

Jugendpsychiatrie Teil III: Traumafolgestörungen

Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen

RITA ROSNER, EICHSTÄTT-INGOLSTADT, UND REGINA STEIL, FRANKFURT



Folgen von Traumata sind möglicherweise um so stärker, je jünger der Mensch ist.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen ist eine Störung mit chronischem Verlauf und hoher Komorbidität. Obwohl die langfristig schwerwiegenden Gesundheitskonsequenzen eine frühzeitige Therapie erfordern, werden viele Kinder aber entweder zu spät oder falsch behandelt. Erfolgreiche Interventionen bauen auf die In-sensu-Konfrontation und die kognitive Neubewertung des traumatischen Ereignisses und seiner Konsequenzen sowie der In-vivo-Konfrontation der Traumatrigger. Die derzeit am besten evaluierte Intervention für Kinder ist die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie.

Langen Zeit dachte man, dass Kinder von traumatischen Lebensereignissen weniger betroffen sind als Erwachsene. Es wurde angenommen, dass Kinder leichter vergessen und daher besonders Traumata in der frühen und mittleren Kindheit ohne psychopathologische Folgen bleiben. Heute weiß man, dass dem nicht so ist. Im Gegenteil, es zeigt sich, dass die Folgen von Traumata möglicherweise stärker sind, je jünger der Mensch ist.

Störungsbild

Ein traumatisches Ereignis wird dabei nach ICD-10 definiert als kurz- oder lang-

anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (ICD-10, 1991). Häufig werden diese Ereignisse als Typ-I- (kurzdauernd) oder -II-Traumata (langdauernd, sich wiederholend) klassifiziert. Weiterhin wird häufig zwischen von Menschen verursachten Ereignissen und Naturkatastrophen oder technischen Katastrophen unterschieden. Dabei gilt, dass die länger andauernden und durch Menschen verursachten traumatischen Ereignisse mit einer größeren Wahrscheinlichkeit die

Entwicklung psychischer Störungen nach sich ziehen. Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) handelt es sich um eine mögliche psychopathologische Folge eines traumatischen Ereignisses. Aber auch affektive Störungen, andere Angststörungen und Verhaltensstörungen werden wahrscheinlicher (**Abbildung 1**).

Zusammengefasst kann man aber trotzdem nicht vom Erleben eines traumatischen Ereignisses, und sei es subjektiv aus Sicht des Untersuchers noch so schlimm, darauf schließen, dass Betroffene eine PTBS oder eine andere psychische Störung entwickeln. Gerade in der

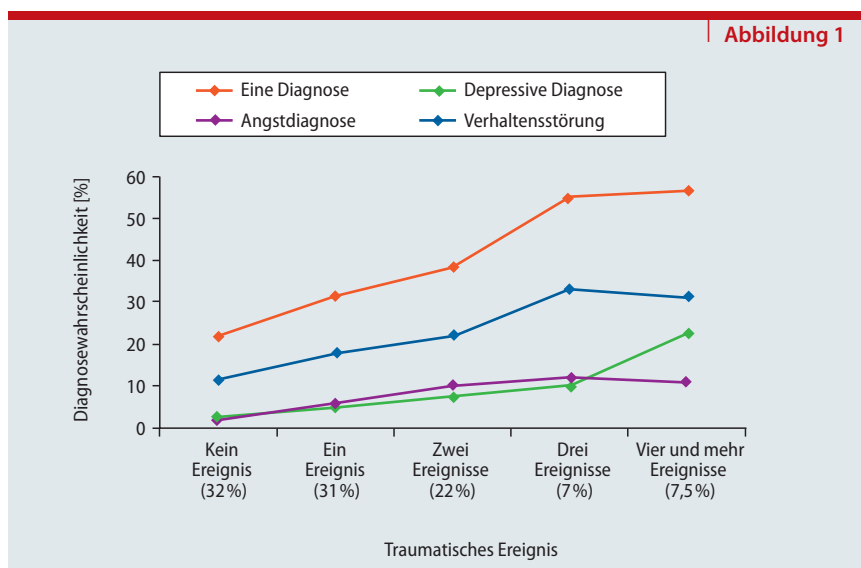
Folge eines traumatischen Ereignisses ergeben sich daher zwei mögliche Fehlreaktionen der Umgebung auf die Betroffenen: Einerseits können psychische Folgen übersehen werden, andererseits können die Folgen überschätzt werden, indem man annimmt, dass jeder Betroffene eine Symptomatik entwickeln muss.

Klassifikation

Eine besondere Reaktionsform stellt die in diesem Kapitel im Zentrum stehende PTBS dar. Leider unterscheiden sich die beiden Klassifikationssysteme DSM-IV-TR und ICD-10 an entscheidenden Punkten, sodass die Übereinstimmung der Diagnosen nur bei 35–75 % liegt [39]. In der Forschung und international haben sich die DSM-IV-Kriterien durchgesetzt, die generell deutlich strenger sind als die ICD-10-Kriterien (Tabelle 1). Die Überarbeitungen für die jeweils nächsten Versionen des ICD und DSM sehen deutliche Änderungen vor. Weiterhin erschwert wird die Diagnose einer PTBS durch die mangelnde Passung der diagnostischen Kriterien auf Kinder und Jugendliche. Die DSM-IV-TR-Kriterien gelten als viel zu streng und werden bis zu einem Alter von 16 Jahren nur selten erfüllt, obwohl die Leitsymptome vorhanden sind und eine erhebliche Beeinträchtigung vorliegt [44].

Symptomatik

Während und kurz nach dem Ereignis können Kinder und Jugendliche nicht nur ängstlich und entsetzt wirken, sondern auch aufgelöst oder agitiert. Im Anschluss an die traumatischen Ereignisse müssen im Falle einer PTBS Symptome des Wiedererlebens vorliegen. Dies können unausweichliche Erinnerungen, aber auch eine Wiederinszenierung des Ereignisses in Tagträumen oder Träumen sein. Bei Kindern kann sich dies auch in unspezifischen Alpträumen (z. B. von Monstern) oder im sogenannten traumatischen Spiel äußern. Beim traumatischen Spiel handelt es sich um das häufige Nachspielen einer Sequenz des traumatischen Geschehens, wobei das Spiel lustlos, wie „eingefroren“ und quälend wirkt. Auch symbolische Neuinszenierungen sind möglich. Ein weiteres Kriterium ist die Vermeidung. Dabei versuchen die Betroffenen, Aktivitäten oder Situationen, die eine Erinnerung an das Trauma wachrufen könnten, aus dem



Wahrscheinlichkeit nach traumatischen Ereignissen eine Diagnose zu erhalten [9].

Diagnostische Forschungskriterien einer PTBS nach ICD-10

Tabelle 1

A	Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
B	Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallereinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
C	Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
D	Entweder 1. oder 2. 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern. 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale: a) Ein- und Durchschlafstörungen b) Reizbarkeit oder Wutausbrüche c) Konzentrationsschwierigkeiten d) Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz) e) Erhöhte Schreckhaftigkeit
E	Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.)

Weg zu gehen. Häufig ist ein vermindertes Interesse an Aktivitäten, die zuvor Freude bereitet haben, erkennbar. Weiterhin berichten ältere Kinder und Jugendliche – ähnlich den Erwachsenen –, dass sie sich gleichsam abgeschnitten und in ihrer Umgebung fremd fühlen. Auch von einer Verminderung der Fähigkeit, Gefühle zu empfinden, wird manchmal berichtet. Oft

kommt es auch zu einem Verlust bereits vorliegender Fähigkeiten (z. B. beginnt ein Kind wieder ins Bett zu nassen, obwohl es bereits sauber war). Weitere Symptome können Erinnerungsstörungen sein, die dadurch gekennzeichnet sind, dass Teile des Ereignisses oder auch das ganze Ereignis scheinbar vergessen werden (psychogene Amnesie). Als Zeichen erhöhter

Erregung können Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrationschwierigkeiten, eine erhöhte Wachsamkeit sowie eine erhöhte Schreckhaftigkeit gelten. Auch motorische Unruhe, Konzentrationsmangel, aggressive Verhaltensweisen und Trennungsangst werden beschrieben. Grundlegende Dimensionen der Symptomatik sind damit die drei Faktoren:

- Wiedererleben (z. B. Intrusionen und Flashbacks),
- Vermeidung und emotionale Taubheit und
- autonome Übererregung (Hyperarousal).

Aufgrund der entwicklungsbedingten Veränderungen in vielen Funktionsbereichen in Kindheit und Jugend erscheint es nur natürlich, dass sich PTBS-Symptome altersspezifisch zeigen. Während jüngere Kinder häufig eher diffuse Angst- und Vermeidungssymptome ausbilden, reagieren und verbalisieren Jugendliche zunehmend ähnlich wie Erwachsene.

Angelehnt an die obige Unterscheidung von Ereignistypen, muss noch einmal betont werden, dass langdauernde und wiederholte Traumatisierungen, die durch eine Person aus dem Nahbereich des Kindes verursacht wurden (wie bei sexueller und physischer Gewalt und/oder Vernachlässigung), eine Symptomatik verursachen können, die weit über die oben formulierten Symptome hinausgeht. Aktuell wird diese unter dem Begriff „komplexe Traumafolgestörung“ diskutiert.

Häufigkeit

Die Wahrscheinlichkeit, bereits als Kind oder Jugendlicher ein potenziell traumatisierendes Ereignis zu erleben, ist regional unterschiedlich, was sich unmittelbar auf die jeweiligen Prävalenzen der PTBS niederschlägt. In Regionen mit häufigen Naturkatastrophen und Regionen mit sozialen Konflikten (sei es durch Kriege oder hohes Gewaltpotenzial auf Straßen und in Familien) ist das Risiko für eine PTBS naturgemäß höher. Weitere Risikofaktoren stellen, wie auch von Copeland, Keeler, Angold und Costello [9] berichtet, mehrfache Ereignisse dar. Getrennt lebende Eltern und niedriger Sozioökonomischer Status erwiesen sich als weitere Risikofaktoren [24]. Generell bildet sich bei Mädchen häufiger eine PTBS in der Folge eines Ereignisses aus [49].

Die Wahrscheinlichkeit, nach einem Ereignis eine PTBS zu entwickeln, hängt von der Art des Ereignisses ab. Während mehr als die Hälfte der betroffenen Frauen nach einer Vergewaltigung eine PTBS entwickeln, liegen die Wahrscheinlichkeiten nach Naturkatastrophen oder Unfällen eher bei 10 % und darunter. In nicht repräsentativen Studien (z. B. mit kriegstraumatisierten und misshandelten Kindern) finden sich dementsprechend höhere Raten zwischen 25 % und 75 % und für Opfer sexualisierter Gewalt werden Raten bis zu 90 % berichtet [43].

Komorbidität

Bei der PTBS handelt es sich um eine Störung, die meist komorbid auftritt. So berichten Essau et al. [14] von 23,5 % depressiven Störungen, 29,4 % somatoformen Störungen und 23,5 % Substanzmissbrauch. Perkonig et al. [31] finden, dass 87,5 % der an PTBS Erkrankten zumindest eine zusätzliche Diagnose aufweisen und 77,5 % zwei und mehr Diagnosen. Giacona et al. [16] berichten das viermal häufigere Auftreten internalisierender Störungen, das um den Faktor 12 erhöhte Auftreten externalisierender Störungen und verschlechterte Schulleistungen. Bei jüngeren Kindern kann auch Trennungsangst im Vordergrund stehen.

Differenzialdiagnostisch kann es bei fehlender Exploration möglicher traumatischer Ereignisse zur fälschlichen Diagnose einer hyperkinetischen Störung oder einer aggressiv-dissozialen Störung kommen, indem leicht erkennbare Einzelsymptome (z. B. Wut, mangelnde Konzentration und motorische Unruhe) entsprechend fehlgedeutet werden.

Verlauf

Noch liegen zum Verlauf bei Kindern nur wenige Langzeitstudien vor. Yule et al. [56] berichten, dass fünf bis sieben Jahre nach einem Schiffsunfall immer noch 15 % der Untersuchten eine PTBS aufwiesen. In einer repräsentativen Stichprobe Erwachsener wurde gefunden, dass ein Jahr nach der Diagnose noch mehr als 60 % die Diagnosekriterien einer PTBS erfüllten und nach zehn Jahren noch 33 % [19]. Es handelt sich bei der PTBS also um eine Störung mit starkem Chronifizierungsrisiko.

Aber auch, wenn traumatische Ereignisse keine PTBS in der Kindheit hervor-

rufen, so erhöht sich doch das Risiko für eine PTBS im Erwachsenenalter und andere häufig mit traumatischen Erfahrungen assoziierten Störungen wie Borderline-Persönlichkeitsstörung, somatoforme und dissoziative Störungen. Weiterhin sind Zusammenhänge mit einer Reihe anderer physischer und psychischer Probleme und Störungen wie Adipositas, Depression, Suizidversuchen und Alkoholabhängigkeit (z. B. [15]) belegt.

Diagnostik

Bei der Diagnostik der Folgen einer Traumatisierung beim Kind gilt es, drei Bereiche zu berücksichtigen:

1. Prätraumatisches Funktionsniveau des Kindes,
2. traumatisches Ereignis selbst und
3. dessen Folgen für das Kind und seine Umwelt.

Alle verfügbaren Informationsquellen sollen zur Diagnostik genutzt werden: Kind und Eltern, Lehrer, Verhaltensbeobachtung in Schule oder häuslichem Umfeld, polizeiliche oder medizinische Akten und Informationen sowie Berichte von Zeugen [52]. Zur Klärung der Diagnose PTBS wird bei Kindern generell der Einsatz von strukturierten Interviews [29] empfohlen. Symptome wie Intrusionen können nur aus der subjektiven Sicht des Kindes erfasst werden, besser objektivierbare Symptome wie erhöhte Irritabilität oder Aggressivität, Ängstlichkeit oder regressives Verhalten sind auch einer Fremdbeurteilung durch Eltern, Lehrer oder den Diagnostiker zugänglich.

Eltern und Lehrer neigten in empirischen Studien dazu, die Belastung der Kinder im Vergleich zu deren eigenen Angaben grob zu unterschätzen [22, 42]. Kinder scheinen mehr internalisierende Probleme zu berichten als ihre Eltern, die Eltern mehr externalisierende Probleme als das Kind.

Bei sexueller Gewalt spielt offensichtlich auch die von den Eltern eingeschätzte Glaubwürdigkeit des Kindes eine Rolle: Mütter gaben die PTBS-Symptomatik des Kindes als umso höher an, je glaubwürdiger sie die Äußerungen des Kindes fanden. Dies zeigt, wie wichtig eine umfassende Anamnese bei Kind und Eltern und die Befragung des Kindes selbst sind. Weiterhin kann es sein, dass Kinder ihre Eltern und ihre Familie beschützen wollen,

und es aus diesem Grund schwierig finden über das Erlebte und ihre psychische Belastung zu sprechen [10, 32].

Probleme bereitet die Diagnostik von Traumatisierung in der frühen Kindheit. Zwar gibt es empirische Belege für das non-verbale Erinnern bezogen auf traumatische Ereignisse vor dem Alter von zwei Jahren, aber die frühesten verbal zugänglichen autobiografischen Erinnerungen findet man im Schnitt erst für das Alter ab etwa drei Jahren und in fragmentarischer Weise [33]. Ähnlich wie bei Erwachsenen scheint das autobiografische Gedächtnis von Kindern und Jugendlichen anfällig für Verzerrungen und Suggestion zu sein [13]. Vorsichtige Zurückhaltung sowie verantwortungsvolle Interviewtechniken (offene Fragen, statt Informationen vorgegebende Suggestivfragen) sind bei der Diagnostik von Traumatisierung im Kindesalter dringend geboten. Es empfiehlt sich, Eltern und Kinder getrennt zu befragen und die Informationen von beiden zu erfassen. Einen umfassenden Überblick über gebräuchliche Diagnoseinstrumente liefern Steil und Rosner [49]. Für Kinder ab sechs Jahren und Jugendliche liegen störungsspezifische deutschsprachige Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente vor, mit deren Hilfe eine PTBS und deren Schweregrad erfasst werden können. Als Instrument der Wahl können die Interviews zu Belastungsstörungen im Kindes- und Jugendalter gelten (IBS-KJ; [48]), eine modifizierte deutsche Übersetzung der Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Dieses Instrument erfasst die Symptome der PTBS und ist auf Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen zugeschnitten. Bei den Fragebogenverfahren ist das am häufigsten verwendete Maß der UCLA PTSD Reaction Index [50].

Fragebögen und Interviews zur allgemeinen psychischen Belastung wie etwa die Child Behavior Checklist (CBCL [1]) können nicht zur Diagnose einer PTBS empfohlen werden [40], auch wenn einzelne Veröffentlichungen auf Traumasubskalen verweisen. Keine dieser Skalen wurde bisher repliziert und ist damit reliabel und valide.

Generell gilt, dass bei der Darstellung des traumatischen Ereignisses das Kind zunächst Gelegenheit haben sollte, selbst zu erzählen, bevor der Therapeut detaillierte Fragen zu den Geschehnissen stellt.

Metaanalysen zur Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher

Tabelle 2

Autoren	Primärstudien	Outcome	ES
Rodenburg et al., 2009 [36]	7 EMDR-RCTs : generell kleine Stichproben, ES nicht homogen.	Overall (PTBS-Symptome)	0,56
Harvey und Taylor, 2010 [18]	40 Studien: PTBS nach sexuellem Missbrauch, nur 5 unabhängig.	PTBS-Symptome	0,77
		Intern. Symptome	0,80
		Extern. Symptome	1,39
	35 Studien mit mehreren Messzeitpunkten	PTBS-Symptome	1,13
		Intern. Symptome	0,61
		Extern. Symptome.	0,60
Trask et al., 2011 [53]	35 psychosoziale Interventionsstudien: PTBS nach sexuellem Missbrauch	PTBS-Symptome	0,50
		Intern. Symptome	0,80
		Extern. Symptome	-
Kowalik et al., 2011 [23]	8 RCTs: KVT bei PTBS bei Kindern.	CBCL global	0,33
		CBCL INT	0,31
		CBCL EXT	0,19
Rolfesnes und Idsoe, 2011 [37]	19 schulintern (16 davon KVT)	PTBS-Symptome	0,68

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy. RCT: randomisiert-kontrollierte Studie. PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung. Intern.: Internalisierend. Ext.: Externalisierend. KVT: Kognitive Verhaltenstherapie. CBCL: Child Behavior Checklist. INT: Skala Internalisierende Auffälligkeiten. EXT: Skala Externalisierende Auffälligkeiten. ES: Effektstärke

Bei jüngeren Kindern können die traumatischen Erfahrungen erfasst werden, indem man das Kind bittet, ein Bild zu malen, zu dem es eine Geschichte erzählen kann, oder die Geschehnisse mit Puppen nachzuspielen [32, 52]. Diagramme, Pläne oder Zeichnungen können hilfreich sein (z. B. bei Traumatisierung im Klassenzimmer ein Plan, wer wo saß etc.). Während das Kind erzählt, sollte der Therapeut verbale Prompts benutzen (Was ist als nächstes passiert? Wie fühltest Du Dich dabei? Was kam dann?). Ratschläge für Bezugspersonen, Lehrer oder Sozialarbeiter zu häufig auftretenden kritischen Situationen finden sich im Ratgeber PTBS bei Kindern [41].

Behandlung der PTBS

Wirksamkeit

Aktuell liegen eine Reihe von Metaanalysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei PTBS von Kinder und Jugendlichen [18, 23, 36, 37, 53,] sowie Leitlinien (AACAP; [4]) vor (Tabelle 2). Uneingeschränkt kann hier derzeit nur die Kogni-

tive Verhaltenstherapie (KVT und hier spezifisch eine Intervention, die traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie, tf-CBT) empfohlen werden. Für Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) liegt eine deutlich geringere Datenbasis vor und für Narrative Expositionstherapie (NET) eine noch geringere. Trotzdem sind die Ergebnisse für EMDR und NET so vielversprechend, dass möglicherweise in den nächsten Jahren eine Therapieempfehlung ausgesprochen werden kann.

Aktueller Diskussionsbedarf besteht zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse von EMDR und KVT. Bisher liegen wenige direkte Vergleiche vor (Ausnahme siehe [38]) und die Australische Guideline (2007 [2]) fasste für Erwachsene die Ergebnisse unter einer Sonderauswertung zusammen mit dem Ergebnis, dass EMDR und KVT gleich wirksam sind, wenn in der EMDR-Intervention eine In-vivo-Exposition enthalten war. Weiterhin erscheint die Narrative Expositionstherapie (NET) vielversprechend, die aber über-

wiegend in ehemaligen Kriegsregionen untersucht wurde. Für die Wirksamkeit einer psychodynamischen Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter finden sich bisher nur äußerst spärliche Belege [54]. Für die Wirksamkeit einiger in der Praxis im deutschsprachigen Raum häufig verwendeter Verfahren (wie spieltherapeutische Methoden) stehen bisher ausreichende positive empirische Belege ebenfalls aus. Zwar wurden spieltherapeutische Methoden häufig als Kontrollbedingung verwendet, aber die Effektstärken waren deutlich geringer als die der KVT.

Positive Ergebnisse zum Vorgehen bei Kindern unter sieben Jahren liegen bisher nur für tf-CBT vor [54].

Zu pharmakologischen Interventionen liegen derzeit 4 kontrollierte Studien vor [8, 35, 35b, 51] die insgesamt keine positiven Befunde berichteten. Dies steht im groben Gegensatz dazu, dass zumindest in den USA 95 % der Psychiater schon Psychopharmaka zur Behandlung der PTBS bei Kinder und Jugendlichen verschrieben haben.

Wirksamkeitsnachweise finden sich allerdings auch für andere Formen der Kognitiv-Behavioralen Therapie wie Adaptationen der prolongierten Exposition nach Foa [17] oder der Kognitiven Therapie der PTBS nach Ehlers und Clark ([12]; vgl. [46]). Bemerkenswert erscheint, dass auch eine kognitive Intervention

ohne Expositionselemente sehr gute Wirksamkeit zeigte [30]. Die Untersuchung der an der Behandlung beteiligten Eltern zeigt, dass auch hier eine Reduktion von Belastung, von depressiver und ängstlicher Symptomatik zu beobachten ist. Die langfristige Wirksamkeit der Interventionen scheint gesichert zu sein bei Katamnesen bis zu 24 Monaten [11].

Für die Behandlung der PTBS im Jugend- oder im jungen Erwachsenenalter allerdings ist die Zahl der Studien vergleichsweise gering – hier besteht noch eine Forschungslücke. Das erscheint besonders bemerkenswert, als in dieser Lebensphase eine frühzeitige Intervention wahrscheinlich dazu beitragen könnte, die Entwicklung chronischer oder schwerer komorbider Symptomatik zu verhindern.

Praktisches Vorgehen

Zur Erläuterung der konkreten Vorgehensweisen werden in den nächsten Absätzen zwei Therapiemanuale dargestellt:

Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie

Das Manual tf-CBT zur Behandlung traumatisierter Kinder (Cohen et al. 2006 [5], deutschsprachiges Manual: 2009) fokussiert auf die Folgen von sexualisierter Gewalt, ist aber auch auf alle anderen Formen der Traumatisierung anwendbar und besteht aus den folgenden Komponenten:

- Psychoedukation und Fördern der Erziehungskompetenzen der Eltern,
- Entspannung,
- Affektregulation,
- Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen (angemessene Interpretation und Einordnung des Geschehens),
- Entwickeln eines Traumanarrativs (imaginatives Nacherleben, In-sensu-Exposition),
- Konfrontation in vivo der symptomauslösenden Stimuli (Traumatrigger),
- gemeinsame Eltern-Kind-Sitzungen (Einbindung der Eltern als Kotherapeuten), und dem
- Fördern künftiger Sicherheit.

Das Kind und eine Bezugsperson (selbstverständlich ein Nichttäter) nehmen an den Komponenten zunächst in getrennten Sitzungen teil; erst gegen Ende der Therapie sind gemeinsame Sitzungen vorgesehen. Obwohl sich alle Komponenten

direkt auf die Behandlung einer posttraumatischen Symptomatik beziehen, lassen sich das Traumanarrativ und die In-vivo-Exposition deutlich als Phase der Traumbearbeitung erkennen. Cohen et al. [5] gehen dabei von 12 bis etwa 16 Sitzungen für das Gesamtprogramm aus.

Grundlage der Intervention ist die Herstellung einer guten Therapiebeziehung. Empathie und aktives Zuhören gehören ebenso dazu, wie die Bereitschaft, sehr belastende oder gar grausame Inhalte anzuhören und dem Kind/Jugendlichen zu signalisieren, dass der Therapeut die ganze Geschichte „aushalten“ kann. Hintergrund ist, dass die Eltern traumatisierter Kinder häufig selbst traumatisiert sind (z. B. durch gemeinsames Erleben des Ereignisses oder aufgrund von Schuldgefühlen bei der Fehleinschätzung einer Situation) und das Kind/der Jugendliche spürt, dass die Bezugsperson mit einer Offenlegung aller Details möglicherweise überfordert ist.

In der Psychoedukation werden zu Beginn der Therapie Informationen zu Häufigkeiten, Formen und Folgen sexuellen Missbrauchs gegeben. Die Familie „lernt“, dass sie nicht die einzige Familie ist, der dieses Ereignis passiert ist. Weiterhin werden Informationen zu möglichen Symptomen gegeben. Diese dienen dazu, die eigenen Reaktionen zu normalisieren. Auch die Behandlung wird detailliert beschrieben und erklärt. Auch Eltern mit guten **Erziehungskompetenzen** können nach einem traumatischen Ereignis Schwierigkeiten haben, diese aufrecht zu erhalten. Ein traumatisches Ereignis unterbricht alltägliche Routinen und macht es einerseits notwendig, flexibel auf die Veränderungen zu reagieren und andererseits weiterhin einen konsistenten Erziehungsstil umzusetzen. Falls die Erziehungskompetenzen bereits vorher eingeschränkt waren, ist es insbesondere dann, wenn Kinder und Jugendliche mit aggressivem Verhalten und Wutanfällen auf das Ereignis reagieren, besonders schwierig, neue Verhaltensweisen zu entwickeln. Als hilfreich hat sich hier das Vermitteln grundlegender Kompetenzen für die Bezugsperson in ihren konkreten Anwendungen auf das betroffene Kind gezeigt. Zentral ist dabei der Einsatz von Lob und Belohnung aber auch selektiver Aufmerksamkeit und Time-out.

Kognitiv-behaviorale Behandlungsmanuale bei PTBS [8]

Nach derzeitiger Datenlage kann zur PTBS-Behandlung das kognitiv-behaviorale Behandlungsmanuale nach Cohen et al. uneingeschränkt empfohlen werden. Eine deutsche Übersetzung des Manuals erschien 2009. Ein ausgezeichnetes Lernprogramm für Therapeuten findet sich im Internet unter

<http://tfcbt.musc.edu/>

Dieses Manual wird derzeit unter Federführung der Universität Ulm deutschlandweit erprobt und Behandlungsplätze stehen in München, Ulm, Ravensburg, Mannheim, Lüneburg, Berlin, Kleinblittersdorf und Datteln zur Verfügung (Internet: <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/forschungsprojekte/treatchildtrauma.html#c91438> oder <http://tct-muenchen.de/>).

Entspannung: Weiterhin lernen die Kinder und Jugendlichen sich zu entspannen, um insbesondere die Übererregungssymptome abzuschwächen. Als mögliche Entspannungsverfahren empfehlen sich dabei kontrolliertes Atmen, Meditation, Achtsamkeit, autogenes Training oder progressive Muskelentspannung. Besonders unterstützend für die Eltern-Kind-Beziehung und für einen Kompetenzgewinn des Kindes kann dabei die Aufforderung sein, dass das Kind dem Elternteil die jeweilige Entspannungsmethode beibringt.

Affektregulation: Nach einem traumatischen Ereignis erleben viele Kinder und Jugendliche schmerzhaft Gefühle und/oder Affektdysregulation. Affektbenennung und Techniken der Affektregulation können den Kindern im Umgang mit starken Gefühlen helfen und reduzieren so den Einsatz von dysfunktionalen Vermeidungsstrategien. Je nach Alter werden mit den Kindern spielerisch Gefühle beschrieben, die dann zunehmend zur Vertrautheit mit bestimmten Gefühlen führen und die deutlich machen, dass es keine „schlechten/bösen“ Gefühle gibt. Die Gefühle in der traumatischen Situation stehen früh in der Therapie noch nicht im Vordergrund. Auch mit den Eltern wird der Umgang mit Gefühlen besprochen und insbesondere wird deren eigene Gefühlsbearbeitung unterstützt. Weiterhin werden Strategien der Gedankenunterbrechung, positive Vorstellungen und positive Selbstgespräche geübt. Zusammen mit der Bezugsperson wird an Sicherheitsgefühlen gearbeitet, in folgendem Sinne: Wie kann man Sicherheit herstellen? Wer kann helfen? Im nächsten Schritt werden dann Problemlöse- und soziale Fertigkeiten mit dem Kind geübt.

Identifikation dysfunktionaler Kognitionen: Im darauffolgenden Behandlungsschritt steht die Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen im Vordergrund. Hier wird zunächst das „kognitive Dreieck“ aus Gedanken, Gefühlen und Verhalten anhand alltäglicher Aktionen erklärt. In vielen kleinen Übungen werden alternative Bewertungen zu alltäglichen Situationen bearbeitet und typische „nicht-so-hilfreiche“ Gedanken identifiziert. Dieses Modul wird auch mit den Eltern durchgeführt.

Traumanarrativ: Die Erfahrungen aus den bisherigen Modulen fließen dann in die Arbeit mit dem eigentlichen Traumanarrativ mit ein. Cohen et al. [5] erarbeiten das Traumanarrativ über mehrere Sitzungen hinweg, wobei zu Beginn dem Kind der Sinn des Traumanarrativs erklärt wird, indem auf Analogien zurückgegriffen wird, wie etwa auf das Säubern einer Wunde nach einem Sturz vom Fahrrad oder das Aufräumen eines Schrankes. Dann beginnen Therapeut und Kind mit dem Erstellen eines Büchleins, das die „Geschichte des traumatischen Ereignis“ enthält. In dieser Phase kann es auch hilfreich sein, vorher zusammen andere Bücher zu lesen, um das Kind mit der Struktur einer Erzählung vertraut zu machen. Für Jugendliche können entsprechend angepasste Modifikationen vorgenommen werden. So malte etwa eine 14-Jährige ihre Geschichte in Form eines Manga-Comics. Üblicherweise beginnt das erste Kapitel mit einer Selbstbeschreibung, in dem das Kind etwa von seinen Hobbys erzählt, ein positives Ereignis berichtet oder Schulfreunde und bevorzugte Spiele beschreibt. Es kann auch der Tag vor dem Ereignis erzählt werden. Im nächsten Kapitel wird dann das Ereignis beschrieben und Kind und Therapeut beginnen mit dem Aufschreiben (bzw. das Kind diktiert dem Therapeuten). Am Ende jedes Teilstückes wird das Aufgeschriebene laut vorgelesen. Wenn das Ereignis einmal aufgeschrieben ist, soll das Kind die ganze Geschichte noch einmal lesen und Gedanken und Gefühle ergänzen, die es während des Geschehens hatte. Im Prozess der Erstellung des Büchleins wird das Kind nach den schlimmsten Aspekten des Ereignisses gefragt. Auch diese werden dann elaboriert, indem etwa ein Bild dazu gemalt wird. Danach werden **kognitive Interventionen** verwendet, um mögliche kognitive Verzerrungen und Fehldeutungen aufzuzeigen und zu korrigieren. Während des ganzen Prozesses wird das Kind häufig für sein mutiges Vorgehen gelobt. Sollte das Kind von Erinnerungen überwältigt werden, werden die zuvor eingeübten Methoden der Entspannung oder Ablenkung eingesetzt.

Konfrontationen in vivo: Nach dieser Arbeit kann es, insbesondere wenn es intensive Vermeidungen von Traumatriggerern (Erinnerungsreize, die das Trauma immer

wieder in das Bewusstsein bringen) gibt, notwendig werden, Konfrontationen in vivo durchzuführen.

Rückfallprophylaxe: Abgeschlossen wird dieses Behandlungsmanual durch Interventionen zur Rückfallprophylaxe und zur Verhinderung erneuter Traumatisierung. Dazu kann insbesondere über Strategien im Umgang mit gefürchteten Situationen gesprochen werden und diese können auch vorbereitet und geübt werden (z. B. Befragung der Feuerwehr über Verhaltensweisen, wenn man als erster ein Feuer entdeckt; Liste von Personen, die einem helfen, wenn man Sorgen hat; Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Kurs etc.).

Entwicklungsangepasste traumafokussierte KVT

Die entwicklungsangepasste traumafokussierte E-KVT kann zur Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach sexuellem und/oder psychischem Missbrauch eingesetzt werden [26]. In der obigen Literaturübersicht wird nicht sofort ersichtlich, dass zur Behandlung von Jugendlichen mit PTBS deutlich weniger Studien vorliegen. Zwar geben die Studien häufig Altersrängen mit an, die Jugendliche mit einschließen (z. B. bis zu 17 oder bis zu 15 Jahren [20, 7]), aber im Detail wird erkennbar, dass bislang nur drei Studien identifiziert werden konnten, die überwiegend Jugendliche behandelten

Um diese Forschungslücke zu schließen wurde in Frankfurt und Eichstätt-Ingolstadt ein Behandlungsmanual entwickelt, um die spezifischen Bedürfnisse von Jugendlichen abzubilden. Diese spezifischen Bedürfnisse sind in Verbindung mit den Entwicklungsaufgaben und besondere Anforderungen im Jugendalter zu sehen. Hier ist zum einen die emotionale und motivationale Instabilität in diesem Alter zu beachten und die Vielzahl an schulischen und sozialen Anforderungen, die an die Jugendlichen herangetragen werden. Weiterhin problematisch und behandlungerschwierig ist, dass häufig gerade die Bindungspersonen (Eltern und Peers) in besonderer Weise mit sexueller und physischer Traumatisierung verbunden sind. Um all diese Probleme zu adressieren, werden basierend auf dem Kernkonzept der Cognitive Processing Therapy ([34]; deutschsprachiges Manual 2012: König et al. [21]) Verände-

E-KVT in der Praxis

Details der E-KVT-Intervention können in der entsprechenden Buchveröffentlichung nachgelesen werden (Matulis, Resick, Rosner und Steil, in Vorbereitung [26]).

Erste Ergebnisse dieser Intervention bei Jugendlichen sind vielversprechend und deuten auf eine Effektstärke um 1,5 hin ([27] in Vorbereitung).

Derzeit erfolgt eine multizentrische Evaluation an den folgenden Standorten:

- Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Prof. Rosner (<http://www.ku.de/ppf/psychologie/psych1/forschung/projekte/>)
- Goethe Universität Frankfurt, Dr. Steil,
- Freie Universität Berlin, Prof. Renneberg

rungen vorgenommen. Bei der Cognitive Processing Therapie (CPT; deutsch: Kognitive Verarbeitungstherapie) handelt es sich um ein im Erwachsenenbereich sehr erfolgreiches Programm. Dem CPT-Teil wird ein Emotions- und Verhaltensmanagement-Training vorgeschaltet, um typische emotionale Probleme dieser Altersgruppe, die häufig zu Therapieabbrüchen führen, aufzufangen. Zusätzlich werden gegen Ende der Behandlung die Entwicklungsaufgaben thematisiert, deren Bewältigung durch die PTBS eingeschränkt wurde. Als letzte entwicklungsangepasste Veränderung erfolgt die Konfrontation im Rahmen einer zeitlichen Intensivphase, in der täglich Sitzungen stattfinden (statt wöchentlich nur eine), um die schwankende Motivation der Jugendlichen und die von Patient und Bezugsperson in Bezug auf die Folgen der Exposition mit den Traumaerinnerungen abzufedern.

Behandlungsphasen

Die E-KVT besteht aus vier Behandlungsphasen.

Phase 1 beinhaltet eine intensive Motivationsphase.

Phase 2 beinhaltet ein Emotionsregulativstraining, in welchem die Patienten lernen, wie sie traumarelevante starke negative Emotionen aushalten können, ohne mit dysfunktionalem Verhalten wie etwa Suizidgedanken, Selbstverletzungen oder Drogenkonsum zu reagieren. Hierzu erlernen die Patienten auf der Basis des Skills-

trainings aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT [25, 28, 47]) Fertigkeiten, die die Belastungstoleranz verbessern und so helfen, Krisen ohne den Einsatz selbstschädigender Verhaltensweisen zu bewältigen; die der Dissoziation entgegenwirken, oder die das Wissen über Emotionen verbessern und zeigen, und wie der Jugendliche selbst deren Stärke modulieren kann.

In **Phase 3** erhalten die Patienten Psychoedukation über die typischen Folgen von Gewalterfahrungen in der Kindheit und über die PTBS. Die Patienten erarbeiten mit dem Therapeuten, auf welche verschiedenen Weisen das Trauma ihr Leben beeinflusst hat und wie Kognitionen, Emotionen und Verhalten sich hierbei gegenseitig beeinflussen. Sie werden angeleitet, sich willentlich und gezielt an traumatische Situationen zu erinnern (Konfrontation), indem sie hierüber schreiben. Im Kern dieser Phase steht ein Training darin, dysfunktionale Bewertungen zum Trauma und seinen Folgen zu erkennen und zu verändern. Die Basis hierfür bildet die Cognitive Processing Therapy nach Patricia Resick [34]. Basierend hierauf werden Kognitionen in den fünf Bereichen Sicherheit, Intimität, Vertrauen, Kontrolle und Selbstwert überprüft und verändert. Dysfunktionale Bewertungen finden sich typischerweise als Basis von Selbsthass oder Schuldzuschreibung für das Trauma.

Phase 4 beinhaltet ein Problemlösetraining zur Bewältigung von typischen Entwicklungsaufgaben. Folgende Bereiche werden hierbei bearbeitet:

1. Erlangen eines Schulabschlusses, Abschluss einer Berufsausbildung,
2. Ablösung von der Ursprungsfamilie, Wahl eines Partners,
3. Aufbau hilfreicher interpersoneller Beziehungen.

Besonders wichtig ist es hierbei zu verhindern, dass der Patient erneut viktimisiert wird, indem etwa ein gewalttätiger Partner gewählt wird. Hierzu erarbeiten etwa Therapeut und Patientin gemeinsam, an welchen Merkmalen man erkennen kann, ob ein intimer Partner gefährlich werden könnte und wie man dann am besten reagiert.

Die Phase 3 wird dabei als Intensivphase mit 15 Sitzungen innerhalb von vier Wochen durchgeführt. Die bisherigen Erfah-

rungen zeigen, dass diese Intensivphase mit bisweilen mehreren Sitzungen pro Woche zu schnellen Verbesserungen führt, gut in Ferienzeiten durchführbar ist, und den Jugendlichen eine überschaubare Perspektive gibt, wann sie die Therapie beenden können. Dies scheint die Motivation zur Teilnahme zu erhöhen.

Die E-KVT umfasst damit fünf Stunden Motivationsphase innerhalb von vier Wochen, sechs Stunden Emotionsregulativstraining innerhalb von vier Wochen, danach 15 Sitzungen Traumabearbeitung innerhalb von weiteren vier Wochen und vier Stunden Problembearbeitung zu typischen Entwicklungsaufgaben in weiteren vier Wochen.

Fazit für die Praxis

Die Kernsymptomatik der PTBS besteht in Symptomen des Wiedererlebens, der Vermeidung und der Übererregung. Bei der PTBS handelt es sich um eine Störung mit chronischem Verlauf und hoher Komorbidität. Den Eltern als primären Bezugspersonen kommt dabei je nach Alter des traumatisierten Kindes eine zentrale Rolle bei der Bewältigung der Symptomatik zu. Erfolgreiche Interventionen bauen auf zwei Strategien, der In-sensu-Konfrontation und der kognitiven Neubewertung des traumatischen Ereignisses und seiner Konsequenzen sowie der In-vivo-Konfrontation der Traumatrigger. Die derzeit am besten evaluierte Intervention für Kinder ist die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie nach Cohen et al. [5].

Literatur unter Springermedizin.de/dnp



Prof. Dr. phil. Rita Rosner
Lehrstuhl Klinische und Biologische Psychologie
Katholische Universität
Eichstätt-Ingolstadt
Ostenstr. 25, 85072 Eichstätt
E-Mail: rita.rosner@ku.de



Dr. Dipl.-Psych. Regina Steil
Trauma-Ambulanz/Verhaltenstherapie-Ambulanz
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Goethe-Universität Frankfurt
Main, Postfach 11 1932, Fach 120, 60054 Frankfurt a. M.

Literatur

1. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2000). Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/ 1 1/2–5). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
2. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2007). Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. ACPMH, Melbourne, Victoria.
3. Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R. & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.
4. Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, H. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., et al. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 414-430.
5. Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief*. New York: Guilford.
6. Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2009). *Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer.
7. Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29, 135-145.
8. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M. & Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 811-819.
9. 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.
10. Deblinger, E., Heflin, A. H. & Clark, M. (1997). The treatment of sexually abused children. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 3, 69-88.
11. Deblinger, E., Steer, R. A. & Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive and behavioural therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1271-1378.
12. Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
13. Eisen, M. L., Goodman, G. S., Qin, J., Davis, S., & Crayton, J. (2007). Maltreated children's memory: Accuracy, suggestibility, and psychopathology. *Developmental Psychology*, 43, 1275-1294.
14. Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 37-45.
15. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
16. Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K. & Cohen, E. (1995). Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-1380.
17. Gilboa-Schechtman, E., Foa, E. B., Shafran, N., Aderka, I. M., Powers, M. B., Rachamin, L. et al. (2010). Prolonged Exposure Versus Dynamic Therapy for Adolescent PTSD: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 1034-1042.
18. Harvey, S. T. & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30, 517-535.
19. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
20. King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S. et al. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1347-1355.
21. König, J., Resick, P., Karl, R. & Rosner, R. (2012). *German Adaption of Cognitive Processing Therapy. A treatment manual*. Göttingen: Hogrefe.
22. Korol, M., Green, B. L. & Gleser, G. C. (1999). Children's responses to a nuclear waste disaster: PTSD symptoms and outcome prediction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 368-375.
23. Kowalik, J., Weller, J., Venter, J. & Drachman, D. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: A review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 405-413.
24. Landolt, M., Schnyder, U., Maier, T., Schönbucher, V., Mohler-Kuo, M. (im Druck). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: a national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*.
25. Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
26. Matulis, S., Resick, P., Korst, A.-M. & Steil, R. (2012). *Developmentally adapted Cognitive Processing Therapy*. Manuscript in preparation, Goethe Universität Frankfurt am Main.
27. Matulis, S., Resick, P., Rosner, R. & Steil, R. (in Vorb.). *Entwicklungsangepasste Kognitive Verhaltenstherapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit Posttraumatischer Belastungsstörung*. Manuskript in Vorbereitung, Goethe-Universität Frankfurt am Main.
28. Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
29. Nader, K. (1997). Assessing traumatic experiences in children. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 291-439). New York: Guilford.
30. Nixon, R., Sterk, J. & Pearce, A. (2012). A randomized trial of cognitive behaviour therapy and cognitive therapy for children with Posttraumatic Stress Disorder following single-incident trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 327-337.
31. Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
32. Perrin, S., Smith, P. & Yule, W. (2000). *Practitioner Review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 277-289.
33. Pillemer, D. B. (1998). What is remembered about early childhood events? *Clinical Psychology Review*, 18, 895-913.
34. Resick, P. A., Monson, C. M. & Chard, K. M. (2008). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.
35. Robb, A. S., Cueva, J. E., Sporn, J., Yang, R. & Vanderburg, D. G. (2010). Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 20, 463-471.
- 35b. Robert, R., Tcheung, W. J., Rosenberg, L., Rosenberg, M., Mitchell, C., Villarreal, C., Thomas, C., Holzer, C., Meyer, W. J. (2008). Treating thermally injured children suffering symptoms of acute stress with imipramine and fluoxetine: a randomized, double-blind study. *Burns*, 34(7): 919-928.
36. 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.
37. Rolfesnes, E. S. & Idsoe, T. (2011). School-based intervention programs for PTSD symptoms: A review and meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 155-165.
38. de Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S. & de Jongh, A. (2011). A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2.
39. Rosner, R. & Powell, S. (2007). *Überschätzt die ICD-10 die PTBS-Prävalenz? Auswir-*

- kungen unterschiedlicher Diagnosekriterien auf Diagnoseraten der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Kriegstraumatisierung. *Trauma und Gewalt*, 1, 46-52.
40. Rosner, R., Arnold, J., Groh, E.-M. & Hagl, M. (2012). Predicting PTSD from the Child Behavior Checklist: Data from a field study with children and adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review*, 34, 1689-1694.
 41. Rosner, R. & Steil, R. (2009). *Ratgeber Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
 42. Sack, W. H., McSharry, S., Clarke, G. N., Kinney, R., Seeley, J. & Lewinsohn, P. (1994). The Khmer Adolescent Project. I. Epidemiologic findings in two generations of Cambodian refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 387-395.
 43. Salmon, K. & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22, 163-188.
 44. 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.
 45. Scheeringa, M.S., Weems, C.F., Cohen, J.A., Jackson, L.-A., & Guthrie, D. (2010). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x.
 46. Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T. & Clark, D.M. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD in Children and Adolescents: A preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1051-1061.
 47. Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N. & Bohus, M. (2011). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Sexual Abuse: A Pilot Study of an Intensive Residential Treatment Program. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 102-106.
 48. Steil, R. & Fücksel, G. (2006). *Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ)*. Göttingen: Hogrefe.
 49. Steil, R. & Rosner, R. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
 50. Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B. & Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index. *Current Psychiatry Reports*, 6, 96-100.
 51. Steiner, H., Saxena, K., Carrion, V., Khanzode, L., Silverman, M. & Chang, K. (2007). Divalproex Sodium for the Treatment of PTSD and Conduct Disordered Youth: A Pilot Randomized Controlled Clinical Trial. *Child Psychiatry and Human Development*, 38, 183-193.
 52. Thornton, L. (2000). The assessment of posttraumatic stress reactions in children and adolescents. In K. N. Dwivedi (Ed.), *Posttraumatic stress disorder in children and adolescents* (pp. 113-130). London: Whurr.
 53. Trask, E. V., Walsh, K. & DiLillo, D. (2011). Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 6-19.
 54. Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., Sadowski, H., Berelowitz, M., Glasser, D. et al. (2002). Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 234-247.
 55. WHO (World Health Organization) (1991). Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioral Disorders. Genf.
 56. Yule, W., Bolton, D., Udwin, O., Boyle, S., O’Ryan, D. & Nurrish, J. (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 503-511.