

# ÜBERSICHTSARBEITEN

## Entwicklungsstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder<sup>1</sup>

Bessel A. van der Kolk<sup>2</sup>

### Summary

*Developmental trauma disorder: Towards a Rational Diagnosis for Chronically Traumatized Children*

Less than eight years after the establishment of the National Child Traumatic Stress Network in 2001 it has become evident that the current diagnostic classification system is inadequate for tens of thousands of traumatized children. While the inclusion of PTSD in the psychiatric classification system in 1980 led to extensive scientific studies of that diagnosis, over the past 25 years there has been a parallel emergence of the field of Developmental Psychopathology, which has documented the effects of interpersonal trauma and disruption of caregiving systems on the development of affect regulation, attention, cognition, perception, and interpersonal relationships. Another significant development has been the increasing documentation of the effects of adverse early life experiences on brain development. The goal of introducing the diagnosis of Developmental Trauma Disorder is to capture the reality of the clinical presentations of children and adolescents exposed to chronic interpersonal trauma. Whether or not they exhibit some symptoms of PTSD, children who have developed in the context of ongoing danger, maltreatment, and inadequate caregiving systems are ill-served by the current diagnostic system, as it frequently leads to multiple unrelated diagnoses, an emphasis on behavioral control without recognition of interpersonal trauma and lack of safety in the etiology of symptoms, and a lack of attention to ameliorating the developmental disruptions that underlie the symptoms.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 58/2009, 572-586*

### Keywords

Developmental Trauma Disorder (DTD) – diagnostic classification – interpersonal trauma – maltreatment

---

1 Aus dem Amerikanischen übersetzt von Marc Heinitz, Berlin.

2 Der Autor dankt den folgenden Personen für ihre Unterstützung bei der Formulierung der hier vorgeschlagenen Diagnose der Developmental Trauma Disorder: Marylene Cloitre, Michael DeBellis, Julian Ford, Alicia Lieberman, Frank Putnam, Robert Pynoos, Glenn Saxe, Michael Scheeringa, Joseph Spinazzola, Allan Steinberg und Martin Teicher.

## Zusammenfassung

Weniger als acht Jahre nach der Gründung des Nationalen Traumanetzwerks für Kinder (National Child Traumatic Stress Network, NCTSN) 2001 wird deutlich, dass gegenwärtige diagnostische Klassifikationen für Zehntausende von traumatisierten Kindern inadäquat sind. Durch die Einführung der PTBS in psychiatrische Klassifikationen wurden 1980 umfassende wissenschaftliche Studien zu dieser Diagnose möglich. Mehr als 25 Jahre später gibt es eine parallele Initiative im Bereich der Entwicklungspsychopathologie, die die Folgen interpersoneller Traumatisierung und des Bruchs im frühen Pflegesystem für die Entwicklung der Affektregulation, der Aufmerksamkeit, der Kognitionen, der Wahrnehmung und der interpersonellen Beziehungen dokumentiert. Von besonderer Bedeutung sind dabei auch die Auswirkungen früher belastender Lebensereignisse auf die Hirnentwicklung. Das Ziel der Einführung der Diagnose „Entwicklungsstrauma Störung“ (Developmental Trauma Disorder) ist die Realität der klinischen Symptomatik von Kindern und Jugendlichen zu erfassen, die chronischem interpersonellen Trauma ausgesetzt sind. Kinder, ob sie nun einige PTBS Symptome aufweisen oder nicht, die sich in einem Umfeld von andauernder Gefahr, Misshandlung und inadäquater Versorgung entwickelt haben, sind durch das gegenwärtige diagnostische System schlecht bedient, da sie häufig verschiedene nicht zusammenhängende Diagnosen bekommen, die besonders auf die Verhaltenskontrolle Wert legen, ohne dass damit das interpersonelle Trauma, die Ätiologie der Symptome und die Entwicklungsbrüche, die den Symptomen zugrunde liegen, erfasst werden.

## Schlagwörter

Entwicklungsstrauma-Störung (DTD) – diagnostische Klassifikation – interpersonelle Traumatisierung – Misshandlung

## 1 Hintergrund

Kindheitstraumata, einschließlich Misshandlung und Vernachlässigung, sind wahrscheinlich die wichtigste Herausforderung für das Gesundheitswesen in einer Gesellschaft; eine Herausforderung, die zu einem erheblichen Teil durch angemessene Prävention und Intervention gelöst werden könnte. Jedes Jahr werden den Behörden in den Vereinigten Staaten über 3.000.000 Kinder gemeldet, die misshandelt und/oder vernachlässigt werden. Von diesen sind ca. eine Million nachgewiesene Fälle (Children's Bureau, Agency for Children and Families, 2003). Etliche Tausend mehr müssen sich traumatisierenden medizinischen oder chirurgischen Prozeduren unterziehen und sind Opfer von Unfällen und Gewalt in der Nachbarschaft oder der Gemeinde. Die meisten Traumatisierungen erfolgen jedoch zu Hause: In der großen Mehrheit der Fälle (ca. 80 %) sind die Eltern der Kinder für die Misshandlung verantwortlich.

Die Meilensteine der Entwicklung und die Familienanamnese werden in medizinischen und psychiatrischen Untersuchungen routinemäßig erfasst. Soziale Tabus verhindern jedoch, dass Informationen über Kindheitstraumata, Misshandlung, Ver-

nachlässigung oder andere Gewalterfahrungen eingeholt werden. Die Forschung hat verdeutlicht, dass traumatische Kindheitserfahrungen nicht nur sehr weit verbreitet und alltäglich sind, sondern auch tiefgreifende Auswirkungen auf viele verschiedene Entwicklungsbereiche haben. So gibt es für Kinder, die mit alkoholabhängigen Eltern oder häuslicher Gewalt aufwachsen, keine sichere Kindheit; ihre Symptomatologie ist in der Regel tiefgreifend und vielschichtig und beinhaltet meist Depression, verschiedene medizinische Krankheiten sowie eine Vielfalt von impulsiven und selbstdestruktiven Verhaltensweisen. Werden diese Probleme isoliert, also unsystematisch behandelt, anstatt sie als Ausdruck einer generellen Problematik von innerer Desorganisation und Störung zu sehen, läuft man Gefahr, den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr zu sehen.

Die Forschung zu posttraumatischem Stress hat den Begriff „Komplexe Traumatisierung“ übernommen, um die Folgen der multiplen und/oder chronischen und prolongierten, entwicklungshemmenden traumatischen Ereignisse zu beschreiben, die meist interpersoneller Natur sind (z. B. sexuelle oder körperliche Misshandlung, Krieg, Gewalt in der Nachbarschaft oder Gemeinde) und bereits in jungen Jahren ihren Anfang nehmen. Diese Belastungen gehören oft zu den frühen Entwicklungsbedingungen des Kindes und beinhalten körperliche, emotionale und erzieherische Vernachlässigung sowie Kindesmisshandlung, die in der frühen Kindheit begann.

In der Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (Adverse Childhood Experiences, ACE) von Kaiser Permanente und dem Center for Disease Control (Felitti et al., 1998), beantworteten 17.337 versicherte erwachsene Mitglieder eine Umfrage zum Thema Erfahrungen mit Kindheitsbelastungen, einschließlich Misshandlungen und Vernachlässigung während der Kindheit sowie mit gestörten Familienverhältnissen. 11,0 % berichteten von emotionaler Misshandlung in der Kindheit, 30,1 % von körperlicher Gewalt, 19,9 % von sexuellem Missbrauch, 23,5 % hatten Alkoholmissbrauch in der Familie erlebt, 18,8 % wurden mit psychischen Krankheiten konfrontiert, 12,5 % mussten zusehen, wie ihre Mütter geschlagen wurden, und 4,9 % berichteten von Drogenmissbrauch in der Familie.

Die ACE-Studie zeigte, dass Erfahrungen von Kindheitsbelastungen sehr viel alltäglicher sind als normalerweise angenommen oder wahrgenommen wird, und dass sich eine sehr starke Beziehung zur Gesundheit im Erwachsenenalter ein halbes Jahrhundert später nachweisen ließ. Die Studie hat frühere Untersuchungen bestätigt, die hoch signifikante Beziehungen zwischen Erfahrungen von Kindheitsbelastungen und Depression, Suizidversuchen, Alkoholismus, Drogenmissbrauch, sexueller Promiskuität, häuslicher Gewalt, Rauchen, Fettleibigkeit, körperlicher Trägheit und sexuell übertragbaren Krankheiten finden konnten. Ferner wurde gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, Herzkrankheiten, Infarkte, Krebs, Diabetes, Frakturen und Leberkrankheiten zu entwickeln mit der Häufigkeit berichteter Erfahrungen an Kindheitsbelastungen zunahm.

Während isolierte traumatische Ereignisse diskrete konditionierte biologische sowie Verhaltensreaktionen bei den Erinnerungen an das Trauma produzieren, wie sie in der PTBS-Diagnose erfasst werden, haben chronische Misshandlung oder unvermeidlich wiederholte Traumatisierung von Kindern, die sich z. B. immer wieder medizinischen

oder chirurgischen Eingriffen unterziehen müssen, tiefgreifende Auswirkungen auf die Entwicklung der Psyche und des Gehirns. Chronische Traumatisierungen beeinträchtigen die neurobiologische Entwicklung und die Fähigkeit, sensorische, emotionale und kognitive Informationen als Ganzes zu integrieren. Entwicklungsstraumata schaffen die Voraussetzung für unfokussierte Reaktionen auf nachfolgenden Stress (Cicchetti u. Toth, 1995). Dies hat einen dramatischen Anstieg im Gebrauch von medizinischen, sozialen und psychiatrischen Diensten sowie Einrichtungen des Strafvollzugs zur Folge (Drossman et al., 1990). Personen mit traumatischen Kindheitsbelastungen, Misshandlung und Vernachlässigung machen fast die gesamte Population in Strafvollzugsanstalten aus (Teplin et al., 2002): Körperliche Misshandlung und Vernachlässigung sind mit einer sehr hohen Verhaftungsrate aufgrund von Gewaltverbrechen assoziiert. In einer prospektiven Studie mit Misshandlungs- und Vernachlässigungsoptionen zeigte sich, dass fast die Hälfte der 32-Jährigen nicht für Verkehrsdelikte verhaftet wurde (Widom u. Maxfield, 1996). Von den Straftätern, die Kindesmisshandlungen begangen hatten, berichteten 75 %, während ihrer Kindheit selbst Opfer sexueller Misshandlung gewesen zu sein (Romano u. De Luca, 1997). Diese Daten lassen den Schluss zu, dass die meisten interpersonellen Traumatisierungen der Kinder von Opfern begangen werden, die sich zu Straftätern und/oder wiederholten Opfern von Gewalt entwickelt haben. Diese Tendenz der Wiederholung stellt einen integralen Aspekt des Gewaltzyklus innerhalb unserer Gesellschaft dar.

## 2 Traumata, Bezugsperson und Affekttoleranz

Kinder lernen ihr Verhalten zu regulieren, indem sie die Reaktion ihrer Bezugsperson antizipieren (Schore, 1994). Diese Interaktionserfahrungen erlauben ihnen, „innere Arbeitsmodelle“ (internal working models; Bowlby, 1980) zu entwickeln. Die inneren Arbeitsmodelle eines Kindes entstehen durch die Verinnerlichung der affektiven und kognitiven Eigenschaften ihrer primären Bezugspersonen. Da frühe Erfahrungen im Kontext eines sich entwickelnden Gehirns stattfinden, sind neuronale Entwicklung und soziale Interaktion untrennbar verflochten. Wie Don Tucker (1992, S. 199) es ausgedrückt hat: „Für eine erfolgreiche Entwicklung des menschlichen Gehirns werden die wichtigsten Informationen eher von der sozialen als der physischen Umgebung übermittelt. Indem das Gehirn eines Babys anfängt, am Prozess der sozialen Informationsübertragung wirksam zu partizipieren, wird ein Zugang zur Kultur geschaffen.“

Frühe Bindungsmuster bestimmen die Qualität der Informationsverarbeitung während des ganzen Lebens (Crittenden, 1992). Sicher gebundene Kleinkinder lernen dem zu vertrauen, was sie fühlen und wie sie die Welt verstehen. Dies erlaubt ihnen, sich sowohl auf ihre Emotionen als auch auf ihre Gedanken zu verlassen, um auf die jeweilige Situation zu reagieren. Die Erfahrung, dass sie sich verstanden fühlen, gibt ihnen das Vertrauen in ihre Fähigkeit, Gutes zu bewirken und Menschen zu finden,

die ihnen bei der Suche nach einer Lösung helfen, wenn sie mit einer schwierigen Situation nicht zurechtkommen. Sicher gebundene Kinder erlernen ein komplexes Vokabular, um ihre Emotionen zu beschreiben (z. B. Liebe, Hass, Vergnügen, Abscheu und Wut). Dies erlaubt ihnen mitzuteilen, wie sie sich fühlen und wirksame Reaktionsstrategien zu formulieren. Sie verbringen mehr Zeit als misshandelte Kinder damit, physiologische Zustände wie Hunger und Durst und emotionale Zustände zu beschreiben (Cicchetti u. White, 1990).

In den meisten Situationen gelingt es den Eltern, ihren psychisch belasteten Kindern ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle zurückzugeben: Die Sicherheit der Bindung lindert traumabedingten Schrecken. Finden Traumata in der Gegenwart von Bezugsperson statt, die unterstützend – wenn auch hilflos – sind, dann ist es wahrscheinlich, dass das Kind die Reaktion des Elternteils nachahmt – je unorganisierter die Bezugsperson ist, desto unorganisierter ist auch das Kind (Browne u. Finkelhor, 1986). Ist der seelische Stress allerdings überwältigend oder ist die Bezugsperson selbst die Ursache des traumatischen Stresses, dann ist es für das Kind unmöglich, seine Erregung zu regulieren. Eine solche Situation verursacht einen Zusammenbruch seiner Fähigkeit, das Geschehene zu verarbeiten, zu integrieren und zu kategorisieren: Im Zentrum des traumatischen Stresses steht der Zusammenbruch der Fähigkeit, innere Zustände zu regulieren. Lässt die Belastung nicht nach, dissoziieren Kinder; die relevanten Empfindungen und Gefühle, Affekte und Kognitionen können nicht mehr miteinander verbunden werden (sie werden als sensorische Fragmente dissoziiert, van der Kolk u. Fislser, 1995). Die Folge ist, dass diese Kinder nicht begreifen können, was gerade passiert, oder außerstande sind, passende Handlungspläne zu entwickeln und anzuwenden.

Wenn die Bezugsperson emotional abwesend, inkonsistent, frustrierend, gewalttätig, überwältigend oder vernachlässigend ist, ist das Kind in Gefahr, unerträglichem traumatischen Stress ausgesetzt zu sein, und wird wahrscheinlich kein Gefühl dafür entwickeln können, dass die äußere Umwelt Erleichterung und Hilfe zu bieten vermag. Darum haben Kinder mit einem unsicheren Bindungsmuster Schwierigkeiten, sich auf die Hilfe anderer zu verlassen, und gleichzeitig schaffen sie es nicht, ihre emotionalen Zustände selbst zu regulieren. Infolgedessen erleben sie übermäßige Angstgefühle, Wut und Sehnsucht danach, versorgt zu werden. Diese Gefühle können so extrem sein, dass sie dissoziative Zustände oder gegen sich selbst gerichtete Aggressionen aktivieren. Innerlich ausgeklügelte, dissoziierte und übererregte Kinder lernen, was sie fühlen (ihre Emotionen) und/oder wahrnehmen (ihre Kognitionen) zu ignorieren.

Ist es Kindern unmöglich, ein Gefühl der Kontrolle und Sicherheit zu gewinnen, werden sie hilflos. Ist es ihnen unmöglich zu verstehen, was gerade passiert und sind sie nicht in der Lage, etwas zu verändern, dann reagieren sie unmittelbar auf einen (Angst-) Reiz mit einer (Kampf-/Flucht-/Erstarrungs-)Reaktion, ohne etwas aus dieser Erfahrung lernen zu können. Später neigen sie dazu, wenn sie Erinnerungen an das Trauma (Empfindungen, physiologische Zustände, Bilder, Geräusche, Situationen) abermals ausgesetzt sind, so katastrophisch zu reagieren, als würden sie noch einmal traumatisiert (Streeck-Fischer u. van der Kolk, 2000). Viele Probleme von traumatisierten Kindern

können als Anstrengungen verstanden werden, objektive Bedrohungen zu minimieren und ihre emotionale Not zu regulieren (Pynoos u. Nader, 1989). Solange die Bezugspersonen die Bedeutung dieser Wiederholungen nicht verstehen, neigen sie dazu, das Kind als „aufsässig“, „rebellisch“, „unmotiviert“ und „antisozial“ wahrzunehmen.

### 3 Die Dynamik der Kindheitstraumatisierung

Kleinere Kinder, die noch im Hier und Jetzt „eingebettet“ sind und nicht die Möglichkeit haben, sich selbst aus einer Perspektive des größeren Kontextes zu sehen, sind darauf angewiesen, sich selbst als Zentrum des Universums wahrzunehmen: Alles was passiert, ist direkt mit ihren eigenen Empfindungen verbunden. Zur Entwicklung gehört es zu lernen, wie man seine Erfahrungen meistert und sich zu eigen macht, sowie die Gegenwart als Teil der eigenen, persönlichen Erfahrungen über die Zeit hinweg zu erleben (Kegan, 1982). Piaget bezeichnete diese Fähigkeit als „Dezentrierung“: die eigenen Reflexe, Bewegungen und Empfindungen nicht mehr zu „sein“, sondern sie zu „haben“.

Vorhersagbarkeit und Kontinuität sind entscheidend, um Kausalität zu begreifen, einen Sinn dafür zu entwickeln, und zu lernen, wie Erfahrungen kategorisiert werden. Kinder brauchen Kategorien, um eine bestimmte Erfahrung in einen größeren Kontext einbetten zu können. Nur wenn ihnen dies gelingt, können sie erfassen, was gegenwärtig um sie herum geschieht und auf eine Reihe von Optionen zurückgreifen, mit denen sie den Ausgang von Ereignissen beeinflussen können. Die Vorstellung, selbst eine aktive Rolle spielen zu können, befähigt zu problemfokussierter Bewältigung (Streeck-Fischer u. van der Kolk, 2000).

Wenn Kinder unkontrollierbarem Stress ausgesetzt sind und die Bezugsperson es nicht übernimmt, die Erregung des Kindes zu modulieren, wie dies bei Kindern der Fall ist, die einem dysfunktionalen oder gewalttätigen familiären Umfeld ausgesetzt sind, wird das Kind die gemachten Erfahrungen nicht in kohärenter Weise organisieren oder kategorisieren können. Im Gegensatz zu Erwachsenen haben Kinder nicht die Möglichkeit, Anzeige zu erstatten, umzuziehen oder sich auf andere Weise zu schützen – sie sind auf ihre Bezugsperson angewiesen, um einfach nur überleben zu können. Wenn Traumata innerhalb der Familie erwachsen, geraten Kinder in eine Loyalitätskrise und organisieren ihr Verhalten so, um in der Familie überleben zu können. Unfähig zu artikulieren, was sie beobachten und erleben, organisieren traumatisierte Kinder ihr Verhalten auf eine Weise, die es ihnen erlaubt, das Geheimnis zu bewahren. Sie bewältigen ihre Hilflosigkeit durch Fügsamkeit oder Trotz, und passen sich irgendwie an die misshandelnden und vernachlässigenden Bedingungen an (Summit, 1983). Wenn Fachleuten das Bedürfnis der Kinder, sich an die traumatisierende Umgebung anzupassen, nicht bewusst ist und sie von ihnen erwarten, sich entsprechend den Erwachsenennormen von Selbstbestimmtheit und autonomen, rationalen Entscheidungen zu verhalten, dann lösen die fehlangepassten Verhaltensweisen der Kinder bei ihnen Abscheu und Zurück-

weisung aus. Das Ignorieren dieser Hintergründe führt dazu, dass die Kinder für Verhaltensweisen stigmatisiert werden, die dazu angelegt sind, das Überleben zu sichern.

Sich selbst überlassen zu sein, führt bei chronisch traumatisierten Kindern zu Defiziten in der emotionalen Selbstregulierung. Dies hat Probleme in der Selbstdefinition zur Folge, was sich widerspiegelt 1) in einem mangelnden überdauerenden Selbstgefühl, 2) schlecht modulierter Affekt- und Impulskontrolle (insbesondere Aggression gegen sich selbst und gegen andere) und 3) Unsicherheit hinsichtlich der Zuverlässigkeit und Berechenbarkeit von Anderen, was sich in Misstrauen, Verdächtigungen und Problemen mit Intimität ausdrückt und zu sozialer Isolation führt (Cole u. Putnam, 1992). Chronisch traumatisierte Kinder neigen zu spezifischen Veränderungen ihrer Bewusstseinszustände; hierzu zählen Amnesie, Hypermnesie, Dissoziation, Depersonalisation und Derealisation (Steiner, Garcia, Matthews, 1997), Flashbacks und Alpträume von spezifischen Ereignissen, Schulprobleme, Schwierigkeiten mit der Aufmerksamkeitsregulierung, der zeitlichen und räumlichen Orientierung und Störungen der sensumotorischen Entwicklung. Sie sind buchstäblich ohne Berührung zu ihren Gefühlen und es fehlen ihnen die Worte, um innere Zustände zu beschreiben (Cicchetti u. White, 1990).

Ein fehlender Sinn für die Berechenbarkeit beeinträchtigt die Entwicklung der Objekt Konstanz – den Mangel an inneren Repräsentanzen in Bezug auf die eigene innere Welt oder die soziale Umwelt. Infolge dessen fehlt ihnen ein gutes Gespür für Ursache und Wirkung und ihre eigene Beteiligung an dem, was ihnen widerfährt. Ohne innere Landkarten, die ihnen den Weg weisen könnten, handeln sie, anstatt zu planen und zeigen ihre Wünsche durch ihr Verhalten, statt über ihre Wünsche zu sprechen (Streeck-Fischer u. van der Kolk, 2000). Unfähig, sich selbst oder auch andere wertzuschätzen, fällt es ihnen schwer, andere Menschen als Verbündete für ihre Interessen zu sehen. Andere Menschen sind Quellen des Schreckens oder des Vergnügens, aber kaum Mitmenschen mit eigenen Bedürfnissen und Sehnsüchten. Sie haben Schwierigkeiten im Umgang mit Neuem. Ohne innere Bezugssysteme, mit denen sie vergleichen und zuordnen könnten, ist alles Neue potenziell eine Bedrohung. Was vertraut ist, wird in der Regel als sicherer erfahren, selbst dann, wenn es eine vorhersehbare Quelle des Schreckens ist (Streeck-Fischer u. van der Kolk, 2000).

Diese Kinder teilen eher selten spontan ihre Ängste und traumatischen Belastungen mit, und sie können kaum Verbindung herstellen zwischen dem, was sie tun, was sie fühlen und was ihnen passiert ist. Sie neigen dazu, ihre traumatische Vergangenheit in den zwischenmenschlichen Inszenierungen, in ihren Spielen und in ihren Fantasien zu wiederholen.

#### **4 Kindheitstraumata und psychiatrische Erkrankungen**

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist nicht die häufigste psychiatrische Diagnose bei Kindern mit chronischer Traumatisierung. So waren z. B. in einer Studie mit 364 misshandelten Kindern (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, Dykman, 1998)



die verbreitetsten Diagnosen, sortiert nach Häufigkeit, die Trennungsangststörung, die oppositionelle Störung (ODD), Phobien, PTBS und ADHS. Zahlreiche Studien stellen bei traumatisierten Kindern Probleme fest mit unmodulierter Aggression und Impulskontrolle (Lewis u. Shanok, 1981; Steiner, Garcia, Matthews, 1997), dissoziativen und Aufmerksamkeitsproblemen (z. B. Teicher et al., 2003) und Schwierigkeiten in der Gestaltung von Beziehungen mit elterlichen oder anderen Bezugspersonen, Gleichaltrigen und später mit Intimpartnern (Schneider-Rosen u. Cicchetti, 1984).

Körperliche und sexuelle Übergriffe in der Kindheit sind mit einer Reihe von anderen psychiatrischen Erkrankungen in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter verbunden wie Drogenmissbrauch, Borderline- und antisoziale Persönlichkeit, Essstörungen, dissoziative, affektive, somatoforme und sexuelle Störungen, kardiovaskuläre, metabolische und Immun-Erkrankungen (Breslau et al., 1997; Cloitre, Tardiff, Marzuk, Leon, Portera, 2001; Dube et al., 2001; Felitti et al., 1997; Finkelhor u. Kendall-Tackett, 1997; Herman, Perry, van der Kolk, 1989; Kilpatrick et al., 2000, 2003; Lyons-Ruth u. Jacobovitz, 1999; Margolin u. Gordis, 2000; Putnam u. Trickett, 1997; van der Kolk, Perry, Herman, 1991; Wilson, van der Kolk, Burbidge, Fidler, Krudin, 1999; Zlotnick et al., 1996).

Ergebnisse des DSM-IV Feldversuchs weisen darauf hin, dass Traumatisierungen ihre tiefgreifendsten Auswirkungen während des ersten Lebensjahrzehnts haben und mit zunehmendem Alter immer umschriebener werden, d. h. sich mehr und mehr zu einer „reinen“ PTBS entwickeln (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Mandel, Spinazzola, 2005). Die Diagnose PTBS ist nicht entwicklungsensibel und beschreibt unzureichend die Auswirkung der Kindheitstraumata auf das sich noch entwickelnde Kind. Da mehrfach missbrauchte Kleinkinder und Kinder oft Entwicklungsverzögerungen über ein breites Spektrum einschließlich kognitiver, sprachlicher, motorischer und sozialer Fähigkeiten aufweisen (Culp, Heide, Richardson, 1987), neigen sie zu sehr komplexen Störungen mit einer Vielfalt von unterschiedlichen, oft wechselhaften Symptomen.

Da es gegenwärtig jedoch keine andere diagnostische Entität gibt, die die tiefgreifenden Auswirkungen von Traumata auf die Entwicklung des Kindes beschreibt, bekommen diese Kinder eine Reihe von „komorbiden“ Diagnosen, so als ob sie unabhängig von den PTBS-Symptomen auftreten. Keine dieser Diagnosen wird der Bandbreite der Probleme der traumatisierten Kinder gerecht und keine von ihnen bietet Leitlinien für eine effektive Präventions- und Interventionsarbeit. Durch die Aufspaltung der vollen Bandbreite der traumabezogenen Probleme in scheinbar nicht zugehörige „komorbide“ Zustände besteht die Gefahr, dass fundamentale traumabezogene Störungen einer wissenschaftlichen Untersuchung vorenthalten bleiben und Kliniker wenig hilfreiche Heilbehandlungen anwenden.

## 5 Auf dem Weg zur Diagnose der traumatisch bedingten Entwicklungsstörung

Die Frage, wie man die sehr komplexen emotionalen, Verhaltens- und neurobiologischen Folgeerscheinungen von Kindheitstraumata am besten zusammenfasst, hat Kliniker in



den letzten Jahrzehnten sehr beschäftigt. Weil das DSM-IV mit der PTBS bisher nur eine Diagnose für Traumatisierungen anbietet, die erst im Erwachsenenalter auftritt, wird diese Klassifikation auch häufig für traumatisierte Kinder angewandt. Allerdings erfüllen die meisten traumatisierten Kinder nicht die diagnostischen Kriterien einer PTBS (Kiser, Heston, Millsap, Pruitt, 1991), das bedeutet, dass die Diagnose einer PTBS die Vielzahl von Belastungen über kritische Entwicklungszeiträume hinweg nicht erfasst.

Darüber hinaus erfasst die PTBS-Diagnose nicht die Entwicklungsauswirkungen von Kindheitstraumata: die komplexen Störungen der Affektregulierung, die gestörten Bindungsmuster, die rasanten Regressionen im Verhalten und die Wechsel in den emotionalen Zuständen, den Verlust von autonomen Bestrebungen, das aggressive Verhalten gegen sich selbst und Andere, das Misslingen beim Erreichen von Entwicklungs Kompetenzen, den Verlust der Körperregulation in den Bereichen Schlaf, Ernährung und Selbstpflege; die veränderten Schemata von der Welt; das veränderte vorausschauende Verhalten und die traumatische Erwartungen; die multiplen somatischen Probleme, von gastrointestinalem Distress bis zu Kopfschmerzen; das offenkundige Fehlen des Bewusstseins für Gefahren und dem daraus resultierenden selbstgefährdendem Verhalten; der Selbsthass und die Scham sowie die chronischen Gefühle von Wirkungslosigkeit.

Interessanterweise sind viele Formen interpersoneller Traumata, vor allem emotionale Misshandlung, Vernachlässigung, Trennung von den Bezugspersonen, traumatischer Verlust und unangemessenes sexuelles Verhalten nicht im DSM-IV unter "Kriterium A" der Definition des traumatischen Ereignisses zu finden, das eine Erfahrung von „tatsächlichem oder angedrohtem Tod oder schwerwiegenden Verletzungen oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit von sich selbst und anderen“ (S. 427) einschließt.

Kinder, die diesen häufigen Formen interpersoneller Belastungserfahrungen ausgesetzt sind, erhalten normalerweise keine PTBS-Diagnose, es sei denn, dass sie Erfahrungen oder Ereignissen ausgesetzt waren, die als „traumatisch“ eingeordnet werden, selbst wenn sie Symptome haben, die eigentlich eine PTBS-Diagnose rechtfertigen. Diese Feststellung hat mehrere Implikationen für die Diagnose und die Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Formen von Kindheitstraumatisierung (Non-Kriterium A) – wie die emotionale Misshandlung und traumatischer Verlust – sind nachweisbar mit PTBS-Symptomen und Beeinträchtigungen der Selbstregulation bei Kindern (Basile, Arias, Desai, Thompson, 2004) und bis ins Erwachsenenalter verbunden (Higgins u. McCabe, 2003). Daher muss die Klassifizierung und Einordnung von traumatischen Ereignissen möglicherweise viel breiter definiert werden, und die Behandlung muss unmittelbar die Folgen dieser interpersonellen Belastungen angesichts ihrer Prävalenz und der potentiell schwerwiegenden negativen Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern und ihre emotionale Gesundheit direkt ansprechen.

Die Arbeitsgruppe zu komplexen Traumatisierungen des National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) hat sich mit der Frage einer präziseren Diagnose für Kinder mit einer komplexen Traumahintergrund beschäftigt. In dem Bemühen, klarer darzustellen, woran diese Kinder leiden, und einen Leitfaden für sinnvolle Behandlungen zu erstellen, hat diese Arbeitsgruppe eine neue Diagnose konzeptualisiert, die provisorisch als Deve-

lopmental Trauma Disorder<sup>3</sup> bezeichnet wird. Diese vorgeschlagene Diagnose ist auf den Aspekt der getriggerten Dysregulation als Antwort auf traumatische Erinnerungen, Stimulusgeneralisierung und die antizipatorische Organisation des Verhaltens ausgerichtet – als Präventivmaßnahme zur Vermeidung von traumatischen Belastungen.

Tabelle 1: Aspekte der Entwicklungsstrauma-Störung

Entwicklungsstrauma-Störung
<p><b>A. Exposition</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Häufige oder chronische Exposition gegenüber einem oder verschiedenen entwicklungshemmenden zwischenmenschlichen Traumatisierungen (Verlassenwerden, Vertrauensbruch, körperliche Übergriffe, sexuelle Übergriffe, Bedrohungen der körperlichen Unversehrtheit, Zwangspraktiken, emotionale Misshandlung, Zeuge von Gewalt und Tod).</li> <li>2. Subjektive Erfahrungen (Wut, Vertrauensbruch, Angst, Resignation, Demütigung, Beschämung).</li> </ol> <p><b>B. Getriggertes Muster wiederholter Dysregulation als Reaktion auf Traumareize</b>  Dysregulation (hohe oder niedrige) in Anwesenheit von Reizen, Veränderungen halten an, kehren nicht zur Baseline zurück und werden durch Bewusstmachen nicht in ihrer Intensität reduziert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affektiv</li> <li>• Somatisch (physiologisch, motorisch, psychosomatisch)</li> <li>• Im Verhalten (z. B. Reinszenierung, Selbstverletzung)</li> <li>• Kognitiv (denken, dass es wieder passiert, Verwirrtheit, Dissoziation, Depersonalisierung)</li> <li>• In Beziehungen (Klammern, aufsässiges Verhalten, misstrauisch, fügsam)</li> <li>• Selbstattribution (Selbsthass und -beschuldigung)</li> </ul> <p><b>C. Anhaltende veränderte Attributionen und Erwartungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negative Selbstattributionen</li> <li>• Misstrauen gegenüber beschützenden Bezugspersonen</li> <li>• Verlust der Erwartung, durch andere geschützt zu werden</li> <li>• Verlust von Vertrauen, durch soziale Institutionen geschützt zu werden</li> <li>• Mangelnder Rückgriff auf soziale Gerechtigkeit/Vergeltung</li> <li>• Unvermeidbarkeit der Opferrolle</li> </ul> <p><b>D. Funktionelle Beeinträchtigungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erziehung/Bildung</li> <li>• Familie</li> <li>• Gleichaltrige</li> <li>• Rechtlich</li> <li>• Beruflich</li> </ul>

Diese provisorische Diagnose einer „Entwicklungsstrauma-Störung“ (DTD) basiert auf der Vorstellung, dass die mehrfache Exposition interpersoneller Traumatisierung, wie z. B. Verlassenwerden, Betrug, körperliche oder sexuelle Übergriffe oder Zeuge von häuslicher Gewalt zu sein, konsistente und vorhersehbare Folgen in vielen Be-

3 Die Mitglieder der NCTSN Developmental Trauma Disorders Arbeitsgruppe sind: Marylene Cloitre, Julian Ford, Alicia Lieberman, Frank Putnam, Robert Pynoos, Glenn Saxe, Michael Scheeringa, Joseph Spinazzola and Bessel van der Kolk, mit Beiträgen von Michael DeBellis, Allan Steinberg und Martin Teicher.

reichen des Funktionierens hat. Chronisch traumatische Erfahrungen erzeugen 1) *intensive Affekte* wie Wut, Angst, Resignation, Gefühle von Niederlage, Verrat und Beschämung; und 2) *Versuche, die Wiederholung solcher Emotionen abzuwehren*, einschließlich dem Vermeiden von Erfahrungen, die diese herbeiführen könnten oder eines Verhaltens, das ein subjektives Gefühl der Kontrolle angesichts potentieller Bedrohungen gibt. Diese Kinder neigen dazu, ihre Traumata *auf der Verhaltensebene* entweder als Täter, in aggressiven und sexuellen Handlungen gegenüber anderen Kindern, oder mit erstarrten Vermeidungsreaktionen *zu wiederholen*. Ihre physiologische Dysregulation kann zu *multiplen somatischen Problemen* führen, wie z. B. Kopf- und Bauchschmerzen als Antwort auf Gefühle von Angst und Hilflosigkeit.

Persistierende Empfindlichkeit für traumatische Erinnerungen behindert die Entwicklung von Affektregulation und führt zu langfristiger *emotionaler Dysregulation und plötzlichen Verhaltensveränderungen*. Ihre Über- wie Unterreaktionen manifestieren sich in mehreren Bereichen: emotional, körperlich, im Verhalten, kognitiv und in Beziehungen. Sie zeigen auf unbedeutende Reize ängstliche, heftige oder ausweichende emotionale Reaktionen, die bei sicher gebundenen Kindern keine signifikanten Auswirkungen haben würden. Nachdem diese Kinder in Erregung geraten sind, haben sie *große Schwierigkeiten ihre Homöostase wiederherzustellen* und zu einer Baseline zurückzufinden. Einsicht in und Verständnis für die Ursachen ihrer Reaktionen haben offenbar wenig Auswirkung.

Neben den konditionierten physiologischen und emotionalen Reaktionen auf die traumatischen Erinnerungen, die charakteristisch für PTBS sind, entwickeln komplex traumatisierte Kinder *eine Sicht der Welt, die Vertrauensbruch und Schmerz beinhaltet*. Sie *antizipieren das Trauma und erwarten, dass es wieder auftritt* und reagieren mit Hyperaktivität, Aggression, Unterwerfung oder Erstarrung auf geringfügige Stressbelastungen.

Ihre Kognitionen sind von traumatischen Erinnerungen beeinflusst: Sie neigen dazu *konfus, dissoziiert und desorientiert* zu reagieren, wenn sie mit belastenden Reizen konfrontiert werden. Sie *fehlinterpretieren Ereignisse* schnell in Richtung einer Wiederkehr des Traumas und der Hilflosigkeit, was dazu führt, dass sie *ständig ängstlich, auf der Hut sind und überreagieren*. Schließlich durchdringen die Erwartungen einer Wiederkehr des Traumas ihre Beziehungen. Dies zeigt sich in *negativen Selbstattributionen, einem Vertrauensverlust in die Bezugspersonen* und als Verlust an Hoffnung, dass jemand sich um sie kümmert und ihnen ein Gefühl von Geborgenheit gibt. Sie verlieren die Erwartung, beschützt zu werden und handeln dementsprechend. *So organisieren sie ihre Beziehungen um diese Erfahrung herum oder versuchen Verlassenwerden oder Opferwerden zu verhindern*. Dies zeigt sich im exzessiven Klammern, vordergründiger Anpassung, oppositionellem Trotz und misstrauischem Verhalten, oder in der zwanghaften Beschäftigung mit Vergeltung und Rache.

All diese Probleme äußern sich in Dysfunktionen in mehreren Bereichen: Bildung, Familie, Peerbeziehung, rechtliche Probleme und Schwierigkeiten, einen Arbeitsplatz zu halten.

## 6 Implikationen für die Behandlung

In der Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen wird man oft mit einem schmerzlichen Dilemma konfrontiert bei der Frage, ob man sie in der Obhut von Personen oder Institutionen belässt, die der Ursprung ihrer Verletzungen und Bedrohung sind, oder ob man sie mit Verlust und Trennungsschmerz konfrontieren sollte, indem man das Kind aus der familiären Umgebung und von Personen entfernt, an die sie intensiv gebunden sind, die aber wahrscheinlich weitere substantielle Schädigungen verursachen (Streeck-Fischer u. van der Kolk, 2000).

### 6.1 Herstellen von Sicherheit und Kompetenz

Komplex traumatisierte Kinder müssen darin unterstützt werden, ihre Aufmerksamkeit auf Beschäftigungen zu lenken die sie 1) nicht an traumabezogene Trigger erinnern und 2) ihnen ein Gefühl von Freude und Beherrschung geben. Sicherheit, Vorhersehbarkeit und „Spas“ sind essentiell für die Entwicklung der Fähigkeit zu beobachten, was vor sich geht, dies in einen größeren Kontext einzubetten und physiologische und motorische Selbstregulation zu initiieren. Zuallererst brauchen diese Kinder Hilfe dabei, anders zu reagieren als mit ihren habituellen Kampf-/Flucht-/Erstarrungsreaktionen (Streeck-Fischer u. van der Kolk, 2000). Nur wenn die Kinder die Fähigkeit entwickeln, auf vergnügliche Aktivitäten zu fokussieren, ohne dabei zu desorganisieren, haben sie die Chance, die Fähigkeit zu entwickeln mit anderen Kindern zu spielen, bei einfachen Gruppenaktivitäten mitzumachen und mit komplexeren Aufgaben umzugehen .

### 6.2 Der Umgang mit traumatischen Reinszenierungen

Nach multiplen Traumatisierungen sind Traumamarkierungen in vielen Bereichen des kindlichen Verhaltenrepertoires zu finden. Dies manifestiert sich auf verschiedene Weise: z. B. in ängstlichen Reaktionen, aggressivem und sexuellem Ausagieren, Vermeidung und unkontrollierten emotionalen Reaktionen. Solange diese Tendenz – das Wiederholen des Traumas – nicht erkannt wird, wird die Reaktion der Umwelt sehr wahrscheinlich eine Wiederholung der ursprünglichen traumatisierenden, misshandelnden aber vertrauten Beziehungen darstellen. Da diese Kinder anfällig dafür sind, alles Neue, einschließlich Regeln und andere schützende Interventionen als Bestrafungen anzusehen, neigen sie dazu, ihre Lehrer und Therapeuten, die Sicherheit herzustellen versuchen, als Täter wahrzunehmen (Streeck-Fischer u. van der Kolk, 2000).

### 6.3 Beachtung des Körpers: Integration und Beherrschung

Etwas zu beherrschen ist vor allem eine körperliche Erfahrung: das Gefühl, sich einer Sache anzunehmen, gelassen und fähig zu sein, fokussierte Anstrengungen zu unternehmen, um die selbst gesetzten Ziele zu erreichen. Diese Kinder erfahren die

traumabezogene Übererregung und Betäubung auf einer sehr tiefen somatischen Ebene. Ihre Übererregung wird offensichtlich in ihrer Unfähigkeit zur Ruhe zu kommen und ihrem hohen Grad an Irritabilität. Kindern mit „erstarrten“ Reaktionsmustern muss dabei geholfen werden, ihre Neugier wieder zu wecken und ihre Umwelt zu erforschen. Sie vermeiden, sich in Aktivitäten zu engagieren, da sich jede Aufgabe unerwartet einen traumatischen Trigger verwandeln könnte. Neutrale, „spaßige“ Aufgaben und körperliche Spiele können ihnen das Wissen vermitteln, wie es sich anfühlt, entspannt zu sein und ein Gefühl der körperlichen Beherrschung zu haben.

Bei verängstigten Kindern steht im Zentrum der therapeutischen Arbeit, ihnen bei der Wahrnehmung zu helfen, dass sie ihre früheren Erfahrungen wiederholen, und Bewältigungen zu finden, die neue Verbindungen zwischen ihren Erfahrungen, Emotionen und körperlichen Reaktionen ermöglichen.

Bedauerlicherweise übernehmen Medikamente viel zu oft die Funktion, Kindern bei ihrer Suche nach notwendigen Kompetenzen im Umgang mit und der Beherrschung ihrer unangenehmen körperlichen Empfindungen zu helfen. Damit sie ihre traumatischen Erfahrungen „verarbeiten“ können, müssen diese Kinder zuallererst einen sicheren Ort haben, wo sie ihre Traumata „anschauen“ können, ohne diese zu wiederholen und erneut wahr werden zu lassen (Streeck-Fischer u. van der Kolk, 2000).

## Literatur

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse Negl.*, 22, 759-774.
- Basile, K. C., Arias, I., Desai, S., Thompson, M. P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 413-421.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E. L., Schultz, L. R. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1044-1048.
- Browne, A., Finkelhor, D. (1986). Impact of Child Abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Children's Bureau, Agency for Children and Families (2003). *Child Maltreatment 2001: Reports from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System*.
- Cicchetti, D., White, J. (1990). Emotion and developmental psychopathology. In N. Stein, B., Leventhal, T. Trebasso (Hrsg.), *Psychological and biological approaches to emotion* (S. 359-382). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. (1995). Developmental psychopathology and disorders of affect. In D. Cicchetti, D. J. Cohen (Hrsg.), *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation*. Wiley series on personality processes (S. 369-420). New York: Wiley.
- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A., C., Portera, L. (2001). Consequences of Childhood Abuse Among Male Psychiatric Inpatients: Dual Roles as Victims and Perpetrators. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 47-61.

- Cole, P. M., Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: developmental psychopathology perspective. *J Consult Clin Psychol*, 60, 174-184.
- Crittenden, P. M. (1992). Treatment of anxious attachment in infancy and early childhood. *Development and Psychopathology*, 4, 575-602.
- Culp, R. E., Heide, J., Richardson, M. T. (1987). Maltreated children's developmental scores: treatment vs. non treatment. *Child Abuse Negl.*, 11, 29-34.
- Drossman, D. A., Leserman, J., Nachman, G., Li, Z., Gluck, H., Toomey, T. C., Mitchell, C. M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine*, 113, 828-833.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089-3096.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Willimason, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1997). Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14, 245-258.
- Finkelhor, D., Kendall-Tackett, K. (1997). A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse and violent victimization. In D. Cicchetti, S. Toth (Hrsg.), *Rochester symposium on developmental psychopathology and developmental perspectives on trauma* (S. 1-32). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Herman, J. L., Perry, J. C., van der Kolk, B. A. (1986). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 22, 231-237.
- Higgins, D. J., McCabe, M. P. (2003). Maltreatment and family dysfunction in childhood and the subsequent adjustment of children and adults. *Journal of Family Violence*, 18, 107-120.
- Kegan, R. (1982). *The evolving self*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., Best, C. L., Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 19-30.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., Best, C. L. (2003). Violence and risk PTSD, major depression, substance abuse/dependence and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692-700.
- Kiser, L. J., Heston, J., Millsap, P. A., Pruitt, D. B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: relationship with post-traumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30, 776-783.
- Lewis, D. O., Shanok, S. S. (1981). Perinatal difficulties, head and face trauma, and child abuse in the medical histories of seriously delinquent children. *Am J Psychiatry*, 136, 419-423.
- Lyons-Ruth, K., Jacobovitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy, P. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment theory and research* (S. 520-554). New York: Guilford Press.
- Margolin, G., Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.
- Putnam, F., Trickett, P. K. (1997). The psychobiological effects of sexual abuse, a longitudinal study. *Annals of the New York Academy of Science*, 821, 150-159.

- Pynoos, R. S., Frederick, C. J., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F., Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school age children. *Arch Gen Psychiatry*, 44,1057-1063.
- Romano, E., De Luca, R. V. (1997). Exploring the relationship between childhood sexual abuse and adult sexual perpetration. *Journal of Family Violence*, 12, 85-98.
- Schneider-Rosen, K., Cicchetti, D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual selfrecognition. *Child Dev.*, 55, 648-658.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Steiner, H., Garcia, I. G., Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 357-365.
- Streeck-Fischer, A., van der Kolk, B. (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.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7, 177-193.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev.*, 27, 33-44.
- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K., Mericle, A. A. (2002). Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*. 59, 1133-1143.
- Tucker, D. M. (1992). Developing emotions and cortical networks. In M. R. Gunnar, C. A. Nelson (Hrsg.), *Minnesota symposium on Child Psychology*, Vol. 24. Hillsdale: Erlbaum.
- van der Kolk, B. A., Fislser, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 505-525.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American journal of psychiatry*, 148,1665-71.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Mandel, F. S., Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389-399.
- Widom, C. S., Maxfield, M. G. (1996). A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children. *Annals New York Academy of Science*, 224-237.
- Wilson, S. N., van der Kolk, B. A., Burbridge, J., Fislser, R., Kradin, R. (1999). Phenotype of blood lymphocytes in PTSD suggests chronic immune activation. *Psychosomatics*, 40, 222-225.
- Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., et al. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 195-205.

**Korrespondenzschrift:** Bessel A. van der Kolk, M.D., Boston University School of Medicine, 1269 Beacon Street, Brookline MA 02446; E-Mail: bvanderk@traumacenter.org