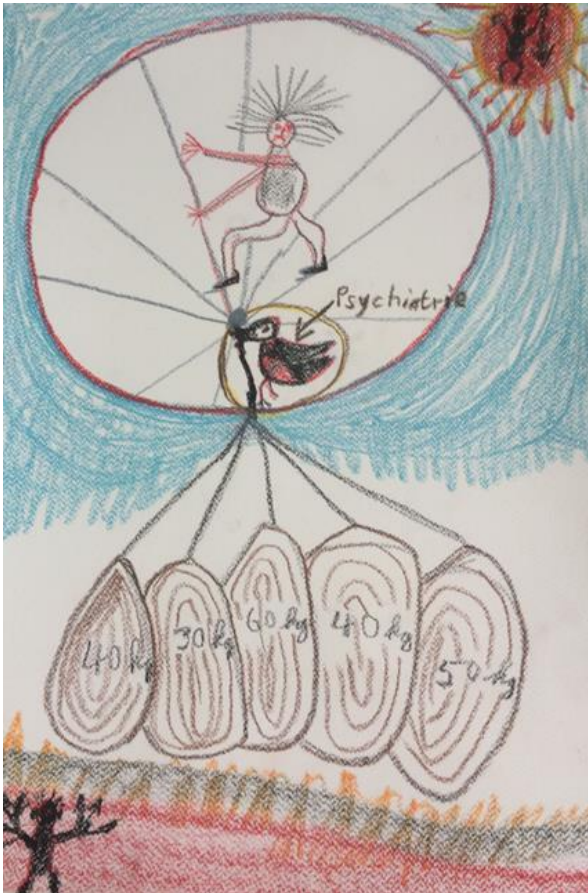


6. Impulstagung

Trauma und Traumafolgestörung bei Menschen mit Beeinträchtigung

Diagnostik, Therapie und Begleitung



***Herzlich
willkommen!***



Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik von Traumafolgestörungen nach ICD-11 bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Birgit Mayer, Dipl. Psych., Dr.rer.nat.

Fachdienst Agogik, tilia

Geplanter Ablauf:

Allgemeine Grundlagen, Trauma Typ I / Typ II, Traumafolgestörung

Traumadiagnosen im ICD 11

Diagnostik

Was ist ein Trauma?

Das Wort Trauma kommt aus dem Griechischen und heisst „Verletzung“.

Man spricht von einer traumatischen Situation, wenn eine extreme Bedrohung vorliegt, meistens ein Ereignis, bei dem **Gefahr für „Leib und Leben“** besteht. Auch die Beobachtung einer solchen Situation kann eine traumatisierende Erfahrung sein.

Besonders gravierende Traumata entstehen durch „**man made-disaster**“, also durch Menschen verursachte Traumata, wie

sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit, kriminelle und familiäre Gewalt, Kriegserlebnisse, zivile Gewalterlebnisse, z.B. Geiselnahmen, Folter, Massenvernichtung

(**im Gegensatz zu god-made-disaster**: Naturkatastrophen etc.).

Opfer eines Traumas entwickeln oft ein **Gefühl der Schuld**, weil sie glauben, dass sie mit verursacht haben, dass es ausgerechnet sie getroffen hat.

Ebenso belastet das Gefühl der **Scham** die Betroffenen oft lebenslang.

Bei Opfern sexueller Gewalt muss auch mit dem Gefühl des **Ekels** gerechnet werden.

Auf eine traumatisierende Situation reagiert eine Person mit **Hilflosigkeit, starker Furcht oder Entsetzen.**

Teilweise wird das Erleben der Situation zunächst vom Bewusstsein abgespalten und die Person wird erst später von der Erinnerung eingeholt.

Häufig in der Situation: Das Gefühl eines völligen Kontrollverlustes.

Beim Erleben einer traumatischen Situation kann es, wenn es nicht möglich ist, der Situation zu entfliehen, zu einer

Verhaltensblockade durch grosse Angst kommen.

Es kommt zu Schweissausbrüchen, Herzrasen, oberflächlicher Atmung, Gefühlen von Angst und Verzweiflung, oft auch zu Erinnerungslücken.

Auch Wochen danach kommt es oft zu Angstreaktionen, manchmal zu Wutausbrüchen, Schlafstörungen und dem Gefühl, die Situation wieder zu erleben

Welche Traumaarten gibt es?

Unterschieden werden zwei Trauma-Arten

Typ I Trauma:

**Kurzdauernde traumatische
Ereignisse**



Typ II Trauma:

**Längerdauernde, wiederholte
Traumata**



Typ I Trauma

Typ II Trauma



Typ I Traumatisierungen versus Typ II (Schmid, M. 2008)

Typ I Traumatisierungen:

eher einmalig, oft öffentlich (Unfälle, Naturkatastrophen- aber kein Tsunami).

Auswirkungen sind oft klassische Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Typ II Traumatisierungen:

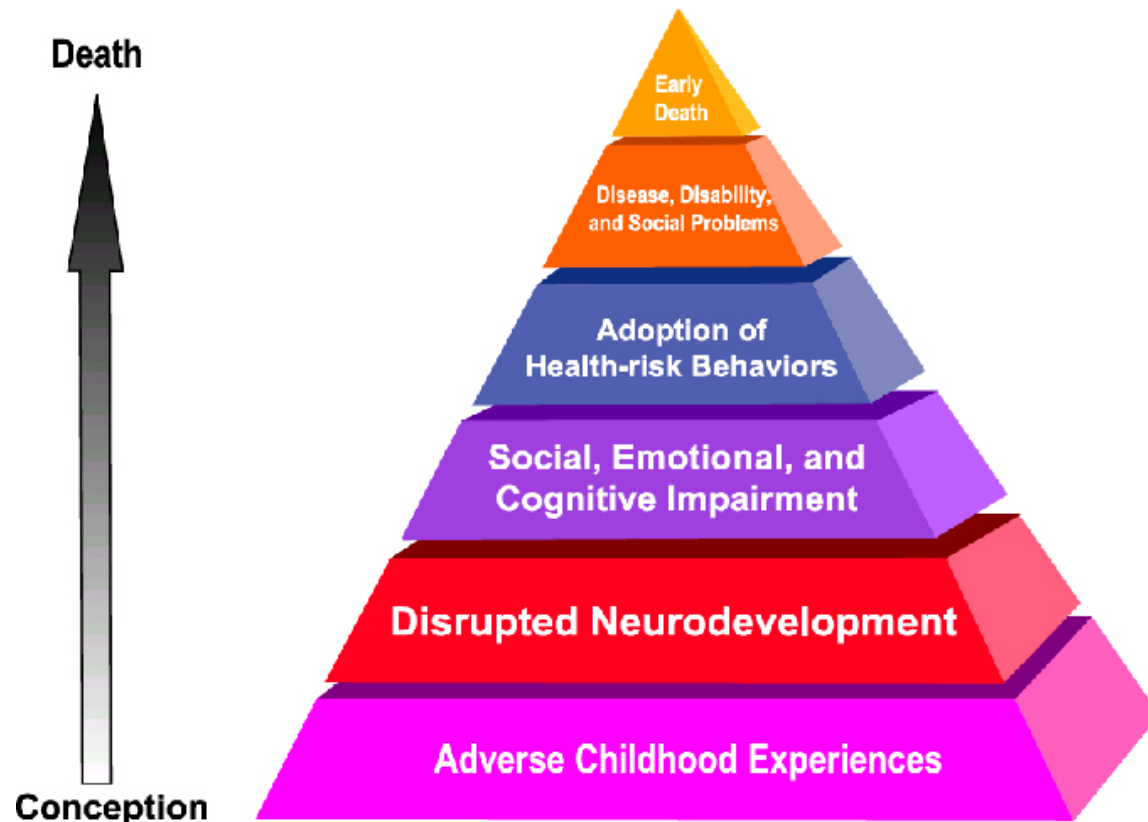
meist eine Reihe verknüpfter, sequentieller Traumata (wie Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch), die oft durch nahestehende Personen über einen längeren Zeitraum erfolgen.

Als Folge liegt häufig eine Störung der gesamten Persönlichkeitsentwicklung vor.

Adverse Childhood Experience Study

Dr. Vincent Felitti and Dr. Robert Anda,

Quelle M. Teicher, DeGPT Tagung Innsbruck 2015



Mechanisms by Which Adverse Childhood Experiences Influence Health and Well-being Throughout the Lifespan

ACE-Studie von Felitti und Anda mit 17.300 Teilnehmern in Amerika

Kindheitsbelastungsfaktoren (ACE- Adverse Childhood Experiences):

Körperliche, sexuelle oder emotionale Gewalt,
häusliche Gewalt,

Aufwachsen in einem Haushalt mit psych. Erkrankung, Drogenabhängigkeit oder Kriminalität der Eltern,
damit verbundene Gefängnisaufenthalte der Eltern, Scheidung oder Trennung der Eltern.

Auswirkungen von ACEs auf die Lebensdauer:

> **Durchschnittliche Lebenserwartung** bei 0-1 ACE: 79,1 Jahre
bei 6 und mehr ACE's: 60,6 Jahre.

(Brown, D.W. et al, 2009)

Wieso haben traumatische Erlebnisse solche Folgen?

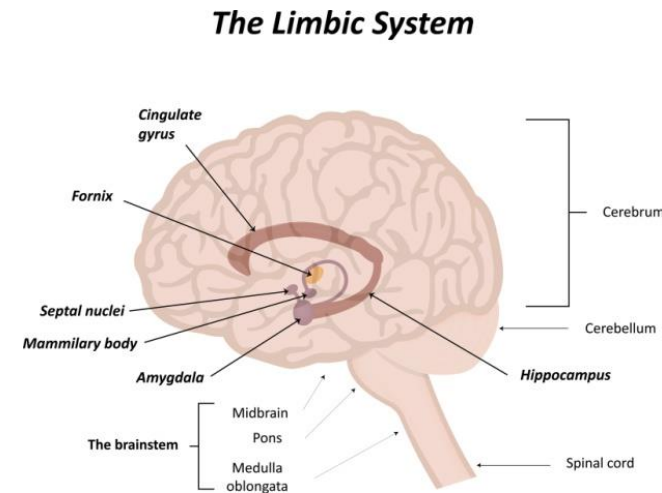
Ein traumatisches Ereignis löst im Körper Stress aus.

→ Stresshormone- vor allem Cortisol (aber auch Adrenalin und Noradrenalin)– werden aus der Nebennierenrinde ausgeschüttet.

(Sie sind kurzfristig hilfreich, um den Organismus in einen Alarmzustand zu versetzen, der z.B. Flucht ermöglicht).

Übersteigt dies „das übliche Mass“, dann wirken diese Hormone zellschädigend.

Dies führt dazu, dass im **Hippocampus** die Verästelungen der Nervenzellen reduziert werden und sie absterben. In der Folge schrumpft der Hippocampus.





Bildgebende Verfahren zeigen, dass diese Strukturveränderungen im Gehirn so gravierend sein können, dass sie deutlich sichtbar sind (Vythilingam, et al 2002).

Der Hippocampus ist eigentlich zuständig für die räumliche und zeitliche Orientierung.

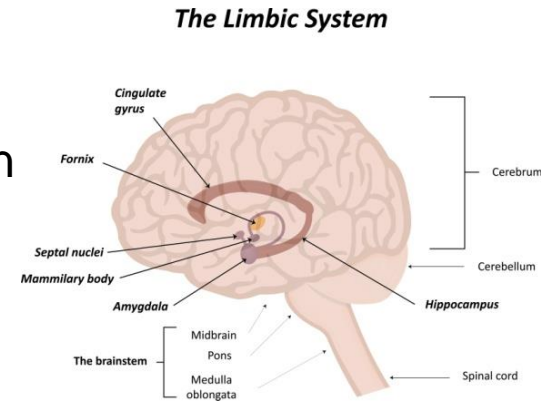
Ist er gestört, kann man die Trauma-Situation und das autobiographische Gedächtnis nicht mehr richtig trennen.

→ Die traumatisierten Personen fühlen sich plötzlich in die Zeit des schrecklichen Ereignisses zurückversetzt.

→ Sie erinnern das Ereignis in einer Weise, dass es für sie JETZT passiert.

Ebenfalls beteiligt ist die Amygdala (Mandelkern):

Wird das Furchtzentrum des Gehirns, die **Amygdala**, durch die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin aktiviert, so bilden sich mehr Verästelungen in den Zellen der Amygdala aus. Zusätzlich wird sie grösser. Auch dies lässt sich heute mit bildgebenden Verfahren nachweisen (Buss, 2012, Heim, 2012)



Die Amygdala hat die Aufgabe einer empfindlichen Alarmanlage:

Die Amygdala ist mit allen Gehirnregionen verbunden und sortiert alle „Eingänge“ im Gehirn.

Alles, was unsere Sinne aufnehmen und in die Wahrnehmungsareale des Grosshirns geleitet wird, z.B. visuelle, auditive, aber auch taktile Reize etc., geht sofort zur Amygdala- und sie schlägt quasi Alarm, wenn Unheil oder vermeintliches Unheil naht, bevor wir eigentlich bewusst wahrnehmen, was gerade passiert.

So geraten wir beispielsweise in Erregung oder springen in Sicherheit.

Bei traumatischen Erlebnissen schlägt die Amygdala Alarm und blockiert die Weiterleitung von Reizen zum Sprachzentrum und anderen weiterverarbeitenden Hirnregionen.

Deshalb können Betroffenen in diesem Momenten manchmal nicht mehr sprechen.

Inhalte der Erlebnisse werden fragmentiert und sind künftig leicht triggerbar.



Zusammenfassend:

Durch ein Trauma wird das Furchtzentrum, die Amygdala, überaktiviert, während die ordnende Kraft des Hippocampus abnimmt.

Dies hat zur Folge, dass ein traumatisierter Mensch keinen bewussten Zugang mehr zu den Erlebnissen hat, die seinen Angstzustand verursachen. Er hat quasi Angst, ohne zu wissen, weshalb.

Gleichzeitig werden höhere, cortikale Strukturen unterdrückt, z.B. im Broca-Areal und im Frontalhirn. Es kann dabei zu einem Sprachverlust kommen.

Durch die Blockade auch höherer Hirnfunktionen kann es zu weiteren Funktionsausfällen kommen: Man kann sich evtl. nicht mehr bewegen (Freezing) oder der Schliessmuskel versagt „Ich mache mir vor Angst in die Hose“.

> Wer traumatisiert ist, hat den Raum des Schreckens nie verlassen. Die Wirklichkeit eines traumatisierten Menschen ist das Trauma, nicht die gegenwärtige Realität.

(Maggie Schauer, 2013)

Trauma zerstört das grundlegende Vertrauen in die eigene Person, in die Mitmenschen und in die Umwelt durch überwältigende Empfindung von Ohnmacht, Hilflosigkeit und existentielle Bedrohung und durch die Vernichtung des Zugehörigkeitsgefühls in sozialen Netzwerken.

Dilling et al. 2000

Posttraumatische Belastungsstörung PTBS / PTSD

(Posttraumatische Belastungsstörung, bzw.
Posttraumatic Stress Disorder ICD-10 F 43.1)

3 Hauptsymptome:

A. Auslöser: **Traumatische Extremlastung**

B. Aufdringliche **Nachhallerinnerungen, 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 in Zusammenhang stehen, werden **tatsächlich oder möglichst vermieden**. Dieses Vermeiden bestand zuvor nicht.

D entweder 1 oder 2:

1. **Teilweise / vollständige Unfähigkeit, wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.**

2. Zuvor unbekannte **Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit (2 davon).**

- Beginn innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode.

Praxisproblem: Diagnostic overshadowing

Symptome nach einem traumatischen Geschehen, z.B. nach einem sexuellen Übergriff werden **nicht als Symptom eines aktuellen Geschehens erkannt, sondern der Beeinträchtigung zugeschrieben** werden.

Das aktuelle Symptom steht somit im Schatten der Diagnose der Beeinträchtigung und wird deshalb nicht als Symptom mit eigener Bedeutung wahrgenommen („diagnostic overshadowing“; Jones, Howard, & Thornicroft, 2008).

- Es werden **deshalb keine entsprechenden Hilfsangebote gemacht**.

Symptome wie Hyperarousal, Hypervigilanz, Erstarren oder plötzliche und extreme, panische Erregungszustände, selbstverletzendes, aber auch stereotypes Verhalten werden bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung üblicherweise als hirnorganisch bedingte Wahrnehmungsverarbeitungsstörung oder als autistische Züge bei geistiger Behinderung eingeordnet.

Anmerkung: Mit dem ICD 11 wird der Begriff der SIE (Störung der Intelligenzentwicklung) eingeführt.

Die Auswirkungen sehr früher Traumatisierungen, wie massive Vernachlässigung, schwere Verwahrlosung, körperliche oder sexuelle Gewalt sind natürlich viel gravierender, als das Erleben traumatischer Ereignisse im Erwachsenenalter.

Bis jetzt ist es schwer, diese **komplexeren Traumafolgestörungen** korrekt zu diagnostizieren.

Die Entstehung solcher komplexerer Traumatisierungen werden im Modell der „Strukturellen Dissoziation“ (Van der Hart, Steele, Nijenhuis 2008) abgebildet.

> Aktuell gibt es **weder Veröffentlichungen zur Diagnostik, noch zur Therapie komplexerer Traumafolgestörungen bei Menschen mit SIE.**

> Auch die Diagnoseinstrumente für eine PTBS sind für diese Personengruppe eher bescheiden, bzw. es gibt sie nicht.

Woran kann man schwere Traumafolgestörungen erkennen?

- z.T. schwere Selbstverletzungen
- Polypharmazie
- wiederholte Hospitalisationen
- therapieresistente psychische Erkrankungen (Depression, Schizophrenie, Essstörungen, Sucht und andere)
- im Alltag treten kleine (und grössere) Verwirrheitszustände auf
- chronische Suizidalität

Quelle: Gysi, 2014

Woran erkenne ich eine mögliche, bisher nicht erkannte Traumafolgestörung bei Menschen mit kogn. Beeintr.?

An der Ausprägung der Symptome:

- Oft massiv selbstverletzendes Verhalten.
- Häufig auch Fremdaggressionen, oft «aus dem nichts heraus».
- Heftige Impulskontrollstörungen, trotz hoher Medikation.
- Häufige Kriseninterventionen in der Akutpsychiatrie.
- Heimkarrieren mit vielen Wechseln, Abbrüchen, Kündigungen und überforderten Teams und Einrichtungen.
- Häufig Suizidalität.

An den Diagnosen:

- Diagnostisch oft Verdachtsdiagnosen aller Art, aber keine klare Diagnose. Oder atypische Schizophrenien, atypischer Autismus o.ä. und in der Regel wurde ein Traumahintergrund nicht abgeklärt, auch wenn die Betroffenen sprechen können.

An den Biographien:

- Sehr frühe Aufenthalte in Kliniken, Herausnahme aus der Ursprungsfamilie.

Geplanter Ablauf:

Allgemeine Grundlagen, Trauma Typ I / Typ II, Traumafolgestörung

Traumadiagnosen im ICD 11

Diagnostik

Traumadiagnosen im ICD11:

**Klassifizierung als belastungsbezogene psychische Störungen/
> Disorders specifically associated with stress**

**Klinische Nützlichkeit: im Mittelpunkt ist nun das Erleben unterschiedlicher
Reaktionen auf Stressoren:**

Von psychosozialen Belastungen

über behandlungsbedürftige Trauerreaktionen

bis hin zu den Folgen des Überlebens traumatischer Ereignisse

> mit dem klassischen Bild der Posttraumatischen Belastungsstörung

> bzw. mit einem komplexeren klinischen Bild

Posttraumatische Belastungsstörung/ PTBS 6B40:

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann sich entwickeln, wenn man einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen ausgesetzt war.

Nur noch drei Kernbereiche:

- 1) **Wiedererleben in der Gegenwart** in Form von lebhaften aufdringlichen Erinnerungen, Rückblenden oder Albträumen und typischerweise begleitet von überwältigenden Emotionen und körperlichen Empfindungen
- 2) **Bewusste Vermeidung** von Gedanken und Erinnerungen oder Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis erinnern und
- 3) eine **anhaltende Bedrohungswahrnehmung**, die sich durch Überwachsamkeit oder eine erhöhte Schreckreaktion auszeichnet.

Die **Symptome müssen über mehrere Wochen andauern**, d.h. das bisherige Zeitkriterium von 6 Monaten fällt weg!

Die Symptome ...**verursachen erhebliche Beeinträchtigungen** in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Komplexe Posttraum. Belastungsstörung 6B41

Die **komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Komplexe PTSD)** ist eine Störung, die sich entwickeln kann, nachdem man einem Ereignis oder einer **Reihe von Ereignissen extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur ausgesetzt** war. **Meist lang anhaltende oder sich wiederholende** Ereignisse, denen man nur schwer oder gar nicht entkommen kann (z. B. Folter, Sklaverei, lang anhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sex. oder körperl. Missbrauch in der Kindheit).

Alle diagnostischen Voraussetzungen für eine PTBS sind erfüllt.
Zusätzlich schwer und anhaltend:

- 1) **Probleme bei der Affektregulierung**
- 2) **Überzeugungen über die eigene Person als vermindert, besiegt oder wertlos**, begleitet von Scham-, Schuld- oder Versagensgefühlen im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis
- 3) **Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich anderen nahe zu fühlen.**

Diese Symptome führen zu **erheblichen Beeinträchtigungen** in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Geplanter Ablauf:

Allgemeine Grundlagen, Trauma Typ I / Typ II, Traumafolgestörung

Traumadiagnosen im ICD 11

Diagnostik

Allg. Informationen zu PTBS die Normalbevölkerung betreffend:

PTBS ist eine „heimliche Störung“.

Eines ihrer Hauptsymptome ist das Vermeiden von Gesprächen über das Trauma (Morina et al, 2019).

Patienten berichten, dass mit ihnen trotz diverser und teils langjähriger Psychotherapien nie über das Trauma und seine Folgen gesprochen wurde.

> Die Forschung zeigt, dass sich Patienten durch den Einsatz standardisierter Instrumente ernst genommen fühlen.

Diese scheinen hinsichtlich schambehafteter Inhalte entstigmatisierend zu wirken.

Sie erfahren durch die konkreten Fragen, dass die unterschiedlichen Symptome zu einer psychischen Störung gehören, für die es Behandlungskonzepte gibt.

Nicht immer ist es möglich, direkt mit den Klienten mit Beeinträchtigungen diagnostisch zu arbeiten.

Deshalb sind **zum Teil indirekte Methoden notwendig**, besonders bei schwerer beeinträchtigten Klienten, oder Menschen mit nur eingeschränkter oder gar keiner Kommunikationsmöglichkeit.

Diese war vor allem an unserer Tagung vor 2 Jahren Thema.

In Anbetracht der nur knappen Zeit gehe ich heute nur auf direkte Methoden ein:

Zur **groben Abklärung, ob evtl. traumatische Erlebnisse in der Kindheit und Jugend vorliegen**, ist der **KERF** von *Dorothea Thekkumthala (2022)* sehr geeignet.

Allerdings müssen die Fragen einfacher formuliert werden, eine Version in Leichter Sprache (Lebenshilfe Bremen 2013) gibt es aktuell nicht.

Der KERF ist im Netz verfügbar unter <https://doi.org/10.23668/psycharchives.8151>

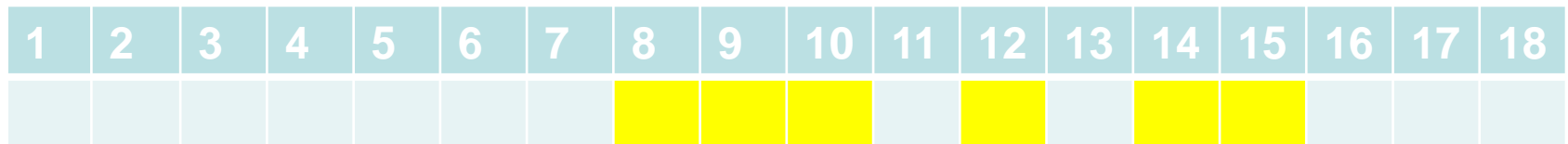
Kurzvorstellung des KERF, (Belastende Kindheitserfahrungen) (Thekkumthala et al., 2022)

In einem ersten Teil wird erfasst, welche Personen in Kindheit und Jugend zur Familie gehört haben und dies wird in Kästchen farblich markiert:

z.B. Vater



Wechselnde Partner der Mutter



Erfasst wird auch, wer bis zum 18. Lj. die Hauptbezugspersonen waren.

Auszug aus dem KERF-40-I

9. **Schlug(en) oder misshandelte(n) sie Sie in anderer Form so stark, dass Sie dadurch**

körperlich verletzt wurden? *Item soll Verletzungen in Form von mehr als ein paar Minuten*

überdauernden Spuren auf dem Körper, bis hin zu Verletzungen, die ärztlicher Versorgung bedurften oder bedurft hätten, umfassen.

Bitte geben Sie jedes für Sie zutreffende Alter an.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Eltern
 Ja Nein

Ja₁ Nein₀

Geschwister

Ja Nein

Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

10. **Berührte(n) oder begrabschte(n) sie Ihren Körper auf eine sexuelle Art und Weise?**

Bitte geben Sie jedes für Sie zutreffende Alter an.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Eltern

Ja Nein

Ja₁ Nein₀

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Geschwister

Ja Nein

Ja₁ Nein₀

Im KERF werden verschiedene Arten erlebter ACEs abgefragt. Der KERF basiert auf den Arbeiten von Vincent Felitti, bzw. Martin Teicher, Harvard.

Die weiteren Fragen, die recht einfach und sehr strukturiert sind, betreffen unterschiedliche Bereiche, z.B.

Selbst erlebte emotionale, körperliche und sexuelle Gewalt durch Eltern und Geschwister

„Schlugen sie Sie mit einem Gegenstand, wie z.B. einem Gürtel, einem Stock, einem Kochlöffel?“

Selbst erlebte sexuelle Gewalt durch nicht im Haushalt lebende Erwachsene

„Brachten sie Sie dazu, deren Körper (den Körper des Erwachsenen) auf eine sexuelle Art und Weise zu berühren?“

Bezeugte Gewalt der Eltern gegenüber Geschwistern

„Haben Sie miterlebt, wie ihren Geschwistern gedroht wurde, sie/ihn zu verletzen?“

Bezeugte körperliche Gewalt zwischen den Eltern

„Haben Sie miterlebt, wie mit im Haushalt lebende Erwachsene ihre Mutter so stark schlugen oder in anderer Form misshandelten, dass sie dadurch körperlich verletzt wurde?“

Selbst erlebte emotionale, körperliche oder sexuelle Gewalt durch Gleichaltrige oder Partner

Körperliche und emotionale Vernachlässigung

Traumadiagnostik bei Menschen mit Beeinträchtigungen

Für die **PTBS** sind der LANTS und der BLESID validiert für Menschen mit kogn. Beeinträchtigung. (Brüseke et al. 2020, Elbing et al, 2022).

> Aber nach unserer Praxiserfahrung werden dabei viele mögliche traumatische Ereignisse nicht erfragt. Leider sind beide Instrumente nicht verfügbar.

> Unsere Empfehlung (falls Kommunikation möglich):

KERF, PTSS-10 LS (Leichte Sprache), auch die **Kurze Screeningskala für posttraumatische Belastungsstörungen LS** (Breslau Skala).

Diagnostik von komplexer PTBS nach ICD 11:

Erste positive Erfahrungen bei Lernbehinderung/ Leichter kogn. Beeinträchtigung und guten Kommunikationsniveau: **ITQ LS** möglich

Offizielle Empfehlungen (auch zur Koordination der Hilfssysteme, Stabilisierung, Therapie, Psychopharmaka etc.) werden gerade in einer internationalen Arbeitsgruppe der DeGPT (Leitung U. Elbing und B. Mayer) erarbeitet.

1. Auflage

Christian Schanze | Tanja Sappok (Hrsg.)

Störungen der Intelligenzentwicklung

Grundlagen der psychiatrischen Versorgung,
Diagnostik und Therapie

Aktualisiert nach ICD-11



Die 3 folgenden Fragebogen werden im Anhang des neuen Lehrbuchs von C. Schanze und T. Sappok (erscheint im Mai 24) verfügbar sein.

PTSS-10 :

Der Fragebogen wurde als kurzes Screeninginstrument zur Erfassung der Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem Konzept des DSM-III entwickelt. Die Originalversion von 1989 (Weisaeth, L.) wurde 1998 von Prof. Andreas Maercker in einer neuen Übersetzung vorgelegt.

2024 wird eine Version des PTSS-10 in Leichter Sprache veröffentlicht (Elbing und Mayer, 2024).

Diese wurde ergänzt mit einer optisch größeren und dadurch leichter fassbaren 7- stufigen Likert-Skala auf einem separaten Blatt sowie mit einer nicht-numerischen Antwortmöglichkeit in Form von Kuchendiagrammen.

Auf beide Antwortmöglichkeiten kann dadurch gut mit dem Finger gezeigt werden.

Eine Validierung für Menschen mit SIE liegt jedoch nicht vor.

In den letzten Tagen mag ich nicht bei anderen Menschen sein.

Ich bin in den letzten Tagen lieber alleine.
Alleine geht es mir gerade besser.

In den letzten Tagen rege ich mich schnell auf.

Das heisst ich werde schnell sauer.
Oder ich ärgere mich gleich sehr.

In den letzten Tagen schwankt meine Stimmung stark.

Das heisst es geht sehr rauf und runter, wie es mir geht.
Auch wenn es mir gut geht, ändert sich das manchmal schnell.
Dass ich traurig bin. Oder wütend. Oder ich Angst habe.

Auszug aus dem PTSS-10 LS

Ebenfalls in Leichter Sprache liegt demnächst die

Kurze Screening-Skala für posttraumatische Belastungsstörungen

vor (engl. Breslau et al., 1999; dt. Version: Siegrist & Maercker, 2010; Version in Leichter Sprache: Elbing und Mayer, 2024)

Auch diese Skala ist bei Menschen mit leichter bis mittelgradiger SIE anwendbar, sofern das Sprachniveau dies ermöglicht.

Die Antwortmöglichkeiten reichen in 4 Stufen von «das hatte ich nie» bis zu «das hatte ich fast immer» oder «das hatte ich 5-mal die Woche».

Ein Symptom wird dann als vorhanden gewertet, wenn mindestens die Antwortstufe «das hatte ich die Hälfte der Zeit» oder «das hatte ich zwischen 2 und 4 mal die Woche» zutrifft.

Die Anzahl vorhandener Symptome ergibt den Gesamtwert, der zwischen 0 und 7 liegt.

Für eine PTBS-Diagnose müssen 4 oder mehr Symptome mindestens zwischen 2 und 4- mal die Woche auftreten.

Die nächsten Fragen meinen immer ob das im letzten Monat so war:

Auszug aus der:
Kurze Screening-Skala
für posttraumatische
Belastungsstörungen-LS

	Gar nicht	1 mal pro Woche manchmal	2.bis.4.mal pro Woche: Die Hälfte der Zeit	Fast immer 5 mal die Woche
3: Wollten Sie nicht mehr an Orte gehen, bei denen Sie an das denken müssen, was da passiert ist? Oder wollten Sie nichts mehr mit Menschen zu tun haben, die Sie daran erinnern? Oder nicht mehr Dinge tun, bei denen Sie an das denken müssen, was Sie erlebt haben?				

Mit dem ICD11 wurde neu der ITQ vorgestellt.

Der **ITQ (Internationale Trauma Questionnaire)** (Cloitre et al., 2018) wurde für die

Diagnostik der PTBS, wie auch der komplexen PTBS entwickelt.

Die ersten 7 Fragen erfassen die Symptome einer PTBS, weitere 3 Items betreffen Funktionsbeeinträchtigungen durch die PTBS.

Weitere 16 Items erfassen die spezifischen Symptome einer komplexen PTBS.

Dieses Instrument, das eigentlich als Fragebogen zur Selbstauskunft entwickelt wurde, kann nach ersten Praxiserfahrungen bei Menschen mit leichter SIE als klinisches Interview eingesetzt werden.

Die Befragung der Betroffenen setzt eine Begleitung durch den Therapeuten, ein gutes Sprachverständnis und eine gute Sprachproduktion voraus, ebenso wie vorhandene Eigenwahrnehmung. Erste positive Praxiserfahrungen mit diesem Instrument liegen für Personen mit leichter SIE (Störung der intellektuellen Entwicklung- neue Begrifflichkeit im ICD11) liegen vor.

Auch der ITQ liegt demnächst in Leichter Sprache vor (Elbing und Mayer, 2024)

Auszug aus den ersten Fragen betreffend PTBS Symptomatik:

		Gar nicht	Ein wenig	Mittel / manchmal	oft	Sehr oft
P3.	<p>Wenn ich es schaffe dann tue ich etwas, damit ich nicht daran denken muss.</p> <p>Oder dass ich mich nicht so fühlen muss, wie damals, weil ich daran denke.</p> <p>Oder weil sich mein Körper sonst so anfühlt, wie damals.</p>	0	1	2	3	4
P4.	<p>Nichts um mich herum darf mich an das erinnern, was passiert ist.</p> <p>Ich gehe nicht an die Orte, die mich daran erinnern.</p> <p>Oder ich mag nicht mit Menschen zu tun haben, die mich daran erinnern.</p> <p>Oder ich tue nicht gerne, was ich davor getan habe.</p> <p>Oder ich habe nicht gerne mit Dingen zu tun, die mich daran erinnern.</p>	0	1	2	3	4

Auszug aus dem 2. Teil KPTBS - Symptomatik betreffend:

Manchen Menschen geht es schlecht, wenn sie irgendwann schlimme Dinge erlebt haben.

Das können belastende oder traumatische Erlebnisse sein.

Menschen, die schlimmes erlebt haben, können dadurch viele Probleme haben.

Gemeint ist jetzt, wie es für Sie ist, wenn Sie sagen: **So bin ich halt**. Wie Sie sich **dann** fühlen.

Oder wie Sie **dann** über sich selbst denken, wenn Sie sich sagen: **So bin ich halt**.

Oder **wie Sie halt so sind**, wenn Sie mit anderen Menschen zu tun haben.

Bitte antworten Sie so, wie die Antwort am besten passt.

Wie sehr trifft das auf Sie zu?		Gar nicht	Ein wenig	Mittel / manchmal	oft	Sehr oft
C1.	Wenn ich mich aufrege, dann brauche ich lange, bis ich mich wieder beruhige.	0	1	2	3	4
C2.	Ich fühle fast nichts mehr. Keine Freude, keinen Schmerz. Ich bin innen drin wie taub.	0	1	2	3	4
C3.	Ich bin ein Versager. Als würde ich gar nichts mehr schaffen.	0	1	2	3	4

Ich möchte mich für Ihre Aufmerksamkeit herzlich bedanken und wünsche eine weiterhin spannende Veranstaltung!



Literatur:

- Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C. & Schultz, L. R. (1999). Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry* 156, 908 – 91
- Brown, D.W., Anda, R.F., Tiemeier, H., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Croft, J.B., Giles, W.H. (2009). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 37. Nov. 2009, 389-396.
- Brüseke, J., Rittmannsberger, D. & Lueger-Schuster, B. (2020). Diagnostik von Traumafolgestörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. *Trauma & Gewalt*, 14 (3), 205–215.
<https://doi.org/10.21706/tg-14-3-205>
- Buss, C., Pruessner, J. et al. (2012), Larger amygdala volumes after childhood trauma associated with depression and cortisol response to psychosocial stress in adulthood. *European Journal of Psychotraumatology Supplement 1*, 2012, 3: 19556 - <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.19556>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTBS and complex PTBS. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018-12 | Journal article. DOI: 10.1111/acps.12956
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), 169. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber.
- Elbing, U., Mayer, B., Bünger, K., Sievertz, E. & Schäfer, I. (2022) Diagnostik und Therapie - Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Ein systematisches Review. *Trauma und Gewalt*, Heft 3.
- Elbing, U. & Mayer, B. (2024). In Vorbereitung: Spezifisch Stress assoziierte Störungen. In: Schanze, C. und Sappok, T. (Hrsg). *Störungen der Intelligenzentwicklung*, 3. Aufl.: Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie

- Gysi, J. (2014). Präsentation „Erkennung und Behandlung von Schmerzen als Symptom einer dissoziativen Störung“. SwissFamilyDocs Conference2014. Homepage Jan Gysi: www.jangysi.ch
- Heim, Pruessner, Mayberg (2012). Präsentation an der Fachtagung der DeGPT, März 2013 in Freiburg.
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). “Diagnostic overshadowing”: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169–171.
<http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x>
- Lebenshilfe Bremen (2013). Leichte Sprache. Die Bilder.
- Maercker, A. (1998). Posttraumatische Stress Skala-10 (PTSS-10) - deutsche Version modifiziert von Schüffel und Schade (unveröffentlicht). Manuskript, Technische Universität Dresden.
- Morina, N., Müller, J., Freyberger H.J. & Glaesmer, H. (2019). Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung und weiterer Traumafolgestörungen. In: Handbuch der Psychotraumatologie (Hrsg.), Seidler, G.H., Freyberger, H.J., Glaesmer, H. & Gahleitner, S.B., Klett-Cotta
- Schmid, M., 2008. Trauma und Gewalt, 4/2008. 288-309.
- Siegrist, P. & Maercker, A. (2010): Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. Aktueller Stand der Validierung. Trauma und Gewalt, 4. Jahrgang, Heft 3/2010.
- Teicher, M. (2015). Präsentation an der DeGPT Fachtagung in Innsbruck, 02/2015.
- Thekkumthala, D., Schauer, M., Ruf-Leuschner, M., Elbert, T., Seitz, K. I., Gerhardt, S., von Schroeder, C., & Schalinski, I. (2022). KERF-40-I. Belastende Kindheitserfahrungen (inklusive Zeitleisten) [Verfahrensdokumentation, Instrument, Auswertungsanleitung, Item-Skalenzugehörigkeit, Auswertungsbeispiel, Syntax und Datenbank]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.8151>

- Van der Hart, O., Steele, K. Nijenhuis, E. (2008). Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung
- Vythilingam, M. et al (2002). American Journal of Clinical Psychiatry, 2002 Dec;159(12):2072-80. Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression
- Weisaeth, L. (1989). Torture of a Norwegian ship's crew. The torture, stress reactions and psychiatric after-effects. Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl. 355, 63-72.