

Herbst, Gesa / Jaeger, Ulrich / Leichsenring, Falk und Streeck-Fischer, Annette

Folgen von Gewalterfahrungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58 (2009) 8, S. 610-634

urn:nbn:de:bsz-psydok-49229

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/

ORIGINALARBEITEN

Folgen von Gewalterfahrungen

Gesa Herbst, Ulrich Jaeger, Falk Leichsenring und Annette Streeck-Fischer

Summary

Effects of Traumatic Stress

The diagnosis PTSD does not adequately describe the impact of exposure to childhood trauma of the developing child. The objective of the study was to examine the prevalence of different interpersonal trauma types and to describe the long-term effects of maltreatment and neglect in a clinical sample of 34 adolescents. The majority (62 %) of the sample was exposed to two different types of trauma during childhood. Emotional abuse and emotional neglect have been the most common trauma types (59 %; 53 %). 71 % of the traumatized adolescents did not meet the criteria for PTSD. The most common diagnosis in the sample was Borderline Personality Disorder. All average scores at SCL-90-Symptom-Scale were clinical significant. Half of the sample reported suicide attempts and self destructive behavior. One third reported substance abuse and aggressive behavior against others respectively. None of the traumatized adolescents had a positive Self-concept. Altogether the results show that abused children and adolescents have a range of psychological sequelae that are not captured in the PTSD diagnostic criteria. Therefore the results support the necessity for a new and more precise diagnosis for chronically traumatized children and adolescents.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 58/2009, 610-634

Keywords

interpersonal trauma – long-term effects of traumatic stress – PTSD – Developmental Trauma Disorder (DTD) – Developmental Psychopathology

Zusammenfassung

Die langfristigen Folgen interpersoneller Traumatisierungen in der Entwicklung lassen sich durch die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nur unzureichend abbilden. In der vorliegenden Untersuchung wurden 34 traumatisierte Jugendliche, die im Rahmen einer stationären Therapie behandelt wurden, mittels verschiedener Instrumente im Hinblick auf erlebte interpersonelle Traumatisierungen und auf ausgewählte Aspekte potentieller Traumafolgen befragt. Die Mehrheit der Befragten (62 %) gab an, zwei verschiedene

traumatische Belastungen in ihrer Kindheit erfahren zu haben. Emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung wurden als häufigste Missbrauchsformen genannt (59 %; 53 %). Die Mehrheit der untersuchten Patienten (71 %) erfüllte die diagnostischen Kriterien für eine PTBS nicht. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus war dagegen die am häufigsten vergebene Diagnose. Die aktuelle Symptombelastung der untersuchten Patientengruppe lag bezüglich aller Skalen der SCL-90-R über dem klinisch bedeutsamen Grenzwert von 60. Die Hälfte der Jugendlichen wies Suizidversuche und Selbstverletzungen in der Vorgeschichte auf. Jeweils ein Drittel berichtete, vor Beginn der stationären Therapie Drogenmissbrauch oder Gewalt gegen andere Personen ausgeübt zu haben. Auf den Frankfurter Selbstkonzeptskalen erreichten die untersuchten Patienten auf keiner der Skalen einen Wert, der für ein positives Selbstkonzept spricht. Die Ergebnisse der Untersuchung sprechen insgesamt dafür, dass interpersonelle Traumatisierungen in der Entwicklung sich nicht in der PTBS abbilden. Sie unterstützen kritische Stimmen, die auf das Fehlen einer exakten und umfassenden diagnostischen Kategorie hinweisen, die die Folgen komplexer und interpersoneller Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen angemessen abbildet.

Schlagwörter

Interpersonelle Traumatisierungen – Traumafolgen – Posttraumatische Belastungsstörung – Developmental Trauma Disorder – Entwicklungspsychopathologie

1 Theoretischer Hintergrund

Das Thema der kurz- und langfristigen Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern hat in der Öffentlichkeit und Wissenschaft lange wenig Beachtung gefunden. Erst mit der Anerkennung der Kindheit als vulnerabler Lebensabschnitt, der eines speziellen Schutzes bedarf (Ariès, 1975), entwickelte sich Ende des 20. Jahrhunderts in den westlichen Industrieländern eine verstärkte Sensibilisierung auch für diese Formen der Traumatisierung. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts erschienen zwar vereinzelte Publikationen zum Thema Kindesmisshandlung, im Zentrum des wissenschaftlichen Interesses stand aber die systematische Erforschung der Auswirkungen kriegsbedingter Ereignisse auf die Betroffenen, wie der Erste und Zweite Weltkrieg, die Erfahrungen Überlebender des Holocaust und des Vietnamkriegs. Eine Ausnahme stellen in diesem Kontext die Arbeiten Anna Freuds (1936) und ihrer Mitarbeiterinnen sowie Bowlbys (1969) dar, die als wichtige Ansätze zu einer Theorie der Traumawirkung bei Kindern gelten. Auch Terr (1979) beschäftigte sich vergleichsweise früh mit den Auswirkungen traumatischer Erlebnisse auf Kinder und traf in diesem Zusammenhang die Unterscheidung zwischen Typ-I-Traumata (akute einmalige Traumatisierung) und Typ-II-Traumata (chronische Traumatisierung). Damit lenkte sie die Aufmerksamkeit auf einen bis dahin weitgehend vernachlässigten Forschungsbereich: darauf, dass chronische, multiple und langanhaltende traumatische Erfahrungen in der Kindheit, die häufig interpersoneller Natur sind, Folgen nach sich ziehen können, die in

ihrer Komplexität mit den sogenannten Typ-I-Traumata nicht vergleichbar sind. Obwohl die von Terr etablierten Termini von der wissenschaftlichen Welt aufgegriffen und weiterentwickelt wurden, gibt es in den gängigen Klassifikationssystemen psychischer Störungen wie der ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt, 2000) oder dem DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig, 2001) bis heute keine diagnostische Kategorie, die die Folgen komplexer Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen, unter Berücksichtigung des Entwicklungsaspekts, angemessen abbildet. Vielmehr scheint es vielfach noch gängige Praxis zu sein, Traumatisierungen nur im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als ätiologisch relevant gelten zu lassen. Eine Praxis, die den mittlerweile bekannten tiefgreifenden Folgen, die frühe Traumata auf die weitere neurobiologische, psychische, kognitive und soziale Entwicklung haben können, und dem daraus resultierenden Leiden der Betroffenen nicht gerecht wird. Obwohl die Fortschritte in der Erforschung traumatischer Belastungen sowohl im Kindes- wie auch Erwachsenenalter in den vergangenen Jahrzehnten eine Beschleunigung erfahren haben, scheint dies für die Adoleszenz nicht im gleichen Maße zuzutreffen. Sie wird denn auch, bezugnehmend auf Anna Freud, von Streeck-Fischer (2006) als das „Stiefkind“ der Psychoanalyse, Psychiatrie und Forschung bezeichnet. Im Hinblick auf Jugendliche, die interpersoneller familiärer Gewalt ausgesetzt sind oder waren, ist diese Vernachlässigung von fachlicher Seite insofern bedeutsam, als viele der Verhaltensweisen traumatisierter Jugendlicher unter Umständen primär als störend oder maladaptiv wahrgenommen werden, anstatt sie als Reaktionen auf traumatische Erfahrungen zu erkennen und zu behandeln. Des Weiteren ist das Jugendalter eine Zeit, in der aufgrund der adoleszenztypischen Ablösungsschritte, Destabilisierungen und an die Jugendlichen gerichteten Anforderungen und Entwicklungsaufgaben das Ausmaß der Folgen bzw. Störungen oft erstmals sichtbar wird. Die Adoleszenz ist auch eine Zeit der Weichenstellung, in der sich entscheidet, ob die ehemals Traumatisierten frühe Erfahrungen verarbeiten und integrieren lernen oder ob sie auf das Trauma fixiert bleiben und eine „traumatische und traumatisierende Existenz“ (van der Kolk u. McFarlane, 2000) führen, die nicht selten mit einem Ausstieg aus der Gesellschaft (Streeck-Fischer, 2006) verbunden ist. Vor dem Hintergrund des bisher Gesagten erscheint es zum einen notwendig, den Langzeitfolgen traumatischer Erfahrungen auch über die PTBS hinaus Beachtung zu schenken, zum anderen sollte der Adoleszenz, als Zeit einer potenziellen „zweiten Chance“ (Eissler, 1958, zit. nach Wirth, 1996), eine größere Aufmerksamkeit zuteil werden.

2 Kritik an den Diagnoseschlüsseln der gängigen Klassifikationssysteme

Ein wesentliches Problem der derzeitigen PTBS-Kriterien, so wie sie in den genannten diagnostischen Klassifikationssystemen festgelegt sind, ist ihre mangelnde Entwicklungssensitivität. Da sie auf der Basis der Symptomatik Erwachsener entwickelt wurden, bilden sie den Effekt traumatischer Erfahrungen auf ein sich in der Entwicklung befindliches Individuum vermutlich nicht angemessen ab. So ist

zum Beispiel fraglich, ob DSM-IV-Kriterien wie „die Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte der Traumatisierung zu erinnern“ (C3) oder „das Gefühl einer verkürzten Zukunft“ (C7) sinnvoll auf Kinder und jüngere Jugendliche angewendet werden können (Scheeringa, Zeanah, Drell, Larrieu, 1995). Was die hier behandelten interpersonellen Traumata betrifft, so ist weiterhin relevant, dass die Symptomatik, inklusive der tiefgreifenden Persönlichkeitsveränderungen nach langanhaltendem interpersonellen Trauma, häufig wesentlich komplexer und vielgestaltiger ist, als es die bestehende Definition der PTBS zu umfassen vermag (Herman, 2003; van der Kolk, 1998; Steil u. Straube, 2002; Pynoos, Steinberg, Wraith, 1995). So legen Ergebnisse einer von van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday und Spinazzola (2005) durchgeführten Studie nahe, dass Traumata, die in den ersten zehn Lebensjahren erfahren werden, nachhaltigere und komplexere Auswirkungen nach sich ziehen, als solche, die zu einem späteren Entwicklungszeitpunkt erfahren werden. Die Autoren fanden, dass das aktuelle Störungsbild von dem einer Posttraumatischen Belastungsstörung um so stärker abweicht, je jünger ein Kind bzw. Jugendlicher zum Zeitpunkt der Ersttraumatisierung war. Umgekehrt näherte es sich um so mehr an eine PTBS an, je älter das Kind zum Zeitpunkt der Ersttraumatisierung gewesen war. Ähnliches wurde auch für das Vorliegen einmaliger traumatischer Erfahrungen beschrieben, deren Symptomatik in der Regel durch die alleinige Diagnose einer PTBS hinreichend abgebildet werden kann.

Viele Autoren (Herman, 2003; Kühler u. Stachetzki, 2005; Steil u. Straube, 2002) bemängeln auch die thematische Einschränkung hinsichtlich der möglichen belastenden Ereignisse, die sowohl nach ICD-10 als auch DSM-IV zu einer PTBS führen können. Dies sind beispielsweise Katastrophen (Naturereignisse), Kampfhandlungen, schwere Unfälle, Zeuge vom gewaltsamen Tod anderer zu sein, Folterungen, Terrorismus, Vergewaltigung und andere Verbrechen (Dilling et al., 2000). Das Eingangskriterium für ein psychisches Trauma ist also eng gefasst und beschreibt ein typisches Typ-I-Trauma (Terr, 1991). Frühe und fortgesetzte sexuelle Traumatisierungen sowie frühe körperliche Gewalterfahrungen, die von nahestehenden Personen ausgehen, finden keine Erwähnung. Allenfalls können diese biografisch frühen Traumata unter dem Begriff „andere Verbrechen“ vermutet werden. Weiterhin konzentriert sich die PTBS-Diagnose auf die unmittelbare Reaktion des Opfers; die Möglichkeit eines verzögerten Auftretens der posttraumatischen Reaktion im Sinne eines klinisch relevanten Symptombildes nach vielen Jahren oder auch Jahrzehnten wird dagegen nicht erwähnt, ist aber in seiner Relevanz empirisch belegt. So fanden Giaconia et al. (1995) in einer Studie an 18-Jährigen, dass die posttraumatische Störung im Mittel erstmals mit 16 Jahren auftrat, die traumatischen Ereignisse selbst aber bei 12 % der untersuchten Jugendlichen schon vor dem Alter von 10 Jahren erlebt wurden. In der ICD-10 wird man, treten die Symptome erst später auf, auf die Diagnose F62.0 verwiesen, die „Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach extremer Belastung“. Dieses Konzept ist bisher allerdings nur mangelhaft empirisch überprüft (Driessen et al., 2002).

3 Zusammenfassung des Forschungsstandes

Ergebnisse der Säuglings- und Bindungsforschung (z. B. Stern, 1985; Bowlby, 1995), der neurobiologischen (z. B. Perry u. Pollard, 1998), psychoanalytisch-orientierten (z. B. Fonagy, 2003) sowie Traumafolgenforschung belegen, dass chronische interpersonelle Traumatisierungen die Entwicklung des Kindes und dessen Fähigkeit beeinträchtigen, sensorische, emotionale und kognitive Informationen als ein zusammenhängendes Ganzes zu integrieren. Basale psychische Funktionen, wie etwa die Fähigkeit der Selbst- und Affektregulation, können nicht in ausreichendem Maße entwickelt werden. In Abwesenheit einer konsistenten Strategie mit deren Hilfe innere Erfahrungen reguliert werden können, greifen die Betroffenen zu alternativen Maßnahmen, die sich langfristig beispielsweise als chronische Vermeidung sozialer, emotionsgeladener Situationen, als dissoziatives Coping (z. B. chronische „Betäubung“ emotionaler Erfahrungen) und/oder in Verhaltensweisen wie Drogenmissbrauch oder Selbstverletzungen bemerkbar machen können (Cook et al., 2003). Die frühen negativen Interaktionserfahrungen prägen zudem das Selbst- und Weltbild des Kindes. Im Sinne interner Arbeitsmodelle (Bowlby, 1986) und in Verbindung mit neurobiologischen Sensibilisierungs- und Konditionierungsprozessen (Dodge u. Somberg, 1987) beeinflussen sie unter anderem die Art und Weise, wie Informationen wahrgenommen und interpretiert werden und – damit zusammenhängend – wie später Beziehungen gestaltet werden. Da das Trauma massiv in die Entwicklung des Kindes eingreift und in Verbindung mit persistierenden traumaspezifischen Antworten (Streeck-Fischer, 2006, 2008) die adäquate Bewältigung von Entwicklungsaufgaben erschwert oder verhindert wird, sind die Betroffenen zum einen dafür prädestiniert, fortgesetzt negative Erfahrungen zu machen und zum anderen auch für die Bewältigung der im Jugendalter anstehenden Aufgaben nicht gut gerüstet zu sein. Es ist daher davon auszugehen, dass in der Kindheit traumatisierte Jugendliche eine Vielfalt an Schwierigkeiten und Symptomen aufweisen, die als eine Kombination aus Traumareaktionen, Langzeitanpassungen und Entwicklungsstopps (Streeck-Fischer, 2006) angesehen werden können. Die resultierenden Beeinträchtigungen können sich in unterschiedlichen Funktionsbereichen auf der somatischen, emotionalen, kognitiven, behavioralen und/oder charakterologischen Ebene manifestieren und führen zu Problemen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Schule, Freunde, Familie) (Ziegenhain et al 2007). Damit lassen sich Traumaverarbeitungen und -folgen nicht auf ein „Kerndefizit“ beschränken. Allerdings wird dies dann übersehen, wenn traumatischen Kindheitserfahrungen nur im Rahmen der PTBS-Forschung Relevanz zugewiesen wird und eine Traumaätiologie behandlungstechnisch nur beim Vorliegen klassischer posttraumatischer Symptome Berücksichtigung findet. Vor diesem Hintergrund gibt es Bestrebungen, die Diagnose der Entwicklungstrauma-Störung (Developmental Trauma Disorder (DTD)) im DSM-V einzubringen (van der Kolk et al 2009), eine Diagnose, die der komplexen Problematik solcher Kinder und Jugendlicher gerecht würde. Hierzu wurden Daten von circa 20.000 komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen erfasst, die auf spezifische Symptomenkomplexe verweisen. Problematisch ist, dass dieses diagnostische Stö-

rungsbild bisher noch kaum beforscht, bzw. in seinen Komorbiditäten erfasst ist. Es stellt sich auch die Frage, ob es sinnvoll ist, die entwicklungsbedingte Heterotypie von Traumafolgen (Fegert, 2009), die sich in den ICD-10- und DSM-IV-Diagnosen derzeit abbildet, aufzugeben. Andererseits lässt sich auch in der vorliegenden Studie feststellen, dass trauma- und entwicklungsbedingte Folgestörungen nicht ausreichend erfasst und damit einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden. Ziel der vorliegenden Studie ist es, auf diese Problematik der in der Kindheit traumatisierten Jugendlichen hinzuweisen.

4 Fragestellungen

Die sich aus dem aktuellen Forschungsstand ableitenden Fragestellungen der vorliegenden Arbeit werden zur besseren Übersicht in drei Themenkomplexe gegliedert: 1) Formen der Traumatisierung, 2) Psychiatrische Diagnosen sowie 3) Langfristige Folgen traumatischer Erfahrungen.

4.1 Traumatisierung

Der erste Fragenkomplex zielt auf eine möglichst genaue Beschreibung der auftretenden Formen der Traumatisierung sowie eine Erfassung der Komplexität der Traumatisierung. Im Einzelnen sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Formen der Traumatisierung liegen vor und
- wie häufig finden sich komplexe Traumatisierungen im Gegensatz zu singulären Traumatisierungen.

Komplexe Traumatisierungen werden in Anlehnung an Cook, Blaustein, Spinazzola und van der Kolk (2003) definiert als traumatische Erfahrungen die in der frühen Kindheit erfahren werden und von Personen ausgehen die für das noch abhängige Kind eigentlich eine Quelle von Schutz und Geborgenheit darstellen sollten. Der Begriff umfasst sowohl sexuellen Missbrauch, körperliche Misshandlung als auch subtilere Formen der Misshandlung wie emotionalen Missbrauch und Vernachlässigung. Die Komplexität des Traumas ergibt sich dabei aus der Anzahl der genannten unterschiedlichen Traumaformen, die eine Person erfahren hat.

4.2 Psychiatrische Diagnosen

Dem zweiten Fragenkomplex liegt die Annahme zugrunde, dass Traumaverarbeitungen- und folgen sich nicht auf ein „Kerndefizit“ i. S. nosologischer Einheiten, wie sie derzeit in der ICD-10 definiert sind, beschränken lassen. Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

- Bei welchen psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 liegen Traumatisierungen in der Kindheit vor ?

- Wie gut kann das Störungsbild durch eine „PTBS“ abgebildet werden, das heißt, wie häufig wird diese Diagnose vergeben?
- Wie häufig müssen für eine umfassende Beschreibung des Störungsbildes weitere Diagnose herangezogen werden, d. h. wie hoch fällt die Komorbidität aus?

Komorbidität wird dabei definiert als das gleichzeitige Vorhandensein von mehr als einer psychiatrischen Störung nach ICD-10 bei einer Person zum gleichen Zeitpunkt (Burke et al. 1990).

4.3 Langfristige Folgen traumatischer Erfahrungen

Im Einzelnen sollen hier folgende Fragen beantwortet werden:

- In welchem Ausmaß unterscheidet sich die aktuelle Symptombelastung bei in der Kindheit traumatisierten Jugendlichen im Vergleich zu einer gesunden Referenzstichprobe?
- Gibt es Unterschiede in der Symptombelastung im Vergleich zu einer klinischen Referenzstichprobe?
- Weisen in der Kindheit traumatisierte Jugendliche selbst- und fremddestruktive Verhaltensweisen auf? Gibt es diesbezüglich Geschlechtsunterschiede?
- Wie lässt sich das Selbstkonzept in der Kindheit traumatisierter Jugendlicher beschreiben?

5 Datenbasis und Methodik

5.1 Die Stichprobe

Der Untersuchung liegen die Daten von Patienten zugrunde, die in der Abteilung für Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen des Asklepios Fachklinikums Tiefenbrunn nach dem dort implementierten integrativen psychoanalytisch orientierten Behandlungskonzept zwischen 2005 und 2007 stationär behandelt wurden. Voraussetzung für den Einschluss in die Untersuchung war eine positive Traumaanamnese, die anhand der individuellen Ergebnisse im Childhood Trauma Questionnaire -SF (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003; vgl. Erhebungsinstrumente) und zugehöriger Cut-Off-Werte bestimmt wurde. Es wurden insgesamt 50 Patienten befragt, bei denen aufgrund anamnestischer Daten eine differenzierte Traumanamnese sinnvoll erschien. Von diesen 50 Patienten unterschritten $n = 16$ den für eine positive Traumaanamnese relevanten Cut-Off-Wert. Es wurde zunächst in Erwägung gezogen diese $n = 16$ Patienten als nicht traumatisierte Kontrollgruppe zu verwenden. Eine genauere Überprüfung der Daten legte jedoch eine Verzerrung der Ergebnisse durch Geschlechtsbias nahe, sodass von einem Kontrollgruppendesign abgesehen und die $n = 16$ Patienten aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden. Die Stichprobe bestand

somit aus insgesamt $n = 34$ Patienten. Das mittlere Alter beträgt 17,68 Jahre ($SD = 1.34$) mit einer Spannweite von 15 bis 20 Jahren. Die Stichprobe besteht zu 70,6 % aus weiblichen Jugendlichen. Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn betrug 136,15 Tage ($SD = 77.04$).

5.2 Erhebungsinstrumente

Um das Vorliegen von interpersonellen Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter zu erfassen kam in der vorliegenden Untersuchung die Kurzversion des von Bernstein et al. (2003) entwickelten, und durch Gast, Rodewald, Benecke und Driessen (2001) ins Deutsche übersetzten, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF) zum Einsatz. Der CTQ-SF besteht aus 28 Items die jeweils mit der Formulierung „Als ich aufwuchs...“ beginnen und zu den fünf Skalen sexueller Missbrauch (SM), körperlichen Missbrauch (KM), emotionalen Missbrauch (EM), emotionale Vernachlässigung (EV) und körperliche Vernachlässigung (KV) zusammengefasst werden. Die Items lauten zum Beispiel: „Als ich aufwuchs, versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen“ (SM); „... wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel“ (KM); „... bezeichneten mich Personen meiner Familie als „dumm“, „faul“ oder „hässlich“ (EM); „... war meine Familie eine Quelle der Unterstützung“ (EV); „... gab es jemanden der mich zum Arzt brachte, wenn es sein musste“ (KV). Die Antwortmöglichkeiten werden als fünfstufige Likert-Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr häufig“ vorgegeben. In Anlehnung an das Vorgehen anderer Untersuchungen in denen der CTQ zur Anwendung kam (z. B. Bernert u. Stein, 1999; Davids et al., 2006), wurde in der vorliegenden Arbeit der mit dem Traumafragebogen ermittelte Schweregrad der kindlichen Traumatisierung als Entscheidungsgrundlage für bzw. gegen eine positive Traumanamnese herangezogen. Um für die nachfolgenden Fragestellungen die Wahrscheinlichkeit falsch-positiver Ergebnisse zu minimieren, wurde dabei eine recht enge Traumadefinition gewählt. Orientiert an der Schweregradeinteilung der amerikanischen Originalversion des CTQ (Bernstein u. Fink, 1998), wurde ein Patient demnach nur dann als traumatisiert eingestuft, wenn er *mindestens auf einer* der fünf CTQ-Subskalen einen Wert erreichte, der einer *mittleren oder schweren* Traumatisierung entspricht. Dieser Patient wurde in die Untersuchung eingeschlossen. Ein Patient, der auf *keiner* der fünf Subskalen einen Wert erreichte, der für eine *mittlere oder schwere* Traumatisierung spricht, wurde demnach ausgeschlossen. Die Ergebnisse auf den fünf Subskalen des CTQ dienten in der vorliegenden Untersuchung auch der Bestimmung der Komplexität der Traumatisierung. Diese wird definiert als die jeweilige Anzahl der unterschiedlichen Formen der Traumatisierung, die eine Person erfahren hat.

Zur Erfassung der aktuellen Symptombelastung wurde das international anerkannte Selbstbeurteilungsinstrument Symptomcheckliste 90-R (SCL-90-R; Franke, 1995) verwendet. Die 90 Items der SCL-90-R werden von den Patienten bei Aufnahme auf einer fünfstufigen Skala, die von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) reicht eingeschätzt, wobei sich der Beurteiler auf einen Zeitraum innerhalb der

letzten sieben Tage beziehen soll. Für die Auswertung werden die Rohwerte der Items zu neun spezifischen Symptomskalen sowie drei globalen Kennwerten aufsummiert. Letztere geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Durch T-Transformation werden die Daten interpretierbar ($M = 50$; $SD = 10$). T-Werte zwischen 60 und 70 bedeuten eine deutlich messbare psychische Belastung, bei T-Werten von 70 oder mehr wird von einer hohen bis sehr hohen psychischen Belastung ausgegangen. Die Erfassung des Selbstkonzepts erfolgte durch die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) von Deusinger (1986), die als Selbstbeurteilungsinstrument eine differenzierte Erfassung der Selbstkonzepte einer Person bezüglich unterschiedlicher bereichsspezifischer Dimensionen ermöglichen. Die zehn eindimensionalen Skalen der FSKN beziehen sich auf vier übergeordnete Bereiche des Selbstkonzepts; dies sind der Leistungsbereich, die allgemeine Selbstwertschätzung, Stimmung und Sensibilität sowie der psychosoziale Bereich. Aus der Summe der Einzelskalen kann ein FSKN-Gesamtwert gebildet werden. Weiterhin können die individuellen Summenscores der Subskalen mittels definierter Grenzwerte in Richtung eines „günstigen“ oder „positiven“ bzw. „ungünstigen“ oder „negativen“ Selbstkonzepts interpretiert werden.

5.3 Psychiatrische Diagnostik

Die psychiatrischen Diagnosen der Patienten wurden nach ICD-10 (Dilling et al. 2000) auf der Basis einer Anamnese sowie einer sogenannten Zweitsicht interkollegial gestellt. Die Zweitsicht ist eine Fallkonferenz, in der diagnostische Ergebnisse zusammengetragen und die Behandlungsorganisation festgelegt wird. Anhand der Basisdokumentation der Abteilung für Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (BADO-KJP; Englert, Jungmann, Lam, Wienand, Poustka, 1998) wurden zudem soziodemografische sowie krankheits- und therapiebezogene Daten der Patienten erfasst. Die entsprechenden Bögen wurden zum Aufnahmezeitpunkt von den zuständigen Einzeltherapeuten ausgefüllt. In der vorliegenden Untersuchung war von den mit der BADO-KJP erfassten Informationen insbesondere das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen selbst- und fremddestruktiver Verhaltensweisen relevant.

5.4 Auswertung der Daten

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package of Social Sciences; Version 11.5). Neben Häufigkeitsverteilungen wurden für die mit der SCL-90-R sowie der FSKN gewonnenen Ergebnisse Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Um diese in ihrer Bedeutung einordnen zu können, wurde jeweils eine Referenzstichprobe ausgewählt und die Mittelwertsunterschiede mit dem t-Test für unabhängige Stichproben auf Signifikanz überprüft.

6 Ergebnisse

6.1 Traumatisierung

Um das Vorliegen von interpersonellen Traumatisierungen in der Kindheit zu erheben, wurde die Kurzversion des Childhood Trauma Questionnaire verwendet. In der untersuchten Stichprobe ($n = 34$) gaben 11 Patienten (32 %) an, in der Kindheit sexuellen Missbrauch durch die Eltern bzw. nahe Bezugspersonen erfahren zu haben. 8 Patienten (24 %) berichteten von körperlichen Missbrauchserfahrungen sowie 20 Patienten (59 %) von emotionalem Missbrauch. 18 der Befragten (53 %) berichteten von emotionaler Vernachlässigung und 11 Patienten (32 %) von körperlicher Vernachlässigung in der Kindheit (vgl. Abb. 1).

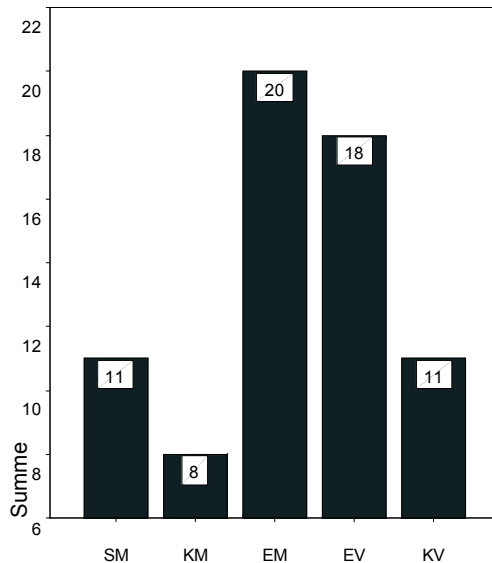


Abbildung 1: Häufigkeiten der verschiedenen Trauma-Formen

Anmerkungen: SM = Sexueller Missbrauch; KM = Körperlicher Missbrauch; EM = Emotionaler Missbrauch; EV = Emotionale Vernachlässigung; KV = Körperliche Vernachlässigung

Im Hinblick auf die Komplexität, d. h. die Anzahl der unterschiedlichen Formen der Traumatisierung, gaben 20 % der $n = 34$ Befragten an, nur eine Form der Traumatisierung erfahren zu haben (d. h. entweder sexueller Missbrauch oder körperliche Misshandlung oder emotionaler Missbrauch etc.). Von zwei unterschiedlichen Arten der Traumatisierung berichtete mit 62 % die Mehrzahl der untersuchten Patienten. Jeweils 9 % gaben an in der Kindheit drei bzw. vier unterschiedliche Formen interpersoneller Traumatisierung erlebt zu haben (vgl. Abb. 2).

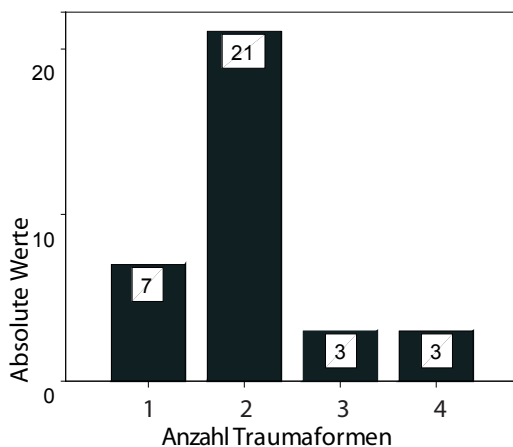


Abbildung 2: Anzahl der Traumaformen im CTQ-SF

6.2 Psychiatrische Diagnosen

In Tabelle 1 sind die Häufigkeiten aller vergebenen psychiatrischen Diagnosen (d. h. Haupt- und Nebendiagnosen) in absteigender Reihen- und Rangfolge aufgeführt. Auffällig sind zunächst die Vielzahl und Unterschiedlichkeit der vergebenen Diagnosen. Bezogen auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist beachtenswert, dass die diagnostische Beurteilung im Hinblick auf eine PTBS bei insgesamt 29 % ($n = 10$) der 34 Patienten positiv ausfiel. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Mehrheit, nämlich 71 % ($n = 24$) der traumatisierten Patienten die diagnostischen Kriterien für eine PTBS nicht erfüllten.

Aus Tabelle 1 ist zudem ersichtlich, dass knapp die Hälfte der untersuchten traumatisierten Patienten die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus erhielten und dass diese insgesamt am häufigsten vergeben wurde.

Die Häufigkeiten komorbider Störungen, definiert als das gleichzeitige Vorhandensein von mehr als einer Störung bei einer Person zum gleichen Zeitpunkt, sind Abbildung 3 zu entnehmen. Im Durchschnitt erhielten die untersuchten Patienten zum Aufnahmezeitpunkt 2.9 ($SD = 1.21$) psychiatrische ICD-10-Diagnosen. Der Prozentsatz derjenigen, die lediglich eine Diagnose erhielten ist mit 18 % ($n = 6$) recht niedrig. Zu berücksichtigen ist bei diesem Ergebnis, dass von den Patienten mit nur einer psychiatrischen Diagnose die Mehrheit, nämlich vier von sechs Patienten, die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus bekam, d. h. eine Diagnose, die der Abbildung eines bereits recht komplexen Störungsbildes dient.

Tabelle 1: Häufigkeit der insgesamt vergebenen psychiatrischen Diagnosen

| | Diagnose | absolute Hfgk. | % | Rangplatz |
|--------|--------------------------------------------------------------|----------------|----|-----------|
| F60.31 | Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus | 15 | 44 | 1 |
| F32.X | Depressive Störung | 12 | 35 | 2 |
| F43.1 | Posttraumatische Belastungsstörung | 10 | 29 | 3 |
| F43.2 | Anpassungsstörung | 09 | 26 | 4 |
| F40.X | Angststörungen | 08 | 24 | 5 |
| F41.X | Phobien | 06 | 18 | 6 |
| F92.X | Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotion | 06 | 18 | 6 |
| F45.X | Somatoforme Störung | 05 | 15 | 7 |
| F50 | Essstörungen | 04 | 12 | 8 |
| F44.X | Dissoziative Störungen | 04 | 12 | 8 |
| F98.0 | Enuresis | 03 | 9 | 9 |
| F34.1 | Dysthymia | 02 | 6 | 10 |
| F42.X | Zwangsstörungen | 02 | 6 | 10 |
| F60.2 | Dissoziale Persönlichkeitsstörung | 02 | 6 | 10 |
| F60.8 | Sonstige n.n.bez. Persönlichkeitsstörung | 01 | 3 | 11 |
| F84.X | Tiefgreifende Entwicklungsstörungen | 01 | 3 | 11 |
| F19 | Störungen durch multiplen Substanzmissbrauch | 01 | 3 | 11 |
| F51 | Nicht organische Schlafstörungen | 01 | 3 | 11 |
| F68.1 | Artifizielle Störung | 01 | 3 | 11 |
| F91.X | Störung des Sozialverhaltens | 01 | 3 | 11 |
| F93.2 | Emotionale Störungen des Kindesalters | 01 | 3 | 13 |

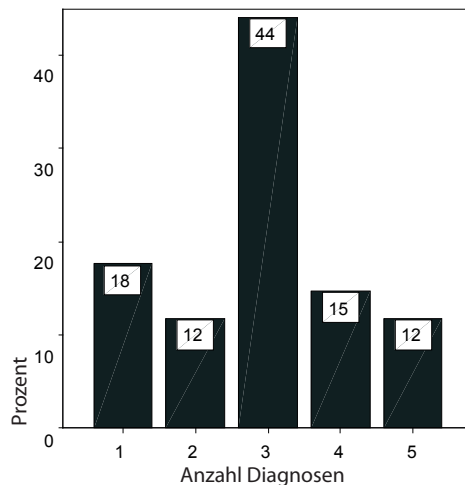


Abbildung 3: Häufigkeiten komorbider Störungen

6.3 Symptomatik (SCL-90-R)

Die aktuelle Symptombelastung wurde in der vorliegenden Untersuchung mit der SCL-90-R gemessen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die zugehörigen Mittelwerte und Standardabweichungen bezogen auf die Gesamtstichprobe von $n = 34$. Die höchste durchschnittliche Symptombelastung findet sich, in absteigender Reihenfolge, auf den Skalen *Depressivität* ($M = 1.71$; $SD = 1.04$), *Unsicherheit im Sozialkontakt* ($M = 1.68$; $SD = 1.04$) sowie *Paranoides Denken* ($M = 1.45$; $SD = 0.99$). Auf den Skalen *Somatisierung* ($M = 1.04$; $SD = 0.90$) und *phobische Angst* ($M = 1.09$; $SD = 1.09$) gaben die Patienten im Mittel die geringste Symptombelastung an.

Bei der Transformation der Mittelwerte in die entsprechenden T-Werte ergibt sich anhand der Normtabelle für Jugendliche (Franke, 1995) je nach Alter zum Aufnahmezeitpunkt eine deutlich messbare bis hohe psychische Belastung. Diese liegt hinsichtlich *aller* Skalen der SCL-90-R über dem klinisch bedeutsamen Grenzwert, der auf einen T-Wert von 60 festgelegt wurde.

Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der Symptomcheckliste-90-R ($n = 34$)

| | M | SD |
|-----------------------------|-------|-------|
| Global Severity Index | 1.39 | 0.90 |
| Positive Symptom Total | 54.79 | 20.49 |
| Somatisierung | 1.04 | 0.90 |
| Zwanghaftigkeit | 1.43 | 0.94 |
| Unsicherheit/ Sozialkontakt | 1.68 | 1.04 |
| Depressivität | 1.71 | 1.04 |
| Ängstlichkeit | 1.35 | 1.02 |
| Aggressivität | 1.30 | 1.14 |
| Phobische Angst | 1.09 | 1.09 |
| Paranoides Denken | 1.45 | 0.99 |
| Psychotizismus | 1.19 | 0.99 |

Der statistische Vergleich des mittleren globalen Kennwertes *Global Severity Index* (GSI) der traumatisierten Patienten ($M = 1.39$; $SD = 0.90$) mit dem Mittelwert der Normstichprobe aus $n = 857$ Jugendlichen ($M = 0.56$; $SD = 0.42$) ergab ein hoch signifikantes Ergebnis ($p = < .001$). Auch der Vergleich auf der Skala *Positive Symptom Total* (PST) mit $M = 54.79$ ($SD = 20.49$) für die Traumatisierten und $M = 32,85$ ($SD = 18,28$) für die Normstichprobe fiel hoch signifikant aus ($p = < .001$). Die hier untersuchten Patienten gaben somit eine signifikant höhere Symptombelastung und eine Belastung in mehr Bereichen an als die Jugendlichen der Normstichprobe. Vergleicht man den globalen Kennwert GSI der traumatisierten Patienten mit dem entsprechenden Mittelwert von $n = 428$ Psychotherapiepatienten ($M = 1.21$; $SD = 0.66$; Franke, 1995, S. 87), so ergibt sich für die hier untersuchte Stichprobe ein Mittelwert der im Bereich der Gesamtbelastung der klinischen Referenzstichprobe liegt.

Die Mittelwertsdifferenz ist nicht signifikant. Auch die Werte auf der Skala *Positive Symptom Total* (PST) fallen für die hier untersuchten Patienten im Vergleich zu $M = 52.17$ ($SD = 18.66$) bei der klinischen Referenzstichprobe nur geringfügig höher aus; auch hier sind die Unterschiede nicht signifikant.

Das Auftreten selbst- und fremddestruktiver Verhaltensweisen wurde in der vorliegenden Untersuchung anhand der BADO-KJP erhoben. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die prozentualen Häufigkeiten des Auftretens selbst- und fremddestruktiver Verhaltensweisen bei den Patienten der untersuchten Stichprobe insgesamt sowie differenziert nach Geschlecht. Autoaggressive Verhaltensweisen in Form von Selbstverletzungen ($n = 22$; 65 %) und Suizidversuchen ($n = 20$; 59 %) waren bis zum Behandlungsbeginn in Tiefenbrunn insgesamt bei über der Hälfte der $n = 34$ Befragten vorgekommen. Tötlichkeiten gegen andere ($n = 12$; 35 %) sowie exzessiver Alkohol- und/oder Drogenkonsum ($n = 11$; 32 %) in der Vorgeschichte fanden sich dagegen bei jeweils ca. einem Drittel der Patienten.

Tabelle 3 : Häufigkeit selbst- und fremddestruktiver Verhaltensweisen, nach Geschlecht getrennt

| | gesamt (n = 34) | männlich (n = 11) | weiblich (n = 23) |
|--------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Suizidversuche | 59 % | 15 % | 85 % |
| Selbstverletzungen | 65 % | 14 % | 86 % |
| Tötlichkeiten | 35 % | 67 % | 33 % |
| Sucht | 32 % | 36 % | 63 % |

Eine genauere Analyse des Verteilungsmusters ergab, dass insgesamt lediglich 6 % der Patienten *keine* der möglichen vier selbst- und/oder fremddestruktiver Verhaltensweisen aufwies. Die geschlechtsspezifische Auftretenshäufigkeit der selbst- und fremddestruktiven Verhaltensweisen fiel erwartungsgemäß aus, insofern, als die mehr internalisierenden Verhaltensweisen (Suizid, Selbstverletzungen und Sucht) häufiger bei den weiblichen Jugendlichen gefunden wurden. Externalisierendes Verhalten in Form von „Tötlichkeiten gegen andere“ wurde dagegen bei ca. zwei Dritteln der männlichen, im Gegensatz zu einem Drittel bei den weiblichen Jugendlichen, ermittelt.

6.4 Selbstkonzept

Um das Selbstkonzept der 34 Patienten zu erfassen kamen die Frankfurter Selbstkonzeptskalen zur Anwendung. Die Ergebnisse der deskriptiven Auswertung sind Tabelle 4 zu entnehmen. Vergleicht man die Mittelwerte der untersuchten Gruppe mit dem Mittelwert der Normstichprobe ($n = 568$; Deusinger, 1986, S. 132), so zeigt sich, dass letztere durchschnittlich einen höheren FSKN-Gesamtwert erreichen, d. h. ein insgesamt positiveres Selbstkonzept haben als die hier untersuchten traumatisierten Patienten. Während dieser Unterschied jedoch nicht signifikant ausfällt, ergab sich bei der Signifikanzprüfung der einzelnen Skalen ein differenzierteres Bild. Die Mittelwertunterschiede auf den Skalen *Allgemeine Leistungsfähigkeit* ($p = .03$), *Allgemeine Problem-*

bewältigung ($p = .02$), *Allgemeine Selbstwertschätzung* ($p = .02$), *Empfindlichkeit und Gestimmtheit* ($p = .02$) sowie *Wertschätzung durch andere* ($p = .04$) und *Irritierbarkeit durch andere* ($p = .03$) fielen signifikant aus. Ein sehr signifikantes Ergebnis ergab sich für die Skala *Verhaltens- und Entscheidungssicherheit* ($p = .01$) sowie ein höchst signifikantes Ergebnis auf der Skala *Gefühle und Beziehungen zu anderen* ($p < .01$).

Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichungen der Frankfurter Selbstkonzeptskalen

| | M | SD |
|-----------------------------------------|--------|-------|
| FSKN-Gesamtwert | 247.73 | 46.33 |
| Allgemeine Leistungsfähigkeit | 30.55 | 7.87 |
| Allgemeine Problembewältigung | 29.73 | 7.42 |
| Verhaltens- und Entscheidungssicherheit | 19.11 | 3.87 |
| Allgemeine Selbstwertschätzung | 28.52 | 8.65 |
| Empfindlichkeit und Gestimmtheit | 17.79 | 5.13 |
| Standfestigkeit | 38.70 | 11.74 |
| Kontakt- und Umgangsfähigkeit | 20.08 | 4.85 |
| Wertschätzung durch andere | 19.11 | 5.37 |
| Irritierbarkeit durch andere | 18.47 | 4.63 |
| Gefühle und Beziehungen zu anderen | 21.50 | 5.26 |

Die anhand der Mittelwerte und der von Deusinger (1986) definierten Grenzwerte pro Subskala vorgenommene Einordnung hinsichtlich eines positiven, neutralen oder negativen Selbstkonzepts ergab, dass die hier untersuchten Patienten im Mittel auf keiner der verwendeten Selbstkonzeptskalen Werte erreichen, die für ein positives Selbstkonzept sprechen.

7 Diskussion

7.1 Fragestellung 1

Der erste Fragenkomplex zielte auf eine möglichst genaue Beschreibung der Stichprobe im Hinblick auf die auftretenden Formen der Traumatisierung sowie eine Erfassung der Komplexität der Traumatisierung. Zusammengefasst ergab sich dabei Folgendes Bild: Emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung wurden von den Jugendlichen am häufigsten, der körperliche Missbrauch am seltensten angegeben. Knapp 80 % der Befragten berichtete zwei oder mehr der insgesamt fünf möglichen Traumaformen erfahren zu haben.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass der Vergleich dieser Ergebnisse mit denen anderer Studien aufgrund methodologischer und stichprobenabhängiger Differenzen erschwert ist und zusätzlich insbesondere im deutschsprachigen Raum die emotionale Misshandlung und/oder Vernachlässigung als Form der Traumatisierung bisher selten untersucht

wurde. In einigen US-amerikanischen Studien wurden emotionale Misshandlungen ebenfalls als die häufigste Form der Kindesmisshandlung beschrieben (Brassard u. Hardy, 2002; Garbarino u. Vondra, 1987). In anderen, großangelegten Studien wie der „Adverse Childhood Experiences Study“ (ACE-Studie; Felitti et al., 1998, 2002) stand der emotionale Missbrauch nach dem körperlichen und sexuellen Missbrauch sowie der emotionalen Vernachlässigung dagegen erst an vierter Stelle der Häufigkeitsverteilung. Dennoch ist der Befund, dass emotionaler Missbrauch in der vorliegenden Untersuchung am Häufigsten genannt wurde insofern verständlich, als auch andere Formen interpersoneller Traumatisierung wie sexueller oder körperlicher Missbrauch wohl eher selten ohne Verhaltensweisen auskommen, die charakteristisch für den emotionalen Missbrauch sind (z. B. Entwerten, Ausbeuten des Kindes sowie (Be-)Drohungen oder Einschüchterungen).

7.2 Fragestellung 2

Der zweite Fragenkomplex befasste sich damit, inwiefern das Störungsbild interpersonell traumatisierter Jugendlicher durch die Diagnose einer PTBS abgebildet werden kann. Dazu wurden die tatsächlich vergebenen Diagnosen, die Prävalenz der PTBS sowie die Häufigkeit komorbider Störungen ermittelt.

Wie auch in angloamerikanischen Studien (Herman, 2003; van der Kolk et al 2009; Pynoos, Steinberg, Wraith, 1995) erfüllten in der vorliegenden Untersuchung nur knapp ein Drittel der interpersonell traumatisierten Patienten die Kriterien einer PTBS. Ackermann et al. (1998, zit. nach van der Kolk, 2009) fanden bei traumatisierten Kindern in Reihenfolge der Häufigkeit als Diagnosen die Trennungsangst, oppositionelle Verhaltensstörung, phobische Störungen, PTBS sowie ADHS. In der hiesigen jugendlichen Stichprobe waren die Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depressive Störung, PTBS, Anpassungsstörung und Angststörungen am häufigsten vertreten. Das heißt, dass die Diagnose einer PTBS bei misshandelten und vernachlässigten Kindern und Jugendlichen die eine Behandlung suchen eher die Ausnahme darstellt. Gleichzeitig zu diesem Befund fiel in der vorliegenden Untersuchung die Komorbiditätsrate mit durchschnittlich 2,9 Diagnose zum Aufnahmezeitpunkt insgesamt recht hoch aus. Bei den Patienten mit einer PTBS wurde dabei eine Komorbiditätsrate von 90 % ermittelt. In anderen Untersuchungen wird von ähnlich hohen Komorbiditätsraten berichtet (z. B. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, 1995; Solomon u. Davidson, 1997). Das heißt dass, um das Störungsbild in der Kindheit traumatisierter Jugendlicher zu beschreiben, eine Vielzahl an psychiatrischen Diagnosen herangezogen werden muss. Dabei erfassen die vergebenen Diagnosen weder die langanhaltenden Entwicklungsstörungen, noch deren traumatischen Entstehungshintergrund. Insbesondere in Abwesenheit klassischer post-traumatischer Symptome besteht bei dieser Praxis die Gefahr, dass die Probleme der Patienten als voneinander isolierte Störungen aufgefasst und auch als solche behandelt werden. Das zahlreiche Störungen bei Kindern und Jugendlichen traumareaktiv sein können und zwischen den einzelnen komorbiden Störungen eine dynamische, komplexe und sinnhafte Beziehung besteht, bleibt dann unberücksichtigt.

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus ist dabei in den aktuellen psychiatrischen Klassifikationssystemen eine Diagnose, welche die vielfach beschriebenen und im theoretischen Teil der Arbeit erwähnten Folgen traumatischer Erfahrungen noch am ehesten abbildet; dazu gehören beispielsweise massive und andauernde interpersonelle Schwierigkeiten sowie Störungen der Affekt- und Impulsregulation, die ihrerseits mit chronischen Ängsten, Depression und selbstdestruktiven Verhaltensweisen in Zusammenhang stehen. Es ist insofern verständlich, dass diese Diagnose in der vorliegenden Untersuchung am häufigsten vergeben wurde. Ob traumatischen Erfahrungen eine spezifische pathogenetische Bedeutung für die Entwicklung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus zukommt bzw. das Störungsbild bei einer Untergruppe der Borderline-Patienten eher als traumaassoziierte Störung aufgefasst und entsprechend behandelt werden sollte, wird derzeit kontrovers diskutiert (Driessen et al. 2002; Sachsse, 2002; Streeck-Fischer, 2006, 2008). Van der Kolk (2009) geht davon aus, dass sich durch die Einführung der Diagnose *Developmental Trauma Disorder* auch neue Erkenntnisse im Bezug auf die genannte Persönlichkeitsstörung finden lassen würden, insofern als die DTD im Kindes- und Jugendalter eine Vorläuferstörung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus im Erwachsenenalter darstellen könnte, womit die diagnostische Kluft überwunden und entwicklungsspezifische Aspekte berücksichtigt würden.

Als Ergebnis des zweiten Fragenkomplexes der vorliegenden Untersuchung ist insgesamt festzuhalten, dass das Störungsbild nach interpersonellen Trauma komplexer und vielgestaltiger ist, als es die bestehende Definition der PTBS zu erfassen vermag. Die Kritik an dem Konzept der PTBS bzw. die Notwendigkeit einer neuen Diagnose erfahren hierdurch eine weitere empirische Stützung.

7.3 Fragestellung 3

Der dritte Fragenkomplex befasste sich mit den langfristigen Folgen interpersoneller traumatischer Erfahrungen. Es wurde zunächst nach der aktuellen Symptombelastung bei in der Kindheit traumatisierten jugendlichen Patienten gefragt. Hier zeigte sich, dass die Jugendlichen der untersuchten Stichprobe im Mittel auf allen Skalen der SCL-90-R einen Belastungswert aufwiesen, der als klinisch bedeutsam angesehen werden kann. Die Komplexität der langfristigen Folgen spiegelt sich also auf symptomatischer Ebene wider. Die höchsten Werte ergaben sich dabei auf den Skalen *Depressivität*, *Unsicherheit im Sozialkontakt* und *Paranoides Denken*. Sie sollen im Folgenden diskutiert werden. Ein Vergleich mit anderen Studien ist an dieser Stelle aufgrund fehlender Vergleichsdaten nur bedingt möglich.

Mit der Skala *Depressivität* wird „die Bandbreite der Manifestation klinischer Depression“ (Franke, 1995, S. 22) erfasst. Die zugehörigen dreizehn Items erheben Symptome wie verringerte Motivation, dysphorische Stimmung, Hoffnungslosigkeit und Selbstvorwürfe. Die hohen durchschnittlichen Werte auf dieser Skala, wie auch der Befund, dass die Diagnose einer Depression in der vorliegenden Untersuchung als

zweithäufigste Diagnose vergeben wurde, stützen die Annahme anderer Autoren (z. B. Cook et al., 2003), dass in der Kindheit traumatisierte Menschen vulnerabel für Störungen sind, die mit einer chronischen Dysregulation affektiver Erfahrungen assoziiert sind. Der Zusammenhang zwischen frühkindlichen Traumata und einer nachfolgenden Depression ist mittlerweile gut etabliert (Putnam, 2003). Dabei erhöhen traumatische Erfahrungen nachweislich nicht nur das Risiko später an einer depressiven Störung zu erkranken, sondern beeinflussen auch den Verlauf der Erkrankung und die Prognose: Affektive Probleme tauchen früher auf, die depressiven Episoden dauern länger an und die Betroffenen sprechen schlechter auf die Behandlung an (Cook et al., 2003; Zlotnick, Ryan, Miller, Keitner, 1995).

Hohe Werte auf der Skala *Unsicherheit im Sozialkontakt* stehen inhaltlich nach Franke (2002) für ein „Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit (...), Selbstabwertung und (...), negativer Erwartungen in Bezug auf die Kommunikation und das zwischenmenschliche Verhalten mit anderen“ (S. 16). Mit der Skala Paranoides Denken werden Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle beschrieben – etwa das Gefühl, den meisten Menschen nicht trauen zu können oder die Befürchtung ausgenutzt zu werden. Die hohen durchschnittlichen Ausprägungen auf diesen Skalen können als eine langfristige Folge interpersoneller Traumatisierungen interpretiert werden: Innerhalb eines Beziehungskontextes, in dem Erwachsene unberechenbar und gewalttätig sind oder Zärtlichkeit und Zuwendung mit missbrauchenden Handlungen vermischen (Hirsch, 1999; Streeck-Fischer, 2006), kann das Kind kein Vertrauen in halt- und schutzgebende Beziehungen entwickeln. Dies begünstigt die Entwicklung negativer affektiv-kognitiver Schemata, die zu einem Teil des Selbst- und Weltbilds der Person werden, an dem sie sich auch in zukünftigen Handlungen und Erwartungen orientiert. Ungünstige Selbstüberzeugungen gehen dabei mit einem niedrigen Selbstwert einher, welcher sich wiederum auf das Sozialverhalten der Betroffenen auswirkt (Schmid, 2008) und als *Unsicherheit im Sozialkontakt* beschrieben werden kann. Inwieweit dies kurz- oder langfristig zur Vermeidung sozialer Situationen und damit zu Rückzug und sozialer Isolation führt, kann für die untersuchte Stichprobe nicht beantwortet werden; dennoch erscheint ein solcher „Entwicklungsweg“ plausibel und würde sich mit Erkenntnissen decken, die Streeck (2007) für in der Kindheit traumatisierte erwachsene Patienten berichtet. Die Erwartung, dass das Trauma immer wieder geschehen wird (vgl. Begriff der traumatischen Erwartungen; Streeck-Fischer u. van der Kolk, 2000) kann zudem als Teil des Weltbildes traumatisierter Menschen und in Verbindung mit neurobiologischen Sensibilisierungsprozessen dazu führen, dass die Betroffenen permanent wachsam, ängstlich und/oder überreaktiv sind. Dodge und Somberg (1987) fanden z. B. bei misshandelten Kindern eine verzerrte Form der sozialen Wahrnehmung, die dem anderen feindliche Absichten attribuiert oder auf ihn projiziert. Diese Interpretation der Wirklichkeit kann als Auswirkung des internalen Arbeitsmodells des Kindes resp. Jugendlichen verstanden werden und die hohen Werte auf der Skala Paranoides Denken zumindest teilweise erklären.

Der Mittelwertsvergleich der globalen Kennwerte GSI und PST zwischen Traumatisierten Patienten und einer klinischen Referenzstichprobe ergab zwar keinen signifikanten

Unterschied; es ist zu jedoch vermuten, wenn auch nicht zu belegen, dass in die Stichprobe der Psychotherapiepatienten ebenfalls traumatisierte Patienten eingeschlossen wurden.

Selbst- und fremddestruktive Verhaltensweisen wurden als eine weitere potentielle Folge traumatischer Kindheitserfahrungen untersucht. Als Ausdruck von und Versuch, Schwierigkeiten der Affekt- und Impulsregulation zu bewältigen, sind sie bereits von vielen Autoren als Traumafolge beschrieben worden (z. B. van der Kolk et al., 1991; Putnam et al., 1999; Felitti et al., 1998). Van der Kolk (2009) hat Selbst- und Fremddestruktive Verhaltensweisen unter der Kategorie B „Wiederkehrende Dysregulationen in Antwort auf traumatische Trigger“ als ein diagnostisches Kriterium der Diagnose „Developmental Trauma Disorder“ formuliert (van der Kolk, 2009).

In der vorliegenden Untersuchung wies die Mehrheit der Patienten mindestens eine der vier möglichen selbst- und fremddestruktiven Verhaltensweisen auf. Wie auch in anderen Studien fand sich dabei eine höhere Rate an Selbstverletzungen und Suizidversuchen bei weiblichen Jugendlichen (vgl. Sachsse, 1989) und im Gegensatz dazu, eine höhere Rate gewalttätiger Handlungen gegen andere bei männlichen Jugendlichen (Cicchetti u. Toth, 1995; Giaconia et al., 1995). Anders als in anderen Studien (ebd.) fällt der Anteil der weiblichen Jugendlichen die Alkohol- oder Drogen konsumieren, in der vorliegenden Untersuchung jedoch gegenüber den männlichen Jugendlichen etwas höher aus. Dies kann zum einen methodische Gründe haben, zum anderen ist denkbar, dass sich in diesem Ergebnis auch gesamtgesellschaftliche Veränderungen i. S. einer Zunahme des Drogen- und Alkoholkonsums bei weiblichen Jugendlichen widerspiegeln. Da bei einem Sechstel der untersuchten traumatisierten Patienten *keine* der vier möglichen Selbst- oder fremddestruktiven Verhaltensweisen vorlagen, wäre es für zukünftige Studien erstrebenswert, auch andere Bereiche, in denen sich der Verlust der Affekt- und Impulsregulation manifestiert, zu erheben. Hier wäre beispielsweise an die unterschiedlichen Formen von Essstörungen zu denken. Aber auch Probleme der Verhaltenshemmung bei Erregung oder der Verlust der Fähigkeit auf relevante Stimuli zu fokussieren, die beide häufig im Zusammenhang mit Diagnose ADHS beschrieben werden (Putnam, 1997), können als Ausdruck der Schwierigkeit Affekte und Impulse zu regulieren verstanden werden.

Rutter (1987) diskutiert die Veränderung bzw. Beeinflussung des Selbstkonzepts und der Einstellungen zu sich selbst, die wiederum Einfluss auf die Reaktionen gegenüber späteren Situationen haben, als einen der möglichen Vermittlungswege, mit dem Risikofaktoren wie Misshandlungserfahrungen in der Entwicklung zu späteren psychischen Störungen führen können. Dieser Aspekt wurde unter Rückgriff auf die Begrifflichkeiten der Bindungsforschung im theoretischen Teil der Arbeit im Zusammenhang mit internen Arbeitsmodellen beschrieben. In der vorliegenden Untersuchung wurde das Selbstkonzept daher als eine, die Komplexität mitbedingende und sie gleichzeitig widerspiegelnde Komponente, untersucht.

Ein Zusammenhang zwischen unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit (körperliche Misshandlung, verbale Aggression etc.) und einem negativen Selbstkonzept im Jugendalter konnte in US-amerikanischen Studien empirisch belegt werden (z. B. Lopez u. Heffer 1998; Solomon u. Serres, 1999). Die Ergebnisse der vorlie-

genden Untersuchung stützen diesen Befund insofern, als die Gruppenunterschiede zwischen der Normstichprobe und traumatisierten Jugendlichen auf acht der zehn Skalen signifikant bis höchst signifikant ausfielen und Erstere damit in den meisten der erhobenen Bereichen ein negativeres Selbstkonzept aufwiesen. Bezüglich des Gesamtwertes der FSKN ließ sich dieser Unterschied allerdings nicht inferenzstatistisch absichern.

Darüber hinaus zeigte sich, dass die Jugendlichen der Normstichprobe in einigen der erhobenen Selbstkonzeptbereiche Werte aufwiesen, die für ein positives Selbstkonzept sprechen. Dies war für traumatisierte Patienten nicht der Fall, sie beurteilten sich ausschließlich negativ (vgl. auch Hampel et al 2009). Nimmt man an, dass positive Selbstkonzepte (z. B. im Leistungsbereich) der Kompensation negativer Selbstkonzepte (z. B. Gefühle und Beziehungen zu anderen) dienen können, ist wahrscheinlich, dass dieser Ausgleich den hier untersuchten in der Kindheit traumatisierten Jugendlichen nicht, oder in geringerem Maße, zur Verfügung steht. Für die Behandlung traumatisierter Jugendlicher kann dies praktisch bedeutsam sein insofern, als die Entwicklung oder das Wiederentdecken von Kompetenzen und Ressourcen ein wichtiges Element ist, da hierdurch Erfahrungen der Selbstwirksamkeit ermöglicht werden, die sich wiederum positiv auf das Selbstwertgefühl auswirken können. Dies könnte ein Ansatzpunkt sein, durch den die Jugendlichen in die Lage versetzt werden, Entwicklungsaufgaben wieder aufzugreifen und zu bewältigen.

Insgesamt stützten die vorliegenden Befunde zum Selbstkonzept die Idee, negative Selbstzuschreibungen als eine der potenziellen Langzeitfolgen traumatischer Kindheitserfahrungen aufzufassen. In der Diagnose DTD findet sich dieser Aspekt unter der Kategorie C „Anhaltende veränderte Zuschreibungen und Erwartungen“.

7.4 Methodische Probleme

Bezüglich der Erhebung retrospektiver Daten durch einen Traumafragebogen besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass verschiedene Variablen Einfluss auf das Ergebnis haben. So können beispielsweise der lange Zeitraum zwischen Ereignis und Befragung, bruchstückhafte und ungenaue Erinnerungen sowie Erinnerungen aus der präverbalen Erlebniswelt die Ergebnisse verfälschen (vgl. „false memory syndrome“; z. B. Loftus, 1997).

Es ist jedoch auch zu bedenken, dass interpersonelle traumatische Erfahrungen die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit beeinträchtigen oder zerstören können. Dies hat zur Folge, dass die traumatischen Erfahrungen nicht mentalisiert werden und somit einer verbal vermittelten Erinnerung und Reflektion nicht zugänglich sind. Ein Selbstbefragungsinstrument wie der hier verwendete Traumafragebogen greift unter diesen Umständen zu kurz. Wir gehen deshalb davon aus, dass das Ausmaß der Traumatisierungen in der vorliegenden Stichprobe eher unter- als überschätzt wird.

Die hier untersuchte Stichprobe unterliegt einer Selektion, insofern als zum einen nur die Patienten mit dem Traumafragebogen befragt wurden, bei denen aufgrund anamnestischer Kenntnisse die Annahme einer Traumatisierung bestand. Zum anderen wur-

den Patienten, die im CTQ einen Wert aufwiesen der einer „leichten Traumatisierung“ entsprach, nicht in die Stichprobe einbezogen. Bei dieser Selektion kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die resultierende Gruppe in bestimmten Aspekten von den Ausgeschiedenen unterscheidet. Weiterhin ist nicht auszuschließen, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tiefenbrunn durch die ausgewiesene Expertise im Bereich der Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter und der Publikationstätigkeit im Bereich der Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen auch viele schwer traumatisierte Jugendliche anzieht. Aus diesem Grund wäre ein Vergleich mit Studien aus anderen Kliniken sinnvoll. Unseres Wissens liegen solche Studien zu traumatisierten Jugendlichen jedoch bisher nicht vor. Es bleibt somit insgesamt unklar, inwiefern die resultierende Stichprobe tatsächlich repräsentativ ist für eine stationäre kinder- und jugendpsychotherapeutische Inanspruchnahmepopulation interpersonell traumatisierter Patienten.

Eine Schwäche der Arbeit bezieht sich auf die Reliabilität der Diagnosestellung. In der vorliegenden Studie wurden Diagnosen im Rahmen der Zweitsicht von erfahrenen Ärzten und Therapeuten interkollegial gestellt. Wir gehen daher zwar davon aus, dass die Diagnosestellung hinreichend reliabel ist. Ein standardisiertes Interview wäre wünschenswert gewesen, war aber wegen des Aufwands im Rahmen der klinischen Routine nicht realisierbar. Für zukünftige Studien wäre jedoch die Verwendung eines standardisierter Diagnoseverfahren zu empfehlen. Gegenwärtig führen wir in Tiefenbrunn eine Studie mit Jugendlichen Patienten durch, bei denen die Diagnose anhand reliabler und standardisierter Instrumente gestellt wird.

Darüber hinaus beruhen die Ergebnisse bezüglich selbst- und fremddestruktiver Verhaltensweisen auf einer recht ungenauen Operationalisierung, da mittels der BA-DO-KJP (Englert et al., 1998) lediglich die An- oder Abwesenheit der vier Merkmale *Selbstverletzungen*, *Suizidversuche*, *Drogenmissbrauch* und *Tätlichkeiten* gegen andere, nicht aber der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens, die Schwere und Häufigkeit der jeweiligen Verhaltensweisen ermittelt wurde. Andere Studien (Streeck, 2007; van der Kolk et al., 2009) legen jedoch zum Beispiel für das Merkmal Suizidalität nahe, dass sich früh traumatisierte erwachsene Patienten von anderen Patienten mit psychischen Störungen weniger durch das Vorliegen von Suizidversuchen unterscheiden, als eher durch die Schwere und Chronizität der unternommenen Selbsttötungsversuche. Ähnliches lässt sich anhand der Ergebnisse einer Studie von Felitti et al. (2002) für den Bereich der Sucht vermuten. Möglicherweise liegt der Unterschied zwischen traumatisierten und nicht traumatisierten Patienten weniger in einem erhöhten Risiko für das Auftreten selbst- und fremddestruktiver Verhaltensweisen an sich, sondern eher darin, dass in der Kindheit komplex traumatisierte Patienten zu einem *früheren* Zeitpunkt in der Entwicklung, *häufiger* und *anhaltender* zu den genannten „Maßnahmen“ greifen als nicht traumatisierte Patienten. Die Berücksichtigung solcher qualitativen Unterschiede in zukünftigen Studien wäre unter Umständen aufschlussreich.

Bei der Erfassung der symptomatischen Folgen traumatischer Erfahrungen ist zu berücksichtigen, dass in der vorliegenden Untersuchung lediglich die SCL-90-R zur Anwendung kam. Dieses Instrument eignet sich nicht zur Erfassung traumaspezifischer

Symptome, wie beispielsweise der Neigung zur Dissoziation. Zukünftige Studien sollten daher zusätzlich Verfahren verwenden, mit denen auch diese erfasst werden.

Angesichts der Widrigkeiten der Forschung im klinisch-stationären Setting war die Rekrutierung einer für die statistische Kontrolle potenzieller Störvariablen ausreichend großen Stichprobe nicht möglich. Die Frage, ob soziodemografische Variablen und/oder protektive Faktoren einen systematischen Einfluss auf die Schwere und Komplexität des Störungsbildes ausüben, ist somit im Rahmen dieser Arbeit nicht überprüfbar. In diesem Zusammenhang ist abschließend grundsätzlich kritisch anzumerken, dass die berichteten Ergebnisse an einer insgesamt nicht sehr großen Stichprobe ($n = 34$) gewonnen wurden.

8 Fazit

Die geringe Prävalenz einer PTBS-Diagnose bei der untersuchten Gruppe in der Kindheit traumatisierter Jugendlicher legt nahe, dass die Störungen bei einem Großteil dieser Patienten nicht durch klassische posttraumatische Symptome (nach ICD-10) gekennzeichnet sind. Gleichzeitig weisen die traumatisierten Patienten im Jugendalter ein negatives Selbstkonzept auf. Dieser Befund ist insofern relevant, als er darauf hinweist, dass der traumatische Entstehungshintergrund der aktuellen Schwierigkeiten und Symptome der Betroffenen auch in Abwesenheit posttraumatischer Symptome nicht aus dem Blickfeld geraten darf. Ebenso wird die von mehreren Autoren vorgebrachte Kritik am derzeitigen Konzept der PTBS durch diesen Befund gestützt. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass eine gute und nicht destabilisierende Anamnese traumatischer Lebensereignisse gerade für die schwer belasteten Jugendlichen in stationärer jugendpsychiatrischer Behandlung wichtig ist. Sie verweisen weiterhin auf die Notwendigkeit, traumatherapeutische Konzepte in der Behandlung solcher Jugendlicher zu berücksichtigen.

Literatur

- Ariès, P. (1975). *Geschichte der Kindheit*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Bernet, C. Z., Stein, M. B. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of Major Depression in adulthood. *Depression & Anxiety*, 9, 169-174.
- Bernstein, D. P., Fink, L. (1998). *CTQ Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Stein, J., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27, 169-190.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 2.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1986). *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. Frankfurt: Fischer.
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung: Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter.

- Brassard, M. R., Hardy, D. B. (2002). Psychische Misshandlung. In M. E. Helfer, R. S. Kempe, R. D. Krugmann (Hrsg.), *Das mißhandelte Kind* (S. 585-614). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Burke, J. D., Wittchen, H.-U., Regier, D. A., Sartorius, N. (1990). Extracting information from diagnostic interviews on co-occurrence of symptoms of anxiety and depression. In Maser, J. D., Cloninger, C. R. (Hrsg.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (S. 439-462). Washington: Am Psychiatr Press.
- Cicchetti, D., Toth, S. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541-564.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., van der Kolk, B. A. (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. [Online Dokument]. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network – Complex Trauma Task Force. Verfügbar unter: http://www.NCTSN.org/nccts/nav.do?pid=typ_ct [18. 11. 2007].
- Davids, E., Hartwig, U., Specka, M., Seeber, M., Kluwig, J., Gastpar, M., et al. (2006). Traumalerlebnisse und Opiatabhängigkeit. *Krankenhauspsychiatrie*, 17, 92-95.
- Deusinger, I. M. (1986). *Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kap. V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Dodge, K. A., Somberg, D. R. (1987). Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats of the self. *Child Development*, 58, 213-24.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., et al. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung – Zum Stand der Forschung. *Der Nervenarzt*, 73, 820-829.
- Englert, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand, F., Poustka, F. (1998). *Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie (BADO-KJP)*. Kommission zur Qualitätssicherung. DGKJP/BAG/BKJPP.
- Fegert, J. (2009). Vortrag auf Einladung der World Childhood Foundation (Im Druck).
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Felitti, V. J. (2002). Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: Die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 359-369.
- Felitti, V. J. (2003) Ursprünge des Suchtverhaltens. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 547-559
- Fonagy, P. (2003). Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In P. Fonagy, M. Target (Hrsg.), *Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung* (S. 31- 48). Gießen: Psycho-sozial-Verlag.
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R Symptomcheckliste von L. R. Derogatis. Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Freud, A. (1936). Das Ich und das Es in der Pubertät. In *Die Schriften der Anna Freud*. Bd. VI. (S. 333-52). München: Kindler.
- Garbarino, J., Vondra, J. (1987). Psychological maltreatment: Issues and perspectives. In Brassard, M. R., Germain, R., Hart, S. N. (Hrsg.), *Psychological maltreatment of children and youth* (pp. 24-44). New York: Pergamon.

- Gast, U., Rodewald, F., Benecke, H.-H., Driessen, M. (2001). Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire. Unveröffentlichtes Manuskript, Medizinische Hochschule Hannover.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-1380.
- Hampel, P., Dickow, B., Hayer, T., Petermann, F. (2009): Stressverarbeitung, psychische Auffälligkeiten und Bullying bei Jungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 125-138.
- Herman, J. L. (2003). *Die Narben der Gewalt – traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Lopez, M. A., Heffer, R. W. (1998). Self-Concept and social competence of university student victims of childhood physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 22, 183-195.
- Perry, B. D., Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 33-51.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Putnam, F. W. (1999). Childhood maltreatment adverse outcomes: 152nd Annual Meeting of American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 269-278.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Cicchetti, D. J. Cohen (Hrsg.), *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Sachsse, U. (1989). „Blut tut gut“. Genese, Psychodynamik und Psychotherapie offener Selbstbeschädigung der Haut. In M. Hirsch (Hrsg.), *Der eigene Körper als Objekt* (S. 94-117). Berlin: Springer.
- Sachsse, U. (2002). Trauma, Trauma-Coping und Posttraumatische Belastungsstörung – Geschichte, aktuelle Theorie und therapeutische Ansätze. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 116, 477-513.
- Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV* (3., unveränderte Aufl.). 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.
- Solomon, S. D., Davidson, J. R. (1997). Trauma: Prevalence, impairment, service use and cost. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 5-11.
- Schmid, M. (2008). *Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. Trauma und Gewalt*, 4, S. 288-309.
- Solomon, C. R., Serres, F. (1999). Effects of parental verbal aggression on children's self-esteem and school marks. *Child Abuse and Neglect*, 23, 339-351.
- Steil, R., Straube, E. R. (2002). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Überblicksarbeit. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 1-13.

- Streeck, U. (2007). Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Grundlagen der psychoanalytisch interaktionellen Methode. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck-Fischer, A., van der Kolk, B. A. (2000). Down will come baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 903-918.
- Streeck-Fischer, A. (2006). Trauma und Entwicklung – Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A. (2008). Die Borderline-Persönlichkeit(entwicklungs)störung im Jugendalter. Diagnostik, Behandlungsvoraussetzungen, Gestaltung des Rahmens, Phasen der Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 693-717.
- Terr, L. C. (1979). Children of Chowchilla: A study of psychic trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 552-623.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., Herman, L. J. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- van der Kolk, B. (1998). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 19-35.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. (2000). Trauma – ein schwarzes Loch. In B. A. van der Kolk, A. McFarlane, L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress – Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie* (S. 27-45). Paderborn: Junfermann Verlag.
- van der Kolk, B. A. (2009). Entwicklungs-trauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 572-586.
- van der Kolk, B. A., Ford, J., Dändrea, W., Spinazzola, J., Stobach, B. (2009). Review of Developmental Trauma Disorder: Towards an Empirically-Based Diagnosis for Children Exposed to Interpersonal Trauma. Unveröffentlichtes Manuskript. Eingereicht beim DSM-V-Komitee, Feb. 2009.
- Wirth, H. J. (1996). Adoleszenz als Chance und Risiko. *Psychosozial*, 19, 9-28.
- Ziegenhain, U., Fegert, J., Ostler, T., Buchheim, A. (2007). Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 410-428.
- Zlotnick, C., Ryan, C., Miller, I., Keitner, G. (1995). Childhood abuse and recovery from depression. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1513-1516.

Korrespondenzanschriften:

Dipl.-Psych. Gesa Herbst, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Wichernstift gGmbH, Oldenburger Str. 333, 27777 Ganderkesee; E-Mail: gesa.herbst@googlemail.com
 PD Dr. Annette Streeck-Fischer, Abt. Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Krankenhaus Tiefenbrunn, 37124 Rosdorf; E-Mail: a.streeck@asklepios.com

Gesa Herbst, Kinder- und Jugendpsychiatrie Wichernstift, Ganderkesee; *Ulrich Jaeger*, Abt. Dokumentation und Evaluation der Klinik Tiefenbrunn; *Falk Leichenring*, Abt. Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Giessen; *Annette Streeck-Fischer*, Abt. Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen der Klinik Tiefenbrunn.