

Trauma in der Entwicklung: Konsequenzen für die seelische und körperliche Gesundheit

Prof. Dr. Paul Plener, MHBA
Würzburger Fachtagung 2017

Interessenskonflikte

Forschungsförderung:

BMBF
Stiftung ambulante KJPP
BaWü Stiftung
VW Stiftung

Klin. Studien:

BMBF
BfArM
Lundbeck Pharmaceuticals
Servier

Reisebeihilfen:

- DFG
- DAAD
- IACAPAP

•Vortragstätigkeit:

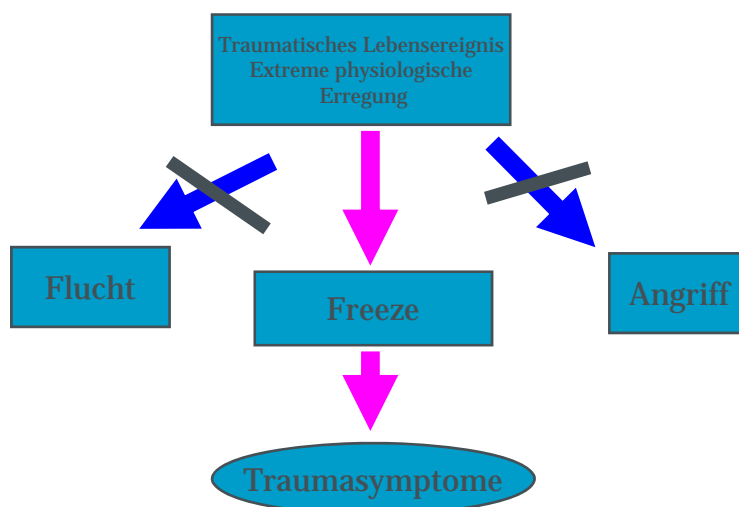
- Shire

Überblick

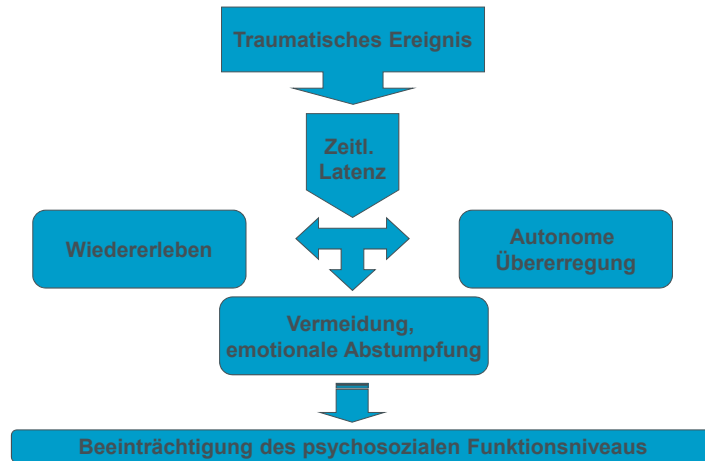


- Was ist ein Trauma?
- Epidemiologie
- Neurobiologische Prozesse
- Konsequenzen früher Traumatisierung
- Intervention & Traumatherapie
- Diskussion

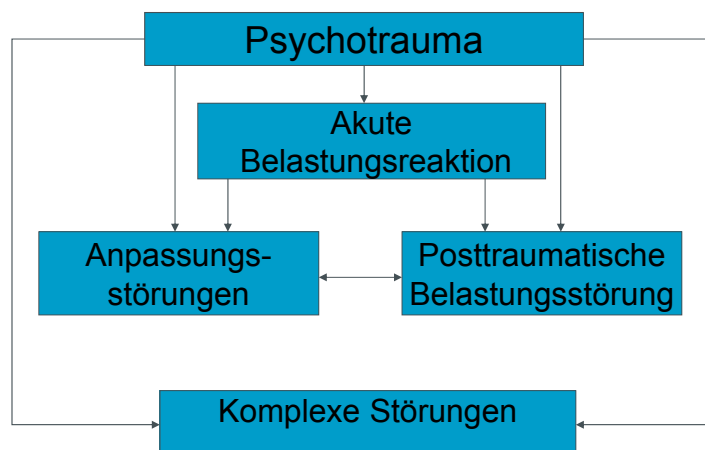
Was ist ein Trauma?

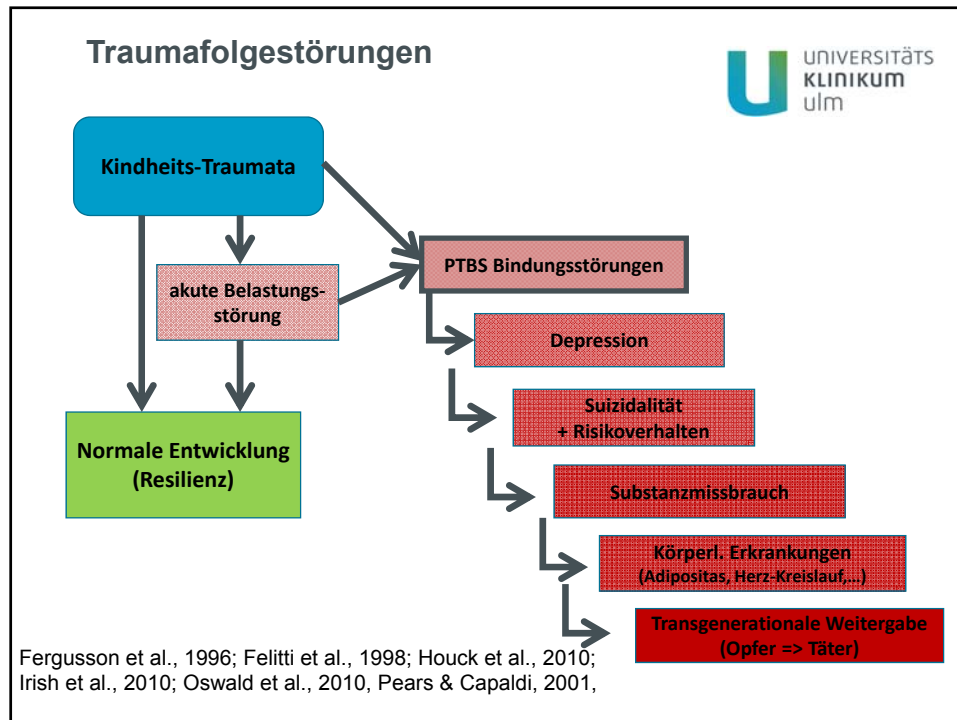


Posttraumatische Belastungsstörung



Traumafolgestörungen





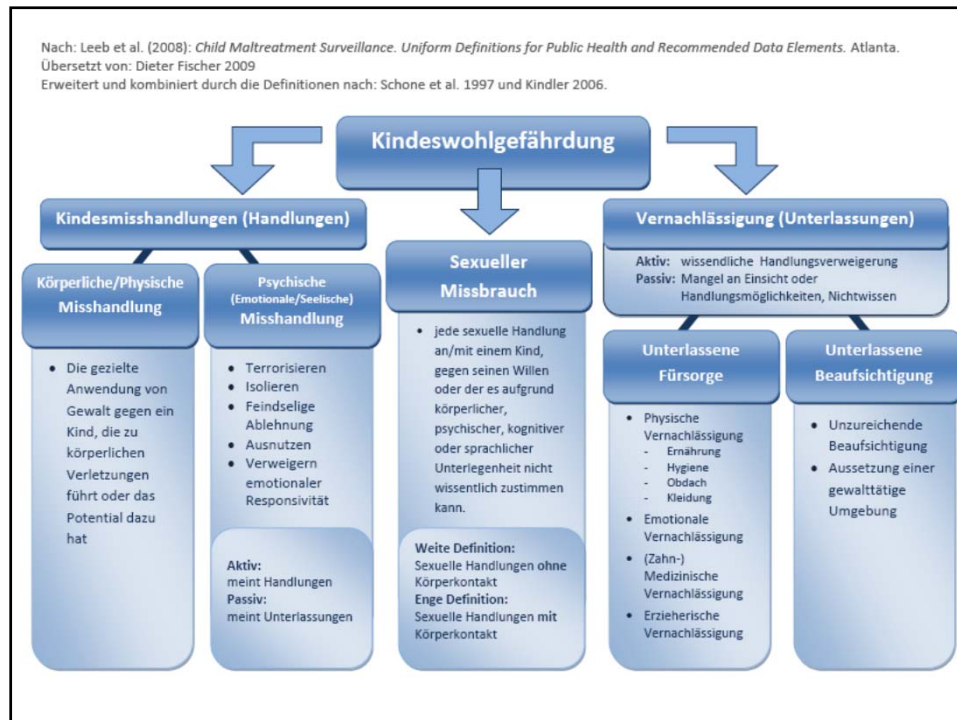
PTBS in D

- Repräsentative Stichprobe: n=2426 (14-93 Jahre, mittleres Alter: 49,6, SD: 17,9)
- Min. ein traumatisches Ereignis: 28% der Frauen und 21% der Männer
- Ein-Monatsprävalenz Vollbild der PTBS: 2,3% (w: 2,5%, m: 2,1%)

Maercker et al., 2008

Trauma	Subjektiv schlimmstes Trauma		Bedingtes Auftreten der PTBS-Vollbild			Bedingtes Auftreten der partiellen PTBS I-II		
	[n]	[%] ^a	[n]	[%] ^b	95%CI	[n]	[%] ^b	95%CI
Kriegsbezogene Traumata								
Kriegseinsatz	89	15,14	7	7,87	2,28–13,46	7	7,87	2,28–13,46
Ausgebombt im Krieg	73	12,41	2	2,74	0–6,48	1	1,37	0–4,04
Heimatvertrieben	76	12,93	4	5,26	0,24–10,28	1	1,32	0–3,89
Gefangenschaft/Getselnahme	7	1,19	0	–	–	2	28,57	0–62,04
Zivile Traumata								
Vergewaltigung	8	1,36	3	37,50	3,95–71,05	0	–	–
Kindesmissbrauch (<14. Lebensjahr)	17	2,89	6	35,29	12,57–58,01	1	5,88	17,06
Schwerer Unfall	78	13,27	10	12,82	5,40–20,24	19	24,36	14,83–33,89
Körperliche Gewalt	19	3,23	2	10,53	0–24,33	3	15,79	0–32,19
Lebensbedrohliche Krankheit	47	7,99	11	23,40	11,30–35,50	9	19,15	7,9–30,4
Naturkatastrophe	6	1,02	0	–	–	1	16,67	0–46,49
Zeuge eines Traumas	87	14,80	6	6,90	1,57–12,23	10	11,49	4,79–18,19
Andere Traumata	33	5,61	4	12,12	0,98–23,26	9	27,27	12,08–42,46
Mehrere Traumata ^a	48	8,16	1	2,08	0–6,12	3	6,25	0–13,1

^aEs wurden mehrere Traumata aber kein „schlimmstes“ angegeben; ^bVon n=588 mit irgendeinem Trauma; ^cvon der jeweiligen Kategorie „subjektiv schlimmstes Trauma“.



Epidemiologie

- Repräsentative Stichprobe der dt. Gesamtbevölkerung (≥14 Jahre): n=2504, w: 53,2%
- Childhood Trauma Questionnaire

Gesamtstichprobe N = 2 504					
CTQ-Skala	Emotionaler Missbrauch	Körperlicher Missbrauch	Sexueller Missbrauch	Emotionale Vernachlässigung	Körperliche Vernachlässigung
Schweregrad					
Kein/minimal n (%)	2 123 (84,8)	2 198 (87,8)	2 186 (87,3)	1 259 (50,3)	1 288 (51,4)
Gering/mäßig n (%)	259 (10,3)	162 (6,5)	158 (6,3)	888 (35,5)	491 (19,6)
Mäßig/schwer n (%)	75 (3,0)	70 (2,8)	109 (4,3)	184 (7,3)	450 (18,0)
Schwer/extrem n (%)	40 (1,6)	69 (2,7)	47 (1,9)	164 (6,5)	269 (10,8)
Fehlende Werte	7 (0,3)	5 (0,2)	4 (0,2)	9 (0,4)	6 (0,2)

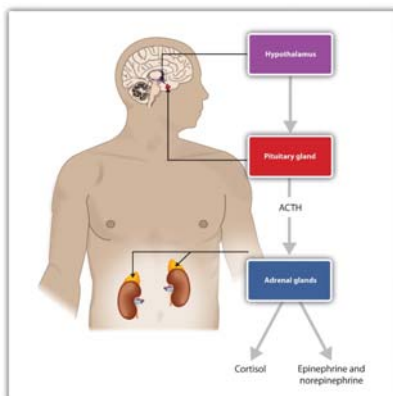
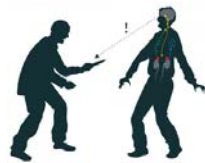
Häuser et al., 2011

Häufigkeit von Traumata in einer Heimkinderstichprobe BW

Art der Traumatisierung	Häufigkeit (%)
Vernachlässigung	72%
Vernachlässigung (Basics)	31%
Körperliche Misshandlung	35%
Emotionale Misshandlung	31%
Sexueller Missbrauch	15%
Zeuge von körperlicher oder sexueller Gewalt	50%
Schwere Unfälle	5%
Irgendein psychosoziales Trauma	75%

Jaritz, Wiesinger, Schmid, 2008

HPA-Achse



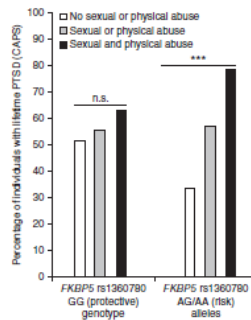
- CRF aus Hypothalamus ausgeschüttet →
- Hypophyse: ACTH →
- NNR: Glucocorticoide

- Hippocampus und PFC: inhibieren HPA Aktivität
- Amygdala erhöhte CRF Ausschüttung

- PTBS: Dysregulation der HPA Achse
- Hypocortisolismus: gesteigerte Sensitivität f. negatives Feedback

Bailey et al., 2013; Sherin & Nemeroff, 2011

Epigenetik: FKBP5

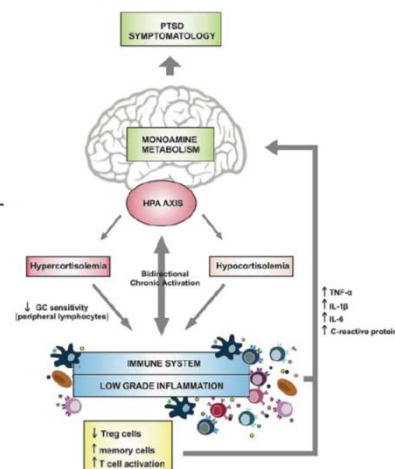


- FK506 binding protein 5 (FKBP5): funktionelle Regulation des Glucocorticoid Rezeptor Komplexes
- In Feedback Schleife: FKBP5 transkribiert bei Glucocorticoid Rezeptor Aktivierung: Vermindert dann Liganden-Bindung
- Risiko für PTSD höher bei Träger von Risikoallelen
- Durch exzessive Cortisol Ausschüttung: epigenetische Änderungen in FKBP5: Demethylierung in risk Allel Trägern

Klengel et al., 2013

Trauma und Immunsystem

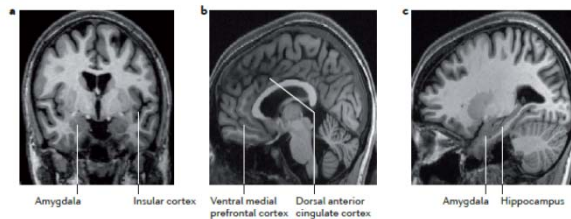
- Höheres CRP nach CAN
- (Danese et al., ; Arch Pediatr Adolesc Med, 2009; Lacey et al.; 2013; Psychoneuroendocr, 2013; Slopen et al.; Psychoneuroendocr; 2013, 2015)
- IL-6 Spiegel 2.35 größer nach multiplen Stressoren: 24 h danach in Menschen mit CAN
- (Gouin et al.; Ann Behav Med, 2012)
- Höhere Plasmaspiegel pro-inflammatorischer Cytokine (TNF- α , IL-1 β , IL-6) nach CAN
- (Wieck et al.; Neuroimmunomodulation, 2014)
- IL-6 Spiegel 24h nach Verkehrsunfall: Prädiktor für PTSD 6m FU
- (Pervanidou et al.; Biol Psychiatry, 2007)



Strukturelle und funktionelle Gehirnveränderungen



- **Hippocampus:** Volumenreduktion (Dendritenverlust: Glukokortikoide)
- **Amygdala:** Hyperresponsivität
- **mPFC:** Volumenverringerng (verantwortlich f. Inhibition, Hyporesponsivität b. PTSD f. Trigger)
- **dACC:** Hyperresponsivität
- Weitere Veränderungen:
 - OFC
 - DLPFC
 - Corpus callosum
 - Cerebellum

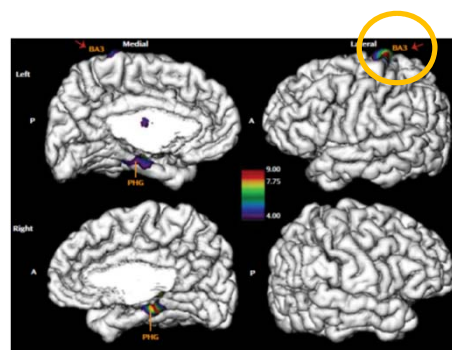


Sherin & Nemeroff, 2011; Hart & Rubia, 2012, Pechtel & Pizzagalli, 2011; Pitman et al., 2012

Misshandlung/ Missbrauch im Kindesalter



- CTQ: sexual abuse score - Kortikale Dicke ↓
- Somatosensorischer Cortex (I): Klitoris und umgebende genitale Bereiche
- Gyrus parahippocampalis

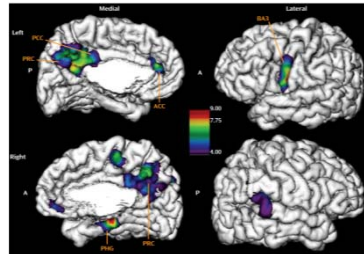


Heim et al., 2013

Misshandlung/ Missbrauch im Kindesalter



- **Emotionale Misshandlung**
- Kortikale Dicke ↓:
- Precuneus (l, r)
- PCC und ACC(l)
- Somatosensorischer Cortex (Gesicht)
- Regionen in Verbindung mit:
- Selbstreflexion
- Selbstwahrnehmung

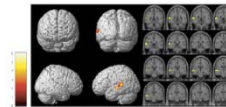


Heim et al., 2013

Vernachlässigung und verbale Misshandlung



- **Emotionale Misshandlung und Vernachlässigung:** Hippocampus Volumenreduktion (m>w)
- Reduktion der grauen Substanz (6,5%) und weißen Substanz (6,4%) in deprivierten rumänischen Waisenkindern, die in institutioneller Umgebung aufwuchsen – **keine Unterschiede in weißer Substanz bei Pflegekindern**
- **Elterliche verbale Misshandlung:**
- DTI: verringerte fraktionale Anisotropie:
 - linker Fasciculus arcuatus: verbindet Wernicke & Broca Areal: wesentlich f. Sprache
 - Erhöhte Dichte der grauen Substanz: Cluster in linkem Gyrus temporalis superior (primärer auditorischer Cortex)

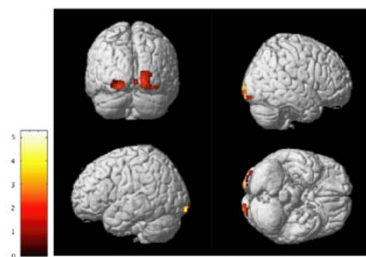
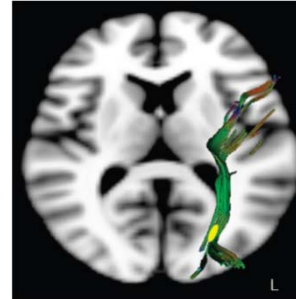


Verbale Misshandlung führt zu Abweichungen in Arealen, die mit „Hören“ zu tun haben

Teicher & Samson, 2016; Sheridan et al., 2012; Choi et al., 2009; Tomoda et al., 2011

häusliche Gewalt

- Verringerte FA in Fasciculus longitudinalis inferioris sin.: Verbindung zwischen visuellen (occipitalen) und temporalen Cortex: visuell-limbischer Pfad (visuelles Lernen), höchste Vulnerabilität: 7-13 Jahre
- Verringerte Cortexdicke in BA18: rechter Gyrus lingualis (visuelles System: Prozessierung von Formen, Gesichter, Buchstaben), sowie V2: sekundärer visueller Cortex, linker occipitaler Pol, Vulnerabilität: 11-13 Jahre



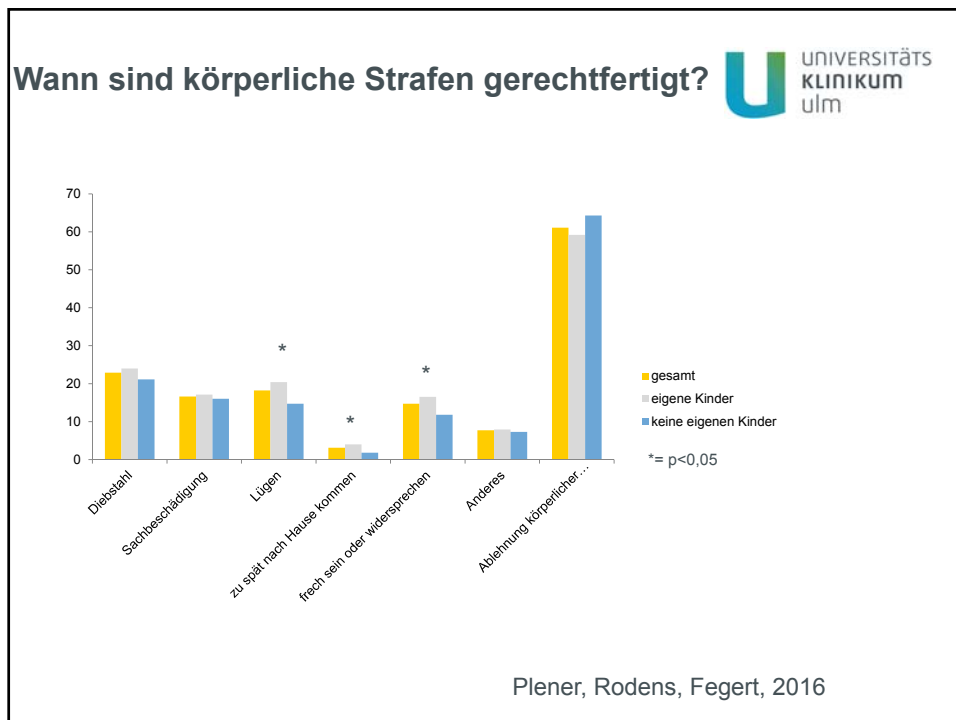
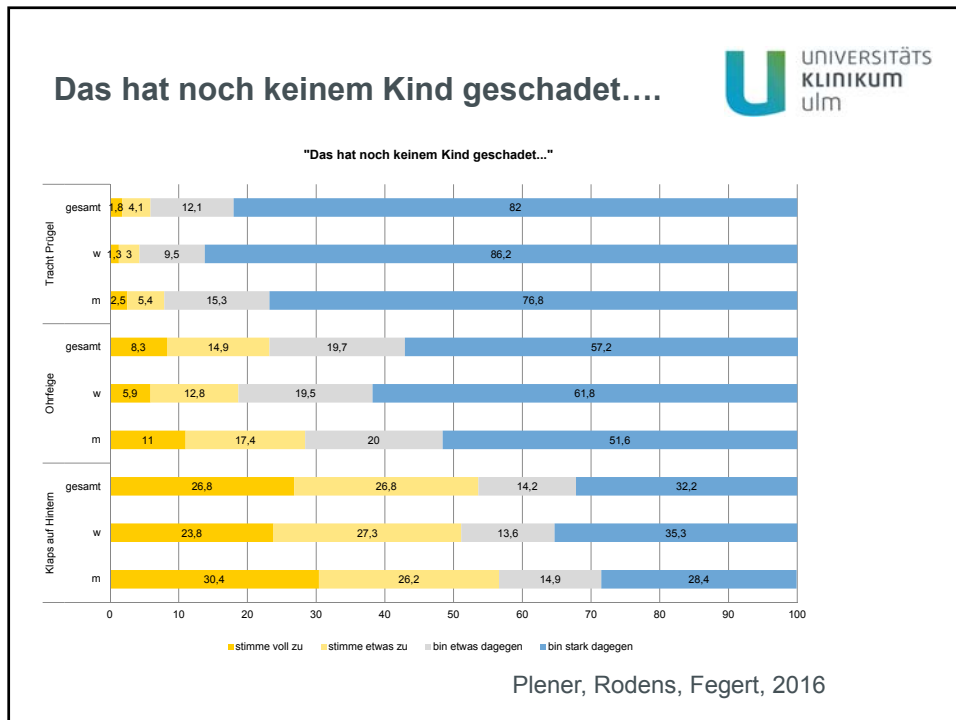
Häusliche Gewalt führt zu Abweichungen in Arealen, die mit „Sehen“ zu tun haben

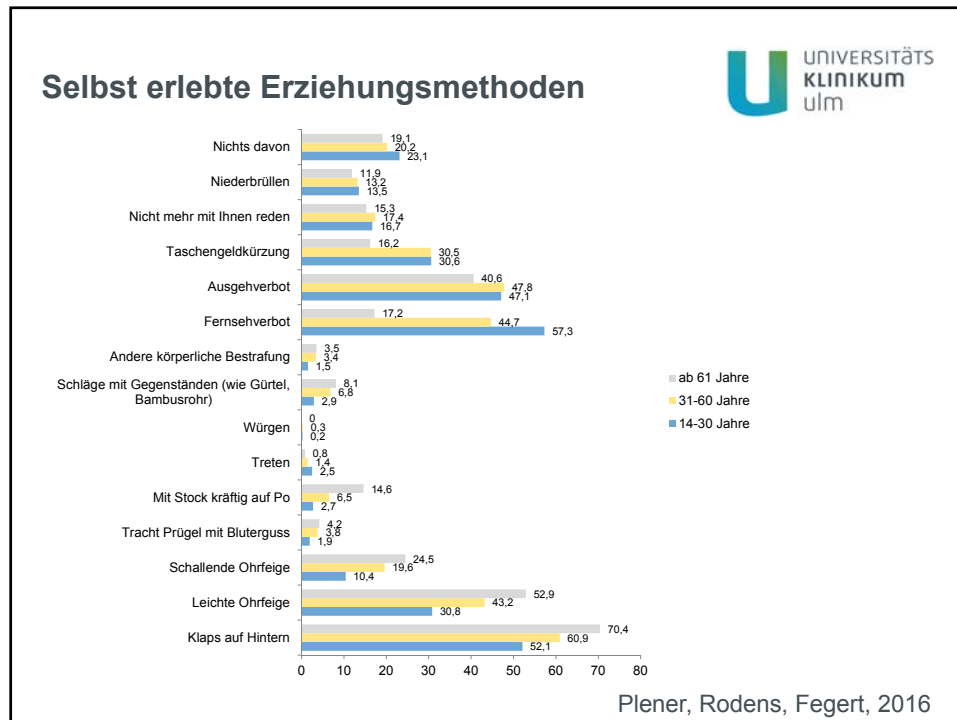
Choi et al., 2012; Tomoda et al., 2012

Erziehungseinstellungen

- Bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe mittels random route Verfahren: vom 20.01.2016 bis zum 16.03.2016
- Erfassung in ganz Deutschland (>14 Jahre)
- 2524 vollständige Datensätze erhoben

Plener, Rodens, Fegert, 2016





Misshandlung/ Missbrauch im Kindesalter



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
ulm

- Bestimmte Hirnregionen: hohe Zahl an Glukokortikoid Rezeptoren und längere postnatale Reifungsprozesse (PFC od. Hippocampus): anfällig f. Veränderungen durch frühkindliche Traumata: vulnerable Phasen
- Analyse von 12 Datensätzen (n= 331 mit Misshandlungen und 362 HC):
- Defizite in der grauen Substanz: ventrolateral, prefrontal, limbisch, temporal: f. spät entwickelte Funktionen: Affekt und kognitive Kontrolle, Selbstregulation, sozio-emotionaler Verhaltensweisen

FIGURE 1. Regions of Gray Matter Volume Differences in Participants Exposed to Childhood Maltreatment Relative to Unexposed Comparison Subjects*

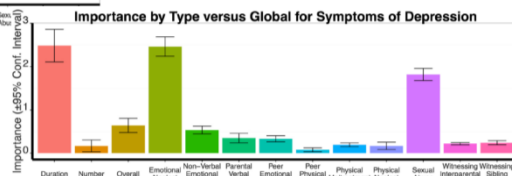
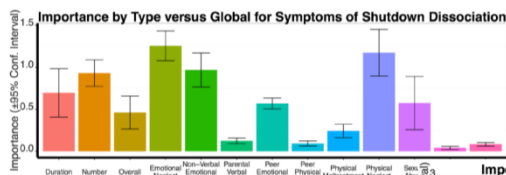


Lim et al., Am J Psychiatry, 2014; Pechtel & Pizzagalli, 2011

Vulnerable Phasen



- Analyse von 129 psychiatrischen Patienten (mittleres Alter: 26,1 Jahre, SD=5,5): MACE: Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure:
- Sensitive Perioden:
- Emotionale Vernachlässigung mit 4-5 Jahren: vermehrte Dissoziation
- Emotionale Vernachlässigung mit 8-9 Jahren: vermehrte depressive Symptome



Schalinski et al., 2016

Vulnerable Phasen



- Junge Erwachsene (n=560, 18-25 Jahre)
- Unterschiede zwischen Probanden mit und ohne Depression: non-verbale emotionale Misshandlung, emotionale Vernachlässigung, verbale emotionale Misshandlung durch Eltern
- Wichtigste Prädiktoren für MDD:
- Non-verbale emotionale Misshandlung* (m) und emotionale Misshandlung durch peers (w) mit 14 Jahren, emotionale Vernachlässigung mit 12 Jahren (m, w)
- Suizidgedanken: verbale, emotionale Misshandlung durch Eltern mit 5 Jahren (m) und sex. Missbrauch mit 18 Jahren (w)

*schwer An-
sprüchen
zu
genügen,
kein
Interesse
an
Person,...

Khan et al., 2015

Folgen frühkindlicher Traumatisierung



•Psychopathologische Auffälligkeiten:

- affektive und Angststörungen, Dissoziation, Aufmerksamkeitsstör., Persönlichkeitsstörungen Substanzmissbrauch (z.B. Famularo et al. 1996; Finkelhor et al. 2007; Cicchetti & Toth 1995; Zanarini, 2006)

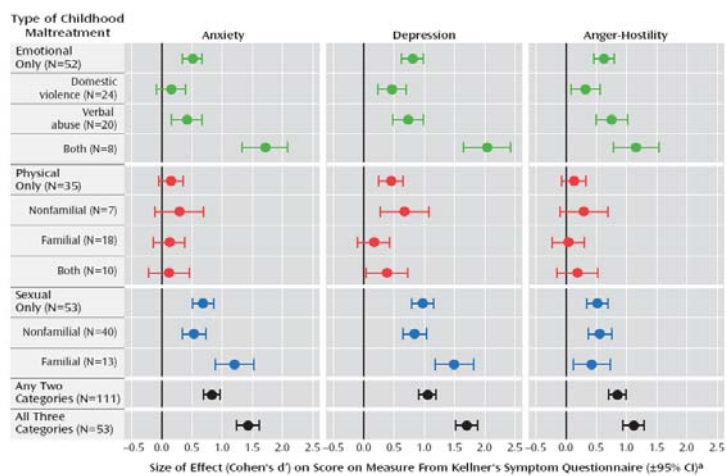
•Aggressives und delinquentes Verhalten (z.B. Cicchetti et al. 1995; Jaffee et al. 2004; Lansford et al. 2007; Smith et al. 2005)

•Störungen der Bindungsfähigkeit: Entwicklung eines unsicheren Bindungsverhaltens (z.B. Kim & Cicchetti 2004)

•Kognitive Verzerrungen: Wahrnehmung geprägt durch Misstrauen, Ärger und Feindseligkeit (z.B. Dodge et al. 1990)

•Affektive Dysregulation: Störungen in der Kontrolle von Emotionen, Impulsivität und Ärger (z.B. Paivio & Laurent 2001)

Konsequenzen für psychische Erkrankung



Teicher, Am J Psychiatr, 2006

Folgen frühkindlicher Traumatisierung



- 17,3 % Mädchen; 3,4% Jungen bis 16. LJ missbraucht
- mit Penetration 5,6 % vs. 1,4 %
- Depression: OR: 3,6
- Alkoholabhängigkeit und anderer Substanzabusus: OR: 2,7
- Angsterkrankungen: OR: 3
- Verhaltensauffälligkeiten allgemein: OR: 12
- Suizidversuche: OR: 5

Ferguson et al. (1996)

Zusammenhang Trauma: NSSV/Suizidalität



- Zusammenhang sex. Missbrauch und NSSV/Suizidalität in vielen Studien hergestellt
- Fraglich ob direkter Einfluss od. Mediatoren verantwortlich sind
- Kumulative Traumalast beeinflusst Risiko
- Keine Ergebnisse aus deutscher Allgemeinbevölkerung

Yates et al., 2008;
Whitlock et al., 2008; Klonsky & Moyer, 2008, Maniglio, 2011; Stein et al., 2010, Plener et al., 2011; Muehlenkamp et al., 2010, Corrigan et al., 2011

Konsequenzen: Psychische Erkrankungen



- Systematischer Review: 124 Studien

Emotionale Misshandlung	OR	Vernachlässigung	OR
Depression	3,06	Depression	2,11
Angststörungen	3,21	Angststörungen	1,82
Essstörungen	2,56	Essstörungen	2,99
Drogenkonsum	1,41	Drogenkonsum	1,36
Suizidversuche	3,37	Suizidversuche	1,95
STD und riskantes sex. Verhalten	1,75	STD und riskantes sex. Verhalten	1,57

Norman et al., 2012

Somatische Konsequenzen



Gesundheitsprobleme	AORs	95 %
Raucher	2,2	1,7 – 2,9
Adipositas (BMI \geq 35)	1,6	1,2 – 2,1
Sexuelle, übertragbare Krankheiten in der Vergangenheit	2,5	1,9 – 3,2
Ischämische Herzerkrankungen	2,2	1,3 – 3,7
Irgendeine onkologische Erkrankung	1,9	1,3 – 2,7
Schlaganfall	2,4	1,3 – 4,3
Chronische Bronchitis oder Emphysem	3,9	2,6 – 5,8
Diabetes	1,6	1,0 – 2,5
Je eine Skelettfaktur	1,6	1,3 – 2,0
Hepatitis oder Ikterus	2,4	1,8 – 3,3

Fellitti et al., 1998

Somatische Konsequenzen



Gesundheitsprobleme	Mittlere ES (d)	95 %
Zahl der Operationen oder Krankenhausaufenthalte	0,18	0,09 – 0,27
Kardiovaskuläre Erkrankungen	0,66	0,63 – 0,70
Atemwegserkrankungen	0,71	0,67 – 0,75
Gastrointestinale Erkrankungen	0,63	0,59 – 0,67
Metabolische Erkrankungen	0,37	0,33 – 0,41
Gynäkologische Erkrankungen	0,06	-0,04 – 0,16
Neurologische Probleme	0,94	0,89 – 0,99
Muskuloskelettale Probleme	0,81	0,76 – 0,86
Andere (Autoimmunerkrankungen)	0,23	0,19 – 0,27

Wegman & Stetler, 2009

Volkswirtschaftliche Perspektive



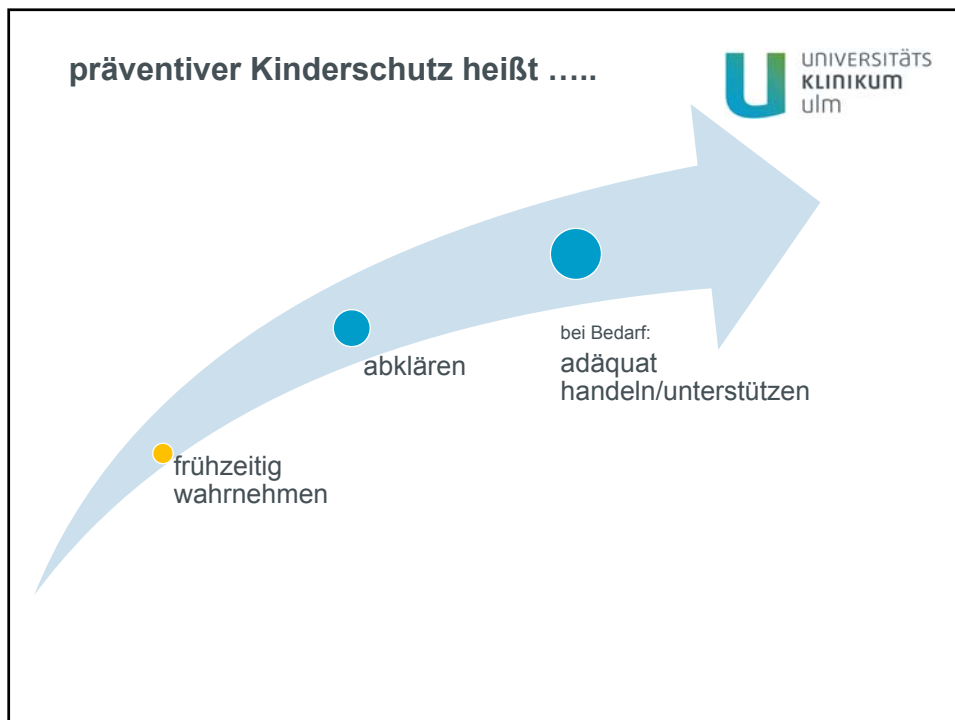
Deutschlandweite jährliche Folgekosten von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung im Kindesalter

11-30 Milliarden Euro



Geld ist im Kinderschutz „gut angelegt“

Habetha et al., 2012

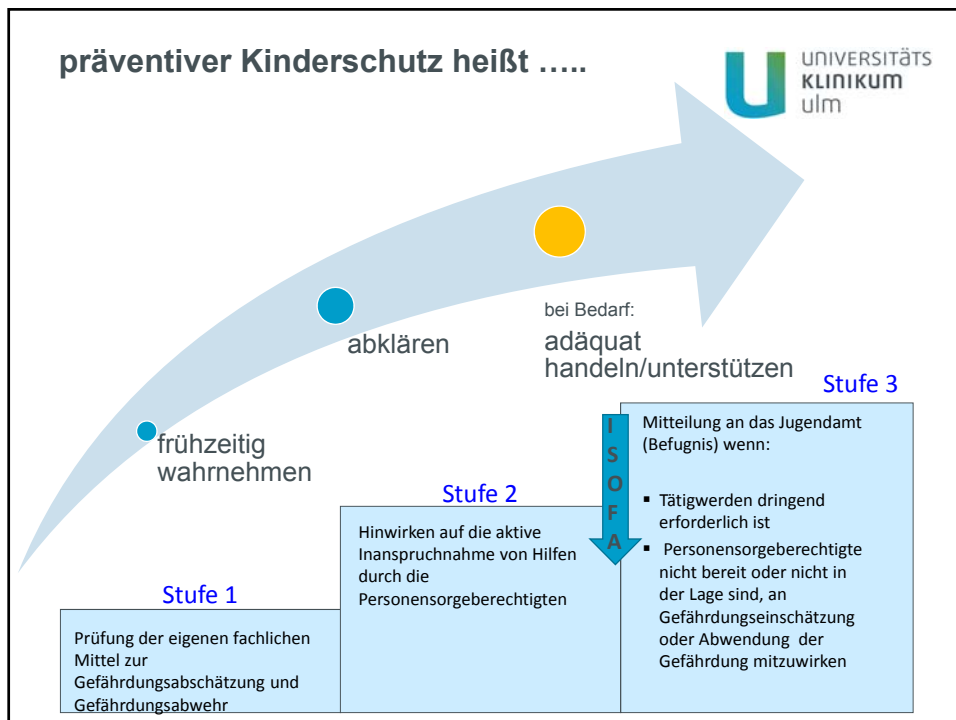


Risikofaktoren f. CAN, Resilienzfaktoren f. Kind

UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
ulm

Risikofaktoren	Resilienzfaktoren
Kinderebene: <ul style="list-style-type: none"> - Alter unter 4 Jahren - Geringes Geburtsgewicht - Chronische Erkrankung - Weibliches Geschlecht (insbesondere für sexuellen Missbrauch) - Behinderung 	Personenebene: <ul style="list-style-type: none"> - Problemlösefertigkeiten - Hohe Selbstwirksamkeitserwartung - Positiver Selbstwert - Internale Kontrollüberzeugung - Sicheres Bindungsverhalten
Eiternebene: <ul style="list-style-type: none"> - Minderjährige - Geringe Bildung - Eigene Erfahrung von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung - Alleinerziehende - Männliches Geschlecht (Täter bei sexuellem Missbrauch) - Arbeitslosigkeit 	Familieebene: <ul style="list-style-type: none"> - Mindestens eine stabile Bezugsperson - Unterstützendes familiäres Umfeld - Zusammenhalt in der Familie - Hoher sozioökonomischer Status
Gesellschaftliche Ebene: <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Isolation - Armut - Beengte Wohnverhältnisse 	Gesellschaftliche Ebene: <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Unterstützung durch Freunde - Normen - Soziale Unterstützung durch Erwachsene außerhalb der Familie

Witt et al., 2013



Debriefing: Einzelsitzung



- Meta-Analyse: Einzelsitzung: Debriefing innerhalb eines Monats nach Trauma:
- 7 kontrollierte Studien:
- PTSD Symptome werden in Kontrollgruppen besser (ES: 0,47), nicht in Debriefing Gruppen

van Emmerik et al., 2003

Debriefing: Einzelsitzung



- Cochrane Review (15 Studien)
- *„Psychologisches Debriefing ist äquivalent zu oder schlechter als Kontrollbedingungen oder Psychoedukation in der Prävention oder Reduktion der Schwere von PTBS, Depression, Angststörungen und genereller psychologischer Morbidität. Es gibt einige Hinweise, dass es das Risiko einer PTBS und Depression erhöht. Die routinemäßige Anwendung von Debriefing in Einzelsitzungen an nicht vor-selektierten Trauma-Opfern wird nicht unterstützt. Es wurde keine Evidenz für die Wirksamkeit dieser Prozedur gefunden“*



Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Review)

Rose SC, Bisson J, Churchill R, Hooley S

Rose et al., 2002

Zu wenig Sitzungen?



- Cochrane Review (11 Studien): mehrere Sitzungen innerhalb von 3 Monaten nach Trauma mit allen Beteiligten
- *„Die Ergebnisse zeigen keine Evidenz, die eine Intervention für alle Beteiligten stützt. Es gab einige Hinweis, dass Interventionen mit mehreren Sitzungen zu einem schlechteren Ergebnis führen können als keine Intervention.“*



Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder (Review)

Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI

Roberts et al., 2010

Erklärungsmodelle



- Opfer können als erstes nicht mit denen reden, mit denen sie sprechen wollen
- Stressbelastung nach Trauma ist normal, durch professionelle Hilfe wird es zum pathologischen Symptom
- Hohe Remissionsraten v.a. nach Naturkatastrophen (60%; Morina et al., 2014)
- Traumastimuli: keine Zeit für Habituation: keine Sensibilisierung
- Es nehmen Leute mit und ohne Risiko für PTSD teil: Verfälschung der Effekte

Van Emmerik et al., 2003

Akut-Traumatherapie



- Cochrane Review (15 Studien): Patienten mit Symptomen
- „Die Anwendung von Trauma-fokussierter Verhaltenstherapie bei diesen Patienten wird durch die vorhandene Evidenz gestützt, auch wenn die identifizierten Studien potentielle Verzerrungen enthalten, was bedeutet, dass sie zurückhaltend interpretiert werden sollten“



Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms (Review)

Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI

Roberts et al., 2012

Was hilft bei Kindern?

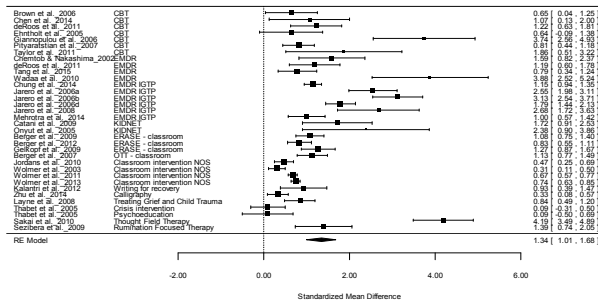


- Systematisches Review: Studien 2002-2016 über Kinder und Großschadensereignisse, Katastrophen (alle TN erlebten gleiche man-made oder natural disaster): 32 Studien, 3 nicht randomisiert
- Meistens 9h (SD: 8) Dauer
- Ereignisse:
 - 14 Studien über Terrorereignisse
 - 15 über Naturkatastrophen
 - 3 über Großschadensereignisse
- Interventionen:
 - EMDR: 10
 - Interventionen im Klassenzimmer: 8
 - CBT: 6
 - KIDNET: 2
- Setting:
 - Gruppe: 24
 - Individuell: 8

Brown et al., 2017

Was hilft bei Kindern?

- Über alle Studien: große Effektstärken für PTSD Symptomatik: ($g=1.34$, $CI=1.01-1.68$) im prä-post Vergleich
- Große Heterogenität ($Q = 394.98$, $p<.0001$), dennoch alle mit positiven Effektstärken $g=.09$ bis $g=4.19$



Brown et al., 2017

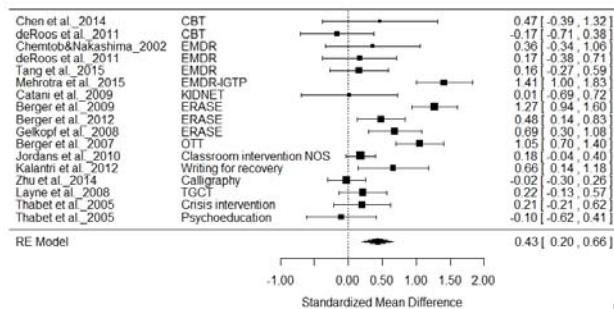
Spezifische Verfahren

- Unterschied zw. Verfahren in Effektstärken ($F=4.81$, $p=.004$):
- KIDNET: $M=1.77$ ($SD=1.11$)
- EMDR: $M=1.24$ ($SD=11.78$)
- CBT: $M=.85$ ($SD=3.9$)
- Interventionen in der Klasse: $M=.69$ ($SD=19.74$)
- Stärkere Effekte wenn "Psych*" Spezialisten Therapie durchführten als Lehrer oder Laien Helfer

Brown et al., 2017

Nur RCTs

- Behandlungen waren Kontrollgruppen überlegen ($g=.43$, $CI=.20-.66$)
- Kein Unterschied zwischen Verfahren
- Gruppensettings: höhere Effektstärken



Brown et al., 2017

TF-KVT: Grundzüge

- Komponenten-basiert
- anpassbar und flexibel
- therapeutische Beziehung ist zentral
- Selbstwirksamkeit wird betont
- familienorientiert
- kindzentrierte Elternsitzungen parallel zu Kindersitzungen
- durch gleichen Therapeuten
- Achtung für kulturelle Werte

TF-KVT: Komponenten



- Wöchentlich eine Doppelstunde unter Einbezug einer nicht misshandelnden, vertrauensvollen Bezugsperson
- **Komponenten:**
 1. Psychoedukation & Elternfertigkeiten
 2. Entspannung
 3. Ausdruck und Modulation von Affekten
 4. Kognitive Verarbeitung und Bewältigung
 5. Trauma Narrativ
 6. Kognitive Verarbeitung und Bewältigung II
 7. In vivo Bewältigung von traumatischen Erinnerungen
 8. Gemeinsame Eltern-Kind Sitzungen
 9. Förderung künftiger Sicherheit und Entwicklung

EMDR



- Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- (nach Francine Shapiro)
- *„Eine EMDR-Sitzung ist vergleichbar mit einer Zugreise: Die Patientinnen und Patienten fahren noch einmal an dem Geschehen vorbei – aber aus sicherer Distanz und in Begleitung ihrer Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Im weiteren Verlauf der Sitzung verblasst die belastende Erinnerung Stück für Stück und die Symptome des Traumas werden aufgelöst.“*
(www.emdria.de)

KID-NET



- Narrative Expositionstherapie (NET):
 - Ursprünglich zur Behandlung von Opfern organisierter Gewalt (auch Folter) und zur Behandlung von Kriegsflüchtlingen.
- Kombination aus zwei verschiedenen Therapieverfahren:
 - Testimony Therapy: detaillierte Dokumentation der vollständigen Lebensgeschichte
 - Verhaltenstherapie: Exposition vs. belastende Erinnerungen

UMF und psychische Belastung



- UMF besonders vulnerabel: bis zu 97% potentiell traumatische Erfahrungen
- Prävalenz für eine posttraumatische Stresssymptomatik:
 - 17-62% (m), bzw. 71% (w).
- Vollbild PTBS: 20-30% der UMF
- Prävalenz weiterer psychischer Störungen: 42-56%
- V.a. Depressionen (9-44%), Angststörungen (18-38%) und externalisierende Störungsbilder (2-5%).
- Auch alltägliche Stressoren im Gastland, bedeutende Rolle für Aufrechterhaltung der psychischen Belastung
- UMF (n=103, Belgien) tägliche Stressoren ausschlaggebend für PTSD, Depression, Angststörungen

Witt et al., 2015; Kindheit & Entwicklung
 Vervliet et al., 2014; European Child Adolesc Psychiatry

