

Aktuelle Kontroverse

Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra*

Marc Schmid¹, Jörg M. Fegert² und Franz Petermann³

¹ Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel

² Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Ulm

³ Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

Zusammenfassung. Es wird die aktuelle Diskussion um die Aufnahme der Diagnose einer Traumaentwicklungsstörung in das DSM-V aufgegriffen und die Pro- und Contraargumente einer solchen Diagnose gegenübergestellt. Befürworter der Traumaentwicklungsstörung argumentieren, dass viele gut erforschte Traumafolgen mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung nur unzureichend beschrieben werden. Gerade Opfer von schweren und sequentiellen Kindheitstraumata entwickeln häufig eine Breitbandsymptomatik mit vielen komorbiden psychischen Störungen. Die klinische Evidenz zeigt, dass diese sehr schwer zu behandelnde Patientengruppe von einem spezifischen traumatherapeutischen Zugang profitiert. Gegen diese Diagnose spricht, dass mit der Einführung einer solchen Diagnose, die in den Diagnosesystemen verlangte rein deskriptive Beschreibung von Symptomen verlassen wird und ätiologische Aspekte in den Vordergrund treten, zudem könnten komorbide Störungen mit ihren biologischen Aspekten übersehen werden. Abschließend werden Implikationen, die sich aus einer solchen Diagnose ergeben, erörtert. Dabei wird auch eine dimensionale Erfassung dieser Symptomatik angedacht.

Schlüsselwörter: Traumaentwicklungsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Entwicklungspsychopathologie, Dissoziation, Komorbidität

Developmental trauma disorder: Pros and cons

Abstract. This article takes up the current debate about the diagnosis “developmental trauma disorder” and discusses the pros and cons of this diagnosis. Victims of abuse neglect and maltreatment in childhood often develop a wide spectrum of psychopathology with different comorbid mental disorders. The proponents of this diagnosis argue that the posttraumatic stress disorder can not describe all the consequences of severe and complex traumatization. Clinical experience shows that this difficult-to-treat group of patients will benefit from trauma therapy treatment approaches. Arguments against the diagnosis of developmental trauma disorder include the fact that it would force current diagnostic systems to deviate from the present, purely descriptive basis and emphasize etiology. Furthermore, comorbidity and biological aspects the disorder could be underdiagnosed using such a complex disorder. Finally, the implications are discussed and a dimensional approach to the diagnosis of developmental trauma disorder is proposed.

Key words: developmental trauma disorder, posttraumatic stress disorder, developmental psychopathology, dissociation, comorbidity

Die Einführung der Posttraumatischen Belastungsstörung in die psychiatrischen Diagnosesysteme war ein wichtiger Meilenstein, da so erstmals ein klarer Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen und einer psychischen Erkrankung hergestellt wurde. Die Aufnahme der Posttraumatischen Belastungsstörung wäre vermutlich ohne die breite gesellschaftliche Basis der Friedensbewegung während des Vietnamkriegs und die damit einhergehende Sensibilisierung für die psychischen Folgen von traumatischen Kriegserlebnissen nicht möglich gewesen. Dieser Zusammenhang wurde lange Zeit sehr tabuisiert, wie man insbesondere an den unmenschlichen Behandlungsmethoden für die „Kriegsneurosen“ während des ersten Weltkriegs (vgl.

Riedesser & Verderber, 2004) und der damals ernsthaft geführten wissenschaftlichen Diskussion (z. B. Jolowicz 1917; Sauer, 1917) um die Ursachen der Kriegsneurosen ersehen kann.

Auch die Psychoanalyse, Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie tat sich lange Zeit schwer, die Folgen von Traumatisierung anzuerkennen (Streeck-Fischer et al., 2009). Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, die häufig unmittelbar mit den Folgen von Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und Missbrauch konfrontiert sind, war der Zusammenhang zwischen Traumatisierung und der Entwicklung von psychischen Störungen schon immer besonders einleuchtend und es wurden große Hoffnungen auf

* Beide Letztautoren haben einen gleichwertigen Beitrag zu diesem Artikel geleistet.

eine Diagnose gesetzt, welche diese entwicklungspsychopathologischen Zusammenhänge abbilden kann.

Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung konnte die hohen Erwartungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie aber nicht in vollem Umfang erfüllen, zeigte sich doch, dass die Diagnosekriterien für die einfache PTSD sehr stark auf die Symptome von erwachsenen Patienten zugeschnitten und auf jüngere Kinder nicht ohne Weiteres anzuwenden sind, weshalb bis heute Optimierungsvorschläge für die stärkere Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte für die Vergabe einer Posttraumatischen Belastungsstörung diskutiert werden (vgl. Riedesser, 2005; Simons & Herpertz-Dahlmann, 2008). Fast alle Symptome erfordern zudem eine sprachliche Umschreibung (Scheeringa et al., 2003), was die Anwendung auf jüngere Kinder immens erschwert. Im Kindesalter sind Posttraumatische Belastungsstörungen daher oft schwer zu diagnostizieren; insbesondere intrusive Erinnerungen und Hypervigilanz treten bei Kindern viel versteckter auf und sind schwerer zu explorieren (Hoffmann & Besser, 2005; Scheeringa et al., 2003).

Als ein gravierenderes Problem kristallisierte sich aber heraus, dass sich die Posttraumatische Belastungsstörung gut eignet, einzelne klar umschriebene traumatische Erlebnisse und deren Folgen zu erfassen. Traumatisierung und Vernachlässigung treten im Kindesalter aber zumeist nicht isoliert sondern in Umwelten auf, die verschiedenste psychosoziale Risikofaktoren akkumulieren. 80% der traumatischen Ereignisse von Kindern und Jugendlichen erfolgen in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld (Euser et al., 2009; Finkelhor et al., 2007, 2009). Familien, in denen die Kinder vernachlässigt, körperlich misshandelt oder sexuell missbraucht werden, weisen sehr häufig, aber nicht immer, noch andere Risikofaktoren, wie psychische Erkrankung der Eltern, Armut, beengte Wohnverhältnisse, soziale Isolation auf (Euser et al., 2009; Kienberger Jaudes & Mackay-Bilharver, 2008; Larson et al., 2008). Leider scheinen kindliche Traumatisierungen auch das Risiko für weitere traumatische Ereignisse auf dem Lebensweg wesentlich zu erhöhen (Classen et al., 2005; Widom et al., 2008).

Viele schwer misshandelte, sexuell missbrauchte und deprivierte Kinder, die über längere Zeiträume hinweg immer wieder traumatische Erfahrungen (chronische bzw. sequentielle Traumatisierung) durchlebten, werden daher mit dieser Diagnosekategorie nicht gut erfasst. Sie erfüllen die Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung in ihrer Reinform häufig nicht, weisen aber oft einzelne Symptome auf. Sie zeigen in der Regel eine Vielzahl von anderen psychopathologischen Symptomen (Copeland et al., 2007; Koenen et al., 2008; Pelcovitz et al., 2000; Rosner & Nagl, 2008), die häufig bis ins Erwachsenenalter persistieren, weshalb auch aus der Erwachsenenpsychiatrie die Forderung kam, die spezifische

Symptomatik jener Patienten, die besonders schwere interpersonelle traumatische Erfahrungen über einen längeren Zeitraum durchlebt haben, besser und systematischer zu beschreiben.

Einen der einflussreichsten Verbesserungsvorschläge bildete das Konzept von Leonore Terr (1991), die im Prinzip die aktuelle Diskussion über einfache und komplexe PTSD bereits vorwegnahm. Terr unterscheidet zwischen einmaligen, umgrenzten, eher öffentlichen Traumatisierungen wie Unfällen, Naturkatastrophen, Kriegserlebnissen (Typ I) und einer Reihe von miteinander verknüpften, sequentiellen Traumata, wie Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch, die oft durch nahestehende Personen heimlich und über einen längeren Zeitraum erfolgen (Typ II). Die psychopathologischen Auswirkungen von Typ-I-Traumatisierungen sind oft klassische Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung, wohingegen die Folgen von sequentiellen Traumatisierungen häufig eine Störung der gesamten Persönlichkeitsentwicklung und eine breite Palette an psychopathologischen Symptomen zur Folge haben können.

Terr (1991) beschreibt u. a. Dissoziationsneigung, mangelhafte Selbstwirksamkeitserwartungen, Probleme mit der Emotionsregulation, Somatisierung sowie Veränderungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung als direkte Folge der chronischen Traumatisierung, die die Vielfalt der Symptome, unter welchen diese Patientengruppe leidet, gut erklären kann.

Weshalb die Symptome systematisiert wurden und die Diagnose einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung sowohl für das Erwachsenenalter (z. B. van der Kolk et al., 2005; Sack, 2004; Boroske-Lehner, Hofmann & Sack, 2008) als auch das Kindesalter beschrieben wurde (Cook et al., 2003). Die Entwicklungsverläufe von vielen sequentiell traumatisierten Patienten (die zudem häufig viele biologische Risikofaktoren aufweisen) offenbaren fast regelhaft, dass die Patienten bereits als Säuglinge unter Regulationsstörungen litten, im Vorschulalter eine Bindungsstörung mit/oder ohne Enthemmung diagnostiziert worden wäre, im Schulalter dann vermutlich eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens oder eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen in der Adoleszenz, dann eine Persönlichkeitsstörung, nicht selten in Kombination mit Substanzmissbrauch, selbstverletzendem Verhalten und affektiven Störungen, so dass im Sinne einer Entwicklungsheterotopie (Fegert et al., in press) davon auszugehen ist, dass sich dieselben grundlegenden Defizite (z. B. in der Emotionsregulation, Selbstwirksamkeitserwartung, Dissoziationsneigung, Bindung) in unterschiedlichen Entwicklungsstufen ganz unterschiedlich auswirken, und dort alterstypische psychopathologische Symptome zur Folge haben (De Bellis, 2001; vgl. Abb. 1).

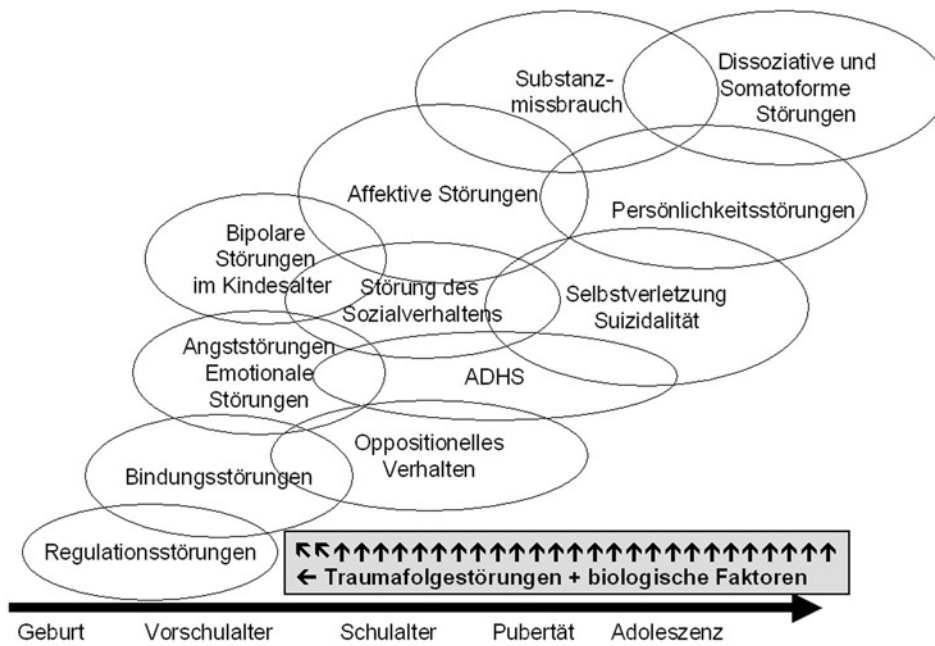


Abbildung 1. Entwicklungsheterotopie von Traumafolgestörungen.

Leider beziehen sich diese Übersichtsarbeiten zum Großteil auf Querschnittstudien, was zeigt, dass gute Längsschnittstudien in diesem Bereich noch sehr rar sind, vermutlich da sie neben dem immensen Aufwand auch viele ethische Problem aufwerfen.

Aufgrund solcher Entwicklungsverläufe von empirischen Befunden, die darlegen, dass die meisten schweren sequentiellen Traumatisierungen bereits im Kindesalter beginnen und das Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung negativ mit dem Schweregrad der Symptomatik korreliert, gibt es Bestrebungen, diesen Entwicklungsaspekt von Traumafolgestörungen stärker zu betonen und deshalb die Diagnose der Traumaentwicklungsstörung einzuführen (vgl. De Bellis, 2001; Maercker, 2004; Streck-Fischer, 2006; van der Kolk, 2005).

Diagnosekriterien und Symptombereiche

Für die Aufnahme in das DSM-V wurden von van der Kolk et al. (2009) nun folgende diagnostische Kriterien für eine Traumaentwicklungsstörung vorgeschlagen, wobei drei Symptombereiche unterschieden werden:

- Symptome affektiver und physiologischer Dysregulation / Dissoziation,
- Probleme bei der Verhaltens- und Aufmerksamkeitssteuerung,
- Schwierigkeiten der Selbstwertregulation und Beziehungsgestaltung.

Hinzukommen noch Symptome der einfachen Posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Kasten 1):

Symptome affektiver und physiologischer Dysregulation/Dissoziation. Die Kernsymptome beinhalten Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation. Ursächlich für die heftige emotionale Dysregulation geht man davon aus, dass sich durch eine chronische Aktivierung der stress- und emotionsverarbeitenden neurobiologischen Systeme dort entsprechende Bahnungen bilden, die zu einer schnelleren Aktivierung der beteiligten Neurotransmitter- sowie neuroendokriner Systemen beitragen (Überblick bei van der Kolk et al., 2002; De Bellis, 2005). Sehr viele Studien deuten darauf hin, dass sich die Fähigkeit der Emotionsregulation, insbesondere der Emotionserkennung von traumatisierten Kindern, deutlich von Kindern ohne solche belastenden Erfahrungen unterscheidet (Cicchetti & Toth, 1995; Petermann & Wiedebusch, 2002; Pollak et al., 2002; Smith & Walden, 1999; Shields & Cicchetti, 2009).

Personen mit Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation reagieren einerseits schneller und heftiger auf emotionale Reize, andererseits brauchen sie auch länger, um sich nach einer emotionalen Reaktion wieder zu beruhigen, wie vor allem Studien an Erwachsenen mit Borderlinestörungen zeigten (Domes et al., 2009; Herpertz & Sass 2000; Schore, 2001). Negative emotionale Reaktionen scheinen bei den Borderlinepatienten im Alltag leichter auszulösen zu sein (Ebner-Priemer et al., 2006, 2007; Schmid, Schmeck & Petermann, 2008).

Dissoziation zeichnet sich durch eine Einstellung der Außenwahrnehmung und einen tranceartigen Zustand, der mit einem Verlust des Körper- und Zeitgefühls, der räumlichen Orientierung, der Mimik, der Schmerzwahrnehmung und oft mit einem Derealisationserleben einhergeht, aus. Im Rahmen von Dissoziation bestehen Er-

*Kasten 1. Diagnosekriterien für eine Traumaentwicklungsstörung***A. Traumatische Erfahrungen und Vernachlässigung**

Das Kind, der Jugendliche oder Erwachsene erlebte über mindestens ein Jahr hinweg mehrere extrem belastende Lebensereignisse und/oder wurde Opfer von interpersoneller Gewalt. Die belastenden Lebensereignisse beginnen in der Kindheit oder dem frühem Jugendalter.

- 1) Direkte, wiederholte traumatische Erfahrung von schwerer zwischenmenschlicher Gewalt (inkl. sexueller Missbrauch).
- 2) Ernsthafte Unterbrechung der schützenden und fürsorglichen Versorgung des Kindes, wiederholte Trennungen von der Hauptbezugsperson, schwerer und überdauernder emotionaler Missbrauch.

B. Affektive und physiologische Dysregulation

Das Kind weist für seinen Entwicklungsstand deutlich beeinträchtigte Fertigkeiten im Bereich Erregungs- und Emotionsregulation auf. Dies beinhaltet mindestens zwei der folgenden Verhaltensweisen:

- 1) Unfähigkeit extreme Gefühlszustände (z. B. Angst, Scham, Ärger) zu modulieren, zu tolerieren und sich in solchen emotionalen Situationen selbständig wieder zu beruhigen.

Dies beinhaltet schwere und anhaltende Wutanfälle oder Fixierung auf die negative Emotion mit Dissoziation (z. B. Erstarren vor Angst).

- 2) Schwierigkeiten bei der Regulation von körperlichen Funktionen und Sinneswahrnehmungen (z. B. persistierende Schlafstörungen, Schwierigkeiten bei der Ausscheidung, wechselnder Appetit, Hypo- und/oder Hyperreaktivität auf Berührungen, Gerüche, Geräusche, Desorientierung bei Übergängen im Alltag).
- 3) Verminderte Bewusstheit für Sinneseindrücke, Emotionen und körperliche Zustände.
- 4) Eingeschränkte Fähigkeiten eigene Emotionen oder körperliche Zustände zu beschreiben.

C. Schwierigkeiten der Aufmerksamkeits- und Verhaltenssteuerung

- 1) Beschäftigung mit Bedrohungen und potentieller Gefahr oder eingeschränkte Fähigkeit, Gefahren wahrzunehmen, einschließlich der Missdeutung und Fehlinterpretation von sicherheitsrelevanten Hinweisreizen.
- 2) Eingeschränkte Fähigkeit sich selbst zu schützen, einschließlich Hochrisikoverhaltensweisen und Sensation Seeking.

- 3) Problematische Versuche der Selbstberuhigung (z. B. Stereotypen, rhythmische Bewegungen, zwanghaftes Masturbieren).

- 4) Habituelles oder reaktives selbstverletzendes Verhalten.

- 5) Unfähigkeit zielgerichtetes Verhalten zu initiieren oder aufrechtzuerhalten.

D. Schwierigkeiten der Selbstregulation und Beziehungsgestaltung

Das Kind weist für seinen Entwicklungsstand ein unterentwickeltes Bewusstsein für seine persönliche Identität und Verstrickung in Beziehungen auf:

- 1) Intensive Beschäftigung mit der Sicherheit von Bezugspersonen oder anderen geliebten Personen (beinhaltet altersunangemessenes Fürsorgeverhalten). Schwierigkeiten, Trennungen von Bezugspersonen zu tolerieren und ablehnendes oder ignorierendes Verhalten beim Wiedersehen nach Trennungen.

- 2) Persistierendes negatives Selbstbild, Abscheu vor der eigenen Person, Ohnmachtsgefühle, Gefühle der Hilflosigkeit, Wertlosigkeit. Insuffizienzgefühle, Selbstwirksamkeit und Schadhafteit.

- 3) Extremes und überdauerndes Misstrauen, Widerstand oder Mangel an Reziprozität in vertrauten sozialen Beziehungen mit Gleichaltrigen und Erwachsenen.

- 4) Reaktive verbale oder körperliche Aggression gegenüber Gleichaltrigen, Bezugspersonen oder anderen Erwachsenen.

- 5) Unangemessene (exzessive und promiske) Versuche vertraute/intime Kontakte herzustellen (dies kann sexuelle oder körperliche Intimität beinhalten, ist aber nicht auf diese beschränkt). Übermäßiges Zutrauen zu weitestgehend unbekanntem Erwachsenen und Gleichaltrigen (ohne Rückversicherung bei Bezugspersonen).

- 6) Eingeschränkte Fähigkeit, Empathie zu regulieren, z. B. eingeschränkte Empathiefähigkeit und Intoleranz gegenüber dem Leiden, dem Ausdruck von Unbehagen oder negativen Gefühlen von anderen Personen oder übertriebene Ansprechbarkeit und Beschäftigung mit dem Leiden von anderen Menschen.

E. Posttraumatische Belastungsstörung

Das Kind weist mindestens ein Symptom in mindestens zwei der drei Symptomclustern (B, C oder D) der Posttraumatischen Belastungsstörung auf.

F. Dauer der Symptomatik

Mindestens ein Symptom der Traumaentwicklungsstörung aus den Bereichen B, C & D persistiert über sechs Monate.

G. Teilhabebeeinträchtigung

Die Schwierigkeiten wirken sich auf mindestens zwei der folgenden Funktionsbereiche aus.

Schule: Leistungsprobleme, Klassenwiederholungen, Umschulungen, Disziplinprobleme, Konflikte mit Schulpersonal, Schulvermeidendes Verhalten, Schulausschluss, Lernstörungen, die nicht oder nicht nur mit klassischen Teilleistungsstörungen erklärbar sind.

Familie: Konflikte, Vermeidung, Passivität, Weglaufen, Versuche, Familienmitglieder emotional oder körperlich zu verletzen, Nicht Erfüllen von wichtigen familiären Verpflichtungen.

Gleichaltrigengruppe: Isolation, Vermeidung, permanente Konflikte mit Gleichaltrigen, Beteiligung an Gewalttaten oder Risikoverhaltensweisen, deviante Gleichaltrigengruppe, altersinadäquate Peergruppe.

Kriminalität: Sich steigende Delikte, Anklagen, Inhaftierungen, Arreste, Vorstrafen, Missachtung des Gesetzes und moralischer Standards.

Gesundheit: Körperliche Symptome, die nicht vollständig durch somatische Degeneration oder Verletzungen erklärt werden können. Verdauungstrakt, neurologische Erkrankungen, Unterleibschmerzen, kardiovaskuläre oder Atemwegs-Symptome, propriozeptive Probleme, schwere Kopfschmerzen (inkl. Migräne), chronische Schmerzen oder chronische Müdigkeit.

innerungslücken für eigene Handlungen und beobachtete Handlungen von anderen Menschen. In dissoziierten Zuständen ist Lernen und eine Informationsaufnahme kaum möglich, wie man nun auch in Experimenten nachweisen konnte (Stiglmayr et al., 2008). Lynch et al. (2008) konnten aufzeigen, dass eine Reduktion der Dissoziationsneigung den Erfolg einer ambulanten Psychotherapie positiv beeinflusst.

Summit (1983) beschrieb Fertigkeiten, die Kinder einsetzen, um sexuellen Missbrauch zu bewältigen, wobei er von kindlichen dissoziativen Zuständen berichtet, wie Kinder, die beschreiben neben sich zu treten und das Geschehen von außen beobachten. Ungefähr 10% der Menschen reagieren auf ein Trauma sofort mit einer erhöhten Dissoziationsneigung. Bei wiederholten Traumatisierungen reagieren aber bereits 50% mit Dissoziation (Overkamp, 2002; Merckelbach & Muris, 2001; Zucker et al., 2006). Für die Neigung auf traumatische Lebensereignisse mit Dissoziation zu reagieren, ist neben einer genetischen Disposition wohl auch die Häufigkeit und Art der Traumatisierung von großer Bedeutung.

Die Dissoziationsneigung stellen einen Prädiktor dafür dar, ob jemand nach einem traumatischen Lebensereignis eine posttraumatische Belastungsreaktion entwickelt (Brewin et al., 2000; Tuulikku Kultalahti & Rosner, 2008).

So weisen körperlich misshandelte oder sexuell missbrauchte Schulkinder eine deutlich höhere Dissoziationsneigung auf (Macfie et al., 2001). Insbesondere eine extreme psychosoziale Belastung der Familie und eine emotional negativ aufgeladene Familienatmosphäre scheinen das Ausmaß der Dissoziationsneigung zu bestimmen (DiTomasso & Routh, 1993). Auch die Frage, wie suggestibel jemand für narrative Geschichten, Bilder

und Phantasien ist, hat in der Allgemeinbevölkerung einen großen Einfluss auf die Dissoziationsneigung (Merckelbach et al., 1999).

Somatisierung, Körper- und Sinneswahrnehmung.

Die gesamte Körperwahrnehmung ist bei vielen chronisch traumatisierten Menschen offensichtlich nachhaltig beschädigt (Haaf et al., 2001; Joraschky et al., 2005). Eine gute Körperwahrnehmung hilft vermutlich aber auch bei der Emotionserkennung, -verarbeitung und dem Emotionsausdruck (Downing, 2006).

Bei vielen traumatisierten Menschen mit starker Dissoziationsneigung scheint die Schmerzrezeption in Anspannungszuständen deutlich geringer ausgeprägt zu sein (Ludäscher et al., 2007; Klossika et al., 2006). Mehrere Untersuchungen zeigen deutliche Unterschiede bezüglich der auditiven Wahrnehmung (Maercker et al., 2003). Insgesamt scheinen die Körperwahrnehmung, die Sinneswahrnehmung sowie die Fähigkeit zum Genuss und die Fokussierung auf positive Sinneswahrnehmungen wie Geschmack, Musik etc. deutlich unterentwickelt zu sein.

Studien zeigen einen deutlichen Zusammenhang von frühen Vernachlässigungserfahrungen, Unterernährung und somatischen Zivilisationskrankheiten (Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten, Diabetes) im Erwachsenenalter (Barker, 1997). Außerdem gibt es mehrere Anzeichen dafür, dass Posttraumatische Belastungsstörungen nicht nur mit einer höheren Vulnerabilität für komorbide psychische Störungen einhergehen, sondern auch viele (psycho-)somatische Krankheiten viel häufiger bei traumatisierten Menschen auftreten (Dobie et al., 2004; Seng et al., 2005). Viele traumatisierte Kinder leiden unter massiven Schlaf- und Regulationsstörungen (Martin et al., 2007; Noll et al., 2006).

Schwierigkeiten bei der Verhaltens- und Aufmerksamkeitssteuerung. Kaum ein anderes Symptom weist so eine Nähe zur Traumatisierung, insbesondere zu sexuellem Missbrauch, auf wie selbstverletzendes Verhalten (Petermann & Nitkowski, 2008). Über 80% der repetitiven Selbstverletzer geben traumatische Erlebnisse in ihrer Lebensgeschichte an (Nock & Kessler, 2006). In Anbetracht der hohen Prävalenz dieser Symptomatik unter Jugendlichen (Plener et al., 2009) müssen aber Subgruppen von periodischem und repetitiven selbstverletzendem Verhalten unterschieden werden (vgl. Nitkowski & Petermann, 2009), die bezüglich ihrer traumatischen Vorbelastung nicht zu vergleichen sind. Die Zusammenhänge zwischen Selbstverletzung und Traumatisierung beschreiben van der Kolk et al. (1991). Vermutlich hat selbstverletzendes Verhalten häufig die Funktion, die Emotionsregulation zu unterstützen und die damit einhergehenden, dissoziativen Zustände und emotionalen Anspannungszustände zu beenden (Klonsky, 2007; Nock & Prinstein, 2004). Eine Studie von Glassman et al. (2007) ergab, dass Traumatisierungen vor allem dann zu Selbstverletzungen führen, wenn Scham und Selbstwürfe in Selbsthass umschlagen. Posttraumatische Syndrome gehen eng mit suizidalen Gedanken einher und weisen mit die höchsten Suizidraten von allen psychischen Störungen auf (Afifi et al., 2009).

Das Konzept der erlernten Hilflosigkeit wird häufig bemüht (Seligman, 2000), um zu erklären, warum sich Menschen, die einer traumatischen Erfahrungen ausgeliefert waren, später in anderen Situationen, die sie theoretisch bewältigen könnten, häufig ebenfalls derart passiv verhalten. Offensichtlich können traumatische Erfahrungen zu einem überdauernden Selbstkonzept der mangelnden Selbstwirksamkeit beitragen. Vermutlich spielen aber neben dem Selbstbild auch die Dissoziationsneigung, die Impulsivität und das Nicht-Erlernen von Hinweisreizen, die auf Gefahr hindeuten, eine Rolle, dass sich in der Kindheit traumatisierte Menschen oft nicht gut schützen können und derart häufig erneut Opfer von interpersoneller Gewalt werden (Classen et al., 2005; Widom et al., 2008).

Gerade Kinder, die sexuellen Missbrauch erfahren haben, scheinen sich mehr mit ihrer Sexualität zu beschäftigen, sexualisiertes Verhalten zu zeigen und teilweise vermehrt fast zwanghaft zu masturbieren (Elkovitch et al., 2009; Wells et al., 1995).

Mehrere Überblicksarbeiten schließen, dass impulsive jugendliche Hochrisikoverhaltensweisen (wie z.B. ungeschützte Sexualkontakte, riskantes Verhalten im Straßenverkehr, Mitführen von Waffen) besonders häufig bei traumatisierten Jugendlichen auftreten (Shafti et al., 2009). Insbesondere der frühe Substanzkonsum scheint mit Impulsivität und psychosozialen Risikofaktoren einherzugehen (Blomeyer et al., 2008; Schmid & Laucht, 2008).

Studien an schwer deprivierten rumänischen Waisenkindern zeigten, dass ohne ein Mindestmaß an Anregung in

einer sensiblen Phase die kognitive Entwicklung nachhaltig beeinträchtigt bleibt (Beckett et al., 2007; Colvert et al., 2007; Rutter, 2007). Besonders stark betroffen sind vor allem die exekutiven Funktionen wie die Aufmerksamkeitsspanne, Ablenkbarkeit, die Fähigkeit, Aufgaben seriell zu zergliedern und Pläne zu schmieden. Die Symptome ließen sich aber eindeutig von einer klassischen ADHS abgrenzen (Kreppner et al., 2002). Beers und De Bellis (2002) haben die Intelligenztestprofile von traumatisierten Kindern untersucht und dabei ebenfalls festgestellt, dass diese Kinder ganz spezifische Auffälligkeiten im Bereich der exekutiven Funktionen aufweisen. Diese Befunde deuten auf neuropsychologischer Ebene darauf hin, dass dadurch die Fähigkeit der Selbststeuerung auch bei komplexeren Verhaltensweisen im Alltag eingeschränkt sein könnte.

Schwierigkeiten der Selbstregulation und Beziehungsgestaltung. 80% der traumatisierten (körperlich misshandelten) Kinder weisen einen desorganisierten Bindungsstil auf (Hipwell et al., 2002; Muller et al., 2000; van Ijzendoorn et al., 1999). Misshandelte und vernachlässigte Kinder entwickeln häufig hoch unsichere Bindungsrepräsentationen (Kim & Cicchetti, 2004; Weinfield et al., 2000) und zeigen promiskuitives, wenig selektives Bindungsverhalten zu Erwachsenen (Colvert et al., 2007; O Connor & Rutter, 2000; Rutter et al., 2007).

Bindung ist dabei auch ein Resilienzfaktor dafür, nach einem traumatischen Ereignis keine Traumafolgestörung zu entwickeln. Die emotionale Unterstützung direkt nach einem traumatischen Ereignis reduziert die Wahrscheinlichkeit, eine PTBS zu entwickeln (Brewin et al., 2000; Tuulikki Kuitalahti & Rosner, 2008). Außerdem erhöhen positive Beziehungserfahrungen die Chancen auf Behandlungserfolg von psychosozialen Interventionen (Skodol et al., 2007).

Bei traumatisierten Kindern scheint sich die gesamte Wahrnehmung von sozialen Situationen zu verändern; sie scheinen verständlicherweise auf potentiell bedrohliche Reize sensibilisiert. Dodge und Schwartz (1997) konnten zeigen, dass traumatisierte Kinder neutrales Verhalten anderer Menschen eher als feindselig interpretieren und darauf häufiger aggressiv mit Angst und vermutlich auch mit Dissoziation reagieren. Außerdem reagieren misshandelte Kinder stärker und impulsiver auf negative emotionale Gesichtsausdrücke, vor allem auf Ärger (Pollak et al., 2003; Pollak & Sinha, 2002; Masten et al., 2008). Diese Übersensibilität für potentiell bedrohliche Reize führt dann häufig zu aggressiven Reaktionen (Cullerten-Sen et al., 2008; Maughan & Cicchetti, 2002).

Bei der Betrachtung der Interaktionsschwierigkeiten von traumatisierten Menschen sollte man auch bedenken, dass andere Menschen auf deren Sozialverhalten, ihre oft eingeschränkte Mimik und Gestik sowie ihre Probleme in der Emotionsregulation auch reagieren und sich dadurch die Interaktionsschwierigkeiten noch verstärken können.

Sehr häufig entwickeln gegenseitig traumatisierte Menschen auch massive Selbstvorwürfe und Schuld- und Schamgefühle (z.B. Wyatt & Newcomb, 1990). Die Entwicklung eines gesunden Selbstkonzeptes ist bei traumatisierten Menschen wesentlich erschwert. Die Auswirkungen von Misshandlung und Vernachlässigung auf eine ungünstige Selbstwertentwicklung (Selbstinsuffizienz, Schadhafte) konnten auch in aufwendigen Längsschnittuntersuchungen aufgezeigt werden (Kim & Cicchetti, 2003, 2004). Eine andere Studie von dieser Arbeitsgruppe (Kim et al., 2009) ergab, dass Schamgefühle aufgrund einer Traumatisierung in der Kindheit noch im Erwachsenenalter für viele interpersonelle Probleme verantwortlich sind.

Mehrere Studien haben sich intensiv mit der Frage der Empathieentwicklung, der „Theory of Mind“ und Mentalisierungsfähigkeit von traumatisierten und schwer vernachlässigten Kindern beschäftigt. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme war häufig deutlich eingeschränkt (Pears & Fischer, 2005; Pears & Moses, 2003).

Die Möglichkeiten der Perspektivenübernahme im Sinne der „Theory of Mind“ waren umso geringer ausgeprägt je länger die Kinder Deprivationsbedingungen ausgesetzt waren (Colvert et al., 2008). Im Sinne des Mentalisierungskonzeptes (Fonagy et al., 2004) interessiert natürlich vor allem, wie die Fähigkeit der Perspektivenübernahme in emotionalen Drucksituationen noch realisiert werden kann. Hier akkumulieren sich dann Schwächen bei der Emotionsregulation mit den Defiziten bei der Perspektivenübernahme.

Argumente für die Diagnose

Eines der wichtigsten Argumente für die Diagnose ist, neben der großen klinischen Relevanz dieses Störungsbildes, die Bedeutung dieser entwicklungspsychopathologischen Thematik für die Forschung (vgl. Kasten 2). Die sehr erfolgreiche Forschung zu den verschiedensten Traumafolgen unterstreicht wie fruchtbar Forschungsbemühungen in diesem Bereich sein könnten.

Die Traumaentwicklungsstörung könnte ein theoriegeleiteter Einstieg in die Forschung mit komorbiden Störungsbildern sein und weitere Möglichkeiten im Bereich der Epidemiologie und Interventionsforschung eröffnen.

Nicht nur die direkten Befürworter der Traumaentwicklungsstörung begrüßen es, entwicklungspsychopathologische Aspekte im Rahmen der gesamten Diagnosestellung stärker zu betonen und in Längs- und Querschnittsuntersuchungen zu erforschen, in welchem Alter welche komorbiden Störungsbildern in Verbindung mit welchen psychosozialen Risiken diagnostiziert werden. Der Einfluss von einzelnen Diagnosen und Risikofaktoren im Kindesalter auf den Verlauf und Behandlungserfolg der im Jugend- und Erwachsenenalter diagnostizierten Störungsbilder wäre dabei von höchstem Forschungsinteresse. Momentan verzichtet man weitgehend auf diese Per-

spektive und geht eigentlich von einer rein querschnittlichen, deskriptiven Diagnosestellungen zu einem Zeitpunkt X aus und weiß erschreckend wenig, welchen Einfluss vorhergehende Erkrankungen haben, obwohl sowohl die klinische Erfahrung als auch empirische Studien zeigen, dass Vorerkrankungen den Behandlungsverlauf der aktuellen Störung massiv beeinflussen (Fegert et al., in Druck).

Auch die wenigen Längsschnittstudien zeigen eindeutig die Relevanz dieser seriellen Erkrankung mit verschiedenen psychischer Störungen im Entwicklungsverlauf auf. Über 60% der Erwachsenen mit psychischen Störungen litten bereits im Jugendalter und 77% vor dem 18. Lebensjahr unter psychopathologischen Symptomen (Kim-Cohen et al., 2003; Copeland et al., 2009). Beide Forschergruppen betonen dabei ausdrücklich wie bedeutsam weitere Längsschnittstudien mit ähnlichen Fragestellungen wären, wobei dies natürlich letztlich unabhängig von der Diagnose einer Traumaentwicklungsstörung ist.

Ohne eine einheitliche Diagnose lassen sich ansonsten die einzelnen Arbeiten kaum vergleichen, was insbesondere die Versorgungs- und Psychotherapieforschung erheblich behindert. Für die Grundlagenforschung ist die separate Veröffentlichung einzelner Symptombereiche vielleicht sogar förderlich, dennoch bleibt die Frage, wie die einzelnen Symptome nun zusammenspielen, letztlich ohne eine übergeordnete Kategorienbildung nicht zufriedenstellend beantwortbar.

Klinisch verweisen die Befürworter der Traumaentwicklungsstörung auf die große Bedeutung von Traumatisierung für die Entwicklungspsychopathologie von fast allen psychischen Störungen, insbesondere für die Entstehung von komorbiden Störungsbildern. Mehrere methodisch sehr ausgereifte aktuelle Studien zeigen diese Zusammenhänge eindrucklich auf. Eine Auswertung der „Dunedin-Längsschnittstudie“ von Koenen et al. (2008) zeigt, dass alle Personen, die im jungen Erwachsenenalter die Diagnosekriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung erfüllen, auch in ihrem Jugendalter unter einer psychischen Störung litten. Auch andere Auswertungen der Dunedin-Studie zeigen eindrucklich die Folgen, die traumatische Lebensereignisse auf die Entwicklung von einer Vielzahl von psychischen Störungen haben (Kim-Cohen et al., 2003). Posttraumatische Symptome scheinen dabei häufig im Entwicklungsverlauf entweder gemeinsam mit anderen psychischen Störungen aufzutreten, häufig folgen aber auch andere psychische Störungen auf eine PTSD oder es bestehen im Vorfeld der PTSD bereits psychische Störungen (Kim-Cohen et al., 2003; Koenen et al., 2008).

Auch andere Forschungsgruppen beobachteten die extrem hohe Wahrscheinlichkeit zusätzlich zur PTSD weitere Störungen zu entwickeln. Ca. 80% der von einer Posttraumatischen Belastungsstörung betroffenen Patienten

erfüllen die Diagnose für noch eine weitere psychische Störung (Brady et al., 2000; Essau et al., 1999). Insbesondere den Opfern von sequentiellen Traumatisierungen scheint ein sehr großes Risiko für die Entwicklung von komplexen Störungsbildern innezuwohnen, welche oft mit einzelnen Symptomen einer PTBS einhergehen ohne das Vollbild einer PTBS zu erfüllen (Copeland et al., 2007).

Insbesondere McFarlane et al. (2000) berichten von der Bedeutung von posttraumatischen Symptomen für die Ätiologie von schweren psychischen Störungen bei stationären Patienten. Zudem scheint die Posttraumatische Belastungsstörung häufig zu chronifizieren. In einer Längsschnittstudie (Perkonning et al., 2005) von Jugendlichen mit einer PTSD erfüllten 48% drei bis vier Jahre später immer noch die Diagnosekriterien für eine PTSD.

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung tritt somit in der Regel in Kombination mit anderen psychischen Störungen auf und stellt nicht selten das Erklärungsmodell und den therapeutischen Ansatzpunkt für das Verständnis und die Behandlung mehrerer komorbider psychischer Störungen dar (McFarlane et al., 2001; Ross, 2000). Bei Kindern und Jugendlichen werden auch eine sehr hohe Komorbiditäten der Posttraumatischen Belastungsstörung mit der ADHS, mit Angststörungen, Suizidgedanken und ein Trend zu affektiven Störungen beobachtet (Famularo et al., 1996).

Die Befürworter der Traumafolgestörung verweisen darauf, dass sich aus dem Verständnis der Folgen der Traumatisierung (Emotionsregulation, Dissoziation, mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung, Bindungsstörung etc.) für die Entstehung von komorbiden Störungsbildern überhaupt erst Therapieansätze ableiten lassen, die der klinischen Problematik dieser Patienten gerecht werden. Eine Beachtung und Behandlung dieser Traumasympptomatik ermögliche es erst, die Patienten derart zu stabilisieren, dass dann auch einzelne Symptombereiche (z.B. die Angststörung oder die Depression) gezielt behandelt werden können. Eine symptom-spezifische Behandlung ohne die Behandlung der Traumafolgen müsse bei dieser Patientengruppe zwangsläufig scheitern, da die Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie nicht erfüllt sind und die aufrechterhaltenden Bedingungen der einzelnen Symptome nur über eine nachhaltige Stabilisierung und Reduktion der Traumafolgestörungen verändert werden können. Die Wirksamkeit von traumatherapeutischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen wurde gerade in den letzten Jahren eindrücklich belegt (Hensel, 2006; Krafft et al., 2006; Rodenburg et al., 2009; Rosner & Steil, 2009), wobei insbesondere die Ansätze von Cohen et al. (2004, 2006, 2009; Delbinger et al., 2004) ihre Wirksamkeit auch bei komplexeren Traumatisierungen wie sexuellem Missbrauch in randomisierten Studien belegt haben. Spinazzola et al. (2005)

Kasten 2. Argumente für die Einführung der Diagnose einer Traumaentwicklungsstörung

- Die Diagnose beschreibt zuverlässig und valide die Symptombereiche, welche die aktuelle entwicklungspsychopathologische Forschung als Folgen komplexer und sequentieller Traumatisierung identifiziert hat.
- Die Diagnose einer „einfachen“ Posttraumatischen Belastungsstörung bildet die Probleme von sequentiell und komplex traumatisierten Patienten nicht vollständig ab.
- Die Einführung einer Diagnose, zumindest aber die Festlegung eindeutiger Diagnosekriterien, ist die Grundvoraussetzung für weitere und intensivere Forschungsbemühungen (z. B. epidemiologische Forschung, entwicklungspsychopathologische Forschung).
- Eine solche Diagnose kann als ein Erklärungsmodell für die Entwicklung von komorbiden Störungen herangezogen werden.
- Die Diagnose greift den lange vernachlässigten Entwicklungsaspekt bei der Entstehung von psychischen Störungen auf.
- Der Grad der Traumatisierung beeinflusst den Therapieerfolg bei vielen Störungsbildern, weshalb Traumata bei der Therapieplanung berücksichtigt werden müssen.
- Eine einheitliche Diagnose würde wichtige Impulse insbesondere für die Versorgungs- und Psychotherapieforschung geben.
- Die Anerkennung der Folgen von komplexer Traumatisierung als psychische Störung in die offiziellen Diagnosesysteme könnte den Betroffenen helfen Ansprüche auf Entschädigung geltend zu machen.
- Traumatische Erlebnisse sind eine notwendige, aber keine hinreichende Erklärung für diese Diagnose. Natürlich soll die Betonung der Traumaätiologie nicht dazuführen, genetische oder biologische Ursachen für die Entwicklung dieser Störung zu vernachlässigen. Ein biopsychosoziales Störungsmodell wird nicht in Frage gestellt.
- Patienten mit schwerer interpersoneller Traumatisierung in der Kindheit sind am schwersten zu behandeln und haben die schlechteste Prognose. Viele betroffene Patienten können ohne ein Verständnis der Störung und störungsspezifische Therapieansätze nicht suffizient behandelt (Therapieabbrüche, scheitern von psychosozialen Hilfen) werden und vom medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem nicht erreicht werden.
- Viele betroffene Patienten entwickeln eine chronische psychische Störung mit einer erheblichen Teilhabebeeinträchtigung und den entsprechenden gesellschaftlichen Folgekosten, durch frühere ef-

fektive Intervention könnte eine Chronifizierung der Störung verhindert werden.

- Die Diagnose kann professionelle Helfer und die ganze Gesellschaft für die Folgen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und Traumatisierung sensibilisieren und helfen den Kinderschutz etc. effektiver zu gestalten, politisch zu legitimieren und ein Erklärungsmodell für die Auffälligkeit von Betroffenen in verschiedenen sozialen Bezügen darstellen.

verweisen darauf, dass gerade bei der komplexen Traumafolgestörung auch naturalistische Studien mit „echten“ Patienten, die suizidgefährdet sind und kumulierte psychosoziale Belastungen aufweisen, indiziert sind und deshalb vermehrt durchgeführt werden sollten.

Gerade diese komplexen und von Komorbidität geprägten Störungsbilder, fordern die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und insbesondere auch die Angebote der ambulanten und (teil-)stationären Jugendhilfe (inkl. Pflegefamilien) und die dort arbeitenden Fachpersonen – letztlich die gesamte Gesellschaft – in besonderer Art und Weise heraus, und führen oft zu Abbrüchen und Scheiterverläufen in (Sonder-)Schule und Jugendhilfe (Schmid et al., 2007ab, 2008). Eine stärkere Betrachtung der Traumaätiologie und Beschreibung dieser Symptome auf Basis ihrer Lerngeschichte könnte helfen, den Blickwinkel auf diese „Problemjugendlichen“ zu verändern (Schmid, 2008). Das delinquente oder aggressive Verhalten und ihr Scheitern an Entwicklungsaufgaben (Schule, Ausbildung) würde in einem anderen Licht erscheinen und erklären – nicht entschuldigen –, warum diesen Jugendlichen die Integration in die Gesellschaft so schwer fällt, welchen spezifischen Förderbedarf sie aufweisen und wie wichtig die frühe Prävention von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung ist.

Die individuellen und gesellschaftlichen Kosten von chronischen Traumatisierungen, Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung sind immens, da sie insbesondere für die Entwicklung von komplexen Störungsbildern verantwortlich sind, welche die Teilhabe an der Gesellschaft in allen wichtigen Lebensbereichen (z. B. Familie, Schule) massiv einschränken. Essau et al. (1999) weisen darauf hin, dass 90% der Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung unter einer besonders starken Teilhabebeeinträchtigung leiden und es eine der psychischen Störungen ist, die die Entwicklungschancen von Jugendlichen am stärksten beeinträchtigen. Mehrere Studien beschäftigten sich daher mit den gesellschaftlichen Folgekosten von Traumata und Kindesmisshandlung/-missbrauch, indem sie die Kosten für Frühberentungen, Arbeitsausfall, bezogene Sozialleistungen, Strafvollzug und Behandlungskosten aufsummierten und

berichteten von astronomisch hohen Summen im dreistelligen Milliardenbereich (Solomon & Davidson, 1997; Kessler, 2000).

Viele Opfer von Vernachlässigung, Kindesmissbrauch und Misshandlung leben folglich am Rand der Gesellschaft und benötigen lebenslang staatliche Unterstützung. Diesen Opfern würde mehr Gerechtigkeit widerfahren, wenn ihre teilweise sehr komplexen Störungsbilder als Traumafolgestörung anerkannt werden und Zuwendungen nach dem Opferentschädigungsgesetz erhalten würden, was bei vielen komorbiden psychischen Störungen bisher nicht immer gut gelöst werden konnte. Hier könnte eine Diagnose, welche die Traumaätiologie dieser komplexen Störungen betont, helfen, solche Ansprüche zu untermauern.

Argumente gegen die Diagnose

Die Kritiker der Diagnose einer Traumaentwicklungsstörung stören sich hauptsächlich an der vermeintlichen Kausalität und dem Verlassen der rein deskriptiven Ebene im Rahmen der Diagnosesysteme. Dabei verteidigen sie das Prinzip der Beschreibung und Codierung von mehreren komorbiden Störungen.

Prinzipiell lehnen die Kritiker der Traumaentwicklungsstörungen eine Ursachenzuschreibung im Rahmen der Diagnosestellung ab und plädieren für eine strikte Einhaltung der rein deskriptiven Beschreibung der Symptomatik und der Stellung von mehreren komorbiden Diagnosen, da sich dieses System bewährt habe. Sie argumentieren, dass die Einführung einer dezidierten Traumaentwicklungsstörung eigentlich nur Sinn mache, wenn ein monokausaler und unidirektionaler Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Störungsbild unterstellt wird, welcher wissenschaftlich in letzter Konsequenz nicht haltbar ist (Schwegler et al., 2005).

Sie verweisen auf „resiliente“ oder „unverwundbare“ Kinder (Überblick bei Luthar, 2003), die trotz einer massiven Risikoakkumulation und vielen traumatischen Erlebnissen keine psychische Störung entwickeln und ein unauffälliges psychosoziales Funktionsniveau aufweisen. 80% der Erwachsenen, die in ihrer Kindheit körperliche Misshandlungen erlebten, zeigen zum Zeitpunkt der Untersuchung im Erwachsenenalter keine psychische Störung (Malinosky-Rummel & Hansen, 1993). Collishaw et al. (2007) berichten jedoch von wesentlich geringeren Resilienzraten bei einer Follow-Up-Analyse der Befragten der Isle of Wright Study, die über wiederholte Misshandlungen berichteten. Auch die Untersuchungen der Dunedin-Geburtskohorte (von Koenen et al., 2008) weisen darauf hin, dass insbesondere bei wiederholten Traumatisierungen das Risiko deutlich steigt, eine psychische Störung zu entwickeln. Die Betroffenen, die keine Symptomatik entwickelten, zeichneten sich durch gute

Beziehungen zu Gleichaltrigen, gute schulische, berufliche Entwicklung und stabile Partnerschaften aus. Die aktuelle Resilienzforschung fokussiert immer mehr auf dynamische Faktoren wie Verhaltensweisen und Einstellungen, die die individuelle oder familiäre Widerstandsfähigkeit fördern (Masten, 2001) und deren Zusammenspiel mit genetischen Faktoren (Noeker & Petermann, 2008).

Des Weiteren verweisen die Kritiker auf viele genetische Studien oder biologische Ursachen, die den Zusammenhang zwischen bestimmten Symptomen der Traumaentwicklungsstörung erklären könnten. Sie argumentieren damit, dass diese Symptome auch von Menschen ohne traumatische Erfahrungen entwickelt werden können. Selbst bei der den aktuellen Kriterien der komplexen PTSD recht nahe kommenden Borderlinestörung findet man bei ca. 20 bis 30% der Betroffenen keine traumatischen Erfahrungen in der Vorgeschichte, weshalb Fiedler (2002) vorschlägt, eine Gruppe von Borderlinepatienten mit Traumatisierung und ohne Traumatisierung zu unterscheiden.

Es ist problematisch von einer Traumaentwicklungsstörung auszugehen, da diese suggerieren könnte, dass das Trauma die Emotionsregulationsstörung verursacht und somit eine einseitige Beeinflussung der Regulationsstörung durch das Trauma vorausgesetzt wird. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass diese Regulationsstörungen auch mit einem höheren Risiko für Traumatisierung einhergehen und vermutlich ein enger Zusammenhang zwischen der Regulationsstörung und ungünstigen Reaktionen des sozialen Umfeldes besteht, welche letztlich die bereits vorliegende Symptomatik verstärken kann. Dieser Zusammenhang wird zum Beispiel im transaktionalen Modell von Fruzzetti und Mitarbeitern (Fruzzetti et al., 2005) vermittelt. Zudem zeigen viele Studien, dass Kinder mit externalisierenden Störungen ein viermal höheres Misshandlungsrisiko haben (Ouyang et al., 2008).

Diese komplexen Wechselwirkungen könnten bei einer zu starken Fokussierung auf traumatische Ereignisse vernachlässigt werden. Im schlimmsten Fall könnten es bei nicht eindeutig traumatisierten Patienten gar zu vertieften Explorationen mit dem expliziten Ziel, traumatische Erlebnisse zu identifizieren, kommen, was einer ressourcenorientierten Grundhaltung und dem Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung, insbesondere zu Eltern, völlig widersprechen würde. Hier ist anzumerken, dass die Befürworter der Störung fast immer in Settings arbeiten, in welchen recht eindeutig von einer Traumatisierung der Patienten ausgegangen werden kann. Im klinischen Alltag ist es aber häufig nicht möglich und oft nicht sinnvoll, unspezifische Erinnerung an traumatische Erlebnisse zu verifizieren, weshalb es dann problematisch wäre, diese in solchen Fällen zur Erklärung der Symptomatik heranzuziehen und damit eventuell gar fal-

sche Erinnerungen an traumatische Ereignisse zu fördern (Jelinek et al., 2009).

Im Hinblick auf die Diagnosekriterien wird zudem noch kritisiert, dass man nicht sauber zwischen Symptomen und Syndromen unterscheidet und dass eine große Überlappung mit bereits bestehenden Diagnosen existiert. Viele Symptome der Borderlinestörung oder der Bindungsstörungen werden fast vollständig von der Traumaentwicklungsstörung abgedeckt und sind daher nur sehr schwer von diesen Störungsbildern abzugrenzen. Außerdem weist die Traumaentwicklungsstörung eine große Nähe zu anderen Konzepten, wie dem Konzept der Multiplen Komplexen Entwicklungsstörung (MCDD; Ad-Dab'bagh & Greenfield, 2001) oder den für die Borderlinestörung im Kindesalter formulierten Kriterien auf, wobei sich hier die beschriebenen Patientenkollektive wohl auch weitgehend decken (vgl. Schmid, Schmeck & Petermann, 2008). Die Tatsache, dass eine Patientengruppe immer wieder mit sehr ähnlichen und doch leicht unterschiedlichen Konzepten charakterisiert wird, zeigt allerdings, dass die Notwendigkeit einer besseren diagnostischen Beschreibung der Symptomatik dieser Kinder und Jugendlichen besteht. Gerade bei diesen komplexen Störungsbildern war der Entwicklungsaspekt immer präsent, vermutlich da sie als Antezedenz für Persönlichkeitsstörungen betrachtet wurden. Es erscheint gerade im Sinne einer Betonung des entwicklungsheterotopischen Aspektes von einzelnen grundlegenden Defiziten (z. B. Emotionsregulation, Dissoziationsneigung) auf unterschiedliche psychische Störungen im Entwicklungsverlauf aber wenig weitsichtig, hierbei einseitig auf die Psychotraumatologie zu fokussieren. Gerade bei diesen komplexen Störungsbildern sollte man versuchen, die komplexe Wechselwirkung aus biologischen und psychosozialen Faktoren zu verstehen.

Außerdem sehen einige Autoren die Gefahr, dass die Auflösung der Beschreibung einzelner Störungen zu Gunsten einer komplexen Störung dazu führen könnte, dass komorbide Störungen nicht sauber genug diagnostiziert und behandelt werden könnten. Die diagnostische Ordnung über Komorbiditäten stelle dies sicher. Hierarchien und Ursachenzuschreibungen seien nach der Logik der Diagnosesysteme zu vermeiden und auch wenig sinnvoll. Schwegler et al. (2005) bemerken etwas überspitzt und provokativ mit Beispielen aus der somatischen Medizin, ob es sinnvoll und handlungsleitend sei, wenn Herzinfarkt und Lungenkrebs künftig komplexe Nikotinabhängigkeit heißen würden. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich besteht hier vor allem die Gefahr, dass die externalisierenden Probleme nicht wirksam genug psychopharmakologisch behandelt werden, da die Impulskontrollstörung oder die Aufmerksamkeitsstörung zu einseitig auf die Traumafolgestörung zurückgeführt wird und unterdiagnostiziert behandelt werden, was bedeuten könnte, dass man den Betroffenen hochwirksame Behandlungsmöglichkeiten verwehrt.

Kasten 3. Argumente gegen die Einführung einer Traumaentwicklungsstörung

- Mit einer solchen Diagnose verlässt man die Logik und das Bemühen der gängigen Diagnosesysteme (DSM und ICD) um eine rein deskriptive Beschreibung der Störungsbilder, bei denen bewusst weitestgehend auf Aussagen der Ätiologie und Genese einer Störung verzichtet wurde.
- Es wird eine vermeintliche Monokausalität vermittelt, die so nicht vorausgesetzt werden kann. Es ist durchaus möglich, dass auch nicht traumatisierte Personen ähnliche Symptombilder entwickeln können.
- Es gibt immer wieder schwer traumatisierte Kinder die keine psychische Symptomatik entwickeln.
- Es besteht die Gefahr, die Interaktion zwischen Störung und Traumata zu vernachlässigen, da eine Unidirektionalität von Trauma zum Symptom nahe gelegt wird. Biologische Ursachen könnten vernachlässigt werden.
- Gerade bei der Einführung einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive sollte man die komplexe Wechselwirkungen von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren beachten.
- Bei einer Erklärung von Komorbiditäten durch eine einzelne Diagnose, die auch Symptombereiche anderer Störungen abdeckt, besteht die Gefahr, dass einzelne andere behandlungsbedürftige Störungen übersehen oder nicht genau genug erfasst werden.
- Es gibt eine relativ große Überlappung mit bereits bestehenden und gut eingeführten psychischen Störungen (Borderline-Störung, Bindungsstörung mit Enthemmung etc.).
- Die Fokussierung auf eine Traumaätiologie könnte dazu führen, dass bei Anamnesen von solchen Symptombildern zu viel Wert auf die Suche nach traumatischen Erlebnissen und Auslösern für die Symptomatik gelegt wird und untraumatische positive Lebensabschnitte vernachlässigt werden, was den Aufbau einer ressourcenorientierten therapeutischen Beziehung insbesondere zu den Eltern nachhaltig gefährden könnte.
- Traumatische Erlebnisse von Patienten sind im klinischen Alltag häufig nicht eindeutig zu verifizieren, weshalb es problematisch sein kann, diese zur Erklärung der Symptomatik heranzuziehen.
- Es tritt eine Vermischung von Symptomen und Syndromen auf.
- Für die Abbildung psychosozialer Risikofaktoren ist die Achse-V des Multiaxialen Diagnosesystems vorgesehen, so dass chronische Belastungsfaktoren prinzipiell auch mit dem bestehenden System abgebildet werden können.

Diskussion

Das oben beschriebene Pro und Contra zeigt, dass es stichhaltige Argumente für und gegen die Einführung der Diagnose einer Traumaentwicklungsstörung gibt, weshalb es an dieser Stelle wichtig ist, die Aspekte zusammenzufassen, die für Befürwortern und Gegner der Einführung einer solchen Diagnose unstrittig sind.

Der Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und den im Rahmen der Traumaentwicklungsstörung beschriebenen Symptombereiche wird in Anbetracht der dazu vorliegenden Vielzahl an empirischen Studien eigentlich nicht in Frage gestellt, zumal sich der Evidenzgrad bei weiteren Studien eher noch erhöht und viele andere Studien, zum Beispiel zur Neurobiologie der Aggression, zunehmend erkennen wie wichtig Traumatisierung als Moderatorvariable für solche Fragestellungen ist (Murray-Close et al., 2008; Schmid & Kölch, 2009).

Auch die Befürworter der Diagnose vertreten ein biopsychosoziales Krankheitsmodell und gehen selbstverständlich von einer multifaktoriellen Ätiologie des Störungsbildes aus, weshalb auch niemand einen monokausalen unidirektionalen Zusammenhang zwischen Trauma und Symptomatik unterstellen würde.

Die Befürworter der Diagnose plädieren im Gegenteil gerade wegen der starken Effekte einer Traumatisierung auf neurobiologische Prozesse für umfassende neurobiologische und genetische Studien. Die Befürworter gehen davon aus, dass Traumatisierungen auf pränatale Prozesse, die Endokrinologie während und nach der Schwangerschaft und gar das Erbgut einwirken, wie erste Studien bereits andeuteten (vgl. Caspi & Moffitt, 2006). Die Einführung einer Traumaentwicklungsstörung könnte gerade Studien zur Gen-Umwelt-Interaktion zu diesem Störungsbild anregen (Kim Cohen et al., 2006; Caspi & Moffitt, 2006), idealerweise unter Beachtung einer Mehrgenerationenperspektive. Einigkeit herrscht außerdem darüber, dass es notwendig ist den entwicklungspsychopathologischen Aspekt in der Forschung sowie mittelfristig bei der Diagnosestellung stärker zu betonen und die längsschnittliche Forschung in diesem Bereich voranzutreiben. Vielleicht könnte man hier im Sinne eines entwicklungsheterotopischen Ansatzes (Fegert et al., in Druck) einen innovativen Weg beschreiben und Cluster der regelmäßigen Abfolge von psychischen Störungen identifizieren, sowie die Wechselwirkung von psychosozialen und biologischen Aspekten auf die Entwicklung dieser Cluster untersuchen. Eine solche Sichtweise hätte sicherlich einerseits eine hohe Praxisrelevanz, könnte die Pervasität der Störung und die Prognose mancher Störungen besser erklären und würde dem Entwicklungsaspekt wirklich Rechnung tragen, sowohl das querschnittliche Denken in Diagnosen als auch die letztlich auch altersunspezifische Ansammlung von Traumasympto-

men, die zumeist dem ebenfalls querschnittlichen Studiendesign entnommen sind, überwinden.

Kritisch hinterfragt werden muss der klinische Nutzen einer solchen Diagnose und die Chancen und Risiken einer stärkeren Betonung der Traumaätiologie.

Schlussfolgerungen für die klinische Praxis

Die aktuelle Diskussion um die Einführung einer Traumaentwicklungsstörung ist berufspolitisch und im Interesse der Betroffenen zu begrüßen, führt sie doch zu einer Sensibilisierung für die Folgen einer schweren Traumatisierung und Vernachlässigung und greift das wichtige Thema der Entwicklungspsychopathologie von komplexen, schwer zu behandelnden psychischen Störungen auf.

Der Verweis auf die langfristigen Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung kann einerseits dazu beitragen, dass Präventionsprojekte besser akzeptiert werden und andererseits auch das Verständnis für viele Problem-Jugendliche am Rande der Gesellschaft erhöhen. Diese Sichtweise kann helfen, psychosoziale Behandlungs- und Betreuungskonzepte für besonders belastete Jugendliche weiterzuentwickeln und nachhaltig zu legitimieren. Diese Hoffnung ist nicht ganz unbegründet, da der aktuelle 13. Kinder- und Jugendbericht (BMFSF 2009) diese Thematik bereits aufgriff und mit den „Frühen Hilfen“ im Moment an vielen Modellstandorten Präventionskonzepte zum Kinderschutz eingeführt und evaluiert werden (vgl. Fegert & Ziegenhain, 2009).

Unabhängig von der Einführung der Diagnose der Traumaentwicklung besteht bezüglich der Behandlungssituation für besonders schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche ein erheblicher Optimierungsbedarf. Die Entstehung von „Traumaambulanzen“ mit symptom-spezifischen Therapieangeboten an Kliniken sind als ein erster Schritt in die richtige Richtung sehr zu begrüßen, wobei es in Anbetracht der Häufigkeit von traumatisierten Kindern in klinischen Stichproben sicher wichtig ist, traumatherapeutisches Wissen direkt in die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zu integrieren und das Thema Traumatherapie nicht von der allgemeinen psychotherapeutischen Versorgungsstruktur zu entkoppeln. Die vereinzelt „Traumaambulanzen“ sind in Anbetracht der immensen Zahl von traumatisierten Kindern noch bei weitem nicht ausreichend, eine weitere Verbreitung der manualisierten Therapieansätze wird die Kompetenz im Kontext bezüglich traumaspezifischer Interventionsmethoden jedoch allmählich verbessern.

Die stationären Versorgungskonzepte sind in Anbetracht der dramatischen Symptome, die komplex und sequentiell traumatisierte Kinder und Jugendliche entwi-

ckeln, völlig unzureichend. Hier müssten nach den Vorgaben aus dem Erwachsenenbereich traumaspezifische Behandlungskonzepte mit der Möglichkeit der Intervallbehandlung (Frommberger & Keller 2007; Sachsse, Vogel & Leichsenring, 2006) aufgebaut und natürlich für die besonderen Bedürfnisse für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern adaptiert werden. Für besonders stark traumatisierte, suizidale Jugendliche würde die Kombination aus stationären Konzepten der Dialektisch Behavioralen Therapie für Adoleszente (Bohus et al., 2003; Miller et al., 2007) mit Konzepten der Behandlung der komplexen PTSD (Cohen et al., 2009) den im Jugendbereich sehr mageren aktuellen Forschungsstand am besten abbilden. Realisieren lassen sich solche Behandlungskonzepte aber vermutlich nur mit homogenen Patientengruppen und spezialisierten Stationen, was vermutlich auch überregionale Lösungen voraussetzt.

Da viele komplex Traumatisierte nicht in ihren Ursprungsfamilien verbleiben können, müssen auch Pflegeverhältnisse sowie die stationäre Jugendhilfe in die Konzeptentwicklung miteinbezogen und Liaisonkonzepte mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgebaut werden (Besier, Fegert & Goldbeck, 2009). Die aktuelle Entwicklung der Jugendhilfe, die Konzepte auf einigen Sondergruppen stärker den spezifischen Erfordernissen von komplex traumatisierten Kindern anzupassen, kann die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe bei diesen besonders schwer zu behandelnden und betreuenden Patienten sicher unterstützen (Schmid et al., 2007; Lang et al., 2009).

Sicher ist gut abzuwägen, welche Folgen eine stärkere Betonung ätiologischer Aspekte im Rahmen der Diagnosesysteme haben kann und wie mit Überlappung von einzelnen Störungsbildern umgegangen wird. Momentan fordern vor allem Traumaexperten, die häufig in hochspezialisierten Angeboten mit eindeutig traumatisierten Menschen psychotherapeutisch arbeiten, die Diagnose einer Traumaentwicklungsstörung, weshalb die Frage, wie sich die Einführung einer solchen Diagnose auswirken würde, noch nicht zu beantworten ist. Sicher ist, dass es neben den Chancen auch die oben genannten Risiken zu beachten gibt.

Die Auswirkungen von Traumatisierungen auf die einzelnen Symptombereiche und den Therapieerfolg sind allerdings empirisch derart gut belegt, dass eine Sensibilisierung der Behandler für Traumafolgen notwendig ist. Ob dies am sinnvollsten durch die Einführung einer Diagnose „Traumaentwicklungsstörung“ umgesetzt werden kann, ist auf Basis der aktuellen Datenlage noch nicht abschließend zu beurteilen. Die Frage ist, ob die klinischen Vorteile einer Traumaentwicklungsstörung, die vor allem in einer Sensibilisierung für Traumafolgen und deren stärkere Beachtung in der Therapie bestehen, nicht auch mit einer Beschreibung der Symptome auf deskriptiver Ebene erreicht

werden können. Im Rahmen eines deskriptiven Ansatzes könnte man im Sinne eines dimensional diagnostischen Systems auch an eine Einschätzung der Bereiche Beziehungsrepräsentation, Emotionsregulation, Dissoziationsneigung/Sinneswahrnehmung und mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung denken. Durch speziell für diese Symptombereiche entwickelte Skalen könnte man vermutlich am effektivsten für die möglichen Folgen von Traumatisierung und entwicklungspsychopathologische Aspekte sensibilisieren und könnte deren Beachtung bei der Therapieplanung fördern, ohne sich dabei auf die Traumätiologie der Symptome festlegen zu müssen.

Literatur

- Ad-Dab'bagh, Y. & Greenfield, B. (2001). Multiple complex developmental disorder: the "multiple and complex" evolution of the "childhood borderline syndrome" construct. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 954–964.
- Affif, T. O., Boman, J., Fleisher, W. & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 33, 139–147.
- Ayoub, C. C., O'Connor, E., Rappolt-Schlichtmann, G., Fischer, K. W., Rogosch, F. A., Toth, S. L. et al. (2006). Cognitive and emotional differences in young maltreated children: a translational application of dynamic skill theory. *Development and Psychopathology*, 18, 679–706.
- Barker, D. J. (1997). Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life. *British Medical Bulletin*, 53, 96–108.
- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C. et al. (2007). Scholastic attainment following severe early institutional deprivation: a study of children adopted from Romania. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 1063–1073.
- Beers, S. R. & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 483–486.
- Besier, T., Fegert, J.M. & Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, Epub ahead of print
- Blomeyer, D., Schmidt, M. H. & Laucht, M. (2008). Rauschtrinken bei Jugendlichen: Zusammenhang mit Temperament, Freundeskreis und elterlichem Erziehungsverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 22–30.
- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A. & Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 192–199.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T. & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl 7), 22–32.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Caspi, A. & Moffitt, T. E. (2006). Gene-environment interactions in psychiatry: Joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 583–590.
- Classen, C. C., Palesh, O. G. & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6, 103–129.
- Cohen, J., Mannarino, A. & Deblinger, E. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393–402.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C. & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211–229.
- Colvert, E., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A. et al. (2008). Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and Psychopathology*, 20, 547–567.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. & van der Kolk, B. A. (2003). Complex trauma in children and adolescents [Electronic Version] from <http://www.ncstnet.org>.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577–584.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J. & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66, 764–772.
- Cullerton-Sen, C., Cassidy, A. R., Murray-Close, D., Cicchetti, D., Crick, N. R. & Rogosch, F. A. (2008). Childhood maltreatment and the development of relational and physical aggression: the importance of a gender-informed approach. *Child Development*, 79, 1736–1751.
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13, 539–564.
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10, 150–172.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A. & Steer, R. A. (2006). A Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1474–1484.
- DiTomasso, M. J. & Routh, D. K. (1993). Recall of abuse in childhood and three measures of dissociation. *Child Abuse & Neglect*, 477–485.
- Dobie, D. J., Kivlahan, D. R., Maynard, C., Bush, K. R., Davis, T. M. & Bradley, K. A. (2004). Posttraumatic stress disorder in female veterans: association with self-reported health problems and functional impairment. *Archives of Internal Medicine*, 164, 394–400.
- Dodge, K. A. & Schwartz, D. (1997). Social information-processing mechanisms in aggressive behaviour. In D. M. Stoff, J. Breiling

- & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behaviour* (pp. 171–180). New York: Wiley.
- Domes, G., Schulze, L. & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder—a review of the literature. *Journal of Personal Disorders*, 23, 6–19.
- Downing, G. (2006). Frühkindlicher Affektaustausch und dessen Beziehung zum Körper. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 333–351) Stuttgart: Schattauer.
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Schlotz, W., Kleindienst, N., Rosenthal, M. Z., Detterer, L. et al. (2008). Distress and affective dysregulation in patients with borderline personality disorder: a psychophysiological ambulatory monitoring study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 314–320.
- Ebner-Priemer, U. W., Welch, S. S., Grossman, P., Reisch, T., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2007). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 150, 265–275.
- Elkovich N., Latzman R. D., Hansen D.J. & Fran Flood M. (2009). Understanding child sexual behavior problems: a developmental psychopathology framework. *Clinical Psychological Review* 29,586–98
- Essau, C. A., Conrath, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 37–45.
- Euser, E. M., van Ijzendoorn, M., Prinzie, P. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). The prevalence of child maltreatment in the Netherlands. *Child Maltreatment* (ahead of print).
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R. & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20, 953–961.
- Fegert, J.M., Spröber, N., Streeck-Fischer, A. & Freyberger H. (in Druck). „Adoleszenzkrisen“ aus entwicklungspsychologischer und psychiatrischer Sicht.
- Fegert, J.M. & Ziegenhain, U. (2009). Early intervention: Bridging the gap between practice and academia. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4, 23.
- Fiedler, P. (2002). *Integrative Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7–26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33, 403–411.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, G. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C. & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007–1030.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L. & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2483–2490.
- Haaf, B., Pohl, U., Deusinger, I. M. & Bohus, M. (2001). Untersuchungen zum Körperkonzept bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 246–254.
- Hensel, T. (2006). Effektivität von EMDR bei psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 107–117.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–391.
- Herpertz, S. C. & Sass, H. (2000). Emotional deficiency and psychopathy. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 567–580.
- Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C. & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12, 157–175.
- Hoffmann, A. & Besser, L. (2005). Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma* (S. 172–203). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jelinek, L., Hottenrott, B., Randjbar, S., Peters, M. J. & Moritz, S. (2009). Visual false memories in post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 374–383.
- Jolowicz, E. (1917). Kriegsneurosen im Felde. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 36, 46–53.
- Joraschky, P., & Pohlmann, K. (2005). Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung auf Selbstwert und Körperbild. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (3. Aufl.; S. 194–207). Stuttgart: Schattauer.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl 5), 4–12; discussion 13–14.
- Kienberger Jaudes, P. & Mackey-Bilaver, L. (2008). Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? *Child Abuse & Neglect*, 32, 671–681.
- Kim, J. & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated and nonmaltreated children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 106–117.
- Kim, J. & Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: the role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 341–354.
- Kim, J., Talbot, N. L. & Cicchetti, D. (2009). Childhood abuse and current interpersonal conflict: The role of shame. *Child Abuse & Neglect*, im Druck.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709–717.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A., Williams, B., Newcombe, R., Craig, I. W. et al. (2006). MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 11, 903–913.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.
- Klossika, I., Flor, H., Kamping, S., Bleichhardt, G., Trautmann, N., Treede, R. D. et al. (2006). Emotional modulation of pain: a clinical perspective. *Pain*, 124, 264–268.
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Caspi, A., Gregory, A., Harrington, H. & Poulton, R. (2008). The developmental mental-disorder histories of adults with posttraumatic stress disorder: a prospective longitudinal birth cohort study. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 460–466.

- Kraft, S., Schepker, R., Goldbeck, L. & Fegert, J. M. (2006). Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht empirischer Wirksamkeitsstudien. *Nervenheilkunde*, 25, 709–716.
- Kreppner, J. M., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C. et al. (2007). Normality and impairment following profound early institutional deprivation: a longitudinal follow-up into early adolescence. *Developmental Psychology*, 43, 931–946.
- Lang, B., Wiesinger, D. & Schmid, M. (2009). Das traumapädagogische Konzept der Wohngruppe "Greccio" in der Umsetzung. *Trauma & Gewalt*, 3, 106–115.
- Larson, K., Russ, S. A., Crall, J. J. & Halfon, N. (2008). Influence of multiple social risks on children's health. *Pediatrics*, 121, 337–344.
- Ludäscher, P., Bohus, M., Lieb, K., Philipsen, A., Jochims, A. & Schmahl, C. (2007). Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 149, 291–296.
- Lynch, S. M., Forman, E., Mendelsohn, M. & Herman, J. (2008). Attending to dissociation: assessing change in dissociation and predicting treatment outcome. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9, 301–319.
- Macfie, J., Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2001). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1253–1267.
- Maercker, A. & Karl, A. (2003). Lifespan-developmental differences in physiologic reactivity to loud tones in trauma victims: a pilot study. *Psychological Reports*, 93, 941–948.
- Maercker, A., Schützwohl, M. & Zahava, S. (2008). *Post-Traumatic Stress Disorder: A Lifespan Developmental Perspective*. Göttingen: Hogrefe.
- Malinosky-Rummell, R. & Hansen, D. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68–79.
- Martin, J., Hiscock, H., Hardy, P., Davey, B. & Wake, M. (2007). Adverse associations of infant and child sleep problems and parent health: an Australian population study. *Pediatrics*, 119, 947–955.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–238.
- Masten, C. L., Guyer, A. E., Hodgdon, H. B., McClure, E. B., Charney, D. S., Ernst, M. et al. (2008). Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 32, 139–153.
- Maughan, A. & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73, 1525–1542.
- McFarlane, A. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl 5), 15–20; discussion 21–23.
- Merckelbach, H. & Muris, P. (2001). The causal link between self-reported trauma and dissociation: a critical review. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 245–254.
- Merckelbach, H., Muris, P. & Rassin, E. (1999). Fantasy proneness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 26, 961–967.
- Miller, A., Rathus, J. & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents*. New York: Guilford.
- Muller, R. T., Sicoli, L. A. & Lemieux, K. E. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 321–332.
- Murray-Close, D., Han, G., Cicchetti, D., Crick, N. R. & Rogosch, F. A. (2008). Neuroendocrine regulation and physical and relational aggression: the moderating roles of child maltreatment and gender. *Developmental Psychology*, 44, 1160–1176.
- Nitkowski, D. & Petermann, F. (2009). Instrumente zur klinischen Diagnostik von selbstverletzendem Verhalten. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57, 215–226.
- Nock, M. K. & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616–623.
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885–890.
- Noeker, M. & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an wichtigen Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 255–263.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., Susman, E. J. & Putnam, F. W. (2006). Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 469–480.
- O'Connor, T. G. & Rutter, M. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 703–712.
- Ouyang, L., Fang, X., Merca, J., Perou, R. & Grosse, S.D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: A population-based study. *Journal of Pediatrics*, 153, 851–6.
- Overkamp, B. (2002). Erfolgreiche Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen. In U. Sachsse, Ö. Özkan & A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Traumatherapie – Was ist erfolgreich?* (S. 13–27). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pears, K. C. & Fisher, P. A. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: evidence of deficits. *Development and Psychopathology*, 17, 47–65.
- Pears, K. C. & Moses, L. J. (2003). Demographics, parenting, and theory of mind in preschool children. *Social Development*, 12, 1–20.
- Pelcovitz, D., Kaplan, S. J., DeRosa, R. R., Mandel, F. S. & Salzinger, S. (2000). Psychiatric disorders in adolescents exposed to domestic violence and physical abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 360–369.
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R., Maercker, A. et al. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1320–1327.
- Petermann, F. & Nitkowski, D. (2008). Selbstverletzendes Verhalten: Erscheinungsformen, Risikofaktoren und Verlauf. *Der Nervenarzt*, 79, 1017–1022.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2002). Störungen beim Erwerb emotionaler Kompetenz im Kindesalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, 1–28.
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M. & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, 1549–1558.

- Pollak, S. D. & Sinha, P. (2002). Effects of early experience on children's recognition of facial displays of emotion. *Developmental Psychology*, 38, 784–791.
- Pollak, S. D. & Tolley-Schell, S. (2003). Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 323–338.
- Riedesser, P. (2005). Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma* (S. 160–171). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Riedesser, P. & Verderber, A. (2004). *Maschinengewehre hinter der Front: Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M. & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 599–606.
- Rosner, R. & Hagl, M. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 205–209.
- Rosner, R. & Steil, R. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ross, C. A. (2000). *The trauma model: a solution to the problem of comorbidity in psychiatry*. Richardson: Manitou Communications.
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C. et al. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 17–30.
- Sachsse, U., Vogel, C. & Leichsenring, F. (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 125–144.
- Sack, M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Nervenarzt*, 75, 451–459.
- Sack, M., Lahmann, C., Jaeger, B. & Henningsen, P. (2007). Trauma prevalence and somatoform symptoms: are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 928–933.
- Sauer, W. (1917). Zur Analyse und Behandlung der Kriegsneurosen. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 36, 26–45.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L. & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 561–570.
- Schmid, B. & Laucht, M. (2008). Bedingungsfaktoren eines frühen Erstkonsumalters von Tabak. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 14–21.
- Schmid, M. (2007). Stationärer Kontext – Kooperation zwischen stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe bei Adoleszenten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In R. Brunner & F. Resch (Hrsg.), *Borderline-Störung und Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (S. 195–229). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Fegert, J. M., Schmeck, K. & Kölch, M. (2007). Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in Schulen für Erziehungshilfe. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 58, 282–290.
- Schmid, M. (2008). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. *Trauma & Gewalt*, 2, 288–309.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J. & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 2.
- Schmid, M., Schmeck, K. & Petermann, F. (2008). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? *Kindheit und Entwicklung*, 17, 190–202.
- Schmid, M., Wiesinger, D., Lang, B., Jaszkowicz, K. & Fegert, J. M. (2007). Brauchen wir eine Traumapädagogik? – Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. *Kontext*, 38, 333–357.
- Schmid, M. & Kölch, M. (in Druck). Kinder- und Jugenddelinquenz. In J. Müller (Hrsg.), *Neurobiologie forensisch relevanter psychischer Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schweiger, U., Sipos, V. & Hohagen, F. (2005). Kritische Überlegungen zum Begriff der "komplexen posttraumatischen Belastungsstörung". *Der Nervenarzt*, 76, 344–346.
- Seligman, M. E. P. (2000). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.
- Seng, J. S., Graham-Bermann, S. A., Clark, M. K., McCarthy, A. M. & Ronis, D. L. (2005). Posttraumatic stress disorder and physical comorbidity among female children and adolescents: results from service-use data. *Pediatrics*, 116, e767–776.
- Shafii, T., Rivara, F. P., Wang, J. & Jurkovich, G. J. (2009). Screening Adolescent Patients Admitted to the Trauma Service for High-Risk Behaviors: Who Is Responsible? *The Journal of Trauma*, im Druck.
- Shields, A. & Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: the contributions of attention and emotion dysregulation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 381–395.
- Simons, M. & Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Traumata und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen – eine kritische Übersicht zu Klassifikation und diagnostischen Kriterien. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 151–161.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Yen, S., Sanislow, C. A. et al. (2007). Positive childhood experiences: resilience and recovery from personality disorder in early adulthood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1102–1108.
- Solomon, S. D. & Davidson, J. R. (1997). Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl 9), 5–11.
- Spinazzola, J., Blaustein, M. & van der Kolk, B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18, 425–436.
- Stiglitz, C. E., Ebner-Priemer, U. W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C. H. et al. (2008). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 139–147.
- Streeck-Fischer, A. (2006). „Trauma und Entwicklung“ – Folgen von Traumatisierung in Kindheit und Jugend. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A., Fegert, J. M. & Freyberger, H. J. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In A. Streeck-Fischer, J. M. Fegert & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters* (S. 311–327). Stuttgart: Schattauer.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7, 177–193.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20.

- Tuulikki Kuitalahti, T. & Rosner, R. (2008). Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 210–218.
- van der Kolk, B. A., Perry J.C. & Herman J. L. (1991). Childhood Origins of Selfdestructive Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1661.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (2002). *Traumatic Stress – Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann.
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, C., Cloitre, M., D’Andrea, W., Ford, J. D. et al. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. Unpublished manuscript.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401–408.
- van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225–249.
- Weinfeld, N. S., Sroufe, L. A. & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 71, 695–702.
- Wells, R. D., McCann, J., Adams, J., Voris, J. & Ensign, J. (1995). Emotional, behavioral, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abused prepubescent females. *Child Abuse & Neglect*, 19, 155–163.
- Widom, C., Czaja, S. J. & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32, 785–796.
- Wyatt, G. E. & Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women’s sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 758–767.
- Zucker, M., Spinazzola, J., Blaustein, M. & van der Kolk, B. A. (2006). Dissociative symptomatology in posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 19–31.

Dr. Marc Schmid

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel
Schaffhauser Rheinweg 55
4058 Basel
Schweiz
E-Mail: Marc.Schmid@upkbs.ch

Prof. Dr. Jörg Fegert

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der
Universität Bremen
Grazer Straße 2 und 6
28359 Bremen
E-Mail: fpeterm@uni-bremen.de