

1 Klassifikation und Erscheinungsbild

Fallbeispiel

Die 6;4-jährige Meike stellt sich gemeinsam mit ihrer Mutter in einer ambulanten Praxis wegen ausgeprägten Trennungsängsten und Regressionen der Sauberkeitsentwicklung vor. Vor zwei Monaten sei herausgekommen, dass der neue Freund der Kindsmutter Meike regelmäßig geschlagen und sie in ihr Zimmer gesperrt habe, sobald die Kindsmutter nicht zu Hause gewesen sei. Die Kindsmutter arbeite im Schichtdienst und ihr Freund habe sich dann um Meike gekümmert. Dass etwas nicht in Ordnung sei, sei der Kindsmutter aufgefallen, als Meikes Spielen deutlich aggressiver geworden sei und sie immer wieder die gleichen Situationen, in denen ein Vater seine Kinder geschlagen habe, nachgespielt habe. Meike habe angefangen, wieder einzunässen und einzukoten und wolle nicht mehr alleine in ihrem Zimmer sein. In Trennungssituationen klammere sich Meike an ihre Mutter, bekomme Wutanfälle und starke Bauchschmerzen. Den Schulbesuch und das Treffen mit Freund*innen verweigere sie, obwohl sie früher sehr gerne sowohl in die Schule als auch zu ihren Freund*innen gegangen sei. In einem Gespräch, in dem die Kindsmutter explizit nachgefragt habe, habe sich Meike letztendlich ihrer Mutter anvertraut. Die Kindsmutter habe sich umgehend von ihrem Freund getrennt.

Lernziele

- Sie können zentrale Begrifflichkeiten wie Trauma oder interpersonelle Gewalt erklären.
- Sie kennen die diagnostischen Kriterien für Traumafolgestörungen nach ICD-10 und ICD-11.
- Sie kennen das alterstypische Erscheinungsbild von Traumafolgestörungen von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter bzw. jungen Erwachsenenalter.

Im Folgenden sollen zunächst einige zentrale Begrifflichkeiten geklärt werden, die zur Diskussion von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter nach interpersoneller Gewalt und Vernachlässigung im Rahmen des Buches benötigt werden.

1.1 Klärung von Begrifflichkeiten

Der Begriff eines *psychischen Traumas* ist nicht einheitlich definiert, das Wort stammt jedoch von dem Griechischen und bezeichnet eine Wunde. Ein Grundgedanke ist, dass es sich bei einem Trauma um eine Verletzung und einer daraus resultierenden Wunde an der menschlichen Seele handelt (Pausch & Matten, 2018). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1991 ein Trauma als ein »kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß (...)« (ICD-10; Weltgesundheitsorganisation, 1993, S. 124). Eine Situation wird dann als traumatisch oder potenziell traumatisierend definiert, wenn es zur Konfrontation mit dem plötzlichen Tod oder einer Todesgefahr von sich selbst oder einer nahestehenden Person kommt oder wenn die persönliche Unversehrtheit durch eine Form der Gewalt verletzt wird (Maercker & Hecker, 2016). Traumatische Ereignisse können einmalig und kurz (*Trauma Typ 1*) oder länger und immer wiederkehrend (*Trauma Typ 2*) auftreten (Terr, 1991).

Wichtig

Traumata aus Kindersicht: Entscheidend ist die subjektive Wahrnehmung des Kindes von einer Situation, die als lebensbedrohlich für sich oder nahestehende Personen erlebt wird, nicht die objektive Erwachsenenentsicht.

Beispiel: Die 5-jährige Pauline beobachtet ihre Eltern (von denen unbeabsichtigt) beim Geschlechtsverkehr und entwickelt eine Traumafolgestörung. Für sie, die nicht aufgeklärt war, hat sich ihre Mutter in Lebensgefahr befunden.

Unter *interpersoneller Gewalt* werden Ereignisse verstanden, die von Menschen bewusst verursacht werden. Gewöhnlich werden drei Formen der Gewalt an Kindern und Jugendlichen unterschieden, körperliche Gewalt, emotionale Gewalt, und sexualisierte/sexuelle Gewalt.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP) bezeichnet als *körperliche Gewalt* die direkte Gewalteinwirkung auf das Kind durch Schlagen, Verbrennen, Verätzen, Schütteln, aber auch die Schädigung durch Intoxikation (DGKJP, 2003).

Häufig in Verbindung mit anderen Gewalthandlungen tritt *emotionale, auch seelische oder psychische Gewalt* genannt, auf. Zu emotionaler Gewalt zählen feindliche Ablehnung, Ausnutzung, unangebrachtes Verhalten beispielsweise dem Kind gegenüber, fehlende emotionale Reaktionen, beabsichtigtes Verursachen von Ängsten, Kontrollieren des Denkens, Fühlens und der Körperfunktionen, Verhinderung der Psychohygiene und der kognitiven und medizinischen Versorgung sowie das Verwehren lebenswichtiger Schutzfunktionen (May & Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention und Prophylaxe, 2006).

Der ehemalige Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen »Kindesmissbrauchs« (UBSKM) beschreibt *sexualisierte Gewalt* als »jede sexuelle Handlung, die an Mädchen und Jungen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund

körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissenschaftlich zustimmen können« (Rörig, 2021, Abschnitt 1). Hierzu gehören beispielsweise Vergewaltigungen, sexuelles Berühren von Kindern und Jugendlichen über oder unter der Kleidung oder das Onanieren vor einem Kind oder Jugendlichen. Handlungen können als grundlegende Differenzierung in zwei Kategorien eingeteilt werden: Handlungen mit direktem Körperkontakt (»hands-on«) und Handlungen ohne direkten Körperkontakt (»hands-off«). Alle genannten Akte werden als sexualisierte Gewalt bezeichnet, wenn der*die Täter*in diese Handlungen ausführt oder er*sie/sie das Kind oder die*den Jugendliche*n dazu verleitet, entsprechend manipuliert oder zwingt, diese Akte selbst zu vollführen (z. B. orale Befriedigung des Täters bzw. der Täterin).

Darüber hinaus können Traumafolgestörungen nach Vernachlässigung auftreten. Bei Vernachlässigung wird zwischen körperlicher und emotionaler Vernachlässigung unterschieden. *Körperliche Vernachlässigung* zeichnet sich durch eine nicht hinreichende Versorgung und Gesundheitsfürsorge [aus], die zu massiven Gedeih- und Entwicklungsstörungen führen kann (DGKJP, 2003). Hierzu zählen unter anderem unzureichende Nahrung, das Unterlassen von Besuchen in (zahn-)ärztlichen Praxen, fehlende oder verschmutzte Kleidung oder das Alleinlassen von Kindern.

Emotionale Vernachlässigung beschreibt ein nicht hinreichendes oder ständig wechselndes und dadurch nicht ausreichendes emotionales Beziehungsangebot (DGKJP, 2003), wie z. B. das Kind verbal abzuwerten, mit körperlicher Bestrafung zu drohen oder kalt und abweisend zu behandeln.

Als *Traumafolgestörungen* können einerseits psychische Störungen bezeichnet werden, die eine Konfrontation mit einem traumatischen oder stark belastenden Ereignis voraussetzen, oder in weiterem Sinne auch psychische Störungen, die sehr häufig, jedoch nicht ausschließlich in Folge traumatischer Ereignisse entwickelt werden.

1.2 Klassifikation von Traumafolgestörungen im engeren Sinne

1.2.1 Akute Belastungsreaktion

Eine vorübergehende Störung, die sich als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche oder psychische Belastung entwickelt und innerhalb von Stunden oder Tagen nach dem Ereignis wieder verschwindet, wird als akute Belastungsreaktion bezeichnet. Die individuelle Vulnerabilität und die bestehenden Bewältigungsstrategien (Copingmechanismen) spielen eine Rolle bei der Entwicklung und dem Schweregrad der Störung. Beginnend mit einer Art Taubheit mit einer gewissen Bewusstseinseinengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer gestörten Reizverarbeitung und Desorientierung, zeigen die typischen Symptomatiken ein

wechselndes und gemischtes Bild. Ein weiterer Rückzug aus der Umgebung (bis zum dissoziativen Stupor, siehe F44.2) oder Unruhe und Hyperaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue) kann auf diesen Zustand folgen. Außerdem zeigen sich in der Regel vegetative Anzeichen von Panik, wie Herzrasen, Schwitzen und Erröten. Überwiegend treten die Symptome innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis auf und verschwinden innerhalb von zwei bis drei Tagen, häufig innerhalb von Stunden. Auch kann es in dieser Episode zu einer teilweisen oder vollständigen Amnesie (siehe F44.0) kommen (World Health Organization, 2019).

Die akute Belastungsreaktion besteht als solche im ICD-11 nicht mehr. Sie wird bei den »Gesundheitsbeeinflussenden Faktoren« eingeordnet, da diese eine normale Reaktion auf einen Stressor widerspiegelt, die sich normalerweise innerhalb weniger Tage nach dem auslösenden Ereignis zurückbildet (Maercker & Eberle, 2022).

Diagnostische Kriterien für Akute Belastungsreaktion nach ICD-10 (F43.0)

- A. Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung
- B. Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung
- C. Es gibt zwei Symptomgruppen. Die akute Belastungsreaktion wird unterteilt in:

F43.00 leicht: nur Symptome aus Gruppe 1.

F43.01 mittelgradig: Symptome aus Gruppe 1. und zwei Symptome aus Gruppe 2.

F43.02 schwer: Symptome aus Gruppe 1. Und vier Symptome aus Gruppe 2 oder dissoziativer Stupor (F44.2).

Die Kriterien B, C und D der generalisierten Angststörung (F41.1);

- a) Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen,
 - b) Einengung der Aufmerksamkeit,
 - c) offensichtliche Desorientierung,
 - d) Ärger oder verbale Aggression,
 - e) Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit,
 - f) unangenehme oder sinnlose Überaktivität,
 - g) unkontrollierbare und außergewöhnliche Trauer (zu beurteilen nach den jeweiligen kulturellen Normen)
- D. Wenn die Belastung vorübergehend ist oder gemildert werden kann, beginnen die Symptome nach frühestens 8 Stunden abzuklingen. Hält die Belastung an, beginnen die Symptome nach höchstens 48 Stunden nachzulassen.
- E. Häufiges Ausschlusskriterium: Derzeit liegt keine andere psychische oder Verhaltensstörung vor (außer F41.1 Generalisierte Angststörung und F60 Persönlichkeitsstörungen). Das Ende der Krankheitsperiode einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung muss mehr als 3 Monate zurückliegen.

Diagnostische Kriterien für Akute Stressreaktion nach ICD-11 (QF47)¹

Z-Verschlüsselung unter »Sonstigen Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen«

1.2.2 Anpassungsstörung

Eine Symptomatik mit Zuständen subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, durch welche das soziale Funktionieren und die Leistungsfähigkeit behindert werden, nennt man eine Anpassungsstörung. Hierbei müssen die Symptome nach einer prägenden Lebensveränderung oder nach einem belastenden Erlebnis während des Anpassungsprozesses an diese entstehen. Bei der Entstehung und der Ausprägung der Symptomatik sind eine entscheidende Prädisposition und Vulnerabilität relevant. Entscheidend ist, dass sich das Krankheitsbild ohne eine auslösende Belastung nicht entwickelt hätte. Die Anzeichen variieren und zeigen sich sowohl in einer depressiven Symptomatik als auch in einer Angstsymptomatik oder einer übermäßigen Sorge. Auch eine gemischte Symptomatik ist möglich. Darüber hinaus kann ein Gefühl entstehen, den Alltag nicht mehr meistern zu können (World Health Organization, 2019). Auch Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen im Rahmen einer Anpassungsstörung als zusätzliches Symptom auftreten (Schmidt & Poustka, 2006).

Vor der ICD-11 diente die Anpassungsstörung vor allem dem Zweck einer Restkategorie bzw. einer Ausschlussdiagnose und weniger einer vollwertigen Störung. Mit der Revision der ICD-11 wurde die Anpassungsstörung grundlegend überholt und gilt erstmals als vollwertige Diagnose. Die Subtypen der Anpassungsstörung in der ICD-10 wurden abgeschafft und sind spezifisch definierten Symptomen als diagnostischen Merkmalen gewichen. In der ICD-11 werden sogenannte Präokkupationen, d.h. gedankliches Verhaftetsein mit dem belastenden Erlebnis, als Kernsymptom der Anpassungsstörung definiert. Hiermit sind wiederkehrende und aufdrängende Kognitionen, die an das Erlebnis erinnern, gemeint. Ein weiteres Kriterium ist Anpassungsschwierigkeiten, was mit einer Unfähigkeit, sich zu erholen, zu vergleichen ist. Ebenso Merkmal ist ein Interessenverlust gegenüber Beziehungen zu anderen, der Schule oder Arbeit oder der Freizeit. Betroffene können zudem von Konzentrations- oder Schlafproblemen berichten. Als Zeitkriterium bestehen weiterhin höchstens sechs Monate, es sei denn, das belastende Ereignis besteht über einen längeren Zeitraum.

Gemäß der ICD-11 kann sich eine Anpassungsstörung unterschiedlich über die Lebensspanne manifestieren. Im Kindesalter kann es häufiger zu Trotzverhalten, Schmerzsyndromen oder regressiven Reaktionen wie Bettnässen oder Schlafstö-

¹ World Health Organization, 2018. Von den Autorinnen aus der ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics ins Deutsche übersetzt. Die WHO ist nicht verantwortlich für den Inhalt oder die Richtigkeit dieser Übersetzung. Im Falle von Unstimmigkeiten zwischen der englischen Fassung und der Übersetzung ist die englische Originalfassung die verbindliche und authentische Fassung.

rungen und in der Pubertät zu Substanzkonsum oder erhöhter Risikobereitschaft kommen.

Diagnostische Kriterien für Anpassungsstörung nach ICD-10 (F43.2)

- A. Identifizierbare psychosoziale Belastung, von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß; Beginn der Symptome innerhalb eines Monats.
- B. Symptome und Verhaltensstörungen (außer Wahngedanken und Halluzinationen) wie sie bei affektiven Störungen (F3), bei Störungen des Kapitels F40–F48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und bei den Störungen des Sozialverhaltens (F91) vorkommen. Die Kriterien einer einzelnen Störung werden aber nicht erfüllt. Die Symptome können in Art und Schwere variieren. Das vorherrschende Symptom sollte mit der fünften Stelle weiter differenziert werden (F42.2X)
 - F43.20 Kurze depressive Reaktion
 - F43.21 Längere depressive Reaktion
 - F43.22 Angst und depressive Reaktion gemischt
 - F42.23 Mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen
 - F43.24 Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens
 - F43.25 Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten
 - F43.28 Mit sonstigen spezifischen deutlichen Symptomen
- C. Die Symptome dauern nicht länger als 6 Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen an, außer bei einer längeren depressiven Reaktion (F43.21). Bis zu einer Dauer von 6 Monaten kann die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt werden.

Diagnostische Kriterien für Anpassungsstörung nach ICD-11 (6B43)²

- A. Identifizierbares Ereignis oder Geschehen innerhalb des letzten Monats
- B. Präokkupationen (Gedankliches Verhaftetsein):
 - (1) wiederholte, belastende und unwillkürliche Gedanken an das Ereignis, (2) kreisende Gedanken oder Grübeln bezüglich des Ereignisses während mind. eines Monats an der Mehrzahl der Tage oder (3) Auftreten von Stress bei Erinnerung an das Ereignis
- C. Fehlanpassungs- und weitere Symptome:
 - (1) Konzentrations- und Schlafstörungen, (2) mangelndes Selbstvertrauen bei Ausübung früherer gewohnter Tätigkeiten oder (3) Leistungsabfall
- D. Ausschluss von häufig auftretenden psychischen Störungen wie affektive Störungen oder PTBS
- E. Klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen

2 WHO 2018, übersetzt durch die Autorinnen, vgl. Fußnote 1

1.2.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine psychische Störung, die nach extrem belastenden Erlebnissen auftreten kann. Die Symptomatik kann in vier grundlegende Symptombereiche eingeteilt werden:

Wiedererleben: Symptome des Wiedererlebens zeigen sich unter anderem durch Intrusionen (belastendes Wiedererleben des traumatischen Geschehens im Wachzustand oder Schlaf). Bei Kindern zeigt sich dies durch wiederholtes und wenig lustbetontes Nachspielen der traumatischen Situation (American Psychiatric Association, 2013). Als weiteres Symptom der PTBS können Flashbacks (subjektiver Eindruck, das traumatische Erlebnis aktuell wieder zu durchleben) auftreten.

Vermeidung traumabezogener Reize: Situationen, Orte oder Personen, die an das Trauma erinnern, werden beabsichtigt oder unbeabsichtigt vermieden.

Negative Veränderungen von Kognitionen und Emotionen: Betroffene zeigen ein deutlich vermindertes Interesse an Dingen, die vor der Traumatisierung von Bedeutung waren. Sie erleben ein Gefühl der Entfremdung von anderen und der Emotionslosigkeit oder emotionalen Taubheit. Dysfunktionale Überzeugungen, beispielsweise die eigene Sicherheit oder Zukunft betreffend, können auftreten.

Symptome der erhöhten autonomen Erregung: Hierunter fallen eine übermäßige Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit, eine erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität, Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, sowie Konzentrations- und Gedächtnisprobleme

Diagnostische Kriterien für posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 (F43.1)

- 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 (Flashbacks), 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) Übermäßige Wachsamkeit (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.)

Diagnostische Kriterien für die posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11 (6B40)³

- A. Sehr bedrohliches oder schreckliches Ereignis oder eine Serie von Ereignissen
- B. Entweder 1 oder 2
 - (1) Intrusive Erinnerungen, Flashbacks oder (2) Alpträume, meist in Verbindung mit emotionaler Belastung oder physischen Reaktionen
- C. Entweder 1 oder 2
 - Vermeidung von (1) Gedanken und Erinnerungen oder (2) Aktivitäten, Situationen und Personen, die an das Ereignis erinnern
- D. Entweder 1 oder 2
 - (1) Wahrnehmung anhaltender Bedrohung oder (2) erhöhte Schreckhaftigkeit
- A. Funktionale Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen oder anderen Bereichen

1.2.4 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

In der klinischen Praxis wurden Folgen von andauerndem oder wiederholtem traumatischen Stress beobachtet, die über die bekannten PTBS Symptome hinaus auch die Selbstorganisation betreffen (Herman, 2015). Die auf diesen Beschreibungen aufbauende Forschung führte zur Definition eines empirisch gestützten Störungsbilds, das schließlich im ICD-11 als komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) aufgenommen wurde (Maercker et al., 2013).

Die Diagnose ist hierarchisch strukturiert, da im ersten Schritt die Erfüllung der PTBS Kriterien vorausgesetzt wird und im zweiten Schritt spezifische Kriterien für die kPTBS. Diese spezifischen Symptome werden als Schwierigkeiten in der Selbstorganisation (SSO) bezeichnet. Sie umfassen

- anhaltende und umfassende Defizite in der Emotionsregulation,
- das Erleben eines eingeschränkten Selbstbewusstseins, sowie
- Schwierigkeiten in der interpersonellen Beziehungsgestaltung (Maercker et al., 2013).

3 WHO 2018, übersetzt durch die Autorinnen, vgl. Fußnote 1.

Wenngleich das Störungsbild deutlich häufiger nach Erleben wiederholt oder langanhaltend erlebter interpersoneller Gewalt, gerade bei Beginn in der Kindheit, auftritt (Cloitre et al., 2009, 2013), können die Symptome prinzipiell auch durch mehrere Einzelereignisse verursacht werden (Elliott et al., 2021).

Diagnostische Kriterien für komplexe Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11 (6B41)⁴

- A. Sehr bedrohliches oder schreckliches Ereignis oder eine Serie von Ereignissen, meist langanhaltende oder wiederholte Ereignisse, aus denen eine Flucht schwierig oder unmöglich ist (z. B. Folter, Sklaverei, wiederholte sexuelle und körperliche Gewalt)
- B. Entweder 1 oder 2
 - (1) Intrusive Erinnerungen, Flashbacks oder (2) Alpträume, meist in Verbindung mit emotionaler Belastung oder physischen Reaktionen
- C. Entweder 1 oder 2
 - Vermeidung von (1) Gedanken und Erinnerungen oder (2) Aktivitäten, Situationen und Personen, die an das Ereignis erinnern
- D. Entweder 1 oder 2
 - (1) Wahrnehmung anhaltender Bedrohung oder (2) erhöhte Schreckhaftigkeit
- E. Funktionale Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen oder anderen Bereichen

Zusätzlich zu Diagnose der kPTBS

- Entweder 1 oder 2
 - (1) erhöhte Reizbarkeit und Wut oder (2) verminderte emotionale Schwingungsfähigkeit
- Entweder 1 oder 2
 - (1) anhaltendes negatives Selbstbild, das dazu führt, dass die Person sich als beschädigt oder wertlos wahrnimmt oder (2) tiefgreifende und anhaltende Gefühle von Scham, Schuld und Versagen
- Entweder 1 oder 2
 - Anhaltenden Schwierigkeiten, (1) Beziehungen aufrecht zu erhalten oder (2) sich anderen nahe zu fühlen

Good to know: Traumaentwicklungsstörung

Parallel zur oben beschriebenen Entwicklung der kPTBS, die durch Studien mit Erwachsenen gestützt wurde, fanden Bemühungen statt, die Symptomatik von Kindern und Jugendlichen nach wiederholten Traumatisierungen in ihrem

4 WHO 2018, übersetzt durch die Autorinnen, vgl. Fußnote 1.

Entwicklungsprozess durch ein eigenes Störungsbild besser abzubilden. Nach van der Kolk (2005) soll die sogenannte Traumaentwicklungsstörung oder Developmental Trauma Disorder (DTD) nach der Exposition mit mehreren oder langandauernden ungünstigen Ereignissen (Erleben von schwerer körperlicher Gewalt, emotionaler Gewalt oder wiederholten Trennungen von primären Bezugspersonen) über mindestens ein Jahr mit Beginn in der Kindheit auftreten. Sie umfasst neben posttraumatischen Belastungssymptomen unterschiedliche Symptome aus den Bereichen der affektiven oder physiologischen Dysregulation, Aufmerksamkeits- und Verhaltensdysregulation, Selbst- und Beziehungsdysregulation (van der Kolk, 2005).

In Abgrenzung zur kPTBS handelt es sich bei der DTD um eine tiefgreifende und durch Störungen des neurologischen Entwicklungsprozesses resultierende Beeinträchtigung in den Fähigkeiten zur Selbstregulation (Morelli & Villodas, 2022). Sie wurde bisher nicht in ICD-11 oder DSM-5 aufgenommen. Weitere Studien sollten untersuchen, ob die DTD die Symptomatik im Kindes- und Jugendalter besser abbildet als die kPTBS (Ford et al., 2022).

1.3 Klassifikation von Traumafolgestörungen im weiteren Sinne

Im Folgenden sollen beispielhaft drei Störungsbilder dargestellt werden, die im weiteren Sinne ebenfalls als Traumafolgestörungen verstanden werden können, da sie mit deutlich größerer Wahrscheinlichkeit nach traumatischen Ereignissen wie interpersonellen Gewalterfahrungen auftreten. Es handelt sich um keine vollumfängliche Darstellung aller mit traumatischen Erfahrungen assoziierter Diagnosen.

1.3.1 Anhaltende Trauerstörung

Die Diagnose der anhaltenden Trauerstörung wurde neu in die ICD-11 aufgenommen. Bei Vorliegen einer anhaltenden Trauerstörung tritt nach dem Tod einer nahestehenden Person (bei Kindern z.B. eines Elternteils oder Geschwisters) eine andauernde und tiefgreifende Trauerreaktion auf, die durch ein starkes Verlangen nach der verstorbenen Person verbunden mit intensivem emotionalem Schmerz charakterisiert ist, z.B. durch

- Traurigkeit, Schuld, Wut,
- Leugnen, Beschuldigen anderer Personen oder des Selbst,
- Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren,