

Themenschwerpunkt

Posttraumatische Belastungsstörung

Rita Rosner und Maria Hagl

Department Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München

Zusammenfassung. Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung handelt es sich um eine vieldiskutierte Diagnose. Aktuell erörtert werden dabei die Unterschiede zwischen den beiden Diagnosesystemen DSM-IV-TR und ICD-10, deren Auswirkungen auf die klinische Praxis und spezifisch die Anwendbarkeit der Diagnosekriterien auf Kinder und Jugendliche. Außerdem werden Vorschläge zur Klassifikation im Bereich chronischer und schwerer Traumatisierung, der aktuelle Stand zur Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte in der Modellbildung sowie Diskrepanzen zwischen Therapieforchung und Praxis dargestellt. Schlüsselwörter: Posttraumatische Belastungsstörung, Kinder, Jugendliche, Komplexe Traumafolgestörung

Posttraumatic stress disorder

Abstract. Posttraumatic stress disorder is a much debated diagnosis. Recent topics of discussion are differences in the current classification systems, DSM-IV-TR and ICD-10, and their consequences for clinical practice. Further disputed topics concern the adequacy of diagnostic criteria for children and adolescents and a proposed new diagnosis related to chronic and severe childhood trauma. The current status of psychopathological models explaining symptoms as well as developmental issues is introduced, and finally the discrepancy between empirical evidence in psychotherapy research and clinical practice is described. Key words: posttraumatic stress disorder, children, adolescents, developmental trauma disorder

Die historische Entwicklung der Diagnosen, die mit Erfahrungen extremer Belastung wie Krieg, Naturkatastrophen und Unfällen einhergehen, war von Anfang an kontrovers (van der Kolk, Weisæth & van der Hart, 1996; Weisæth, 2002). Dies mag auch daran liegen, dass sich diese Ereignisse in einem sozialen und politischen Rahmen bewegen, der individuelles Leid enger mit politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verknüpft als dies für andere psychische Störungen gilt. Die Medizinhistoriker Micale und Lerner (2001) assoziieren gar die Akzeptanz und die Entwicklung der Psychiatrie als Fach insgesamt unmittelbar mit der notwendigen Auseinandersetzung mit psychischen Störungen in der Folge des Ersten Weltkriegs. Jedoch erst in der Folge des Vietnam-Krieges und mit dem Erstarken der Frauenbewegung, die Misshandlungen von Frauen und Kindern anprangerte, wurde die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTB), wie sie heute verstanden wird, in das DSM-III (APA, 1980) aufgenommen (und 1992 in die ICD-10). Nochmals verzögert war die Akzeptanz dieser Diagnose für Kinder und dementsprechend langsam war auch der Zuwachs an empirischen Daten und die diesbezügliche Theoriebildung. Noch bis vor 20 Jahren ging man davon aus, dass Kinder keine PTB nach traumatischen Ereignissen entwickeln (vgl. Garmez & Rutter, 1985), sondern allenfalls eine vorübergehende und

unspezifische Symptomatik zeigen. Forschungsergebnisse der letzten beiden Jahrzehnte belegen jedoch, dass Kinder im Grunde ähnliche und ebenso andauernde Symptome wie Erwachsene entwickeln können. Doch noch gibt es eine Reihe offener Fragen und kritisch diskutierter Punkte. Einige sollen im Folgenden angerissen werden.

Zur Divergenz der Kriterien in DSM-IV-TR und ICD-10

Während die beiden diagnostischen Systeme bei einer Reihe von Störungen weitgehend übereinstimmen, unterscheiden sie sich für die PTB in zentralen Punkten. Die größte Divergenz entsteht dadurch, dass in der ICD eine klinisch relevante Beeinträchtigung zur Vergabe der Diagnose nicht ausdrücklich gefordert wird (analog zum Kriterium F im DSM-IV-TR). Außerdem werden im DSM drei Symptome aus dem Symptomcluster „Vermeidung“ gefordert, während gemäß den ICD-10-Forschungskriterien nur ein Vermeidungssymptom vorhanden sein muss. Für Erwachsene liegt die Übereinstimmung zwischen den DSM-IV-Diagnosen und den Diagnosen nach den ICD-10-Forschungskriterien bei etwa

75% (Rosner & Powell, 2007), und ist speziell für den Prozentsatz positiver Übereinstimmung noch wesentlich niedriger (vgl. Andrews, Slade & Peters, 1999). Da die ICD-Forschungskriterien (WHO, 2006) deutlich klarer formuliert sind als die in der Praxis verwendeten klinisch-diagnostischen Leitlinien (WHO, 2005), ist bei Vergleich mit letzteren eine noch schlechtere Übereinstimmung zu erwarten. Tatsächlich müssen für das Vollbild einer PTB nach ICD-10 neben dem Vorhandensein einer traumatischen Erfahrung lediglich ausgeprägte Symptome des Wiedererlebens gegeben sein (im Sinne einer Kardinalsymptomatik), während Vermeidung und eine vegetative Symptomatik als „für die Diagnose nicht wesentlich“, bzw. als nachrangig betrachtet werden (WHO, 2005, S. 170).

Besonders kritisch wirken sich diese konzeptuellen Diskrepanzen unter zwei Gesichtspunkten aus:

- Fast die gesamte Forschungsliteratur bezieht sich auf das DSM-III-R und das DSM-IV, während Diagnosen in Deutschland anhand der ICD-10 gestellt werden. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist somit eingeschränkt.
- Wegen der Verknüpfung mit einem auslösenden Ereignis steht eine PTB-Diagnose in einem engen Zusammenhang mit spezifischen Arbeitsgebieten der Psychotraumatologie (z. B. bei der Arbeit mit Flüchtlingskindern, Haftungsfragen bei Unfällen) und für die Betroffenen kann es in sozialversicherungsrechtlichen oder ausländerrechtlichen Fragen sehr wichtig werden, welche Kriterien angewendet werden. Insbesondere im Kinder- und Jugendlichenbereich sind die DSM-IV-Kriterien zu streng (siehe nächster Diskussionspunkt), während die unscharfe Definition der ICD-10 zu einem Überdiagnostizieren der Störung führen kann, insbesondere dann, wenn die funktionale Beeinträchtigung als Kriterium vernachlässigt wird.

Wie angemessen sind die PTB-Symptomkriterien bei Vorschulkindern?

Da die heutige PTB-Definition und die Formulierung der DSM-Kriterien auf Studien mit Erwachsenen basieren, wurden bereits früh Zweifel an der Übertragbarkeit auf Kinder laut. Kritisch diskutiert wurde, ob kleine Kinder über ausreichende introspektive Fähigkeiten verfügen und entwicklungsbedingt in der Lage sind, ihre innerpsychischen Vorgänge zu verbalisieren. Bei Kleinkindern äußert sich deren Belastung vorwiegend in Störungen des Affekts, Dysregulation des Essens oder Schlafens oder in aggressivem Verhalten. Vermeidungssymptome sind schwerer zu erfassen: So kann es einerseits kleineren Kindern aufgrund der Fremdbestimmung ihres Alltags nicht so leicht fallen, Situationen zu vermeiden, an-

dererseits kann die Vermeidung „symbolisch“ oder „magisch“ sein, und letztendlich verfügen jüngere Kinder noch nicht über die Selbstbeobachtungsfähigkeiten, um ihr eigenes verändertes Verhalten erkennen und berichten zu können. Insbesondere das sogenannte Ereigniskriterium ist bei Vorschulkindern und möglicherweise auch noch später nicht anwendbar. Je jünger ein Kind, desto stärker hängt sein Gefühl von Bedrohung und damit einhergehende Aufregung und Symptomentwicklung von den emotionalen Reaktionen der Bezugspersonen auf das Ereignis ab. Die Arbeitsgruppe um Scheeringa (z. B. Scheeringa, Wright, Hunt & Zeanah, 2006) versuchte in einer Reihe von Studien, die Kriterien für Kinder und Jugendliche anzupassen. So wurden zusätzliche Kriterien („neue und plötzlich auftretende Trennungsangst“, „neue und plötzlich auftretende aggressive Verhaltensweisen“, „neue und plötzlich auftretende Ängste, die möglicherweise keine direkten inhaltlichen Verbindungen mit dem Trauma haben“) und die nötige Anzahl von Symptomen für eine Diagnose überprüft.

Zusammenfassend zeigte sich, dass es zwar nicht nötig ist, die Kriterien zu ergänzen, aber für eine PTB-Diagnose bei Vorschulkindern nur ein Intrusions-, Vermeidungs- und Übererregungssymptom gefordert werden sollte. Nach Scheeringa et al. (2006) sollten die DSM-IV-TR-Kriterien bei Vorschulkindern nicht angewendet werden und sind auch auf die Altersgruppe bis etwa zehn Jahre allenfalls eingeschränkt übertragbar. Da für die Diagnose sowohl internalisierende (besser im Selbstbericht zugängliche), als auch externalisierende (besser im Fremdbbericht erfassbare) Symptome nötig sind, empfehlen die Autoren, unbedingt auch Bezugspersonen zu befragen. Grundsätzlich sollte in jeder allgemeinpsychiatrischen oder psychologischen Anamnese nach möglicherweise auslösenden Vorfällen gefragt werden und dies besonders bei plötzlich auftretenden Verhaltensproblemen.

Wie angemessen ist die Diagnose PTB nach schweren und wiederholten traumatischen Erfahrungen?

Einige Autoren (Herman, 1993; Cook, Blaustein, Spinazzola & van der Kolk, 2003; van der Kolk, 2005) bezweifeln, dass die Diagnose PTB die psychischen Veränderungen wie sie nach schweren, chronischen Traumatisierungen in der Kindheit auftreten (z. B. nach langdauerndem sexuellem Missbrauch durch Familienmitglieder) angemessen erfasst. Cook et al. (2003) argumentieren, dass Kinder, die in ihren Ursprungsfamilien Vernachlässigung und emotionalen Missbrauch erfahren, darauf mit emotionaler Dysregulation, Orientierungsverlust und der Unfähigkeit, gefährliche Situationen zu erkennen, reagieren. Letzteres führt dann dazu, dass die Betroffenen oft Opfer weiterer traumatischer Lebensereig-

nisse werden. Kinder und Jugendliche erhalten in der Folge wegen der Breite der Symptomatik neben der Diagnose einer PTB (wenn sie erkannt wird) oft eine Reihe von Diagnosen (z. B. hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen und – bei Jugendlichen – z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung). Diese Diagnosen erfassen jeweils Aspekte der darunter liegenden posttraumatischen Symptomatik und letztendlich kommt das Komorbiditätskonzept damit an seine Grenzen. Cook et al. (2003) und van der Kolk (2005) argumentieren, dass es sparsamer und zutreffender wäre, wenn die Symptomatik dieser komplex traumatisierten Kinder und Jugendlichen mithilfe einer neuen Diagnose erfasst werden würde, nämlich der „Komplexen Traumafolgestörung in der Kindheit“ („developmental trauma disorder“ siehe Tab. 1).

Dieses Syndrom kann analog zu dem Konzept „Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ (DESNOS) (Herman, 1993; Roth et al., 1997) verstanden werden, die für die vierte Neuauflage des DSM vorgeschlagen worden war, aber nur Aufnahme in den Abschnitt „Zugehörige Merkmale“ fand (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003; S. 517). Kennzeichen sind, neben dem Vorliegen massiver traumatischer Ereignisse interpersoneller Art, Symptome der Affektdysregulation, Impulsivität, Dissoziation, Somatisierung, Scham und Schuld (Übersicht bei Butollo & Hagl, 2003).

Wegen der relativen Neuheit der für Kinder vorgeschlagenen „developmental trauma disorder“ liegen noch keine Studien vor, sodass sich der Zusatznutzen der Einführung einer neuen Diagnose aufgrund der noch fehlenden Datenbasis nicht beurteilen lässt. Aber es ist gut möglich, dass insbesondere die schweren Verläufe wie sie aus stationären Einrichtungen berichtet werden, besser mit dem Konzept der Komplexen Traumafolgestörung beschrieben werden als mit der Diagnose einer PTB und einer Reihe komorbider Diagnosen.

Mangel an entwicklungspsychologisch fundierter Modellbildung

Für den Bereich der PTB bei Erwachsenen liegen inzwischen sehr elaborierte Modelle zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der PTB vor, die jedes für sich Teilaspekte der Störung gut erklären und zusammen ein einigermaßen kohärentes Bild ergeben (Übersicht bei Brewin & Holmes, 2003; Dalgleish, 2004). Besonders viel Beachtung fand dabei das kognitive Modell von Ehlers und Clark (2000). Bezogen auf PTB müssen ätiologische Modelle nicht nur die Entwicklung und Chronifizierung posttraumatischer Symptomatik erklären, sondern auch deren Ausbleiben, also die funktionale Anpassung an das Erleben eines traumatischen Ereignisses (vgl. Shalev, 2002). Praktiker sind außerdem daran interessiert, ob

Table 1. Diagnosekriterien für Komplexe Traumafolgestörung im Kindesalter (Landolt, 2007, S. 33; nach van der Kolk, 2005)

Kriterium A	A1: Chronische interpersonelle Traumatisierung mit Beeinträchtigung der Entwicklung A2: Reaktionen und Gefühle von intensiver Furcht, Wut, Angst, Scham und Hoffnungslosigkeit sowie Gefühle eines Vertrauensverlustes
Kriterium B	Durch Traumahinweisreize ausgelöste Muster wiederholter und fixierter Dysregulationen B1: Art der Dysregulation <ul style="list-style-type: none"> • affektiv • somatisch (motorisch, physiologisch, körperliche Gesundheit) • verhaltensbezogen (z. B. Reinszenierungen, Selbstverletzungen) • kognitiv (z. B. Verwirrung, Dissoziation, Depersonalisation) • in Beziehungen (z. B. auffällige Bindungscharakteristika wie Anklammern, Misstrauen) • mangelnde Selbstfürsorge B2: Regulationsmuster <ul style="list-style-type: none"> • antizipatorisch (z. B. Vermeidung, Aggression) • Copingverhalten (z. B. Selbstverletzung, Dissoziation) • restaurativ (z. B. Vermeidung, Willfährigkeit) • desorganisiert B3: Entwicklungseinflüsse auf andere Störungen <ul style="list-style-type: none"> • Substanzmittelmisbrauch • bipolare Störungen • Depression • somatoforme Störungen
Kriterium C	Generalisierte negative Erwartungshaltung <ul style="list-style-type: none"> • negative Selbstattribuierung • Verlust protektiver Bezugspersonen • Verlust von Vertrauen in Hilfs- und Schutzangebote • Erwartung zukünftiger Viktimisierung
Kriterium D	Funktionale Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen <ul style="list-style-type: none"> • Schule • Familie • Peer-Gruppe • Beruf • Konflikte mit dem Gesetz

sich aus einem Modell Interventionen ableiten lassen und ob es erklären kann, warum (falls) bestimmte Patienten nicht von einer Behandlung profitieren. Speziell nun hinsichtlich der Folgen traumatischer Erfahrungen in der Kindheit müssen verstärkt entwicklungspsychologische Aspekte berücksichtigt werden. Breiter angelegte Arbeiten zu Risiko- und Schutzfaktoren berücksichtigen zwar

die entwicklungspsychologische Komponente, bleiben jedoch eher beschreibend (z. B. Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999; Landolt, 2004). Interessant für die weitere Theoriebildung ist vor allem die Übersicht von Salmon und Bryant (2002) zu Befunden zur kognitiven Entwicklung und PTB bei Kindern. Ebenso vielversprechend ist die Arbeit von Meiser-Stedman (2002), in der Befunde bei Kindern in Hinblick auf die kognitiven Modelle, wie sie für Erwachsene entwickelt wurden, diskutiert werden – neben dem Modell von Ehlers und Clark (2000) ist dies das Modell von Brewin und Kollegen (Brewin, 2001; Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996).

Über diese speziell kognitive Sicht hinaus ist bei Kindern jedoch der Bindungsaspekt unbedingt zu berücksichtigen. Als Fazit bleibt, dass ein sowohl den kognitiven wie den bindungspsychologischen Entwicklungsstand berücksichtigendes Modell zur PTB bisher noch aussteht.

Evidenzbasierte Therapie und Versorgungsrealität

Die Literaturübersichten (Stallard, 2006; Kraft, Schepker, Goldbeck & Fegert, 2006) und eine Metaanalyse (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005) zum Behandlungserfolg bei Kindern und Jugendlichen kommen zu recht einheitlichen Ergebnissen. Die am besten abgesicherten Interventionen kommen aus der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und basieren in der Mehrheit auf dem Ansatz von Deblinger und Heflin (1996; siehe auch Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006). In den letzten Jahren wurde ebenfalls sehr viel zu EMDR bei Kindern veröffentlicht (Hensel, 2006). Im Vergleich zur KVT liegen allerdings noch weniger fundierte Studien vor, sodass die Absicherung der Ergebnisse als nicht ganz so gut gilt. Im Gegensatz dazu liegen zu den spezifisch in Deutschland im Kinderbereich verbreiteten Therapieansätzen (humanistische oder tiefenpsychologisch orientierte Spieltherapie; Kunst- und Musiktherapie) leider kaum Daten auf einem angemessenen methodischen Niveau vor (z. B. nur eine Studie zu tiefenpsychologischen Interventionen, Trowell et al., 2002).

Im Gegensatz zur empirischen Evidenz, die für die KVT sprechen würde, gibt es in Deutschland ein zu geringes therapeutisches Angebot in diesem Bereich. Zusammenfassend ist in der deutschen Kindertraumatherapie ein Auseinanderklaffen von Praxis und Forschungsergebnissen zu beklagen (vgl. auch Petermann, 2007). Daraus können mehrere Forderungen abgeleitet werden:

- Mehr empirische Studien zur Effektivität von Therapien und zwar speziell unter deutschen Praxisbedingungen sind nötig;
- in der Praxis verbreitete Ansätze müssen dringend ihre Wirksamkeit nachweisen;

- die bereits als effektiv abgesicherten Interventionen müssen verstärkt in der Praxis bekannt gemacht werden und einer kontinuierlichen Qualitätssicherung unterzogen werden (vgl. auch Merod & Petermann, 2006).

Zum Themenschwerpunkt

Die in diesem Schwerpunkt vorgestellten Arbeiten befassen sich mit Risikofaktoren für PTB bei Kindern und Jugendlichen und betreffen damit die ätiologische Modellbildung, aber auch die klinische Praxis im Sinne der Identifikation von Risikogruppen und Prävention. Kultahti und Rosner (2008) berichten über mögliche Risikofaktoren einer PTB nach einmaligen traumatischen Ereignissen, zusammengetragen aus insgesamt 53 Studien. Die Pilotstudie von Frühe, Kultahti, Röthlein und Rosner (2008) geht der Frage nach, ob sich in den Tagen nach einem traumatischen Ereignis im schulischen Kontext, Variablen identifizieren lassen, die die Entwicklung einer späteren PTB vorhersagen. Die Arbeit von Gavranidou, Niemiec, Magg und Rosner (2008) beschäftigt sich mit der psychischen Belastung von Asylbewerberkindern und Jugendlichen in städtischen und staatlichen Unterkünften.

Literatur

- APA (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3. Version)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., Slade, T. & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3–5.
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373–393.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686.
- Brewin, C. R. & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376.
- Butollo, W. & Hagl, M. (2003). *Trauma, Selbst und Therapie. Konzepte und Kontroversen in der Psychotraumatologie*. Bern: Huber.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief*. New York: Guilford.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. & van der Kolk, B. (Eds.). (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. White paper from the National Child Traumatic Stress Network.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 13, 228–260.
- Deblinger, E. & Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Frühe, B., Kultalahti, T. T., Röthlein, H.-J. & Rosner, R. (2008). Vorhersagbarkeit posttraumatischer Belastung bei Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Ereignissen in der Schule. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 219–223.
- Garnezy, N. & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (2nd ed., pp. 152–176). Oxford: Blackwell.
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 224–231.
- Hensel, T. (2006). Effektivität von EMDR bei psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 107–117.
- Herman, J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 213–228). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kraft, S., Schepker, R., Goldbeck, L. & Fegert, J. M. (2006). Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Nervenheilkunde*, 25, 709–716.
- Kultalahti, T. T. & Rosner, R. (2008). Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 210–218.
- Landolt, M. A. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M. A. (2007). Traumaspezifische Diagnostik. In M. A. Landolt & T. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 30–40). Göttingen: Hogrefe.
- Micale, S. M. & Lerner, P. (2001). Traumatic pasts. *History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870–1930*. New York: Cambridge University Press.
- Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 217–232.
- Merod, R. & Petermann, F. (2006). Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 164–169.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26*. London: Gaskell and the British Psychological Society. Available: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026fullguideline.pdf> [1.6.08].
- Petermann, F. (2007). Praxisforschung in der Kinderverhaltenstherapie. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 139–142.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542–1554.
- Rosner, R. & Powell, S. (2007). Überschätzt die ICD-10 die PTBS-Prävalenz? Auswirkungen unterschiedlicher Diagnosekriterien auf Diagnoseraten der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Kriegstraumatisierung. *Trauma und Gewalt*, 1, 46–52.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B. & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539–555.
- Salmon, K. & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22, 163–188.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheeringa, M., Wright, M. J., Hunt, J. P. & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163, 644–651.
- Shalev, A. Y. (2002). Acute stress reactions in adults. *Biological Psychiatry*, 51, 532–543.
- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people. A review of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 26, 895–911.
- Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, H., Sodowski, H., Berelowitz, M., Galsser, D. et al. (2002). Psychotherapy for sexually abused girls: Psychopathological outcome findings and patterns of change. *British Journal of Psychiatry*, 180, 234–247.
- van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for chronically traumatized children. *Psychiatric Annals*, 35, 401–408.
- van der Kolk, B. A., Weisæth, L. & van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisæth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 47–74). New York: Guilford.
- Weisæth, L. (2002). The European history of psychotraumatology. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 443–452.
- WHO (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostischen Leitlinien* (5. durchges. und ergänzt. Aufl.). Bern: Huber.
- WHO (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (4. überarb. Aufl.). Bern: Huber.

Prof. Dr. Rita Rosner, Dipl.-Psych.
Maria Hagl, Dipl.-Psych.

Department Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität
Leopoldstraße 13
80802 München
E-Mail: rosner@psy.uni-muenchen.de
hagl@psy.uni-muenchen.de