



Das psychisch traumatisierte Kind

PD Dr. phil. Markus Landolt
APD-Fachtagung Baar, 19. Oktober 2006

Inhalt

- Einleitung
- Traumafolgestörungen bei Kindern
- Epidemiologie
- Pathogenese
- Interventionen
 - Notfallpsychologie
 - Psychotherapie
- Schlussfolgerungen

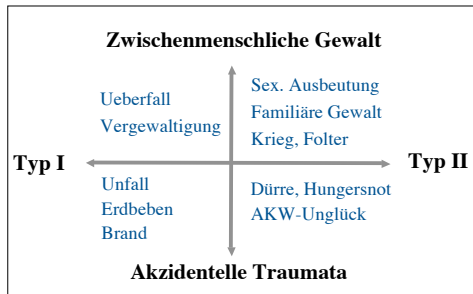


Psychotrauma (gemäss DSM-IV-TR)

- *Erlebtes* oder *beobachtetes* Ereignis, welches Todesgefahr oder Gefahr für die körperliche Unversehrtheit der *eigenen* Person oder *anderer* Personen beinhaltet.
- Initiale Reaktion der traumatisierten Person beinhaltet intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten



Dimensionen von Traumata

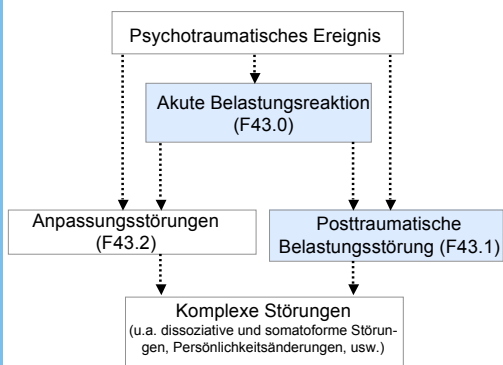


[Landolt M.A. (2004) *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe]



Welche Reaktionen zeigen Kinder nach einem Trauma?





Akute Belastungsreaktion

- „Psychologische“ Schockreaktion
- Gemischtes Bild mit wechselnder Symptomatik
- Häufig: Dissoziative Symptome
- Remission innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen
- Keine spezifischen Diagnosekriterien für Kinder
- Kaum Studien zur Prävalenz



Anpassungsstörungen

- Depressive Reaktionen
- Angst
- Störungen des Sozialverhaltens
- Gemischte Störungen



Posttraumatische Belastungsstörung

- Symptome des Wiedererlebens (intrusion)
- Vermeidungsverhalten, Abflachen der Reagibilität (avoidance, emotional numbing)
- Physiologische Uebererregung (hyperarousal)
- Dauer > 1 Monat (!)

(Diagnosekriterien gemäss DSM-IV-TR)



Symptome des Wiedererlebens

- Alpträume
- Traumatisches Spiel
- Flash-backs
- Tagträume
- Körperliche Reaktionen



Vermeidungssymptome

- Vermeidung von Orten, Aktivitäten, Menschen
- Vermeiden von Gedanken, Gesprächen
- Amnesie für Teilaspekte des Traumas
- Verringertes Interesse, Einengung des Spielverhaltens
- Trennungssängste
- Eingeschränkter Affektspielraum



Physiologische Übererregung

- Schlafstörungen
- Konzentrationsprobleme
- Reizbarkeit
- Schreckhaftigkeit
- Übermäßige Wachsamkeit



PTBS bei Säuglingen und Kleinkindern

- Posttraumatische Auffälligkeiten sind nachgewiesen
- Übliche Diagnosekriterien sind ungenügend
- Entwicklung und Validierung von Alternativkriterien für das Säuglings- und Kleinkindalter (Scheeringa et al., 2003, 2005)
 - Alternative Formulierung einzelner Symptome
 - Hinzufügung spezifischer Symptome
 - Einengung des Spielverhaltens
 - Sozialer Rückzug
 - Verlust erworbener Fähigkeiten (bes. Sprache, Sauberkeitserziehung)
 - Neu auftretende Aggression
 - Neu auftretende Trennungsangst
 - Angst vor Dunkelheit



Fallbeispiele



Anna, 5 jähig

- Trauma: Tötung der Mutter
- Symptomatik nach 2 Monaten
 - Wiedererleben: Unspezifische Angstträume, Tagträume, traumatisches Spiel
 - Vermeidungsverhalten: Vermeidung traumabezogener Orte und Gespräche, massive Trennungsängste
 - Übererregung: Schlafstörung, Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit
- Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10, F43.1)



Peter, 7 jährig

- Verkehrsunfall mit diversen Frakturen und einer Commotio cerebri
- Symptomatik 6 Monate nach dem Unfall
 - Wiedererleben: Angstträume, traumatisches Spiel
 - Vermeidungsverhalten: Vermeiden der Unfallstelle; Trennungsängste
 - Übererregung: Schlafstörung, Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit
- Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10, F43.1)



Funda, 14 jährig

- Trauma: Erdbeben in der Türkei
- Symptomatik nach 1 Monat:
 - Wiedererleben: Alpträume, Tagträume, Flash-backs.
 - Vermeidungsverhalten: Angst vor Allein-sein, Angst vor Dunkelheit, Angst vor geschlossenen Räumen.
 - Übererregung: Konzentrationsprobleme, Schreckhaftigkeit, Schlafstörung
- Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10, F43.1)



Fabian, 14 jährig

- Gewalt durch Jugendbande
- Symptomatik nach 3 Monaten
 - Panikattacken
 - Sozialer Rückzug
- Diagnose einer Angststörung (F41) und einer Anpassungsstörung (F43.2)



Daniela, 12 jährig

- Trauma: Massive sexuelle Ausbeutung durch den Vater seit dem 6. Lebensjahr
- Symptomatik
 - Anamnestisch
 - Schulprobleme
 - Psychosomatische Beschwerden
 - Sekundäre Enuresis nocturna
 - Depressive Entwicklung
 - Aktuell
 - Dissoziative Störung
 - Partielle posttraumatische Belastungsstörung



Epidemiologie

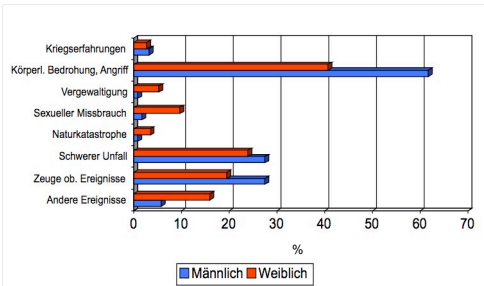


Prävalenz (1)

- **Bremer Jugendstudie bei 12-17 Jährigen**
(Essau et al. 1999)
 - Trauma-Lebenszeitprävalenz: 22.5% (m > w)
 - PTBS-Lebenszeitprävalenz: 1.6% (w > m)
 - Hohe Komorbidität mit Angststörungen und Depression



Lebenszeitprävalenz nach Geschlecht



(N=233; aus Essau et al., Z Kinder Jugendpsychiatr, 1999, 27, 37-45)

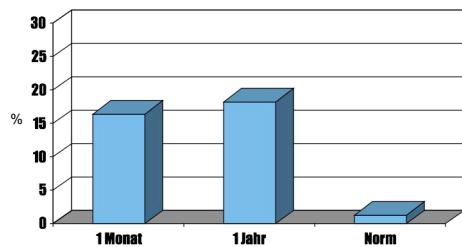


Prävalenz (2)

- **Gewalt**
 - Geiselnahme und Schießereien: 35-100%
 - Kindsmisshandlung: 18-58%
 - Krieg: 27-74%
 - Terrorismus: 28-50%
- **Naturkatastrophen**
 - Wirbelsturm, Erdbeben: 5-80%, je nach Exposition
- **Lebensbedrohliche Krankheiten**
 - Onkologische Krankheiten: 10-30%
 - Kongenitale schwere Herzvitien: 12%
 - Organtransplantationen: 16%
 - Meningokokkensepsis: 15%
 - Schweres Asthma: 20%
- **Unfälle**
 - Verkehrsunfälle: 14-42%
 - Sportunfälle: < 5%
 - Verbrennungsunfälle: 19%



PTBS nach Verkehrsunfällen



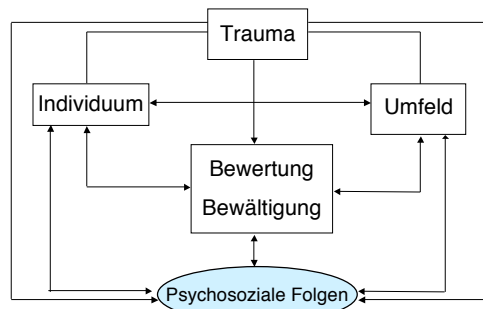
Landolt MA, Voltrath M, Timm K, Gnehm HE, Sennhauser FH (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms in children with road traffic accidents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44, 1276-1283.



Pathogenese



Determinanten der Traumabewältigung



(Landolt MA. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalter*. Göttingen: Hogrefe, S. 58)



Traumamerkmale

- Objektive Traumamerkmale nicht überbewerten
- Trauma Typ-I vs Trauma Typ-II
- Menschverursachte Traumatisierungen
- Folgen des Traumas für die sozialen und materiellen Ressourcen



Merkmale des Individuums

- Geschlecht
- Alter
- Vorbestehende Psychopathologie
- Vorbestehende Traumatisierung
- Starke akute Belastungsreaktion erhöht das Risiko für eine spätere PTBS
- Neurobiologische Vulnerabilität?



Merkmale des Umfeldes

- Soziale Unterstützung
 - Familie
 - Schule
 - Gleichaltrige
- Qualität der familiären Beziehungen
- Psychische Gesundheit der Eltern



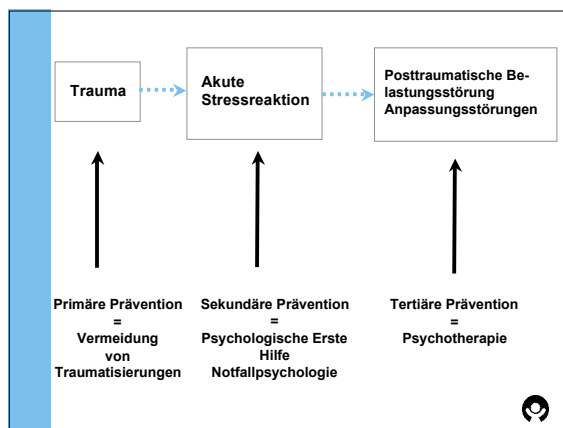
Bewertungsprozesse

- Subjektives Bedrohungsgefühl und Todesangst
- Kausalattributionen



Interventionen





Notfallpsychologische Interventionen

- Unklare Definition: „Akute Interventionen“ z.T. nach mehreren Monaten
- Notfallpsychologische Konzepte häufig ohne Berücksichtigung der speziellen Situation von Kindern
- Kaum standardisierte Verfahren
 - CISD: Critical Incident Stress Debriefing (Einzel- / Gruppensetting)
 - Kognitiv-behaviorale Interventionen
- Keine systematischen Befunde zur Wirksamkeit bei Kindern



Notfallpsychologische Interventionen

- Einbezug der Eltern
- Kognitive Einordnung („roter“ Faden)
 - Rekonstruktion des Ereignisses mit Spielmaterialien, Zeichnungen, usw.
- Psychoedukation (Kind, Eltern)
 - Entpathologisierung normaler Stressreaktionen
 - Vermittlung hilfreicher Bewältigungsstrategien
 - Sicherheit geben, Präsenz von Bezugspersonen, nicht alleine lassen
 - Ablenkung, Vermeidung auslösender Reize, sozialer Austausch
 - Feste Tagesstruktur, Routine
- Identifizierung besonders gefährdeter Kinder



Therapie von Traumafolgestörungen

- Einbezug der Eltern bzw. Familie ist zwingend
- Traumaspezifische Therapien
- 3 Phasen der Therapie
 - Stabilisierung
 - Traumabearbeitung
 - Integration
- Evidenzbasierte Verfahren mit guter Wirksamkeit
 - Kognitive Verhaltenstherapie
 - EMDR
 - (Narrative Expositionstherapie für Kinder KIDNET)
- Tiefenpsychologische, hypnotherapeutische, familientherapeutische und pharmakologische Verfahren sind nicht adäquat untersucht



Schlussfolgerungen

- Traumafolgestörungen sind auch im Kindesalter häufig
- Jüngere Kinder zeigen unspezifischere Symptome, die mit den herkömmlichen Diagnosekriterien nicht immer erfasst werden
- Es gibt neben dem Trauma eine Vielzahl von Faktoren, welche die Entwicklung einer PTBS beeinflussen.
- In der Folge eines Traumas kommt es auch bei Kindern zu neurobiologischen Dysregulationen
- Posttraumatische Störungen, welche über 4-6 Wochen andauern, brauchen eine fachpsychologische Therapie
- Nachgewiesen wirksam sind die kognitiv-behaviorale Therapie, EMDR und KIDNET