

Graf, Anna / Irblich, Dieter und Landhold, Markus A.

Posttraumatische Belastungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 4, S. 247-263

urn:nbn:de:bsz-psydok-48091

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

ÜBERSICHTSARBEITEN

Posttraumatische Belastungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Anna Graf, Dieter Irblich und Markus A. Landolt

Summary

Posttraumatic stress disorder in infants and toddlers

While the occurrence of posttraumatic stress disorders (PTSD) in children and adolescents is undoubted, knowledge about the disorder in infants and toddlers is scarce. The lack of an accurate research base is mainly due to challenges in assessing PTSD in infants and toddlers. The development of an alternative set of diagnostic criteria, its empirical testing and the design of an examiner-based interview are recent and important steps. This article reviews the literature on PTSD in infants and toddlers. It defines the disorder and emphasizes its distinctive features in this age group. Demonstrating the development of an alternative set of diagnostic criteria and overiewing the existing assessment tools are central issues. A German version of the *Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview and Observational Record for Infants and Young Children* (Scheeringa u. Zeanah, 2005) is presented for the first time. The state of research in prevalence and therapy of PTSD in infants and toddlers is described and recommendations for research and clinical practice are provided.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 247-263

Keywords

trauma – infant – toddler – posttraumatic stress disorder – diagnostics

Zusammenfassung

Während das Auftreten posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) bei Kindern im Schulalter und bei Jugendlichen heute als unbestritten gilt, ist das entsprechende Wissen in Bezug auf Säuglinge und Kleinkinder viel geringer. Mit der Entwicklung von alternativen Diagnosekriterien, deren empirischer Überprüfung und Abbildung in einem klinischen Interview wurden erste wichtige Schritte zu deren Erfassung unternommen. Die vorliegende Arbeit definiert PTBS und hebt Besonderheiten für das Säuglings- und Kleinkindesalter hervor. Die Entwicklung der alternativen Diagnosekriterien sowie eine Übersicht zu Möglichkeiten der systematischen Erhebung

von PTBS im Säuglings- und Kleinkindesalter stehen im Zentrum. Dabei wird das *Erhebungsinstrument Posttraumatische Belastungsstörung – Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder (PTSDSSI)* (Scheeringa u. Zeanah, 2005) erstmals in einer deutschsprachiger Version vorgestellt. Der aktuelle Forschungsstand im Bereich der Prävalenz von PTBS sowie psychotherapeutischer Interventionen im Säuglings- und Kleinkindesalter wird dargelegt. Den Abschluss bilden Empfehlungen für Forschung und Praxis.

Schlagwörter

Trauma – Säugling – Kleinkind – posttraumatische Belastungsstörung – Diagnostik

Verglichen mit dem Kenntnisstand zu Traumafolgestörungen bei Kindern ab dem Schulalter, gibt es für das Säuglings- und Kleinkindesalter nur ganz vereinzelte Studien zur Prävalenz posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) nach spezifischen Psychotraumata. Dies erstaunt, wenn man um die Bedeutung der ersten Lebensjahre als einem besonders vulnerablen Lebensabschnitt weiss (Petermann, Niebank, Scheithauer, 2000). Die Schwierigkeiten liegen in der Erhebung posttraumatischer Symptome in dieser Altersspanne. Eingeschränkte kognitive und sprachliche Fertigkeiten stehen einer systematischen Erfassung von PTBS im Säuglings- und Kleinkindesalter entgegen. Seit Mitte der 1990er Jahre gibt es jedoch vertiefte Versuche, die Validität der Diagnosekriterien einer PTBS auch bei Säuglingen und Kleinkindern zu überprüfen (Scheeringa, Zeanah, Drell, Larrieu, 1995; Scheeringa, Peebles, Cook, Zeanah, 2001; Scheeringa, Zeanah, Myers, Putnam, 2003, 2005). Untersuchungen bestätigen, dass PTBS als spezifische Stressreaktion auch bei Säuglingen und Kleinkindern vorkommen kann. Die herkömmlichen Diagnosekriterien sind in dieser Altersgruppe jedoch nicht sensitiv genug, was zur Entwicklung von alternativen Kriterien mit deutlich verbesserter Validität für das Säuglings- und Kleinkindesalter führte.

Im Folgenden wird ein Überblick über die Literatur zum Thema PTBS bei Säuglingen und Kleinkindern unter besonderer Berücksichtigung von diagnostischen und therapeutischen Aspekten gegeben. Erstmals wird dabei in autorisierter deutscher Version das von Scheeringa and Zeanah (2005) entwickelte semistrukturierte Interview zur Erfassung der PTBS im Säuglings- und Kleinkindesalter vorgestellt.

1 Die posttraumatische Belastungsstörung

1.1 Herkömmliche Diagnosekriterien

Die Definition eines Traumas gemäss DSM-IV TR (Sass, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003) beinhaltet zwei Aspekte, die gleichzeitig erfüllt sein müssen:

- (A1) Das betroffene Individuum erlebt oder beobachtet ein Ereignis, welches mit einer ernsthaften Bedrohung der körperlichen oder psychischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen einhergeht.
- (A2) Die unmittelbare Reaktion des betroffenen Individuums beinhaltet intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten.

Die dadurch ausgelösten Symptome werden drei Bereichen zugeordnet:

- (B) Wiedererleben,
- (C) Vermeidung und Abflachung der allgemeinen Reagibilität,
- (D) Übererregung.

Die Diagnose einer PTBS wird gemäss DSM-IV gestellt, wenn eine bestimmte Anzahl von Symptomen aus den Bereichen B bis D mindestens einen Monat andauern und klinisch signifikante Beeinträchtigungen im Alltag zur Folge haben.

1.2 Alternative Diagnosekriterien für Säuglinge und Kleinkinder

Die heute gängigen Diagnosekriterien erfassen die Symptomanifestationen einer PTBS vorwiegend durch Introspektion und verbale Beschreibung innerer Zustände durch die Betroffenen selbst. Obwohl entwicklungsbedingte Voraussetzungen zur Ausbildung einer PTBS bereits ab dem Alter von neun Monaten vorhanden sind (Drell, Siegel, Gaensbauer, 1993), fehlen bei den meisten Kindern unter drei Jahren die kognitiven und sprachlichen Möglichkeiten zur Introspektion und dem verbalen Beschreiben innerer Zustände (Scheeringa, 2004). Es ist anzunehmen, dass sich diese Tatsache auf die klinische Manifestation der Symptomatik und insbesondere auf ihre Erfassung im Säuglings- und Kleinkindesalter auswirkt. Entsprechend kann das Vorliegen einer PTBS bei Kindern im Vorschulalter nicht mittels der herkömmlichen, bei Erwachsenen entwickelten DSM-Kriterien erfolgen, sondern es bedarf altersangepasster Kriterien (Scheeringa et al., 1995, 2001, 2003, 2005).

Die Entwicklung solcher altersangepasster Kriterien (vgl. Tab. 1) und deren Abbildung im Erhebungsinstrument *Posttraumatische Belastungsstörung – Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder (PTSDSSI)* (Scheeringa u. Zeanah, 2005) folgte aus einer Reihe von Untersuchungen. Ausgangspunkt für die erste systematische Studie auf dem Gebiet der PTBS bei Säuglingen und Kleinkindern war die Feststellung, dass bei 20 publizierten Falldarstellungen schwer traumatisierter Kinder zwar zahlreiche PTBS-Symptome beschrieben worden waren, keines der Kinder aber die DSM-IV-Kriterien für die Diagnose einer PTBS vollständig erfüllte (Scheeringa et al., 1995). Als Ursache machten die Autoren zu grosse Sprachgebundenheit, unzureichende Alterssensitivität und eine zu hohe Zahl erforderlicher Symptome pro Cluster aus. Ausserdem bestand für etliche Items eine niedrige Beurteilerübereinstimmung. In der Folge entwickelten die Autoren eine erste Version von diagnostischen Alternativkriterien der PTBS für das Säuglings- und Kleinkindesalter.

Ausgangspunkt dafür bildeten die herkömmlichen Kriterien nach DSM-IV sowie die in Fallbeschreibungen erwähnten Symptome schwer traumatisierter Säuglinge und Kleinkinder. Symptome, die nicht direkt über die Beobachtung des kindlichen Verhaltens erfasst werden konnten oder die in dieser frühen Altersspanne schwer zu beurteilen waren, wurden weggelassen oder neu formuliert. Weitere Änderungen zu den herkömmlichen Diagnosekriterien bestanden in der Aufnahme eines entwicklungs-spezifischen Symptoms (Verlust bereits erworbener Fertigkeiten) bzw. einer weiteren, vierten Symptomgruppe (neu auftretende Aggressionen und Ängste).

Tabelle 1: Alternative Diagnosekriterien für die PTBS im Säuglings- und Kleinkindalter (Scheeringa et al., 2003)

Symptomgruppen	Symptome
A. Traumatisches Ereignis	
B. Wiedererleben	<ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatisches Spiel: Zwanghafte Wiederholung von Themen und Aspekten des Traumas, kein Angstabbau durch das Spiel. Weniger elaboriertes und kreatives Spiel • Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas, ohne Charakteristika des posttraumatischen Spiels • Wiederholte Erinnerung des traumatischen Ereignisses ausserhalb des Spiels, ohne offensichtliche psychische Belastung • Alpträume mit Bezug zum Trauma oder mit zunehmender Frequenz ohne wieder erkennbaren Inhalt • Episoden mit objektiven Anzeichen eines Flashbacks oder von Dissoziation • Psychische Belastung bei der Konfrontation mit Hinweisreizen
▶ mindestens 1 Symptom	
C. Vermeidung	<ul style="list-style-type: none"> • Tatsächliche oder versuchte Vermeidung von Aktivitäten, Gegenständen, Orten oder Personen, welche mit dem Trauma assoziiert sind
▶ mindestens 1 Symptom	<ul style="list-style-type: none"> • Einengung des Spielverhaltens • Sozialer Rückzug • Eingeschränkte Bandbreites des Affekts
D. Erhöhte Erregung	<ul style="list-style-type: none"> • Ein- und Durchschlafschwierigkeiten • Erhöhte Irritierbarkeit, Wutausbrüche, Affektlabilität • Verringerte Konzentrationsfähigkeit im Vergleich zu vor dem Trauma • Übertriebene Wachsamkeit (Hypervigilanz) • Übertriebene Schreckreaktion
▶ mindestens 2 Symptome	
E. Neue Ängste und Aggressionen	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust bereits erworbener Fertigkeiten insbesondere im Bereich der Sauberkeitsentwicklung und der Sprache • Neu auftretende Ängste
▶ für die Diagnose nicht erforderlich	<ul style="list-style-type: none"> • Neu auftretende Trennungsangst • Neu auftretende Aggressionen

Die Anwendung dieser Alternativkriterien auf eine kleine Stichprobe traumatisierter Kleinkinder zeigte in der Folge eine deutlich verbesserte Entwicklungssensitivität gegenüber den DSM-IV-Kriterien (Scheeringa et al., 1995). In 9 der untersuchten 12 Fälle konnte mittels der Alternativkriterien eine PTBS-Diagnose gestellt, während auch diesmal nach den DSM-IV-Kriterien von den Beurteilern im Durchschnitt

nur 1,5 Fälle als PTBS identifiziert worden wären. Auch in der Beurteilerübereinstimmung ergaben sich für die Alternativkriterien bessere Werte im Vergleich zum DSM-IV. Ergebnisse anderer Forschergruppen bestätigten in der Folge die Handhabbarkeit der Alternativkriterien und führten zu PTBS-Prävalenzraten im Bereich von 25-29 % bei verschiedenen Gruppen traumatisierter Kleinkinder (Ohmi et al., 2002; Stoddard et al., 2006a).

Eine Reihe der genannten Studien beschäftigte sich mit der Frage, wie viele Symptome pro Cluster bei sehr jungen Kindern jeweils mindestens vorhanden sein müssen (Scheeringa et al., 1995, 2001, 2003; Scheeringa, Wright, Hunt, Zeanah, 2006). Als optimaler Algorithmus wurde in Abweichung vom DSM-IV das Weglassen der beobachtbaren unmittelbaren Reaktion auf ein traumatisches Ereignis (Cluster A2) sowie die Reduktion der Anzahl Vermeidungssymptome (Cluster C) vorgeschlagen. Hinsichtlich der Symptomgruppe der Übererregung (Cluster D) konnte die vorgesehene Reduktion von zwei auf ein erforderliches Symptom empirisch jedoch nicht bestätigt werden. Die zusätzlich eingeführte Symptomgruppe der neu auftretenden Ängste und Aggressionen lieferte keinen entscheidenden Beitrag zu einer verbesserten diagnostischen Validität und wurde daher aus dem Symptomkatalog wieder entfernt, soll aber weiterhin als zusätzliche diagnostische Information mit erhoben werden (Scheeringa et al., 2003).

Nachfolgende Untersuchungen bestätigten die Brauchbarkeit der Alternativkriterien für die PTBS-Diagnose bei Säuglingen und Kleinkindern. In Kontrollgruppendesigns ergaben sich signifikante Häufigkeitsunterschiede zu Vergleichsgruppen (Scheeringa, Zeanah, Myers, Putnam, 2004; Scheeringa et al., 2003). Zusätzlich konnte die Konstruktvalidität durch theoriekonforme Zusammenhänge mit komorbiden Störungen (Scheeringa et al., 2003) sowie dem Nachweis von typischen psychophysiologischen Korrelaten während der Induktion belastender Erinnerungen bei Kleinkindern mit PTBS bestätigt werden (Scheeringa et al., 2004). Zudem zeigte sich, dass die Stabilität der Traumasymptome und damit die prädiktive Validität der Alternativkriterien über einen Zeitraum von zwei Jahren erstaunlich hoch war (Scheeringa et al., 2005).

2 Diagnostische Verfahren bei posttraumatischen Belastungsstörungen im Säuglings- und Kleinkindesalter

Während im Kindes- und Jugendalter die Diagnose einer PTBS möglichst durch ein klinisch-psychologisches Interview mit dem betroffenen Kind sowie im Rahmen eines Gesprächs mit den Eltern erfolgen soll (Landolt, 2004), bestehen für das Säuglings- und Kleinkindesalter diesbezüglich erhebliche Einschränkungen. Kinder unter sechs Jahren sind zu einem validen Selbstbericht über erlebte Symptome meist nicht in der Lage (Scheeringa, 2006). Standardisierte Beobachtungssituationen, die eine Erfassung von PTBS bei Säuglingen und Kleinkindern vervollständigen könnten, fehlen bis heute gänzlich. Das diagnostische Vorgehen bei PTBS im Säuglings-

und Kleinkindesalter hat sich demnach primär an Informationen der primären Bezugspersonen zu orientieren.

Im Gegensatz zum Kindes- und Jugendalter liegt für das Säuglings- und Kleinkindesalter nur eine geringe Anzahl an Erhebungsinstrumenten vor. Zusätzlich zur begrenzten Auswahl sind ausstehende empirische Überprüfungen sowie fehlende Übersetzungen weitere Einschränkungen. Im Folgenden werden neben den in deutscher Sprache verfügbaren Diagnoseverfahren auch weitere Verfahren aus dem angelsächsischen Raum vorgestellt.

2.1 Interviewverfahren

2.1.1 PTBS – Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder (PTSDSSI)

Das PTSDSSI ist ein klinisches Interview, welches mit der primären Bezugsperson von Säuglingen und Kleinkindern durchgeführt werden kann. Ab dem Alter von neun Monaten erlaubt das Verfahren eine Diagnosestellung, eingesetzt werden kann es jedoch bereits ab einem Alter von wenigen Wochen. Während der Durchführung des Interviews soll sich das Kind im gleichen Raum aufhalten und von der interviewenden Person beobachtet werden. Die nicht standardisierten Beobachtungen können die Aussagen der primären Bezugspersonen ergänzen.

Das PTSDSSI enthält zunächst eine Liste möglicher traumatischer Ereignisse. Die Symptome einer PTBS werden gemäss den Alternativkriterien erfasst. Wird die Präsenz eines Symptoms bestätigt, folgen Fragen zur individuellen Ausprägung, dem situationalen und zeitlichen Auftreten sowie der Dauer. Außer der Beurteilung der Auswirkungen dieser Symptome auf wichtige Lebensbereiche enthält das PTSDSSI weitere mit diesem Alter assoziierte Begleitsymptome. Die Diagnosestellung einer PTBS kann entweder nach dem alternativen Algorithmus oder aber nach dem DSM-IV-Algorithmus erfolgen.

Aufgrund der engen Anlehnung des PTSDSSI an die Formulierungen des DSM-IV dürfte die inhaltliche Validität des Verfahrens als gesichert gelten. In mehreren Studien wurde zudem die Konstruktvalidität sowie die prädiktive Validität des PTSDSSI bestätigt (vgl. Abschnitt 2). In ihrer vergleichenden Bewertung der im angelsächsischen Raum vorhandenen Traumadiagnoseinstrumente für Kinder unter sechs Jahren empfehlen Stover und Berkowitz (2005) das PTSDSSI zudem als einziges der dort dargestellten Verfahren und halten es sowohl für den klinisch-diagnostischen Einsatz als auch für Forschungsvorhaben für geeignet.

Eine erste deutsche Übersetzung des PTSDSSI (Version 1.2) erfolgte 2003 durch Irblich und Hepton unter Mitarbeit von Landolt. Zunehmende Nachfrage von Traumatherapeuten sowie eine Überarbeitung der amerikanischen Version machten 2006 eine vollständige Neuübersetzung des Interviews auf Grundlage der Version

1.4.2005 erforderlich (Irblich, 2006).¹ Dabei wurde auf möglichst grosse Texttreue geachtet und es wurden nach Möglichkeit Formulierungen gewählt, die der deutschen Übersetzung des DSM-IV-TR (Sass et al., 2003) entsprachen. Studien zur Validität und Beobachterübereinstimmung der deutschen Version wurden bislang noch nicht durchgeführt. Neben der deutschen liegt mittlerweile auch eine hebräische Übersetzung vor. Es ist empfehlenswert, bei der Einarbeitung in das Verfahren das englischsprachige Kodiermanual¹ zu Rate zu ziehen. Die Befragung und diagnostische Entscheidungsfindung bezüglich Vorliegen oder Ausschluss von Symptomen erfordert, wie bei anderen semistrukturierten Traumadiagnoseinstrumenten auch (vgl. Irblich u. Renner, 2007), solide traumatherapeutische Kenntnisse. Eine Reihe von Studien belegt die Tendenz, dass insbesondere die Häufigkeit der Symptome des Wiedererlebens von Bezugspersonen häufig unterschätzt wird (Scheeringa et al., 2006). Diese Tatsache sollte bei der klinischen Beurteilung unbedingt berücksichtigt werden.

2.1.2 Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)

Neben dem PTSDSSI liegt mit dem PAPA (Egger, Ascher, Angold, 2002) ein zweites Interviewverfahren vor. Das PAPA ist ein englischsprachiges diagnostisches Instrument für psychische Störungen bei 2- bis 5-jährigen Kindern und ermöglicht unter anderem die Diagnose einer PTBS. Das Interview richtet sich an die primären Bezugspersonen der jeweiligen Kinder und liegt in spanischer, rumänischer und norwegischer, nicht jedoch in deutscher Übersetzung vor. Eine erste aktuelle Studie bestätigt die Reliabilität dieses diagnostischen Verfahrens (Egger et al., 2006).

2.2 Fragebogenverfahren

In Form eines Eltern-Fragebogens kann die *PTSD Symptoms in Preschool Children (PTSD-PAC)* (Levendosky, Huth-Bocks, Semel, Shapiro, 2002) bei 3- bis 5-jährigen Kindern eingesetzt werden. Die Checkliste basiert auf den DSM-IV-Kriterien und orientiert sich in der Formulierung einzelner Symptome an dem PTSDSSI. Primäre Bezugspersonen werden nach der Präsenz von Symptomen gefragt. Angaben zu Beginn und Häufigkeit der Symptome können jedoch keine gemacht werden. Die psychometrischen Eigenschaften dieses Verfahrens wurden bisher nicht untersucht.

Die *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)* (Briere, 2005) ist als Eltern-Fragebogen konzipiert und kann bei 3- bis 12-jährigen Kindern eingesetzt werden. Die 90 Symptome können in acht übergeordneten klinischen Skalen sowie einer Gesamtskala für posttraumatischen Stress zusammengefasst werden. Letztere erlaubt eine Einschätzung der posttraumatischen Symptomatik, jedoch keine kategoriale Dia-

¹ Die deutschsprachige Version des PTSDSSI (PTSDSSI-D) sowie die englischsprachige Version des Kodiermanuals können beim korrespondierenden Autor bezogen werden.

gnosestellung. Eine Besonderheit dieser Checkliste liegt in zwei Skalen, anhand derer die Validität der Fremdbeurteilung gemessen werden kann. Eine erste Studie belegt für die TSCYC eine zufrieden stellende Reliabilität und Validität (Briere et al., 2001).

Die *Child Behavior Checklist (CBCL)* (Achenbach, 1991) wurde zwar nicht spezifisch für die Erfassung einer PTBS konzipiert, kann jedoch als Screening-Instrument für PTBS eingesetzt werden. Eine für das Säuglings- und Kleinkindesalter modifizierte Skala (Dehon u. Scheeringa, 2006) setzt sich aus 15 Symptomen der Version CBCL 1½-5 (Achenbach u. Rescorla, 2000) zusammen. Für die PTBS-Skala kann vergleichbar mit den anderen CBCL-Syndromskalen ein Summenscore sowie ein klinischer Grenzwert berechnet werden. Angaben zum kritischen Grenzwert weisen auf eine PTBS-Symptomatik im klinisch relevanten Bereich hin, diese PTBS-Skala erlaubt jedoch keine kategoriale Diagnose. Die psychometrischen Eigenschaften der Skala sind zufrieden stellend (Dehon u. Scheeringa, 2006).

3 Prävalenz posttraumatischer Belastungsstörungen im Säuglings- und Kleinkindesalter

Tabelle 2 zeigt eine chronologische Zusammenstellung von Studien, die die Prävalenz von PTBS im Säuglings- und Kleinkindesalter untersuchten. Mit einer Ausnahme stammen die Untersuchungen aus dem angelsächsischen Raum.

Die bisher einzige verfügbare epidemiologische Studie fand bei 2- bis 5-jährigen Kindern gemäß den Diagnosekriterien nach DSM-III und -IV eine Prävalenzrate von 0,1 % (Lavigne et al., 1996). Eine retrospektive Untersuchung an einer amerikanischen psychiatrischen Klinik für Kleinkinder ergab, dass PTBS bei Kindern zwischen 0 und 58 Monaten mit einer Auftretenshäufigkeit von 20 % bzw. 21 % zu den häufigsten Störungsbildern in dieser Altersgruppe gehört (Frankel, Boyum, Harmon, 2004). Andere Studien befassten sich mit Säuglingen und Kleinkindern aus Risikopopulationen, z. B. nach Brandverletzungen (Stoddard et al., 2006a), technischen Katastrophen (Ohmi et al., 2002), gewalttätigen Ereignissen wie Krieg (Almqvist u. Brandell-Forsberg, 1997) oder häuslicher Gewalt (Levendosky et al., 2002) sowie nach gemischten traumatischen Ereignissen (Scheeringa et al., 1995, 2001, 2003, 2005). Die Untersuchungen zeigen, dass bis zu einem Drittel der traumatisierten Kinder die Bedingungen für eine PTBS-Diagnose gemäss den in Tabelle 1 ersichtlichen Kriterien erfüllte. Eine weitere Studie untersuchte langfristige Stressreaktionen nach Brandverletzungen unter Anwendung der deutschsprachigen Version des PTSDSSI sowie den Alternativkriterien und fand bei 15,6 % das Vollbild einer PTBS (Graf, Schiestl, Landolt, 2007). Die bisher einzige verfügbare Längsschnittstudie weist nach, dass die PTBS-Prävalenzrate gemäss Alternativkriterien auch zwei Jahre nach unterschiedlichen traumatischen Ereignissen noch bemerkenswert hoch ist und im Gegensatz zu älteren Kindern nicht abnimmt (Scheeringa et al., 2005).

Tabelle 2: Zusammenstellung von PTBS-Prävalenz-Studien im Säuglings- und Kleinkindesalter

Autoren Jahr	Alter	N	Design	Art des Traumas	Dauer seit Trauma	Diagnoseinstrument	Prävalenzrate	
Almqvist u. Brandell-Forsberg, 1997	(1) 4-8 J.	50	Prospektiv	Krieg und politische Verfolgung der Eltern	(1) ca. 1J. (2) 3 ½ J.	DSM-III Sandspiel Beobachtung	Nur DSM-III (1) 2% (2) 10%	Alle Methoden (1) 21%: (2) 21%
	(2) 6-10 J.							
Frankel et al., 2004	0-58 Mt.	177	Retrospektiv	Gemischt		DSM-IV DC 0-3	DSM-IV 20%	DC 0-3 21%
Graf et al., 2007	19-48 Mt.	45	Retrospektiv	Brandverletzungen	6 Mt. – 48 Mt.	PTSDSSI ¹	AK ² : 15.6%	
Lavigne et al., 1996	2-5 J.	3860	Retrospektiv Epidemiologisch	Gemischt		CBCL ³ C-GAS ⁴	DSM-III / IV: 0.1%	
Levendosky et al., 2002	3-5 J.	62	Retrospektiv	Häusliche Gewalt gegen die Mutter	0 Mt.	PTSD-PAC ⁵ CBCL ⁶	PTSD-PAC 3%	CBCL 24%
Ohmi et al., 2002	32-73 Mt.	32	Prospektiv	Gasexplosion	(1) 10 T. (2) 6 Mt., (3) 1 J.	PTSDSSI	DSM-IV (2) 0%	AK (2) 25%
Scheeringa et al., 1995	18-48 Mt.	12	Retrospektiv	Gemischt	0-20 Mt.	PTSDSSI	DSM-IV 13%	AK 69%
Scheeringa et al., 2001	13-47 Mt.	15	Retrospektiv Kontrollgruppe	Gemischt	0-22 Mt.	PTSDSSI	DSM-IV 20%	AK 60%
Scheeringa et al., 2003	20 Mt. - 6 J.	62	Retrospektiv Kontrollgruppe	Verkehrsunfälle Häusliche Gewalt Med. Prozeduren	> 2 Mt.	PTSDSSI	DSM-IV 0%	AK 26%
Scheeringa et al., 2005	20 Mt. - 6 J.	62	Prospektiv	Verkehrsunfälle Häusliche Gewalt Med. Prozeduren	(1) >2 Mt. (2) 1 J. (3) 2 J.	PTSDSSI	DSM-IV (1) 0% (2) 2.1% (3) 11.4%	AK (1) 25.8% (2) 23.4% (3) 22.9%
Stoddard et al., 2006	12-48 Mt.	52	Prospektiv	Brandverletzungen	1 Mt.	PTSDSSI	AK: 29%	

¹PTSDSSI: Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview and Observational Record for Infants and Young Children (Scheeringa u. Zeanah, 2005); ²AK: PTBS-Alternativkriterien für das Säuglings- und Kleinkindesalter; ³CBCL: Child Behavior Checklist (Achenbach, 1992); ⁴C-GAS: Children's Global Assessment Scale (Shaffer et al., 1983); ⁵PTSD-PAC: PTSD Symptoms in Preschool Children (Levendosky et al., 2002); ⁶CBCL: PTSD-Skala des CBCL (Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas, Wolfe, 1991).

Weitere Studien untersuchten die Anzahl posttraumatischer Belastungssymptome, machen jedoch keine detaillierten Angaben zur Störungsprävalenz. Für Kleinkinder, die Zeugen häuslicher Gewalt waren, zeigt sich ein Zusammenhang zwischen den kindlichen PTBS-Symptomen und dem Schweregrad der traumatischen Erfahrung sowie den mütterlichen PTBS-Symptomen (Bogat, DeJonghe, Levendosky, Davidson, von Eye, 2006). Ebenso besteht bei brandverletzten Kleinkindern ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des Traumas und der nachfolgenden posttraumatischen Belastungssymptomatik sowie den physiologischen Stressindikatoren (Drake et al., 2006). Brandverletzte Kleinkinder mit höheren Raten an akuten Belastungssymptomen kurz nach dem Unfall zeigen einen Monat später eine signifikante Reduktionen des sozialen Lächelns und der Vokalisation (Stoddard et al., 2006b).

4 Psychotherapeutische Interventionen bei traumatisierten Säuglingen und Kleinkindern

4.1 Standardisierte Therapieverfahren

In jüngster Zeit sind erste Versuche gemacht worden, standardisierte Therapieverfahren für den Einsatz im Säuglings- und Kleinkindesalter anzupassen und deren Wirksamkeit in dieser Altersspanne zu überprüfen. Dazu gehören vor allem Verfahren für den Einsatz bei spezifischen traumatisierten Gruppen (Cohen u. Mannarino, 1993; Deblinger u. Heflin, 1996; Lieberman u. Van Horn, 2005; Van Horn u. Lieberman, 2004). Daneben werden vielversprechende Bemühungen unternommen, den Einsatz kognitiv-behavioraler Behandlungsansätze bei traumatisierten Säuglingen und Kleinkindern unabhängig von der Art der traumatischen Erlebnisse zu überprüfen (Scheeringa, Amaya-Jackson, Cohen, 2006; Scheeringa et al., 2007).

4.1.1 Eltern-Kind-Psychotherapie für Kleinkinder

Die Eltern-Kind-Psychotherapie (Lieberman u. Van Horn, 2005; Van Horn u. Lieberman, 2004) wurde für Säuglinge und Kleinkinder entwickelt, die Zeugen häuslicher Gewalt wurden und kann ab Geburt bis zum 5. Lebensjahr eingesetzt werden. Die grundlegende Annahme besteht darin, dass emotionale und Verhaltensprobleme im Säuglings- und Kleinkindesalter im Kontext der Beziehung mit der primären Bezugsperson anzugehen sind. Als spezifische Strategien kommen neben einer entwicklungsbezogenen Beratung, verhaltens- und spieltherapeutische Mittel zum Einsatz. Als traumaspezifische Ziele der Eltern-Kind-Psychotherapie gelten z. B. die Förderung von adäquater Bewertung von Gefahr und Reaktionen auf Bedrohung, die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Emotionsregulation, die Wiederherstellung von Vertrauen in körperliche Empfindungen, die Wiederherstel-

lung von Gegenseitigkeit in engen Beziehungen etc. Die Wirksamkeit der Eltern-Kind-Psychotherapie wurde in zwei kontrollierten Therapiestudien nachgewiesen. Sie zeigte sich in signifikant weniger posttraumatischen Belastungssymptomen, weniger Verhaltensproblemen bei den Kindern sowie weniger posttraumatischen Belastungssymptomen, reduziertem psychischem Stress und einer verbesserten Erziehungskompetenz bei den Müttern (Lieberman, Van Horn, Ghosh Ippen, 2005). Eine Nachfolgestudie bestätigt die Überlegenheit der Eltern-Kind-Therapie gegenüber einer gemeindeüblichen Primärversorgung auch sechs Monate nach Abschluss der Behandlung (Lieberman, Ghosh Ippen, Van Horn, 2006).

4.1.2 Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie (TF-KBT)

Die TF-KBT (Cohen u. Mannarino, 1993; Deblinger u. Heflin, 1996) wurde für die Behandlung sexuell misshandelter Kinder im Vorschulalter entwickelt und kann ab drei Jahren eingesetzt werden. Voraussetzung ist, dass die Misshandlung nicht von der primären Bezugsperson ausging. Das Verfahren besteht aus 12 individuellen und gemeinsamen Sitzungen für Kinder und Eltern. In der Kinder-Psychotherapie dient das Spiel als Kommunikationsmedium, eine Strukturierung erfolgt mittels therapeutischer Anregungen, Inputs und Reaktionen. Spezifische Interventionen sind die Identifikation von sicheren und unsicheren Situationen, dazugehörige Problemlösestrategien, Identifikation von angemessenen und unangemessenen Berührungen, Attributionen bezüglich der Misshandlung, Aufgreifen ambivalenter Gefühle gegenüber dem Täter etc. Entsprechende spezifische Interventionen bestehen auch für die Eltern-Psychotherapie. Ein Vergleich von 3- bis 6-jährigen Kleinkindern, die mit TF-KBT behandelt wurden, zeigte gegenüber einer Gruppe, die unterstützende nondirektive Therapie erhielt, hoch signifikante Verbesserungen der PTBS-Symptomatik (Cohen u. Mannarino, 1996). Diese konnten auch ein Jahr nach Therapieabschluss noch beobachtet werden (Cohen u. Mannarino, 1997). Die Wirksamkeit der TF-KBT bei sexuell misshandelten Kindern bestätigt eine weitere kontrollierte Therapiestudie (Deblinger, Stauffer, Steer, 2001), die allerdings 2- bis 8-jährige Kinder, also nicht nur Kleinkinder, umfasste.

4.1.3 Kognitiv-behaviorale Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen

Dieses Therapieverfahren wurde von der Forschungsgruppe um Michael Scheeringa spezifisch für die Behandlung von PTBS bei Säuglingen und Kleinkindern entwickelt und kann ab drei Jahren eingesetzt werden (Scheeringa et al., 2006). Das Verfahren beruht auf dem TF-KBT (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2006) sowie auf dem Ansatz des traumafokussierten Copings für ältere Kinder (March, Amaya-Jackson, Murray, Schulte, 1998). Die Behandlung wird auf 12 Sitzungen aufgeteilt, deren Gestaltung in einem Manual beschrieben wird. Die Sitzungen finden gemeinsam mit dem Kind und einem oder beiden Elternteilen statt. Die ersten vier Sitzungen dienen neben der Psychoedukation einer angeleitete Identifikation und Bewertung von eigenen Gefühlen

sowie der Einübung von Entspannungsübungen. In Sitzung 5 erfolgt die Erarbeitung eines Traumanarrativs – sowohl durch die Kinder als auch durch ihre Bezugspersonen. In den Sitzungen 6-10 finden graduelle Expositionen statt, welche in vivo als Hausaufgaben weitergeführt werden sollen. Sitzung 11 sieht die Rückfallprävention vor, Sitzung 12 den Therapieabschluss. Erste Untersuchungen zur Hinweise auf die Wirksamkeit dieses Behandlungsansatzes finden sich in Einzelfallbeschreibungen zweier traumatisierter Kleinkinder (Scheeringa et al., 2007). Dabei zeigte sich, dass bereits Kleinkinder in ausreichendem Maße zu Reflexion und Kooperation fähig sind. Es gelingt ihnen, sich auf strukturierte traumabezogene Expositionsübungen einzulassen und Entspannungsübungen erfolgreich einzusetzen.

4.1.4 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Als weitere Methode der Traumatherapie bietet EMDR explizit die Möglichkeit, traumatisierte Säuglinge und Kleinkinder ab dem ersten Lebensjahr zu behandeln. Das Altersmodifizierte Standardprotokoll (ASP) für Kinder bis 12 Jahre bildet die strukturelle Grundlage für die Durchführung der Behandlung. Bei Säuglingen und Kleinkindern werden spezifische Protokollaspekte ausgelassen und unter modifiziertem Setting durchgeführt, wobei jedoch kein spezifisches Behandlungsprotokoll besteht. In Hensel (2007) finden sich entwicklungspsychologische Überlegungen, technische Hinweise zur altersspezifischen Durchführung in den Gruppen 0-1 Jahr, 2-3 Jahre, 4-5 Jahre, 6-8 Jahre sowie die Darstellung von Fallberichten. Die Wirksamkeit der EMDR-Behandlung bei Kindern unter 6 Jahren wurde bisher noch nicht systematisch überprüft.

4.2 Weitere Therapieverfahren

Neben den standardisierten Therapieverfahren kommen in der Therapie traumatisierter Säuglinge und Kleinkinder auch traditionelle Spieltherapien zum Einsatz. Während in den ersten Lebensmonaten die Beobachtung und Überwachung des kindlichen Umgangs mit Stimulation, die Identifikation von Übererregung hervorruhenden Reizen sowie die Entwicklung von beruhigenden Strategien im Vordergrund der Behandlung stehen, ist der Einsatz von spieltherapeutischen Ansätzen ab Ende des ersten Lebensjahres angezeigt. Traumazentrierte spieltherapeutische Ansätze sind in ihrer Praxis jedoch nicht einheitlich manualisiert. Gemeinsam ist ihnen, dass das Spiel als primäres Medium der Behandlung angesehen wird. Durch das Spiel erhält das Kind die Möglichkeit, die oft fragmentierten emotionalen und sensorischen Erinnerungen in bedeutungsvollere Narrative zu organisieren. Gleichzeitig bergen spieltherapeutische Ansätze auch die Möglichkeit zur systematischen Desensibilisierung (Gaensbauer u. Siegel, 1995; Weinberg u. Hensel, 2007). Eine detaillierte Beschreibung von therapeutischen Leitlinien für die Gestaltung einer traumazentrierten Spieltherapie bei Kindern bis 12 Jahren findet sich in Weinberg und

Hensel (2007). Empfehlungen zum Einsatz von Spieltherapien spezifisch bei Säuglingen und Kleinkindern liegen beispielsweise für die Behandlung unfallbedingter Psychotraumata vor (Gaensbauer u. Siegel, 1995).

5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die heute vorliegenden Befunde zu PTBS im Säuglings- und Kleinkindesalter zeigen deutlich, dass bereits sehr junge Kinder in spezifischer Art und Weise auf traumatische Ereignisse reagieren. Je nach Studie leiden bis zu 30 % der Säuglinge und Kleinkinder auch Monate bis Jahre nach dem traumatischen Ereignis an PTBS. Dabei finden sich dieselben drei Symptomgruppen wie bei älteren Kindern, nämlich Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und Übererregung. Der Validitätsnachweis der herkömmlichen Diagnosekriterien nach DSM-IV bleibt jedoch durch die altersspezifische Ausprägung dieser Symptome und durch eingeschränkte kognitive und sprachliche Fertigkeiten in dieser Altersgruppe aus. Mit der Entwicklung von alternativen Diagnoseleitlinien für das Säuglings- und Kleinkindesalter und deren Abbildung im PTSDSSI wurde eine Möglichkeiten zur systematischen Erfassung von PTBS in dieser Altersspanne geschaffen. Die verbesserte Sensitivität für die Entwicklungsphase des Säuglings- und Kleinkindesalter geht insbesondere auf alternative Formulierungen, Weglassen oder Hinzufügen von Symptombeschreibungen, den Verzicht auf die unmittelbare beobachtbare Reaktion auf ein traumatisches Ereignis sowie die Reduktion der erforderlichen Vermeidungssymptome zurück. Im Zentrum stand das Bestreben, Symptome durch Verhaltensbeobachtung und nicht durch sprachliche Mitteilung von Gedanken und Gefühlen erfassbar zu machen. Durch die Übersetzung der englischsprachigen Version liegt nun erstmals auch für den deutschsprachigen Raum ein handhabbares Diagnoseinstrument vor. Zusätzlich ist das PTSDSSI sowohl im englisch- wie im deutschsprachigen Raum das bis heute einzige diagnostische Verfahren, welches bereits im Säuglingsalter bzw. bei Kindern, die jünger als zwei Jahre sind, eingesetzt werden kann.

Für die Praxis kann insgesamt festgehalten werden, dass das PTSDSSI in Zukunft vermehrt Eingang in die Diagnostik bei Säuglingen und Kleinkindern nach traumatischen Erlebnissen finden sollte. Die frühzeitige Erfassung posttraumatischer Reaktionen ist von großer Relevanz, da unbehandelte PTBS die gesamte weitere Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern beeinflussen können. Zudem liegen erste Hinweise vor, dass PTBS im Säuglings- und Kleinkindesalter zu einer deutlich höheren Persistenz neigen als dies bei älteren Kindern und Jugendlichen (Breslau, 2001) zu beobachten ist. Eingeschränkt ist die Anwendung des PTSDSSI jedoch, wenn es um die Erfassung von Reaktionen nach komplexen bzw. multiplen, wiederholten Traumatisierungen geht. In der Literatur gibt es jedoch Versuche, durch das Konzept der Entwicklungstraumastörung eine neue Diagnose zur adäquaten Erfassung von psychischen Reaktionen nach komplexen Traumatisierungen zu schaffen (Van der Kolk,

2005). Die entsprechenden Diagnosekriterien wurden in der Zwischenzeit auch in deutscher Sprache von (Landolt u. Hensel, 2007) veröffentlicht.

In der Forschung lässt sich im Säuglings- und Kleinkindesalter nach wie vor ein ausgeprägtes Defizit an methodisch fundierten Studien feststellen. Wichtig erscheinen in Zukunft insbesondere Studien, in welchen unter Anwendung des PTSDSSI verschiedene Gruppen traumatisierter Säuglinge und Kleinkinder näher untersucht werden. Von ebensolcher Relevanz sind prospektive Studien zum Verlauf von PTBS und deren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Auch das Zusammenspiel der verschiedenartigen Prädiktoren ist im Säuglings- und Kleinkindesalter noch weitgehend unerforscht und könnte interessante Unterschiede zu älteren Kindern und insbesondere zum Erwachsenenalter zeigen. Schließlich besteht ein großer Nachholbedarf in der Entwicklung und Überprüfung von spezifischen Interventionen zur Behandlung von PTBS im Säuglings- und Kleinkindesalter.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist 2-3 and 1992 profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the Aseba preschool forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Almqvist, K., Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse and Neglect*, 21, 351-366.
- Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30, 109-125.
- Breslau, N. (2001). Outcome of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 55-59.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R., Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1001-1014.
- Briere, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. (1993). A treatment model for sexually abused preschoolers. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 115-131.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1228-1235.
- Cohen, D. J., Mannarino, A. P., Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.

- Deblinger, E., Heflin, A. H. (1996). Treating sexually abused children and their nonoffending parents. A cognitive behavioral approach. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Deblinger, E., Stauffer, L., Steer, R. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6, 332-343.
- Dehon, C., Scheeringa, M. S. (2006). Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the child behavior checklist. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 431-435.
- Drake, J. E., Stoddard, F. J., Murphy, J. M., Ronfeldt, H., Snidman, N., Kagan, J., Saxe, G., Sheridan, R. (2006). Trauma severity influences acute stress in young burned children. *Journal of Burn Care & Research*, 27, 174-182.
- Drell, M. J., Siegel, C. H., Gaensbauer, T.J. (1993). Post-traumatic stress disorder. In C. H. Zeanah (Hrsg.), *Handbook of infant mental health* (S. 291-304). New York: Guilford.
- Egger, H., Ascher, B., Angold, A. (2002). *Preschool age psychiatric assessment*. Durham NC: Duke University Medical Center.
- Egger, H., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B., Angold, A. (2006). Test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment (PAPA). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 538-549.
- Frankel, K. A., Boyum, L. A., Harmon, R. J. (2004). Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: Comparison of two diagnostic systems. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 578-587.
- Gaensbauer, T. J., Siegel, C. H. (1995). Therapeutic approaches to posttraumatic stress disorder in infants and toddlers. *Infants Mental Health Journal*, 16, 292-305.
- Graf, A., Schiestl, C. M., Landolt, M. A. (2007). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern mit Brandverletzungen. Präsentation an der Jahresversammlung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie. Hamburg, 10.-13. Mai 2007.
- Hensel, T. (2007). *EMDR mit Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Irblich, D. (2006). Posttraumatische Belastungsstörung – Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder. *PTSDSSI-D*.
- Irblich, D., Renner, G. (2007). Testbesprechung IBS-KJ. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 39, 159-163.
- Landolt, M. A. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M. A., Hensel, Th. (2007). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- 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 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204-214.
- Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Semel, M. A., Shapiro, D. L. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 150-164.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P. (2005). "Don't hit my mommy!" A manual for child parent psychotherapy for young witnesses of family violence. Zero to Three Press, 2004.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1241-1248.

- Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C., Van Horn, P. (2006). Child-parent-psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 913-918.
- March, J. S., Amaya-Jackson, L., Murray, M.C., Schulte, A. (1998). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 585-593.
- Ohmi, H., Sayoko, K., Awai, Y., Kamata, S., Sasaki, K., Tanaka, Y., Mochizuki, Y., Hirooka, K. & Hata, A. (2002). Post-traumatic stress disorder in pre-school aged children after a gas explosion. *European Journal of Pediatrics*, 161, 643-648.
- Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (2000). Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. *Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Göttingen: Hogrefe.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.
- 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., Zeanah, C. H., Myers, L., Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570.
- Scheeringa, M. S. (2004). Posttraumatic stress disorder. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York: Oxford University Press.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., Putnam, F. (2004). Heart period and variability findings in preschool children with posttraumatic stress symptoms. *Biological Psychiatry*, 55, 685-691.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H. (2005). PTSD Semi-Structured Interview and Observational Record for Infants and Young Children. Tulane University Health Sciences Center, New Orleans.
- 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 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 899-906.
- Scheeringa, M. S. (2006). Posttraumatic stress disorder. Clinical guidelines and research findings. In J. L. Luby (Hrsg.), *Handbook of preschool mental health*. New York: The Guilford Press.
- Scheeringa, M. S., Amaya-Jackson, L., Cohen, J. (2006). *Preschool PTSD treatment manual*. Tulane University Health Sciences Center, New Orleans.
- 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., Salloum, A., Arnberger, R. A., Weems, C. F., Amaya-Jackson, L., Cohen, J. A. (2007). Feasibility and effectiveness of cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in preschool children: Two case reports. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 631-636.
- Shaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.

- Stoddard, F. J., Saxe, G., Ronfeldt, H., Drake, J. E., Burns, J., Edgren, C., Sheridan, R. (2006a). Acute stress symptoms in young children with burns. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 87-93.
- Stoddard, F. J., Ronfeldt, H., Kagan, J., Drake, J. E., Snidman, N., Murphy, J. M., Saxe, G., Burns, J., Sheridan, R.L. (2006b). Young burned children: The course of acute stress and physiological and behavioral responses. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1084-1090.
- Stover, C. S., Berkowitz, S. (2005). Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: a critical review of measures. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 707-717.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- Van Horn, P., Lieberman, A. F. (2004). Early intervention with infants, toddlers, and preschoolers. In B. T. Litz (Hrsg.), *Early intervention for trauma and traumatic loss* (S. 112-130). New York: Guilford Press.
- Weinberg, D., Hensel, T. (2007). Traumazentrierte Spieltherapie. In M.A. Landolt, T. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L., Wolfe, D. A. (1991). The children's impact of traumatic events scale: A measure of post-sexual-abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13, 359-383.

Korrespondenzanschrift: PD Dr. phil. M.A Landolt, Universitäts-Kinderkliniken Zürich, Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie, Steinwiesstrasse 75, CH-8032 Zürich; E-Mail: markus.landolt@kispi.uzh.ch