



Übersichtsarbeit

Traumata und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen – eine kritische Übersicht zu Klassifikation und diagnostischen Kriterien

Michael Simons und Beate Herpertz-Dahlmann

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, RWTH Aachen

Zusammenfassung: In den letzten Jahren werden der Traumbegriff und einzelne Kriterien der in ICD-10 und DSM-IV definierten Traumafolgestörungen kritisch diskutiert. Dabei wird die Kategorie der akuten Belastungsstörung vor allem wegen der Überbetonung dissoziativer Symptome und der Pathologisierung normaler Traumareaktionen gänzlich in Frage gestellt, während die Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung insbesondere für das Kindes- und Jugendalter der Revision bedürfen. Spezifische Kriterien für das Kindesalter wurden von Scheeringa's Arbeitsgruppe definiert. Zudem schlägt die amerikanische «Complex Trauma Taskforce» des National Child Traumatic Stress Network die Diagnosekategorie der Entwicklungstraumastörung vor, um die Probleme von früh und komplex traumatisierten Kindern besser zu erfassen.

Schlüsselwörter: Trauma, Traumafolgestörung, diagnostische Kriterien

Summary: *Trauma and traumatic disorders in children and adolescents – a critical overview of classification and diagnostic criteria*

In recent years, the definitions of trauma and individual criteria of posttraumatic disorders as defined in ICD-10 and DSM-IV have been critically discussed. The category of acute stress disorder is questioned due to an over-emphasis on dissociative symptoms and a pathologizing of normal reactions after trauma. The criteria for posttraumatic stress disorder, especially those with regard to childhood and adolescence, need revision. Scheeringa and co-workers have since defined PTSD-criteria that are more suitable and specific for posttraumatic reactions and disorders in toddlers and children. Moreover, the "Complex Trauma Taskforce" of the National Child Traumatic Stress Network proposes a diagnosis called «Developmental Trauma Disorder» to better capture the problems of children suffering from early and complex traumata.

Keywords: trauma, traumatic disorder, diagnostic criteria

Einleitung

Traumatische Lebensereignisse betreffen Kinder und Jugendliche auf der ganzen Welt und können zu akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTB) führen. Während eine erste Klassifikation der Störung für das Erwachsenenalter bereits im DSM-I (Stress Reaction) erfolgte (Andreasen, 2004), wurden typische Symptome im Kindes- und Jugendalter erstmals in der revidierten Fassung des DSM-III definiert. In der aktuellen Version des DSM-IV findet sich neben der PTB auch die akute Belastungsstö-

rung (ABS). In den letzten Jahren werden sowohl der Traumbegriff als auch die Traumafolgestörungen, ABS und PTB, kritisch diskutiert (Friedmann et al., 2007; Rosen et al., 2008). Diese kritische Diskussion gilt aber ganz besonders dem Kindes- und Jugendalter, da das Konstrukt der PTB und seine Anwendbarkeit auf Kinder und Jugendliche dem Entwicklungsaspekt dieser Altersgruppe nicht gerecht wird. Die vorliegende Arbeit gibt eine Übersicht über die aktuelle Literatur und diskutiert neue Ansätze zu Definition und Diagnostik von posttraumatischen Störungen in dieser Altersgruppe.

Begriffsdefinitionen

Traumatische Ereignisse können einmalig und kurz auftreten (Monotraumatisierung; z.B. ein Verkehrsunfall) oder länger andauern und immer wiederkehren (Komplextraumatisierung; z.B. chronische Misshandlung durch ein Elternteil). Traumata werden durch Menschen, technische oder Naturkatastrophen verursacht. Dementsprechend unterscheidet man zwischen akuten und chronischen sowie durch Menschen bedingte und nicht personelle Traumata. Für die menschlich bedingten Traumata gilt, dass das Trauma umso gravierender ist, je näher der Verursacher dem Kind oder Jugendlichen steht (Herpertz-Dahlmann et al., 2005).

Definition des Trauma-Begriffes

Nach ICD-10 besteht ein psychisches Trauma in der Konfrontation mit einem *außergewöhnlichen Ereignis*, das einen tatsächlichen oder drohenden Tod oder schwerwiegende Verletzungen oder eine Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer zur Folge hatte. Dieses Kriterium (*Stressor*) der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) erscheint zunächst sehr einleuchtend, wird jedoch in den letzten Jahren kritisch diskutiert. McNally (McNally, 2004a) weist darauf hin, dass der Begriff «außergewöhnliches Ereignisse» unscharf ist, weil er kulturelle und zeitgeschichtliche Einflüsse außer Acht lässt: Hunger und Krieg mögen für uns außergewöhnlich sein, in einem Entwicklungsland sind es schreckliche, aber alltägliche Erfahrungen.

Im DSM-IV wird dieses Kriterium (Krit. A) schärfer gefasst; es wird zwischen objektivem Trauma (A1) und subjektiver Traumatisierung (A2) unterschieden (Tab. 1). Entscheidend ist dabei, wie ein potentiell traumatisches Ereignis von dem Betroffenen interpretiert wird. In der Mehrzahl werden solche Ereignisse als hoch bedrohlich eingeschätzt, die nach menschlichem Ermessen auch hoch bedrohlich sind. Allerdings gibt es Abweichungen von dieser Regel:

- Den gewaltsamen Tod eines Menschen anzusehen, dürfte dem Kriterium des objektiven Traumas entsprechen. Abhängig vom politischen Hintergrund kann ein solches Ereignis jedoch im Rahmen einer öffentlichen Hinrichtung durchaus der «Volksunterhaltung» dienen (Domino & Boccaccini, 2000).
- In anderen Kulturen kann eine Handlung als Trauma angesehen werden, die in unserem Kulturkreis nicht als solches definiert wird, beispielsweise ein religiöses Tabu zu brechen. So gilt es in manchen asiatischen Ländern als verbreitete Foltermethode, Hindus zu zwingen, Fleisch vom Schwein oder Rind zu essen.
- Subjektive und objektive Traumabewertung stimmen nicht notwendig überein. So berichten häufig Kinder, die Opfer sexueller Gewalt wurden, dass sie die größte Angst nicht bei der sexuellen Handlung, sondern während der polizeilichen Vernehmung empfanden.

Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass beim Stressor-Kriterium nach DSM-IV und ICD-10 nur Erinnerungen erfragt werden. Wie bedrohlich ein Ereignis berichtet wird, hängt nicht zuletzt von der aktuellen affektiven Verfassung des Betroffenen ab: Je belasteter ein Traumaopfer während der Befragung ist, desto schwerwiegender schätzt es das traumatisierende Ereignis ein (McNally, 2004a).

Zusammenfassend ist demnach die Definition des Stressorkriteriums aufgrund der Subjektivität in der Beurteilung als fragwürdig zu beurteilen.

Definition der Akuten Belastungsstörung

Die Akute Belastungsstörung (ABS) beschreibt kurzfristige und vorübergehende Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis. Nach ICD-10 treten diese Reaktionen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis auf und gehen innerhalb von zwei bis drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Nach DSM-IV werden entsprechende Reaktionen im ersten Monat nach dem Trauma als Akute, erst danach als Posttraumatische Belastungsstörung klassifiziert.

Tabelle 1

Gegenüberstellung der PTB-Kriterien in DSM-IV und ICD-10

DSM-IV	ICD-10
<p>A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:</p> <p>(1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.</p> <p>(2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.</p> <p>Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.</p>	<p>Die Betroffenen sind einem kurz- oder langfristigen Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.</p>

Tabelle 1

Gegenüberstellung der PTB-Kriterien in DSM-IV und ICD-10 (Fortsetzung)

DSM-IV	ICD-10
<p>B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:</p> <p>(1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.</p> <p>Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.</p> <p>(2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.</p> <p>Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wieder erkennbaren Inhalt auftreten.</p> <p>(3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).</p> <p>Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.</p> <p>(4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen Hinweisreizen, die einen Aspekt desselben erinnern.</p> <p>(5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.</p>	<p>Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.</p>
<p>C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <p>(1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.</p> <p>(2) Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.</p> <p>(3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern.</p> <p>(4) Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.</p> <p>(5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen.</p> <p>(6) Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden).</p> <p>(7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).</p>	<p>Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.</p>
<p>D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden).</p> <p>(1) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen</p> <p>(2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche</p> <p>(3) Konzentrationsschwierigkeiten</p> <p>(4) Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)</p> <p>(5) Übertriebene Schreckreaktion</p>	<p>Entweder (1.) oder (2.)</p> <p>(1) Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.</p> <p>(2) Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:</p> <p>a. Ein- und Durchschlafstörungen</p> <p>b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche</p> <p>c. Konzentrationsschwierigkeiten</p> <p>d. Hypervigilanz</p> <p>e. erhöhte Schreckhaftigkeit</p>
<p>E. Das Störungsbild (Symptome und Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.</p>	<p>Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von 6 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).</p>

Tabelle 1
Gegenüberstellung der PTB-Kriterien in DSM-IV und ICD-10 (Fortsetzung)

DSM-IV	ICD-10
F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	
Bestimme ob: Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern. Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern. Bestimme ob: Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.	

Die ABS gilt mittlerweile als sehr umstrittenes Konstrukt, und es ist fraglich, ob sie in ICD-11 und DSM-V noch vertreten sein wird. Folgende Argumente werden gegen das Konstrukt der ABS angeführt (Bryant, 2004):

1. Der Haupteinwand besteht darin, dass die ABS-Diagnose normale Reaktionen auf ein belastendes Ereignis pathologisiert. Insbesondere das kleine Zeitfenster zwischen Trauma und psychischer Reaktion (nach ICD-10 maximal 48 Stunden) schmälert den praktischen Wert dieser Diagnose.
2. Den Autoren des DSM-IV ging es primär darum, mit der ABS einen Prädiktor für eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, ohne dass eine ausreichende empirische Grundlage für dieses Konstrukt existiert. Die prädiktive Aussagekraft der ABS wird in der neueren Literatur in Frage gestellt. Zwar zeigen einige Studien, dass etwa drei Viertel der Traumatisierten, die Symptome einer ABS aufwiesen, auch eine PTB entwickelten, vice versa allerdings nur ein kleiner Bruchteil von PTB-Patienten im Vorfeld ABS-Symptome zeigte. Dies liegt nach Harvey und Bryant (Harvey & Bryant, 1998) hauptsächlich daran, dass das Vorliegen von drei dissoziativen Symptomen, welches für die Diagnose einer ABS gefordert wird, einen zu hohen Schwellenwert darstellt. Als *dissoziative Symptome* werden nach DSM-IV *emotionale Taubheit, Bewusstseinsengung, Depersonalisation, Derealisation und Amnesie* definiert. In der Studie von Harvey und Bryant entwickelten 60% der Patienten, die alle ABS-Kriterien außer dem Dissoziationscluster erfüllten, innerhalb von sechs Monaten eine PTB. In einer Studie an 367 Kindern und Jugendlichen nach Verkehrsunfall erfüllten nur 33 (9%) alle ABS-Kriterien, während 68 (18.5%) alle bis auf ein Kriterium erfüllten (Meiser-Stedman et al., 2007). Von diesen 68 fehlten 50 das Dissoziationskriterium. Insbesondere erwies sich die Amnesie als wenig prädiktiv.

Obwohl einige Autoren annehmen, dass dissoziatives Erleben während des Traumas einen oder gar den entscheidenden Prädiktor für eine spätere PTB darstellt (Ozer et al., 2003), wird dies in jüngster Zeit zunehmend in Frage gestellt. Die Aussagekraft der Studien, die dies belegen, ist

nach Bryant (2004) durch verschiedene Faktoren beeinträchtigt:

- Eine peritraumatische Dissoziation wurde in den entsprechenden Studien erst mehrere Monate nach dem traumatischen Ereignis erfragt, was die Zuverlässigkeit der Angaben einschränkt.
- Dissoziative Symptome können unter unterschiedlichsten Bedingungen bei Gefahr, die mit erhöhtem Arousal verbunden sind, auftreten, ohne dass sich eine Symptomatik entwickelt. So geben Fallschirmspringer beim ersten Sprung häufig dissoziative Phänomene wie z.B. Zeitverzerrung an, ohne nachfolgend eine psychische Störung zu entwickeln (Campbell & Bryant, 2007).
- Gemäß der kognitiven Theorien zur PTB (Ehlers & Clark, 2000) hat weniger die peritraumatische Dissoziation selbst als vielmehr ihre Bewertung durch die Betroffenen einen Einfluss darauf, ob jemand eine PTB entwickelt. Beispielsweise könnte ein Unfallopfer erst im Nachhinein betroffen sein, dass es beim Unfall «wie betäubt» war und zunächst kein Mitgefühl für die Unfallopfer empfinden konnte.

Zusammengefasst wird die Bedeutung dissoziativer Symptome in ihrem prädiktiven Wert für die Entwicklung einer PTB überschätzt. Neben dem fragwürdigen Stellenwert der peri- und posttraumatischen Dissoziation unterscheiden sich die Kriterien der ABS und der PTB nur in Bezug auf die Zeitdauer, sodass die Differenzierung zwischen den beiden Störungen in Frage gestellt werden muss (Brewin et al., 2003). Spitzer et al. (2007) plädieren demnach dafür, die akute Belastungsstörung aus künftigen Versionen des DSM zu streichen.

Posttraumatische Belastungsstörung

Damit überhaupt eine PTB diagnostiziert werden kann, muss ein traumatisches Ereignis vorausgegangen sein (Kriterium A bzw. Stressorkriterium). Die Symptomkriterien der beiden Klassifikationsschemata ICD-10 und DSM-IV (B-D) zeigen wenige bedeutsame Unterschiede auf. Im Gegensatz zur ICD-10 (F 43.1) definiert das DSM-IV für

einige PTB-Symptome jedoch spezifische kindliche Ausdrucksformen (Tab. 1).

Im Folgenden werden die einzelnen PTB-Kriterien nach DSM-IV diskutiert, wobei neben neueren Erkenntnissen zur Gültigkeit der Symptome insbesondere *kindspezifische Aspekte* beschrieben werden:

Kriterium A (Traumadefinition und -reaktion)

Als Traumata gelten für Kinder neben lebensbedrohlichen oder die körperliche Integrität bedrohenden Ereignissen auch jegliche *entwicklungsunangemessene sexuelle Handlungen*, auch wenn diese vom Kind nicht mit Furcht, Entsetzen oder Hilflosigkeit erlebt wurden. Im Gegensatz zu der von Erwachsenen empfundenen Hilflosigkeit oder Furcht nach traumatischer Erfahrung sind Kinder vielfach *agitiert* oder *aufgelöst*.

Kriterium B

Dieses Kriterium umfasst verschiedene Formen ungewollter Erinnerungen an das traumatische Ereignis wie wiederkehrende Erinnerungen und Gedanken (B 1), Alpträume (B 2) und Flashbacks (B 3). Viele Annahmen über diese Wiedererlebenssymptome entspringen weniger der wissenschaftlichen Überprüfung als vielmehr mäßig validen Befragungen, die sich auf Erinnerungen beziehen. So erscheint es fragwürdig, zwischen wiederkehrenden Erinnerungen (intrusive, z.T. bildhafte Gedanken oder Wahrnehmungen) und «Flashbacks», die bei Kindern und Jugendlichen ohnehin ausgesprochen selten auftreten (Perrin et al., 2000), zu unterscheiden. Gemeinhin nimmt man an, dass Flashbacks – der Begriff entstammt ursprünglich der Filmsprache (McNally, 2003) – ein plötzliches und sehr intensives Wiedererleben des tatsächlichen Traumas beschreiben. Es scheint jedoch nicht notwendig so zu sein, dass sie das traumatische Ereignis exakt widerspiegeln. Die Behauptung, Flashback-Erleben – oder auch Alpträume – entsprächen dem peritraumatischen Erleben, basiert auf der veralteten gedächtnispsychologischen Annahme, dass das Gedächtnis wie ein Videorekorder funktioniert. Hingegen geht man in der neueren Forschung davon aus, dass Erinnerungen immer wieder neu rekonstruiert und somit verzerrt werden. So ist auch zu erklären, dass nicht wenige Traumapatienten Flashbacks und Alpträume (z.B. den Anblick eines toten Angehörigen) beklagen, ohne die «erinnerte» Situation selbst so erlebt zu haben. Keinesfalls beweisen begleitende heftige Emotionen den Wahrheitsgehalt der Erinnerungen: Auch falsch angelegte «Erinnerungsspuren» («false memory syndrome»); (Laney & Loftus, 2005) unterscheiden sich in ihrer Lebhaftigkeit nicht von realitätsgerechten Erinnerungen. Ein Beleg dafür ist die Studie von McNally et al. (2004) an zehn (nicht-psychotischen) Probanden, die glaubten, von Außerirdischen entführt worden zu sein. Die physiologischen Reaktionen der

Probanden (Herzrate, Hautwiderstand etc.) beim Anhören der Gedächtnisprotokolle zu den vermeintlichen Entführungen waren vergleichbar mit den Reaktionen auf Protokolle zu tatsächlichen belastenden Ereignissen und stärker ausgeprägt als die Reaktionen auf positive und neutrale Ereignisse. Laney und Loftus schlussfolgern, dass allein die Annahme, traumatisiert worden zu sein, ausreicht, um eine heftige emotionale Reaktion zu bewirken. Erinnerungen (Flashback oder Albtraum) und tatsächliches Geschehen stimmen somit häufig nicht überein.

Bei Klein- und Vorschulkindern kann sich das Wiedererleben als *monotones, repetitives Verhalten* (z.B. beim Spiel) zeigen, das auch rituelle Züge annehmen kann. Viele Kinder und Jugendliche empfinden große Angst oder Trauer bei Erinnerung an das von ihnen erlebte Trauma.

Kriterium C

Nach DSM-IV müssen mindestens drei der C-Kriterien (Tab. 1) erfüllt sein. Diese beziehen sich zum einen auf die Vermeidung belastender Erinnerungen oder Situationen bzw. Orte (C 1–3), die mit dem Trauma in Verbindung stehen, zum anderen auf Symptome «emotionaler Taubheit» («numbing», d.h. Interesse- und Teilnahmslosigkeit, Entfremdung von anderen, eingeschränkter Affekt, Gefühl einer überschatteten Zukunft; C 4–7).

In Frage gestellt wird insbesondere das Amnesie-Kriterium (C 3), also die Unfähigkeit, sich an den Ablauf des traumatischen Ereignisses zu erinnern. McNally (2004b; 2005) weist die Hypothese, traumatische Ereignisse könnten völlig verdrängt und «vergessen» werden, als «psychiatrische Folklore» zurück:

- Traumatisierte Patienten litten im Gegenteil vor allem darunter, dass sie das Trauma *nicht* vergessen können (Kriterium B).
- Es sei wenig wahrscheinlich, dass gerade traumatische – und damit für die Person wichtige – Ereignisse (als Ganzes) vergessen werden. Zahlreiche Forschungsarbeiten (Übersicht: (Wegner & Zanakos, 1994)) belegen, dass Versuche, gezielt Gedanken zu unterdrücken oder Dinge zu vergessen, paradoxerweise zu häufigerem Auftreten der Gedanken führen.
- «Vergessen» werden höchstens weniger wichtige Details. Wenn beispielsweise das Opfer eines bewaffneten Überfalls das Gesicht des Täters nicht mehr erinnert, dürfte dies eher darauf zurückzuführen sein, dass die Aufmerksamkeit des Opfers während der bedrohlichen Situation mehr auf die Waffe und weniger auf periphere Situationsaspekte gerichtet war. Letztere werden wahrscheinlich weniger vergessen als vielmehr gar nicht während des Traumas enkodiert (Kramer et al., 1990).
- Länger zurückliegende Traumata sind dem Prozess des normalen Vergessens unterworfen (McNally, 2004b). Es wäre ein Fehler, in diesem Fall von Amnesie zu sprechen.
- Frühkindliche Traumata der ersten drei bis vier Lebens-

jahre sind wegen des noch nicht ausgebildeten autobiographischen Gedächtnisses nicht erinnerbar.

- Betroffene können einen lange zurückliegenden sexuellen Missbrauch (zwischenzeitlich) vergessen und später wieder erinnern. Dieses Phänomen ist so zu erklären, dass sie den Übergriff als Kind nicht gänzlich verstanden oder als überwältigend erlebten. Möglicherweise wird der/dem Betroffenen erst im Jugend- oder Erwachsenenalter die Ungeheuerlichkeit des Ereignisses deutlich. Das ursprüngliche Ereignis wirkt erst nachträglich traumatisierend – quasi als «Trauma mit Zeitzünder».

Eine 16-jährige Patientin unserer Traumaambulanz beschrieb heftigste Alpträume und Intrusionen mit Erinnerungen an mehrere sexuelle Übergriffe im Alter von vier Jahren. Diese Symptome traten seit etwa vier Monaten auf. Seit dieser Zeit habe sie auch ihren ersten Freund, mit dem sie sexuell verkehre. Offensichtlich lösten die neuen sexuellen Kontakte die alten Erinnerungen aus.

Kriterium D

Vegetative Reaktionen (verstärktes *Arousal*); diese sind bei Kindern und Jugendlichen sehr häufig und äußern sich als Schlaflosigkeit, erhöhte Reizbarkeit, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit und Konzentrationsstörungen.

Im DSM-IV wird eine Subgruppe von PTB-Patienten mit verzögertem Einsetzen der Symptome beschrieben, d.h. dass mindestens sechs Monate zwischen traumatischem Ereignis und ersten Symptomen liegen («Schläfer-Effekt»). Dieses Kriterium wird zunehmend angezweifelt (McNally, 2004a). Andrews et al. (2007) fanden, dass diese Zeitangabe in ihrer strengen Auslegung nur selten erfüllt wird. Unklar ist bislang, wie es zu der Latenz zwischen Trauma und Einsetzen der Symptome kommt. Wahrscheinlich – und klinisch mehrfach beobachtet – ist, dass beispielsweise ein sexueller Übergriff bei einem präpubertären Kind zunächst von diesem nicht als traumatisch erlebt wird; in diesen Fällen tritt die emotionale Reaktion auf das Ereignis erst auf, wenn die Betroffenen die Bedeutung einer solchen Handlung realisieren.

Eine Achtjährige wurde in unserer Traumaambulanz vorgestellt, nachdem sie zwei sexuelle Übergriffe (ohne Penetration) durch einen Cousin erlebt hatte. Zu Beginn der Diagnostik zeigte sie sich relativ beschwerdefrei. Das plötzliche Einsetzen von Stimmungseinbrüchen und Ängsten vier Wochen später ließ sich darauf zurückführen, dass ihr ein Bericht aus dem Kinderfernsehen über Sexualität und Krankheiten eingefallen war. Plötzlich hatte sie Angst, infiziert und schwanger zu sein.

Ein Zehnjähriger zeigte erst ein Jahr nach sexuellen Übergriffen durch einen vier Jahre älteren Jungen Auffälligkeiten: Er wurde von intrusiven sexuellen Gedanken gequält, die ihm einen unbeschwerten Umgang mit Mädchen unmöglich machten, sodass er sich traurig und verzweifelt zurückzog. Das Einsetzen der Symptome ging zeitlich mit

seiner plötzlichen Sorge einher, durch den Übergriff «homosexuell geworden» zu sein. Entsprechend schnell reduzierten sich seine Symptome, als er in der Traumaambulanz erfuhr, dass es unmöglich sei, durch einen solchen Vorfall homosexuell zu werden.

Kritik am PTB-Konstrukt

Die Zuordnung einzelner Symptome zu den jeweiligen einzelnen Clustern nach DSM-IV muss hinterfragt werden. Nader (2008) weist in ihrer Übersicht auf Zusammenhänge verschiedener PTB-Symptome über die Clustergrenzen hinweg hin. So treten intrusive Traumaerinnerungen (PTB Cluster B) gehäuft in Einschlafsituationen auf und führen zu Einschlafstörungen (Cluster D). Flashbacks und körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen werden unter Cluster B verortet, könnten jedoch genauso unter Cluster D eingeordnet werden. Alpträume werden unter Cluster B, Ein- und Durchschlafstörung unter Cluster D eingeordnet.

Verschiedene *faktorenanalytische* Studien mit erwachsenen traumatisierten Patienten konnten das Drei-Faktoren-Modell (Cluster B, C, D) des PTB-Konstrukts nach DSM-IV nicht bestätigen und fanden stattdessen zwei bis fünf Faktoren. So ermittelten beispielsweise Taylor et al. (1998) zwei Faktoren (1. Intrusion/Vermeidung; 2. Arousal/emotionale Taubheit), Simms et al. (2002) dagegen vier Faktoren (Wiedererleben, Vermeidung, Hyperarousal, Dysphorie). In einer Therapiestudie (Taylor et al., 2001) erwies sich emotionale Taubheit, nicht jedoch Vermeidung als Prädiktor für einen eher ungünstigen Verlauf.

Für zukünftige Klassifikationen erscheint eine Vier-Faktoren-Lösung, bei der Vermeidung und emotionale Taubheit unterschieden werden, sinnvoll.

Untersuchungen zur diskriminanten und zur konvergenen Validität zeigten, dass der Faktor «Dysphorie» hoch mit depressiven Symptomen korrelierte; hingegen war der Faktor «Wiedererleben» relativ spezifisch für die PTB und machte den größten Unterschied zu anderen affektiven und Angststörungen aus.

Weiterhin ist unklar, ob die latente Struktur der PTB-Störung eher kategorial oder dimensional ist. Neuere Studien (Ruscio et al., 2002) belegen statt eines diskreten klinischen Syndroms eine dimensionale Struktur, wobei die PTB das Extrem auf einem Kontinuum akuter Stressreaktionen ausmacht. Breslau et al. (2005) ermittelten nach Stressexposition in einer latenten Klassenanalyse drei ordinale Klassen: eine ohne, eine mit mittlerer und eine mit stark ausgeprägter Symptomatik. 55% der Traumatisierten zeigten eine geringe Belastung mit durchschnittlich einem Symptom (Klasse 1), 11% zeigten eine hohe Belastung (Klasse 3), bei ihnen waren im Durchschnitt zwölf der 16 berechneten PTB-Symptome (ein Symptom der insgesamt 17, die psychogene Amnesie, wurde von den Berechnungen als untauglich ausgeschlossen) erfüllt. Eine mittlere Belastung (mit durchschnittlich 5.4 Symptomen) fand sich bei 34%.

Die Gruppen unterschieden sich nicht nur in quantitativer, sondern auch qualitativer Hinsicht: emotionale Taubheit fand sich vor allem in der Kategorie mit der hohen Belastung (Klasse 3). Die Autoren deuten dies dahingehend, dass das Symptom der emotionalen Taubheit einen guten Indikator für die Schwere der Belastung darstellt. Die Daten verweisen darauf, dass die kategoriale Unterscheidung von «PTB» versus «keine PTB» dem dimensional Charakter der Störung nicht gerecht wird. Die verschiedenen in diesem Abschnitt aufgeführten Studien legen hingegen eine Subtypisierung der PTB mit und ohne emotionale Taubheit nahe.

Angemessenheit der PTB-Kriterien für die Anwendbarkeit bei Kindern

Nach DSM-IV müssen das A-Kriterium, mindestens ein Cluster B-Kriterium, drei C-Kriterien und zwei D-Kriterien für die PTB-Diagnose erfüllt sein. Nach ICD-10 reicht alleine das Auftreten von Intrusionen zur Diagnosestellung aus. Damit kommt es unter Verwendung der ICD-10-Kriterien leicht zum Überdiagnostizieren der Störung (Steil, 2004).

Scheeringa et al. (2006) fanden bei der Mehrzahl von traumatisierten Kindern unter 12 Jahren *ein* Symptom für Kriterium B nach DSM-IV, *ein* Symptom für Kriterium C und *zwei* Symptome bei Kriterium D erfüllt; die Schwelle von drei C-Kriterien erwies sich als zu hoch.

Carrion et al. (2002) zeigten in ihrer Untersuchung an Kindern im Alter von sieben bis 14 Jahren, dass sich die Kinder, bei denen nur zwei der geforderten drei Symptomcluster (B, C, D) erfüllt waren, hinsichtlich der subjektiven Belastung nicht signifikant von denen, die alle drei Cluster erfüllten, unterschieden. Nicht allein die Anzahl der Symptome, sondern die *Häufigkeit* und *Intensität* des Auftretens ist nach Meinung dieser Autoren maßgeblich. Orientiert man sich gemäß DSM-IV nur an der Anzahl der gefundenen Symptome, wird in vielen Fällen lediglich eine «subsyndromale PTB» (bzw. «Verdacht auf PTB») diagnostiziert, obwohl eine schwerwiegende Störung der psychosozialen Adaptation und eine dringende Behandlungsbedürftigkeit bestehen.

Die häufigsten Symptome bei traumatisierten Kindern im Alter von sieben bis 14 Jahren (Carrion et al., 2002) waren Vermeidung von Gedanken, Gefühlen und Reden über das Trauma (C 1; 83.1% der Kinder), die Unfähigkeit, sich an alle wichtigen Aspekte des traumatischen Ereignisses zu erinnern (C 3; 69.5%) sowie belastende Erinnerungen (B 1; 69.5%) und Träume (B 2; 64.4%).

Nach Scheeringa und seiner Arbeitsgruppe (Scheeringa et al., 2001; 2003; 2005) sind die DSM-Kriterien für Vorschulkinder besonders schlecht geeignet, sodass die Arbeitsgruppe alternative Kriterien für diesen Altersbereich vorschlugen. Dabei wurden einige der Kriterien für Erwachsene (psychogene Amnesie und das Gefühl einer verkürzten Zukunft) weggelassen, weil sie sich für dieses Al-

ter nicht nachweisen ließen. Andere Kriterien wurden sprachlich und inhaltlich modifiziert, sodass sie weniger abhängig von der Sprach- und Introspektionsfähigkeit der Kinder und besser beobachtbar sind (z.B. «Wiederinszenieren des Traumas» anstatt «Flashbacks»). Zudem ergänzten sie neue alterstypische Symptome:

- neu auftretende Trennungsangst
- neu auftretendes aggressives Verhalten
- Verlust von bereits erworbenen Fertigkeiten
- neuartige Ängste ohne offensichtlichen Bezug zum Trauma.

In einer Untersuchung (Scheeringa et al., 2003) waren drei (*Aggression, neue Ängste* und *Trennungsangst*) dieser neu definierten Symptome unter den sieben häufigsten Symptomen. Allerdings bedarf es weiterer Untersuchungen, um die Reliabilität und Validität der o.g. Kriterien für das Kindesalter nachzuweisen. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass zwischen Störungen, die nach Mono- bzw. Akuttraumatisierung auftraten, und solchen nach komplexen Traumatisierungen unterschieden werden muss.

Epidemiologie der PTB bei Kindern und Jugendlichen

Es gibt nur wenige Studien zur Prävalenz der PTB bei Kindern und Jugendlichen. Im bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) berichtete ein Viertel der befragten Kinder und Jugendlichen von aktiven oder passiven Gewalterfahrungen; die Rate derjenigen, die ausschließlich Opfer waren, lag bei 4,6%; 5,7% berichteten, in den letzten 12 Monaten sowohl Täter als auch Opfer von Gewalt gewesen zu sein (Schlack & Hölling, 2007). Die Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1999) fand bei den befragten 11–17-jährigen eine Häufigkeit der PTB von 1,6% (Lebenszeitprävalenz). In einer neueren Longitudinalstudie, der Great Smoky Mountains Study, berichteten mehr als zwei Drittel der befragten Kinder und Jugendlichen, mindestens ein traumatisches Ereignis bis zum Alter von 16 Jahren erlebt zu haben (Copeland et al., 2007). 13,4% dieser Kinder beschrieben einige PTB-Symptome, lediglich 0,5% erfüllten alle Kriterien einer PTB. Gewalt- und sexuelle Traumata waren mit der höchsten Symptomrate assoziiert. Frühere traumatische Ereignisse, psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Armut, Erziehung nur durch ein Elternteil, elterliche Arbeitslosigkeit) sowie eine (prätraumatische) Angst- oder eine depressive Störung erwiesen sich als besondere Risikofaktoren, in der Folge eines Traumas eine PTB zu entwickeln.

Die große Diskrepanz zwischen einerseits häufigen traumatischen Ereignissen und andererseits relativ seltenen Symptomen einer vollständigen PTB verweist darauf, dass sich aus einem traumatischen Ereignis nur selten eine PTB entwickelt. Zudem begründet McNally (2007) die große Diskrepanz zwischen den Häufigkeiten von traumatischen Ereignissen und dem Auftreten einer PTB in der Great Smo-

ky Mountains Study mit dem dort sehr weit gefassten Traumakriterium. Allerdings macht diese Diskrepanz auch deutlich, dass die PTB-Kriterien, die für Erwachsene formuliert wurden, nur eingeschränkt für Kinder und Jugendliche geeignet sind. Für eine mangelnde Adaptation der PTB-Kriterien im Kleinkindes- und Vorschulalter spricht auch die bei 2- bis 5-jährigen Kindern gefundene Prävalenzrate von nur 0,1 (Lavigne et al., 1996), obwohl traumatische Lebensereignisse im Kleinkindalter viel häufiger als im Jugendalter sind.

Abschließend sei darauf verwiesen, dass nicht nur die PTB-Diagnose, sondern auch der Traumbegriff, kindlichen, insbesondere frühkindlichen, Traumatisierungen nur unzureichend gerecht wird. Kinder sind aufgrund ihrer Unreife und Abhängigkeit von Erwachsenen insbesondere für interpersonelle Traumata vulnerabler als Erwachsene. Viele (interpersonelle) Traumata, die Kinder erleben, wie seelische Misshandlung, Vernachlässigung und Trennung von den Eltern entsprechen nicht dem A-Kriterium der PTB nach ICD-10 oder DSM-IV. Aufgrund der höheren neuronalen Plastizität bei jungen Menschen (Herpertz-Dahlmann, 2008) wirken sich frühe und chronische traumatische Ereignisse besonders schwerwiegend aus. Während die PTB-Diagnose recht gut die Traumafolgen Erwachsener nach einmaliger Traumatisierung abbildet, wird sie Kindern nach *komplexer Traumatisierung* nicht ausreichend gerecht (van der Kolk, 2005). Diese Kinder leiden beispielsweise weniger unter Erinnerungen an ein umschriebenes belastendes Ereignis, sondern eher an tiefgreifenden Ängsten, Misstrauen sowie an Defiziten in der Regulation von Gefühlen und Verhalten.

Vorschläge für Kriterien einer komplexen Traumafolgestörung im Kindesalter

Für erwachsene Patienten mit komplexen Traumatisierungen definiert das DSM-IV die «komplexe PTB», die ICD-10 eine «andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung» (F 62.0). Zur Entwicklung und Evaluation einer neuen Diagnosekategorie für komplex traumatisierte Kinder wurde die «Complex Trauma Taskforce» des amerikanischen «National Child Traumatic Stress Network», einem Verbund amerikanischer Traumaexperten und -zentren, gegründet. Die Arbeitsgruppe (van der Kolk, 2005) schlägt folgende Kriterien einer «Entwicklungsraumastörung» («developmental trauma disorder») vor:

A. Multiple oder chronische interpersonelle Traumatisierung (Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung, Bedrohung körperlicher Integrität, Züchtigung, emotionaler Missbrauch, Gewalt- und Todeserfahrungen als Beobachter) mit subjektivem Erleben von Gefühlen wie intensive Furcht, Wut, Scham, Hoffnungslosigkeit.

- B. Muster wiederholter Dysregulation ausgelöst durch traumaassoziierte Hinweisreize. Darunter werden affektive, somatische, verhaltens- und bindungsbezogene und kognitive Dysregulation sowie mangelnde Selbstfürsorge verstanden.
- C. Generalisierte negative Attributionen und Erwartungshaltungen (negative Selbstattribution, Misstrauen gegen Bezugspersonen, Erwartung zukünftiger Viktimisierung).
- D. Funktionelle Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen (schulische, familiäre, rechtliche Einschränkungen, Konflikte mit Gleichaltrigen und dem Rechtssystem).

Es bleibt abzuwarten, ob sich die Entwicklungsraumastörung in dieser Form als valide Diagnosekategorie erweisen wird. Die Einführung dieser oder einer ähnlichen Diagnosekategorie ist jedoch von großer Bedeutung für die Erforschung und Behandlung von komplexen Traumata in der Kindheit.

Literatur

- Andreasen, N. C. (2004). Acute and delayed posttraumatic stress disorders: a history and some issues. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1321–1323.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1319–1326.
- Breslau, N., Reboassin, B. A., Anthony, J. C. & Storr, C. L. (2005). The structure of posttraumatic stress disorder: latent class analysis in 2 community samples. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1343–1351.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Rose, S. (2003). Diagnostic overlap between acute stress disorder and PTSD in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 160, 783–785.
- Bryant, R. A. (2004) In the aftermath of trauma: Normative reactions and early interventions. In: G. M. Rosen (Ed.), *Post-traumatic stress disorder: issues and controversies*. pp. 187–212. John Wiley & Sons, Chichester.
- Campbell, L. A. & Bryant, R. A. (2007). How time flies: a study of novice skydivers. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1389–1392.
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R. & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 166–173.
- 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.
- Domino, M. L. & Boccaccini, M. T. (2000). Doubting Thomas: Should family members of victims watch executions? *Law and Psychology Review*, 24, 59–75.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Essau, C. A., Conrad, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 37–45.

- Friedman, M. J., Resick, P. A. & Keane, T. M. (2007). PTSD. Twenty-five years of progress and challenges. In: M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD. (Science and practice)*, pp. 3–18. Guilford Press, New York.
- Harvey, A. G. & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 507–512.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung. In: B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort, & A. Warnke (Eds.), *Entwicklungspsychiatrie. (2. Auflage)*, pp. 969–983. Schattauer, Stuttgart.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hahn, F. & Hempt, A. (2005). Diagnostik und Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Nervenarzt*, *76*, 546–556.
- Kramer, T., Buckhout, R. & Eugenio, P. (1990) Weapon focus, arousal, and eye-witness memory: Attention must be paid. *Law and Human Behavior*, *14*, 167–184.
- Laney, C. & Loftus, E. F. (2005) Traumatic memories are not necessarily accurate memories. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*, 823–828.
- Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., Dawson, N., Sobel, H. & Isaacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 204–214.
- McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Belknap Press / Harvard University Press, Cambridge.
- McNally, R. J. (2004a). Conceptual problems with the DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. In: G. M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies*. pp. 1–14. John Wiley & Sons, Chichester.
- McNally, R. J. (2004b). Is traumatic amnesia nothing but psychiatric folklore? *Cognitive Behavior Therapy*, *33*, 97–101.
- McNally, R. J. (2005). Debunking myths about trauma and memory. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*, 817–822.
- McNally, R. J. (2007). Trauma in childhood. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 1451.
- McNally, R. J., Lasko, N. B., Clancy, S. A., Macklin, M. L., Pitman, R. K. & Orr, S. P. (2004). Psychophysiological responding during script-driven imagery in people reporting abduction by space aliens. *Psychological Science*, *15*, 493–497.
- Nader, K. (2008). *Understanding and assessing trauma in children and adolescents*. Routledge, New York.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*, 52–73.
- Perrin, S., Smith, P. & Yule, W. (2000). The assessment and treatment of Post-traumatic Stress Disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 277–289.
- Rosen, G. M., Spitzer, R. L. & McHugh, P. R. (2008). Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM V. *British Journal of Psychiatry*, *192*, 3–4.
- Ruscio, A. M., Ruscio, J. & Keane, T. M. (2002). The latent structure of posttraumatic stress disorder: a taxometric investigation of reactions to extreme stress. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 290–301.
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A. & Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 52–60.
- Scheeringa, M. S., 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.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, *42*, 561–570.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L. & Putnam, F. W. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*, 899–906.
- Schlack, R. & Hölling, H. (2007). Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, *50*, 819–826.
- Simms, L. J., Watson, D. & Doebbeling, B. N. (2002). Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 637–647.
- Spitzer, R. L., First, M. B. & Wakefield, J. C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 233–241.
- Steil, R. (2004). Posttraumatische Belastungsstörung. In: S. Schneider (Ed.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. pp. 275–310. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Taylor, S., Fedoroff, I. C., Koch, W. J., Thordarson, D. S., Fecteau, G. & Nicki, R. M. (2001). Posttraumatic stress disorder arising after road traffic collisions: patterns of response to cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 541–551.
- Taylor, S., Koch, W. J., Crockett, D. J. & Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 154–160.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, *35*, 401–408.
- Wegner, D. M. & Zanakos, S. (1994) Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, *62*, 616–640.

Michael Simons
Beate Herpertz-Dahlmann

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
RWTH Aachen
Neuenhofer Weg 21
DE-52074 Aachen
msimons@ukaachen.de

Anhang



Multiple Choice Fragen zum Erwerb von CME-Punkten zum Artikel „Traumata und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen – eine kritische Übersicht zu Klassifikation und diagnostischen Kriterien« (nur eine Antwort pro Frage ist richtig):

1. Welche Aussage ist richtig?
 - a. Dissoziative Phänomene wie Zeitverzerrung sind in jedem Fall schädlich.
 - b. Peritraumatische Dissoziation ist der beste Prädiktor für eine PTB.
 - c. Die meisten Kinder entwickeln in den ersten Tagen nach einem traumatischen Ereignis drei oder mehr dissoziative Symptome.
 - d. Peritraumatische Dissoziation ist ein guter Schutzfaktor gegen die Ausbildung einer PTB.
 - e. Dissoziative Symptome sind nicht in jedem Fall schädlich.
2. Welche Aussage ist richtig?
 - a. Flashbacks spiegeln das traumatische Ereignis exakt wieder.
 - b. Flashbacks beschreiben ein sehr intensives Wiedererleben des Traumas.
 - c. Alpträume spiegeln das traumatische Ereignis exakt wieder.
 - d. Besonders heftige Emotionen beim Erinnern des traumatischen Ereignisses beweisen den Wahrheitsgehalt der Erinnerungen.
 - e. Flashbacks beziehen sich ausschließlich auf traumatische Ereignisse, die man selbst erlebt hat.
3. Welche Aussage ist richtig?
 - a. Besonders belastende Traumata werden oft als Ganzes vergessen und müssen in der Therapie aufgedeckt werden.
 - b. Besonders belastende Aspekte des Traumas werden oft vergessen.
 - c. Traumata in den ersten beiden Lebensjahren werden deshalb später schlecht erinnert, weil sie für das junge Kind besonders belastend waren.
 - d. Subjektiv weniger bedeutsame Aspekte traumatischer Ereignisse werden von Betroffenen eher vergessen als bedeutsame.
 - e. Ein Kind kann in den ersten drei Lebensjahren eigentlich nicht traumatisiert werden, weil das autobiographische Gedächtnis noch nicht ausgebildet ist.
4. Welches PTB-Symptom tritt bei Kindern eher selten auf?
 - a. Flashbacks
 - b. Ängste
 - c. Aggressives Verhalten
 - d. Konzentrationsprobleme
 - e. Vermeidung traumaassoziierter Gedanken
5. Welche Aussage ist richtig?
 - a. Ob sich eine PTB entwickelt oder nicht, ist völlig unabhängig von der Art des Traumas.
 - b. Die meisten Kinder, die ein Trauma erleben, entwickeln eine PTB.
 - c. Gewalt- und sexuelle Traumata sind mit der höchsten Symptomrate assoziiert.
 - d. Ob sich eine PTB entwickelt oder nicht, ist völlig unabhängig davon, ob prätraumatisch eine Angststörung bestanden hat.
 - e. Traumata durch Scheidung der Eltern sind mit der höchsten Symptomrate assoziiert.

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (mind. 3 richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen **mit einem frankierten Rückumschlag** bis zum 1. 7. 2008 an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht berücksichtigt werden.

Herr Professor Dr. Gerd Lehmkühl
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
 Robert Koch-Straße 10
 DE-50931 Köln

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit 1 Fortbildungspunkt an.

Stempel

Zeitschrift für
**Kinder- und Jugend-
 psychiatrie und
 Psychotherapie**
 3/2008



DATUM

UNTERSCHRIFT

«Traumata und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen – eine kritische Übersicht»

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Ort