

Anpassungsstörungen und Traumafolgestörungen

Prof. Dr. med. Oliver Fricke

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Seelische Gesundheit
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum Stuttgart

Kinder- und Jugendpsychiatrie – PH Ludwigsburg

Was ist ein Trauma?

Diskrepanzerlebnis

Zwischen

Bedrohlicher Situation ↔ individuellen Bewältigungsmöglichkeiten

mit

Gefühlen

von

Hilfslosigkeit

Schutzloser Preisgabe

Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis

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

43.0 - 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

- 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

F43.1 - Posttraumatische Belastungsstörung

- Verzögerte Reaktion auf ein Ereignis außergewöhnlicher Bedrohung (Naturkatastrophen, Tod, sex., körperl. Missbrauch, Vergewaltigung, Unfall etc.)
- Typ. 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
<ul style="list-style-type: none">• 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
<ul style="list-style-type: none">• 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

Wahrnehmung einer verkürzten Zukunft

bei Kindern wahrscheinlich seltener als bei Jugendlichen und Erwachsenen (Mirza et al., 1998)

Automutilation

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)

Klinik - im Kleinkindalter

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

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

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

- 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



Das Bild in diesem rumänischen Waisenhaus entstand 1990 – nach Ende der Diktatur. Viele Heime sind noch immer in einem erschütternden Zustand.

FOTO: GETTY

Das Leid, das bleibt

Kinder, die seelisch und körperlich vernachlässigt werden, haben ihr Leben lang mit den Folgen zu kämpfen. Psychische Störungen sind häufiger, aber auch die Infektanfälligkeit steigt und die Hirnentwicklung ist beeinträchtigt

Risikofaktoren

- Prätraumatische Faktoren
 - Jüngerer Alter
 - Weibliches Geschlecht
 - Minoritätenstatus
 - Niedriger sozioökonomischer Status
 - Prätraumatische psych. Störung
 - Vortraumatisierung
 - Etc.

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

Risikofaktoren

- Posttraumatische Faktoren
 - Akute Belastungsreaktion
 - Ängstlichkeit und Depressivität
 - Dysfunktionale Bewältigungsstrategien
 - Mangelnde soz. 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 sex. 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)

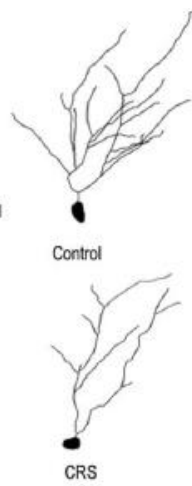
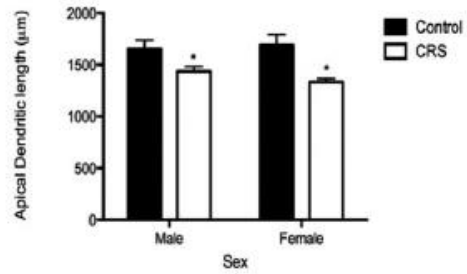
Ätiologie

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

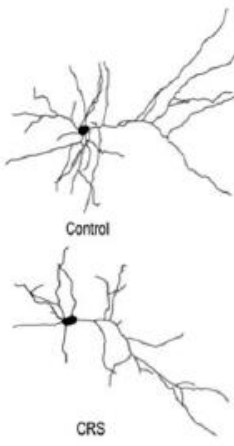
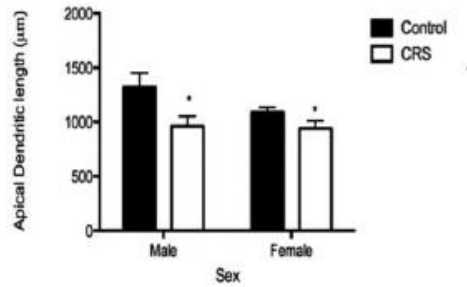
Ätiologie

- **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):
 - Überaktivierung der Amygdala, aber Minderaktivierung präfrontaler Strukturen bei Präsentation von traumarelevanten oder generell neg. Reizen

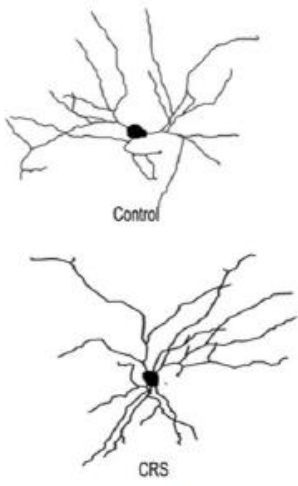
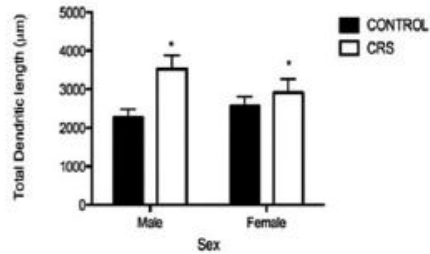
A. Hippocampus CA3 Region



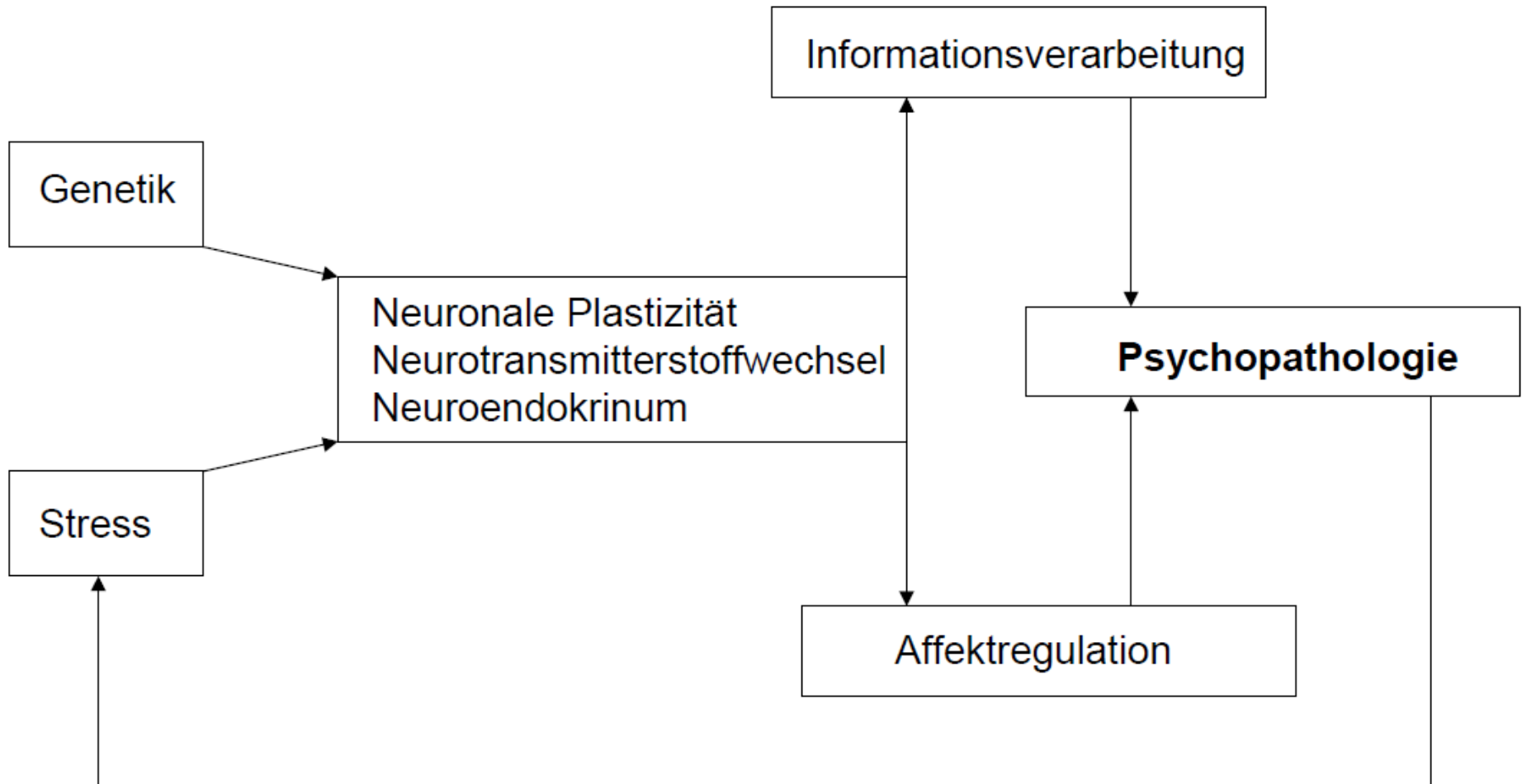
B. Medial Prefrontal Cortex Prelimbic Region



C. Basolateral Amygdala



Stressbezogene Psychopathologie



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

Differenzialdiagnosen

- Angststörungen
 - Affektive Störungen
 - Psychotische Störungen
 - Anpassungsstörungen
 - Hirnorganische/neurologische Störungen
-
- Ausschlaggebendes Kriterium für PTSD: existentiell bedrohliches Ereignis in Vorgeschichte

Therapie

- Interventionen bei diagnostizierter PTSD (nach Cohen, Mannarino & 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 (Trauma-Trigger)
 - Gemeinsame Eltern-Kind-Sitzungen (Eltern als Co-Therapeuten)
 - Fördern künftiger Sicherheit

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

- 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

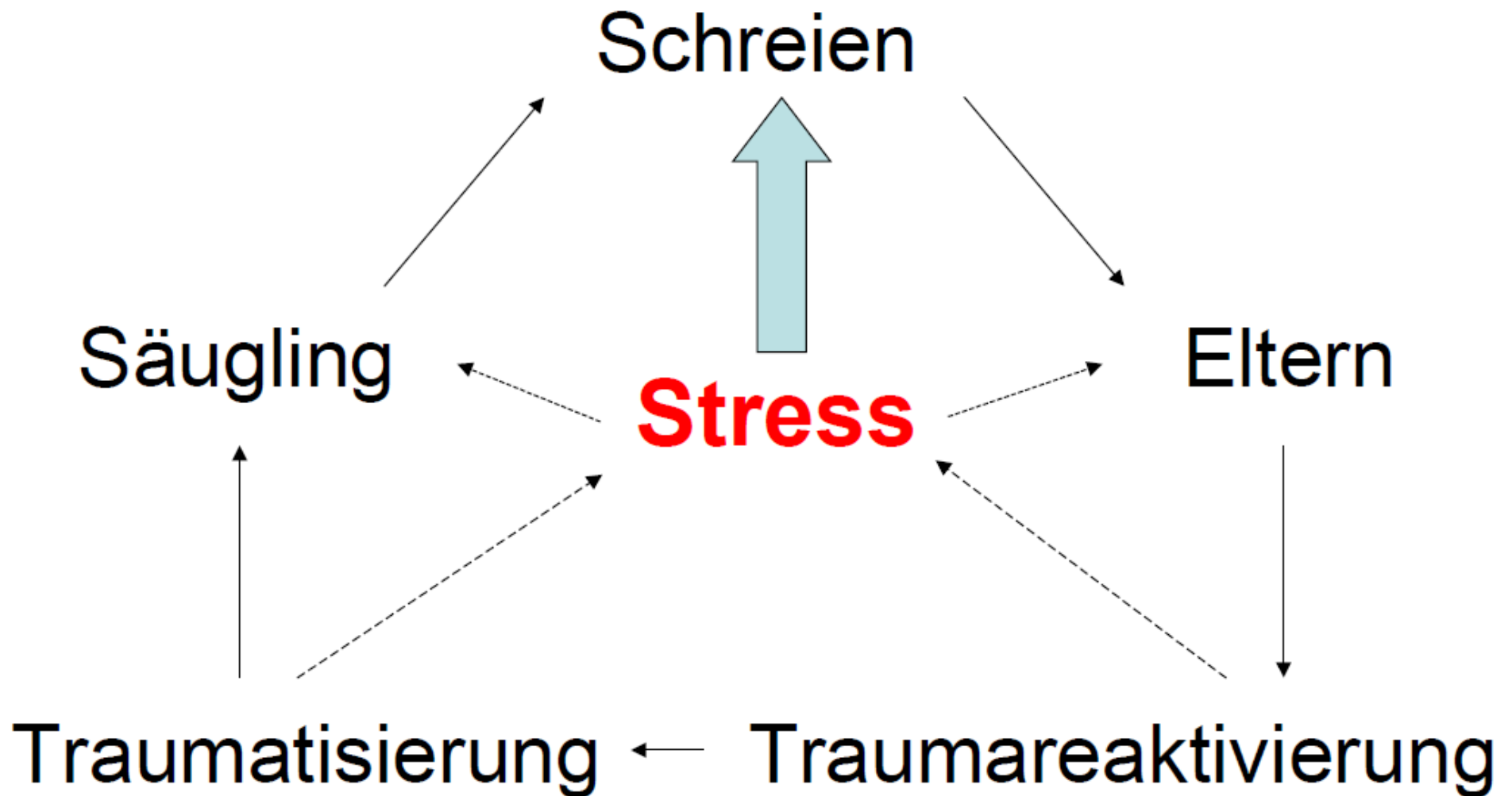
Therapie – Kleinkinder

- 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

Bindung und Trauma



nach Lyons-Ruth et al., 1999; Liotti, 1992; Brisch & Hellbrügge, 2003

