

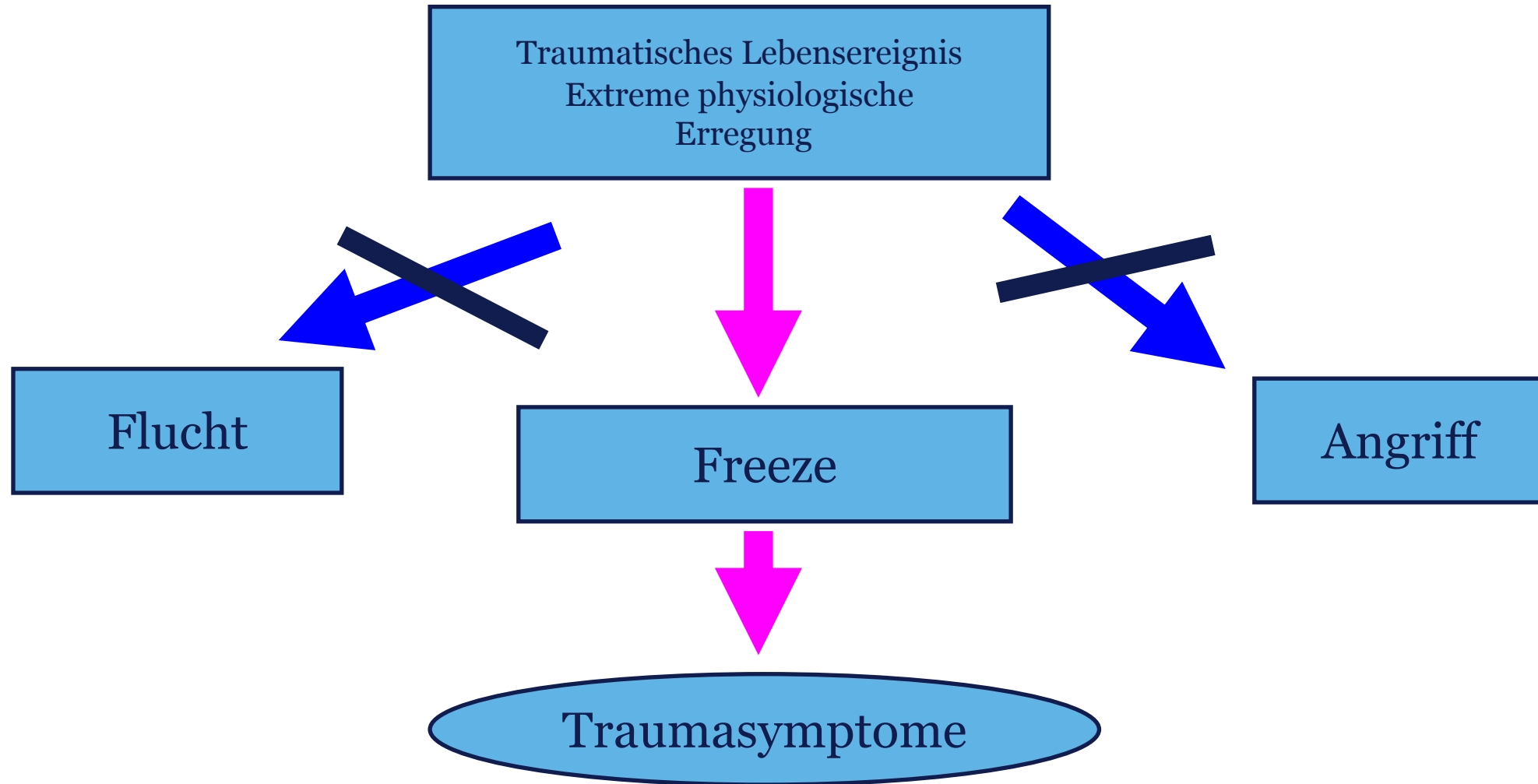
Traumafolgestörungen

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Überblick

- Was ist ein Trauma?
- Neurobiologische und somatische Aspekte
- Traumafolgestörungen
 - Akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörungen
 - Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) & Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)
 - Diagnostik von PTBS
 - Behandlung von PTBS
- Zusammenfassung

Was ist ein Trauma?



Psychische Traumatisierung

Psychische Traumatisierung hängt ab von:

- Ereignisfaktoren
- Situationsfaktoren
- Persönlichkeitsfaktoren

Ob ein bestimmtes Ereignis für einen bestimmten Menschen traumatisierend ist, kann man erst an den Reaktionen und Folgen erkennen.

Stress in der Kindheit

positiv

- Kurz, schwach bis moderat
- Begleitung durch zugewandten Erwachsenen
- Stress kann auf Ausgangsniveau zurück
- Umgang mit frustrierenden Alltagserlebnissen, Angst bei erstem Tag im Kindergarten

tolerierbar

- Höherer Stress oder Bedrohung
- Non-normative Erlebnisse
- Begleitung durch zugewandten Erwachsenen
- Gefühl der Kontrolle
- Hohes Stressniveau aber Rückkehr auf Ausgangsniveau
- Terroranschlag, schwere Erkrankung, Tod eines Familienmitglieds

toxisch

- Starke, häufige oder dauernde Aktivierung des Stresssystems führt zu Schädigung von somatischen oder neurobiologischen Systemen in der Entwicklung
- Keine Abpufferung
- Misshandlung, Missbrauch, psych. Erkrankung od. Substanzmissbrauch eines Elternteils

Resilienz

- Auch **schwere, existentiell bedrohliche Ereignisse** können bewältigt werden!
- **70-80% aller eine Krebserkrankung überlebenden Kinder und Jugendlichen sind psychisch unauffällig**
- **80-90% aller minderjährigen Unfallopfer haben keine längeren seelischen Probleme**
- „unverwundbare“ Kinder können **schwerste langjährige Misshandlungen und Vernachlässigung oder Kriegs- und Flüchtlingserfahrungen** überstehen und **psychisch gesund bleiben**

Traumatisierende Ereignisse sind zumeist:

- Kriegshandlungen
- Natur- und Verkehrskatastrophen (Erdbeben, Tornados, Feuer, Überschwemmungen, Zugkatastrophen ...)
- Schwere Unfälle, Krankheiten
- Invasive medizinische Eingriffe
- Kriminelle Handlungen (Misshandlung, Vergewaltigung, Folter, Raubüberfälle, familiäre Gewalt)
- Plötzliche Verluste vertrauter Menschen
- Zeugenschaft solcher Ereignisse

Traumatypologie

(nach L. Terr, 1991)

Trauma Typ 1

Einzelnes, unerwartetes, traumatisches Erlebnis von kurzer Dauer

- z.B. Verkehrsunfälle, Opfer/Zeuge von Gewalttaten, Naturkatastrophen
- öffentlich, besprechbar

Symptome:

- Meist klare sehr lebendige Wiedererinnerungen
- Vollbild der PTSD
- Hauptemotion = Angst
- Eher gute Behandlungsprognose

Trauma Typ 2

Serie miteinander verknüpfter Ereignisse oder lang andauernde, sich wiederholende traumatische Erlebnisse.

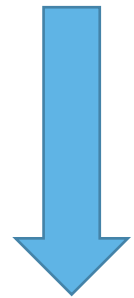
- z.B. Körperliche sexuelle Misshandlungen in der Kindheit, überdauernde zwischenmenschliche Gewalterfahrungen
- nicht öffentlich

Symptome:

- Nur diffuse Wiedererinnerungen, starke Dissoziationstendenz, Bindungsstörungen
- Hohe Komorbidität, komplexe PTSD
- Sekundäremotionen (z.B. Scham, Ekel)
- Schwerer zu behandeln

Neurobiologische und somatische Aspekte

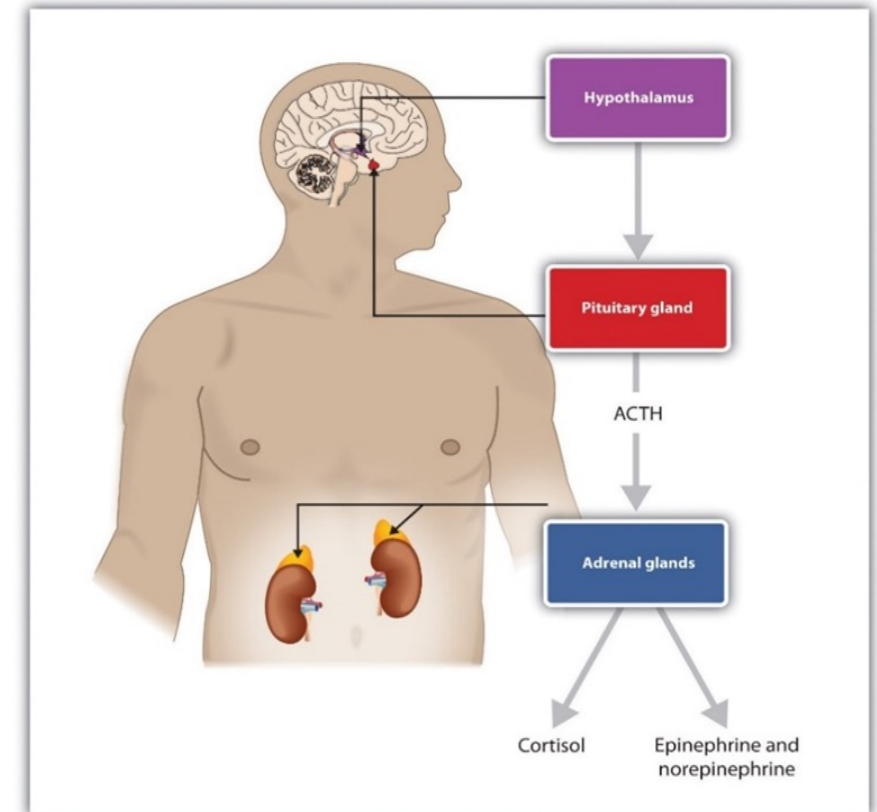
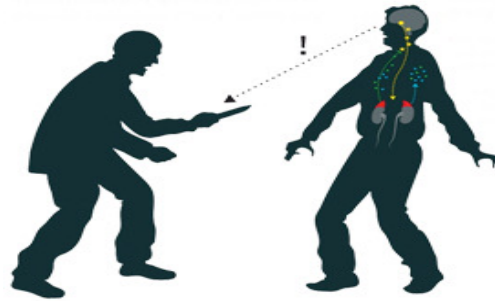
HPA-Achse



CRF aus Hypothalamus ausgeschüttet

Hypophyse: ACTH

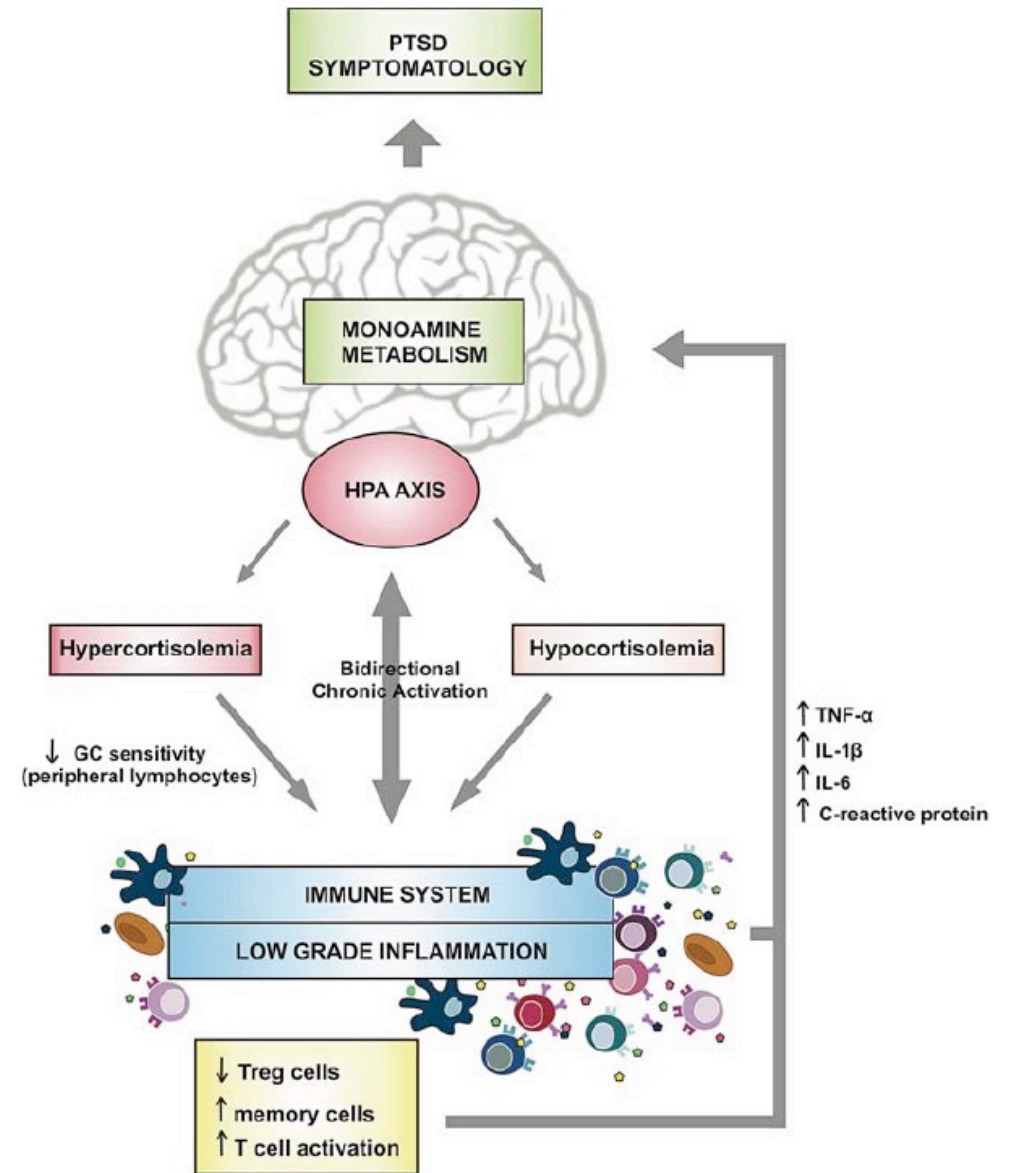
NNR: Glucocorticoide



- Hippocampus und PFC: inhibieren HPA Aktivität
- Amygdala erhöhte CRF Ausschüttung
- **PTBS** => Dysregulation der HPA Achse
- **Hypocortisolismus**: gesteigerte Sensitivität f. negatives Feedback

Trauma und Immunsystem

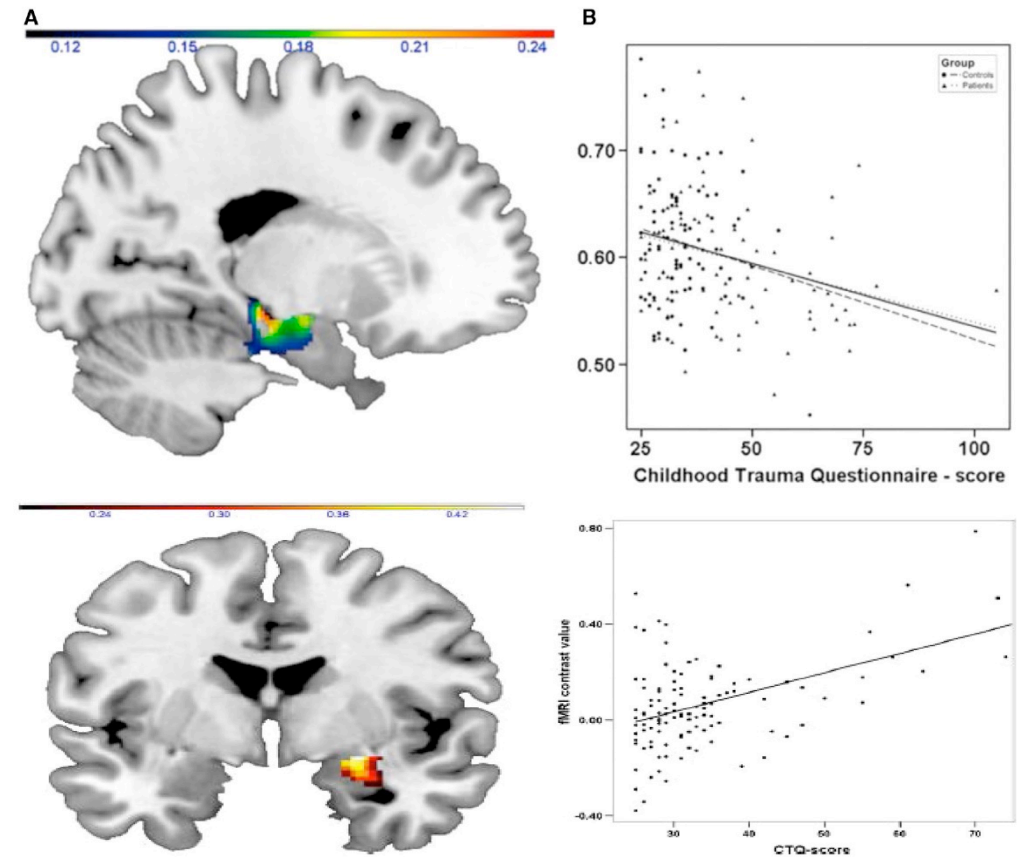
- Höheres CRP nach CAN
(Danese et al., 2009; Lacey et al., 2013; Slopen et al., 2013, 2015)
- IL-6 Spiegel 2.35 größer nach multiplen Stressoren: 24 h danach in Menschen mit CAN
(Gouin et al., 2012)
- Höhere Plasmaspiegel pro-inflammatorischer Cytokine (TNF- α , IL-1 β , IL-6) nach CAN
(Wieck et al., 2014)
- IL-6 Spiegel 24h nach Verkehrsunfall: Prädiktor für PTSD 6m FU
(Pervanidou et al., 2007)



Strukturelle und funktionelle Gehirnveränderungen

- **Hippocampus:** Volumen ↓
- **mPFC:** Volumen ↓
- **Amygdala:** Hyperaktivierung ↑
- **dACC:** Hyperaktivierung ↑

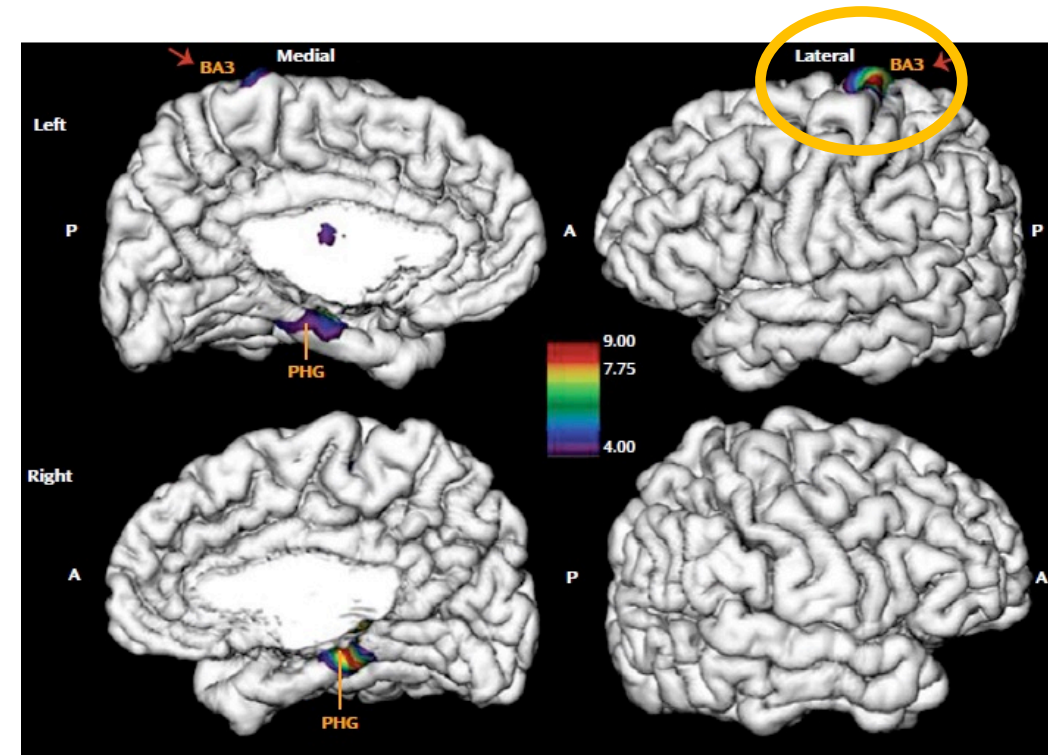
Gehirnareale mit höherer Dichte an Glucocorticoid Rezeptoren (PFC oder Hippocampus) => längere postnatale Entwicklung => vulnerabler für traumatische Geschehnisse



Sherin & Nemeroff, 2011; Hart & Rubia, 2012, Pechtel & Pizzagalli, 2011; Pitman et al., 2012; Teicher & Samson, 2016; Opel et al., 2014; Dannlowski et al., 2012; Nemeroff, 2016; Lim et al., 2014;

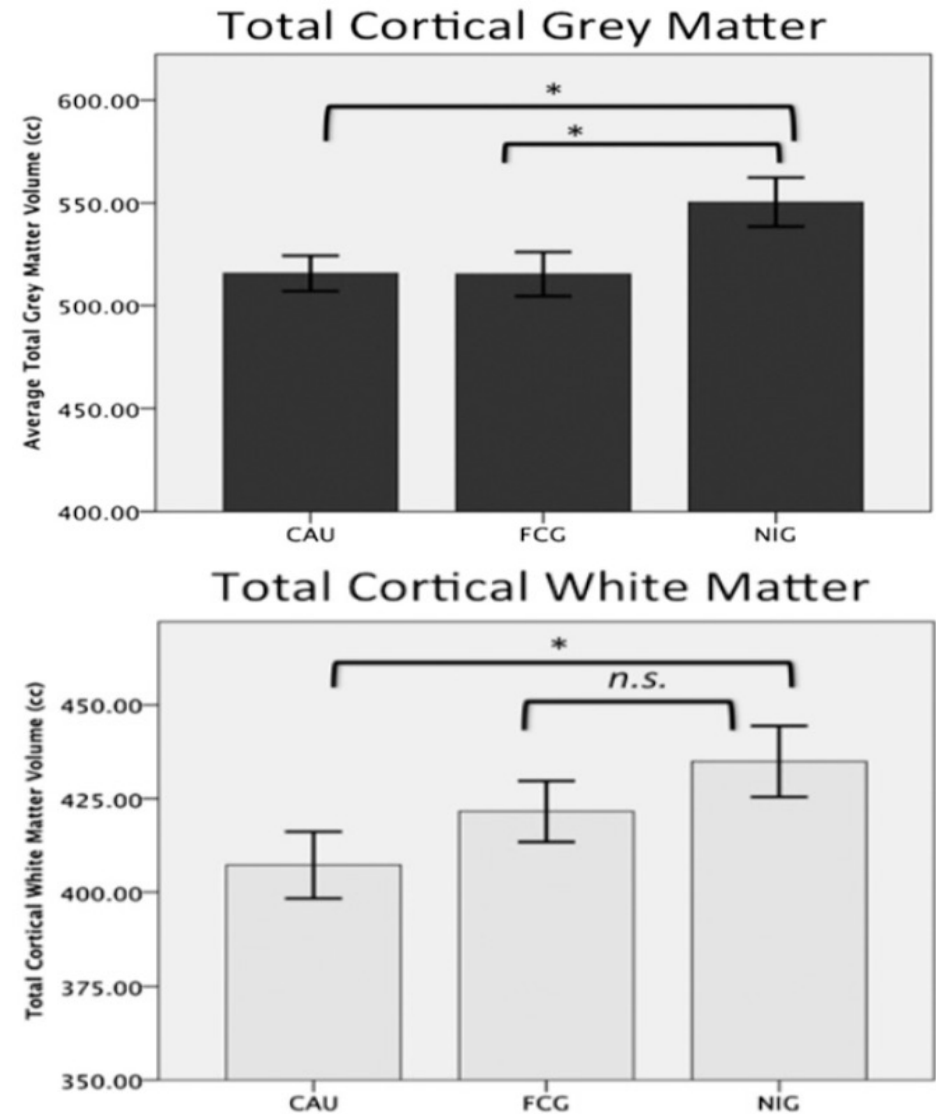
Sexueller Missbrauch im Kindesalter

- CTQ: sexual abuse score - Kortikale Dicke ↓
- Somatosensorischer Cortex (I): Klitoris und umgebende genitale Bereiche
- Gyrus parahippocampalis



Vernachlässigung

- Reduzierte FA in allen Bahnen und reduziertes hippocampales Volumen in institutionalisierten Kindern
- Bucharest Early Intervention Project (n=136, 6-31 m, FU to 8y):
- Reduktion von grauer und weißer Substanz in deprivierten rumänischen Waisenkindern in institutionalisierter Erziehung: catch-up: weiße Substanz

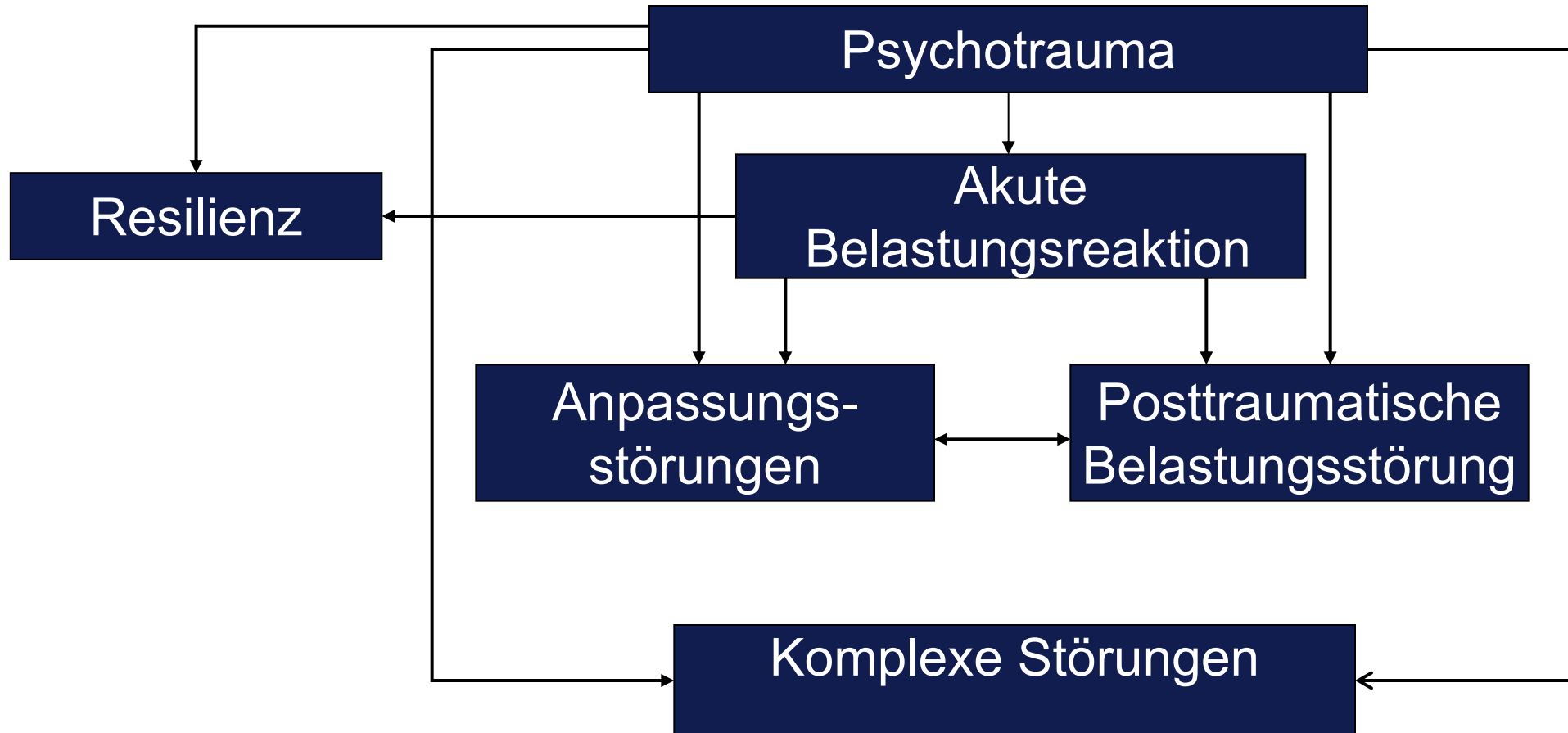


Zusammenfassung - Auswirkungen von Misshandlung und Missbrauch in Gehirn und Körper

- PTSD: Dysregulation der HPA Achse: höhere Sensitivität für Stress (Bailey et al., 2013; Sherin & Nemeroff, 2011)
- Kindheitstrauma (nicht Trauma im Erwachsenenalter!) → gesteigerte Aktivierung von FKBP5; Verringerung der DNA Methylierung nach Kindheitstrauma; PTSD Risiko erhöht bei Risiko Allel Träger (Klengel et al., 2013; Klengel & Binder, 2015)
- Verkürzte Telomer Länge nach traumatischen Erlebnissen in der Kindheit (Price et al., 2013; Shalev et al., 2013; Tyrka et al., 2010)
- Höhere CRP Spiegel nach traumatischem Ereignis (Danese et al., 2009; Lacey et al., 2013; Slopen et al., 2013; 2015)
- Erhöhte Plasmaspiegel proinflammatorischer Cytokine (TNF- α , IL-1 β , IL-6) (Wieck et al., 2014)

Traumafolgestörungen

Resilienz und Traumafolgestörungen (ICD-10)



Traumafolgestörungen im ICD-11

Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind (6B40-6B4Z)

- 6B40 Posttraumatische Belastungsstörung
- 6B41 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
- 6B42 Verlängerte Trauerstörung
- 6B43 Anpassungsstörung
- 6B44 Reaktive Bindungsstörung
- 6B45 Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten
- 6B4Y Sonstige näher bezeichnete Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind
- 6B4Z Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind, nicht näher bezeichnet

Traumafolgestörungen im ICD-11

Problematik in Verbindung mit schädlichen oder traumatischen Ereignissen (QE80-QE8Z)

- QE80 Opfer von Verbrechen oder Terrorismus
- QE81 Betroffensein von Katastrophe, Krieg oder anderen Feindseligkeiten
- QE82 Misshandlung in der Eigenanamnese
- QE83 Persönliches angsterregendes Erlebnis in der Kindheit
- QE84 Akute Belastungsreaktion
- QE8Y Sonstige näher bezeichnete Problematik in Verbindung mit schädlichen oder traumatischen Ereignissen
- QE8Z Problematik in Verbindung mit schädlichen oder traumatischen Ereignissen, nicht näher bezeichnet

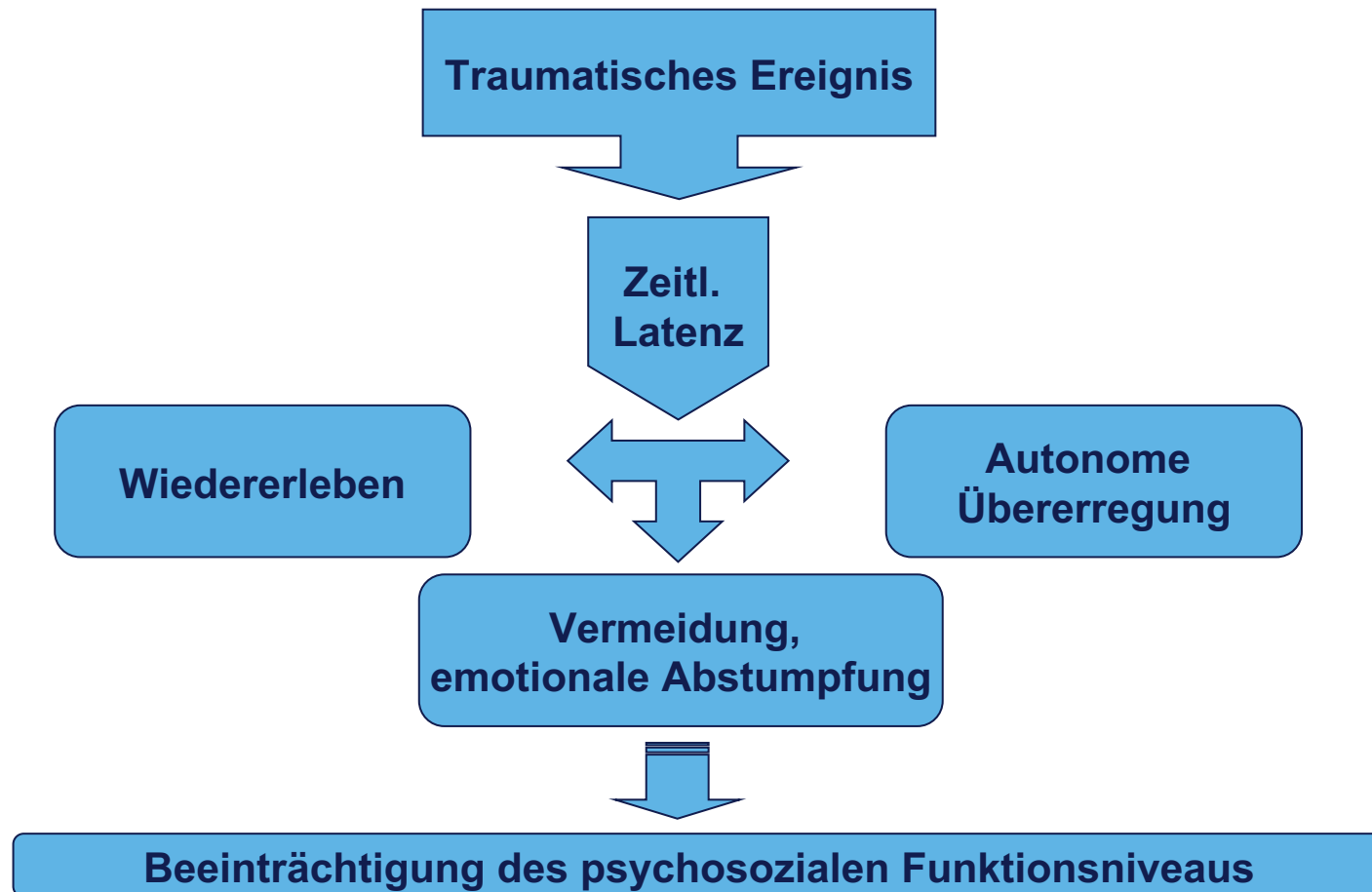
Akute Belastungsreaktion (QE84)

- Exposition gegenüber **einem Ereignis oder einer Situation** (entweder kurz- oder langfristig) **extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur** (z. B. Natur- oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, schwere Unfälle, sexuelle Gewalt, Übergriffe)
- **vorübergehende emotionale, somatische, kognitive oder verhaltensbezogene Symptome:**
 - autonome Anzeichen von Angst (z. B. Tachykardie, Schwitzen, Erröten)
 - Benommenheit, Verwirrung, Verzweiflung
 - Traurigkeit, Angst, Wut
 - Überaktivität oder Inaktivität
 - sozialer Rückzug oder Stupor
- **die Reaktion auf den Stressfaktor wird** angesichts der Schwere des Stressfaktors **als normal angesehen**
- die Reaktion beginnt **in der Regel innerhalb weniger Tage nach dem Ereignis oder nach Entfernung aus der bedrohlichen Situation** abzuklingen

Anpassungsstörung (6B43)

- eine Anpassungsstörung ist eine **maladaptive Reaktionen auf einen identifizierbaren psychosozialen Stressor** oder **mehrere Stressoren** (z.B. Scheidung, Krankheit, Behinderung, sozio-ökonomische Probleme, Konflikte zu Hause oder an der Arbeitsplatz)
- Symptome:
 - **ausgeprägte Beschäftigung mit dem Stressor und seinen Konsequenzen, mit exzessiven Sorgen, wiederholten und belastenden Gedanken an den Stressor**
- ODER**
- **konstantes Gedankenkreisen über die Konsequenzen**
- **Scheitern beim Anpassen an den Stressor**
- die Symptome sind nicht ausreichend spezifisch oder schwerwiegend für die Diagnose einer anderen psychischen Erkrankung
- die Symptome treten **innerhalb eines Monats nach dem Stressor auf** und **verschwinden typischerweise innerhalb von 6 Monaten**, außer der Stressor dauert länger an

Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)



Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)

Traumakriterium:

- eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann sich entwickeln, wenn man **einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis** oder **einer Reihe von Ereignissen** ausgesetzt war

Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)

Wiedererleben

- lebhaft **aufdringliche Erinnerungen, Flashbacks** oder **Alpträume**
- kann **über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten** erfolgen
- wird typischerweise **von starken oder überwältigenden Emotionen** und **starken körperlichen Empfindungen** begleitet

Vermeidung

- **Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen** an das Ereignis bzw. die Ereignisse
- **Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Personen**, die an das Ereignis bzw. die Ereignisse erinnern

Überregung

- **anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung**
- **Hypervigilanz**
- **eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize**, wie z.B. unerwartete Geräusche

Die Symptome halten **mindestens mehrere Wochen** lang an und verursachen **erhebliche Beeinträchtigungen** in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Exkurs: PTBS bei Kindern unter 6 Jahren in DSM-5

Spezifikationen in DSM-5:

- Intrusionen und Flashbacks können sich auch im **wiederholten Spiel** zeigen
- Alpträume müssen **nicht unbedingt traumaspezifische Inhalte** enthalten
- es reichen **weniger Symptome** für eine Diagnosestellung aus

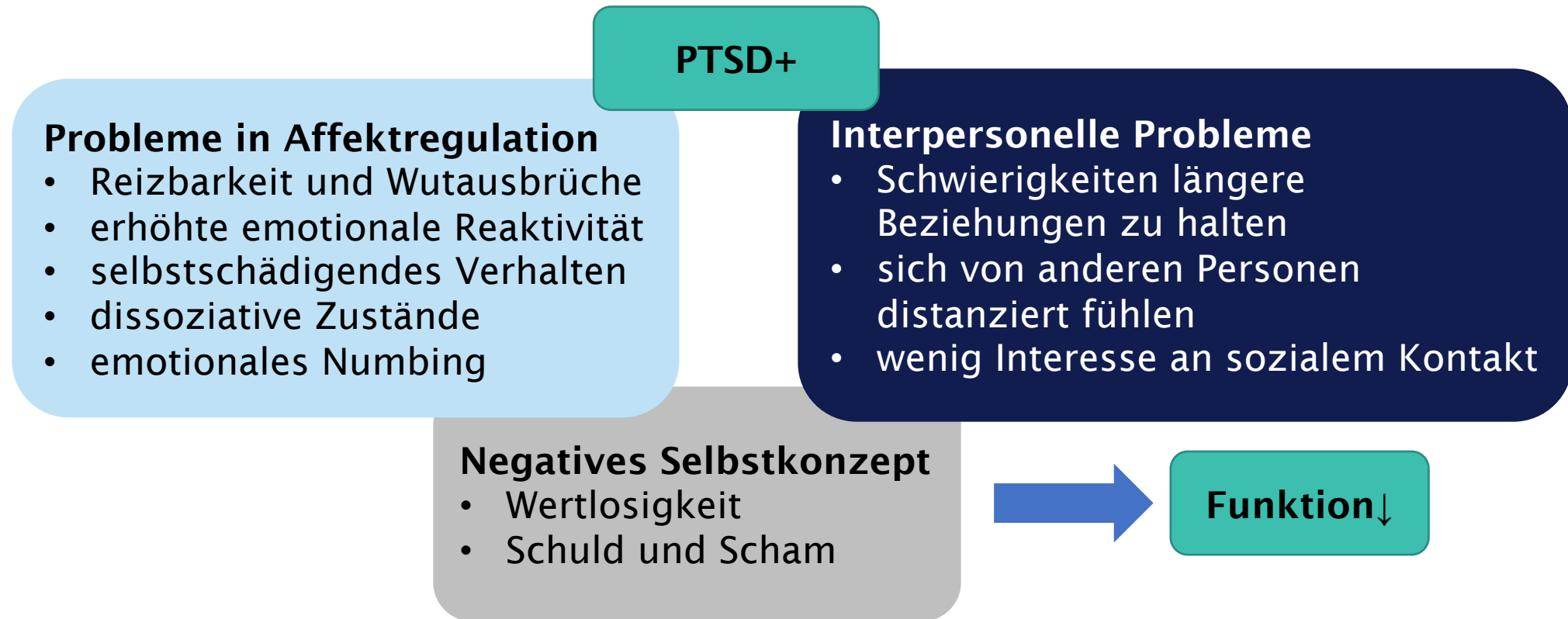
- es ist davon auszugehen, dass die **PTBS-Diagnose bzw. Reaktionen auf traumatische Erfahrungen im Kindesalter** mit den vorhandenen Kriterien und Störungsdefinitionen wahrscheinlich **nicht adäquat erfasst werden können**
- Ereignisse wie **psychische Gewalt, Vernachlässigung oder Bindungstrauma**, die alle im jungen Alter häufig sind, **qualifizieren sich nicht als Trauma gemäß ICD**

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (6B41)

Traumakriterium:

- die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Komplexe PTSD) ist eine Störung, die sich entwickeln kann, nachdem man **einem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur ausgesetzt war**
- meist **lang anhaltende oder sich wiederholende Ereignisse, denen man nur schwer oder gar nicht entkommen kann** (z. B. Folter, Sklaverei, Völkermordkampagnen, lang anhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit)
- komplexe PTSD kann nach Konfrontation mit einem einzelnen traumatische Ereignis auftreten

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (6B41)



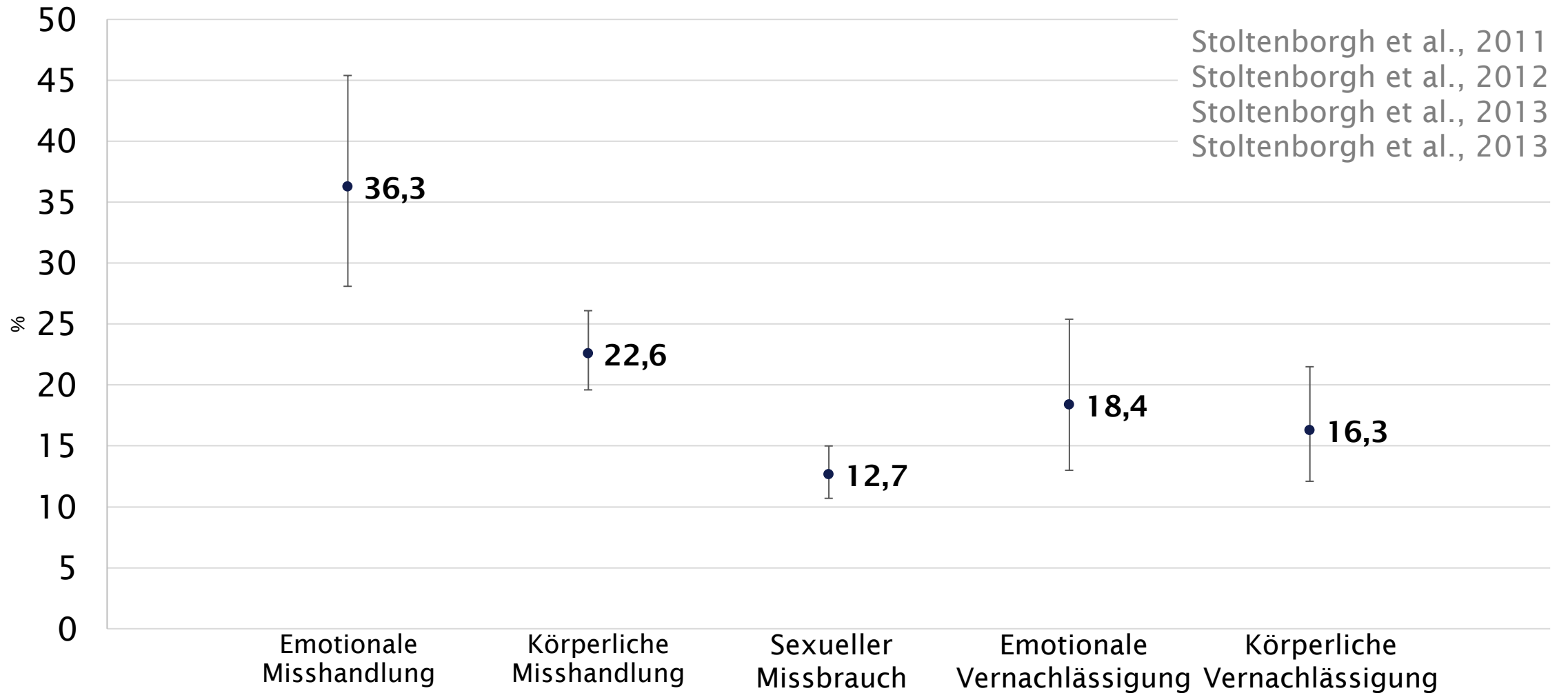
Posttraumatische Belastungsstörung

Prävalenz, Verlauf, Komorbiditäten

Prävalenz

- **mehr als die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen erleben ein oder mehrere potenziell traumatische Ereignisse** bevor sie das Erwachsenenalter erreichen (Landolt, Schnyder, Maier et al., 2013)
- die Häufigkeit solcher Ereignisse ist in hohem Maße **von den sozialen, gesellschaftlichen und umweltbezogenen Entwicklungsbedingungen** abhängig
- im Durchschnitt **entwickeln 15,9% der Kinder und Jugendlichen**, die einem potenziell traumatischen Ereignis ausgesetzt waren, **eine PTBS** (Alisic et al., 2014)

Häufigkeit: international

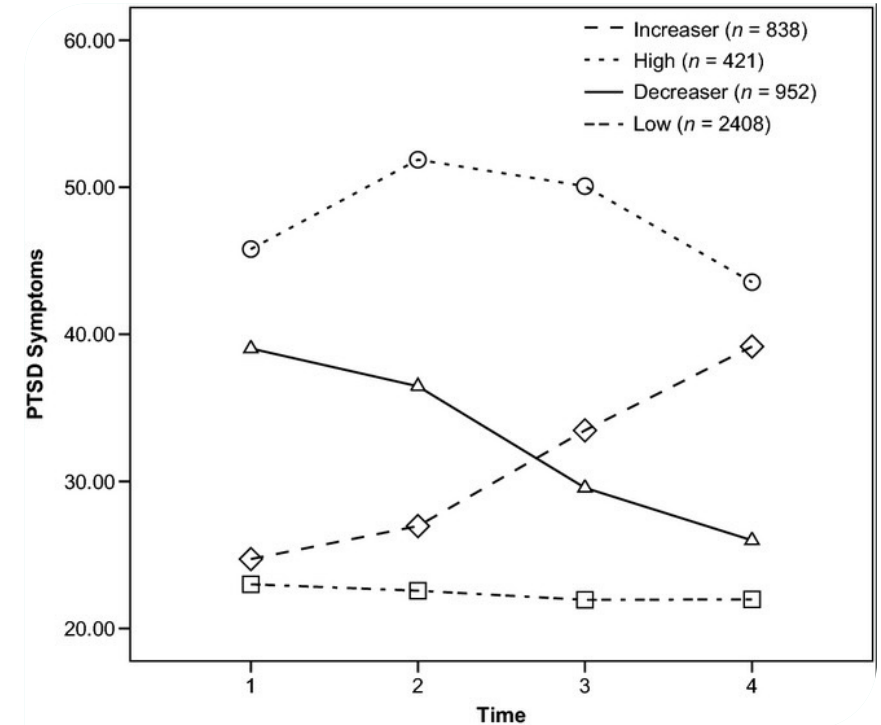


Prävalenz

- in einer repräsentativen deutschen Studie berichten **25,5% der männlichen** und **17,7% der weiblichen Befragten** (zwischen 14 und 24 Jahren), bereits ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben, bei einer **PTBS-Lebenszeitprävalenz von 1,3%** (Perkonig et al., 2000)
- eine repräsentative Erhebung an US-amerikanischen Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren ergab, dass **62% der Jugendlichen ein traumatisches Ereignis erlebt hatten** und fand eine **Lebenszeitprävalenz für eine PTBS von 4,7%** (McLaughlin et al., 2013)
- in einer Schweizer Studie berichteten **56% der befragten Schüler** im Alter zwischen 14 und 16 Jahren, traumatische Ereignisse erlebt zu haben. Die Kriterien für eine aktuelle **PTBS nach DSM-IV-Kriterien erfüllten 4,2% aller Befragten** (Landolt et al., 2013)
- **Mädchen** waren im Vergleich zu Jungen in allen drei Studien **mehr als doppelt so häufig von einer PTBS betroffen**

Verlauf

- Osofsky et al. (2015) identifizierten in der Folge von Naturkatastrophen (z. B. Hurrikan, Ölkatastrophe) **vier Trajektorien** im Verlauf von vier Jahren:
 - **52%** der mehr als 4000 untersuchten Kinder (3 bis 12 Jahre) zeigten **stabil niedrige Symptome**
 - **21%** zeigte **eine starke Rückentwicklung von Symptomen**
 - **18%** zeigte zunehmend **mehr Symptome**
 - **9%** zeigte stabil **hohe Symptome**
 - während die Gesamtsymptomschwere der kompletten Stichprobe stabil blieb, **veränderten sich die Verläufe von 39% der Befragten**, wobei insgesamt **27% hohe PTBS-Symptome nach vier Jahren zeigten**



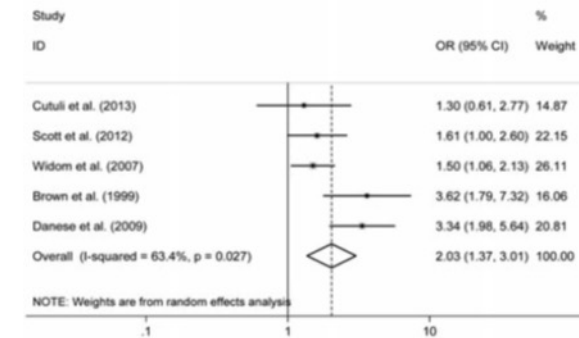
Komorbiditäten

- häufig liegen zu einer PTBS auch komorbide Störungen vor
- Perkonig et al. (2000) fanden, dass:
 - **87,5% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mindestens eine weitere,**
 - **77,5% zwei oder mehr zusätzliche Diagnosen** ausbilden.
- in einer Metaanalyse von 25 longitudinalen Studien zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die Naturkatastrophen überlebt haben, betrug die **PTBS-Rate zwischen 1 und 60%** und jene der **Depression lag zwischen 1,6 und 81%** (Wang et al., 2013)
- eine besonders hohe Rate an Komorbiditäten (88,6%) wurde auch bei Vorschulkindern gefunden, die vom Hurrikan Katrina betroffen waren. Die häufigsten Komorbiditäten in dieser Studie waren die **Störung des Sozialverhaltens (60,6%), Depressionen (57,1%), ADHS (33%) und Angststörungen (33,3%)** (Scheeringa & Zeanah, 2008)

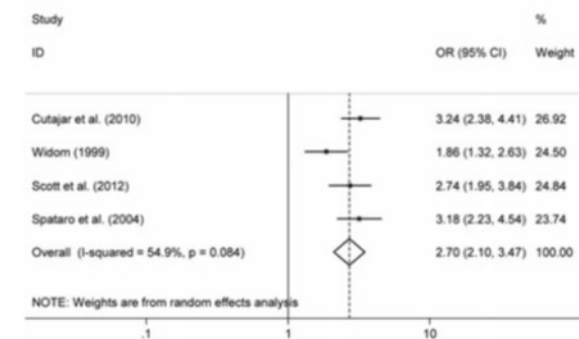
Misshandlung: Depression/ Angststörung

- N= 8 Prospektive Kohortenstudien (kein Memory Bias): Meta-Analyse
- Irgendeine Form der Misshandlung:
 - Depression: OR: 2.03 (95% CI 1.37-3.01)
 - Angststörungen: OR: 2.70 (95% CI 2.10-3.47)
- Körperliche Misshandlung:
 - Depression u./od. Angststörungen: OR 2.00 (95% CI 1.25-3.19)
- Sexueller Missbrauch:
 - Depression u./od. Angststörungen: OR 2.66 (95% CI 1.88-3.75)
- Vernachlässigung:
 - Depression u./od. Angststörungen: OR 1.74 (95% CI 1.35-2.23).

(a) Relationship between any maltreatment and depression
Individual and combined odds ratios



(b) Relationship between any maltreatment and anxiety
Individual and combined odds ratios



Somatische Konsequenzen

Gesundheitsprobleme	Mittlere ES (d)	95 %
Zahl der Operationen oder Krankenhausaufenthalte	0,18	0,09 – 0,27
Kardiovaskuläre Erkrankungen	0,66	0,63 – 0,70
Atemwegserkrankungen	0,71	0,67 – 0,75
Gastrointestinale Erkrankungen	0,63	0,59 – 0,67
Metabolische Erkrankungen	0,37	0,33 – 0,41
Gynäkologische Erkrankungen	0,06	-0,04 – 0,16
Neurologische Probleme	0,94	0,89 – 0,99
Muskuloskelettale Probleme	0,81	0,76 – 0,86
Andere (Autoimmunerkrankungen)	0,23	0,19 – 0,27

Meta-Analyse: N=24 Studien

ES: $d = 0,20$ (kleiner Effekt), $d = 0,50$ (mittlerer Effekt) und $d = ,80$ (großer Effekt)

Diagnostik von PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Diagnostik von PTBS bei Kindern und Jugendlichen

- die Diagnostik sollte **nach klinischen Kriterien** erfolgen und sich auf die allgemeinen Grundlagen **altersgerechter klinisch-psychologischer Diagnostik** stützen
 - Anamnesegespräch/Exploration
 - Spiel und/oder Verhaltensbeobachtung
 - Interviews und/oder Fragebögen
- **Fragen in Bezug auf das Erleben spezifischer potenziell traumatischer Ereignisse** sollen im Rahmen der Befunderhebung auch bei Kindern und Jugendlichen **explizit gestellt werden**
- die Diagnostik sollte **breit** erfolgen und sich nicht nur auf die spezifischen Symptome der PTBS beschränken
- **funktionelle Einschränkungen** sollten in der Beurteilung mitberücksichtigt werden

Traumaanamnese und Erfassung der Symptomatik

- die Erhebung einer **differenzierten kindlichen Traumaanamnese** in Form eines **Selbst- und eines Fremdbberichtes** sollte Teil der Befunderhebung bei allen psychodiagnostischen Abklärungen im Kindes- und Jugendalter sein
- dabei sollten die entsprechenden **Fragen aus den validierten PTBS-Erhebungsinstrumenten** verwendet werden

Screening-Instrumente bzw. Verfahren zur Erfassung des Schweregrads:

- Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2)
- Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)
- UCLA PTSD Reaction Index
- Essener Trauma Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ)

Strukturierte Interviews:

- Kinder-DIPS PTBS-Modul
- Interview zur Erfassung von Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ)

Behandlung von PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Akute Belastungsreaktion - Interventionen

- Unverzüglichkeit
- Kontaktaufnahme
- Information
- bei Betroffenen bleiben
- Vermittlung von Geborgenheit und Sicherheit
- Wahrnehmung der Bedürfnisse der Betroffenen
- Eingehen auf Gefühle
- keine Bagatellisierung des Geschehens

Grundsätze der Psychotherapie traumatisierter Patienten



Allgemeine Überlegungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer PTBS

Sicherheit vor Psychotherapie!

- eine **Retraumatisierung muss ausgeschlossen werden**
- anhaltende Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuelle Missbrauch
- vermeidbare Exposition mit Schlüsselreizen (z.B. Bedrohungen durch den Täter)
- **Problembereiche:** Loyalitätskonflikt & Umgangsrecht

Stabilität vor Psychotherapie!

- **Umfeld und Lebenssituation müssen stabil sein**
 - keine andauernden Beziehungswechsel, keine Unsicherheiten in grundlegender Lebensgestaltung (z.B: Wohnen)
 - erst nach erfolgtem Bindungsaufbau, Eingewöhnung an Lebenssituation und Umgangsbesuche
- Kind oder Jugendliche:r muss ausreichend stabil sein
 - keine akute Suizidalität, kein ausgeprägter Substanzkonsum

Allgemeine Überlegungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer PTBS

- bei der Wahl eines Verfahrens müssen zum einen **das Entwicklungsalter des Kindes/Jugendlichen** und zum anderen **die aktuellen Lebensumstände** berücksichtigt werden
- das **Entwicklungsalter** ist entscheidend für die Wahl der Methoden (z.B. Malen vs. Schreiben), wegen
 - der sprachlichen Komplexität des Vorgehens
 - dem Umfang des Einbezugs der Eltern bzw. der Bezugspersonen
- Es wird zwischen
 - Traumafokussierten Interventionen,
 - Nicht-traumafokussierten Interventionen, sowie
 - Phasenbasierte Ansätzeunterschieden.

Traumafokussierte Interventionen

- sind Therapieansätze, bei denen **der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder der Veränderung seiner Bedeutung für das heutige Leben liegt**
- die einzelnen Ansätze unterscheiden sich u.a. **in der Dosis, in der Betonung und Umsetzung expositionsorientierter vs. kognitiver Techniken, im Anteil der Elternbeteiligung und in Bezug auf den angenommenen Hauptwirkmechanismus** (Gedächtnisveränderungen, kognitive Umstrukturierung, Habituation)

Traumafokussierte Interventionen

- **Traumafokussierte Therapie:** zentrale traumafokussierte Techniken: **imaginative Exposition** in Bezug auf die Traumaerinnerung, **narrative Exposition, Exposition in vivo und/oder kognitive Umstrukturierung**
 - Formen:
 - die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)
 - die Kinderversion der Narrativen Expositionstherapien (KIDNET)
 - **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**
 - für **EMDR im Kindes- und Jugendalter**, sowie für **KIDNET** liegen aktuell **zu wenige methodisch gute RCTs** vor, so dass EMDR und KIDNET aktuell zwar als **vielversprechend** gelten können, **aber nicht genügend abgesichert** sind

Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT): Komponenten

- Wöchentlich eine **Doppelstunde** unter Einbezug einer **nicht misshandelnden, vertrauensvollen Bezugsperson**

- **Komponenten:**

Stabilisierungsphase

- 1. Psychoedukation & Elternfertigkeiten
- 2. Entspannung
- 3. Ausdruck und Modulation von Affekten
- 4. Kognitive Verarbeitung und Bewältigung

Narrativ-Phase

- 5. Trauma Narrativ
- 6. Kognitive Verarbeitung und Bewältigung II
- 7. In vivo Bewältigung von traumatischen Erinnerungen

Integrations- /Konsolidierungsphase

- 8. Gemeinsame Eltern-Kind Sitzungen
- 9. Förderung künftiger Sicherheit und Entwicklung

Tf-KVT: Grundidee der Exposition

- **Konfrontation** mit angstauslösendem Reiz
- Traumanarrativ als **graduierte Exposition**
- durch Erstellen eines Buches, Zeichnen, mit Figuren nachspielen, Comic, Gedicht etc.
 - kein Einsatz angstreduzierender Maßnahmen
 - bis zur Habituation
- Aha-Erlebnis: **befürchtete Folgen treten gar nicht ein** u. ich kann **Angst bzw. Spannung aushalten**
- Abbau der physiologischen Reaktionen
- Abbau des Vermeidungsverhaltens
- Stärkung Kontrollgefühl und Selbstwirksamkeitserwartung
- Abkoppeln von Gedanken, Schlüsselreizen oder Erzählung über traumatisches Ereignis von überwältigenden negativen Gefühlen

Tf-KVT: Teilen des Narrativs

- In **gemeinsamer Sitzung mit Bezugsperson / Eltern und dem Kind** werden
 - das Trauma-Narrativ
 - und die erarbeiteten Fragen durchgegangen
- Therapeut hat **moderierende Funktion**

(KID)-NET

- **Narrative Expositionstherapie (NET):**
 - Ursprünglich zur **Behandlung von Opfern organisierter Gewalt** (auch Folter) und zur **Behandlung von Kriegsflüchtlingen**.
- Kombination aus zwei verschiedenen Therapieverfahren:
 - **Testimony Therapy:** detaillierte Dokumentation der vollständigen Lebensgeschichte
 - **Verhaltenstherapie:** Exposition vs. belastende Erinnerungen

EMDR

- **Eye Movement Desensitization and Reprocessing** (nach Francine Shapiro)
- bilaterale Stimulation wird mit Erinnern des Traumas verknüpft

Nicht-traumafokussierte Interventionen

- sind Therapieansätze, deren **Fokus nicht auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt**
- Schwerpunkt liegt auf:
 - der **Vermittlung von Fertigkeiten der Emotionsregulation** (z.B. Entspannung) und/oder
 - dem **Umgang mit posttraumatischen Belastungssymptomen** (Psychoedukation)
- diese Interventionen können **supportiv** sein oder gehören anderen Therapieschulen an (z.B. non-direktive Beratung, Hypnotherapie).
 - **psychodynamische Ansätze** bearbeiten traumatische Szenarien im Spiel oder als integrierte Traumamodule in der therapeutischen Arbeit

Phasenbasierte Ansätze

- sind Therapiekonzepte, die **traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Techniken in einem phasenbasierten Vorgehen kombinieren bzw. mischen**
- Beispiele dafür sind:
 - entwicklungsangepasste Kognitive Verarbeitungstherapie (E-KVT)
 - Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation/Narrative Therapie (STAIR/NT)
 - Stepped Care-Modelle
 - Interventionen im Schulsetting

Pharmakotherapie

- eine **psychotherapeutische Behandlung** der PTBS wird als erste Wahl bei Kindern und Jugendlichen empfohlen
- **eine Psychopharmakotherapie** wird in der Therapie der PTBS bei Kindern und Jugendlichen **nicht empfohlen**
 - insbesondere sollen aufgrund ihres Suchtpotenzials **keine Benzodiazepine** eingesetzt werden
- eine medikamentöse Behandlung wird bei Auftreten von relevanten **komorbiden psychischen Erkrankungen oder mangelnder Verfügbarkeit von Psychotherapie** empfohlen

Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer PTBS

- **zu Beginn der Behandlung** sollte die **aktuelle Gefährdung** des Kindes bzw. des Jugendlichen (z.B. anhaltende Bedrohung durch Täter) abgeklärt werden
- **eine traumafokussierte Psychotherapie** soll jedem Kind/Jugendlichem mit PTBS angeboten werden
 - bei der PTBS im Kindes- und Jugendalter ist **die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie** die Behandlung erster Wahl
- **Eltern oder Bezugspersonen** sollten in die Behandlung mit einbezogen werden
- für eine Komplexe PTBS sollte die psychotherapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen
 - Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung + Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Bindungsproblemen
- Bei schwerwiegenden komorbiden Störungen bzw. Symptomen und akuter Suizidalität können **vor dem Einsatz traumafokussierter Interventionen** geeignete Interventionen zur Therapie dieser Störungen durchgeführt werden

Neue Therapieansätze bei der Behandlung von Traumafolgestörungen

- **Virtual Reality Exposure Therapy:**

- VRET zeigt vergleichbare Effekte mit imaginativer Exposition bei PTBS
- VRET deutlich überlegen im Vergleich mit WL-Kontrollgruppen

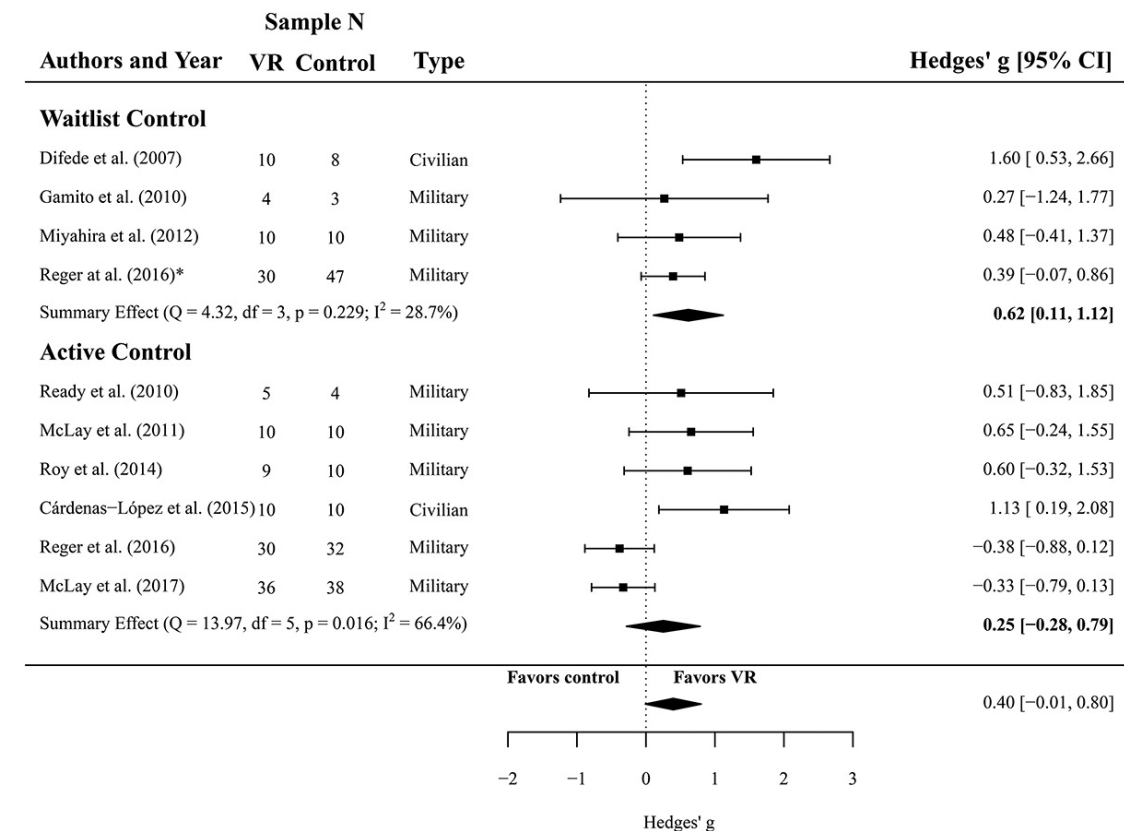
- **Smartphone-based Therapy:**

- leicht positive Effekte auf PTBS Symptome
- keine kontrollierten Studien bisher

- **Hydrocortisone:**

- 3 Studien zu Hydrokortison als Prävention für PTBS Symptome) => RR: 0.21
- zur weiteren Prüfung empfohlen

Virtual Reality Exposure Therapy zur Behandlung von PTBS



Zusammenfassung

Zusammenfassung

- **CAN verändert Gehirnregionen**, die in der Gefahrenantwort involviert sind: adaptive Modifizierung um Gefahren zu entdecken: schnelle, subkortikale Reaktion: wenig kognitive Kontrolle
- Vulnerable Phasen für traumatische Ereignisse
- **Hohes Risiko für psychische Erkrankungen**
- **Erhöhtes Risiko für diverse körperliche Erkrankungen**
- Zusammenspiel zwischen seelischer und körperlicher Gesundheit: unzureichend verstanden
- Verständnis für neurobiologische Prozesse: entstigmatisierend, Erklärungsmodelle für Patientinnen und Patienten

Zusammenfassung

- bei der Diagnostik ist die Erhebung einer **differenzierten kindlichen Traumaanamnese** in Form eines **Selbst- und eines Fremdbberichtes** essentiell
- die Diagnostik soll **nach klinischen Kriterien** unter dem Einbezug von **funktionellen Einschränkungen** erfolgen
- zur Informationsgewinnung sollen **Eltern und Kinder/Jugendliche** befragt werden
- **eine traumafokussierte Psychotherapie** soll jedem Kind/Jugendlichem mit PTBS angeboten werden, bei der PTBS im Kindes- und Jugendalter ist **die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie** die Behandlung erster Wahl
- **eine Psychopharmakotherapie** wird in der Therapie der PTBS bei Kindern und Jugendlichen **nicht empfohlen**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!