Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43)

Justine Niemczyk

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
u. Psychotherapie,
Universitätsklinikum des Saarlandes
Homburg

Gliederung

- Definition/Klassifikation
- Prävalenz/Komorbiditäten
- Klinik
- Ätiologie
- Diagnostik/Differenzialdiagnosen
- Therapie
- Verlauf/Prognose

Definition (ICD-10)

- Ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis ruft eine akute Belastungsreaktion hervor
- Oder eine besondere Veränderung im Leben führt zu einer anhaltend unangenehmen Situation und schließlich zu einer Anpassungsstörung
- Störung steht also in direkter Folge zur Belastung bzw. zum Trauma (Kausalzusammenhang)

Klassifikation (ICD-10)

- F 43.0: akute Belastungsreaktion
- **F 43.1: Posttraumatische Belastungsstörung**
- F 43.2: Anpassungsstörungen
  - F43.20 kurze depressive Reaktion
  - F43.21 längere depressive Reaktion
  - F43.22 Angst und depressive Reaktion gemischt
  - F43.23 mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle
  - F43.24 mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens
  - F43.25 mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten
  - F43.28 mit sonstigen vorwiegend genannten Symptomen
- F 43.8: sonstige Reaktionen auf schwere Belastung
- F 43.9: nicht näher bezeichnete Reaktionen auf schwere Belastung

F43.0 - Akute Belastungsreaktion

- Vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad als Reaktion auf außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung
- Überwältigendes traumatische Ereignis stellt ernsthafte Bedrohung der Sicherheit und körperlichen Unversehrtheit des Betroffenen (z.B. Naturkatastrophe, Unfall, Krieg, Verbrechen) oder eine plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung bzw. der Beziehungsnetzes des Betroffenen dar (z.B. Verlust von Menschen durch mehrere Todesfälle)

F43.0 - Akute Belastungsreaktion

- Diagnostische Leitlinien:
  - Unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen Belastung und dem Beginn der Symptome
  - Reaktion beginnt innerhalb von Minuten bzw. sofort
  - Meist gemischtes und wechselndes Bild mit anfänglicher ‚Betäubung', Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug
  - Kein Symptom ist längere Zeit vorherrschend
  - Symptome sind rasch rückläufig – innerhalb von wenigen Stunden, wenn Entfernung von Belastung möglich ist
  - Besteht die Belastung weiter bzw. ist nicht reversibel, beginnen die Symptome in der Regel nach 24h bis 48h abzuklingen und sind gewöhnlich nach 3 Tagen nur noch minimal vorhanden

F43.0 - Akute Belastungsreaktion

- Differenzialdiagnose: PTSD
- Therapie:
  - Selten kinder- und jugendpsychiatrische Vorstellung
  - Leitlinien der Behandlung
    - Auflösung der Belastung, ggf. Herausnahme des Kindes aus belastenden Umständen
    - Psychoedukation
    - Empathisches Verständnis
    - Ggf. vorübergehende Anxiolytika
- Verlauf:
  - Möglicherweise entsteht gelerntes Bewältigungsmuster, das in späteren Belastungssituationen aktiviert wird

F43.2 - Anpassungsstörungen

- Zustände von subjektivem Leid und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen beeinträchtigen
- Während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach belastendem Lebensereignis oder nach schwerer körperlicher Krankheit
- Individuelle Disposition bzw. Vulnerabilität spielt hier größere Rolle als bei anderen Krankheitsbildern
- Es wird jedoch davon ausgegangen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre

F43.2 - Anpassungsstörungen

- Klinische Merkmale sind unterschiedlich:
  - Depressive Stimmung
  - Angst
  - Besorgnis
  - Gefühl, nicht zurecht zu kommen
  - Einschränkungen bei der Bewältigung der alltäglichen Routine
  - Bei Jugendlichen häufig: SSV
  - Bei Kindern: Einnässen, regressives Verhalten wie Babysprache, Daumenlutschen etc.
  - Keines der Symptome ist jedoch schwerwiegend genug, dass es eine andere Diagnose rechtfertigen würde
  - Störung beginnt innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis und dauert nicht länger als 6 Monate an (Ausnahme: längere depr. Reaktion => 2 Jahre)

F43.2 - Anpassungsstörungen

- Arten von Auslösern
  - Normative Stressoren
  - Sonstige Stressoren

F43.2 - Anpassungsstörungen

- Diagnostische Leitlinien:
  - Diagnose abhängig von Beziehung zwischen:
    1. Art, Inhalt und Schwere der Symptome
    2. Anamnese und Persönlichkeit
    3. Belastendem Ereignis, Situation oder Lebenskrise
  - Vorhandensein des 3. Kriteriums muss eindeutig nachgewiesen werden

F43.2 - Anpassungsstörungen

- Prävalenz: 3-4%

- Therapie:
  - Entlastung schaffen
  - Bewältigungsmöglichkeiten ausbauen
  - Beratung
  - Spieltherapie
  - Verbal-kognitive Verfahren (Fehlinterpretationen auflösen etc.)
  - Einbezug der Eltern
  - i.d.R. keine Indikation zur Pharmakotherapie

F43.2 - Anpassungsstörungen

- Verlauf:
  - Angstreaktionen halten häufig deutlich länger als sechs Monate an
  - Chronische Erkrankungen und anhaltende Belastungen führen zu längeren Verläufen
  - Kurzfristige Prognose ist günstig
  - Eine weitere komorbide Störung hat offensichtlich keinen Einfluss auf den Verlauf

Posttraumatische Belastungsstörung

F43.1 - Posttraumatische Belastungsstörung

- Verzögerte Reaktion auf ein Ereignis außergewöhnlicher Bedrohung (Naturkatastrophen, Tod, sex., körperl. Missbrauch, Vergewaltigung, Unfall etc.)

- Typische Merkmale:
  - Wdh. Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (flashbacks) oder in Träumen
  - Andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit, Anhedonie
  - Vermeidung von Situationen oder Aktivitäten, die Erinnerung an Trauma wachrufen
  - Vegetative Übererregung, Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit

  - Eintritt der Symptome: innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis

F43.1 - Posttraumatische Belastungsstörung

- Diagnostische Leitlinien:
  - Auftreten der Symptome innerhalb von 6 Monaten nach traumatisierendem Ereignis
  - (‚wahrscheinliche Diagnose‘ kann auch gestellt werden, wenn Abstand >6 Monate und klinische Merkmale vorhanden sind)
  - Wdh. Erinnerung an Trauma bzw. Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Träumen etc.

  - Deutlicher emotionaler Rückzug
  - Gefühlsabstumpfung
  - Vermeidung von Reizen, die an Trauma erinnern

  } häufig zu beobachten, jedoch für Diagnose nicht wesentlich

  - Vegetative Störung
  - Stimmungsbeeinträchtigung
  - Abnormes Verhalten

  } für Diagnose nicht erstrangig

Symptome Erwachsene vs. Kinder

Tabelle 1. Allgemeine Symptome der PTB und Symptome, die als jeweils typisch für Kinder und Jugendliche betrachtet werden

Allgemeine Symptome der PTB	Symptome, die typisch sind für Kinder und Jugendliche
• **Symptome des Wiedererlebens**	
Belastendes Wiedererleben des traumatischen Geschehens im Wachen oder Schlafen (Intrusionen)	Wiederholtes und wenig lustbetontes Nachspielen der traumatischen Situation (APA, 1994)
Flashbacks (subjektiver Eindruck, das Trauma aktuell wieder zu durchleben)	bei Kindern recht selten (McNally, 1991)
Belastung bei Konfrontation mit Dingen, die an das Trauma erinnern	kann sich äußern in anklammerndem oder auffällig aggressivem Verhalten, Angst vor der Dunkelheit oder dem Alleine Sein, Bauch- oder Kopfschmerzen
• **Symptome der Vermeidung traumabezogener Reize**	
Vermeidung von Situationen, die an das Trauma erinnern	bei Kindern wahrscheinlich seltener als bei Jugendlichen und Erwachsenen (Mirza et al., 1998)

Quelle: Steil & Straube , 2002

Symptome Erwachsene vs. Kinder

• **Symptome der emotionalen Taubheit**	
deutlich vermindertes Interesse an Dingen, die vor der Traumatisierung von Bedeutung waren	
Gefühl der Entfremdung von anderen und der Emotionslosigkeit	bei Kindern wahrscheinlich seltener als bei Jugendlichen und Erwachsenen (Mirza et al., 1998)
	Automutilation
Wahrnehmung einer verkürzten Zukunft	kein Glaube mehr daran, jemals erwachsen zu werden, die Schule zu beenden etc. (APA, 1994), übermäßige Besorgnis, Familienmitgliedern oder Freunden könne etwas zustoßen
	Verlust von prätraumatisch schon erworbenen Fähigkeiten (z. B. lesen oder schreiben), regressives Verhalten (z. B. Daumenlutschen, sekundäre Enuresis oder Enkopresis)
• **Symptome des erhöhten autonomen Erregung**	
Übermäßige Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit	
Erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität	
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen	
Konzentrations- und Gedächtnisprobleme	Prätraumatisch bestehende Leistungsstörungen werden verstärkt, Schulleistungen sinken (Yule & Udwin, 1991)

Quelle: Steil & Straube , 2002

Diagnosekriterien Kleinkindalter

Tab. 17: Alternative Diagnosekriterien für die PTBS im Säuglings- und Kleinkindalter nach Scheeringa et al. 2003 (Übersetzung bei Graf et al. 2008)

Symptomgruppen	Symptome
A. Taumatisches Ereignis	
B. Wiedererleben ▶ mindestens 1 Symptom	Posttraumatisches Spiel: Zwanghafte Wiederholung von Themen und Aspekten des Traumas, kein Angstabbau durch das Spiel. Weniger elaboriertes und kreatives Spiel
	Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas, ohne Charakteristika des posttraumatischen Spiels
	Wiederholte Erinnerung des traumatischen Ereignisses außerhalb des Spiels, ohne offensichtliche psychische Belastung
	Albträume mit Bezug zum Trauma oder mit zunehmender Frequenz ohne wiedererkennbaren Inhalt
	Episoden mit objektiven Anzeichen eines Flashbacks oder von Dissoziation
	Psychische Belastung bei der Konfrontation mit Hinweiszeichen
C. Vermeidung ▶ mindestens 1 Symptom	Tatsächliche oder versuchte Vermeidung von Aktivitäten, Gegenständen, Orten oder Personen, welche mit dem Trauma assoziiert sind
	Einengung des Spielverhaltens
	Sozialer Rückzug
	Eingeschränkte Bandbreite des Affekts
D. Erhöhte Erregung ▶ mindestens 2 Symptome	Ein- und Druchschlafschwierigkeiten
	Erhöhte Irritierbarkeit, Wutausbrüche, Affektlabilität
	Verringerte Konzentrationsfähigkeit im Vergleich zu vor dem Trauma
	Übertriebene Wachsamkeit (Hypervigilanz)
	Übertriebene Schreckreaktion
E. Neue Ängste und Aggressionen ▶ für die Diagnose nicht erforderlich	Verlust bereits erworbener Fertigkeiten insbesondere im Bereich der Sauberkeitsentwicklung und der Sprache
	Neu auftretende Ängste
	Neu auftretende Trennungsangst
	Neu auftretende Aggressionen

Prävalenz

- Deutsche Stichprobe: Lebenszeitprävalenz von **1,6%** bei 12-15j. Jugendlichen (Essau et al., 1999)
- Internationale Studien: Angaben sehr divergent: **1-14%** Lebenszeitprävalenz
- Amerikanische Stichprobe:
  Lebenszeitprävalenz von **10%** bei älteren Jugendlichen und Erwachsenen (Kessler et al., 1995)
- Britische Stichprobe:
  Prävalenz von **0,4%** bei 11-15j. Kindern und Jugendlichen
- **7,3%-14,5%** aller Jugendlichen entwickeln nach Traumatisierung eine PTSD (Essau et al., 1999; Giaconia et al., 1995)
- Aktuelle repräsentative Studien zu Lebenszeitprävalenz der PTSD fehlen

Prävalenz – Bedeutung von Geschlecht, Alter und Art der Traumatisierung

- Erkrankungsrisiko ist umso größer, je **jünger** die Kinder zum Zeitpunkt der Traumatisierung sind
-
- Prävalenz von PTSD im Kleinkindalter wird durch ICD/DSM deutlich **unterschätzt:** 0,1-0,6%
- Nach den alternativen Kriterien nach Scheeringa bzw. DC: 0-3R deutlich höhere Prävalenzraten von bis zu **20%**
- Bei vergleichbaren Traumatisierungen zeigen **Mädchen** häufiger als Jungen PTSD-Symptomatik
- **Sexuelle Gewalt** birgt 6-7fach höheres Risiko für PTSD als anderer Ereignisse
  - 50-80% aller älteren Jugendlichen erkrankten nach sex. Gewalt and PTSD

Risikofaktoren

- Prätraumatische Faktoren
  - Jüngeres Alter
  - Weibliches Geschlecht
  - Minoritätenstatus
  - Niedriger sozioökonischer Status
  - **Prätraumatische psych. Störung** **
  - Vortraumatisierung
  - Komorbide Störungen wie ADHS
  - …

Risikofaktoren

- Peritraumatische Faktoren
  - **Schweregrad der Belastung ****
  - **Wahrgenommene Lebensgefahr ****
  - Tod und Verletzung bekannter Personen *
  - **Ressourcenverlust** (z.B. Zerstörung des Hauses) **
  - Intensität der emotionalen Reaktion *
  - Verhalten der Eltern in der peritraumatischen Reaktion
  - Durch Natur oder Menschen ausgelöst
  - Einfache oder mehrfache Traumatisierung

Risikofaktoren

- Posttraumatische Faktoren
  - **Akute Belastungsreaktion ****
  - **Ängstlichkeit und Depressivität ****
  - **Dysfunktionale Bewältigungsstrategien ****
  - **Mangelnde soziale Unterstützung ****
  - PTSD der Eltern *
  - Weitere belastende Lebensereignisse *

Komorbiditäten

- **20-40%** der Kinder und Jugendlichen mit PTSD zeigen **komorbide Störungen**:
  - Externalisierende und internalisierende Verhaltensprobleme
  - Suizidgedanken, Suizidversuche
  - Interpersonelle Schwierigkeiten
  - Störungen des Sozialverhaltens
  - Körperliche Beschwerden

- Bei **20%** der betroffenen Kinder und Jugendlichen bestehen **Depression, Drogenmissbrauch** und **somatoforme Störungen** (Steil, 2004)

Komorbiditäten

- **70%** der kindlichen **Erdbebenopfer** entwickeln **Major Depression** (Giaconia, 1995)

- Komorbiditäten bei **Kleinkindern** mit PTSD (Scheeringa et al., 2003):
  - 75% ODD
  - 63% emotionale Störung mit Trennungsangst
  - 38% ADHS
  - 6% depressive Störung

Komplexe Traumata - singuläre Traumata

- Singuläre Traumata (Typ-I-Traumata)
  - **Einzelereignisse** wie Unfall, Überfall, Vergewaltigung
- Komplexe Traumata (Typ-II-Traumata)
  - **Serie** von länger anhaltenden Traumatisierungen
  - Meist sexueller Missbrauch oder häusliche Misshandlungen und Gewalt
- Behandlung grundsätzlich gleich
  - Bei Typ-II-Traumatisierungen: Vorbereitungs- und Stabilisierungsphase ausführlicher um nicht zu Retraumatisieren
  - Grundsätzlich sicherstellen, dass keine weitergehende Traumatisierung stattfindet (**äußere Sicherheit**)

Klinik

- Die 14j. Schülerin A. sah aus nächster Nähe mit an wie ein Mitschüler ihre Lehrerin erstochen hat. „Ich sah das Blut meiner Lehrerin an die Tafel spritzen und war steif vor Angst.“ Nach einigen Wochen entwickelte A. zunehmende Schlafstörungen und Angstträume, in denen sie das Erlebte immer wieder erlebte. Tagsüber fühlte sie sich häufig angespannt und innerlich unruhig. Sie hatte kaum noch Lust mit ihren Freundinnen etwas zu unternehmen und verbrachte die Nachmittage lieber alleine zu Hause. In der Schule fiel es ihr sehr schwer, an dem Klassenzimmer vorbeizugehen, in dem das Ereignis passiert ist. Sie machte - soweit es ging - einen weiten Bogen darum.

Klinik - im Kleinkindalter

- Kinder
  - wirken emotional wenig belastet
  - zeigen oft eingeschränktes Spielverhalten
  - haben häufige Wutanfälle
  - werden aggressiv
  - verlieren schon erworbene Fähigkeiten
  - entwickeln neue Ängste

Ätiologie

- Verschiedene Modelle
  - Behaviorales Modell (Mowrer, 1947)
  - Kognitives Modell (Ehlers & Clark, 2000)
  - Psychobiologische und neuroendokrinologische Befunde
  - Risikofaktoren und protektive Faktoren
  - Rolle der Eltern

Ätiologie

- Behaviorales Modell (Mowrer, 1947)
  - Basierend auf der Zweifaktorentheorie von Mowrer (1947)
    - 1. Faktor: **klassische Konditionierung** einer Furchtreaktion (inklusive Stimulusgeneralisierung)
    - 2 Faktor: **operante Konditionierung**: durch Vermeidung sinkt Angst

Ätiologie

- Kognitives Modell (Ehlers & Clark, 2000)
  - Traumatische Erinnerungen werden nur ungenügend elaboriert und in einen autobiographischen Kontext eingeordnet
  - Dissoziation zwischen verbaler, emotionaler und autobiographischer Infoverarbeitung
  - Unangemessene Verarbeitung ist umso wahrscheinlicher, je weniger der Betroffene in der Lage ist zu verstehen, was passiert ist (bei Kindern besonders stark)
  - Speicherung des Traumas auf emotionaler und sensorischer Ebene
  - Möglichkeit, sich sprachlich mitzuteilen und Leid in Worten auszudrücken, ist weniger vorhanden
  - Kinder verknüpfen häufig ‚unlogisch' (magisch) => dysfunktional

Ätiologie

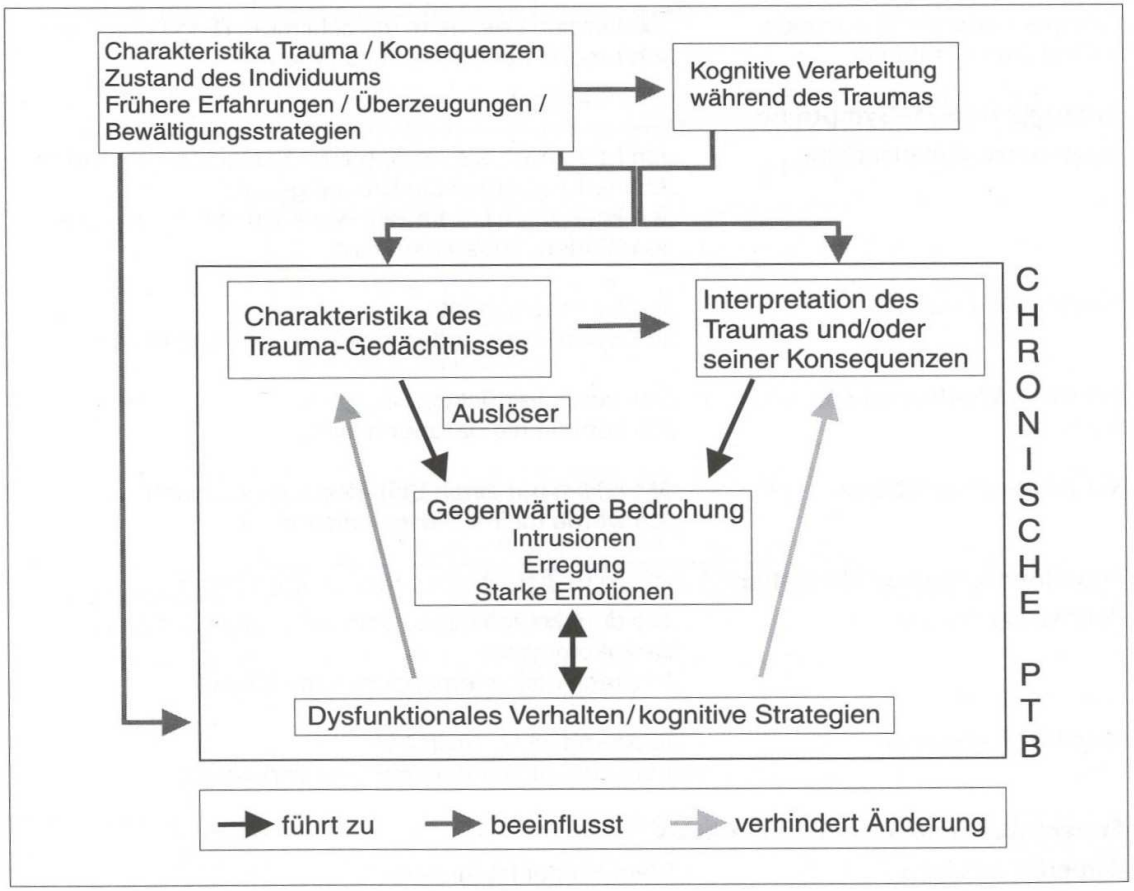

Abbildung 1:
Modell der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung
von Ehlers und Clark (1999)

Ätiologie

- Psychobiologische und neuroendokrinologische Befunde
  - Bei Erwachsenen mit PTSD wurde ein Fülle an psychobiologischer, neuroendokrinologischer und struktureller Korrelate gefunden
  - Dysregulationen in glutamatergen, noradrenergen, serotonergen und neuroendokrinen Systemen
  - Strukturelle Veränderungen:
    - verringertes Hippocampusvolumen bei Erwachsenen (Risiko oder Folge?)
    - Reduktion im Bereich des cerebralen Volumens und des Corpus callosum bei Kindern (Einzelfallstudien)
  - Hormonelles Stress-System (Erwachsene):
    - Erhöhte Aktivität des noradrenergen Systems
    - Niedrigere Cortisolausschüttung
    - Erhöhte Sensitivität der Glukokortikoidrezeptoren
  - Funktionelle Bildgebung (Erwachsene):
    - Überaktivitierung der Amygdala, aber Minderaktivitierung präfrontaler Strukturen bei Präsentation von traumarelevanten oder generell neg. Reizen

Ätiologie

- Risikofaktoren (nach Brewin et al., 2000; Kultalahti & Rosner, 2008)
  - Weibliches Geschlecht
  - Alter (je jünger, desto stärker das Risiko)
  - Verbaler und kognitiver Entwicklungsstand (je niedriger, desto stärker das Risiko)
  - Prätraumatische psychische Morbidität
  - Stressorschwere
  - Multiple Traumatisierung
  - Wahrgenommene Lebensgefahr
  - Ressourcenverlust in der Familie
  - Psychische Erkrankungen in der Familie
  - Ausbildung einer akuten Belastungsreaktion
  - Dysfunktionale Bewältigungsstrategien (Attribution eigener Schuld)
  - Mangelnde soziale Unterstützung
  - Weitere belastende Lebensereignisse, die auf Traumatisierung folgen

- Protektive Faktoren implizit ableitbar

Ätiologie

- Rolle der Eltern
  - Modelle für adaptives und dysfunktionales Copingverhalten
  - Eltern können hilfreiche und schädliche Strategien systematisch verstärken
  - Kinder leiten Interpretation des traumatischen Geschehens auch aus den Reaktionen der nahen Bezugspersonen ab
  - Elaborierter Kommunikationsstil und aktive Anstrengung, das traumatische Geschehen für das Kind nachvollziehbar zu machen, fördern die Einbettung stressvoller Ereignisse in das autobiographische Gedächtnis
  - Haben Eltern und Kinder gemeinsam Traumatisierung erlebt und entwickeln Eltern auch PTSD, dann können sie die Kinder weniger erfolgreich bei der Bewältigung unterstützen

Diagnostik

- Grundsätzlich: ausführliche Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik
  - Vorstellungsgrund
  - Eigen-, Fremd- und Familienanamnese
  - Psychopathologischer Befund (CASCAP, Verhaltensbeobachtung)

- Klinische Interviews
  - z.B. Kinder-DIPS
  - Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ, dt. Version der Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA))
  - Posttraumatic Stress Disorder, Semi-Structured Interview and Observational Record for Infants and Young Children (PTSD-SSIORIYC, dt. Übersetzung vorhanden)
  - Achse V (assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände) des multiaxialen Klassifikationssystems

Diagnostik

- Einsatz von Fragebögen (Eltern, Lehrer etc.)
  - Child Behavior Checklist (CBCL)
  - Impact of Events Scale – revidierte Version (IES-R)
  - PTSD-Symptoms Preschool Age Children (PTSD-PAC)
  - Zürcher Lebensereignisliste
- IQ-Testung, Leistungsdiagnostik
- Internistisch-neurologische Untersuchung
- EEG
- Ggf. Drogenscreening
- Verhaltensanalyse

Diagnostik

- Berücksichtigung folgender Bereiche:
  - Prätraumatisches Funktionsniveau des Kindes
  - traumatisches Ereignis
  - dessen Folgen für das Kind und seine Umwelt

- Informationsquellen:
  - Kind
  - Eltern
  - Lehrer
  - Verhaltensbeobachtungen in Schule oder häusl. Umfeld
  - Medizinische Akten
  - Informationen von Zeugen

Diagnostik

- Eltern und Lehrer neigen dazu, die Belastungen des Kindes zu unterschätzen
- Kinder berichten mehr internalisierende Probleme, Eltern mehr externalisierende Probleme

- Kinder und Eltern getrennt voneinander befragen

- Probleme bei Diagnostik von Traumatisierungen in früher Kindheit
  - Nonverbales Erinnern an traumatische Ereignisse ab ca. 2. Lj.
  - Verbal zugängliche autobiographische Erinnerungen ab ca. 3. Lj.

- Autobiographisches Gedächtnis von Kindern ist anfällig für Verzerrungen und Suggestion
  - Verantwortungsvolle Interviewtechniken (offene Fragen, keine Suggestivfragen)

Diagnostik

- Kind soll zunächst Gelegenheit haben, über das traumatische Erlebnis frei zu erzählen
- Erst dann stellt Therapeut detaillierte Fragen
- Bei jüngeren Kindern:
  - Bild malen lassen, zu dem es Geschichte erzählen kann
  - Erlebnisse mit Puppen nachspielen
  - Diagramme, Pläne, Zeichnungen können hilfreich sein (z.B. bei Traumatisierung im Klassenzimmer: wer saß wo etc.)
  - Verbale ‚Prompts' des Therapeuten während kindlicher Erzählung
    - Was ist als nächstes passiert?
    - Wie fühltest du dich dabei?
    - Was kam dann?
  - Wichtig auch dysfunktionale Kognitionen erfassen

Differenzialdiagnosen

- Angststörungen
- Affektive Störungen
- Psychotische Störungen
- Anpassungsstörungen
- Hirnorganische/neurologische Störungen

- Ausschlaggebendes Kriterium für PTSD: **existentiell bedrohliches Ereignis** in Vorgeschichte

Therapie

- Zunächst:
  - Wiederherstellung der äußeren Sicherheit
- Zwei wichtige Säulen der Behandlung:
  - Konfrontation in sensu
    - Habituation an bedrohliche Erinnerungen
    - bessere Elaboration der traumatischen Geschehnissen und der Integration neuer korrigierender Erfahrungen
  - Kognitive Interventionstechniken
    - Identifikation und gezielte Veränderung negativer Kognitionen zum Trauma und seinen Folgen

Therapie

- Zusätzlich häufig: EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

- Diese 3 Bestandteile = Behandlung der Wahl bei Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen (Wirksamkeit empirisch nachgewiesen: NICE-Guidelines (National Institute of Clinical Excellence)

- In den NICE-Guidelines wird vom **Einsatz psychotroper Medikation** bei der Behandlung der PTSD bei Kindern und Jugendlichen **abgeraten**

Therapie

- Behandlungsmanuale liegen vor, z.B. von
  - Deblinger et al. (1997)
  - Cohen, Mannarino & Deblinger (2006)

Therapie

- Interventionen in der Akutphase:
  - Aufmerksame Beobachtung der Kinder/Jugendlichen
  - Generell supportive Interventionen („Sicherheit vermitteln“):
    - Soziale Unterstützung (z.B. Herstellung des Kontaktes zu Bezugspersonen)
    - Aufklärung
    - Psychohygiene (Wiederaufnahme alltäglicher Routinen, z.B. Kuscheln vor Schlafengehen, vorlesen)
    - Berücksichtigung grundlegender Bedürfnisse nach Nahrung und Schlaf
  - Falls bereits Akute Belastungsstörung vorliegt wird der Einsatz von KBT-Manual empfohlen

Therapie

- Interventionen bei diagnostizierter PTSD (nach Cohen, Mannarina & Deblinger, 2006)
  - Psychoedukation und Förderung der Erziehungskompetenzen der Eltern
  - Entspannung
  - Affektregulation
  - Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen

  - Entwicklung einer Trauma-Narrativs (imaginatives Nacherleben – in sensu-Exposition)
  - Konfrontation in vivo mit symptomauslösenden Stimuli (Traumatrigger)

  - Gemeinsame Eltern-Kind-Sitzungen (Eltern als Co-Therapeuten)
  - Fördern künftiger Sicherheit

Therapie

- Kind und Eltern nehmen zunächst in getrennten Sitzungen teil
- Gemeinsame Sitzungen erst gegen Ende der Therapie
- Ca. 12-16 Sitzungen
- Grundlage: gute Therapiebeziehung
  - Empathie und aktives Zuhören
  - Signal, Therapeut kann die „Geschichte aushalten“

Therapie

- Psychoedukation und Förderung der Erziehungskompetenzen
  - Informationen zu Häufigkeit, Formen und Folgen von z.B. sex. Missbrauch
  - Hilft gegen Mythenbildung
  - Informationen zu Symptomen
    - Normalisierung der eigenen Reaktionen
  - Fortführen eines konsistenten Erziehungsstils
    - Lob und Belohnung aber auch selektive Aufmerksamkeit und time-out (v.a. wenn Kinder mit aggressivem Verhalten auf traumatisches Ereignis reagieren)

Therapie

- Entspannung
  - Zur Abschwächung der Übererregungs-Symptome
  - Techniken
    - Kontrolliertes Atmen
    - Meditation
    - Achtsamkeit
    - Autogenes Training
    - PMR
  - Bes. unterstützend für Eltern-Kind-Beziehung, wenn Kind den Eltern die Entspannungsmethode beibringt

Therapie

- Affektregulation
  - Je nach Alter spielerisch Gefühle bestimmen und benennen
  - Deutlich machen, dass es keine „schlechten/bösen“ Gefühle gibt
  - Gefühle der traumatischen Situation stehen noch nicht im Vordergrund
  - Umgang mit Gefühlen (auch mit Eltern)
    - Strategien der Gedankenunterbrechung
    - Positive Vorstellungen
    - Positive Selbstgespräche
  - An Sicherheitsgefühlen arbeiten
    - Wie kann man Sicherheit herstellen?
    - Wer kann helfen?

Therapie

- Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen
  - Kognitives Dreieck (Denken, Fühlen, Handeln)
  - Typische hilfreiche und nicht so hilfreiche Gedanken identifizieren

Therapie

- Entwicklung eines Trauma-Narrativs
  - Auf Metaphern zurückgreifen (Schrank, Wunde säubern)
  - Z.B. Erstellen eines Büchleins, das „die Geschichte vom traumatischen Ereignis“ enthält
    - Zunächst Selbstbeschreibung (Hobbies, positive Ereignisse, Freunde etc.)
    - Traumatisches Ereignis beschreiben (z.B. Kind diktiert, Therapeut schreibt, laut vorlesen)
    - Herausarbeiten der schlimmsten Aspekte (evtl. Bild dazu malen)
    - Korrektur kognitiver Verzerrungen
  - Währenddessen: Lob für Mut
  - Bei Überwältigung durch Erinnerungen: Entspannungstechnik einsetzen

Therapie

- Konfrontation in vivo mit symptomauslösenden Stimuli
  - Z.B. entsprechende Orte aufsuchen
  - Gerüche aushalten
  - Bilder anschauen

Therapie

- Fördern künftiger Sicherheit
  - Rückfallprophylaxe
    - Strategien im Umgang mit gefürchteten Situationen
    - Liste von Personen, die einem helfen können
    - z.B. Teilnahme an Erste-Hilfe-Kurs

    - Einbezug der Eltern wichtig!

Therapie

- Interventionen bei komplexer Traumafolgestörung
  - Neben PTSD-Symptomen auch Selbstverletzungen, Suizidalität, Dissoziationen, komorbide Borderline-Persönlichkeitsstörungen
  - DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie)

Therapie – Kleinkinder

- Grundsätzlich:
  - Reden über Trauma ist für Vorschulkinder nicht schädlich
  - Fokus sollte auf begleitende Gefühle der Kinder gerichtet sein
  - Elterliche Reaktionen (Schulgefühle, Nachgiebigkeit etc.) bearbeiten

Therapie – Kleinkinder

- Kognitive Verhaltenstherapie ab 3.Lj. Geeignet
- Child Parent Psychotherapy
- Wirksamkeit von EMDR bei Kinder unter 6J. Noch nicht systematisch überprüft
- Spieltherapie mit Fokus auf Trauma

Verlauf und Prognose

- Sowohl Angabe hoher Remissions- als auch hoher Chronifizierungsraten

- Risiko der Chronifizierung scheint hoch zu sein
- Psych. Störungen und Funktionsprobleme im Erwachsenenalter möglich

Literaturangaben

- Von Gontard, A. (2010). Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pieper, G. (2006). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In: F. Mattejat (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 4. München: Cip-Medien.
- Steil, R. & Rosner, R. (2009). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In A. Maercker (Hrsg.). Posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer.
- Steil, R. & Straube, E.R. (2002). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 31 (1), 1-13.
- Steinhausen, HC. (2010). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. München: Urban und Fischer.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!