

**Zitierbare Quelle:**

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 87 - 98

# Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

## 1. Klassifikation

### 1.1 Definition

**Akute Belastungsreaktion (F 43.0)**

Es handelt sich um eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche und/oder seelische Belastung auftritt und im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt, längstens innerhalb von 4 Wochen.

**Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (F43.1)**

Es handelt sich um eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen oder Monate (selten mehr als 6) dauern kann.

**Anpassungsstörungen (F43.2)**

Es handelt sich um Zustände von subjektivem Leid und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung auftreten. Die Störung beginnt im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis und hält meist nicht länger als 6 Monate an.

### 1.2 Leitsymptome

Als primäre Kausalfaktoren sind außergewöhnlich belastende Lebensereignisse oder Veränderungen im Leben vorhanden.

**Akute Belastungsreaktion**

- Gemischtes und gewöhnlich wechselndes Bild mit Dissoziation, Derealisation, Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Hyperaktivität und Rückzug; bei Kindern auch regressive Phänomene, Anklammern, Mutismus.
- Kein Symptom ist längere Zeit vorhanden.
- Rasche Remission, längstens innerhalb von wenigen Stunden, wenn eine Entfernung aus der belastenden Umgebung möglich ist. Ansonsten klingen die Symptome in der Regel nach 24-72 Stunden ab (ICD-10) und sind gewöhnlich nach 3 Tagen nur noch minimal vorhanden.

Anmerkung: Im DSM-IV wird eine akute Belastungsreaktion dann verschlüsselt, wenn Symptome aus dem o.g. Formenkreis inklusive dissoziativer Phänomene nicht länger als 4 Wochen dauern.

**Posttraumatische Belastungsstörung**

Grundlegende Dimensionen der Symptomatik sind die 3 Faktoren Wiedererleben (z.B. in Form von Intrusionen), Vermeidung (aktive Vermeidung von Schlüsselreizen oder -situationen oder passive Vermeidung von emotionaler Belastung), oft begleitet von emotionaler Taubheit oder emotional negativen Aktivitäten und Rückzug, sowie autonome Übererregung.

- Auftreten innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatischen Ereignis ungewöhnlicher subjektiver Schwere und Bedrohlichkeit (des eigenen Lebens/der eigenen Gesundheit oder des Lebens einer nahen Bezugsperson), selten auch - mit längerer Latenz und ggfs. erneutem Auslöser - später
- Wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung der Ereignisse in Gedächtnis, Tagträumen, Traum (bei Kindern auch unspezifische Alpträume), Spiel (erfordert sorgfältige Beobachtung)
- Häufig deutlicher emotionaler und sozialer Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten; Interessenverlust
- Vegetative Störungen, (Schlafstörungen, Hypervigilanz), Schreckhaftigkeit, Übererregtheit

- Beeinträchtigungen der Stimmung (oft: Depression, Angst, bei Kleinkindern auch aggressive Erregungszustände) tragen zur Diagnosestellung bei.
- Die Diagnose hängt ab von einer sorgfältigen Bewertung der Beziehung zwischen
  - Art, Inhalt (v.a. bei Jugendlichen) und Schwere der Symptome
  - Anamnese und Persönlichkeit sowie belastendem Ereignis
- Die Störung wäre ohne das belastende Ereignis nicht aufgetreten.

### Anpassungsstörungen

- Die Symptomatik äußert sich in emotionalen Störungen (Depressive Stimmung und/oder Angst, Sorge) mit sekundären sozialen Beeinträchtigungen, dem Gefühl der Überforderung und/oder in Störungen des Sozialverhaltens
- Die Diagnose hängt ab von einer sorgfältigen Bewertung der Beziehung zwischen
  - Art, Inhalt und Schwere der Symptome
  - Anamnese und Persönlichkeit im Sinne einer Vulnerabilität sowie
  - belastendem Ereignis, Situation oder Lebenskrise (Beispiele: erlebte Trennung oder Tod, schwere Erkrankung, Umzug/Migration, Ein- und Umschulung), die Situation kann auch positive Ereignisse betreffen (z.B. Erreichen einer Auszeichnung, Schulabschluss).
- Die Störung wäre ohne das Ereignis nicht aufgetreten.

## 1.3 Schweregradeinteilung

### Akute Belastungsreaktion

- Leicht: rasche Remission innerhalb weniger Stunden
- Schwer: Symptomatik hält über mehrere Tage an.

### Posttraumatische Belastungsstörung

- Leicht: wechselhafte Symptome über einige Wochen
- Schwer: ausgeprägte Symptomatik über viele Jahre.

### Anpassungsstörung (s. auch 1.4 Untergruppen)

- Leicht: wenig stark ausgeprägte Symptomatik, die nur wenige Monate anhält
- Schwer: ausgeprägte Symptome länger als 6 Monate.

## 1.4 Untergruppen

**Akute Belastungsreaktion**, keine posttraumatische Belastungsstörung und **Posttraumatische Belastungsstörung** je nach auslösendem Ereignis (nach Terr):

- Typ I: einmaliges plötzliches und sehr erschreckendes Trauma
- Typ II: anhaltende/wiederholte, vorhersagbare unerträgliche Erlebnisse (z.B. Missbrauch)
- Komplexe PTBS (oder DESMOS im DSM-IV: Störungen der Affektregulation, Bewusstseinsstörungen mit Amnesien und Dissoziation, Somatisierungsstörung, gestörte Wahrnehmung der eigenen Person und des Täters, Störung des eigenen Wertesystems)

### Anpassungsstörung

- **Kurze depressive Reaktion (F43.20)**: Vorübergehend leichter depressiver Zustand, nicht länger als einen Monat
- **Längere depressive Reaktion (F43.21)**: Leichter depressiver Zustand auf eine länger anhaltende Belastungssituation, nicht länger als 2 Jahre andauernd
- **Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22)**: Die Symptome betreffen affektive Qualitäten wie Angst, Depression, Sorge, Anspannung und Ärger
- **Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F43.24)**: Die hauptsächliche Störung betrifft hierbei das Sozialverhalten.
- **Gemischte Störung von Gefühl und Sozialverhalten (F43.25)**: Es bestehen sowohl Störungen der Gefühle als auch des Sozialverhaltens.

## 1.5 Ausschlussdiagnose

Sie sind dann zu erwägen, wenn eine relevante Traumatisierung nicht sicher belegt oder in der zeitlichen Zuordnung zur Symptomatik fraglich ist, vor allem dann, wenn sich eine Symptomatik in die Zeit vor einem möglichen auslösenden Ereignis zurückverfolgen lässt. Posttraumatische Belastungsstörungen gehen im Langzeitverlauf wiederum mit einem hohen Prozentsatz an Komorbidität einher (s. Kap. 2.3), die alle genannten Differenzialdiagnosen umfassen kann. Diese erfordern ihrerseits den Ausschluss einer PTBS:

- Persönlichkeitsstörungen
- Dissoziative Störungen
- Angststörungen
- Affektive Störungen
- Somatoforme Störungen
- Trennungsangst in der Kindheit
- Störungen des Sozialverhaltens

- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

## 2. Störungsspezifische Diagnostik

### 2.1 Symptomatik

#### Exploration des Kindes

- Art und Ausmaß der erlebten traumatischen Erfahrung (Traumaart und -kontext) mit den daraus resultierenden Veränderungen für die gegenwärtige psychosoziale Situation
- Ausmaß der initialen Angstreaktion und das sich anschließende Bewältigungsverhalten, Ausmaß der erlebten Dissoziation (v.a. bei Jugendlichen)
- Wie wurde der Kontakt zu wichtigen Bezugspersonen erlebt? Reaktion der Umwelt auf das Trauma?
- Gab es einen Symptomwandel?
- Sind wiederkehrende Erinnerungen, Träume, Spielszenen vorhanden?

#### Exploration der Bezugspersonen

- Angaben über Art und Dauer sowie Schwere des Traumas und die sich anschließende Reaktion und Verarbeitung durch das Kind bzw. den Jugendlichen
- Zeitlicher Abstand zwischen Auftreten der Symptomatik und dem traumatischen Ereignis
- Bestehen umschriebene Ängste, Vermeidung von Situationen mit somatischen Symptomen?
- Kam es zum Verlust der gewohnten Wohnumgebung oder anderer Veränderungen des Lebensalltags?
- Kam es zu deutlichen psychosozialen Belastungen und Einschränkungen? Aktuelle psychosoziale Unterstützung?
- Kam es zum Verlust bereits erworbener Fähigkeiten wie Sprache, Sauberkeit etc.?
- Kam es zu nächtlicher Furcht, Problemen vor dem Einschlafen und nächtlichem Erwachen?
- Betroffensein der Bezugspersonen von Traumatisierung und entsprechender Störung?

#### Beobachtung

Auffälligkeiten im Spielverhalten mit vermehrter Ängstlichkeit und Reinszenierung der traumatischen Erfahrung bzw. Situation.

### 2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Prädisponierende Faktoren (nur unterhalb einer Extremschwelle des Traumas relevant) sind:

- Frühere Angststörungen und frühere Dissoziation
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
- Das Erleben sexueller Gewalt bewirkt generell ein gegenüber anderen Formen der Traumatisierung deutlich höheres Risiko für posttraumatische Belastungsstörungen.
- Multiple Traumatisierungen erhöhen das Risiko darüber hinaus.
- Reaktion und Belastungsgrad naher Bezugspersonen

### 2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

- Depressive Störungen
- Substanzmittelabusus
- Aggressives Verhalten mit hyperkinetischen Störungen
- Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Störungen
- Suizidgedanken und Suizidversuche
- Somatoforme Störungen; Selbstverletzendes Verhalten
- Angststörungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Reaktive Bindungsstörungen
- Essstörungen
- Mutismus

### 2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

- Besteht weiterhin eine räumliche/personelle Nähe zum primären Trauma bzw. dem auslösenden Ereignis/Person?
- Exploration des Kindes und der Bezugsperson sowie Beobachtung der Interaktion innerhalb der Familie
- Prämorbid Persönlichkeitsentwicklung mit Hinweisen für eine erhöhte Vulnerabilität auf Stress
- Gab es nach dem Trauma einen Beistand durch die Eltern oder nahe Bezugspersonen? Sind Zusammenhalt in der Familie und ausreichende Kommunikation vorhanden? Folgen im Alltag?
- Gibt es Unterstützung im sozialen Umfeld, z.B. der Gemeinde?
- Kommen weitere traumatische Erlebnisse oder negative Life-Events hinzu?
- Sind juristische Kontexte (Strafverfolgung, zivilrechtliche Ansprüche, Opferentschädigung) zu beachten?

### 2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

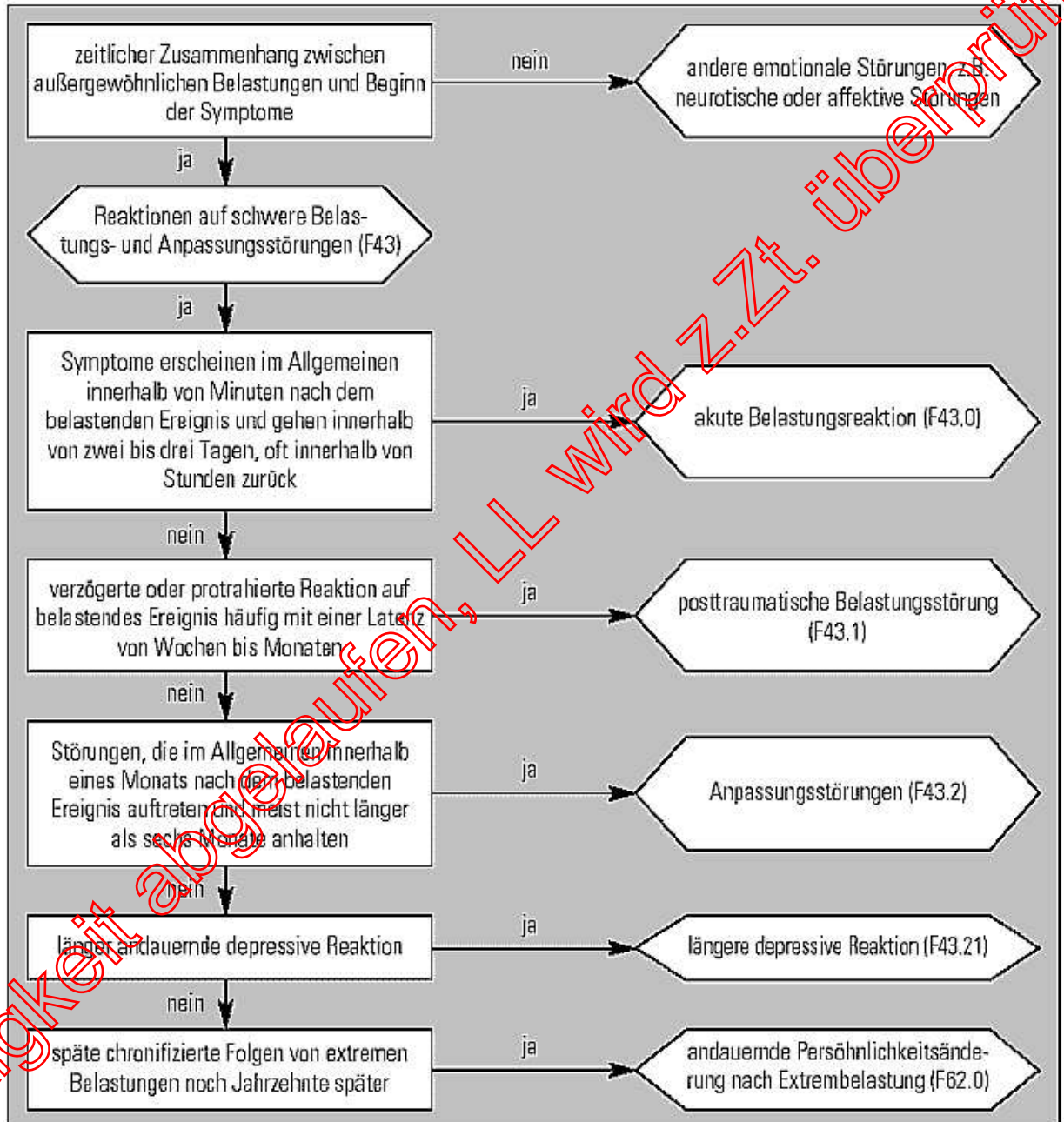
- Somatische Abklärung, insbesondere bei Traumen mit körperlichen Auswirkungen (jedoch schließt ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine sonstige hirnorganische Beeinträchtigung eine Belastungsstörung nicht aus)
- Sensible Anwendung der Leitlinien zur körperlichen Untersuchung bei Zustand nach sexueller Traumatisierung;

- Zusammenarbeit mit spezialisierten anderen Fachdisziplinen
- Angst- und Depressionsfragebögen
- Fragebogen zum Coping-Verhalten/Reaktion auf Stress
- Spezielle Screening-Verfahren (Children-Posttraumatic-Stress-Disorder-Reaktion-Test oder CPTSDI; Impact of Events-Scale, A-DES).

## 2.6 Differentialdiagnostik

Differenzialdiagnostik siehe Entscheidungsbaum (Abb. 15)

**Abb. 15: Diagnostischer und differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum anhand der Zeitachse bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen; die jeweiligen Kriterien 1.1, 1.2 müssen erfüllt sein.**



## 2.7 Entbehrliche Diagnostik

Wiederholte Organdiagnostik wegen vorhandener körperlicher/vegetativer Symptome, um eine Fixierung auf die somatischen Beschwerden zu vermeiden.

## 3. Multiaxiale Bewertung

### 3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Die Leitsymptome für die akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung sind in Kapitel 1.2 ausführlich dargestellt und ihre Bewertung in Tabelle 2 zusammengefasst.

**Tab. 2: Identifizierung der Leitsymptome bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Bewertung Achse I**

Achse	Bewertung	Bedeutung für Therapie
Achse I	Das auslösende Ereignis mit den sich daraus ergebenden Verhaltensveränderungen muss positiv belegt sein.	Kausale Zuordnung möglich
	Differenzialdiagnostische Abklärung und Feststellung von Komorbidität	Behandlungsumfang sowie Auswahl der Therapiemaßnahmen
	Schweregrad der Symptomatik	Wahl und Intensität des Behandlungssettings (ambulant/teilstationär/stationär) - auch abhängig von Achse V-VI!

### 3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Vorhandene umschriebene Entwicklungsstörungen, z.B. Sprachrückstand, das intellektuelle Leistungsniveau sowie somatische Erkrankungen verlangen im Hinblick auf die Therapieplanung eine gezielte Überprüfung. Von besonderer Bedeutung auch im Hinblick auf die Unterstützung und Langzeitprognose sind die psychosozialen Ressourcen sowie das prämorbid Anpassungsniveau (s. Tab. 3).

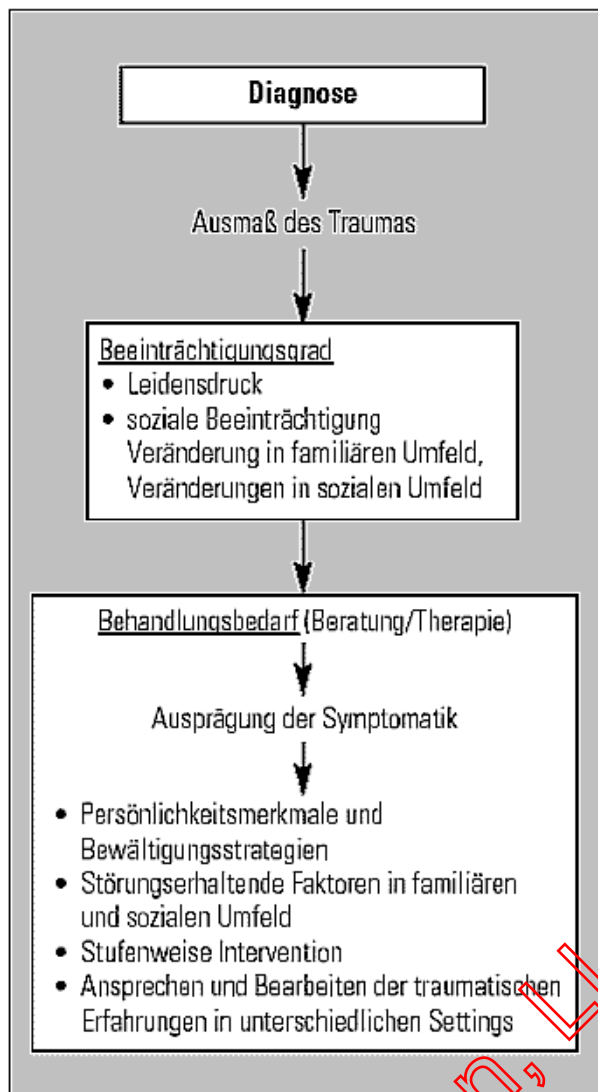
**Tab. 3: Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Bewertung der Achsen II-IV**

Achse	Bewertung	Bedeutung für Therapie
Achse II	Umschriebene Entwicklungsstörungen	Ggf. zusätzliche Maßnahmen mit dem Ziel einer besseren Bewältigung (z.B. Sprachrückstand)
Achse III	Intellektuelles Leistungsniveau	Behandlungsvorgehen und Auswahl von Interventionsstrategien (verbal/nonverbal)
Achse IV	Körperliche Folgen des Traumas	Somatische Therapie
Achse V	Lebensumstände, Qualität der Bezugssysteme, Ressourcen und Kommunikationsverhalten in der Familie, aktuelle und chronische Belastungen	Intervention bezogen auf familiäre Interaktion und Kommunikation/Eigenbelastung der Bezugspersonen (PTBS?) Änderung des psychosozialen Umfeldes in Abhängigkeit von der Persistenz weiterer traumatischer Erfahrungen
Achse VI	Prämorbid Anpassung (insbesondere Sozialverhalten, Schulleistungen) Funktionsbeeinträchtigung	Verstärkung sozialer Kompetenzen und Bewältigungsverhalten Unterstützende Maßnahmen zur Traumabewältigung Ggfs. schulische/berufliche Interventionsempfehlungen

### 3.3 Differenzialdiagnose und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Die Störung sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn sie in einem engen Zusammenhang mit einem traumatisierenden Lebensereignis aufgetreten ist und die unter 1.2 aufgeführten Leitsymptome aufweist. Differenzialdiagnostisch sind späte bzw. chronifizierte Folgen von extremer Belastung abzugrenzen (F 62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung); ebenso abzugrenzen ist die Trennungsangst in der Kindheit (F 93.0) von den Anpassungsstörungen. Der Behandlungsbedarf und die jeweiligen therapeutischen Maßnahmen richten sich nach dem Beeinträchtigungsgrad (s. Abb. 16).

**Abb. 16 Abbildung: Entwicklung eines Therapieplans bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen**



Zur Erhebung des Ausmaßes des Traumas gehört die Erhebung des Traumakontextes sowie von Kofaktoren. Bei der stufenweisen Intervention ist zu beachten, dass die primäre Stabilisierung Vorrang hat.

## 4. Interventionen

### 4.1 Auswahl des Interventionssettings

#### **Interventionssetting/Behandlungsmodalitäten**

Ambulante Behandlung von akuten Belastungsreaktionen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen sollte grundsätzlich Vorrang haben, vor allem bei guter Kooperation des Patienten sowie seines Umfeldes.

Teilstationäre Behandlung empfiehlt sich, wenn in der akuten Phase massive Angstzustände so ausgeprägt sind, dass wichtige soziale Funktionen nicht mehr möglich bzw. weitgehend eingeschränkt sind.

Stationäre Behandlung ist erforderlich bei starker Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen, verbunden mit ausgeprägten depressiven und/oder Panikreaktionen, die zu einer Einschränkung der Selbststeuerung führen, ggfs. auch bei ausgeprägter Komorbidität (z.B. Substanzmissbrauch, selbstverletzendes Verhalten).

#### **Therapiemethoden**

##### **Psychotherapie bei akuter Belastungsstörung**

- Rasche Frühintervention mit Beratung und Aufklärung des Umfeldes, Herstellen von Sicherheit (IV), ein einmaliges psychologisches Debriefing besitzt keinen präventiven Effekt [Rose et al. 2004].
- Stabilisierungsübungen, z.B. imaginative Verfahren (IV)
- Ggf. Einzeltherapie mit supportivem Vorgehen, primärer Stabilisierung sowie vorsichtigem Durcharbeiten des Erlebten (IV)

##### **Psychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung**

- Traumaspezifische Stabilisierungsübungen, ressourcenorientierte Verfahren (z.B. imaginative Verfahren, Distanzierungstechniken) (IV)
- Einzeltherapie mit supportivem Vorgehen, primärer Stabilisierung sowie Vorbereitung eines Durcharbeitens des Erlebten, sofern keine Kontraindikation (IV)
- Traumaadaptierte Verfahren im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans
  - Verhaltenstherapeutisch/kognitiv-behaviorale Vorgehensweisen im Sinne einer multimodalen

- Traumatherapie (MMTT, TF-CBT), um die Habituation von Angststrukturen abzubauen (III)
- Psychodynamisch-imaginative Psychotherapie (PITT) oder mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT) (III/Erwachsene)
- Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) (III/ Erwachsene)
- Familienberatung/-therapie (Verringerung der Expressed emotions, Unterstützung der Haltefunktionen, nicht eindringend vorgehen, ggf. eigene Traumatisierungen der Eltern beachten), ggf. Elterngruppen
- Gruppeninterventionen mit psychoedukativen Elementen, auch unter Einbeziehung nonverbaler Verfahren wie Gestaltung, Erzählen, Rollenspiel, Entspannungsverfahren (III).
- Expositionstechniken, um das Trauma in korrigierter Form emotional bewältigen zu können (traumaorientiertes Vorgehen) (IV)

*Kontraindikationen* für eine Traumabearbeitung:

Absolute: akute Suizidalität, bestehender Täterkontakt, akute Psychose

Relative: instabile psychosoziale Situation, anhängiges Gerichtsverfahren, eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, Substanzmittelabusus, schwere Dissoziationsneigung, mangelnde Affekttoleranz, unkontrolliert autoaggressives Verhalten

**Psychotherapie bei Anpassungsstörungen** Für die Anpassungsstörungen gilt ein therapeutisches Vorgehen, das nicht so sehr die Traumabewältigung im Fokus hat, sondern die pathologischen Reaktionen und die Unterstützung der Coping-Fähigkeiten des Kindes, orientiert u.a. an der Primärpersönlichkeit, der im Vordergrund stehenden Symptomatik, der Psycho- und Familiendynamik sowie der sozialen Unterstützung. **Pharmakotherapie**

- Relative Indikation (entbehrlich bei Anpassungsstörungen, relativ bei akuter Belastungsstörung/PTBS)
- Empfohlene Substanzen (IV):
  - Propranolol (akut v.a. bei Tachykardie, aber auch wirksam gegen Intrusionen, ca. 7 Tage lang dann ausschleichend)
  - SSRI (Paroxetin für Erwachsene mit F 43.1 in Deutschland zugelassen, in den USA Sertralin für Kinder und Jugendliche mit PTBS zugelassen; Langzeitwirkung nur für Sertralin erwiesen bei Erwachsenen, alle Zielsymptome, Evidenzgrad I, 9 randomisierte kontrollierte Studien bis 2004, [Stein et al. 2004])
  - Carbamazepin (Zielsymptome Intrusionen, Irritabilität, Schlafstörung) für die Indikation Stimmungsstabilisierung in Deutschland zugelassen (IV)
  - Clonidin (in den USA gebräuchlich v.a. bei aggressiver Gespanntheit, Impulsivität und Schlafstörungen, in Deutschland für die Indikation nicht zugelassen)
- Genügend lange Zeitdauer - bei chronischer PTBS mindestens 12-24 Monate, dann langsames Ausschleichen
- Nicht geklärt: Effekt in unterschiedlichen Traumagruppen in pädiatrischen Kohorten, Zeitpunkt der Medikation sowie der Effekt in Kombination mit Psychotherapie und die Dauer der Medikamentengabe)

**Beratung und Information der Betroffenen und der Bezugspersonen bei akuter Belastungsstörung über**

- das Wiederherstellen eines sicheren Rahmens und von Alltagsroutinen inkl. Gewährleistung körperlicher Grundbedürfnisse; Haltefunktion der Eltern ohne hohe Expressed emotions
- die Notwendigkeit, in geschütztem Rahmen über das Trauma zu reden ohne einzudringen
- schnelle und erreichbare Soforthilfe
- normale Stressreaktion und Abgrenzung von pathologischen Reaktionen

**Beratung und Information der Betroffenen und der Bezugspersonen bei posttraumatischer Belastungsstörung über**

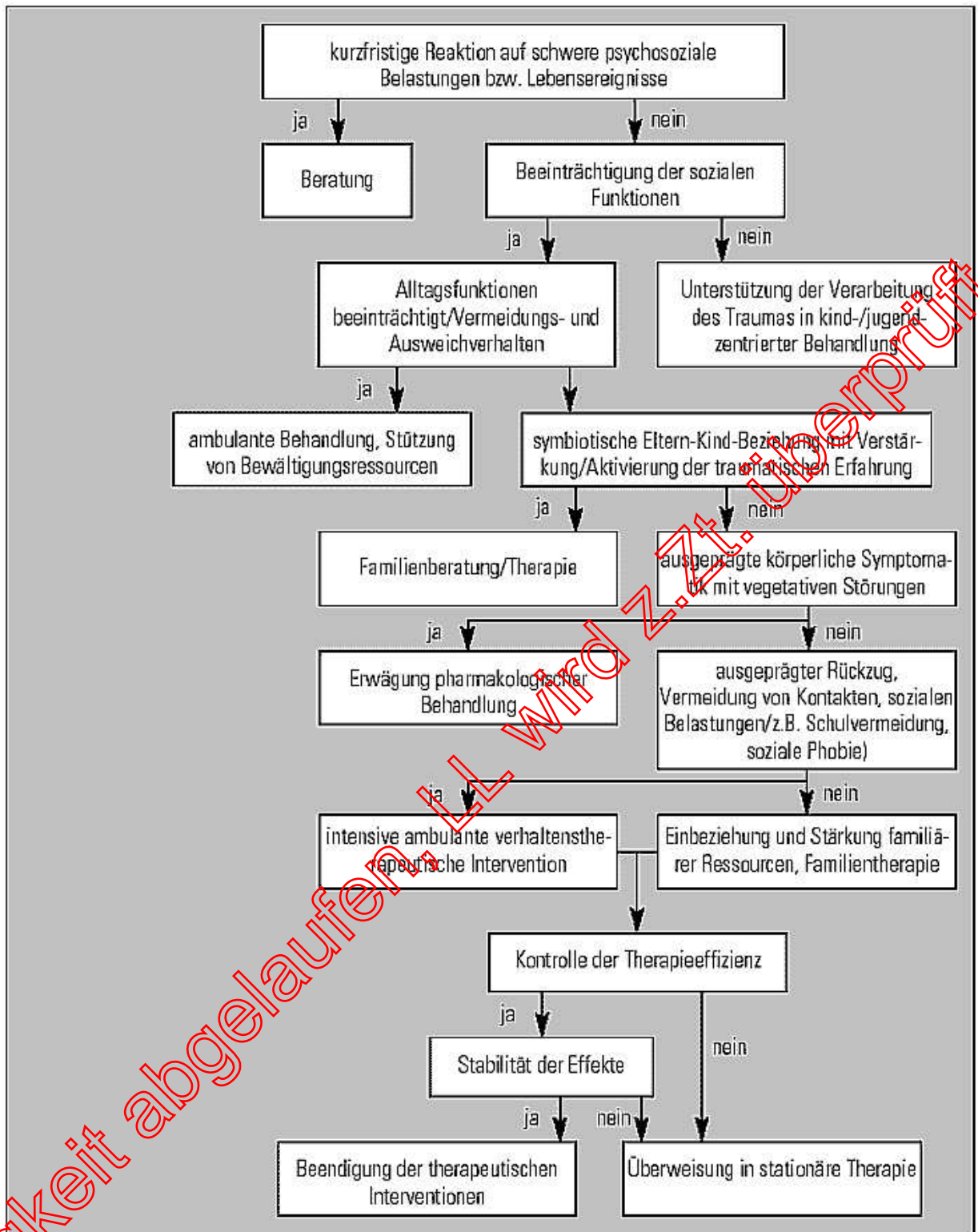
- Vor- und Nachteile verschiedener Therapiemethoden
- Familienberatung/-therapie
- ggf. Ansprüche nach dem Opferentschädigungsgesetz (s.u.)

## 4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Siehe Abbildung 17

**Abb. 17: Hierarchie der Behandlungsentscheidung bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen**

Gültigkeit abgelaufen - Wird nicht überprüft



#### 4.3 Vorgehensweise und Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

##### Akute Belastungsstörung

Bei leichter bis mäßiger Krankheitsausprägung ist das Belassen im häuslichen Umfeld hilfreich:

- Aktivierung von familiären Ressourcen
- Stärkung durch das soziale Umfeld:
  - Wenn z.B. soziale Gruppen wie Schulklassen betroffen sind, Gruppenintervention
  - Information von Lehrern, um über die Reaktionen auf das Trauma bzw. die Belastung aufzuklären.

##### Posttraumatische Belastungsstörung

Individualisiertes Vorgehen in Frequenz und Intensität (s.o.)

- Primär Stabilisierungstechniken und Aktivierung von familiären Ressourcen
- Traumazentrierte Arbeit in Abstimmung mit dem Patienten

**Anpassungsstörung** Individualisiertes, ressourcenorientiertes Vorgehen je nach Symptomschwerpunkt (s.o.)

#### 4.4 Vorgehensweise und Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

- Bessere Entlastung und Einzeltherapie möglich
- Expositionstechniken besser durchführbar
- Falls sozialer Rückzug vorhanden ist, leichtere Integration in die Tagesgruppe.

#### 4.5 Vorgehensweise und Besonderheiten bei stationärer Behandlung

- Bei mangelnder Unterstützung durch das soziale Umfeld, insbesondere die Familie
- Neue Unterbringungsmöglichkeiten notwendig, die ambulant nicht eingeleitet werden können
- Die Angstreaktion bzw. der hieraus resultierende soziale Rückzug ist so ausgeprägt, dass ambulante und teilstationäre Behandlungen nicht möglich sind.
- Komorbidität mit zusätzlicher Symptomatik (z.B. Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen) kann eine stationäre Behandlung unabweisbar machen.

#### 4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

- Um langfristige Folgen zu vermeiden, ist bei akuter Traumatisierung eine Frühintervention notwendig.
- Eine aktiv aufsuchende Haltung, auch der psychiatrisch-psychotherapeutischen Professionellen, wird empfohlen.
- Sind mehrere Kinder betroffen bzw. von entsprechenden psychischen Folgen bedroht, sind Gruppeninterventionen indiziert, um das Selbsthilfepotenzial und den Peer-Effekt zu verstärken.
- Bei Traumatisierungen in der unmittelbaren Lebensumgebung und weiter bestehendem Täterkontakt ist mit Einverständnis des Patienten ggf. die Maßnahme einer Inobhutnahme durch die Jugendhilfe zu initiieren.
- Die Patienten sind bei PTBS über die Möglichkeiten einer Antragstellung nach dem Opferschadungsgesetz zu informieren (für Opfer einer intentionalen Gewalttat auf deutschem Boden). Patienten können, auch minderjährig, den Antrag beim zuständigen Versorgungsamt selbst stellen. Das OEG ermöglicht auch die Finanzierung therapeutischer Maßnahmen.
- Mit einem Absinken der Schulleistungen ist bei bestehender PTBS zu rechnen. Schulische Fördermaßnahmen können erforderlich werden; Eingliederungsmaßnahmen in einem anderen als dem bisher angestrebten Beruf im Rahmen der üblichen Rehabilitationsleistungen nach SGB IX können dann erforderlich werden, wenn eine bestehende Traumatisierung die Ausübung der bisher (angestrebten) Tätigkeit verunmöglicht und damit die Teilhabe an der altersgerechten Lebensphase nur eingeschränkt möglich ist.

#### 4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen und häufige Fehler

- Verschweigen der zugrunde liegenden traumatischen Erfahrung
- Längerfristige Gabe von Benzodiazepinen (nachweislich keine Symptombesserung, Suchtgefahr)
- Affektiv betonte, forcierte Frühexposition im Rahmen von Frühintervention
- Vernachlässigung der Sicherstellung eines geschützten Rahmens (z.B. fortdauernde Traumatisierung, sekundäre Traumatisierung durch wiederholte externe Exposition)
- Überwiegend somatische bzw. psychopharmakologische Behandlung
- Traumaexposition ohne hinreichend stabile therapeutische Beziehung
- Traumaexposition ohne Beachtung bestehender Kontraindikationen

---

#### Literatur:

1. Anthony JL, Lonigan C.J., Hecht SA, Dimensionality of Posttraumatic Stress Disorder symptoms in children exposed to disaster: Results from confirmatory factor analysis. Journal of Abnormal Psychology (1999), 108, 326-336
2. Kaminer D, Seedat S, Stein DJ, Post-traumatic stress disorder in children. WPA Section report. World Psychiatry (2005), 4, 121-125
3. Lipschitz DS et al., Clinical and Functional Correlates of Posttraumatic Stress Disorder in Urban Adolescent Girls at a Primary Care Clinic. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2000), 39 (9), 1104-1111
4. March JS et al., Cognitive-behavioral Psychotherapy for Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder after a single Incident Stressor. J. Am.Acad.Child and Adolesc.Psychiatry 37 (1998), 585-593
5. Rose S, Bisson J, Wessely S, Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library (2004), Issue 2, John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, UK
6. Scheeringa MS et al., New Findings on Alternative Criteria for PTSD in Preschool Children. J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry (2003), 42, 561-570
7. Schoenfeld FB, Marmar CR, Neylan T, Current concepts in pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. Psychiatric Services (2004), 55, 519-531
8. Stein DJ et al., Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). In: the Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
9. Taylor TL, Chemtob CM, Efficacy of Treatment for Child and Adolescent Traumatic Stress. Arch Pediatr Adolesc Med (2004), 158 (8), 786-791

---

#### Verfahren zur Konsensbildung:

**Früherer Bearbeiter der Leitlinie**  
Gerd Lehmkuhl

## Jetzige Bearbeiter der Leitlinie

Gerd Lehmkuhl, Renate Schepker, Beatrix Musaeus-Schürmann

## Korrespondenz an:

Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln  
Robert-Koch-Straße 10  
50931 Köln

## Redaktionskomitee:

federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim  
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena  
Joachim Jungmann, Weinsberg  
Gerhard Lehmkuhl, Köln  
Helmut Remschmidt, Marburg  
Franz Resch, Heidelberg  
Christa Schaff, Weil der Stadt  
Andreas Warnke, Würzburg

## Erstellungsdatum:

01/1999

## Letzte Überarbeitung:

11/2006

## Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

---

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

---

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

---

**Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006**

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 28.01.2008; 12:18:35

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft