenden Erfahrung waren.

matischen Erfahrung waren (Braakman et al., 2009). Umgekehrt können Halluzinationen bei Patienten mit schizophrenen oder affektiven Psychosen in deutlichem Zusammenhang zu Traumatisierungen stehen (vgl. den Abschnitt »Klinische Besonderheiten«). Patienten mit dissoziativen Störungen schließlich können bei zusätzlichen Belastungen psychotisch dekompensieren oder permanent Positivsymptome wie akustische Halluzinationen aufweisen. Manche Autoren berichteten sogar, dass »Erstrangsymptome« nach Kurt Schneider bei Patienten mit schweren dissoziativen Störungen häufiger zu finden seien als bei Personen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Einen Versuch der Abgrenzung stellt sowohl bei der PTBS als auch bei dissoziativen Störungen die Verwendung der Begriffe »Pseudohalluzinationen« oder »dissoziative Halluzinationen« dar, im Gegensatz zu »echten Halluzinationen« bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen. Allerdings basieren diese Konstrukte auf klinischen Annahmen und haben keine empirische Grundlage, so dass ihre nosologische und diagnostische Bedeutung inzwischen kontrovers diskutiert wird.

## 10.5 Traumatisierung durch eine Psychose

Traumatisierungen können nicht nur zur Entstehung von Psychosen beitragen, sondern auch die Folge der Erkrankung und ihrer Behandlung sein. Offensichtlich ist dies im Falle von Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder Zwangsmedikation. Aber auch die Psychose-Symptomatik selbst kann traumatisierenden Charakter haben, etwa im Fall von stark belastenden Halluzinationen oder wahnhaften Erlebensweisen, die

nicht selten mit Todesangst einhergehen. Inzwischen wurde deutlich, dass beides, belastende Erfahrungen im Rahmen der Behandlung, aber auch die Symptomatik selbst, nicht selten zur Entstehung einer PTBS führen kann. Gerade in Bezug auf die Psychose-Symptomatik wurde zunächst kontrovers diskutiert, inwieweit das A-Kriterium der PTBS nach DSM-IV als erfüllt angesehen werden kann. Eine wachsenden Anzahl von Untersuchungen zum Thema lässt dies jedoch inzwischen als fraglos erscheinen. Diese Studien ergaben, dass 11 bis 67 % aller Untersuchten die diagnostischen Kriterien für eine PTBS im Anschluss an eine Behandlung erfüllten (Berry et al., 2013). Dabei wurden teilweise sowohl Symptomatik als auch Behandlungserfahrungen einbezogen, teilweise nur eine der beiden Formen von potentiell traumatischen Erlebnissen, und es besteht in Bezug auf die angemessene Erfassung von psychosebezogenen PTBS-Syndromen weiterer Forschungsbedarf (Fornells-Ambrojo et al., 2016). Eine besonders gefährdete Gruppe bilden offensichtlich Personen, die bereits in früheren Lebensabschnitten traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren. Weiter kommen der Schwere der Psychose-Symptomatik und dem Bewältigungsstil in Bezug auf die psychotische Erfahrung besondere Bedeutung zu. Erste Erfahrungen mit einem Behandlungsprogramm zur Reduktion posttraumatischer Symptome im Anschluss an eine erste psychotische Episode wurden von Jackson et al. (2009) berichtet.

## 10.6 Klinische Implikationen

### 10.6.1 Diagnostik

Trotz der hohen Prävalenz traumatischer Erfahrungen und posttraumatischer Störun-

gen bei Patienten mit psychotischen Syndromen wird eine systematische Diagnostik bei ihnen seltener durchgeführt als bei anderen Personengruppen (Read et al., 2007). Häufig befürchten Therapeuten, dass bereits das Ansprechen von Traumatisierungen zu einer weiteren Destabilisierung der Patienten führt. Klinische Erfahrungen zeigen dagegen, dass diese Befürchtung zu meist unbegründet ist. Im Gegenteil kann es wesentlich zur Stabilisierung Betroffener beitragen, wenn bislang wenig nachvollziehbare Symptome und Verhaltensweisen im Kontext der Traumavorgeschichte verständlicher werden und Hilfe bei deren Bewältigung angeboten wird (Harris & Fallot, 2001).

Ein weiterer Grund für die seltene Diagnostik bei Psychosepatienten scheinen Zweifel an der Verlässlichkeit der Berichte zu sein. Auch diese Vorbehalte sind jedoch unbegründet. So konnten Untersuchungen zu den psychometrischen Eigenschaften etablierter Instrumente bei Psychosepatienten zeigen, dass Traumatisierungen und posttraumatische Störungen auch bei dieser Patientengruppe reliabel und valide erfasst werden können (z.B. Fisher et al., 2009).

### 10.6.2 Therapie

Aufgrund der großen Häufigkeit von Traumatisierungen bei Patienten mit Psychosen und anderen schweren psychischen Erkrankungen wird insbesondere im angloamerikanischen Raum inzwischen gefordert, therapeutische Angebote unabhängig vom jeweiligen Setting »traumasensibler« zu gestalten (Harris & Fallot, 2001; Schäfer, 2008). Dies bedeutet, unabhängig von der Art des jeweiligen Angebots, wesentliche Grundprinzipien des Umgangs mit traumatisierten

Menschen bei den Alltagsroutinen zu berücksichtigen, auch um die Gefahr potentieller Retraumatisierungen zu minimieren.

Weiter wurde in den letzten Jahren begonnen, auch »traumaspezifische« Interventionen an die Bedürfnisse psychotischer Patienten anzupassen. Dazu zählen Therapieprogramme, die einen Schwerpunkt auf Stabilisierung und den Aufbau von Bewältigungsstrategien setzen. Dies betrifft etwa das STAIR-Modell (Cloitre et al., 2014), das auch bei Patienten mit psychotischen Störungen erfolgreich eingesetzt wurde (Trappeler & Newville, 2007). Auch für traumafokussierte Verfahren konnte bei Psychosepatienten mit komorbider PTBS inzwischen gezeigt werden, dass sie bei dieser Patientengruppe sicher und effektiv eingesetzt werden können (van der Gaag & van den Berg, 2017). Van den Berg et al. (2015) verglichen in einer randomisierten Studie bei Psychosepatienten mit PTBS die Behandlung mit prolongierter Exposition bzw. EMDR mit einer Wartelistenkontrollgruppe. Dabei zeigten sich gute Effekte auf die PTBS-Symptomatik, ohne dass es in den Behandlungsgruppen zu vermehrten negativen Ereignissen, etwa im Sinne von stationären Aufnahmen, kam. Weiter liegen zu kognitiven Interventionen inzwischen positive Erfahrungen vor. So legten Mueser et al. (2008) ein Behandlungsprogramm für Psychosepatienten mit komorbider PTBS vor, das neben psychoedukativen Elementen und Entspannungsverfahren auf kognitiver Umstrukturierung basiert und in einer kontrollierten Studie günstige Effekte zeigte. Schließlich stellt die psychotherapeutische Arbeit mit Stimmenphänomenen gerade bei traumatisierten Psychosepatienten einen vielversprechenden Therapieansatz dar, da diese Phänomene häufig Zusammenhänge

mit traumatischen Erfahrungen und deren Folgen zeigen (Thomas et al., 2014).

## 10.7 Literatur

- Bak M., Krabbendam L., Janssen I., de Graaf R., Vollebergh W. & Van Os J. (2005). Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 360–366.
- 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, 526–538.
- Braakman M. H., Kortmann F. A. M. & van den Brink W. (2009). Validity of post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features: A review of the evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119 (1), 15–24.
- Cloitre M., Cohen L. R. & Koenen K. C. (2014). *Sexueller Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Dean K., Moran P., Fahy T., Tyrer P., Leese M., Creed F., Burns T., Murray R. & Walsh E. (2007). Predictors of violent victimization amongst those with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 345–353.
- Fisher H. L., Craig T. K., Fearon P., Morgan K., Dazzan P., Lappin J., Hutchinson G., Doody G. A. et al. (2009). Reliability and comparability of psychosis patient's retrospective reports of childhood abuse. *Schizophrenia Bulletin*, doi:10.1093/schbul/sbp103.
- 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, 32095.
- Harris M. & Fallot R. D. (Hrsg.) (2001). *Using trauma theory to design service systems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ivezic S., Bagaric A., Oruc L., Mimica N. & Ljubin T. (2000). Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients. *Croatian Medical Journal*, 41, 179–183.
- Jackson C., Trower P., Reid I., Smith J., Hall M., Townend M., Barton K., Jones J., et al. (2009). Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: A randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 454–462.
- Janssen I., Krabbendam L., Bak M., Hanssen M., Vollebergh W., de Graaf R., & van Os J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38–45.
- Kloocke R., Schmiedebach H.-P. & Priebe S. (2010). Trauma und Psychose in der deutschen Psychiatrie – Eine historische Analyse. *Psychiatrische Praxis*, 37 (3), 142–147 (vgl.: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1223421>).
- Morgan C. & Fisher H. (2007). Environment and schizophrenia: Environmental factors in schizophrenia: childhood trauma – a critical review. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 3–10.
- Mueser K. T., Rosenberg S. D., Goodman L. A. & Trumbetta S. L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: An interactive model. *Schizophrenia Research*, 53, 123–143.
- Mueser K. T., Rosenberg S. D., Xie H., Jankowski M. K., Bolton E. E., Lu W., Hamblen J. L., Rosenberg H. et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 259–271.
- Read J., Hammersley P. & Rudegeair T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 101–110.
- Schäfer I. (2008). Traumatisierungen bei psychisch erkrankten Menschen – welche Konsequenzen ergeben sich für das Hilfesystem? *Perspektive Rehabilitation*, 32–44.
- Schäfer I. (2009). Traumatisierungen bei Psychosepatienten: Weitere Argumente gegen das »bio-bio-bio Modell«? *Psychiatrische Praxis*, 36, 205–207.
- Schäfer I., Fisher H. L., Aderhold V., Huber B.,

- Hoffmann-Langer L., Golks D., Karow A., Ross C., Read J. & Harfst T. (2012). Dissociative symptoms in patients with schizophrenia: Relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (4), 364–371.
- Schäfer I., Aderhold V., Freyberger H.J., Spitzer C. & Schroeder K. (2019). Dissociative symptoms in schizophrenia spectrum disorders. In: Moskowitz A., Dorahy M. & Schäfer I. (Hrsg.). *Psychosis, dissociation and trauma: Evolving perspectives on severe psychopathology*. 2. Aufl. London: John Wiley & Sons.
- Schroeder K., Ehlers S. & Schäfer I. (2017). Akustische Halluzinationen bei Patienten mit Schizophrenie-Spektrums-Störungen: Unterschiede der Phänomenologie in Abhängigkeit von Gewalterfahrung in der Kindheit. *Trauma & Gewalt*, 3, 196–205.
- Scott K.M., Smith D.R. & Ellis P.M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults. *Archives of General Psychiatry*, 67, 712–719.
- Thomas N., Hayward M., Peters E., van der Gaag M., Bentall R.P., Jenner J., Strauss C., Sommer I.E., Johns L.C., Varese F., García-Montes J.M., Waters F., Dodgson G. & McCarthy-Jones S. (2014). Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): Current status and key directions for future research. *Schizophrenia Bulletin*, 40, Suppl. 4, 202–212.
- Trappeler B. & Newville H. (2007). Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. *Psychiatric Quarterly*, 78, 317–325.
- 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. (2015). 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*, 72 (3), 259–267.
- van der Gaag M. & van den Berg D. (2017). Traumabehandlung bei Psychose. *Trauma & Gewalt*, 3, 216–233.
- Varese F., Smeets F., Drukker M., Lieverse 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.
- Witztum E. & van der Hart O. (2008). Hysterical psychosis: A historical review and empirical evaluation. In: Moskowitz A., Schäfer I. & Dorahy M. (Hrsg.). *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*. London: John Wiley & Sons, 21–33.