Titel:

Traumafolgestörungen bei Pflegekindern nach Misshandlung und Vernachlässigung

Posttraumatic stress symptoms in foster children following maltreatment and neglect

Kurztitel:

PTBS bei Pflegekindern

PTSD in foster children

Autoren:

Sylvia H. Oswald, Jörg M. Fegert, Lutz Goldbeck

Manuskript

eingereicht bei der Zeitschrift „Verhaltenstherapie“ für das Sonderheft

„Misshandlung“

Zusammenfassung:

Hintergrund: Pflegekinder haben in ihrer Vorgeschichte häufig traumatisierende Situationen erlebt, die eine Fremdunterbringung erforderlich machten. Dennoch gibt es bislang kaum Forschungsvorhaben, die Traumafolgestörungen in dieser Risikopopulation untersucht haben.

Patienten und Methoden: 20 sieben bis 16-jährige Pflegekinder (10 Jungen und 10 Mädchen) aus der Inanspruchnahmepopulation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde wurden hinsichtlich ihrer traumatischen Belastung mit einer hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbaren klinischen Kontrollgruppe von 20 Patienten, die bei mindestens einem biologischen Elternteil leben, verglichen. Die Diagnostik erfolgte anhand des UCLA PTSD Reaction Index für DSM-IV und des semistrukturierten Diagnostikinterviews K-SADS Present und Lifetime Version.

Ergebnisse: Während bei den Pflegekindern häufig multiple und chronische Traumata durch Misshandlung und/oder Vernachlässigung vorliegen (n=19), weisen die Kontrollgruppenkinder häufiger einmalige, umschriebene Traumata auf (n=9). Die Ergebnisse zeigen eine signifikant höhere Prävalenz posttraumatischer Stresssymptome bei Pflegekindern.

Schlussfolgerungen: Pflegekinder entwickeln vor dem Hintergrund ihrer Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorgeschichte gehäuft Traumafolgestörungen. Werden Pflegekinder wegen psychischer Auffälligkeiten zur Diagnostik vorgestellt, sollte daher eine gezielte Traumadiagnostik und bei Bedarf eine traumafokussierte Psychotherapie erfolgen.

Schlüsselwörter: Pflegekinder, posttraumatische Belastungsstörung, Traumadiagnostik.

Abstract

Title: Posttraumatic stress symptoms in foster children following maltreatment and neglect

Background: Foster children often experienced threatening situations in their biological families that made it necessary to place them in family foster care. Nevertheless there is little research about posttraumatic stress symptoms in this risk population.

Patients and methods: 20 seven to 16 year old foster children (10 boys and 10 girls) out of the population of an outpatient psychiatric clinic were compared regarding traumatic experiences and posttraumatic stress symptoms with 20 matched patients living with at least one biological parent. The assessment was realized with the UCLA PTSD

Reaction Index for DSM-IV and the Schedule for Affective Disorders and

Schizophrenia for School-Age Children, Present und Lifetime Version, K-SADS-PL.

Results: While foster children experienced more often chronic and multiple traumata as maltreatment and/or neglect (n=19), control children report more often single and circumscribed traumata (n=9). Compared to control children, foster children showed a significantly higher prevalence for posttraumatic stress symptoms.

Conclusions: Due to their history of maltreatment and neglect, foster children develop more often posttraumatic stress disorders. Psychiatric diagnostic of foster children should include the assessment of their trauma history and of posttraumatic stress symptoms. When indicated trauma-focused psychotherapy should be offered.

Key words: foster children, posttraumatic stress disorder, trauma assessment.

Einleitung

Pflegekinder stellen aufgrund ihrer belastenden Vorgeschichte eine Risikopopulation für die Entwicklung von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten dar. Sie haben in ihren Herkunftsfamilien häufig massiv angstbesetzte Erfahrungen wie Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch oder häusliche Gewalt erlebt, die eine Fremdunterbringung erforderlich machten. In vielen Fällen kommt es erst nach Scheitern ambulanter Hilfen in der Erziehung zur Fremdunterbringung des Kindes, so dass diese Kinder eine lange Vorphase traumatischer intrafamiliärer Erlebnisse durchleiden. Im Jahre 2006 hatten 78% der in Deutschland in Vollzeitpflege untergebrachten Kinder zuvor eine ambulante erzieherische Hilfe erhalten [Statistisches Bundesamt Deutschland, 2007]. Ende 2007 lebten in Deutschland 49673 Kinder in Vollzeitpflege [Statistisches Bundesamt Deutschland, 2009]. Eine in England durchgeführte Erhebung am 31. März 2008 zeigte, dass in einer Population von 59500 Pflegekindern 36700 Kinder (61.7%) aufgrund von Misshandlung oder Vernachlässigung fremduntergebracht worden waren. Familiengerichtliche Entscheidungen zur Fremdunterbringung (im Jahre 2006 in 22% der Fälle) weisen auf eine Gefährdung des Wohls der Kinder in ihrem ursprünglichen Wohnumfeld hin [Statistisches Bundesamt Deutschland, 2007]. In den USA ist Substanzabusus der Eltern einer der häufigsten Gründe für eine Fremdunterbringung der Kinder [Chernoff et al., 1994]. Im Jahre 2004 hatten sieben von zehn misshandelten oder vernachlässigten Kindern substanzabhängige Eltern [National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, 2004].

Epidemiologische Studien zeigen bei Pflegekindern hohe Prävalenzraten für psychische Störungen auf. In den USA wurde bei einer Stichprobe von 373 17-jährigen Pflegekindern anhand des Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV eine Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen von 61% erfasst [McMillen et al., 2005].

32% der Jugendlichen wiesen über die Lebensspanne mehrere psychische Störungen auf. Im Jahr vor der Erhebung litten 27% der Jugendlichen an Major Depression, 6% an Manie, 14% an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), 47% an einer Störung des Sozialverhaltens und 20% an einem Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Bei sechs- bis zwölfjährigen US-amerikanischen Pflegekindern stellte ein Bezirksarzt auf Basis von Interviews mit dem Kind, den Pflegeeltern und Lehrern in 80% der Fälle (n=203) mindestens eine psychische Störung fest [Zima et al., 2000]. 41% der Kinder zeigten disruptive Verhaltensstörungen, 32% affektive Störungen, 20% Angststörungen, 13% Anpassungsstörungen und 12% Lernstörungen. In der Schweiz ergab eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe von Kindern und Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung eine Punktprävalenz für psychische Störungen von 22.5% [Steinhausen et al., 1998]. Von diesen Kindern und Jugendlichen wiesen 12.5% komorbide psychische Störungen auf. Aufgrund der häufigen traumatisierenden Vorerfahrungen von Pflegekindern liegt die Annahme nahe, dass Pflegekinder ein höheres Risiko für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung haben. Die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung kennzeichnet sich durch die Symptomcluster Wiedererleben (z.B. wiederkehrende Gedanken an das traumatische Ereignis), Vermeidung und Affektverflachung (z.B. Vermeidung von Orten oder Dingen, die an das Trauma erinnern, Gefühl der Entfremdung von anderen, eingeschränkte Bandbreite des Affekts) und Übererregbarkeit (z.B. Reizbarkeit, Schlafstörungen, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit etc.). Nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen der WHO ICD-10 sollten ein Wiedererlebens-, ein Vermeidungs- und zwei Übererregbarkeitssymptome vorhanden sein um die Kriterien einer PTBS zu erfüllen [Remschmidt et al., 2002]. Das Diagnostic and Statistical Manual der American Psychiatric Association DSM-IV [Saß et al., 2009] erfordert ein Wiedererlebens-, drei

Vermeidungs- sowie zwei Hypervigilanzsymptome und setzt somit eine höhere Schwelle für die Diagnose einer PTBS. Jedoch haben Carrion et al. [2002] gezeigt, dass traumatisierte Kinder mit einer Teilsymptomatik ebenfalls eine klinisch bedeutsame funktionale psychosoziale Beeinträchtigung aufweisen können. In Deutschland wurde in der Bremer Jugendstudie festgestellt, dass 1.6% der untersuchten 1035 zwölf bis siebzehnjährigen Schüler aus der Allgemeinbevölkerung im Laufe ihres Lebens eine PTBS entwickelte [Essau et al., 1999].

Obwohl viele Pflegekinder in ihrer Vorgeschichte traumatische Erlebnisse hatten, fanden wir bei einer systematischen Literaturrecherche lediglich eine Studie, die sich speziell mit PTBS bei Pflegekindern befasste [Oswald et al., im Druck]. Dubner und Motta [1999] untersuchten in den USA die Häufigkeit von PTBS bei drei Gruppen von Pflegekindern anhand eines Screeningverfahrens und eines semi-strukturierten klinischen Interviews: Pflegekinder, die sexuellen Missbrauch erlebt hatten, Pflegekinder, die körperliche Misshandlung erfahren hatten und Pflegekinder, die weder sexuellen Missbrauch noch körperliche Misshandlung erlebt hatten. In der ersten Gruppe erfüllten 64% der Kinder eine PTBS, in der zweiten Gruppe 42% und in der dritten Gruppe 18%. Die hohe Prävalenz in der dritten Gruppe lässt vermuten, dass diese Pflegekinder anderen traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt waren wie z.B. Vernachlässigung oder häusliche Gewalt.

Traumafolgestörungen werden in der klinischen Diagnostik häufig übersehen, wenn die Vorstellung mit unspezifischen Symptomen erfolgt und über die Vorgeschichte von betroffenen Kindern spontan wenig berichtet wird. Mit Hinblick auf das hohe Risiko von Pflegekindern zur Entwicklung einer PTBS ist das Ziel der hier vorgestellten Studie die Untersuchung der Prävalenz von posttraumatischen Stresssymptomen bei Pflegekindern in einer klinischen Inanspruchnahmepopulation. Es wird angenommen, dass Pflegekinder häufiger potentiell traumatisierende Ereignisse erlebt haben und

häufiger posttraumatische Stresssymptome aufweisen als Kinder, die bei mindestens einem biologischen Elternteil leben.

Methoden

Stichprobe

Eine konsekutive Stichprobe von Pflegekindern, die zwischen Januar 2008 und April 2009 in der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz des Universitätsklinikums Ulm vorgestellt wurden, wurde mit einer klinischen Kontrollgruppe von Kindern, die bei mindestens einem biologischen Elternteil leben und in derselben Institutsambulanz vorgestellt wurden, verglichen. Die Kontrollpatienten wurden rekrutiert, indem für jedes Pflegekind aus der Untersuchungsgruppe nach dem matched-pair-Verfahren anschließend ein nach Alter (± 6 Monate) und Geschlecht gleiches Kind aus den Anmeldeunterlagen der Institutsambulanz identifiziert wurde. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der klinischen Eingangsdiagnostik. In die Studie eingeschlossen wurden Patienten im Alter von sechs bis 18 Jahren, deren Sorgeberechtigte sich nach Aufklärung über Ziel und Vorgehensweise der Studie mit der Teilnahme einverstanden erklären. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Ulm befürwortet.

Aus einer Stichprobe von 33 Pflegekindern, die im Untersuchungszeitraum in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm behandelt wurden, konnten 20 Pflegekinder für die Studie rekrutiert werden (10 Jungen, 10 Mädchen; Alter: 7-16 Jahre, MW=10.4 Jahre, SD=3.0). Fünf Sorgeberechtigte erklärten sich nicht mit der Studienteilnahme einverstanden und acht waren nicht erreichbar.

Dementsprechend wurden durch eine Zufallsauswahl für die Kontrollgruppe 20 Patienten, die bei mindestens einem biologischen Elternteil leben, rekrutiert (10 Jungen, 10 Mädchen; Alter: 7-16 Jahre, MW=10,5 Jahre, SD=2,9). Von den befragten Eltern

erklärten sich 70% mit der Studienteilnahme einverstanden. Lag für einen Patienten kein Einverständnis vor, wurde der nächste in Alter und Geschlecht übereinstimmende Patient für die Studienteilnahme ausgewählt. Sieben Pflegekinder und ein Patient der Kontrollgruppe füllten den Fragebogen UCLA PTSD Reaction Index für DSM-IV nicht aus. Gründe hierfür waren ein Unterschreiten der Altersgrenze, Intelligenzminderung oder ein so junges Alter bei Traumaexposition, dass die Kinder sich nicht an ihre Vorgeschichte erinnern konnten. Mit diesen Kindern wurde das PTBS-Modul des Diagnostikinterviews K-SADS-PL durchgeführt, wenn die Elternbewertung auffällig war.

Instrumente

Zur Erfassung traumatisierender Ereignisse in der Vorgeschichte wurde eine deutsche Übersetzung des Trauma/Loss Exposure Profile des National Child Traumatic Stress Network verwendet [Oswald und Goldbeck, 2008]. Es besteht aus einer differenzierten Liste umschriebener und chronischer Traumatypen, spezifiziert Traumata hinsichtlich verschiedener Kriterien, wie z.B. ob das Kind Zeuge oder Opfer eines traumatisierenden Ereignisses geworden ist, und ermöglicht die Darstellung der Dauer der Exposition anhand eines Zeitstrahls.

Bei Vorliegen eines traumatischen Erlebnisses in der Vergangenheit erfolgte eine orientierende Untersuchung hinsichtlich Symptomen einer PTBS anhand des UCLA PTSD Reaction Index für DSM-IV [Steinberg et al., 2004]. Dieser Fragebogen erhebt die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäß den Kriterien des DSM-IV und liegt in Parellelversionen für Kinder, Jugendliche und Eltern vor. Die amerikanische Originalversion des Fragebogens weist eine hohe konvergente Validität ($r=0.70$) mit dem PTBS-Modul des Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Epidemiological Version (K-SADS-E) [Orvaschel, 1985],

eine hohe interne Konsistenz (*Cronbach's* $\alpha = .90$) und eine hohe Test-Retest-Reliabilität ($r_{tt}=0.84$) auf. Der Fragebogen wurde in einer deutschen Übersetzung eingesetzt [Arbeitsgruppe Psychotraumatologie Universitätsklinikum Ulm, 2008]. Zur deutschen Übersetzung liegen noch keine Gütekriterien vor. Der Fragebogen wird mit Kindern ab einem Entwicklungsalter von sieben Jahren gemeinsam mit dem Untersuchungsleiter ausgefüllt und von Kindern und Jugendlichen ab 13 Jahren und von den Bezugspersonen selbständig ausgefüllt. Die Bezugspersonen wurden darum gebeten den Fragebogen auch dann vollständig auszufüllen, wenn kein traumatisierendes Ereignis in der Vorgeschichte vorlag, um einen Vergleich der Verhaltensweisen der Kinder beider Stichproben zu ermöglichen.

Bei Hinweisen auf eine mindestens subklinische Symptomatik (jeweils ein Symptom von Wiedererleben, Vermeidung/Abstumpfung und Übererregbarkeit mit einer Ausprägung von „selten“) wurde mit dem betreffenden Kind (ab sieben Jahren) und den Bezugspersonen getrennt das Modul zur PTBS des semistrukturierten Diagnostikinterviews Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present und Lifetime Version (K-SADS-PL) [Delmo et al., 1998] durchgeführt. Die Interviews wurden von trainierten Psychologiestudenten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Ausbildung durchgeführt. Die Interrater-Reliabilität der amerikanischen Version beträgt 93 – 100% (Kaufmann et al., 1997). Die Untersuchung auf andere psychische Störungen erfolgte im Rahmen des klinischen Untersuchungsstandards der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz. Diese umfasste kinder- und jugendpsychiatrische Anamnese- und Befunderhebung nach dem Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV [Döpfner et al., 2008] und dem multiaxialen Diagnostikschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 [Remschmidt et al., 2002]. Da zur Diagnose der PTBS die Kriterien des DSM-IV verwendet wurden, wurden die weiteren psychischen

Störungen zur Einhaltung eines einheitlichen Klassifikationsstandards in die DSM-IV Nomenklatur überführt.

Datenanalyse

Die statistische Analyse erfolgte mit dem Software-Programmpaket SPSS 16.0.

Mittelwertsvergleiche erfolgten mit *t*-Tests für unabhängige Stichproben und

Häufigkeitsvergleiche mit χ^2 -Tests.

Ergebnisse

Traumanamnese

Alle 20 Pflegekinder hatten traumatisierende Erlebnisse, während bei 45% der Patienten, die bei mindestens einem Elternteil leben (Kontrollgruppe), ein traumatisierendes Ereignis vorlag. Von den 20 Pflegekindern wies ein Pflegekind ein umschriebenes einmaliges Trauma auf, während 19 Pflegekinder multiple und chronische Traumata erlebt hatten. Hingegen lagen bei den Kontrollkindern ausschließlich umschriebene, einmalige Traumata vor (siehe Tab. 1). Während Pflegekinder signifikant häufiger Vernachlässigung und körperlicher Misshandlung ausgesetzt waren, berichteten die Kontrollpatienten signifikant häufiger lebensgefährlich körperlich erkrankt gewesen zu sein.

- Tabelle 1 hier einfügen -

Posttraumatische Belastungssymptome

In der Elternbeschreibung anhand des UCLA PTSD Reaction Index für DSM-IV wurden bei den Pflegekindern (n=18) signifikant mehr Symptome des Wiedererlebens (Cluster B; $t=2,22$, $p=0,037$) und der Übererregbarkeit (Cluster D; $t=2,19$, $p=.039$)

beschrieben als in der Kontrollgruppe (n=20). Auf Itemebene liegt bei den Pflegekindern im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikant höhere Symptomausprägung bei den folgenden Items vor: D4: „Mein Kind achtet auf Gefahren oder auf Dinge, vor denen es Angst hat“ ($t=3,17, p=.004$), B4: „Mein Kind wird sehr aufgeregt, ängstlich oder traurig, wenn etwas sie/ihn daran erinnert, was passiert ist“ ($t=2,58, p=.17$) und B2: „Mein Kind hat schlechte Träume vom Ereignis oder von anderen Sachen“ ($t=2,31, p=.033$). Insgesamt wurden nach den o.g. Auswertungskriterien von den Pflegeeltern fünf Pflegekinder unauffällig beschrieben, während bei neun Pflegekindern eine klinische Teilsymptomatik (eine Teilsymptomatik ist gegeben, wenn die Kriterien von zwei Clustern erfüllt sind) und bei vier Kindern eine klinische Vollsintomatik der PTBS beschrieben wurde. In der Kontrollgruppe wurden 14 Kinder unauffällig beschrieben, während bei fünf Kindern eine Teilsymptomatik und bei einem Kind eine Vollsintomatik angegeben wurde.

- Abbildungen 1 und 2 hier einfügen -

In der Selbstbeschreibung der Kinder und Jugendlichen anhand des UCLA-PTSD-Reaction Index wurde bei den Pflegekindern auf Itemebene eine signifikant höhere Ausprägung beim Item C3 gefunden: „Ich kann mich nur schwer an wichtige Teile von dem erinnern, was passiert ist“ ($t=2,48, p=.027$). Auf Ebene der Symptomcluster wurden hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen Pflegekindern (n=13) und Kontrollgruppe (n=19) gefunden. Vier Pflegekinder beschrieben sich unauffällig, drei Pflegekinder gaben eine Teilsymptomatik und sechs Pflegekinder eine Vollsintomatik an. In der Kontrollgruppe beschrieben sich 14 Kinder unauffällig, vier Kinder gaben eine Teilsymptomatik und ein Kind eine Vollsintomatik an.

- Abbildungen 3 und 4 hier einfügen -

Diagnosen

Mit den Kindern, die in den Fragebögen Hinweise auf eine mindestens subklinisch ausgeprägte posttraumatische Belastungssymptomatik zeigten, wurde das semistrukturierte Interview K-SADS-PL durchgeführt. Bei drei Pflegekindern wurde mit dieser Untersuchungsmethode eine posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-IV diagnostiziert. Hingegen wurde in der Kontrollgruppe keine PTBS diagnostiziert. Aufgrund der kleinen Zellenbesetzung wurde auf einen statistischen Häufigkeitsvergleich verzichtet.

Die übrige klinische Diagnostik ergab bei fünf Pflegekindern drei psychische Störungen (25%), bei vier Pflegekindern zwei psychische Störungen (20%), bei 10 Pflegekindern eine psychische Störung (50%) und bei einem Pflegekind keine psychische Störung (5%). Die drei häufigsten Diagnosen waren bei den Pflegekindern Bindungsstörungen (30%), Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (25%) und eine nicht näher bezeichnete Störung im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz (25%). In der Kontrollgruppe wiesen zwei Kinder drei psychische Störungen (10%), fünf Kinder zwei psychische Störungen (25%), 10 Kinder eine psychische Störung (50%) und drei Kinder keine psychische Störung auf (15%). In der Kontrollgruppe waren die drei häufigsten Diagnosen Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (40%), Störungen des Sozialverhaltens (20%) und Depressionen (15%).

Diskussion

Pflegekinder aus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation haben wie erwartet häufiger traumatisierende Ereignisse erlebt und weisen häufiger posttraumatische Belastungssymptome auf als Patienten, die bei mindestens einem

biologischen Elternteil leben. Die Anzahl der Pflegekinder, die in Folge chronischer und multipler Traumata das Vollbild einer PTBS nach Kriterien des DSM IV entwickelt, ist im Verhältnis zur Rate der Traumaexposition gering (drei von 20 Pflegekindern; 15%). Die Diskrepanz zwischen der hohen Traumaexpositionsrate und der verhältnismäßig geringen PTBS-Prävalenz hängt unter anderem mit der hohen Diagnoseschwelle des DSM-IV zusammen. Die vollständigen PTBS-Kriterien nach DSM-IV werden von traumatisierten Kindern trotz klinisch relevanter posttraumatischer Belastungssymptome und bedeutender funktionaler Beeinträchtigung häufig nicht erreicht. Dies kann mit dem Umstand zusammen hängen, dass die Diagnosekriterien des DSM-IV und die verfügbaren standardisierten Untersuchungsinstrumente – so auch in unserer Studie - eine sprachliche Beschreibung des Erlebnisses und der darauf bezogenen Gedanken und Gefühle voraussetzen und dabei nicht berücksichtigen, dass jüngere Kinder erlebte Traumata aufgrund der entwicklungsgemäß eingeschränkten kognitiven und sprachlichen Verarbeitungsfähigkeit nicht hinreichend auf der sprachlichen Ebene ausdrücken können [Scheeringa et al., 1995]. Demnach lässt die Abwesenheit eines Vollbildes der posttraumatischen Belastungsstörung nicht den Schluss zu, dass keine Traumafolgestörungen vorhanden sind. Diese Sichtweise ist auch konsistent mit dem Befund von Carrion et al. [2002], dass Kinder mit einer subklinischen posttraumatischen Belastungssymptomatik gleichermaßen funktional beeinträchtigt sein können wie Kinder mit dem Vollbild einer PTBS. In der klinischen Praxis sollte daher auch bei Vorliegen einer subklinischen posttraumatischen Symptomatik auf einen möglichen Therapiebedarf geachtet werden. Unsere an einer kleinen klinischen Stichprobe gewonnenen Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass die Prävalenz der PTBS bei im klinischen Kontext untersuchten Pflegekindern deutlich höher ist als in der übrigen Inanspruchnahmepopulation der Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere wenn man Vergleiche auf der

Symptomebene anstellt. Auch verglichen mit bisherigen Studien an Kindern und Jugendlichen ist die Häufigkeit von posttraumatischen Stresssymptomen bei den von uns untersuchten Pflegekindern höher. So wurde zum Beispiel, wie zuvor erwähnt, in der Bremer Jugendstudie bei 12-17-jährigen Jugendlichen eine Lebenszeitprävalenz für eine PTBS von 1.6% festgestellt [Essau et al., 1999]. Eine in den USA durchgeführte Studie, die die Prävalenz der PTBS in verschiedenen Institutionen untersuchte, fand eine PTBS-Prävalenz von 3 % bei 6-17-jährigen Kindern und Jugendlichen einer psychiatrischen Einrichtung und eine PTBS-Prävalenz von 3.5% bei 12-17-jährigen Kindern und Jugendlichen, die Drogenberatungsstellen in Anspruch nehmen [Garland et al., 2001].

Beim Vergleich der Elternbeschreibungen der Pflegekinder- und Kontrollgruppe auf Symptomebene wurde bei den Pflegekindern eine signifikant höhere Ausprägung der Symptombereiche Wiedererleben und Übererregbarkeit gefunden. Hinsichtlich ihrer Vermeidungssymptomatik unterschieden sich beide Gruppen nicht signifikant; dies könnte mit dem Umstand zusammenhängen, dass Vermeidungssymptome für den externen Beobachter schwieriger zu erkennen sind. Aus diesem Grunde, wie auch wegen der mangelnden Introspektionsfähigkeit von Kindern zur Wahrnehmung und Beschreibung von Vermeidungssymptomen, wird die Validität der Vermeidungssymptome für posttraumatische Störungen im Kindesalter in Frage gestellt [Bryant et al., 2004; Scheeringa et al., 2006].

Die Selbstbeschreibungen der Kinder beider Gruppen unterscheiden sich lediglich hinsichtlich eines Vermeidungssymptoms, nämlich der Schwierigkeit sich an wichtige Teile des Ereignisses zu erinnern. Möglicherweise hängt dies mit dem Umstand zusammen, dass Pflegekinder im Vergleich zu den Kontrollpatienten meist bereits im frühen Kindesalter traumatisiert wurden und sich aufgrund dessen nicht mehr genau an die Ereignisse erinnern können.

Die Diagnostik von Traumafolgestörungen wird häufig dadurch erschwert, dass Pflegekinder wegen unspezifischen Symptomen (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten, Wutausbrüchen, aggressives Verhalten, motorische Unruhe etc.) zur Diagnostik und Behandlung vorgestellt werden und die Bezugspersonen und Kinder nicht spontan von traumatisierenden Vorerfahrungen berichten. Weiterhin können die Symptomüberschneidung mit anderen psychischen Störungen und die fehlende Spezifität mancher Symptome bei fehlender Berücksichtigung der Traumaanamnese irreführend sein und zur Fehldiagnose führen, wie z.B. der Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung. Ebenso weisen Pflegekinder zahlreiche andere Risikofaktoren auf, die zu unspezifischen Symptomen beitragen können, wie eine genetischen Prädisposition, pränatale (z.B. Alkohol- oder Substanzabusus während der Schwangerschaft), perinatale (z.B. Frühgeburt) oder postpartale Risikofaktoren (z.B. mangelnde Versorgung, dysfunktionale Familienbeziehungen).

Bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Studie ist die kleine Stichprobe als limitierender methodischer Faktor zu berücksichtigen. Studien an größeren klinischen Stichproben sind wünschenswert, um die sich in unserer Studie andeutenden Befunde zu überprüfen. Eine weitere Limitation stellt ein möglicher Selektionseffekt der Stichprobe durch die Untersuchung der Inanspruchnahmepopulation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz dar. In einer Feldstichprobe von Pflegekindern könnte die Symptomatik möglicherweise geringer sein. Gleichwohl ist die klinische Validität unserer Ergebnisse hervorzuheben, denn Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden in der Regel mit psychisch auffälligen Pflegekindern konfrontiert. Die geringe Rekrutierungsrate von 60% bei den Pflegekindern und 70% bei den Kontrollkindern lässt einen weiteren Selektionseffekt nicht ausschließen. Unter anderem können Gründe wie Angst vor Anschuldigung oder

eigene Schuldgefühle mit der Ablehnung der Studienteilnahme verbunden gewesen sein. Bei den Sorgeberechtigten, die im Rahmen der Behandlung nicht kontaktierbar waren, können Gründe wie eigene psychische Belastung oder instabile Lebensführung eine Rolle gespielt haben. Ein weiterer limitierender Faktor dieser Studie ist, dass sieben Pflegekinder und ein Kontrollkind den UCLA-PTSD-Reaktion Index aus bereits genannten Gründen nicht ausfüllten. Da einige posttraumatische Belastungssymptome, wie z.B. wiederkehrende Erinnerungen oder die Vermeidung an das traumatisierende Ereignis zu denken, nicht extern zu beobachten sind, können Symptome einer PTBS im Fremdunterteil übersehen worden sein und zu einer Unterschätzung der Belastung beigetragen haben. Im übrigen erfolgte die Erhebung komorbider psychischer Störungen nicht anhand eines standardisierten und strukturierten Interviews nach DSM-IV, so dass die Objektivität dieser Befunde und die Vergleichbarkeit dieser Ergebnisse mit Befunden anderer Studien eingeschränkt sind.

Vor dem Hintergrund der auch in unserer Pflegekinderstichprobe gefundenen komplexen Symptomatik und dem relativ hohen Anteil von Mehrfachdiagnosen sollte in zukünftigen Forschungsvorhaben der Versuch unternommen werden, komplexe Traumafolgestörungen zu operationalisieren, die nach den heute gültigen Klassifikationsschemata noch nicht angemessen erfasst werden können. Viele Pflegekinder zeigen eine komplexe Psychopathologie und Entwicklungsdefizite, die verglichen mit Kindern und Jugendlichen mit klassischer posttraumatischer Störung auch einer umfassenderen Therapie bedürfen. Bislang wird diese komplexe Symptomatik als Komorbidität beschrieben. Ein Vorschlag zur Konzeptualisierung einer umfassenden Traumafolgestörung wurde durch die Einführung des Begriffs der Developmental Trauma Disorder durch die Arbeitsgruppe um van der Kolk [2005] unterbreitet. Forschungsergebnisse zur empirisch begründeten Operationalisierung und Validierung dieses Syndroms sind noch unzureichend. Risikogruppen wie Pflegekinder

oder Kinder und Jugendliche aus Heimen könnten im Rahmen solcher Studien eine relevante Zielgruppe sein.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Psychotraumatologie Universitätsklinikum Ulm: UCLA PTSD Index für DSM-IV. 2008; Unveröffentlicht - bei den Autoren auf Anfrage erhältlich.
- Bryant B, Mayou R, Wiggs L et al.: Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Psychol Med* 2004; 34: 335-346.
- Carrion VG, Weems CF, Ray R et al.: Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 166-173.
- Chernoff R, Combs-Orme T, Risley-Curtiss C et al.: Assessing the health status of children entering foster care. *Pediatrics* 1994; 93: 594-601.
- Delmo C, Weifenbach O, Gabriel M et al.: KIDDIE-SADS present und lifetime version (K-SADS-PL). Deutsche Forschungsversion. Frankfurt/M., Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1998.
- Döpfner M, Görtz-Dorten A, Lehmkuhl G: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche - II. Bern, Huber Verlag, 2008.
- Dubner AE, Motta RW: Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 367-373.
- Essau CA, Conradt J, Petermann F: Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie [Incidence of post-traumatic stress disorder in adolescents: results of the Bremen Adolescent Study]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 1999; 27: 37-45.
- Garland AF, Hough RL, McCabe KM et al.: Prevalence of psychiatric disorders in youth across five sectors of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(4): 409-418.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al.: Schedule for affective disorder and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(7): 980-988.
- McMillen JC, Zimba BT, Scott J et al.: Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 88-95.
- National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University: Criminal neglect: Substance abuse, juvenile justice and the children left behind. 2004; National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University New York, 2004, www.casacolumbia.org.
- Orvaschel H: Psychiatric interviews suitable for use in research with children and adolescents. *Psychopharmacol Bull* 1985; 21: 737-744.

- Oswald SH, Goldbeck L: Deutsche Übersetzung des Trauma Exposure/Loss Profile des National Child Traumatic Stress Network. Unveröffentlicht - bei den Autoren auf Anfrage erhältlich. 2008;
- Oswald SH, Heil K, Goldbeck L: History of maltreatment and mental health problems in foster children: a review of the literature. *J Pediatr Psychol*, im Druck;
- Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern, Huber Verlag, 2002.
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen, Hogrefe, 2009.
- Scheeringa MS, Wright MJ, Hunt JP et al.: Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 644-651.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ et al.: Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 191-200.
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Hilfen zur Erziehung außerhalb des Elternhauses. Hilfen für junge Menschen am 31.12.2005 nach persönlichen Merkmalen, Art der Hilfe und Unterbringungsform. 2007; Statistisches Bundesamt Deutschland, www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Erzieherische Hilfen, Sonstige Leistungen - Ausgaben. 2009; Statistisches Bundesamt Deutschland, www.destatis.de.
- Steinberg AM, Brymer MJ, Decker KB et al.: The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6: 96-100.
- Steinhausen, H.C., Metzke, C.W., Meier, M., Kannenberg, R. (1998), Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 262-271.
- van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D et al.: Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005; 18: 389-399.
- Zima BT, Bussing R, Xang X et al.: Help-seeking steps and service use for children in foster care. *J Behav Health Serv Res* 2000; 27: 271-285.

Überschriften zu den Abbildungen und Tabellen:

Abb. 1: Posttraumatische Stresssymptome in der Pflegekindergruppe (n=18) und in der klinischen Kontrollgruppe (n=20) im Elternfragebogen des UCLA PTSD Reaction Index

Abb. 2: Posttraumatische Stresssymptome, dargestellt nach den im DSM-IV definierten Symptombereichen Wiedererleben (Cluster B), Vermeidung (Cluster C) und Übererregbarkeit (Cluster D) in der Pflegekindergruppe (n=18) und in der klinischen Kontrollgruppe (n=20) nach Elternangaben im UCLA PTSD Reaction Index

Abb. 3: Posttraumatische Stresssymptome in der Pflegekindergruppe (n=13) und in der klinischen Kontrollgruppe (n=19) im Kinder- und Jugendlichenfragebogen des UCLA PTSD Reaction Index

Abb. 4: Posttraumatische Stresssymptome, dargestellt nach den im DSM IV definierten Symptombereichen Wiedererleben (Cluster B), Vermeidung (Cluster C) und Übererregbarkeit (Cluster D) in der Pflegekindergruppe (n=13) und in der klinischen Kontrollgruppe (n=19) nach Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen im UCLA PTSD Reaction Index

Tab. 1: Traumata bei Pflegekindern und Kontrollkindern in der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation, erfasst mit dem Trauma Exposure/Loss Profile

Abbildung 1:

1

1

B1: Mein Kind hat sehr unangenehme Gedanken, Bilder oder Erinnerungen von Geräuschen von dem, was passiert ist, obwohl es das nicht möchte.

B1: Mein Kind spielt Spiele oder zeichnet Dinge, die Teil davon sind, was passiert ist.

B2: Mein Kind hat schlechte Träume von dem Ereignis oder von anderen Sachen.

B3: Mein Kind hat Flashbacks von dem Ereignis; es tut oder fühlt so, als würde es immer wieder passieren.

B4: Mein Kind wird sehr aufgeregt, ängstlich oder traurig, wenn etwas sie/ ihn daran erinnert, was passiert ist.

B5: Mein Kind hat körperliche Beschwerden, wenn es daran erinnert wird, was passiert ist, wie Herzsasen, Kopf- oder Bauchschmerzen.

D1: Mein Kind kann schwer einschlafen oder wacht nachts oft auf.

D2: Mein Kind fühlt sich grantig, wütend oder verärgert.

D3: Mein Kind hat Schwierigkeiten sich zu konzentrieren oder aufzupassen.

D4: Mein Kind achtet auf Gefahren oder auf Dinge, vor denen es Angst hat.

D5: Mein Kind ist leicht zu erschrecken, z.B. wenn er/ sie ein lautes Geräusch hört oder überrascht wird.

C1: Mein Kind versucht, nicht darüber zu sprechen, daran zu denken oder zu fühlen, was passiert ist.

C2: Mein Kind versucht den Personen, Orten oder Dingen fernzubleiben, die sie/ ihn an das Ereignis erinnern.

C3: Mein Kind kann sich nur schwer an wichtige Teile von dem erinnern, was passiert ist.

C4: Mein Kind ist lieber für sich alleine und nicht mit seinen Freunden zusammen.

C5: Mein Kind sich einsam und anderen Personen nicht mehr so nahe wie früher.

C6: Mein Kind hat Schwierigkeiten Freude oder Liebe zu fühlen.

C6: Mein Kind hat Schwierigkeiten Traurigkeit oder Wut zu fühlen.

C7: Mein Kind denkt, dass es nicht lange leben wird.

AF: Mein Kind denkt, dass es teilweise seine Schuld ist, was passiert ist.

AF: Mein Kind hat Angst, dass das schlimme Ereignis noch mal passiert.

Abbildung 2:

2

² Cluster B: Wiedererleben, Cluster C: Vermeidung, Cluster D: Übererregbarkeit

Abbildung 3:

3

3

B1: Mir kommen schlechte Gedanken, Bilder oder Geräusche von dem Ereignis in den Sinn, obwohl ich das nicht möchte.

B2: Ich träume davon, was passiert ist, oder habe andere schlechte Träume

B3: Ich fühle mich, als ob ich das Ereignis nochmals durchlebte.

B4: Wenn mich etwas an das Ereignis erinnert, werde ich ganz durcheinander, ängstlich oder traurig.

B5: Wenn mich etwas an das Ereignis erinnert, habe ich starke Gefühle in meinem Körper, z.B. mein Herz klopft schnell, mein Kopf oder mein Bauch tut weh.

C1: Ich versuche, nicht darüber zu reden, daran zu denken oder zu fühlen, was passiert ist.

C2: Ich versuche den Personen, Orten oder Dingen fernzubleiben, die mich an das Ereignis erinnern.

C3: Ich kann mich nur schwer an wichtige Teile von dem erinnern, was passiert ist.

C4: Ich bin lieber für mich alleine und nicht mit meinen Freunden zusammen.

C5: Ich fühle mich innerlich einsam und anderen Menschen nicht nahe.

C6: Ich habe Schwierigkeiten Freude oder Liebe zu fühlen.

C6: Ich habe Schwierigkeiten Traurigkeit oder Wut zu fühlen.

C7: Ich glaube, dass ich nicht lange leben werde.

D1: Ich kann schwer einschlafen oder wache nachts oft auf.

D2: Ich fühle mich grantig, wütend oder verärgert.

D3: Ich habe Schwierigkeiten mich zu konzentrieren oder aufzupassen.

D4: Ich achte auf Gefahren oder auf Dinge, vor denen ich Angst habe.

D5: Ich bin leicht zu erschrecken, z.B. wenn ich ein lautes Geräusch höre oder wenn mich etwas überrascht.

AF: Ich denke, dass es teilweise meine Schuld ist, was passiert ist.

AF: Ich habe Angst davor, dass das schlimme Ereignis nochmals passiert.

Abbildung 4:

4

⁴ Cluster B: Wiedererleben, Cluster C: Vermeidung, Cluster D: Übererregbarkeit

Tab. 1: Traumata bei Pflegekindern und Kontrollkindern in der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation, erfasst mit dem Trauma Exposure/Loss Profile

	Pflegekinder	Kontrollkinder	p
Traumatisierendes Ereignis vorhanden	20 (100%)	9 (45%)	<.001
<i>Chronische/ wiederholte</i>			
<i>Traumatypen</i>			
Vernachlässigung	17	1	<.001
Körperliche Misshandlung	11	1	.003
Emotionale Misshandlung	4	0	.106
Häusliche Gewalt	2	0	.244
Lebensgefährliche körperliche Erkrankung	0	5	.024
<i>Umschriebene Traumatypen</i>			
Schwerer Unfall	0	1	1.0
Gewalt in der Schule	0	1	1.0
Traumatischer Todesfall	4	0	.106
Fremdunterbringung	20	0	<.001
Ein Traumatyp	1	9	.004
Multiple Traumata (mehrere Traumatypen)	19	0	<.001
2 Ereignisse	5	0	
3 Ereignisse	6	0	
4 Ereignisse	5	0	
5 oder mehr Ereignisse	3	0	
Einmaliger Vorfall	1	7	.022
Chronisches Erlebnis (wiederholte Vorfälle über einen längeren Zeitraum)	19	2	

Autoren:

Sylvia H. Oswald, Jörg M. Fegert, Lutz Goldbeck

Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Kontaktadresse:

Dr. Dipl.-Psych. Sylvia H. Oswald

Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Steinhövelstraße 5

89075 Ulm

Tel.: 0731-500 61636

Fax.: 0731-500 61683

E-Mail: sylvia.oswald@uniklinik-ulm.de