



Neue Entwicklungen in der Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen

Tagung SRK

Bern, 15. Dezember 2022

Prof. Dr. phil. Markus Landolt, Universität Zürich



Inhaltsübersicht

1. Ausgangslage
2. Aktuelle Richtlinien zur Behandlung von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter
3. Neue Entwicklungen
4. Fazit



1. Ausgangslage



“Neue“ Störungen

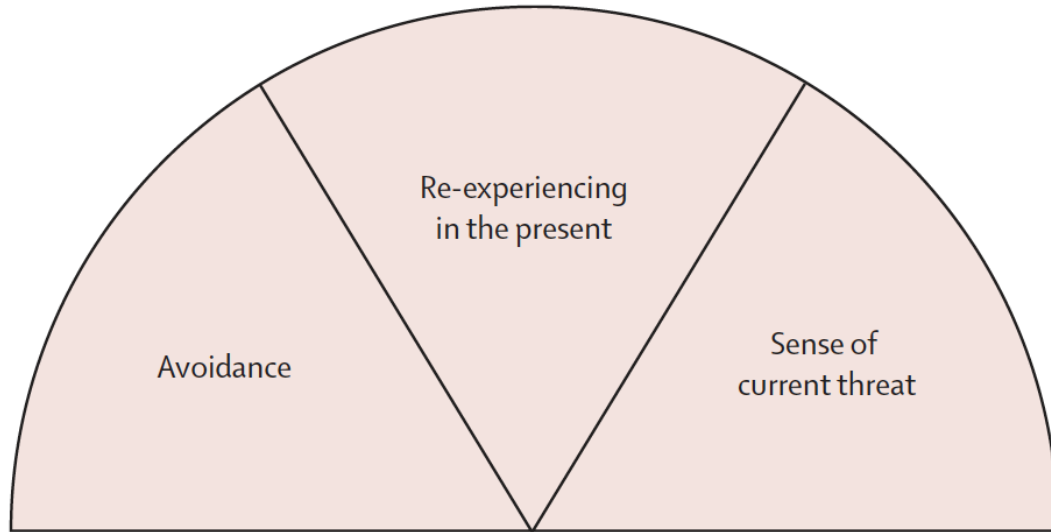
ICD-11: Kap. 6B Trauma und Stressstörungen

- Posttraumatische Belastungsstörung
- **Komplexe PTBS**
- Anpassungsstörung
- **Anhaltende Trauer-Störung**
- Reaktive Bindungsstörung
- Beziehungsstörung mit Enthemmung

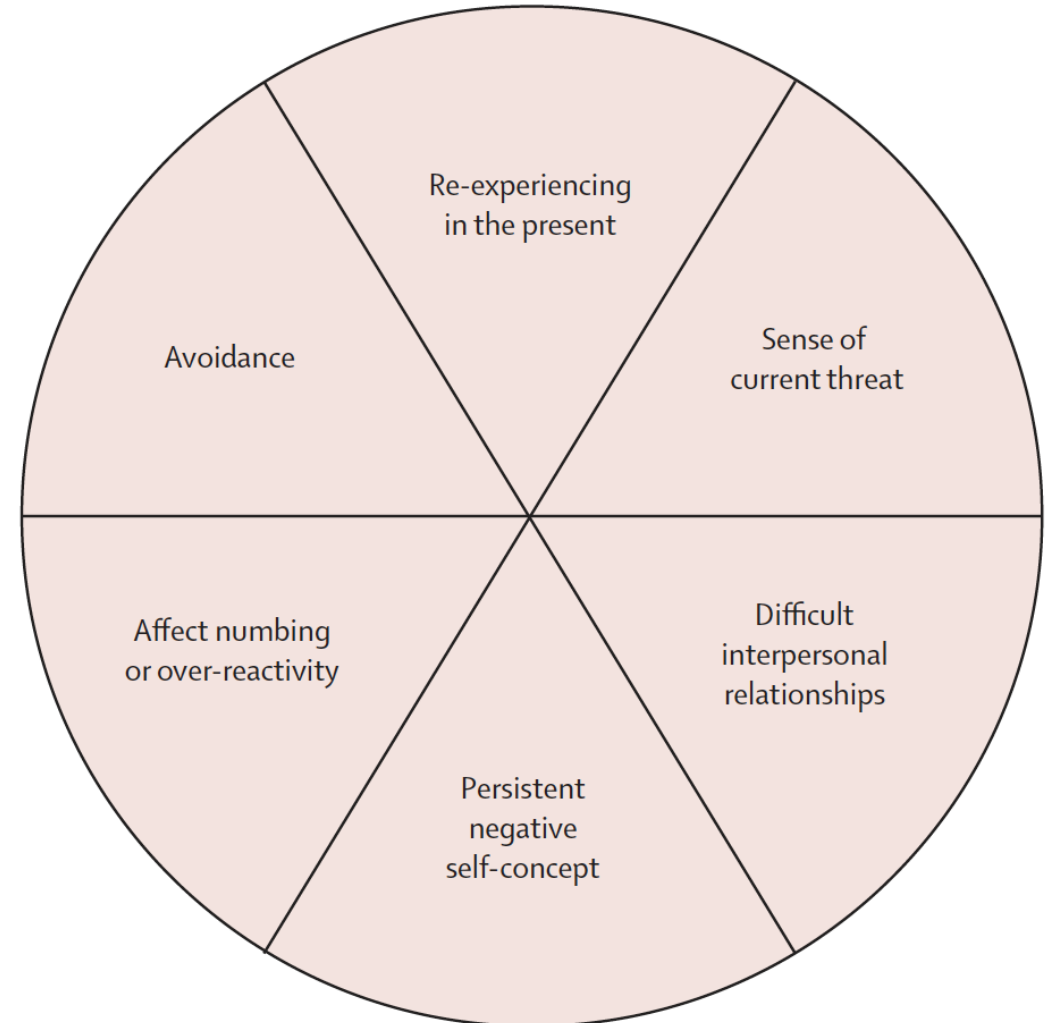
DSM-5: Trauma und belastungs- bezogene Störungen

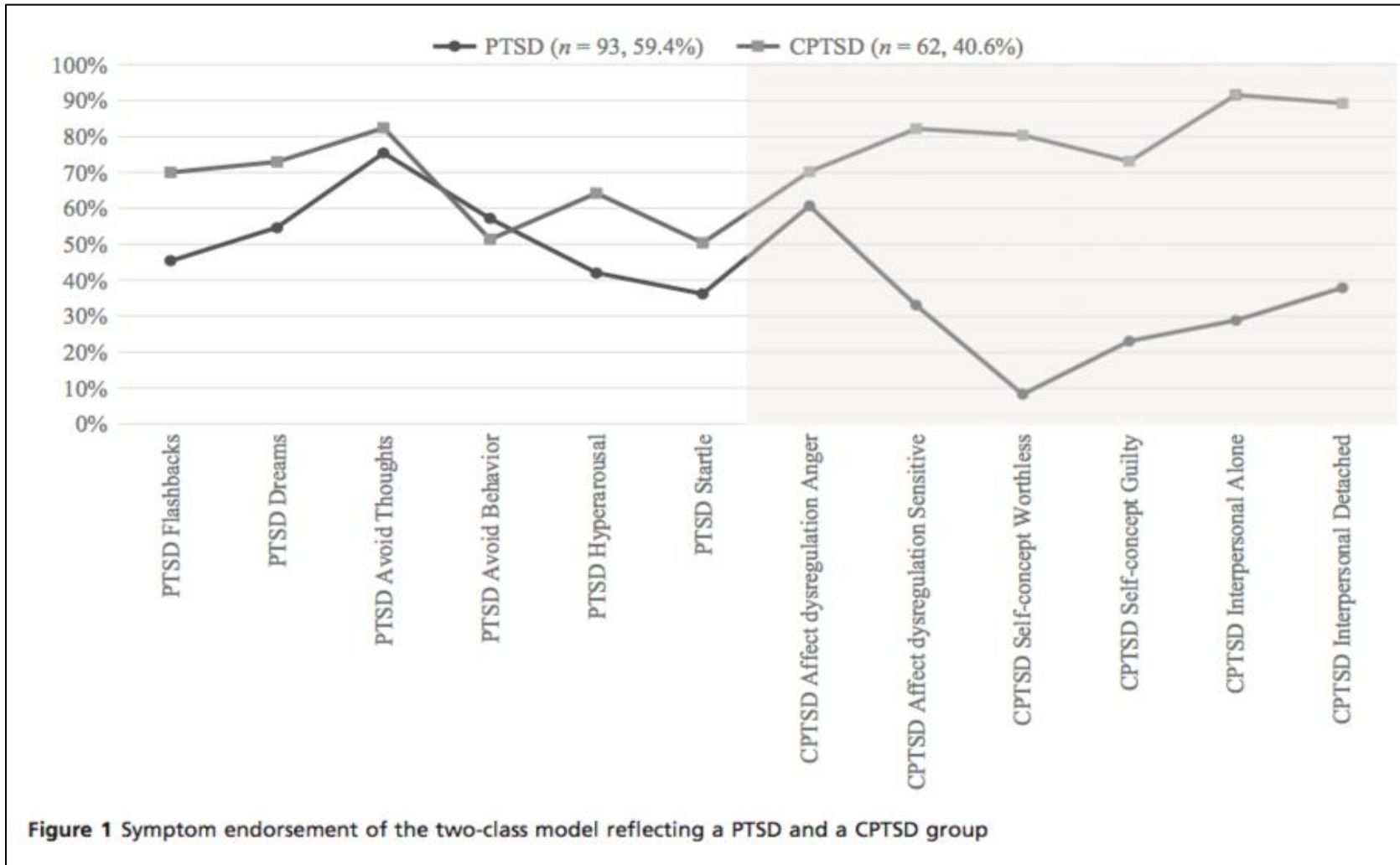
- Akute Belastungsstörung
- **Posttraumatische Belastungsstörung**
(Subtypen: dissoziativ; <6J.)
- Anpassungsstörung
- Reaktive Bindungsstörung
- Beziehungsstörung mit Enthemmung

PTBS



Komplexe PTBS





Psychische Störungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen

Table 1

Mental distress in refugee children.

| Type of distress | Refugee children in Europe (mainly self-report) [8] | Refugee children worldwide (clinical assessment only) [9] | Comparisons |
|-------------------|--|--|---|
| PTSD | 19%–53% | 23% | Children exposed to trauma: 16% [11] |
| Depression | 10%–33% | 14% | Worldwide prevalence in children: 3% [12] |
| Anxiety | 9%–32% | 16% | Worldwide prevalence in children: 7% [12] |

[Dangmann et al., 2022]

Psychische Störungen bei UMAs/MNAs (Daniel-Calveras et al., 2022)

Child Abuse & Neglect 133 (2022) 105865

Contents lists available at ScienceDirect

Child Abuse & Neglect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/chiabuneg

Invited review

Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review

Andrea Daniel-Calveras^a, Nuria Baldaquí^b, Inmaculada Baeza^{a,c,d,e,*}

^a Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain
^b Psychiatry and Psychology Department, Hospital Clínic de Barcelona, SGR-881 Barcelona, Spain
^c Child and Adolescent Psychiatry and Psychology Department, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Spain
^d Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, ISCIII, Spain
^e Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (CERCA-IDIBAPS), Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:
Unaccompanied refugee minors
Unaccompanied asylum seeking children and adolescents
Mental health
Posttraumatic stress disorder
Depression

ABSTRACT

Background: Nearly half of the refugee and asylum seeking population in Europe is under the age of 18, and many of these individuals are unaccompanied children and adolescents.
Objective: The aim of this systematic review is both to summarize findings regarding the prevalence of mental health disorders among unaccompanied refugee minors (URM) in European countries since the last available systematic review (October 2017), and to describe associated risk factors.
Methods: Five databases were systematically searched for articles published between October 1, 2017 and May 1, 2022.
Results: The findings from 23 studies conducted in 9 countries which examined 80,651 child and adolescent URM are explained. Afghanistan was the most common country of origin in the majority of studies and >75 % of the subjects were boys. Most of the studies (N = 13, 56.5 %) assessed posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence. We found a high prevalence of mental health disorders among URM children and adolescents, which varied considerably between studies, ranging from 4.6 % to 43 % for (PTSD), 2.9 % to 61.6 % for depression, 32.6 % to 38.2 % for anxiety and 4 to 14.3 % for behavioral problems. Two studies looking at suicide attempts and deaths, also observed higher rates in URM compared to the host population of the same age. The studies looking at mental health risk factors suggest that levels of social support in the host country, rearing environment, and other factors are associated with psychopathology. Moreover, a meta-analysis of four studies regarding PTSD in URM and accompanied refugee minors (ARM) showed a lower prevalence among ARM: -1.14 (95%CI: -1.56—-0.72).
Conclusions: PTSD, depression and anxiety are the most prevalent problems among the URM population in Europe. Early intervention in host countries is needed in order to improve mental health outcomes for this vulnerable population and avoid possible neglect.

- Höhere Raten als bei begleiteten Minderjährigen
- PTBS: 4.6% – 43%
- Depression: 2.9%-61.6%
- Angststörungen: 32.6%-38.2%
- Verhaltensauffälligkeiten: 4.0—14.5%
- Erhöhte Raten von Suizidversuchen



Fazit

- Psychische Störungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen sind vergleichsweise häufig
- Komorbidität ist oft die Regel
- kPTBS wahrscheinlich häufig
- UMAs/MNAs sind besonders betroffen



2. Aktuelle Richtlinien zur Behandlung

S3-Leitlinien PTBS für Kinder und Jugendliche* (2019)

| | Empfehlung | Empfehlungsgrad |
|----|---|-----------------|
| 21 | Eine Psychopharmakotherapie soll in der Therapie der PTBS bei Kindern und Jugendlichen nicht eingesetzt werden . Insbesondere sollen wegen ihres Suchtpotentials keine Benzodiazepine eingesetzt werden. LoE: 1b- | A |
| 22 | Eine traumafokussierte Psychotherapie soll jedem Kind / Jugendlichen mit PTBS angeboten werden. Bei der PTBS im Kindes- und Jugendalter ist die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie die Behandlung erster Wahl . LoE: 1a- | A |
| 23 | Eltern oder Bezugspersonen sollen in die Behandlung mit einbezogen werden. LoE: 2a | B |

*Rosner, R., Gutermann, J., Landolt, M. A., Plener, P. L., & Steil, R. (2019). Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen. In I. Schäfer, U. Gast, A. Hofmann, C. Knaevelsrud, A. Lampe, P. Liebermann, A. Lotzin, A. Maercker, R. Rosner, & Wöller (Eds.), *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung* (pp. 59-82). Berlin: Springer.

S3-Leitlinien für Kinder und Jugendliche (2019)

| | Empfehlung | Empfehlungsgrad |
|----|--|-----------------|
| 24 | Der Entwicklungsstand des Kindes / Jugendlichen soll berücksichtigt werden. LoE: n/a | KKP |
| 25 | Für eine komplexe PTBS gemäss ICD-11 sollte die psychotherapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei der Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Bindungsproblemen. LoE: n/a | KKP |

S3-Leitlinien für Kinder und Jugendliche (2019)

| | Empfehlung | Empfehlungsgrad |
|----|--|-----------------|
| 26 | Ergänzend zu traumafokussierten Interventionen sollen weitere Probleme und Symptombereiche abgeklärt und in der Behandlung berücksichtigt werden, wie z.B. das Risiko weiterer Viktimisierung bei Opfern von Gewalt, Aggressivität, Trauerprozesse, soziale Neuorientierung, Neubewertung, Selbstwertstabilisierung. LoE: n/a | KKP |
| 27 | Bei schwerwiegenden komorbiden Störungen bzw. Symptomen und akuter Suizidalität können vor dem Einsatz traumafokussierter Interventionen geeignete Interventionen zur Therapie dieser Störungen durchgeführt werden. LoE: n/a | KKP |
| 28 | Zu Beginn der Behandlung sollte die aktuelle Gefährdung des Kindes bzw. des Jugendlichen (z.B. anhaltende Bedrohung durch Täter) abgeklärt werden. Bei anhaltender Bedrohung sollen geeignete Massnahmen zur Sicherung des Kindeswohls vorrangig ergriffen werden. LoE: n/a | KKP |

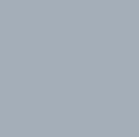


Limitationen der aktuellen Evidenz

- Keine etablierten Behandlungsmanuale für kPTBS im Kindes- und Jugendalter
 - Genügen die etablierten Methoden der PTBS-Therapie auch für die kPTBS?
- Keine etablierten Vorgehensweisen bei komorbiden Störungsbildern
 - Trauma first?
- Sind kulturelle Anpassungen nötig?
- Sind die etablierten Therapien bei allen Traumaarten gleich hilfreich? Was ist mit Dropouts?
- Was tun im Vorschulalter?



3. Neue Entwicklungen

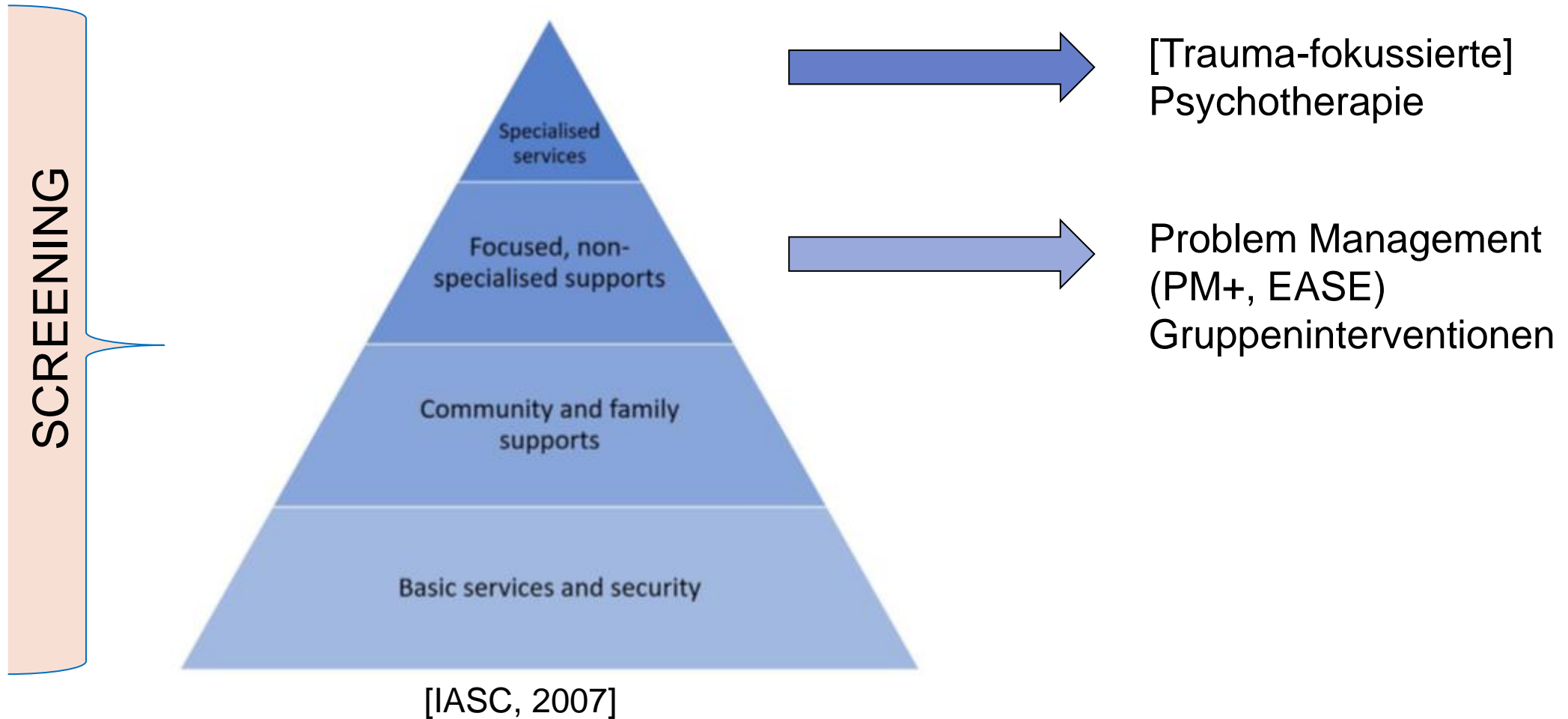




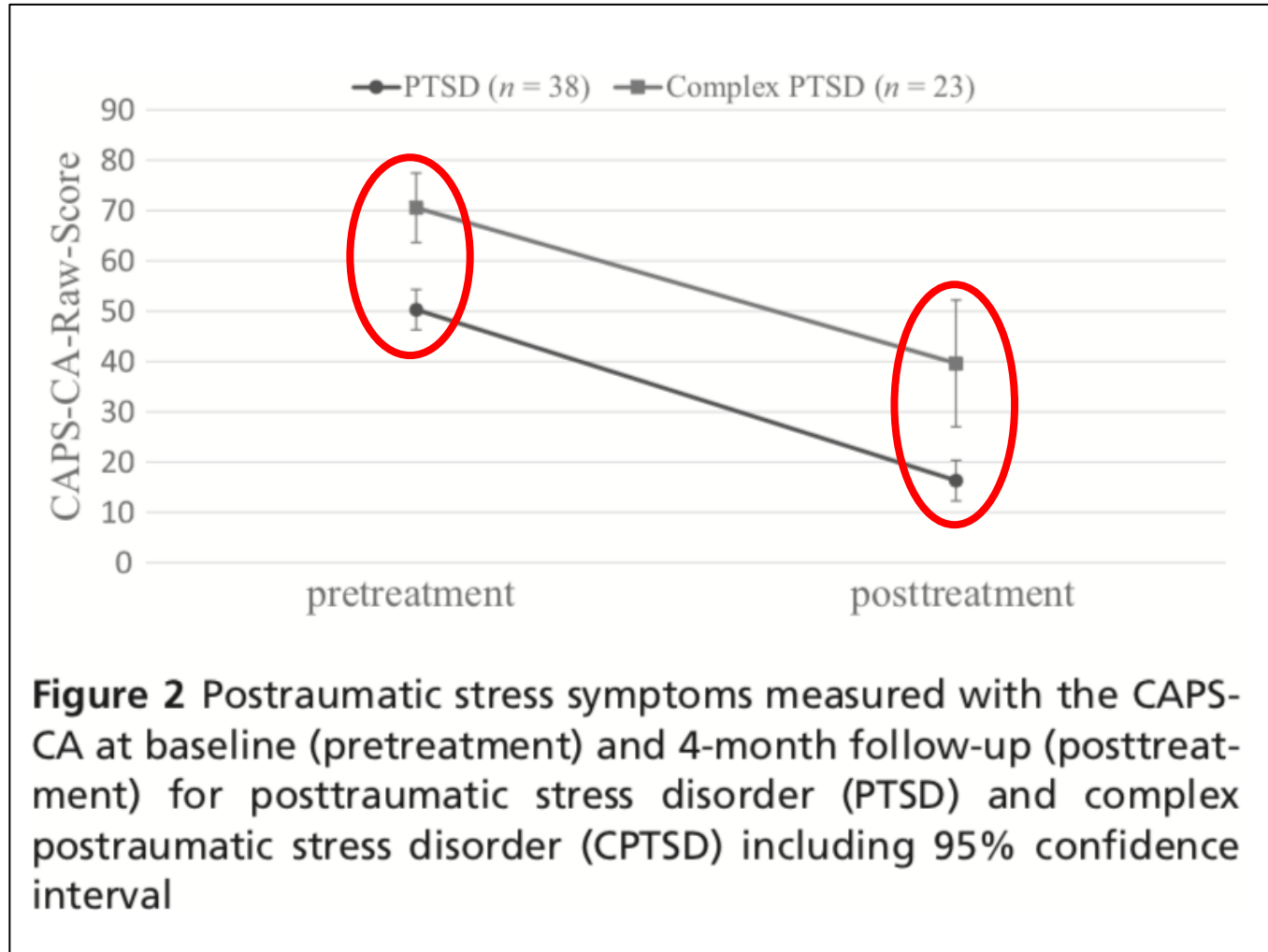
Zwei wichtige neue Entwicklungen für geflüchtete Minderjährige

1. Stepped Care Modelle der Versorgung
2. Phasenbasierte bzw. kombinierte Ansätze bei kPTBS bzw. komplexen Störungen

Stepped Care Modelle



Tf-KVT alleine genügt bei komplexer PTBS nicht



Developmentally adapted cognitive processing therapy (n=44, childhood abuse, 14-21 j.)

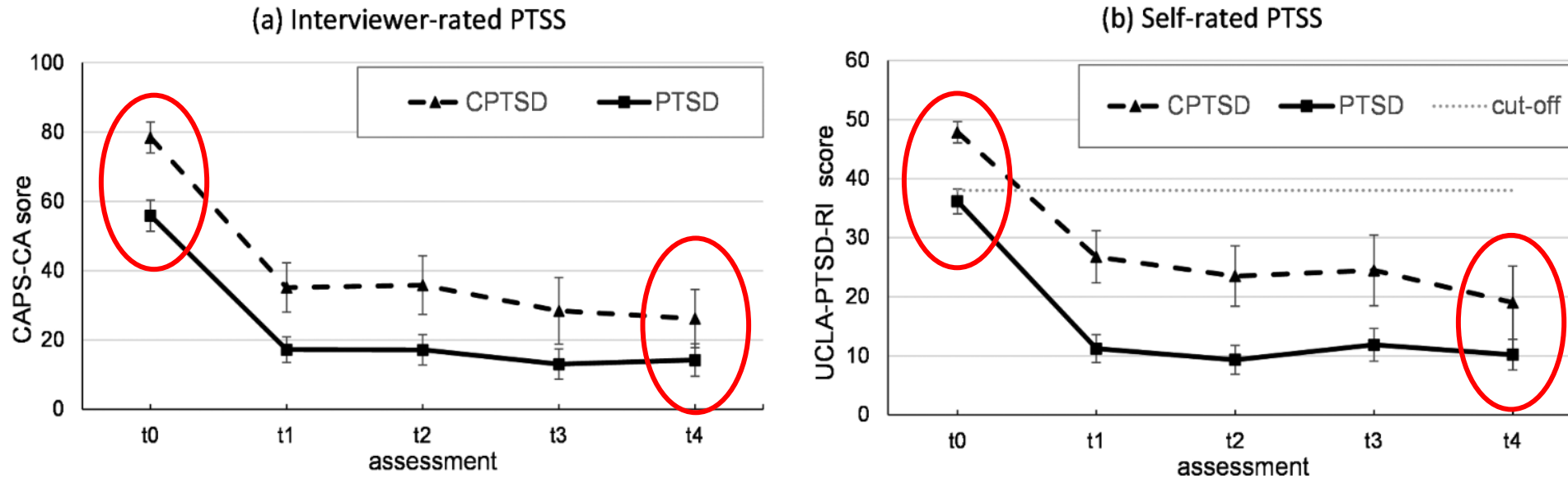
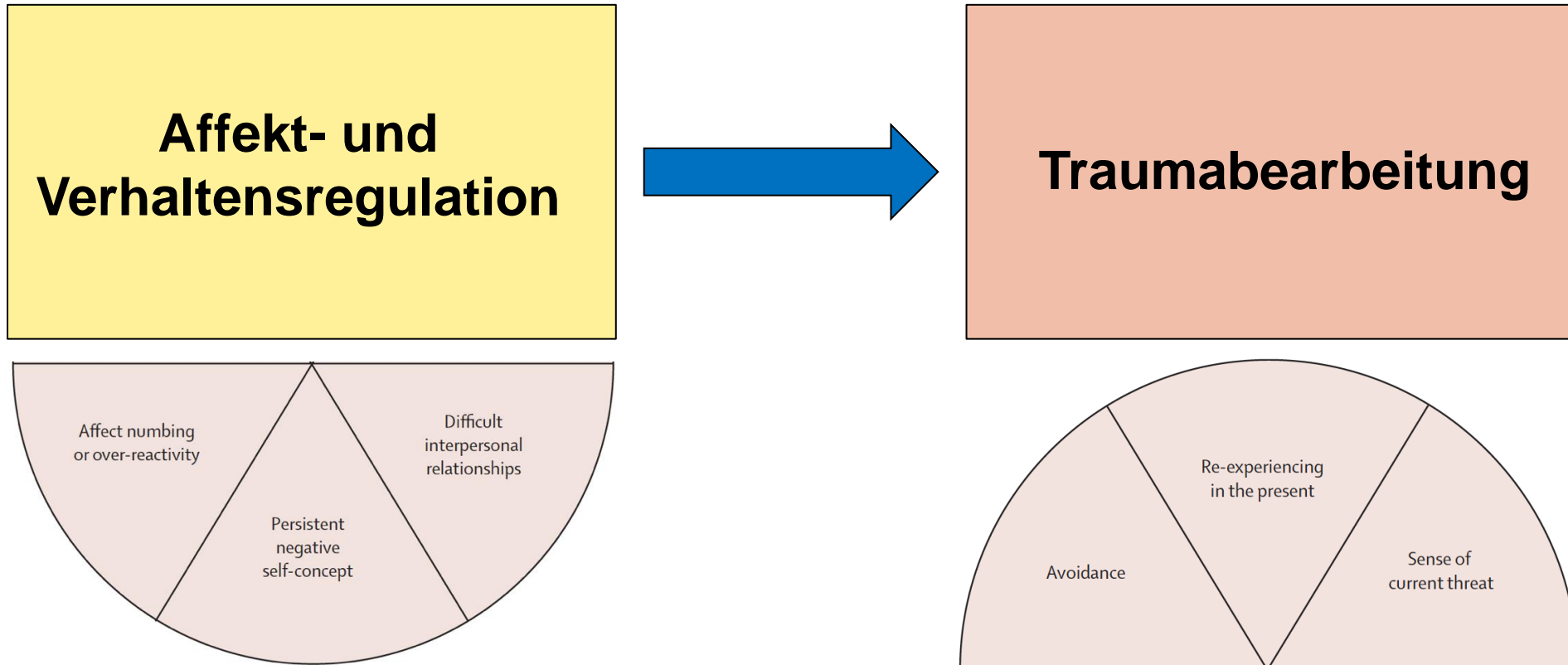


Figure 1. (a) Interviewer-rated posttraumatic stress symptoms (PTSS) measured by CAPS-CA and (b) self-rated PTSS measured by UCLA-PTSD-RI of participants at pretreatment (t0), posttreatment (t1), three months (t2), six months (t3), and 12 month (t4) after treatment for CPTSD and non-CPTSD groups. Error bars resemble standard errors. The UCLA-PTSD RI cut-off score of 38 represents clinically relevant symptom severity (Steinberg et al., 2004). *Abbreviations:* CAPS-CA: Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents; CPTSD: Complex Posttraumatic Stress Disorder; UCLA-PTSD-RI: University of California at Los Angeles PTSD Reaction Index.

Phasenbasierte Ansätze für komplexe Störungen (z.B. STAIR-NT)





4. Fazit





Fazit

- Geflüchtete Kinder und Jugendliche haben gehäuft komplexe Störungsbilder (Komorbidität, kPTBS)
- Besonders gefährdet sind die UMAs/MNAs
- TF-KVT als Goldstandard zur Behandlung der PTBS reduziert die kPTBS-Symptomatik, aber wahrscheinlich nicht vollständig
- Neue Ansätze
 - Stepped Care Modelle mit initialem Screening und niederschwelligen (low-intensity) Gruppenangeboten (z.B. EASE)
 - Phasenbasierte Ansätze bei komplexen Störungen
- Mangelnde Evidenz bei Kindern und Jugendlichen
 - Phasenbasierte Ansätze
 - Vorschulalter



Universität
Zürich^{UZH}

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt:


Markus Landolt

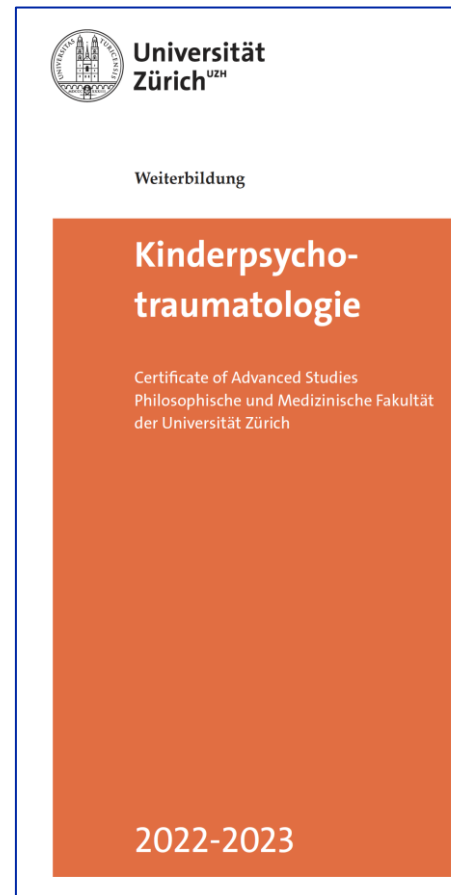
Universitäts-Kinderspital Zürich

Steinwiesstrasse 75

CH-8032 Zürich

markus.landolt@kispi.uzh.ch

 child_trauma



Neuer Kurs ab 2024