

The image features two thick black L-shaped brackets. One is positioned in the top-left corner, and the other is in the bottom-right corner. They are oriented towards each other, framing the central text.

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

Inhaltsverzeichnis

- Definition
- Was ist ein Trauma?
- Trauma-Typen
- Klinisches Erscheinungsbild
- Diagnose Kriterien nach DSM-5 bzw. ICD-10/11
- Prävalenzen für eine PTBS bei Jugendlichen
- Komorbidität
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Diagnostik
- Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)
- Literaturverzeichnis

Was ist ein Trauma?

- Trauma wird häufig umgangssprachlich verwendet – dabei wird oft von belastenden Ereignissen gesprochen
- In der Diagnostik ist aber klar definiert, was ein traumatisches Ereignis darstellt:
 - **Tod, ernsthafte Verletzungen oder sexualisierte Gewalt** (American Psychiatric Association (APA), 2015)
- Dieses Ereignis kann direkt erlebt, beobachtet oder darüber berichtet werden, dass es einer nahstehenden Person passiert ist

Trauma-Typen

	„Schicksalhaft“	„Durch Menschen“
TYP 1 – Trauma (kurzdauernd)	<ul style="list-style-type: none"> - Verkehrs- oder Arbeitsunfälle - Berufsbedingte Traumata (Polizei/ Feuerwehr) - Naturkatastrophen 	<ul style="list-style-type: none"> - Vergewaltigung - Körperliche Gewalt - Andere zivile Gewalterlebnisse (Überfälle, Geiselnahmen)
TYP 2 – Trauma (langdauernd, wiederholt)	<ul style="list-style-type: none"> - Langanhaltende Naturkatastrophen (Flut, Erdbeben) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wiederholte körperliche und/oder sexuelle Gewalt in der Kindheit - Folter, politische Inhaftierung

Tab. 1 Trauma-Typen

(Terr, 1991, zitiert nach Rosner/Unterhitzenberger, 2019, S.624)

Klinisches Erscheinungsbild

- PTBS als Folge von Erleben eines traumatischen Ereignisses
- Für die Diagnostik klare Voraussetzung für eine PTBS
- Im Anschluss eines traumatischen Ereignisses treten im Falle der PTBS verschiedene Symptome auf:
 1. Wiedererleben
 2. Vermeidung
 3. Negative Veränderung von Kognitionen und der Stimmung
 4. Veränderungen des Erregungsniveaus

Symptome des Wiedererlebens

- Ungewollte Erinnerungen
- Wiederinszenierung des Ereignisses in (Tag)-Träumen
- Bei Kindern in Alpträumen oder traumatisches Spiel

Vermeidung

- Aus dem Weg gehen von Aktivitäten, und Situationen, die an das Trauma erinnern
- Vermeidung von Gesprächen, Gedanken und Gefühlen über das Trauma
- Bei Kindern Verlust von bereits erlernten Fähigkeiten (Bett nässen)

Negative Veränderung von Kognitionen und der Stimmung

- Psychogene Amnesie
- Anhaltende negative Überzeugungen und Erwartungen an sich selbst oder andere Personen
- Weniger Interesse an Aktivitäten, die vorher Freude bereiteten
- Gefühl von Fremdheit in ihrer Umgebung

Veränderung des Erregungsniveaus

- Ein- und Durchschlafstörungen
- Reizbarkeit
- Wutausbrüche
- Riskantes, selbstzerstörerisches Verhalten
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Erhöhte Wachsamkeit und/oder Schreckhaftigkeit
- Trennungsangst
- Motorische Unruhe

Diagnose Kriterien nach DSM-5 bzw. ICD-10/11

- Seit der Überarbeitung der DSM-5 (APA 2015) Veränderung der Diagnosekriterien
 - Engere Eingrenzung des traumatischen Ereignisses (Kriterium A)
 - Verzichtet wurde auf vorheriges Kriterium A2 (starke emotionale Reaktion während oder nach dem Ereignis)
 - Neues Symptom: negative Veränderung von Kognition und Stimmung

ICD-10/11

- Wird kaum in wissenschaftlichen Bereich verwendet aber in der deutschen Gesundheitsversorgung
- Kriterien: nur je ein Symptom aus den Bereichen Wiedererleben und Vermeidung sowie entweder Unfähigkeit des Erinnerns oder zwei Überregungssymptome
- *Wegen unschärferen Formulierung → mehr Menschen erfüllen PTBS Voraussetzungen*

Diagnostische Kriterien nach DSM-5

Für Erwachsene, Jugendliche & Kinder über 6 Jahren

- A. Konfrontation mit drohenden/tatsächlichen Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt
 - 1. direktes Erleben, 2. persönliches Erleben bei anderen Personen, 3. Erfahrung eines traumatischen Ereignisses bei engen Freunden oder nahem Familienmitglied
 - *Nicht erfüllt bei Konfrontation durch Medien, Fernsehen oder Bilder außer sie ist berufsbedingt*

- B. Vorhandensein eines oder mehrerer Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen)
 - belastende Erinnerungen, Träume, Flashbacks, traumatisches Spiel, Körperliche und psychische Reaktionen auf Trigger

C. Vermeidung von Reizen, die im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis stehen (ein oder mehrere)

- 1. Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle vermeiden
- 2. Personen, Orte, Gespräche oder Aktivitäten vermeiden

D. Negative Veränderung von Kognitionen und der Stimmung im Zusammenhang mit dem Ereignis (mind. Zwei)

- (Dissoziative Amnesie, Negative Überzeugungen und weitere..)

E. Veränderung des Erregungsniveaus (mind. Zwei)

- (Reizbarkeit, Wutausbrüche, Riskantes Verhalten, Schlafstörungen..)

F. Symptome der Kriterien B,C,D und E **dauern länger als einen Monat.**

G. Symptome beeinträchtigen die Person in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Lebensbereichen

H. Störungsbild ist nicht Folge von Einnahme von Substanzen mit physiologischer Wirkung (Alkohol, Medikamente) oder aufgrund einer Krankheit

PTBS Symptome zeigen sich aufgrund entwicklungsbedingter Veränderungen altersspezifisch. Jüngere Kinder zeigen häufig unklare Angst- und Vermeidungssymptome, Jugendliche reagieren ähnlich wie Erwachsene.

→ Wegen häufiger Kritik wurden die DSM-5 Kriterien für Kinder unter 6 Jahren angepasst

Lebenszeitprävalenz

- Für Kinder und Jugendliche liegt sie für ein traumatisches Ereignis bei mehr als 50%
- In Ländern mit hoher sozialer Ungerechtigkeit, mit Kriegen oder Risiken für Umweltkatastrophen ist die Häufigkeit von traumatischen Ereignissen und Folgestörungen erhöht

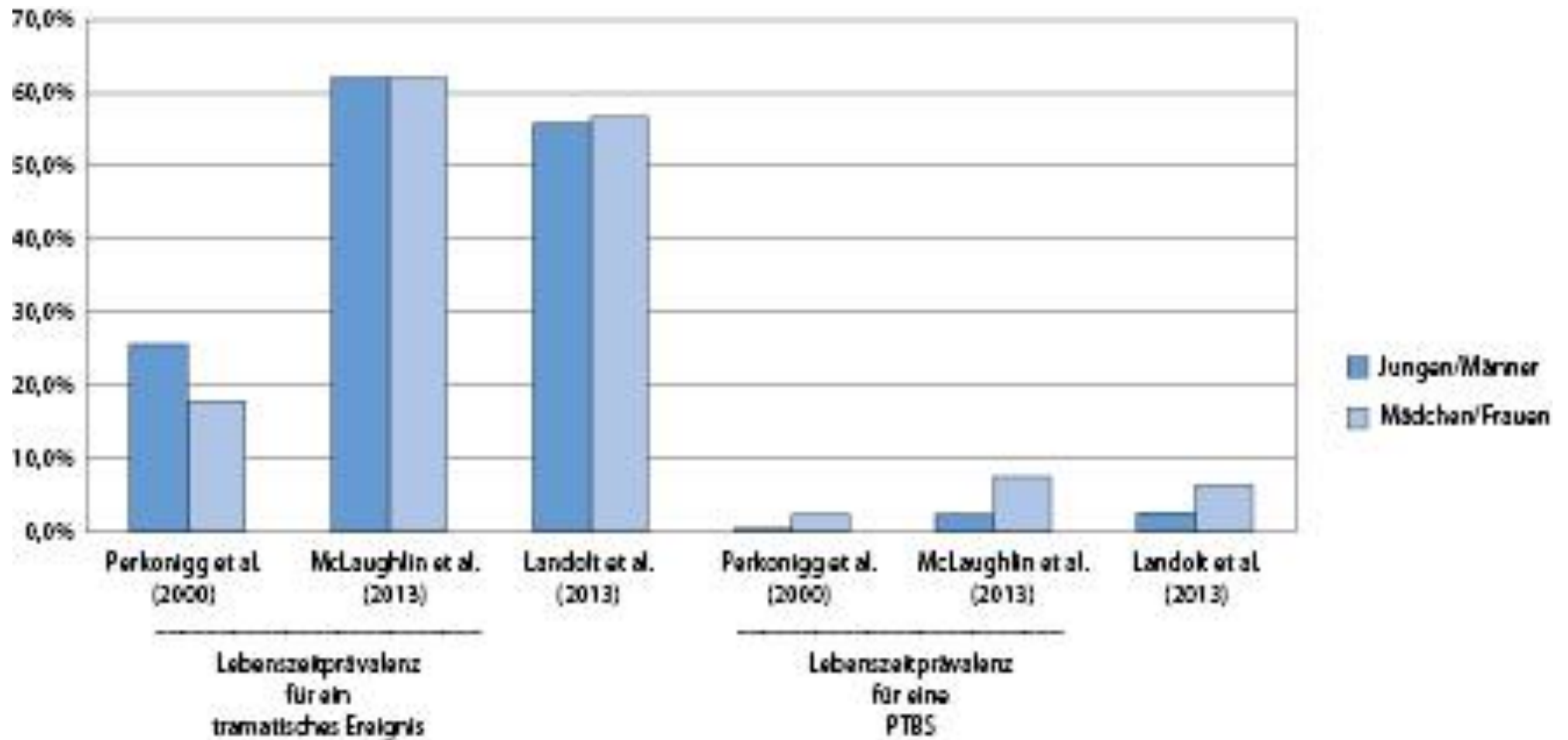


Abb. 1 Lebenszeitprävalenzen im Kindes- und Jugendalter für ein traumatisches Ereignis/ eine PTBS
 (Rosner/Unterhitzenberger, 2019, S.628)

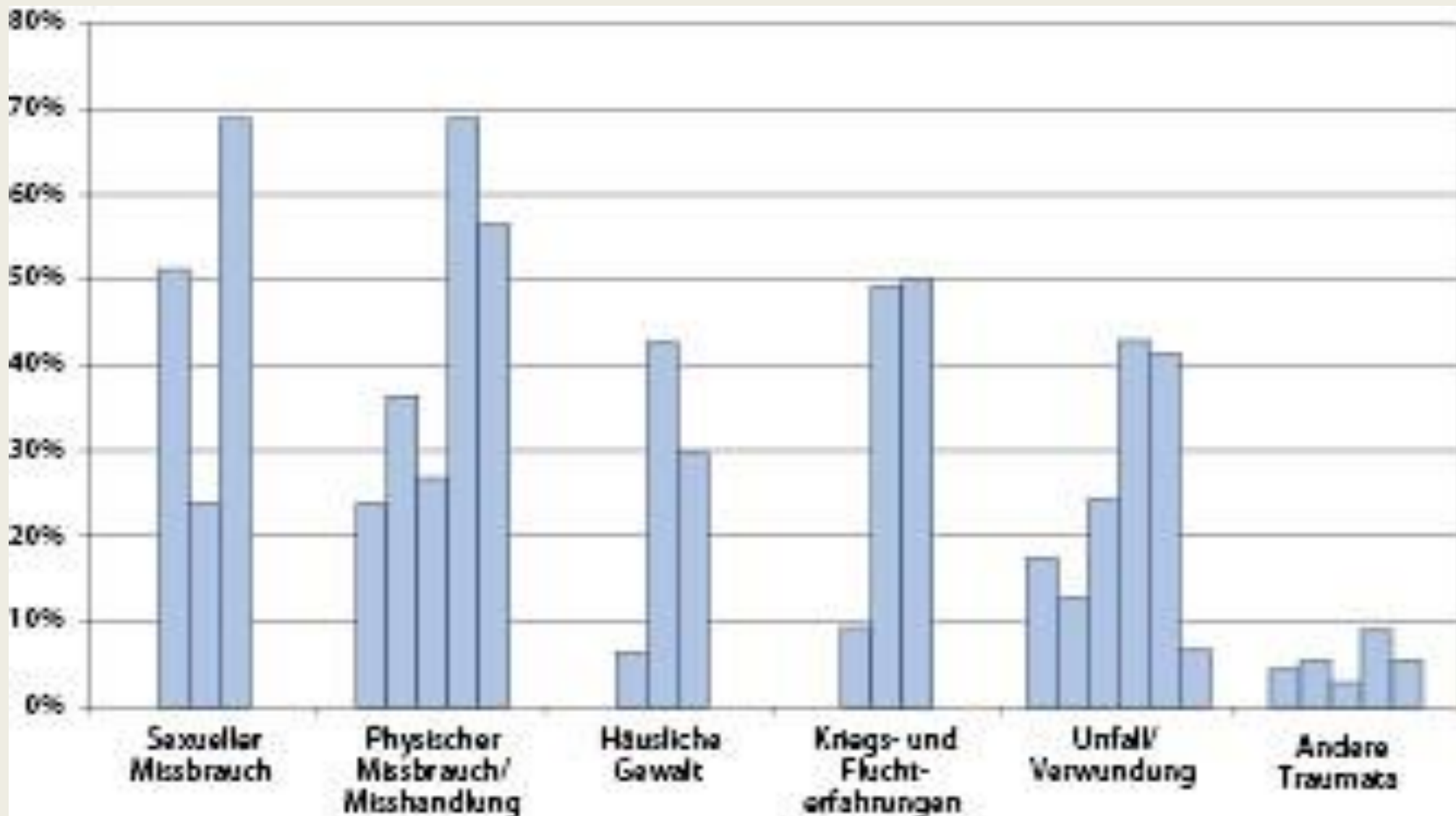


Abb. 2 Konditionale Prävalenz der PTBS nach traumatischen Ereignissen (basierend auf den Ergebnissen der Metaanalyse von Alisic et al. 2014)
 (Rosner/Unterhitzenberger, 2019, S. 628)

Komorbidität

- PTBS erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten weiterer psychischer Störungsbilder (vgl. Rosner/Unterhitzenberger, 2019, S. 628)
- Nach Perkonigg (2000, zitiert nach Rosner/ Unterhitzenberger, 2019, S. 628) haben 87,5% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit PTBS eine weitere Diagnose
- Angststörungen, Depressionen und ADHS sind in allen Altersklassen komorbid vertreten (vgl. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH), 2013, zitiert nach Rosner/Unterhitzenberger, 2019, S. 628 f.)
- Selbstverletzungen oder Missbrauch von Substanzen sind aber bei Jugendlichen vermehrt, sowie Trennungsängste bei Vorschulkindern (vgl. ACPMH, 2013, zitiert nach Rosner/Unterhitzenberger, 2019, S. 628 f.)

Risikofaktoren

Verschiedene Arten von Risikofaktoren:

- Demographische Faktoren
- Prätraumatische Faktoren
- Objektive Merkmale des Traumas
- Subjektive Merkmale des Traumas
- Individuelle posttraumatische Faktoren
- Posttraumatische psychologische Umgebung

Schutzfaktoren

- Sichere und positive Bindung an Bezugspersonen
- Positive schulische Erfahrungen
- Gleichaltrigen Beziehungen

Diagnostik

- In Kliniken, pädiatrischen Praxen nach einem traumatischen Ereignis
 - Praxen für Psychotherapie, Kinder und Jugendpsychiatrien
 - Traumaambulanzen
- Screening auf PTBS- Symptome
- Nach positiven Screening erfolgen:
1. Interview für Traumafolgestörungen
 2. Klinisches Interview (mögliche komorbide Störungen)
 3. Diagnostik des Entwicklungsstandes/ kognitive Leistungsfähigkeit

Screeningverfahren

- CRIES (Children's Revised Impact of Events Scale) (Perrin et al. 2005)
 - In mehreren Sprachen, kostenlos, erste Einschätzung posttraumatischer Symptome
 - Entspricht nicht der diagnostischen Kriterien nach DSM-5 und ICD-10
- UCLA (University of California Posttraumatic Stress Reaction) (Steinberg et al. 2004)
 - DSM-5 Kriterien, Kinder und Jugendlichenversion sowie Elternversion, auch deutschsprachig

Und weitere..

Diagnosestellung

- Diagnose der PTBS nur durch klinisches Interview
- Interviews für Belastungsstörungen im Kindes- und Jugendalter (Steil und Füchsel 2006) sind für 7 - 16 Jährige geeignet
- geeignet für ICD-10 und DSM-IV Kriterien (noch nicht DSM-5)
- Beispiel: für A-Kriterien Checkliste mit Ja und Nein Fragen

Herausforderungen in der Diagnostik

- Ängstlichkeit, Aggressivität oder regressives Verhalten können objektiv von Lehrern, Eltern und Therapeuten eingeschätzt werden
- Symptome wie Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträume können dagegen besser aus der subjektiven Sicht des Kindes berichtet werden
- Die Einschätzung der Eltern und der Selbsteinschätzung geht dabei oft auseinander
- Empfehlung: Kind und Eltern getrennt befragen
- Traumatisierung in der frühen Kindheit schwierig zu diagnostizieren (verbale Äußerung von Erinnerung erst ab ca. 3 Jahren)

Therapie

- Mehrere Metaanalysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei PTBS bei Kindern und Jugendlichen → Empfehlung: kognitive Verhaltenstherapie (spezifisch: Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie)
- Andere Therapieformen: Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) oder Narrative Expositionstherapie (NET) (geringere Datenbasis)

Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (tf-CBT) nach Cohen et. Al 2006

- Zur Behandlung traumatisierter Kinder -> fokussiert auf Folgen sexualisierter Gewalt
- ist aber auch bei anderen Traumatisierungen anwendbar
- Getrennte Sitzungen (Bezugsperson / Kind) erst zum Ende gemeinsame Sitzungen
- Ca. 12 bis 16 Sitzungen
- Grundlage ist auch eine gute Therapiebeziehung

Die Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie beinhaltet:

1. Psychoedukation und Fördern der Erziehungskompetenzen der Eltern
2. Entspannung,
3. Affektregulation
4. Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen
5. Entwickeln eines Traumanarrativs
6. Konfrontation in vivo
7. gemeinsame Eltern-Kind-Sitzungen
8. Fördern künftiger Sicherheit

Literaturverzeichnis

- R. Rosner, J. Unterhitzberger (2019): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin 2019
- R. Rosner, R. Steil (2013): Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. DNP – Der Neurologe & Psychiater. Springer Medizin.