

Regina Steil · Rita Rosner

Posttraumatische Belastungsstörung



HOGREFE



Posttraumatische Belastungsstörung

Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie

Band 12

Posttraumatische Belastungsstörung

von Dr. Regina Steil und Prof. Dr. Rita Rosner

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl,
Prof. Dr. Franz Petermann

Posttraumatische Belastungsstörung

von
Regina Steil und Rita Rosner

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN

Dr. Regina Steil, geb. 1965. 1986-1991 Studium der Germanistik und Psychologie in Marburg. 1996 Promotion. Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin und Dozentin in der Weiterbildung von Ärzten und Psychologen im Bereich Verhaltenstherapie. 1996-2003 Hochschulassistentin an der Universität Jena. 2004-2008 Leitende Psychologin an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin des Zentralinstitutes für Seelische Gesundheit in Mannheim, Leitung der Behandlungseinheit Posttraumatische Belastungsstörung. Seit Juni 2008 wissenschaftliche Geschäftsführung der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universität Frankfurt.

Prof. Dr. Rita Rosner, geb. 1962. 1983-1989 Studium der Psychologie in München. 1991-1992 Forschungsstipendium an der University of California at Santa Barbara. 1996 Promotion. 2003 Habilitation. Approbierte Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin und Dozentin in der Weiterbildung von Psychologen und Ärzten. Seit 2003 Vertretung der Professur für Psychologische Beratung und Intervention an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte: Psychotraumatologie unter besonderer Berücksichtigung von interkulturellen Aspekten sowie Komplizierte Trauer.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2009 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag
Toronto • Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: Druckerei Hubert und Co, Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-1818-3

Einleitung: Grundlagen und Aufbau des Buches

Lange Zeit dachte man, dass Kinder von traumatischen Lebensereignissen weniger betroffen sind als Erwachsene. Heute aber weiß man, dass dem nicht so ist. Im Gegenteil – es zeigt sich, dass die Folgen von Traumata umso stärker sind, je jünger der Mensch ist. Posttraumatische Symptomatik äußert sich bei Kindern in anderer Weise als bei Erwachsenen. Bei der Diagnostik und bei der Intervention müssen die entwicklungsbedingten Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters bedacht werden. Als beeindruckend wirksam hat sich bei Kindern ein kognitiv-behaviorales Behandlungskonzept erwiesen. Auch die in der Regel sehr schweren Folgen von sexuellem Missbrauch können mit diesen Interventionen in vielen Fällen dauerhaft gelindert bzw. geheilt werden.

Der vorliegende Leitfaden fasst den aktuellen Wissensstand zu Diagnostik, Epidemiologie, Komorbiditätsmustern und Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) im Kindes- und Jugendalter auf der Basis neuester empirischer Ergebnisse zusammen. Er gibt einen Überblick über die wichtigsten ätiologischen Modelle der Störung und thematisiert die zugrundeliegende Entwicklungspsychopathologie. Die empirischen Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung zur kognitiv-behavioralen Therapie (KBT) der PTB werden zusammengefasst und diskutiert. Im zweiten Teil wird ein kognitiv-behaviorales Konzept der Diagnostik, Prävention und Behandlung der PTB im Kindes- und Jugendalter detailliert dargestellt. Das vorgestellte Behandlungskonzept berücksichtigt nationale und internationale Leitlinien zur Diagnose und Behandlung der PTB im Kindes- und Jugendalter (z. B. die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2007; die Guidelines des britischen National Institute for Clinical Excellence, NICE, 2005; die Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP, 1998) und die Therapieansätze aus den Arbeitsgruppen um Cohen, Mannarino und Deblinger (2006), Kolko und Swenson (2002) sowie Lieberman und van Horn (2008).

Da sich sowohl Diagnostik als auch Behandlung bei Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen unterscheiden, werden Altersaspekte jeweils berücksichtigt.

Der Leitfaden unterteilt sich in insgesamt fünf Kapitel:

- 1** Im ersten Kapitel wird der Stand der Forschung hinsichtlich Symptomatik, Epidemiologie, Komorbidität, Verlauf, Risikofaktoren, Modellen der Ätiologie und Aufrechterhaltung sowie der Therapie dargestellt. Hierbei werden insbesondere Aspekte berücksichtigt, die für die Formulierung der Leitlinien relevant sind.
- 2** Im zweiten Kapitel werden die Leitlinien zu Diagnostik und Verlaufskontrolle, Behandlungsindikationen und Therapie formuliert und ihre Umsetzung in die klinische Praxis dargestellt.
- 3** Im dritten Kapitel werden die Verfahren und Strategien kurz und prägnant beschrieben, die für Diagnostik, Verlaufskontrolle und Behandlung eingesetzt werden können.

- 4** Das vierte Kapitel enthält Materialien zur Diagnostik und Verlaufskontrolle sowie zur Behandlung und erleichtert damit die Umsetzung der Leitlinien in die konkrete klinische Praxis.
- 5** Im fünften Kapitel wird anhand eines Fallbeispiels die Umsetzung der Leitlinien in die klinische Praxis abschließend illustriert. Die Darstellung orientiert sich an den Gliederungspunkten für Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversorgung.

Übersicht über die Leitlinien zur Diagnostik, Verlaufskontrolle und zur Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung

| | |
|------------|---|
| L1 | Exploration des Patienten, der Eltern und anderer Personen |
| L2 | Klärung der Diagnose(n) und der Differenzialdiagnose |
| L3 | Standardisierte Maße zur Erfassung des Schweregrades der PTB-Symptomatik |
| L4 | Information über das Ergebnis der Diagnostik für Kind und Eltern und Therapieempfehlung |
| L5 | Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung |
| L6 | Indikation/Kontraindikation |
| L7 | Wahl der Therapiemodalität |
| L8 | Behandlungsplanung |
| L9 | Behandlungsstruktur |
| L10 | Behandlungsziele und Behandlungsvertrag |
| L11 | Gesprächsführung und Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung zu Kind und Eltern |
| L12 | Psychoedukation und Entwicklung eines idiosynkratischen Störungsmodells |
| L13 | Durchführung des Trainings in Emotionsregulation |
| L14 | Durchführung der kognitiven Interventionselemente |
| L15 | Durchführung der Expositionselemente |
| L16 | Durchführung des Elterntrainings |
| L17 | Pharmakologische Therapie |

Ergänzt wird dieser Band durch einen Ratgeber zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (Rosner & Steil, 2009). Der Ratgeber informiert Eltern, Lehrer und Erzieher über Symptomatik, Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten bei PTB. Jugendliche erhalten Ratschläge zur Selbsthilfe.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | Stand der Forschung | 1 |
| 1.1 | Symptomatik | 1 |
| 1.2 | Diagnosekriterien der Traumafolgestörungen nach ICD-10 und DSM-IV | 4 |
| 1.3 | Prävalenz traumatischer Ereignisse und der PTB | 12 |
| 1.4 | Verlauf | 14 |
| 1.5 | Komorbide Störungen | 15 |
| 1.6 | Pathogenese: Modelle zu Ätiologie und Verlauf | 16 |
| 1.6.1 | Risikofaktoren | 16 |
| 1.6.2 | Risikogruppen | 20 |
| 1.6.3 | Modelle der PTB | 22 |
| 1.6.4 | Psychobiologische und neuroendokrinologische Befunde | 29 |
| 1.7 | Interventionen | 30 |
| 1.7.1 | Übersicht zu überprüften psychotherapeutischen Interventions- methoden | 30 |
| 1.7.2 | Befunde zur Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie | 33 |
| 1.7.3 | Prädiktoren für den Behandlungserfolg psychotherapeutischer Interventionen | 36 |
| 1.7.4 | Pharmakotherapie | 36 |
| 2 | Leitlinien | 37 |
| 2.1 | Leitlinien zur Diagnostik | 37 |
| 2.1.1 | Exploration des Patienten, der Eltern und anderer Personen | 39 |
| 2.1.2 | Klärung der Diagnose(n) und der Differenzialdiagnose | 44 |
| 2.1.2.1 | Klärung der Diagnose(n) bei Vorschulkindern | 47 |
| 2.1.2.2 | Klärung der Diagnose(n) bei Patienten über 6 Jahren | 49 |
| 2.1.2.3 | Differenzialdiagnostische Abklärung | 50 |
| 2.1.2.4 | Ausführliche therapiebezogene Eingangsdiagnostik | 51 |
| 2.1.3 | Standardisierte Maße zur Erfassung des Schweregrades der PTB-Symptomatik | 52 |
| 2.1.4 | Information über das Ergebnis der Diagnostik für Kind und Eltern und erste Therapieempfehlungen | 54 |
| 2.1.5 | Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung | 54 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 2.2 | Leitlinien zu Therapiemodalität und Behandlungsplanung | 55 |
| 2.2.1 | Indikation/Kontraindikation | 58 |
| 2.2.2 | Wahl der Therapiemodalität | 58 |
| 2.2.3 | Behandlungsplanung | 63 |
| 2.3 | Leitlinien für die Therapie | 65 |
| 2.3.1 | Behandlungsstruktur | 66 |
| 2.3.2 | Behandlungsziele und Behandlungsvertrag | 69 |
| 2.3.3 | Gesprächsführung und Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung zu Kind und Eltern | 71 |
| 2.3.4 | Psychoedukation und Entwicklung eines idiosynkratischen Störungsmodells | 73 |
| 2.3.5 | Durchführung des Trainings in Emotionsregulation | 76 |
| 2.3.6 | Durchführung der kognitiven Interventionselemente | 79 |
| 2.3.7 | Durchführung der Expositionselemente | 85 |
| 2.3.8 | Durchführung des Elterntrainings | 91 |
| 2.3.9 | Pharmakologische Therapie | 94 |
| 2.3.10 | Typische Probleme und Schwierigkeiten in der Behandlung der PTB | 95 |
| 3 | Verfahren zur Diagnostik und Therapie | 96 |
| 3.1 | Diagnostische Materialien | 96 |
| 3.1.1 | Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ) | 96 |
| 3.1.2 | Fragebogen und Interview UCLA-PTSD-RI | 98 |
| 3.2 | Therapeutische Materialien | 99 |
| 3.2.1 | Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) | 99 |
| 3.2.2 | Kind-Eltern-Psychotherapie mit jungen Zeugen familiärer Gewalt .. | 102 |
| 3.2.3 | Dialektisch-Behaviorale Therapie mit suizidalen Adoleszenten | 105 |
| 4 | Materialien | 107 |
| M01 | Checkliste zur Akuten Belastungsstörung (CAB) | 108 |
| M02 | Muster für einen Behandlungsvertrag mit einem Kind | 110 |
| M03 | Vorlage für eine Verhaltensanalyse | 111 |
| M04 | Übungsblatt zum kognitiven Dreieck | 113 |
| M05 | Merkblatt für Eltern und Bezugspersonen traumatisierter Vorschulkinder | 114 |

| | | |
|----------|---|-----|
| M06 | Merkblatt für Eltern und Bezugspersonen traumatisierter Schulkinder | 116 |
| M07 | Entspannungstraining für jüngere Kinder – Instruktion für Konzentriertes Atmen | 119 |
| 5 | Fallbeispiel | 121 |
| 5.1 | Veronika, 14 Jahre alt: Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik | 121 |
| 5.2 | Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin und Krankheitsanamnese | 122 |
| 5.3 | Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Therapiebeginns | 122 |
| 5.4 | Somatischer Befund bei Therapiebeginn | 123 |
| 5.5 | Verhaltensanalyse | 124 |
| 5.6 | Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung | 125 |
| 5.7 | Therapieziele und Prognose | 125 |
| 5.8 | Behandlungsplan | 126 |
| 5.9 | Therapieverlauf | 126 |
| 5.10 | Nachkontrollen | 129 |
| | Literatur | 130 |

1 Stand der Forschung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) ist eine gravierende psychische Störung, die bei Kindern und Jugendlichen nach besonders belastenden Erlebnissen wie z. B. Naturkatastrophen, Unfällen sowie dem Erleben sexueller oder nicht sexueller Gewalt auftreten kann (Heemann, Schulte-Markwort, Ruhl & Knoelker, 1998; Pfefferbaum, 1997; Pynoos, Steinberg & Goenjian, 1996; Schepker, 1997; Steil & Straube, 2002). Der Betroffene erlebt dabei unter großer Furcht und Entsetzen direkt oder indirekt eine Situation, die eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit seiner selbst oder eines anderen Menschen beinhaltet. Auch die verbale Vermittlung eines solchen Ereignisses scheint bei Jugendlichen und Kindern eine PTB auslösen zu können (z. B. die Nachricht oder Fotografien vom gewaltsamen Tod eines Familienmitglieds; Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost & Cohen, 1995; Nader, Pynoos, Fairbanks, Al-Ajeel & Asfour, 1993; Saigh, 1991). Bereits Kleinkinder und Vorschulkinder können eine PTB entwickeln (Drell, Siegel & Gaensbauer, 1993; Scheeringa, Zeanah, Drell & Larrieu, 1995; Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2003; Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2005). Grundlegende Dimensionen der Symptomatik sind die drei Faktoren *Intrusionen und deren aktive Vermeidung, emotionale Taubheit und passive Vermeidung emotional negativer Aktivitäten sowie autonome Übererregung* (vgl. Anthony, Lonigan & Hecht, 1999).

PTB kann nach unterschiedlichsten Ereignissen auftreten

1.1 Symptomatik

Das Erleben eines traumatischen Ereignisses ist ein Risikofaktor für eine Reihe von Störungen. Der zentrale Fokus dieses Buches liegt auf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Unmittelbar nach dem Ereignis kann eine Akute Belastungsstörung (ABS; DSM-IV-TR), bzw. eine akute Belastungsreaktion (ABR; ICD-10) diagnostiziert werden. Die ABR in der ICD-10 ist eher als vorübergehendes Syndrom konzipiert, während die ABS im DSM-IV als noch nicht chronifizierte, aber deutlich krankheitswertige posttraumatische Reaktion verstanden wird, die neben den bereits beschriebenen Symptomen vor allem mit vermehrtem dissoziativen Erleben einhergeht. Auch reagieren nicht alle Betroffenen mit allen Symptomen, sondern nur mit Teilen davon. Kasten 1 gibt eine Übersicht zu den Diagnosen, die in direktem Zusammenhang mit dem Erleben eines traumatischen Ereignisses stehen. In der ICD-10 wird zusätzlich die Diagnose einer *andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung* spezifiziert. Diese Diagnose ist vorgesehen für als irreversibel angesehene, die Persönlichkeit des Betroffenen verändernde Folge tiefgreifender, existenziell extremer Erfahrungen. Diese können Traumata im Sinne der ICD-10 sein, müssen dies aber nicht (die Diagnose kann z. B. auch nach einer schweren oder wiederholt

Akute und chronische Formen der Reaktion auf ein traumatisches Ereignis können unterschieden werden

aufgetretenen psychischen Störung gegeben werden). Als Symptomatik wird hier eine feindliche und misstrauische Haltung gegenüber der Welt, sozialer Rückzug, ein Gefühl der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl von Nervosität oder Entfremdung angegeben. Diese Veränderungen sind anhaltend und lebensverändernd. Sie äußern sich in unangepasstem und unflexiblem Verhalten und führen zu Beeinträchtigungen im sozialen Leben. Diese Störung sollte erst im Erwachsenenalter diagnostiziert werden, da die Voraussetzung einer Persönlichkeitsänderung eine abgeschlossene prämorbid Persönlichkeitsentwicklung ist. Aus diesem Grund wird diese Diagnose hier nicht weiter diskutiert.

Kasten 1: Diagnosen in Zusammenhang mit einem traumatischen Ereignis

| DSM-IV-TR |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Akute Belastungsstörung (308.3) – Posttraumatische Belastungsstörung (309.81) |
| ICD-10 |
| <ul style="list-style-type: none"> – Akute Belastungsreaktion (F43.0) – Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) – Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0) |

Tabelle 1 zeigt allgemeine Symptome sowie Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen. Das Kind leidet unter belastenden Erinnerungen an das Trauma oder unter Alpträumen. Es spielt die traumatische Situation möglicherweise immer und immer wieder durch. Auf die Konfrontation mit Situationen oder Dingen, die an das Trauma erinnern, reagiert das unter PTB leidende Kind mit körperlichen Symptomen der Erregung, anklammerndem, regressivem oder aggressivem Verhalten. Ein traumatisiertes Kind erlebt die Welt als sehr gefährlich. Auch somatoforme Symptome wie Bauch- oder Kopfschmerzen können auftreten, eine erhöhte Infektanfälligkeit ist möglich. Das Kind hat möglicherweise Angst vor der Dunkelheit, Monstern oder dem Alleinsein. Trennungsangst in der Folge einer Traumatisierung ist bei Kindern häufig. Das Kind zeigt ein deutlich vermindertes Interesse an Dingen, die vor der Traumatisierung von Bedeutung waren, oder eine verringerte emotionale Ansprechbarkeit. Konzentrationsprobleme, übermäßige Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit sowie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen treten auf. Auch plötzliches und neu auftretendes aggressives Verhalten, neu auftretende Ängste und Trennungsangst werden beobachtet und können insbesondere bei Vorschulkindern Hinweise auf eine PTB geben (Scheeringa et al., 2003). Selbstschädigendes Verhalten wie z. B. Drogenmissbrauch oder auch selbstverletzendes Verhalten kann im Sinne einer Selbstmedikation bzw. im Sinne eines Spannungsabbaus ähnlich wie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung auftreten. Möglicherweise

Kinder und Jugendliche reagieren teilweise anders als Erwachsene

erlebt das Kind eine verkürzte Zukunftsperspektive („Ich werde sowieso nie die Schule beenden, nie heiraten, nie Kinder bekommen ...“ etc.) und es fühlt sich in unangemessener Weise schuldig an den traumatischen Geschehnissen. Die posttraumatische Symptomatik führt zu erheblichen Beeinträchtigungen in Sozialkontakten, Familie oder Schule. Oft sind sekundäre und andauernde Stressoren mit dem traumatischen Ereignis verbunden (wie der Verlust von Angehörigen, schmerzhaftes medizinische Behandlungen, körperliche Entstellung, Umzug und Verlust der vertrauten Umgebung).

Tabelle 1: Symptome der PTB gemäß DSM-IV-TR, wie sie typischerweise bei Kindern und Jugendlichen auftreten können

| | Allgemeine Symptome der PTB | Typische Symptome für Kinder und Jugendliche |
|--|--|--|
| <i>Symptome des Wiedererlebens</i> | Belastendes Wiedererleben des traumatischen Geschehens im Wachen oder Schlafen (Intrusionen) | Wiederholtes und wenig lustbetontes Nachspielen der traumatischen Situation (APA, 2003) Alpträume können unspezifischer sein (Monster, diffuse Bedrohung etc.) |
| | Flashbacks (subjektiver Eindruck, das Trauma aktuell wieder zu durchleben) | Bei Kindern recht selten (McNally, 1991), möglicherweise auch schwer erfragbar |
| | 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 Alleinsein, Bauch- oder Kopfschmerzen |
| <i>Symptome der Vermeidung traumabezogener Reize</i> | Vermeidung von Situationen, die an das Trauma erinnern | Bei Kindern wahrscheinlich seltener als bei Jugendlichen und Erwachsenen (Mirza et al., 1998, Scheeringa et al., 2006) |
| <i>Symptome der emotionalen Taubheit</i> | 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 kann auftreten |
| | Wahrnehmung einer verkürzten Zukunft | Kein Glaube mehr daran, jemals erwachsen zu werden, die Schule zu beenden etc. (APA, 2003), übermäßige Besorgnis, Familienmitgliedern oder Freunden könne etwas zustoßen |

| | Allgemeine Symptome der PTB | Typische Symptome für Kinder und Jugendliche |
|--|--|--|
| <i>Symptome erhöhter autonomer Erregung</i> | Übermäßige Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit | Auch bei Kindern und Jugendlichen häufig |
| | Erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität | Auch bei Kindern und Jugendlichen häufig |
| | Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen | Auch bei Kindern und Jugendlichen häufig |
| | Konzentrations- und Gedächtnisprobleme | Prätraumatisch bestehende Leistungsstörungen werden verstärkt, Schulleistungen sinken (Yule & Udwin, 1991) |
| <i>Diskutierte alternative Kriterien bei Vorschulkindern (vergleiche auch Scheeringa et al., 2003)</i> | | Neue und plötzlich auftretende Trennungsangst |
| | | Neue und plötzlich auftretende aggressive Verhaltensweisen |
| | | Neue und plötzlich auftretende Ängste, die möglicherweise keine direkten inhaltlichen Verbindungen mit dem Trauma haben (z. B. altersinadäquate Dunkelangst) |
| | | Verlust von prätraumatisch schon erworbenen Fähigkeiten (z. B. lesen oder schreiben), regressives Verhalten (z. B. Daumenlutschen, sekundäre Enuresis oder Enkopresis) |

1.2 Diagnosekriterien der Traumafolgestörungen nach ICD-10 und DSM-IV

In den nun folgenden Kasten 2 und Kasten 3 werden die Kriterien nach DSM-IV-TR und ICD-10 dargestellt.

Kasten 2: Diagnostische Kriterien der PTB nach DSM-IV-TR (APA, 2003, S. 520 f.)

Kriterien nach DSM-IV-TR

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
 - (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- Beachte:* Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes und agitiertes Verhalten äußern.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- (1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.

Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.

- (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.

Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten,

- (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).

Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.

- (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
- (2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
- (3) Unfähigkeit einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
- (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
- (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
- (6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. die Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
- (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder ein normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,
- (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten,
- (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- (5) übertriebene Schreckreaktionen.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob:

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern.

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

Bestimme, ob:

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach den Belastungsfaktoren liegt.

Kasten 3: Diagnostische Forschungs-Kriterien einer PTB nach ICD-10 (WHO, 1997, S. 124 f.)

Kriterien nach ICD-10

- A. Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flash-backs), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
- D. Entweder 1. oder 2.
1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
 - a. Ein- und Durchschlafstörungen
 - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - c. Konzentrationsschwierigkeiten
 - d. Hypervigilanz
 - e. erhöhte Schreckhaftigkeit.
- E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

Übereinstimmung zwischen ICD-10 und DSM-IV-TR gering

Obwohl sich die Konzeption der PTB nach DSM-IV-TR und ICD-10 wenig unterscheidet, wurden doch die konkreten Kriterien so unterschiedlich formuliert, dass sich große Unterschiede in der Vergabe der Diagnosen finden lassen. Leider liegen zum direkten Vergleich keine Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen vor. Für die Erwachsenen liegt die Übereinstimmung zwischen den DSM-IV-Diagnosen und den Diagnosen nach den ICD-10-Forschungskriterien bei etwa 75 % (Rosner & Powell, 2007). In einer australischen Studie liegen sie sogar für den Prozentsatz positiver Übereinstimmung nur bei 35 % (Andrews et al., 1999). Da die ICD-Forschungskriterien deutlich klarer formuliert sind als die klinischen Kriterien, ist beim Vergleich mit letzteren eine noch schlechtere Konkordanz zu erwarten. Tabelle 2 zeigt die Symptome der PTB nach DSM-IV-TR und ICD 10 im Vergleich.

Da die Diskussion bezüglich der Diagnosekriterien in einigen spezifischen Arbeitsgebieten der Psychotraumatologie (wie etwa bei der Arbeit mit Flüchtlingskindern) heftig geführt wird, und für die Betroffenen in sozialversicherungsrechtlichen oder ausländerrechtlichen Fragen sehr wichtig sein kann, wird im Folgenden nochmals auf die wichtigsten Vor- und Nachteile der Kriterien eingegangen. Die größten Kritikpunkte an der ICD sind die mangelnde Operationalisierung der Kriterien,

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der PTB nach DSM-IV-TR und ICD-10

| Kriterien zu | DSM-IV-TR (APA, 2003) | ICD-10 (WHO, 1997) | Vergleich der diagnostischen Kriterien |
|---|---|---|--|
| <i>Traumatisierung</i> | <ul style="list-style-type: none"> – A1-Kriterium: Ereignis, das schwere körperliche Verletzung, tatsächlichen oder möglichen Tod oder eine Bedrohung der physischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet – A2-Kriterium: Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (bei Kindern desorganisiertes oder agitiertes Verhalten) | <ul style="list-style-type: none"> – Belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes – Bedingung ist, dass das Ereignis bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde | |
| <i>Hinreichende Symptome</i> | <ul style="list-style-type: none"> – Vorliegen von Symptomen aus den Bereichen – B-Kriterium: Intrusion (Erwachsene mind. 1; Kinder mind. 1) – C-Kriterium: Vermeidung/emot. Taubheit (Erw. mind. 3; Kinder mind. 1) – D-Kriterium: Autonome Übererregung (Erw. mind. 2; Kinder mind. 1) | <ul style="list-style-type: none"> – Wiederholte, unausweichliche Erinnerungen oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen in Zusammenhang mit einem traumatischen Ereignis | |
| <i>Beginn der Störung</i> | <ul style="list-style-type: none"> – Keine Beschränkung – Spezifikation des verzögerten Beginns, wenn die Symptomatik ab 6 Monate nach dem Trauma einsetzt | <ul style="list-style-type: none"> – Innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma | |
| <i>Dauer der Störung</i> | <ul style="list-style-type: none"> – E-Kriterium: mindestens 4 Wochen | <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben | |
| <i>Beeinträchtigung durch die Störung</i> | <ul style="list-style-type: none"> – F-Kriterium: durch Symptomatik bedingte klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen | <ul style="list-style-type: none"> – Keine Angaben | |

das Fehlen einer Mindestdauer der Symptomatik und eine Vernachlässigung des Beeinträchtigungskriteriums. Da nach ICD-10 lediglich das Vorliegen von Intrusionen nach einem traumatischen Ereignis als hinreichendes Symptom zur Vergabe der Diagnose nötig ist, kommt es zu einem Überdiagnostizieren der Störung. Die DSM-IV-Kriterien hingegen führen gerade im Kindesalter zu einer massiven Unterschätzung der tatsächlichen Symptomatik, so dass, bis weitere Studien vorliegen, auf die Empfehlungen von Scheeringa et al. (2003, 2005, 2006) zurückgegriffen werden sollte (vgl. Leitlinie 2). Insbesondere im Vorschulbereich sollten die DSM-IV-Kriterien nicht angewendet werden und in der Altersgruppe bis etwa zehn Jahre nur eingeschränkt.

Auswirkungen der unterschiedlichen Kriterien für die Diagnosestellung bei Kindern und Jugendlichen

Wichtig ist, dass das DSM-IV-TR altersunangemessene sexuelle Handlungen auf jeden Fall als Trauma wertet, auch wenn sie vom Kind nicht als mit Furcht, Entsetzen oder Hilflosigkeit verbunden erlebt wurden. Ist nach einer Traumatisierung die korrekte Anzahl von Symptomen z. B. bei der DSM-IV-Diagnose nicht erfüllt, so kann die Diagnose einer subklinischen PTB bzw. einer Anpassungsstörung vergeben werden. Bisweilen kommt es in der Folge eines Traumas auch lediglich zur Ausbildung einer spezifischen, auf die traumatischen Ereignisse bezogenen Phobie.

Merke:

Die Symptome der PTB im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich von den bei Erwachsenen beschriebenen. Die Verwendung der modifizierten DSM-Kriterien wird empfohlen, da sie weit besser operationalisiert sind als die des ICD-10 und konservativer bei der Vergabe der Diagnose.

Innerhalb der Gruppe der Traumafolgestörungen wird nach akuten und eher chronischen Formen unterschieden. Um einer frühzeitigen Pathologisierung entgegen zu wirken, wurden die Diagnosen für die akute Belastungsstörung (ABS; DSM-IV-TR) und entsprechend in der ICD-10 die akute Belastungsreaktion (ABR; ICD-10) geschaffen (vgl. auch M01 in Kapitel 4). Kasten 4 enthält die DSM-IV-TR-Kriterien, Kasten 5 die Kriterien nach ICD-10.

Kasten 4: Diagnostische Kriterien der Akuten Belastungsstörung nach DSM-IV-TR (APA, 2003, S. 524 f.)

**Kriterien
einer Akuten
Belastungs-
störung
nach
DSM-IV-TR**

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- (1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
 - (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- B. Entweder während oder nach dem extrem belastenden Ereignis zeigte die Person mindestens drei der folgenden dissoziativen Symptome:
- (1) subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit,
 - (2) Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z. B. „wie betäubt sein“),
 - (3) Derealisationserleben,
 - (4) Depersonalisationserleben,
 - (5) dissoziative Amnesie (z. B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).
- C. Das traumatische Ereignis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt: wiederkehrende Bilder, Gedanken, Träume, Illusionen, Flashback-Episoden, oder das Gefühl, das Trauma wiederzuerleben oder starkes Leiden bei Reizen, die an das Trauma erinnern.

- D. Deutliche Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern (z. B. Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte oder Personen).
- E. Deutliche Symptome von Angst oder erhöhtem Arousal (z. B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktion, motorische Unruhe).
- F. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen oder beeinträchtigt die Fähigkeit einer Person, notwendige Aufgaben zu bewältigen, z. B. notwendige Unterstützung zu erhalten oder zwischenmenschliche Ressourcen zu erschließen, indem Familienmitgliedern über das Trauma berichtet wird.
- G. Die Störung dauert mindestens 2 Tage und höchstens 4 Wochen und tritt innerhalb von 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis auf.
- H. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück, wird nicht besser durch eine kurze psychotische Störung erklärt und beschränkt sich nicht auf die Verschlechterung einer bereits vorher bestehenden Achse I- oder Achse II-Störung.

Ähnlich wie bei der PTB bezieht sich auch bei den akuten Folgen eines traumatischen Ereignisses fast die gesamte Forschung auf die Kriterien nach DSM-IV. Da sich die Kriterien für die akute Belastungsreaktion nach ICD-10 deutlich vom DSM-IV Konzept unterscheiden, kann wenig über Prädiktoren, Pathogenese und Behandlung einer Störung einer ABR nach ICD-10 gesagt werden.

Kasten 5: Diagnostische Kriterien des ICD-10 für F43.0 Akute Belastungsreaktion

Eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche oder seelische Belastung entwickelt, und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Das auslösende Ereignis kann ein überwältigendes traumatisches Erlebnis mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Patienten oder einer geliebten Person (Personen) sein (z. B. Naturkatastrophe, Unfall, Krieg, Verbrechen, Vergewaltigung) oder eine ungewöhnlich plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung und/oder des Beziehungsnetzes des Betroffenen wie etwa Verluste durch mehrere Todesfälle, einen Brand oder ähnliches. Das Risiko, diese Störung zu entwickeln, ist bei gleichzeitiger körperlicher Erschöpfung, oder wenn organische Beeinträchtigungen z. B. bei Älteren vorliegen, erhöht. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen beim Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktion eine Rolle. Dies wird daran deutlich, dass nicht alle Personen, die eine außergewöhnliche Belastung erleben auch eine Störung entwickeln. Die Symptome sind sehr verschieden, doch typischerweise beginnen sie mit einer Art von „Betäubung“, einer gewissen Bewusstseinsengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der aktuellen Situation folgen (bis hin zu dissoziativen Stupor, siehe F44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität wie Fluchtreaktion oder Fugue. Meist treten vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten auf. Die Symptome erscheinen im allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von 2 oder 3 Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Es kann eine teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F44.0) für diese Episode vorliegen.

**Kriterien
einer Akuten
Belastungs-
störung
nach ICD-10**

| Diagnostische Leitlinien |
|--|
| <p>Es muss ein unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vorliegen. Die Reaktion beginnt innerhalb weniger Minuten, wenn nicht sofort.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es tritt ein gemischtes und gewöhnlich wechselndes Bild auf; nach dem anfänglichen Zustand von „Betäubung“ werden Depression, Angst, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug beobachtet. Kein Symptom ist längere Zeit vorherrschend. 2. Die Symptome sind rasch rückläufig, längstens innerhalb von wenigen Stunden, wenn eine Entfernung aus der belastenden Umgebung möglich ist. In den Fällen, in denen die Belastung weiter besteht, oder in denen sie naturgemäß nicht reversibel ist, beginnen die Symptome in der Regel nach 24 bis 48 Stunden abzuklingen und sind gewöhnlich nach 3 Tagen nur noch minimal vorhanden. <p>Diese Diagnose soll nicht zur Beschreibung einer plötzlichen Verschlechterung der Symptomatik von bereits bestehenden Symptomen verwendet werden, welche die Kriterien anderer psychiatrischer Störungen erfüllen, außer solcher aus dem Kapitel F60 (Persönlichkeitsstörungen). Eine Vorgeschichte mit früheren psychiatrischen Erkrankungen spricht jedoch nicht gegen diese Diagnose.</p> |
| Dazugehörige Begriffe |
| <ul style="list-style-type: none"> – Akute Krisenreaktion – Kriegsneurose (combat fatigue) – Krisenzustand – psychischer Schock |

Wie in Tabelle 3 deutlich wird unterscheiden sich die Kriterien beträchtlich.

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der akuten Belastungssyndrome nach DSM-IV-TR und ICD-10

| Vergleich der Kriterien zu akuten Belastungssyndromen | Kriterien zu | DSM-IV-TR (APA, 2003) | ICD-10 (WHO, 1997) |
|--|--------------------------------|--|--|
| | <i>Traumatisierung</i> | <ul style="list-style-type: none"> – Wie bei PTB: Ereignis, das schwere körperliche Verletzung, tatsächlichen oder möglichen Tod oder eine Bedrohung der physischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet – Subjektive Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen | <p>Außergewöhnliche seelische oder körperliche Belastung, Auslöser:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Überwältigendes traumatisches Erlebnis mit ernsthafter Bedrohung für Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Patienten oder einer geliebten Person <i>oder</i> – Ungewöhnlich plötzlich oder bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung und/oder des Beziehungsnetzes |
| | <i>Hinreichenden Symptomen</i> | <p>Vorliegen von Symptomen aus den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dissoziation (mind. 3) – Intrusion (mind. 1) – Erkennbar Vermeidung/emotionale Taubheit – Erkennbar autonome Übererregung/Angst | <ul style="list-style-type: none"> – Anfänglich Betäubung, dann Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität, Rückzug – Unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen Auslöser und Symptombeginn |

| Kriterien zu | DSM-IV-TR (APA, 2003) | ICD-10 (WHO, 1997) |
|---|---|--|
| <i>Beginn der Störung</i> | – Innerhalb von 4 Wochen nach Trauma | – Innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis |
| <i>Dauer der Störung</i> | – Mind. 2 Tage, höchstens 4 Wochen | – Klingt innerhalb von Stunden oder Tagen ab |
| <i>Beeinträchtigung durch die Störung</i> | – Klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen oder in der Fähigkeit, wichtige Aufgaben zu verrichten | – Keine Angaben |
| <i>Ausschlusskriterien</i> | – Nicht direkte physiologische Effekte einer Substanz oder eine generelle medizinische Kondition, wird nicht besser beschrieben als kurze psychotische Episode und ist nicht lediglich eine Verschlimmerung einer schon vorher existierenden Störung der Achsen I oder II | – Nicht plötzliche Verschlechterung von prätraumatisch bestehenden Symptomen |

Daten zur Überschneidung der beiden Konzepte bei Kindern liegen nicht vor. Im DSM-IV-Konzept nehmen Dissoziationssymptome eine zentrale Stelle ein.

Merke:

Bereits kurz nach dem Trauma kann eine akute Belastungsstörung auftreten, welche sich in den typischen PTB-Symptomen und dissoziativen Symptomen äußert.

Die meisten Untersuchungen liegen für sogenannte einfache Traumatisierungen vor, bzw. die untersuchten Stichproben bestehen entweder aus „einmalig“ traumatisierten Personen oder Stichproben in denen einmalig traumatisierte und „mehrfach und komplex“ traumatisierte Personen gemischt wurden. Allerdings mehren sich die Hinweise, dass langdauernde und wiederholte Traumatisierungen, die durch eine Person aus dem Nahbereich des Kindes verursacht wurden (wie bei sexuellen und physischen Missbrauch und/oder Vernachlässigung), eine Symptomatik verursachen können, die über die oben formulierten Symptome hinausgeht. Aktuell wird diese unter dem Begriff der Komplexen Traumafolgestörung (Cook, Blaustein, Spinazzola & van der Kolk, 2003; van der Kolk, 2005) diskutiert und wird möglicherweise je nach Datenlage Eingang in die nächsten Versionen von DSM und ICD finden.

1.3 Prävalenz traumatischer Ereignisse und der PTB

Unterschiedliche Prävalenzen in Abhängigkeit von Umgebungsbedingungen

Die Wahrscheinlichkeit, bereits als Kind oder Jugendlicher ein potenziell traumatisierendes Ereignis zu erleben, ist regional unterschiedlich, was sich unmittelbar auf die jeweiligen Prävalenzen der PTB niederschlägt. In Regionen mit häufigen Naturkatastrophen und Regionen mit sozialen Konflikten (sei es durch Kriege oder hohes Gewaltpotenzial auf den Straßen und in den Familien) ist das Risiko für das Erleben eines traumatischen Ereignisses und die Entwicklung einer PTB naturgemäß höher. Dies ist in Ansätzen auch in Tabelle 4 zu erkennen, in der die Ergebnisse der wenigen repräsentativen Studien zusammengefasst sind. Die Wahrscheinlichkeit, ein traumatisches Ereignis zu erleben ist in den USA höher als in Deutschland. Allerdings verwendeten die Studien auch eine unterschiedliche Methodik und leicht unterschiedliche Kriterien zur Bewertung eines Ereignisses als traumatisch, so dass sich die hohen Expositionsraten auch damit erklären lassen. So wertete etwa die dänische Studie (Elklit, 2002) auch eine Scheidung als mögliches traumatisches Ereignis. Entsprechend der höheren Exposition ergeben sich dann auch höhere Lebenszeitprävalenzen.

Alle Studien berücksichtigten nur Jugendliche und basieren auf den strengeren DSM-Kriterien, bei einer Anwendung der ICD-Kriterien lägen die gefundenen Prävalenzen höher. Bei Erwachsenen ergibt sich beim Vergleich von ICD-10-Forschungskriterien mit den DSM-IV-Kriterien üblicherweise eine Verdoppelung der Häufigkeiten (Rosner & Powell, 2007).

Tabelle 4: Lebenszeitprävalenzen einer PTB bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in repräsentativen Stichproben

| Studie und Land | Alter | Wahrscheinlichkeit ein traumatisches Ereignis zu erleben | PTB-Risiko bei Ereignis | Lebenszeitprävalenz PTB |
|-------------------------------------|-------|--|---|--|
| Giaconia et al. (1995) USA | 17,9 | 43 % (kein Geschlechtsunterschied) | 14,5 % | 6,3 % 2,1 % männlich 10,5 % weiblich |
| Elklit (2002) Dänemark | 13–15 | 87 % weiblich 78 % männlich | 12,1 % | 9 % 5,6 % männlich 12,3 % weiblich |
| Perkonigg et al. (2000) Deutschland | 14–24 | 15,5 % weiblich 18,6 % männlich | 7,8 % gesamt 14,5 % weiblich 2,2 % männlich | 1,3 % gesamt 0,4 % männlich 2,2 % weiblich |
| Essau et al. (1999) Deutschland | 12–17 | 18,4 % weiblich 28,5 % männlich | 7,3 % | 1,6 % gesamt 1,8 % weiblich 1,4 % männlich |