

**Die Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen:
Auswirkungen der revidierten ICD-11 Kriterien und Implikationen
für die Behandlung**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophisch-Pädagogischen Fakultät

der

Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt

vorgelegt von

Rebekka Eilers

in Eichstätt

2021

Referentin: Prof. Dr. Rita Rosner

Korreferentin: Prof. Dr. Hanna Christiansen

Tag der Disputation: 09. November 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung und Abstract.....	1
1.1 Zusammenfassung	1
1.2 Abstract.....	3
2. Hintergrund	5
2.1 Die PTBS im Kindes- und Jugendalter.....	5
2.1.1 Kriterien der klassischen und komplexen PTBS.....	6
2.1.2 Entwicklungsbezogene Passung der PTBS-Kriterien	10
2.1.3 PTBS _{ICD-11} und kPTBS _{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen.....	11
2.2 Ausgewählte Fragestellungen in Bezug auf die Behandlung Posttraumatischer Belastungssymptomatik.....	14
2.2.1 Evidenzbasierte Behandlungen für kPTBS _{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen....	14
2.2.2 Behandlungsbereitschaft von Therapeutinnen und Therapeuten	17
3. Darstellung des Dissertationsvorhabens.....	20
3.1 Relevanz und Herleitung der Fragestellungen.....	20
3.2 Zielsetzung des Dissertationsvorhabens	22
4. Zusammenfassung der Publikationen	23
4.1 Publikation 1: Häufigkeitsraten für PTBS _{ICD-11} und kPTBS _{ICD-11}	23
4.2 Publikation 2: Anwendbarkeit von entwicklungsangepasster kognitiver Verhaltenstherapie zur Behandlung von kPTBS _{ICD-11}	25
4.3 Publikation 3: Übersicht und Einordnung der PTBS _{ICD-11} - und kPTBS _{ICD-11} -Kriterien anhand des aktuellen Forschungsstands	27

4.4 Publikation 4: Behandlungsbereitschaft von approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	29
5. Diskussion und Ausblick.....	31
5.1 Häufigkeitsraten und Gruppenunterschiede von PTBS _{ICD-11} und kPTBS _{ICD-11}	32
5.2 Behandlung von Posttraumatischer Belastungssymptomatik.....	34
5.3 Limitationen der durchgeführten Studien.....	36
5.3 Perspektiven für die Forschung	38
5.4 Implikationen für die Praxis	40
5.5 Fazit	41
6. Literaturverzeichnis	42
7. Anhang.....	LV
Anhang A: Eigener Beitrag	LV
Anhang B: Publikationsverzeichnis.....	LVII
Anhang C: Danksagung.....	LX
Anhang E: Eidesstattliche Erklärungen.....	LXI

1. Zusammenfassung und Abstract

1.1 Zusammenfassung

Die vorliegende publikationsbasierte Dissertation befasst sich mit bisher kaum untersuchten Aspekten der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und ihrer Behandlung bei Kindern und Jugendlichen. Es werden Einflüsse und Implikationen der revidierten ICD-11 Kriterien betrachtet sowie die Bereitschaft von Psychotherapeut_innen, eine traumafokussierte Behandlung anzubieten.

Die elfte Auflage der *International Classification of Diseases* (ICD-11) enthält enger gefasste PTBS-Kriterien und führt die neue Diagnose komplexe PTBS (kPTBS) ein. Die kPTBS_{ICD-11} wird beschrieben durch die PTBS_{ICD-11}-Kriterien und weitere Symptome der *Schwierigkeiten in der Selbstorganisation*. Um die Auswirkungen der veränderten Kriterien bei jungen Patient_innen zu untersuchen, verglich eine erste Publikation in einer klinischen Stichprobe ($N = 83$, 14-21 Jahre) die Häufigkeiten verschiedener PTBS-Versionen und die Unterschiede zwischen Patient_innen mit PTBS_{ICD-11}, kPTBS_{ICD-11} und denjenigen, die nicht die PTBS_{ICD-11}-Kriterien erfüllten. Die Häufigkeit von PTBS_{ICD-11} war im Vergleich zu anderen Versionen der PTBS-Kriterien im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) oder der ICD geringer. Die diagnostische Übereinstimmung mit PTBS_{DSM-IV}, PTBS_{DSM-5} und PTBS_{ICD-10} war gering. Im Vergleich zu Patient_innen ohne PTBS_{ICD-11} berichteten Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11} stärkere dissoziative und depressive Symptomatik und häufiger komorbide Diagnosen. Spezifische Behandlungsempfehlungen für kPTBS_{ICD-11} bei jungen Patient_innen stehen noch aus und die neue Diagnose muss auch in Bezug auf ihren Nutzen für die Behandlungsplanung bewertet werden. Daher wurde in einer zweiten Publikation die Anwendbarkeit der entwicklungsangepassten kognitiven Verhaltenstherapie (E-KVT) bei kPTBS_{ICD-11} untersucht. Die Behandlungsgruppe ($N = 44$, 14-21 Jahre) einer randomisiert kontrollierten Studie wurde in eine kPTBS_{ICD-11}-Gruppe ($n = 19$) und eine PTBS_{DSM-IV}-Gruppe ($n = 25$) aufgeteilt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass E-KVT auch für Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11} geeignet ist, da sich die posttraumatische Stresssymptomatik mit großen Effektstärken in beiden Gruppen verbesserte, wobei die kPTBS_{ICD-11}-Gruppe vor der Behandlung und bis zu 12 Monate danach höhere Symptome berichtete. Auch die Symptomcluster der kPTBS_{ICD-11} reduzierten sich über die Zeit. In einer dritten Publikation wurden die Ergebnisse der aktuellen Forschung zu PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} bei Kindern

und Jugendlichen in einer Literaturübersicht zusammenfassend dargestellt. Übereinstimmend mit den Ergebnissen der ersten und zweiten Publikation der vorliegenden Dissertation bestätigten auch andere Studien die Tendenz abnehmender Häufigkeitsraten für PTBS_{ICD-11} im Vergleich zu anderen PTBS-Kriterien sowie die Anwendbarkeit evidenzbasierter PTBS-Behandlungsmanuale auch für Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11}.

Neben geeigneten Behandlungsmanualen ist auch die Behandlungsbereitschaft der Therapeut_innen eine zwingende Voraussetzung für die Versorgung von Betroffenen mit traumafokussierter Psychotherapie. In einer vierten Publikation wurde daher in einer experimentellen Vignettenstudie mit multivariaten Analysen Einflussfaktoren auf die Bereitschaft von approbierten Psychotherapeut_innen ($N = 768$) untersucht, Patient_innen mit posttraumatischer Stresssymptomatik eine Therapie anzubieten. Therapeut_innen, die primär mit Kindern und Jugendlichen arbeiteten, berichteten eine höhere Bereitschaft, eine Behandlung durchzuführen, als jene, die primär mit Erwachsenen arbeiteten. Darüber hinaus waren eine traumaspezifische Weiterbildung und ein geringeres Alter der Teilnehmenden mit einer größeren Bereitschaft assoziiert. Wahrgenommene Barrieren und Befürchtungen waren mit einer geringen Behandlungsbereitschaft assoziiert.

In der Summe liefern die Ergebnisse wichtige Beiträge zum Verständnis der Auswirkungen der Anwendung der neuen PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Kriterien bei Kindern und Jugendlichen und zu Behandlungsmöglichkeiten von kPTBS_{ICD-11}. Es konnten bedeutsame Einflussfaktoren auf die Behandlungsbereitschaft von Psychotherapeut_innen auf Ebene der Therapeut_innen gefunden werden.

1.2 Abstract

This publication-based dissertation addresses under-researched aspects of posttraumatic stress disorder (PTSD) and its treatment in children and adolescents. To this end, implications of changing diagnostic criteria and the willingness of psychotherapists to offer a trauma-focused treatment are considered.

The eleventh edition of the *International Classification of Diseases* (ICD-11) contains narrowed criteria for PTSD and introduces the new diagnosis complex PTSD (CPTSD). CPTSD_{ICD-11} is described by the PTSD criteria and additional symptoms of disturbances in self-organization. To investigate the impact of the new criteria in young patients, a first paper compared the frequencies of different PTSD criteria and differences between PTSD_{ICD-11}, CPTSD_{ICD-11} and patients not meeting PTSD_{ICD-11} criteria in a clinical sample ($N = 83$, 14-21 years). The frequency of PTSD_{ICD-11} was lower compared to other versions of the diagnostic criteria in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) or ICD. The diagnostic agreement with PTBS_{DSM-IV}, PTBS_{DSM-5} and PTBS_{ICD-10} was low. Compared to patients without PTSD_{ICD-11}, those with CPTSD_{ICD-11} reported higher rates of dissociative and depressive symptoms and more comorbid diagnoses. Specific treatment recommendations for CPTSD_{ICD-11} in young patients are still pending and the new diagnosis must also be judged by its usefulness for treatment planning. Therefore, a second paper investigated the applicability of developmentally adapted cognitive behavioral therapy (D-CPT) for CPTSD_{ICD-11}. The treatment group ($N = 44$, 14-21 years) of a randomized controlled trial was divided into a CPTSD_{ICD-11} group ($n=19$) and a PTSD_{DSM-IV} group ($n = 25$). Results indicate that D-CPT is also suitable for patients with CPTSD_{ICD-11} as rates of posttraumatic stress symptoms improved with large effect sizes in both groups, whereby the CPTSD_{ICD-11} group reported higher symptoms before treatment and up to 12 months later. Symptom domains of CPTSD_{ICD-11} also declined over the course of treatment. Conclusively, a third paper summarized results of current research in a literature review on PTSD_{ICD-11} and a CPTSD_{ICD-11} in children and adolescents. In accordance with the first and second publication of this dissertation, other studies also confirmed the tendency of decreasing incidence rates for PTSD_{ICD-11} as compared to other PTSD criteria and the applicability of evidence-based PTSD treatment manuals also for patients with CPTSD_{ICD-11}.

In addition to suitable treatment manuals, the willingness of therapists is also a mandatory prerequisite to provide psychotherapy. In a fourth paper, we therefore examined the readiness of licensed psychotherapists ($N = 768$) to provide trauma-focused therapy to patients with posttraumatic stress symptoms in an experimental vignette study using multivariate analyses. Therapists who worked primarily with children and adolescents reported greater readiness to provide treatment as opposed to those working primarily with adults. In addition, trauma-specific training and a higher age were associated with a greater readiness. Perceived barriers and fears/worries were associated with lower treatment readiness.

In summary, the results provide important contributions to the understanding of the impact of the application of the new PTSD_{ICD-11} and CPTSD_{ICD-11} criteria in children and adolescents as well as to treatment options for CPTSD_{ICD-11}. Furthermore, we found significant influences on treatment readiness of psychotherapist at the therapist's' level.

2. Hintergrund

2.1 Die PTBS im Kindes- und Jugendalter

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine Traumafolgestörung, die nach dem Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse auftreten kann. Bereits bis zum 18. Lebensjahr erlebt die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen mindestens ein traumatisches Ereignis wie beispielsweise den Tod einer nahestehenden Person, Naturkatastrophen, Unfälle oder sexuelle und körperliche Gewalterfahrungen (Landolt et al., 2013; McLaughlin et al., 2013). Nach einem solchen Ereignis entwickelten gemäß einer repräsentativen Erhebung Deutscher Kinder und Jugendlicher 7.8% eine PTBS (14–24 Jahre, Perkonigg et al., 2000). In einer internationalen Metaanalyse lagen die konditionalen Prävalenzraten der PTBS bei 15.9% (2–18 Jahre, Alisic et al., 2014). Vielfältige Risikofaktoren können die Entwicklung einer PTBS begünstigen (Trickey et al., 2012). Hierzu zählen unter anderem auf demographischer Ebene weibliches Geschlecht und ein jüngeres Alter, auf individueller Ebene ein geringes Selbstbewusstsein und präexistente psychische Probleme. Als Risikofaktoren in der sozialen Umwelt werden psychische Probleme der Eltern, ein niedriges Funktionsniveau der Familie und geringe soziale Unterstützung beschrieben. Ereignismerkmale, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer PTBS einhergehen, sind der Tod einer anderen Person und die subjektiv bewertete Schwere des Traumas. Weitere Studien ergänzen interpersonelle und mehrfache traumatische Ereignisse als Risikofaktoren (Alisic et al., 2014; Copeland et al., 2007; Hyland et al., 2016). Die PTBS-Symptome nehmen in den ersten drei Monaten nach einem traumatischen Ereignis ab, anschließend verlaufen sie meist chronisch (Hiller et al., 2016). Zudem erfüllen 87.5% der Kinder und Jugendlichen mit PTBS mindestens eine weitere psychische Störung (Perkonigg et al. 2000). Zu den häufigsten komorbiden Diagnosen zählen Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit, affektive Störungen und Angststörungen.

Traumafolgestörungen führen häufig zu gravierenden Langzeitfolgen bis ins Erwachsenenalter hinein, wie Substanzkonsum, psychische und körperliche Erkrankungen und Schlafstörungen (Clemens et al., 2018; Dye, 2018; Thordardottir et al., 2016; Witt et al., 2019). Da sich nur ein Teil der Betroffenen unbehindert erholt, sind eine adäquate Diagnosestellung und eine traumafokussierende Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher unabdingbar für eine gesunde Entwicklung.

2.1.1 Kriterien der klassischen und komplexen PTBS

Für eine PTBS-Diagnose muss die Exposition mit einem oder mehreren traumatischen Ereignissen posttraumatische Stresssymptome zur Folge haben, die zu Beeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen führen. Die genaue Spezifizierung der diagnostischen Kriterien unterscheidet sich in den Diagnosemanualen *International Classification of Diseases (ICD)* und *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* sowie in deren jeweils revidierten Versionen. Eine Übersicht über die Symptomzuordnungen und diagnostischen Algorithmen für die Konzeptualisierungen der PTBS in DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 2000), DSM-5 (APA, 2013), ICD-10 (World Health Organization [WHO], 1992) und ICD-11 (WHO, 2018) bietet Tabelle 1. Die Versionen der PTBS-Diagnosen unterscheiden sich dabei in Inhalt und Anzahl der einzelnen Symptome, Symptomcluster und in den diagnostischen Algorithmen, welche die Symptomcluster-Zugehörigkeit und die Anzahl der minimal zu erfüllenden Symptome zur Diagnosestellung vorgeben.

Der Großteil bisheriger PTBS-Forschung beruht auf den DSM-IV-Kriterien, im deutschen Gesundheitssystem werden aktuell Störungen nach ICD-10 klassifiziert. Sowohl PTBS_{DSM-IV} als auch PTBS_{ICD-10} (F43.1) werden beschrieben durch Symptome in den drei Clustern *Wiedererleben*, *Vermeidung* und *Übererregung* nach der Exposition mit einem traumatischen Ereignis, das zu einer emotionalen Reaktion wie Furcht oder Entsetzen führt. PTBS_{DSM-IV} umfasst insgesamt 17 Symptome, PTBS_{ICD-10} 13 Symptome, wobei der größte Unterschied in den Vermeidungssymptomen vorliegt (s. Tabelle 1). Forschungsbefunde wiesen darauf hin, dass PTBS_{DSM-IV} und PTBS_{ICD-10} die posttraumatische Stresssymptomatik noch nicht ausreichend gut abbildeten (Roth et al., 1997; Van der Kolk et al., 1996; Van der Kolk et al., 2005). Diese Ergebnisse bildeten gemeinsam mit Vorgaben der jeweiligen herausgebenden Institutionen die Grundlagen für die PTBS_{DSM-5}- und PTBS_{ICD-11}-Kriterien sowie die Einführung der komplexen PTBS in der ICD-11 (kPTBS_{ICD-11}).

Zunächst wurden die diagnostische Validität und Nützlichkeit des Kriteriums der emotionalen Reaktion auf das Ereignis kritisiert, welches in PTBS_{DSM-IV} notwendig und in PTBS_{ICD-10} optional war (Brewin et al., 2009; Friedman et al., 2011). Dieser subjektive Aspekt auf ein potentiell traumatisches Ereignis mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert haben zu müssen ist in PTBS_{DSM-5} und PTBS_{ICD-11} nicht mehr enthalten.

Tabelle 1.

PTBS-Kriterien und Symptomzuordnung für verschiedene diagnostische Konzeptualisierungen

Symptomkriterien	PTBS				kPTBS
	DSM-IV	DSM-5	ICD-10	ICD-11	ICD-11
Intrusionen	WE	WE	WE		
Flashbacks	WE	WE	WE	WE	WE
belastende Träume	WE	WE	WE	WE	WE
Physiologische Belastung bei Erinnerung	WE	WE	WE		
Psychische Belastung bei Erinnerung	WE	WE	WE		
Vermeidung innerer Erinnerungsreize	V	V	V	V	V
Vermeidung externer Erinnerungsreize	V	V	V	V	V
Unfähigkeit, Aspekte zu erinnern	V	KS	UE		
Vermindertes Interesse an Aktivitäten	V	KS			
Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden	V	KS			
Gefühl der Entfremdung von anderen	V	KS			GB
Eingeschränkte Zukunft	V				
Hypervigilanz	UE	UE	UE	UE	UE
Übermäßige Schreckhaftigkeit	UE	UE	UE	UE	UE
Schlafstörung	UE	UE	UE		
Reizbarkeit und Wut	UE	UE	UE		SE
Konzentrationsschwierigkeiten	UE	UE	UE		
Riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten		UE			
Negative Überzeugungen oder Erwartungen		KS			
Verzerrte Kognitionen, die zu Schuldgefühlen führen		KS			NS
Andauernder negativer emotionaler Zustand		KS			
Verminderte Emotionalität					SE
Selbstbild als beschädigt oder wertlos					NS
Schwierigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten					GB

Diagnostische Algorithmen: PTBS: DSM-IV: ≥ 1 WE, ≥ 3 V, ≥ 2 UE; DSM-5: ≥ 1 WE, ≥ 1 V, ≥ 2 UE, ≥ 2 KS; ICD-10_{PTBS}: ≥ 1 WE, ≥ 1 V, ≥ 2 UE oder Unfähigkeit, Aspekte zu erinnern; ICD-11: ≥ 1 WE, ≥ 1 V, ≥ 1 UE; ICD-11; kPTBS: PTBS_{ICD-11}, ≥ 1 SE, ≥ 1 NS, ≥ 1 GB

Abkürzungen: PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung, kPTBS: komplexe PTBS, DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ICD: International Classification of Diseases, GB: gestörte Beziehungsfähigkeit, KS: negative Kognitionen und Stimmungen, NS: negatives Selbstkonzept, SE: Schwierigkeiten der Emotionsregulation, UE: Übererregung, WE: Wiedererleben, V: Vermeidung

Die Forschung zur Auswahl der PTBS-Symptomkriterien ist eng verschränkt mit der Diskussion über eine komplexe Form der PTBS. Der erste Vorschlag komplexer PTBS-Symptome wurde von Herman (1992) auf Grundlage einer Literaturübersicht zur PTBS bei Opfern von wiederholter sexueller Gewalt publiziert. In den zugrundeliegenden Studien wurden überschneidend Symptome berichtet, die über eine klassische PTBS hinausgingen und in den Diagnosekriterien nicht berücksichtigt wurden, wie Somatisierung, Dissoziation, affektive Veränderungen, Schwierigkeiten der Beziehungsgestaltung, Veränderungen des Selbstbilds und der Kognitionen sowie Reviktimisierung. Diese Ergebnisse wurden von weiteren Studien bestätigt, die ebenfalls feststellten, dass die Kriterien der klassischen PTBS nicht ausreichten, um alle Erscheinungsformen der Störung zu beschreiben (Cloitre et al., 2005; Cloitre et al., 2009; Roth et al., 1997; Van der Kolk et al., 1996; Van der Kolk et al., 2005). Um eine komplexe Form posttraumatischer Belastungssymptome abzubilden, wurden in DSM-IV und ICD-10 Störungsbilder eingeführt, die Reaktionen auf chronische oder wiederholte Traumatisierung abbildeten. Die ICD-10 enthielt die *anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung* (F62.0, *enduring personality change after catastrophic experience*, EPCACE). Diese Diagnose wurde in der Forschung kaum berücksichtigt und wird in der ICD-11 nicht weitergeführt (Maercker et al., 2013). Im Zuge der DSM-IV-Revision wurde die Diagnose *Störungen infolge von extremem Stress, nicht anderweitig spezifiziert* (*disorders of extreme stress, not otherwise specified*, DESNOS) vorgeschlagen und getestet. Diese Diagnose erwies sich jedoch als wenig nützlich und DESNOS schien vielmehr eine Subform der PTBS mit höherem Schweregrad zu sein, da in DSM-IV-Feldstudien 92% der DESNOS-Patient_innen zusätzlich auch die PTBS-Kriterien erfüllten (Roth et al., 1997). DESNOS wurde daher wieder verworfen.

Im Rahmen der DSM-5- und ICD-11-Revisionen sollte weiterhin die Forschung zu komplexen posttraumatischen Symptomen berücksichtigt werden, wenn auch mit unterschiedlichen Konzeptualisierungen. Im DSM-5 sollten Störungskriterien gegenüber vorherigen Versionen nur basierend auf einschlägigen empirischen Befunden verändert und weiterentwickelt werden (Friedman, 2013). Einige DESNOS-Kernsymptome wurden daher in die PTBS_{DSM-5}-Kriterien aufgenommen. Dem neuen Cluster *Negative Veränderung von Kognitionen und Stimmungen* wurden verzerrte Kognitionen, die zu Schuldgefühlen führen, negative Erwartungen und eine negative Veränderung der Gefühle hinzugefügt, in das Cluster *Übererregung* wurde riskantes und selbstzerstörerisches Verhalten übernommen (Friedman et al., 2011; Friedman, 2013). Die Überarbeitung der PTBS-Kriterien im Rahmen der

DSM-5-Revision resultierte damit in einer Erweiterung auf insgesamt 20 Symptome, die mehr klinische Erscheinungsformen erfassen als die vorherige 17 Symptome umfassende PTBS_{DSM-IV}. In der ICD-11 hingegen sollten nur die PTBS-Kernsymptome enthalten sein (Maercker et al., 2013). Dennoch war eine distinkte Behandlungsplanung für einfache PTBS versus komplexe PTBS-Symptome Expertenkonsens (Cloitre et al., 2011). Daher wurde zur Repräsentation komplexer Symptome die kPTBS_{ICD-11} als neue Diagnose in die ICD-11 eingeführt. Die kPTBS_{ICD-11} kann nach einzelnen Ereignissen auftreten oder nach langanhaltender, wiederholter Traumatisierung, aus der eine Flucht schwierig oder unmöglich ist. Sie wird beschrieben durch die PTBS_{ICD-11}-Kriterien und sechs zusätzliche Symptome in drei Bereichen der *Schwierigkeiten der Selbstorganisation* (SSO, *disturbances in self-regulation*): (1) *Schwierigkeiten der Emotionsregulation*, die sich durch erhöhte Reizbarkeit und Wut oder verminderte emotionale Schwingungsfähigkeit ausdrücken; (2) ein *verändertes negatives Selbstbild* als beschädigt oder wertlos oder tiefgreifende und anhaltende Gefühle von Scham, Schuld oder Versagen sowie (3) *interpersonelle Schwierigkeiten*, Beziehungen aufrechtzuerhalten oder sich anderen nahe zu fühlen (Maercker et al., 2013; WHO, 2018). Während die SSO mit einer PTBS_{ICD-11} einhergehen können, ist deren Auftreten jedoch nicht an traumaassoziierte Reize gebunden. Die SSO-Kriterien setzen sich zusammen aus einzelnen PTBS_{DSM-5}- und DESNOS-Symptomen, die in Feldstudien die höchsten Prävalenzwerte aufwiesen und von Experten als am stärksten beeinträchtigend bewertet wurden (Brewin et al., 2017).

Die unterschiedlichen Herangehensweisen und Ziele der Überarbeitung der PTBS-Kriterien resultierten in zwei deutlich verschiedenen Versionen der Diagnose in DSM-5 und ICD-11. Anders als die Diagnosen EPCACE und DESNOS erfordert die Kodierung komplexer posttraumatischer Symptome in DSM-5 und ICD-11 nicht notwendigerweise eine chronische Traumatisierung und die Symptome werden nicht mehr in zusätzlichen Störungsbildern repräsentiert, sondern mit den PTBS-Kriterien verknüpft. Während PTBS_{DSM-5} ein breites Spektrum posttraumatischer Stresssymptome enthält, wurde in der ICD-11 ein hierarchischer Ansatz umgesetzt, mit der auf PTBS_{ICD-11} aufbauenden Diagnose kPTBS_{ICD-11}. Der reduzierte PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Kriterienkatalog kann die Diagnostik vereinfachen und die Differenzialdiagnostik gegenüber anderen Störungsbildern erleichtern. Durch die nun vorliegenden unterschiedlichen PTBS-Konzeptualisierungen in DSM-5 und ICD-11 entstehen Herausforderungen für die Forschung und Praxis, insbesondere für die Übertragbarkeit bisheriger Evidenz zu PTBS auch auf Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11}.

2.1.2 Entwicklungsbezogene Passung der PTBS-Kriterien

Im Vergleich zu Erwachsenen sind die Prävalenzraten für das Vollbild der PTBS bei Kindern und Jugendlichen geringer (Maercker et al., 2008; Perkonig et al., 2000; Scheeringa et al., 2011), wobei im Kindes- und Jugendalter auch bei nicht gänzlich erfüllten Diagnosekriterien eine klinisch relevante Belastung berichtet wird. Carrion et al. (2002) legten unterschiedliche diagnostische Schwellenwerte an eine Stichprobe von 59 Kindern und Jugendlichen (7–14 Jahre) an. Teilnehmende, welche die diagnostische Schwelle in nur zwei statt drei Symptomclustern erfüllten, unterschieden sich hinsichtlich Belastung und Beeinträchtigung nicht von denjenigen, die das PTBS-Vollbild erfüllten. Diese Daten deuten auf eine nur eingeschränkte Passung der PTBS-Kriterien zur Erfassung beeinträchtigender und behandlungsbedürftiger posttraumatischer Stresssymptomatik im Kindes- und Jugendalter hin.

Der unzureichenden entwicklungsbezogenen Passung der PTBS-Kriterien liegen mehrere Aspekte zugrunde: (1) Zunächst unterscheidet sich die Bewertung und Verarbeitung traumatischer Ereignisse in unterschiedlichen Entwicklungsphasen und sie werden sowohl als protektive Faktoren wie auch als Risikofaktoren diskutiert. Gerade bei Vorschulkindern könnte die noch nicht abgeschlossene Entwicklung kognitiver und perzeptiver Prozesse ein protektiver Faktor sein (Scheeringa et al., 2011). Andererseits könnten für die hohen Raten an chronischen PTBS-Symptomen im Kindes- und Jugendalter Stadien der neuronalen Reife einen Risikofaktor darstellen. Zur Diskriminierung traumarelevanter und nicht-traumarelevanter Erinnerungsreize sind frontale kortikale Regionen notwendig, die sich bei Kindern und Jugendlichen noch im Reifungsprozess befinden (Pynoos et al., 2009). (2) Zudem sind einzelne PTBS-Symptome bei Kindern und Jugendlichen schwer erfassbar. Gerade jüngere Kinder können ihr inneres Gefühlsleben noch nicht ausreichend beschreiben. In Fällen wiederholter traumatischer Ereignisse, die früh in der Entwicklung begonnen haben, kann es auch für ältere Betroffene schwierig sein, den Beginn der Symptome und deren Verknüpfung mit dem traumatischen Ereignis zu berichten (Scheeringa et al., 2011). (3) Nicht zuletzt können sich PTBS-Symptome bei Kindern und Jugendlichen anders darstellen als bei Erwachsenen. *Wiedererleben* kann als repetitives Spiel in Alpträumen mit unspezifischem Inhalt auftreten, *Vermeidung* kann sich in Form von sozialem Rückzug und Trennungsangst ausdrücken, *Übererregung* als aggressives Verhalten. Bei Kleinkindern und Vorschulkindern können posttraumatische Stresssymptome in Form von Trotzanfällen, Enuresis, Trennungsängsten, phobischen Reaktionen auf traumarelevante Reize, regressivem Verlust bereits erworbener

Fähigkeiten und Überaktivität auftreten. Bei Vorschulkindern werden oppositionelles Verhalten und soziale Probleme beschrieben, bei Jugendlichen sozialer Rückzug, Ängste, selbstverletzendes und riskantes Verhalten sowie Substanzmissbrauch (Jensen et al., 2020; Pynoos et al., 2009; Scheeringa et al., 2011; Steil & Rosner, 2009).

Für eine angemessene PTBS-Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen wird daher empfohlen, altersangepasste Symptome beobachtbaren Verhaltens anzulegen und nicht die vollständigen Kriterien anzuwenden (Pynoos et al., 2009; Scheeringa et al., 2011). Verschiedene Operationalisierungen entwicklungsangepasster PTBS-Kriterien erwiesen sich dabei als reliabel und valide zur Erfassung klinisch relevanter posttraumatischer Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen (Meiser-Stedman et al., 2017; Scheeringa et al., 2012). In den Diagnosemanualen wurde bisher jedoch nur eine Version der PTBS_{DSM-5}-Kriterien für Vorschulkinder bis zu einem Alter von sechs Jahren berücksichtigt (APA, 2013) und die PTBS_{DSM-5}-Kriterien sind für Jugendliche nicht ausreichend geeignet (Liu et al., 2016). PTBS_{ICD-11} hat einen Symptomkatalog formuliert, der auf Forschungsbefunden bei Erwachsenen beruht und für alle Altersgruppen gelten soll. Die Forschungslage und Vorschläge zur Anpassung der Kriterien für Kinder und Jugendliche werden bisher nicht berücksichtigt. Eine neue Herausforderung stellt zudem die Bewertung der Relevanz des Entwicklungsstandes für die SSO-Kriterien der kPTBS_{ICD-11} dar. Jensen et al. (2020) sowie Goldbeck und Jensen (2017) werfen hierzu die Frage auf, ob Ausprägungen der SSO-Symptome einer kPTBS_{ICD-11} zuzuordnen sind oder eher entwicklungsbedingte Schwankungen der Selbstregulation darstellen.

2.1.3 PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen

Seit der ersten Vorstellung der PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Kriterien von Maercker et al. (2013) wurden die Auswirkungen der Neuerungen und deren klinische Nützlichkeit untersucht, doch die bisherige Studienlage zu PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen ist begrenzt und heterogen. Während latente Klassenanalysen (Kazlauskas et al., 2020; Perkonig et al., 2016; Sachser, Keller et al., 2017; Villalta et al., 2020) und konfirmatorische Faktorenanalysen (La Greca et al., 2016) die Unterscheidung zwischen Symptomprofilen der PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} auch im Kindes- und Jugendalter stützen, argumentieren andere Forschende, dass die bisherige Datenlage und die angewandten statistischen Methoden nicht

ausreichen würden, um die Konstruktvalidität von kPTBS_{ICD-11} zu bestätigen (Achterhof et al., 2019; Ford, 2020).

Die Auswahl der Symptomkriterien und diagnostischen Schwellenwerte wurden mit der Überarbeitung der PTBS-Kriterien in ICD-11 und der Einführung von kPTBS_{ICD-11} gegenüber anderen Versionen der PTBS-Kriterien deutlich verändert. Dies kann die Häufigkeit der Diagnose sowie die Charakteristika der mit den Kriterien identifizierten Patient_innengruppe beeinflussen (Galatzer-Levy & Bryant, 2013). Erste Studien untersuchten die Auswirkung der PTBS_{ICD-11}-Kriterien auf die Häufigkeitsraten der PTBS-Diagnose in verschiedenen Stichproben traumatisierter Kinder und Jugendlicher. Die Häufigkeitsraten für PTBS_{ICD-11} lagen in klinischen Stichproben zwischen 51.3% nach sexueller Gewalt (Hébert & Amédée, 2020) und 6.6% nach einzelnen traumatischen Ereignissen (Elliott et al., 2020). Für kPTBS_{ICD-11} lagen die Häufigkeitsraten zwischen 34.1% in einer nichtklinischen Stichprobe mit verschiedenen traumatischen Ereignissen (Kazlauskas et al., 2020) und 4.8% in einer klinischen Stichprobe nach einzelnen Ereignissen (Elliott et al., 2020). Die meisten bisherigen Studien berichteten höhere Raten von PTBS_{ICD-11} im Vergleich zu kPTBS_{ICD-11}, in Stichproben nach einzelnen Ereignissen (Danzi & La Greca, 2016; Elliott et al., 2020), verschiedenen traumatischen Ereignissen (Sachser, Keller et al., 2017; Sölva et al., 2020) oder interpersoneller Traumatisierung (Haselgruber et al., 2020b; Haselgruber et al., 2021; Hébert & Amédée, 2020; Perkonig et al., 2016; Villalta et al., 2020). Eine Studie hingegen fand eine geringfügig höhere Rate für kPTBS_{ICD-11} (34.1%) verglichen mit PTBS_{ICD-11} (32.4%) in einer nichtklinischen Stichprobe nach verschiedenen traumatischen Ereignissen (Kazlauskas et al., 2020).

Um bereits vor der Veröffentlichung validierter PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Fragebögen die Häufigkeitsraten dieser Diagnosen zu schätzen, verwendeten bisher die meisten Studien einzelne passende Items aus Archivdaten. Mit dem *International Trauma Questionnaire* (ITQ, Cloitre, Shevlin et al., 2018) liegt ein erster Screeningfragebogen für PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} vor. Eine Version mit angepassten Itemformulierungen für Kinder und Jugendliche, der *International Trauma Questionnaire – Child and Adolescent Version* (ITQ-CA, Cloitre, Roberts et al., 2018), wurde bisher in zwei Studien eingesetzt. Kazlauskas et al. (2020) bestätigten in einer Stichprobe von 932 Kindern (12–16 Jahre) die interne Konsistenz der litauischen Sprachversion des ITQ-CA, prüften jedoch keine weiteren Testgütekriterien. Für die deutsche Sprachversion des ITQ-CA wurden in einer Studie mit 135 Pflegekindern (10-18 Jahre) eine gute und faktorielle Konstruktvalidität und Kriteriumsvalidität in Korrelation

mit dem *Child and Adolescent Trauma Screen* (CATS, Sachser, Berliner et al., 2017) berichtet, doch nur eine eingeschränkte diskriminante Validität in Bezug auf Depressivität und Ängstlichkeit (Haselgruber et al., 2020a).

Auch hinsichtlich des Vergleichs von PTBS_{ICD-11} mit PTBS_{DSM-IV}, PTBS_{DSM-5} und PTBS_{ICD-10} ist die aktuelle Studienlage noch uneindeutig und weist tendenziell auf sinkende Häufigkeitsraten bei Verwendung der PTBS_{ICD-11}-Kriterien hin. Verglichen mit PTBS_{DSM-IV}, PTBS_{DSM-5} und PTBS_{ICD-10} erfüllten deutlich weniger Befragte die PTBS_{ICD-11} nach einzelnen (Elliott et al., 2020; La Greca et al., 2017) oder verschiedenen traumatischen Erlebnissen (Bruckmann et al., 2020; Sachser & Goldbeck, 2016; Vasileva et al., 2018). In weiteren Studien wurden wiederum annähernd gleiche Häufigkeitsraten für PTBS_{ICD-11}, PTBS_{DSM-IV} und PTBS_{DSM-5} nach einem Hurrikan (Danzi & La Greca, 2016) und einem Terrorangriff (Hafstad et al., 2017) berichtet. Die diagnostische Übereinstimmung von PTBS_{ICD-11} und PTBS_{DSM-5} war in zwei Studien deutlich bis stark (Hafstad et al., 2017; Vasileva et al., 2018). Danzi und La Greca (2016) hingegen berichteten eine schwache Übereinstimmung von PTBS_{ICD-11}, PTBS_{DSM-IV} und PTBS_{DSM-5}.

Nachdem bereits die PTBS_{DSM-IV}-Kriterien als zu wenig sensitiv kritisiert wurden, um klinisch relevante posttraumatische Belastung bei Kindern und Jugendlichen zu erfassen (Carrion et al., 2002; Scheeringa et al., 2011), scheinen die PTBS_{ICD-11}-Kriterien zu noch geringeren Prävalenzraten zu führen. Elliott et al. (2020) berichteten, dass die Teilnehmenden, welche gemäß PTBS_{ICD-10} die Diagnose erfüllten, jedoch nicht mehr nach den PTBS_{ICD-11}-Kriterien, klinisch relevante Belastung und Beeinträchtigung berichteten. Danzi und La Greca (2016) fanden eine stärkere posttraumatische Stresssymptomatik bei Patient_innen mit PTBS_{DSM-5} oder PTBS_{DSM-IV} verglichen mit PTBS_{ICD-11}.

Während die ersten Veröffentlichungen zu komplexer PTBS-Symptomatik annahmen, dass diese insbesondere nach langanhaltender und interpersoneller Traumatisierung auftritt (Herman, 1992), ist das Ereigniskriterium in den kPTBS_{ICD-11}-Diagnosekriterien nicht auf mehrfache Traumatisierung begrenzt. In ersten Studien wurde kPTBS_{ICD-11} auch nach einmaligen traumatischen Ereignissen diagnostiziert (Danzi & La Greca, 2016; Elliott et al., 2020; Hafstad et al., 2017). Vergleiche von PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Gruppen konnten einzelne Gruppenunterschiede finden. Dabei unterschieden sich die verglichenen Variablen zwischen den Studien und es zeigt sich noch keine klare Forschungslage. In einer Studie bei Kindern und Jugendlichen nach sexueller Gewalt und Vernachlässigung war die kPTBS_{ICD-11}

verglichen mit $PTBS_{ICD-11}$ mit einer größeren Anzahl traumatischer Ereignisse assoziiert (Haselgruber et al., 2020b), eine weitere Studie bestätigte dies jedoch nicht (Sachser, Keller et al., 2017). In einer Studie mit gemischten traumatischen Ereignissen war $kPTBS_{ICD-11}$ verglichen mit $PTBS_{ICD-11}$ eher mit interpersonellen Ereignissen assoziiert (Sachser, Keller et al., 2017). Weitere Befunde weisen darauf hin, dass $kPTBS_{ICD-11}$ mit einer höheren Beeinträchtigung und komorbider Symptomatik (Haselgruber et al., 2020b; Perkonigg et al., 2016) sowie weiblichem Geschlecht (Hébert & Amédée, 2020; Sachser, Keller et al., 2017) einhergeht. Andere Studien hingegen fanden keinen Effekt für komorbide Symptomatik (Sachser, Keller et al., 2017).

Zusammenfassend deutet die bisherige Studienlage auf eine geringere Sensitivität der $PTBS_{ICD-11}$ -Kriterien zur Erfassung klinisch relevanter posttraumatischer Belastung bei Kindern und Jugendlichen hin. Die Befunde zu Unterschieden von Patient_innen mit $PTBS_{ICD-11}$ versus $kPTBS_{ICD-11}$ sind bislang nicht eindeutig. Dabei erschweren die heterogenen Methodiken in Bezug auf die Diagnoseschätzung, verschiedene Erhebungszeitpunkte und die unterschiedlichen Stichproben die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und erlauben noch keine finale Bewertung der ICD-11-Änderungen in Bezug auf traumatisierte Kinder und Jugendliche.

2.2 Ausgewählte Fragestellungen in Bezug auf die Behandlung Posttraumatischer Belastungssymptomatik

2.2.1 Evidenzbasierte Behandlungen für $kPTBS_{ICD-11}$ bei Kindern und Jugendlichen

Für die Behandlung der klassischen PTBS bei Kindern und Jugendlichen empfehlen aktuelle deutsche und internationale Leitlinien eine traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (KVT, International Society of Posttraumatic Stress Studies [ISTSS] Guidelines Committee, 2019; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018; Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020; Schäfer, Gast et al., 2019). Unisono wird in den Leitlinien von einer Pharmakotherapie für Kinder und Jugendliche mit PTBS abgeraten. Die NICE-Leitlinien (2018) benennen notwendige Inhalte einer traumafokussierten KVT, wie Psychoedukation, Emotionsregulation, Elaboration und Bearbeitung des traumatischen Ereignisses und die Arbeit mit Bezugspersonen. In den meisten Leitlinien wird innerhalb der traumafokussierten KVT-Verfahren als Methode erster Wahl das Manual der *traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie* (TF-KVT) von Cohen et al.

(2009) empfohlen (ISTSS Guidelines Committee, 2019; Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020; Rosner, Gutermann et al., 2019). Die Leitlinie der ISTSS (ISTSS Guidelines Committee, 2019) empfiehlt zudem *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR, Shapiro, 2001; Shapiro et al., 2017; Tinker & Wilson, 1999). Andere Leitlinien bewerten EMDR nur als eingeschränkt empfehlenswert, da bislang nur wenige methodisch hochwertige, randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) für Kinder und Jugendliche vorliegen (NICE, 2018; Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health, 2020; Rosner, Gutermann et al., 2019). In der deutschen Leitlinie (Rosner, Gutermann et al., 2019) wird zudem die *Narrative Expositionstherapie für Kinder* (KidNET, Schauer et al., 2005; Schauer et al., 2017) als vielversprechend aber noch nicht genügend abgesichert bewertet, da sie bisher nur an wenigen, spezifischen Stichproben evaluiert wurde.

Für die Behandlung der kPTBS_{ICD-11} liegen aufgrund der unzureichenden Evidenzgrundlage noch keine Leitlinienempfehlungen vor. Eine Metaanalyse aus Daten von Erwachsenen und Jugendlichen weist darauf hin, dass evidenzbasierte Traumatherapien in diesem Altersbereich auch für die Behandlung der kPTBS_{ICD-11} geeignet sein können (Karatzias et al., 2019). In die Analysen wurden Behandlungsstudien eingeschlossen, die Veränderungen sowohl für die PTBS als auch für Symptome in mindestens einem SSO-Cluster erfasst haben. Traumafokussierte KVT und EMDR hatten verglichen mit Wartegruppen auch einen positiven Einfluss auf die SSO-Symptome, wobei nur zwei KVT-Studien Symptome aus allen drei SSO-Clustern berichteten. Der überwiegende Teil der eingeschlossenen Studien untersuchte jeweils nur einen SSO-Bereich.

Zur Behandlung der kPTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen könnten traumafokussierte phasenbasierte Therapiemanuale geeignet sein, die neben der PTBS auch die SSO-Symptombereiche der kPTBS_{ICD-11} adressieren (ISTSS Position Paper, n.d.; Rosner, Gutermann et al., 2019). Aufgrund der bislang unzureichenden Datenlage kann für die kPTBS_{ICD-11} im Kindes- und Jugendalter noch keine Behandlungsempfehlung ausgesprochen werden. Die deutsche Leitlinie (Rosner, Rimane et al., 2019) diskutiert dennoch als potentiell geeignete Phasenmodelle für kPTBS_{ICD-11} das *Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation/Narrative Therapie* (STAIR-NT, Cloitre et al., 2006; Schäfer, Borowski et al., 2019) die *entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie* (E-KVT, Matulis et al., 2013) und TF-KVT nach Cohen et al. (2009).

STAIR-NT und E-KVT basieren auf ursprünglich für erwachsene Patient_innen nach sexueller Gewalterfahrung entwickelten Manualen. Während die STAIR-NT zur Behandlung von kPTBS_{ICD-11} bei Erwachsenen empfohlen wird (Schäfer, Borowski et al., 2019; Schäfer, Gast et al., 2019), zeigten zwei Studien mit jugendlichen Patient_innen bislang heterogene Ergebnisse hinsichtlich der Verbesserung von PTBS-Symptomen (Gudiño et al., 2014; Gudiño et al., 2016). Die E-KVT basiert auf der *Cognitive Processing Therapy* (CPT, Resick & Schnicke, 1992), die hauptsächlich kognitive Techniken einsetzt und für Jugendliche und junge Erwachsene nach sexueller oder körperlicher Gewalt adaptiert wurde. In einer unkontrollierten Pilotstudie (Matulis et al., 2014), und einem RCT (Rosner, Rimane et al., 2019) wurden große Effektstärken für die Verbesserung von PTBS-Symptomen und komorbider Symptomatik berichtet. Die Wirksamkeit der TF-KVT zur Behandlung der PTBS ist in Metaanalysen gut belegt und sie reduziert neben der PTBS-Symptomatik auch komorbide Symptombereiche wie Depressivität und Ängstlichkeit (Gutermann et al., 2016; Morina et al., 2016; Lenz & Hollenbaugh, 2015). Zwei erste Studien geben Hinweise auf die Anwendbarkeit der TF-KVT auch für kPTBS_{ICD-11} (Hébert & Amédée, 2020; Sachser, Keller et al., 2017). Sachser, Keller et al. (2017) haben 61 Teilnehmende (7–17 Jahre) der Behandlungsgruppe einer randomisiert-kontrollierten TF-KVT Studie mit einzelnen Interview- und Fragebogenitems post-hoc einer kPTBS_{ICD-11}-Gruppe zugeordnet. Die weiteren Patient_innen wurden als PTBS-Gruppe zusammengefasst. Alle Teilnehmende erfüllten vor der Therapie einen Summenwert von mindestens 35 in den PTBS_{DSM-IV} *Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (IBS-KJ, Steil & Füchsel, 2006). Für beide Gruppen wurden die Verläufe der PTBS-Symptome über die Zeit vor der Behandlung bis zu drei Monaten nach Abschluss der Therapie kalkuliert und die Symptome reduzierten sich mit großen Effektstärken (PTBS: $d = 2.81$, kPTBS: $d = 1.37$). Die Verbesserung war in beiden Gruppen groß, wobei die kPTBS_{ICD-11}-Gruppe vor und nach der Therapie eine stärkere Symptombelastung berichtete. Auch die SSO-Symptome reduzierten sich signifikant mit kleiner bis großer Effektstärke ($d = 0.40 - 1.16$). Hébert & Amédée (2020) untersuchten Symptomverläufe von 326 Patient_innen (6–14 Jahre) nach sexuellen Gewalterfahrungen, die in einer Beratungsstelle mit TF-KVT behandelt wurden. Die Stichprobe wurde in drei Gruppen geteilt: PTBS_{ICD-11}, kPTBS_{ICD-11} und resiliente Teilnehmende mit einer PTBS_{ICD-11} Symptomatik unterhalb der diagnostischen Schwelle. Die posttraumatische Stresssymptomatik verbesserte sich über die Zeit vor der Behandlung bis zum Behandlungsende mit großer Effektstärke in der kPTBS_{ICD-11}-Gruppe ($d = 0.90$) und mit mittlerer Effektstärke in der PTBS_{ICD-11}-Gruppe ($d = 0.50$).

Dissoziation sowie internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme reduzierten sich in allen drei Gruppen mit mittleren Effektstärken ($d = 0.54 - 0.78$). Auch in dieser Studie berichtete die kPTBS_{ICD-11}-Gruppe vor und nach der Therapie höhere posttraumatische Stresssymptomatik verglichen mit der PTBS_{ICD-11}-Gruppe. Zusammenfassend deuten diese ersten Befunde darauf hin, dass die TF-KVT für Kinder und Jugendliche mit kPTBS_{ICD-11} anwendbar ist. Für die STAIR-NT und E-KVT, deren Anwendbarkeit für kPTBS_{ICD-11} auch in der deutschen Behandlungsleitlinie diskutiert wird, liegen bisher noch keine Studien für junge Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11} vor. Insgesamt ist die bisherige Anwendbarkeit der E-KVT für Jugendliche und junge Erwachsene mit posttraumatischer Stresssymptomatik besser belegt als die von STAIR-NT.

2.2.2 Behandlungsbereitschaft von Therapeutinnen und Therapeuten

Während eine Behandlung der PTBS gerade im Kindes- und Jugendalter ausschlaggebend dafür ist, einem chronischen Verlauf und der Entwicklung von Komorbiditäten bis ins Erwachsenenalter vorzubeugen (Clemens et al., 2018; Dye, 2018; Thordardottir et al., 2016), erhalten nicht alle Kinder und Jugendliche mit einer Traumafolgestörung eine angemessene Behandlung (Ganser et al., 2016). So liegt die Prävalenz der PTBS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland bei 1.3% (Perkonigg et al., 2000), die administrative Prävalenz in einer Hamburger Klinik jedoch bei 0.2% (Pawils et al., 2017). Auch für Erwachsene zeigt sich eine Diskrepanz zwischen epidemiologischer Prävalenz (2.3%, Maercker et al., 2008) und administrativer Prävalenz (0.7%, Bachmann et al., 2021) der PTBS. Aktuelle Daten der Bundespsychotherapeutenkammer und Studienergebnisse deuten darauf hin, dass sich diese Versorgungslücke nicht ausschließlich durch das Inanspruchnahmeverhalten von potentiellen Patient_innen, sondern auch durch Barrieren auf Seiten der Psychotherapeut_innen erklärt (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018; Hannich et al., 2019; Schnell et al., 2015). Die deutsche und internationale Studienlage zu Barrieren und Behandlungsbereitschaft von Therapeut_innen ist noch sehr gering, nicht nur in Bezug auf die PTBS. Über alle Störungen und Altersklassen hinweg konnten in Deutschland im Jahr 2018 nur knapp der Hälfte (48.9%) aller Behandlungssuchenden, für die sich nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde die Notwendigkeit einer Richtlinienpsychotherapie ergab, eine Weiterbehandlung in derselben Praxis angeboten werden. Die Weitervermittlung der abgewiesenen Patient_innen mit Therapieindikation gelang nur in seltenen Fällen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). In einer qualitativen Erhebung wurden 1707 Psychotherapeut_innen zu Gründen für die Ab- oder

Weiterverweisung von Patient_innen befragt (Hannich et al., 2019). Nach einer fehlenden Indikation als häufigster Grund folgte die Angabe spezifischer Störungsbilder, beispielsweise Sucht, Persönlichkeitsstörungen und Belastungsstörungen wie die PTBS. Seltener wurden ungünstige Patientenmerkmale, Kapazitätsgründe und eine fehlende Passung angegeben.

Neben der Verfügbarkeit passender therapeutischer Interventionen ist auch die Behandlungsbereitschaft der Therapeut_innen eine Voraussetzung für die angemessene Behandlung von traumatisierten Patient_innen. Obwohl für die Behandlung der PTBS evidenzbasierte Therapien für alle Altersbereiche vorliegen, weisen Studien auf eine unzureichende Dissemination evidenzbasierter traumafokussierter Psychotherapien hin (Ganser et al., 2016; Vogel et al., im Druck). Gründe für die fehlende Anwendung von evidenzbasierten Behandlungen in der Routineversorgung können eine kritische Einstellung von Psychotherapeut_innen gegenüber evidenzbasierten Verfahren im Allgemeinen (Lilienfeld et al., 2013) und expositionsbasierten Interventionen im Spezifischen (Farrell et al., 2013; Meyer et al., 2014) sein. Eine Studie zur Behandlungsbereitschaft für verschiedene Traumafolgestörungen berichtete, dass die Bereitschaft, eine klassische PTBS zu behandeln höher ist im Vergleich zu kPTBS und dass die Behandlungsbereitschaft mit traumaspezifischer Weiterbildung steigt (Schnell et al., 2015). In einer weiteren Erhebung befragten Müller et al. (2018) ambulant tätige Psychotherapeut_innen mit traumaspezifischer Qualifikation zur Versorgungssituation traumatisierter Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Die Teilnehmenden gaben in Bezug auf Problemfelder der ambulanten Versorgung an, in der traumaspezifischen Weiterbildung nicht ausreichend Wissen und Methoden zur Umsetzung in der Praxis gelernt und keine ausreichenden Behandlungskapazitäten zu haben. In Bezug auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene zeigte sich für die Dauer der Arbeitserfahrung in mehreren Studien kein Zusammenhang mit der Behandlungsbereitschaft der Therapeut_innen (Hannich et al., 2019; Schnell et al., 2015).

In offenen Therapeut_innen-Befragungen wurde unter anderem die eigene fehlende Bereitschaft oder eine fehlende Passung zwischen Therapeut_in und Patient_in als Barriere in der Behandlung und Grund für die Weiterverweisung von Patient_innen genannt (Hannich et al., 2019; Müller et al., 2018). Nur eine deutsche Fragebogenstudie hat bisher explizit die Höhe der Behandlungsbereitschaft erhoben (Schnell et al., 2015), jedoch in einer kleinen, nicht repräsentativen Therapeut_innenstichprobe ($N = 54$), und ohne Berücksichtigung junger Patient_innen. Der Einfluss von Charakteristika traumatisierter Patient_innen, wie die

Symptomausprägung, das Alter der Patient_innen oder das Geschlecht, auf das Ausmaß der Behandlungsbereitschaft von Therapeut_innen wurde bislang noch nicht in einem experimentellen Design untersucht.

3. Darstellung des Dissertationsvorhabens

3.1 Relevanz und Herleitung der Fragestellungen

Die PTBS ist eine häufige Störung nach traumatischen Ereignissen im Kindes- und Jugendalter, insbesondere nach Gewalterfahrungen (Hyland et al., 2016). Dennoch weisen Studien seit Jahrzehnten darauf hin, dass die PTBS-Symptomformulierungen und diagnostische Algorithmen, wie sie für Erwachsene in den Diagnosemanualen beschrieben werden, die PTBS im Kinders- und Jugendalter nur eingeschränkt abbilden und zu einer deutlichen Unterschätzung der Diagnosehäufigkeit führen (Scheeringa et al., 2011; Steil & Rosner, 2009), während Kinder und Jugendliche bereits bei unerschwerter Symptomatik eine hohe funktionale Beeinträchtigung zeigen (Carrion et al., 2002). Mit der ICD-11 Neuauflage wurden enger gefasste PTBS_{ICD-11}-Kriterien formuliert und die neue Diagnose kPTBS_{ICD-11} mit Symptomen der PTBS_{ICD-11} und zusätzlichen SSO eingeführt. Diese Änderungen beruhen auf Forschungsergebnissen bei erwachsenen Stichproben (Brewin, 2013) und berücksichtigen bislang keine entwicklungsangepassten Kriterien für Kinder und Jugendliche. Dennoch unterstützten Ergebnisse erster Studien die Konstruktvalidität von PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen (Perkonig et al., 2016; Sachser, Keller et al., 2017). Da die aktuelle Forschung und Behandlungsleitlinien zumeist auf den Versionen der PTBS-Kriterien in DSM-IV, DSM-5 und ICD-10 beruhen, muss nun mit der ICD-11 Revision evaluiert werden, welche Auswirkungen die Umgestaltung der PTBS-Diagnose auf die Übertragbarkeit bisheriger Evidenz auch auf Patient_innen mit den Diagnosen PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} hat.

Die Datenlage zu Häufigkeiten der PTBS_{ICD-11} im Vergleich zu PTBS_{ICD-10}, PTBS_{DSM-IV} und PTBS_{DSM-5} ist noch gering und heterogen, ebenso zu Unterschieden zwischen Patient_innen mit PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11}. Daher sollen in einem ersten Schritt erstmals vier Versionen der PTBS-Kriterien in einer klinischen Stichprobe angelegt und weitere Daten zu Gruppenunterschieden erhoben werden (Publikation 1). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit PTBS_{DSM-IV} nach körperlicher oder sexueller Gewalt in der Kindheit werden die Häufigkeiten von PTBS_{DSM-5}, PTBS_{ICD-10}, PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} verglichen und Unterschiede berechnet zwischen Patient_innengruppen mit PTBS_{ICD-11}, kPTBS_{ICD-11} und denen, die keine PTBS_{ICD-11} erfüllten.

Zur Bewertung der Implikationen einer neuen Diagnose muss auch deren Nützlichkeit für die Behandlungsplanung untersucht werden. Für die kPTBS_{ICD-11} gibt es in deutschen und internationalen Leitlinien noch keine Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche (ISTSS Guidelines Committee, n.d., NICE, 2018; Rosner, Gutermann et al., 2019). Aufgrund der teilweise identischen Symptome mit anderen Versionen der PTBS-Kriterien stellt sich die Frage, ob bisherige traumafokussierte Therapiemanuale auch für die Behandlung der kPTBS_{ICD-11} geeignet sind. Insbesondere phasenbasierte Manuale könnten anwendbar sein, da dieses Vorgehen für Erwachsene empfohlen wird (ISTSS Guidelines Committee, 2019; Rosner, Gutermann et al., 2019). Die Ergebnisse zweier Studien lassen die Anwendbarkeit der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT, Cohen et al., 2009) für kPTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen nach unterschiedlichen traumatischen Ereignissen (7–17 Jahre, Sachser, Keller et al., 2017) und nach sexueller Gewalt und Vernachlässigung (6–14 Jahre, Hébert & Amédée, 2020) vermuten. Für weitere Therapiemanuale sowie für ältere Jugendliche und junge Erwachsene liegt noch keine Evidenz zur Behandlung der kPTBS_{ICD-11} vor. Daher soll in einem zweiten Schritt die Anwendbarkeit der E-KVT (Matulis et al., 2013) untersucht werden, die für Jugendliche und junge Erwachsene bis zu einem Alter von 21 Jahren nach sexueller und physischer Gewalt entwickelt wurde. Dazu wird nach der post-hoc Schätzung der kPTBS_{ICD-11}-Diagnose eine Sekundäranalyse einer randomisiert-kontrollierten Studie (Rosner, Rimane et al., 2019) durchgeführt (Publikation 2).

Während die Datenlage in Bezug auf PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen insgesamt noch gering ist, sollen die ICD-11 Kriterien bereits 2022 in Kraft treten. Eine Anwendung ist auch im deutschen Gesundheitssystem in Planung (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, n.d.). In einer praxisorientierten Übersichtsarbeit soll als dritter Teil der Dissertation die bisherige Forschungslage zusammengefasst und hinsichtlich anstehender Änderungen für Praxis und Forschung insbesondere in Bezug auf die Diagnostik und Therapie der kPTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen diskutiert werden (Publikation 3).

Weiterhin weisen Befunde zu Prävalenzraten in der Bevölkerung und in Behandlungseinrichtungen auf eine Versorgungslücke traumatisierter Patient_innen hin, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen (Bachmann et al., 2012; Maercker et al., 2008; Pawils et al., 2017; Perkonigg et al., 2000). Obwohl evidenzbasierte traumafokussierte Therapiemanuale vorliegen, erhält nur ein geringer Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener mit PTBS eine Psychotherapie (Ganser et al., 2016; Hannich et al., 2019).

Es kann angenommen werden, dass das Ausmaß der Bereitschaft von Therapeut_innen, Personen mit PTBS zu behandeln, einen Anteil an dieser Versorgungslücke hat. Neben der Untersuchung geeigneter Behandlungen für kPTBS_{ICD-11} ist es somit auch wichtig, Einflussfaktoren auf die Bereitschaft approbierter Therapeut_innen zu untersuchen, Patient_innen mit PTBS-Symptomen zu behandeln. Als vierter Schritt der Dissertation werden daher Einflussfaktoren auf die Behandlungsbereitschaft erstmals in einer experimentellen Vignettenstudie untersucht. Mit Fallvignetten werden Patient_innencharakteristika manipuliert und die Bereitschaft approbierter Psychotherapeut_innen wird in Abhängigkeit wahrgenommener Befürchtungen und Barrieren sowie demographischer Variablen, wie der vornehmlich behandelten Altersgruppe, verglichen (Publikation 4).

3.2 Zielsetzung des Dissertationsvorhabens

Aus der dargestellten Forschungslage wurden für das Dissertationsvorhaben folgende Fragestellungen abgeleitet:

Publikation 1: Welche Häufigkeitsraten treten für PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} bei jungen Patient_innen mit PTBS_{DSM-IV} nach sexueller und körperlicher Gewalt auf? Unterscheiden sich die PTBS_{ICD-11}-Häufigkeitsraten von PTBS_{ICD-10}, PTBS_{DSM-IV} und PTBS_{DSM-5}? In welchen Merkmalen unterscheiden sich die Gruppen mit PTBS_{ICD-11}, kPTBS_{ICD-11} und PTBS_{DSM-IV}?

Publikation 2: Ist die entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT) zur Behandlung von jungen Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11} geeignet? Unterscheidet sich deren Therapieansprache von traumatisierten Patient_innen ohne kPTBS_{ICD-11}-Diagnose?

Publikation 3: Welche Häufigkeitsraten können nach dem aktuellen Forschungsstand für die PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11} erwartet werden? Welche Implikationen lassen sich für die Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten von kPTBS_{ICD-11} in der therapeutischen Praxis aus dem aktuellen Forschungsstand ableiten?

Publikation 4: Wird die Bereitschaft von Psychotherapeut_innen eine PTBS zu behandeln, durch Faktoren auf Seiten der Patient_innen beeinflusst? Wird die Behandlungsbereitschaft durch Faktoren auf Seiten der Therapeut_innen beeinflusst?

Im Folgenden werden die vier Publikationen zusammenfassend dargestellt.

4. Zusammenfassung der Publikationen

4.1 Publikation 1: Häufigkeitsraten für PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11}

Eilers, R., Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2020). The impact of the new ICD-11 criteria on abused young people: 30% less PTSD and CPTSD diagnoses compared to DSM-IV. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(1), 59-62. <https://doi.org/10.1159/000503794>

Hintergrund: Für die ICD-11 wurden die diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) neu formuliert und enger gefasst. Außerdem wurde die neue Diagnose komplexe PTBS (kPTBS) eingeführt. Erste Ergebnisse weisen auf sinkende Häufigkeitsraten im Vergleich zu anderen Versionen der PTBS-Kriterien hin. Um die Auswirkungen der neuen Kriterien bei Kindern und Jugendlichen zu untersuchen, wurden die Häufigkeitsraten von PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} mit PTBS_{ICD-10}, PTBS_{DSM-IV} und PTBS_{DSM-5} verglichen. Die PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Gruppen wurden miteinander sowie mit den Teilnehmenden ohne PTBS_{ICD-11} hinsichtlich posttraumatischer Stresssymptomatik, komorbider Symptome und Charakteristika des traumatischen Ereignisses verglichen.

Methode: In die Analyse wurden 83 jugendliche Teilnehmende aus zwei Behandlungsstudien mit PTBS_{DSM-IV} nach sexueller und/oder körperlicher Gewalt eingeschlossen. Die ICD-11 Kriterien für PTBS und kPTBS wurden an diese Stichprobe angelegt, wozu ausgewählte Fragen des *Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (IBS-KJ, Steil, & Füchsel, 2006), des *University of California Los Angeles PTSD Reaction Index* (UCLA-PTSD-RI, Ruf et al., 2010; Steinberg et al., 2004) und der *Borderline Symptom List 23* (BSL-23, Bohus et al., 2009) verwendet wurden. Ebenso wurden die PTBS_{DSM-5}- und PTBS_{ICD10}-Kriterien an die Stichprobe angelegt. Die Häufigkeitsraten von PTBS_{DSM-IV}, PTBS_{DSM-5} und PTBS_{ICD-10} wurden deskriptiv mit PTBS_{ICD-11} verglichen. Die diagnostische Übereinstimmung wurde mit Cohen's *d* berechnet. Mit Mann-Whitney *U* und Chi-Quadrat Tests wurden explorativ Unterschiede zwischen den ICD-11 Gruppen (PTBS_{ICD-11}, kPTBS_{ICD-11}, keine PTBS_{ICD-11}) berechnet in Bezug auf komorbide Symptome und Charakteristika des traumatischen Ereignisses. Mit multimodalen logistischen Regressionen

wurde der Beitrag potentieller Prädiktoren (komorbide Symptome, Beeinträchtigung, Charakteristika des Events) zur ICD-11-Gruppenzugehörigkeit untersucht.

Ergebnisse: Vierzehn (16,87%) Teilnehmende erfüllten die Kriterien für PTBS_{ICD-11}, 41 (49,40%) für kPTBS_{ICD-11} und 28 (33,73%) erfüllten keine der beiden Diagnosen. Die geringste Häufigkeit lag für den PTBS_{ICD-11}-Symptombereich *Übererregung* vor. Achtzig (96,39%) der Teilnehmenden erfüllten die PTBS_{ICD-10} und PTBS_{DSM-5}. Die diagnostische Übereinstimmung von PTBS_{ICD-11} mit PTBS_{ICD-10} und PTBS_{DSM-5} war gering. Die Übereinstimmung zwischen PTBS_{ICD-10} und PTBS_{DSM-5} war hoch. Die kPTBS_{ICD-11} Gruppe zeigte eine höhere Symptomschwere für Dissoziation und Depressivität sowie mehr komorbide Symptome im Vergleich zu Teilnehmenden, die weder PTBS_{ICD-11} noch kPTBS_{ICD-11} erfüllten. Lediglich die depressive Symptomschwere war ein Prädiktor für die Zugehörigkeit zur kPTBS_{ICD-11}-Gruppe im Vergleich zur Gruppe der Teilnehmenden, die weder PTBS_{ICD-11} noch kPTBS_{ICD-11} erfüllten.

Diskussion: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die PTBS_{ICD-11}-Kriterien weniger sensitiv sind als andere Versionen der Diagnose und darauf, dass die kPTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen nach Gewalterfahrungen häufiger auftreten kann als die PTBS_{ICD-11}. Durch fehlende PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Diagnoseinstrumente zum Zeitpunkt der Studiendurchführung können die Diagnoseraten nur als Annäherungswerte interpretiert werden. Die schlechte Übereinstimmung mit PTBS_{ICD-10}, PTBS_{DSM-IV} und PTBS_{DSM-5} könnte methodische Auswirkungen auf weitere Forschung und die Vergleichbarkeit von Behandlungsstudien haben. Außerdem wird mit Anwendung der ICD-11-Kriterien mehr als ein Drittel der jungen Patient_innen die PTBS-Diagnose verlieren. Da die ICD-11 in vielen Ländern verpflichtend sein wird, stellt sich die Frage, ob diese Jugendlichen noch für eine adäquate Behandlung in Frage kommen werden.

4.2 Publikation 2: Anwendbarkeit von entwicklungsangepasster kognitiver Verhaltenstherapie zur Behandlung von kPTBS_{ICD-11}

Eilers, R., Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2021). Response of young patients with probable ICD-11 complex PTSD to treatment with developmentally adapted cognitive processing therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929024>

Hintergrund: Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) wird in der ICD-11 als neue Diagnose im Kapitel *mit Stress verbundene Störungen* aufgenommen und durch die PTBS_{ICD-11}-Kriterien sowie zusätzliche Symptome der *Schwierigkeiten in der Selbstorganisation* (SSO) beschrieben. Behandlungsempfehlungen für die neue Diagnose im Kindes- und Jugendalter stehen noch aus. Daher soll untersucht werden, ob die entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT, Matulis et al., 2013), die für PTBS bei jungen Patient_innen nach physischer oder sexueller Gewalt entwickelt wurde, auch für die Behandlung der kPTBS_{ICD-11} geeignet ist.

Methode: Die Stichprobe umfasst die Behandlungsgruppe ($N = 44$, 14–21 Jahre) einer randomisiert-kontrollierten Studie mit altersangepasster PTSD_{DSM-IV}-Diagnose nach sexueller oder körperlicher Gewalt in der Kindheit. Anhand der kPTBS_{ICD-11}-Kriterien wurde die Stichprobe post-hoc in zwei Gruppen geteilt: wahrscheinliche kPTBS_{ICD-11} und keine kPTBS_{ICD-11}. Die posttraumatische Stresssymptomatik wurde mit dem *Interview zur Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen* (IBS-KJ, Steil, & Fücksel, 2006) und dem Selbstauskunftsfragebogen *University of California Los Angeles PTSD Reaction Index* (UCLA-PTSD-RI, Bohus et al., 2009) erhoben. Hierarchische lineare Modelle mit festen Effekten der Gruppenzugehörigkeit (kPTBS_{ICD-11}, keine kPTBS_{ICD-11}) und Zeit (bis zu zwölf Monate nach Behandlungsende) sowie deren Interaktion wurden für den Verlauf der posttraumatischen Stresssymptomatik berechnet.

Ergebnisse: Neunzehn (43,2%) Patient_innen erfüllten die Kriterien für wahrscheinliche kPTBS_{ICD-11}, während 25 (56,8%) nicht die kPTBS_{ICD-11} erfüllten. Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11} berichteten höhere Raten sexueller Gewalterfahrung und stärkere depressive Symptome sowie Borderline-Symptome. Beide Gruppen profitierten von der Therapie (UCLA:

$\beta = -0.33$, $p < .001$; IBS-KJ: $\beta = -0.58$, $p < .001$) mit großen Effektstärken (UCLA: $d_{kPTBS} = 1.99$, $d_{keine\ kPTBS} = 2.58$; IBS-KJ: $d_{kPTBS} = 2.62$, $d_{keine\ kPTBS} = 1.39$). Die $kPTBS_{ICD-11}$ -Gruppe berichtete über die Zeit hinweg stärkere Symptome (UCLA: $\beta = 11.63$, $p < .001$; IBS-KJ: $\beta = 20.98$, $p < .001$). Es lag kein Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit vor. Remissionsraten unterschieden sich nicht zwischen den Gruppen. Auch die SSO-Symptome reduzierten sich sowohl in der Gruppe mit wahrscheinlicher $kPTBS_{ICD-11}$ als auch in der Gruppe ohne $kPTBS_{ICD-11}$.

Diskussion: In dieser Studie konnte erstmals die Anwendbarkeit der E-KVT auch für Patient_innen mit $kPTBS_{ICD-11}$ gezeigt werden. Patient_innen der $kPTBS_{ICD-11}$ -Gruppe profitieren ebenso gut von E-KVT wie die $PTBS_{DSM-IV}$ -Gruppe ohne geschätzte $kPTBS_{ICD-11}$ -Diagnose. Die Verbesserung war auch ein Jahr nach Behandlungsende stabil. Neben der $PTBS$ -Symptomatik verbesserte sich auch die SSO-Symptomatik durch die E-KVT Behandlung. Diese Ergebnisse liefern wichtige Implikationen für die Praxis. Psychotherapeut_innen können mit der E-KVT auch Patient_innen mit der neuen Diagnose $kPTBS_{ICD-11}$ behandeln. Für die künftige Forschung bleibt noch offen, ob für eine weitere Symptomreduktion bei $kPTBS_{ICD-11}$ -Patient_innen eine längere Behandlungsdauer oder zusätzliche Interventionen notwendig sind. Zudem sollten klinische Interviews für die Diagnostik der $kPTBS_{ICD-11}$ eingesetzt werden. Eine Validierung geeigneter Interviews steht noch aus.

4.3 Publikation 3: Übersicht und Einordnung der PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Kriterien anhand des aktuellen Forschungsstands

Eilers, R., & Rosner, R. (2021). Die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in der Praxis: Eine Übersicht und Einordnung der neuen ICD-11 Kriterien in Bezug auf Kinder und Jugendliche. *Kindheit und Entwicklung*, 30(3), 144-153. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000342>

Hintergrund: Die ICD-11 enthält neu formulierte Kriterien für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und zusätzliche Kriterien für die komplexe PTBS (kPTBS). PTSD_{ICD-11} wurde auf sechs Kernsymptome in drei Clustern reduziert. kPTBS_{ICD-11} ist eine eigenständige Diagnose, die sich aus den PTSD_{ICD-11}-Kriterien und zusätzlichen Symptomen in drei Bereichen der *Schwierigkeiten in der Selbstorganisation* (SSO) zusammensetzt. Die SSO-Bereiche umfassen affektive Dysregulation, negatives Selbstkonzept und interpersonelle Probleme. Therapeut_innen werden in der klinischen Praxis auf junge Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11} treffen, während es noch keine Behandlungsempfehlungen für die kPTBS_{ICD-11} gibt und randomisierte klinische Therapiestudien noch nicht durchgeführt wurden. In der Übersichtsarbeit soll anhand bisheriger Forschungsergebnisse dargestellt werden, wie sich die Neuerungen auf die Diagnostik und Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen auswirken.

Methode: Zuerst werden die diagnostischen Kriterien für PTSD_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} vorgestellt und mit den diagnostischen Ansätzen von PTSD_{DSM-IV}, PTSD_{DSM-5} und PTSD_{ICD-10} verglichen. Anschließend wird die aktuelle Forschung zu PTSD_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen zusammenfassend dargestellt, in Bezug auf folgende Schwerpunkte: Häufigkeitsraten, Gruppenunterschiede zwischen jungen Patient_innen mit PTSD_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} sowie die Anwendbarkeit bestehender traumafokussierter Therapien für kPTBS_{ICD-11}. Zuletzt werden mögliche Implikationen für die klinische Praxis und offene Forschungsfragen diskutiert.

Ergebnisse: Die PTSD_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Kriterien sind für die Anwendung in allen Altersgruppen vorgesehen, bislang fehlen entwicklungsangepasste Diagnosekriterien. Die Prävalenzraten von PTSD_{ICD-11} scheinen im Vergleich zu PTSD_{DSM-IV}, PTSD_{DSM-5} und

PTSD_{ICD-10} zu sinken. Die Häufigkeit von PTSD_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} variiert in verschiedenen Stichproben, wobei die kPTBS_{ICD-11}-Raten meist niedriger sind als die PTSD_{ICD-11}-Raten. Die Befunde zu Gruppenunterschieden sind heterogen. Studien deuten darauf hin, dass traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) und entwicklungsangepasste kognitive Verarbeitungstherapie (E-KVT) die Symptome von PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} reduzieren können.

Diskussion: Die bisherigen Forschungsergebnisse erlauben eine erste Abschätzung der Auswirkungen der neuen ICD-11 Kriterien bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Die PTSD_{ICD-11}-Kriterien sind weniger sensitiv als andere Versionen der PTBS-Diagnose. Vielversprechende erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass kPTBS_{ICD-11}-Symptome mit bestehenden traumafokussierten Therapiemanualen erfolgreich behandelt werden können. Der Nutzen zusätzlicher Behandlungsphasen, die SSO-Symptome adressieren, muss jedoch weiter untersucht werden. Bislang ist die Datenlage zu PTSD_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen begrenzt. Der größte Teil der bisherigen Studien hat die ICD-11 Diagnosen auf Basis von Archivdaten geschätzt. Daher können die vorliegenden Ergebnisse nur als Annäherungswerte interpretiert werden. Ein erster Screening-Fragebogen für PTSD_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} wurde bereits veröffentlicht und für Kinder und Jugendliche validiert. Die Entwicklung eines klinischen Interviews für PTSD_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} steht noch aus und ist für die weitere Forschung unerlässlich, um erste Ergebnisse zu bestätigen und weitere Auswirkungen zu untersuchen.

4.4 Publikation 4: Behandlungsbereitschaft von approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Gossmann, K., Eilers, R., Rosner, R., & Barke, A. (2021). How do licensed psychotherapists in Germany feel about treating patients with posttraumatic stress symptoms? - An experimental study based on case vignettes. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1995265, <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1995265>

Hintergrund: Diskrepanzen zwischen der epidemiologischen Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) in der deutschen Allgemeinbevölkerung und in administrativen Erhebungen deuten an, dass nicht alle Betroffenen mit einer PTBS einen Behandlungsplatz für eine Psychotherapie erhalten. Ein Grund für diese Versorgungslücke kann in der Bereitschaft approbierter Psychotherapeut_innen liegen, eine PTBS zu behandeln. Daher soll mit einem experimentellen Design untersucht werden, mit welchen Faktoren auf Seiten der Patient_innen und Therapeut_innen die Höhe der Behandlungsbereitschaft von Psychotherapeut_innen zusammenhängt.

Methode: Im Rahmen einer repräsentativen deutschlandweiten Onlineumfrage wurden 768 approbierten Psychotherapeut_innen (28–80 Jahre) Fallvignetten von Patient_innen mit Posttraumatischer Stresssymptomatik nach singulären interpersonellen traumatischen Ereignissen präsentiert. Das in der Fallvignette angegebene Alter wurde entsprechend der von der jeweils teilnehmenden Person vornehmlich behandelten Altersgruppe angegeben (Kinder und Jugendliche: 14 Jahre/Erwachsene: 28 Jahre). Mögliche Einflussfaktoren auf die Behandlungsbereitschaft auf Patient_innenebene wurden in den präsentierten Vignetten randomisiert präsentiert (Geschlecht, externale/internale Symptomatik). Die Teilnehmenden wurden nach der Höhe ihrer Behandlungsbereitschaft, Befürchtungen und wahrgenommenen externen Barrieren in Bezug auf die Fallvignette gefragt. Untersuchte Einflussfaktoren auf Ebene der Therapeut_innen umfassten den Abschluss einer traumatherapeutischen Weiterbildung, Alter, Geschlecht, Anzahl der wöchentlichen Therapiesitzungen, Länge der Berufserfahrung und erworbene Fachkunde. Mit einer ANOVA und hierarchischen Regressionen wurden Unterschiede und Zusammenhänge der untersuchten Einflussfaktoren in Bezug auf die Behandlungsbereitschaft berechnet.

Ergebnisse: Hauptsächlich mit Kindern und Jugendlichen arbeiteten 187 (24.3%) der teilnehmenden Therapeut_innen, eine traumatherapeutische Weiterbildung besucht hatten 311 (40.5%). Therapeut_innen, die hauptsächlich mit Kindern und Jugendlichen arbeiteten, gaben eine höhere Bereitschaft für die Behandlung der Fallvignetten an als diejenigen, die vor allem erwachsene Patient_innen behandelten ($F(1, 682) = 15.06, p < .001$). Ebenso höher war die Bereitschaft von Teilnehmenden, die eine traumatherapeutische Weiterbildung besucht hatten ($\beta = 4.437, p = .009$). Die Höhe der wahrgenommenen Befürchtungen und Barrieren waren mit einer niedrigeren Behandlungsbereitschaft assoziiert (Befürchtungen: $\beta = -.442, p < .001$; Barrieren: $\beta = -.120, p = .002$). Die untersuchten Variablen auf Ebene der Patient_innen hatten keinen Einfluss auf die Behandlungsbereitschaft der teilnehmenden Therapeut_innen.

Diskussion: Die Ergebnisse bieten Einblicke in die Bereitschaft von Therapeut_innen, Betroffene mit PTBS zu behandeln und deuten die Wichtigkeit traumatherapeutischer Weiterbildungsangebote diesbezüglich an. Variablen auf Ebene der Therapeut_innen zeigten stärkere Zusammenhänge mit der Behandlungsbereitschaft als Variablen auf Ebene der Patient_innen und Symptomatik. Noch offen bleibt die kausale Richtung der gefundenen Zusammenhänge.

5. Diskussion und Ausblick

In dieser Dissertation wurden bisher wenig untersuchte Aspekte der PTBS und deren Behandlung untersucht: Die Auswirkungen der Anwendung der neuen PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11}-Kriterien bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen sowie die Behandlungsbereitschaft von Psychotherapeut_innen. Dabei ist es gelungen, mithilfe von vier Publikationen neue Einblicke zu gewinnen, die eine hohe Relevanz für die klinische und gutachterliche Praxis haben werden.

Publikationen 1 und 2 berichteten Häufigkeitsraten der PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Diagnosen in klinischen Stichproben Jugendlicher und junger Erwachsener nach körperlichen oder sexuellen Gewalterfahrungen sowie Gruppenunterschiede zwischen Patient_innen mit Diagnosen nach diesem Algorithmus versus nach PTBS_{DSM-IV} Diagnostizierten. Durch den Einschluss von Teilnehmenden bis zu einem Alter von 21 Jahren konnte eine hohe externe Validität für das deutsche Gesundheitssystem sichergestellt werden. Die post-hoc Annäherung an die PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Diagnosen durch einzelne Fragebogenitems machte es möglich, in Publikation 1 erstmals in einer klinischen Stichprobe Häufigkeitsraten nach vier Versionen von PTBS-Kriterien (ICD-10, ICD-11, DSM-IV, DSM-5) zu vergleichen. Die Häufigkeitsraten für PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} sanken im Vergleich zu PTBS_{ICD-10}, PTBS_{DSM-IV} und PTBS_{DSM-5}. Mehr Teilnehmende erfüllten die kPTBS_{ICD-11}-Kriterien als die PTBS_{ICD-11}-Kriterien. Auch in Publikation 2 wurde eine hohe Prävalenz der kPTBS_{ICD-11} berichtet. Die explorative Untersuchung zahlreicher Variablen zeigte Gruppenunterschiede zwischen Teilnehmenden mit kPTBS_{ICD-11} und Teilnehmenden mit PTBS_{DSM-IV}. Die kPTBS_{ICD-11}-Gruppen berichteten höhere Werte für Dissoziation (Publikation 1), eine höhere Anzahl komorbider Diagnosen (Publikation 1), mehr Borderline-Symptome (Publikation 2), mehr depressive Symptome (Publikation 1 und 2) sowie mehr sexuelle Gewalterfahrungen (Publikation 2). Im Vergleich von PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} in Publikation 1 zeigten sich keine Unterschiede in den untersuchten Variablen.

In Bezug auf die Herausforderungen der Therapie von PTBS bei Kindern und Jugendlichen konnten in der vorliegenden Dissertation wertvolle Einblicke gewonnen werden: Publikation 2 liefert einen ersten Hinweis auf die Anwendbarkeit von E-KVT zur Behandlung von kPTBS_{ICD-11} bei jungen Patient_innen. Die posttraumatische Stresssymptomatik von Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11} verbesserte sich ebenso wie die von Patient_innen mit

PTBS_{DSM-IV} mit großer Effektstärke. Auch SSO-Symptome wurden in beiden Gruppen reduziert und diese Effekte waren auch bis zu einem Jahr nach Therapieende stabil. Publikation 4 zeigte erstmalig in einer deutschlandweiten repräsentativen Umfrage mit experimentellem Design, dass die Bereitschaft zur Behandlung einer PTBS von Psychotherapeut_innen größer ist, die hauptsächlich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten und eine traumatherapeutische Weiterbildung besucht hatten. Wahrgenommene subjektive Befürchtungen und objektive Barrieren, wie Kostenerstattungsverfahren oder Anforderungen des Gesundheitssystems oder Arbeitgebers, verringerten die Behandlungsbereitschaft.

Im Rahmen einer aktuellen Literaturübersicht bisheriger Studien zu Auswirkungen der PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Kriterien bei Kindern und Jugendlichen (Publikation 3) konnten die Ergebnisse aus den Publikationen 1 und 2 in die bisherige Forschungslage eingeordnet und erste Implikationen für die Praxis abgeleitet werden. Insbesondere die ersten Ergebnisse zur Anwendbarkeit bisheriger evidenzbasierter Traumatherapien sind vielversprechend für eine angemessene Behandlung von Patient_innen mit der neuen Diagnose kPTBS_{ICD-11}.

5.1 Häufigkeitsraten und Gruppenunterschiede von PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11}

Die in Publikation 1 berichteten sinkenden PTBS-Häufigkeitsraten mit Anwendung der PTBS_{ICD-11}-Kriterien stimmen mit Befunden anderer Studien überein (Bruckmann et al., 2020; Elliott et al., 2020; La Greca et al., 2017; Sachser & Goldbeck, 2016; Vasileva et al., 2018). Sachser, Keller et al. (2017) berichteten, dass kPTBS_{ICD-11} mit interpersonellen Ereignissen assoziiert war. Auch in den Stichproben mit interpersoneller Gewalterfahrung in den Publikationen 1 und 2 war der Anteil der kPTBS_{ICD-11}-Diagnose hoch. Im Gegensatz dazu und zu einer weiteren Studie (Kazlauskas et al., 2020) berichteten jedoch die meisten Studien höhere Häufigkeitsraten von PTBS_{ICD-11} im Vergleich zu kPTBS_{ICD-11} (Danzi & La Greca, 2016; Elliott et al., 2020; Haselgruber et al., 2020b; Haselgruber et al., 2021; Hébert & Amédée, 2020; Perkonig et al., 2015; Sachser, Keller et al., 2017; Sölva et al., 2020; Villalta et al., 2020; eine Übersicht dazu findet sich in Publikation 3). Unterschiede der zugrundeliegenden Stichproben und Diagnoseschätzungen erschweren den Vergleich der berichteten Häufigkeitsraten. Jedoch wurden auch für andere Versionen der PTBS-Kriterien, vor allem PTBS_{DSM-IV}, variierende Prävalenzraten für verschiedene Traumaarten und Erhebungszeitpunkte bei Kindern und Jugendlichen berichtet (La Greca et al., 2012; Nooner et al., 2012).

Die sinkenden PTBS_{ICD-11}-Raten stehen im Kontrast zu Befunden verschiedener Studien, in denen sich die Beeinträchtigung durch die posttraumatische Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS_{ICD-11} oder kPTBS_{ICD-11} nicht von Teilnehmenden unterschied, die andere Versionen der PTBS-Kriterien erfüllten (Publikation 1; Elliott et al., 2020; La Greca et al., 2017). Dadurch wird die Frage aufgeworfen, ob die PTBS_{ICD-11}-Kriterien ausreichend sensitiv klinisch relevante posttraumatische Belastungssymptome bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen erfassen. Bisherige Empfehlungen zur entwicklungsbezogenen Anpassung der Kriterien (Pynoos et al., 2009; Scheeringa et al., 2011) wurden in PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} nicht berücksichtigt. Der reduzierte Kriterienkatalog erschwert eine Anpassung und Herabsenkung der diagnostischen Schwelle. Weiterhin wurden bei der PTBS_{ICD-11}-Überarbeitung sogar vormalige PTBS_{ICD-10}-Kriterien gestrichen, die im Verhalten jüngerer Patient_innen leichter zu beobachten waren. So sind beispielsweise im Cluster *Übererregung* sowohl Schlafstörungen als auch Konzentrationsschwierigkeiten nicht mehr als Symptomkriterien enthalten. Diese können bei Kindern und Jugendlichen jedoch sowohl in der Selbstwahrnehmung als auch im Fremdbbericht leichter wahrnehmbar und erfassbar sein als die verbliebenen Symptome Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit.

Auch die Nützlichkeit der Unterscheidung von PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} kann auf Basis der berichteten Ergebnisse diskutiert werden. In Publikation 1 unterschied sich die Ausprägung keiner der untersuchten Variablen wie die Anzahl der traumatischen Ereignisse oder die komorbide Symptomschwere zwischen den ICD-11-Diagnosegruppen. Dies steht vor dem Hintergrund der in Publikation 3 zusammengefassten, insgesamt noch heterogenen Datenlage zu Gruppenunterschieden. Die Ergebnisse in den Publikationen 1 und 2 beruhen auf selektiven Stichproben mit starken Belastungen nach häufig mehrfachen und langjährigen Gewalterfahrungen in der Kindheit. Damit stellen die Stichproben eine in der Forschung diskutierte Risikogruppe für komplexe PTBS-Symptomatik dar (Herman, 1992). Die Publikationen 1 und 2 berichteten zudem, dass auch Patient_innen ohne kPTBS_{ICD-11}-Diagnose mit hohen Häufigkeitsraten einzelne SSO-Symptombereiche erfüllen. Dadurch kann infrage gestellt werden, ob die kategoriale Unterscheidung von PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11}, so wie sie in der ICD-11 konzipiert ist, für das Kindes- und Jugendalter nützlich und trennscharf ist. Weitere Forschung muss zudem untersuchen, ob PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} eher Schweregrade posttraumatischer Stresssymptomatik darstellen als distinkte diagnostische

Kategorien, so wie es in der Vergangenheit auch für die Diagnosen PTBS_{DSM-IV} und DESNOS diskutiert wurde.

Überdies deuten die hohen Komorbiditätsraten in den Stichproben von Publikationen 1 und 2 darauf hin, dass Patient_innen, welche die PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} Diagnosen verfehlen, noch die Kriterien einer anderen psychischen Störung erfüllen und eine Behandlungsindikation für diese Störungen erhalten werden. Dennoch sind die sinkenden Häufigkeitsraten und das Fehlen entwicklungsangepasster Kriterien kritisch zu bewerten, da hierdurch die Indikation für eine traumafokussierte Behandlung für einige traumatisierte junge Patient_innen wegfallen wird. Doch gerade im Kindes- und Jugendalter ist eine traumafokussierte Therapie bei ausreichender und anhaltender posttraumatischer Stresssymptomatik angezeigt, um eine Chronifizierung der Symptome und mögliche Langzeitfolgen zu verhindern (Clemens et al., 2018; Dye, 2018; Hiller et al., 2016; Thordardottir et al., 2016). Zudem zeigen Metaanalysen, dass durch die traumafokussierte Therapie auch die komorbide Symptomatik bedeutsam reduziert wird (Gutermann et al., 2016; Morina et al., 2016; Lenz & Hollenbaugh, 2015).

5.2 Behandlung von Posttraumatischer Belastungssymptomatik

In den Publikationen 2 und 4 wurden Herausforderungen bei der Behandlung von PTBS im Allgemeinen und von kPTBS_{ICD-11} beleuchtet. Publikation 2 weist darauf hin, dass E-KVT zur Behandlung von kPTBS_{ICD-11} anwendbar ist und die Symptomschwere sowohl von PTBS als auch von SSO reduziert. Damit konnten bisherige Hinweise zur Anwendbarkeit von TF-KVT für PTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen (Hébert & Amédée, 2020; Sachser, Keller et al., 2017) um ein weiteres geeignetes Therapiemanual für Jugendliche und junge Erwachsene ergänzt werden. Durch das phasenbasierte Vorgehen entspricht der Aufbau von E-KVT den Vorschlägen zur Behandlung der kPTBS_{ICD-11} bei jungen Patient_innen (ISTSS Position Paper, n.d.; Rosner, Gutermann et al., 2019). Neben der Adressierung von PTBS-Symptomatik anhand eines Traumanarrativs und der Bearbeitung dysfunktionaler traumabezogener Kognitionen kann angenommen werden, dass in den weiteren E-KVT Behandlungsphasen die SSO-Symptombereiche bearbeitet werden. Symptome eines *negativen Selbstkonzepts* werden durch die kognitive Umstrukturierung im CPT-Modul und im letzten E-KVT-Modul zu Entwicklungsaufgaben adressiert. *Schwierigkeiten der Selbstregulation*

werden in den Modulen zur Emotionsregulation behandelt. Das Entwicklungsaufgaben-Modul thematisiert *Schwierigkeiten der Beziehungsgestaltung*.

Durch eine Behandlung mit E-KVT konnte die posttraumatische Stresssymptomatik sowohl in der kPTBS_{ICD-11}- als auch der PTBS_{DSM-IV}-Gruppe mit großen Effektstärken unter den Grenzwert für klinisch relevante Belastung reduziert werden. Dabei begann und endete die kPTBS_{ICD-11}-Gruppe mit einer stärkeren Symptombelastung. Vergleichbare Trends wurden auch den zwei bisherigen Studien zu TF-KVT für kPTBS_{ICD-11} berichtet, mit jeweils zwei Erhebungszeitpunkten und kürzeren Follow-up Zeitintervallen bei jüngeren Stichproben (Hébert & Amédée, 2020: 6–14 Jahre; Sachser, Keller et al., 2017: 7–17 Jahre). In Publikation 2 konnten die Stabilität der Symptomverbesserung und der anhaltenden Gruppenunterschied über vier Messzeitpunkte bis zu 12 Monaten nach Behandlungsende bestätigt werden. Zusammenfassend weist die bisherige Studienlage darauf hin, dass evidenzbasierte traumafokussierte Therapiemanuale bei Kindern und Jugendlichen nicht nur für PTBS, sondern auch für kPTBS_{ICD-11} eingesetzt werden können. Diese Ergebnisse konnten in Publikation 3 für die Praxis zusammenfassend dargestellt werden. Damit ist eine effektive Behandlung von Patient_innen mit der neuen Diagnose kPTBS_{ICD-11} bereits jetzt möglich, bevor Ergebnisse von eigens für die Behandlung von kPTBS_{ICD-11} entwickelten Psychotherapiestudien vorliegen. Darüber hinaus ist weitere Evidenz zu Behandlungserfolg und -sicherheit bei kPTBS_{ICD-11}-Patient_innen zwingend notwendig, um die klinische Nützlichkeit dieser neuen Diagnose endgültig bewerten zu können. Denn nur bei distinkten Behandlungsindikationen für PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} ist die Einführung der neuen komplexen Diagnose nützlich. Da in bisherigen Studien mit Kindern und Jugendlichen die kPTBS_{ICD-11}-Gruppen auch nach der Therapie noch eine höhere Symptombelastung berichteten als PTBS-Patient_innen, bleibt die Frage offen, ob kPTBS_{ICD-11}-Patient_innen ergänzend zur phasenbasierten PTBS-Therapie von zusätzlichen Interventionen profitieren würden.

Der positive Zusammenhang von traumafokussierter Weiterbildung und Behandlungsbereitschaft, welcher auch in Fragebogenerhebungen berichtet wurde (Schnell et al., 2015), konnte in Publikation 4 mit einem experimentellen Design und einer großen Stichprobe bestätigt und um weitere Befunde ergänzt werden. Insgesamt verringerten wahrgenommene Befürchtungen und objektive Barrieren die Behandlungsbereitschaft, doch Therapeut_innen, die eine traumafokussierte Weiterbildung besucht hatten, gaben weniger Befürchtungen an. Mit Blick auf traumatisierte Kinder und Jugendliche zeigen sich positive

Ergebnisse, da Therapeut_innen, die vor allem diese jüngere Patient_innengruppe behandelten, von einer höheren Behandlungsbereitschaft berichteten als Teilnehmende, die vor allem Erwachsene behandelten. Beide Therapeut_innengruppen unterschieden sich nicht dahingehend, ob sie eine traumafokussierte Weiterbildung abgeschlossen hatten. Dies könnte auf Unterschiede in der praktischen Erfahrung mit PTBS-Behandlung oder in der Ausbildung von Therapeut_innen mit einer Approbation für Erwachsene versus Kinder und Jugendliche hindeuten.

Eine abgeschlossene traumafokussierte Weiterbildung wiederum hing sowohl mit einer höheren Behandlungsbereitschaft als auch einem höheren Alter und längerer Berufserfahrung zusammen. Bislang untersuchte keine andere Studie zur Behandlungsbereitschaft von Traumafolgestörungen bei deutschen Psychotherapeut_innen Effekte des Therapeut_innenalters (Hannich et al., 2019; Schnell et al., 2015). Direkte Zusammenhänge von Berufserfahrung und Behandlungsbereitschaft wurden in Publikation 4 nicht gefunden, ebenso nicht bei Schnell et al. (2015). Zusammenfassend können Daten zur Behandlungsbereitschaft von Behandelnden die bisherigen Forschungsergebnisse zu Therapeut_inneneffekten ergänzen, welche bisher vorwiegend Einflussfaktoren auf Therapieergebnisse betrachtet haben.

5.3 Limitationen der durchgeführten Studien

Neben den Stärken der durchgeführten Studien müssen die Ergebnisse vor dem Hintergrund einiger Limitationen der unterschiedlichen Untersuchungsdesigns der vier Publikationen interpretiert werden. Die geringen Stichprobengrößen in den Publikationen 1 und 2 schränken die Power der statistischen Analysen und die Generalisierbarkeit der berichteten Ergebnisse ein. Da den Publikationen 1 und 2 klinische Stichproben junger Patient_innen nach körperlicher oder sexueller Gewalt zugrunde lagen, die eine PTBS_{DSM-IV}-Diagnose (Publikation 1) oder eine entwicklungsangepasste PTBS_{DSM-IV} (Publikation 2) erfüllten, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Populationen traumatisierter Kinder und Jugendlicher begrenzt. Eine zentrale Limitation der Publikationen 1 und 2 stellt zudem die Annäherung an die Diagnosen PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} auf Grundlage einzelner Items aus Archivdaten dar, da zum Zeitpunkt der Durchführung der Behandlungsstudien die revidierten ICD-11 Kriterien noch nicht veröffentlicht waren. Die Schätzungen können von den wahren Prävalenzraten der ICD-11 Kriterien abweichen. Dieses Vorgehen zur post-hoc Schätzung der

PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Diagnosen ermöglicht jedoch eine erste Evaluierung der Auswirkungen der neuen Kriterien in klinischen Stichproben und die in Publikationen 1 und 2 verwendeten Fragebogenitems sind vergleichbar mit denen in anderen auf Archivdaten basierenden kPTBS_{ICD-11}-Studien (Perkonig et al., 2016; Sachser, Keller et al., 2017). Um in Publikation 2 die Symptomverläufe über einen langen Follow-up Zeitraum von bis zu zwölf Monaten nach Behandlungsende berechnen zu können, musste auf die vergleichende Analyse der Kontrollgruppe der Primärstudie (Rosner, Rimane et al., 2019) verzichtet werden, da die Teilnehmenden der Kontrollgruppe nur bis zu drei Monate nach Behandlungsende befragt wurden. Die Ergebnisse können daher im Sinne einer Machbarkeitsstudie interpretiert werden.

Die zusammenfassende Übersicht der Forschungslage zu PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} in Publikation 3 unterliegt ebenfalls dieser Limitation, da der Großteil der bisherigen Studien diese Diagnosen anhand einzelner Fragebogenitems aus Archivdaten geschätzt hat. Zudem ist die Qualität der zugrundeliegenden Studien heterogen und die bislang berichteten Ergebnisse zu Häufigkeitsraten, Gruppenunterschieden und Therapiemöglichkeiten beziehen sich auf unterschiedliche Stichproben. Die Literaturübersicht in Publikation 3 wurde unsystematisch erstellt und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere relevante Studienergebnisse nicht mit einbezogen wurden. Dennoch bietet Publikation 3 eine erste, aktuelle Grundlage für die praxisbezogene Kommunikation anstehender Änderungen im Bereich der klassischen und komplexen PTBS bei Kindern und Jugendlichen.

Eine Limitation des experimentellen Designs von Publikation 4 ist die sehr standardisierte Simulation der Patientenauswahl, welche die Reduktion der untersuchten, randomisierten Variablen auf wenige Merkmale erforderte. Die Fallvignette entspricht dabei nicht der Komplexität der Behandlungsrealität, wodurch Rückschlüsse auf die Praxis eingeschränkt werden. So konnten beispielsweise der Umstand, dass die PTBS in der Regel komorbid auftritt oder die Symptomatik einer kPTBS_{ICD-11} nicht berücksichtigt werden. Weiterhin erlaubt das Querschnittsdesign keine Ableitung einer kausalen Richtung für die gefundenen Zusammenhänge. Die Höhe der wahrgenommenen Befürchtungen und Barrieren wurden nur mit jeweils einer Frage erhoben und dies schließt eine differenzierte Betrachtung der Einflüsse verschiedener Befürchtungen und Barrieren aus. Auch Verzerrungen durch die freiwillige Teilnahme und die Selbstauskunft der Therapeut_innen könnten zu einer Überschätzung der Bereitschaft geführt haben und trotz der anonymisierten Durchführung nicht ausgeschlossen werden. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Behandlungsrealität wird weiterhin

dadurch limitiert, dass die Bereitschaft, zumal wie hier in Selbstauskunft erhoben, nicht einem tatsächlichen Behandlungsangebot entspricht. Die Bereitschaft stellt einen zentralen Prädiktor für Verhalten dar, kann die Umsetzung jedoch nur partiell erklären (Ajzen, 1985). Weitere Faktoren wie die Verhaltensabsicht, die Motivation der Therapeut_innen oder die Behandlungskapazitäten beeinflussen den Zusammenhang von Bereitschaft und Verhalten. Somit können in Publikation 4 berichteten Unterschiede und Zusammenhänge nicht direkt auf die tatsächliche Versorgung traumatisierter Patient_innen übertragen werden.

5.3 Perspektiven für die Forschung

Aufgrund der gefundenen Ergebnissen und aus den genannten Limitationen lassen sich vielfältige Implikationen für zukünftige Forschung ableiten. Anknüpfend an Publikationen 1 und 2 sind Studien zu den Auswirkungen der neuen PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Kriterien auf Kinder und Jugendliche notwendig, die klinische Interviews zur Diagnosestellung und geeignete Screeningfragebögen einsetzen. Dabei sollten Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen und die gesamte Bandbreite möglicher Traumatisierungen berücksichtigt werden. Um zudem den deutlich unterschiedlichen PTBS-Versionen in DSM-5 und ICD-11 Rechnung zu tragen, und zur Sicherstellung einer guten Kommunikation zwischen Forschung und Praxis, wäre es zunächst notwendig, Interviews und Fragebögen zu validieren, die sowohl die PTBS_{DSM-5}- als auch die vollständigen kPTBS_{ICD-11}-Kriterien erheben. Für Kinder und Jugendliche befindet sich derzeit ein Screeningfragebogen mit Selbst- und Fremdbeurteilung von PTBS_{DSM-5} und kPTBS_{ICD-11}-Symptomen in der Evaluationsphase (*Child and Adolescent Trauma Screen-2*, CATS-2), klinische Interviews stehen noch aus. Für eine evidenzbasierte Bewertung der Nützlichkeit der neuen PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Kriterien sowie der Unterscheidung beider Diagnosegruppen im Kindes- und Jugendalter sollten anschließend PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} Prävalenzraten und Unterschiede zwischen beiden Diagnosegruppen und PTBS_{DSM-5} in großen Stichproben angestrebt werden.

Weiterhin sollten aufbauend auf vorliegenden Befunden zu entwicklungs sensitiven PTBS-Kriterien entwicklungsangepasste Versionen der PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} entwickelt werden. In Stichproben verschiedener Altersgruppen nach unterschiedlichen traumatischen Ereignissen sollten dazu die Höhe der posttraumatischen Stresssymptomatik, PTBS_{ICD-11}- und kPTBS_{ICD-11}-Kriterien sowie weitere posttraumatische Symptome, welche für Kinder und Jugendliche beschrieben wurden (Jensen et al., 2020; Pynoos et al., 2009; Scheeringa et al.,

2011; Steil & Rosner, 2009), erhoben werden. Auf dieser Datengrundlage können passende Symptomkombinationen und diagnostische Grenzwerte zur Erfassung einer klinisch relevanten PTBS-Symptomatik untersucht werden.

Als Grundlage für Leitlinienempfehlungen zur Behandlung von kPTBS_{ICD-11} bei Kindern und Jugendlichen sind Therapiestudien notwendig, die a priori zur Untersuchung der Anwendbarkeit und Effektivität verschiedener Behandlungsmanuale für kPTBS_{ICD-11} konzipiert wurden und klinische Interviews zur Diagnostik verwenden. Als erster Schritt kann die Wirksamkeit der E-KVT für PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} in einer RCT-Studie mit einer Kontrollgruppe verglichen werden. Da bisherige Befunde in den kPTBS_{ICD-11}-Gruppen auch nach der Therapie noch eine höhere Symptomschwere zeigten als in den PTBS-Gruppen, könnten zunächst die Nützlichkeit längerer Therapiephasen und anschließend auch weitere Interventionen zur zusätzlichen Reduktion von PTBS- und auch SSO-Symptomatik untersucht werden. Die Konzeption weiterer Therapiemodule für kPTBS_{ICD-11} sollte die noch vorliegenden Symptombereiche und möglicherweise komorbiden Störungen berücksichtigen. Auf Grundlage der Befunde zu angepassten Interventionen für kPTBS_{ICD-11} und vergleichender Symptomverläufe von kPTBS_{ICD-11} und PTBS_{ICD-11} in Therapiestudien muss die Diskussion über die Nützlichkeit der kPTBS_{ICD-11}-Diagnose in Bezug auf die Behandlungsplanung fortgeführt werden.

Auf Publikation 4 aufbauende Studien sollten auch Therapeut_innen in Ausbildung einschließen, um die Einflüsse von Alter, Berufserfahrung und Supervision auf die Behandlungsbereitschaft näher zu untersuchen. Mit längsschnittlichen Erhebungen der Behandlungsbereitschaft könnte ein detaillierterer Einblick in weitere Einflussfaktoren und Aspekte gewonnen werden. So könnte eine mögliche Varianz innerhalb der Therapeut_innen erhoben und Aussagen zur kausalen Richtung der bereits gefundenen Zusammenhänge von Bereitschaft und Weiterbildung getroffen werden. Während in der zugrundeliegenden Befragung von Publikation 4 lediglich zwischen externalisierenden und internalisierenden PTBS-Symptomen unterschieden wurde, kann in folgenden Erhebungen der Einfluss von einfacher und komplexer PTBS-Symptomatik erhoben werden, um das Ergebnis von Schnell et al. (2015), dass die Bereitschaft zur Behandlung der kPTBS geringer ist, auch in einem experimentellen Design zu untersuchen und die neuen ICD-11 Diagnose zu berücksichtigen.

Schließlich sind Folgestudien denkbar, in welchen die wichtigsten Implikationen aus den vier Publikationen dieser Dissertation vereint und die verschiedenen Themenbereiche verknüpft werden. Eine interessante Möglichkeit wäre eine Disseminationsstudie, in deren Rahmen Psychotherapeut_innen in der Anwendung eines entwicklungsangepassten, geeigneten kPTBS_{ICD-11}-Behandlungsmanuals für Kinder und Jugendliche geschult werden. Begleitend zur Studienteilnahme können die Behandlungsbereitschaft sowie Befürchtungen und wahrgenommene Barrieren der teilnehmenden Therapeut_innen über mehrere Messzeitpunkte hinweg vor und nach dem Training erhoben werden.

5.4 Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse dieser Dissertation haben darüber hinaus auch direkte Implikationen für die Praxis. Durch die Überschneidung mit Symptomen der PTBS_{DSM-5} können mithilfe ausgewählter Fragen aus diagnostischen Interviews auch die PTBS_{ICD-11} und ein Teil der kPTBS_{ICD-11}-Symptome diagnostiziert werden. Aufgrund der sinkenden Häufigkeitsraten mit Anwendung der PTBS_{ICD-11}-Kriterien sollten zur Diagnosestellung klinische Interviews auch für PTBS_{DSM-5}-Symptome verwendet werden, um ein klinisch relevantes Maß an posttraumatischer Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen zu erfassen. Bei denjenigen, die nicht die PTBS_{ICD-11} Diagnosekriterien erfüllen, müssen eine klinisch relevante Belastung sowie mögliche komorbide Störungen und die Indikation für eine traumafokussierte Behandlung sorgfältig geprüft werden.

Die bisherige Evidenz kann Behandelnde ermutigen, Interventionen, die für PTBS empfohlen werden, auch bei kPTBS_{ICD-11} anzuwenden. Mit den evidenzbasierten traumafokussierten Behandlungen E-KVT und TF-KVT kann jungen Patient_innen mit der neuen Diagnose kPTBS_{ICD-11} bereits eine wirksame Therapie angeboten werden. Beide Manuale können innerhalb der Stundenkontingente für Psychotherapie im deutschen Gesundheitssystem durchgeführt werden. Bis weitere Evidenz vorliegt und Leitlinienempfehlungen formuliert werden können, stellt dies eine gute und vielversprechende Basis für die Behandlung junger Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11} dar. Forschende stehen dabei in der Pflicht, bei veränderter Forschungslage aktualisierte praxisorientierte Literaturübersichten zu publizieren.

Zur Verbesserung der Versorgung traumatisierter Patient_innen sind weiterhin Weiterbildungsangebote für traumafokussierte Therapien notwendig. Hierbei sollten auch über die anstehenden Änderungen der diagnostischen Kriterien für PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} sowie die Behandlungsmöglichkeiten für kPTBS_{ICD-11} informiert werden.

5.5 Fazit

In dieser Dissertation ist es gelungen, mehrere noch wenig erforschte Aspekte der PTBS und ihrer Behandlung zu untersuchen. Sie liefert wichtige Evidenz zu Auswirkungen der Anwendung der neuen Diagnosekriterien PTBS_{ICD-11} und kPTBS_{ICD-11} auf Kinder und Jugendliche sowie zur Behandlungsbereitschaft von Therapeut_innen. Die PTBS_{ICD-11}-Kriterien führen zu sinkenden Häufigkeitsraten verglichen mit anderen PTBS-Kriterien und bei einem substantiellen Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener mit sexueller Gewalterfahrung konnte die kPTBS_{ICD-11} diagnostiziert werden. Neben der TF-KVT konnten Hinweise auf die Anwendbarkeit der E-KVT für junge Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11} gefunden werden. Damit liegen erste Grundlagen für die Versorgung junger Patient_innen mit kPTBS_{ICD-11} vor. Die Ergebnisse einer Therapeut_innenbefragung zeigten eine insgesamt hohe Behandlungsbereitschaft für die PTBS und wiesen auf die Relevanz traumafokussierte Weiterbildungen für eine Verbesserung der Versorgung hin.

6. Literaturverzeichnis

- Achterhof, R., Huntjens, R. J., Meewisse, M. L., & Kiers, H. A. (2019). Assessing the application of latent class and latent profile analysis for evaluating the construct validity of complex posttraumatic stress disorder: Cautions and limitations. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), Article 1698223. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1698223>
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11–39). Springer.
- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Schmid, G. (2014). Rates of posttraumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(5), 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrews, L., Joseph, S., Shevlin, M., & Troop, N. (2006). Confirmatory factor analysis of post-traumatic stress symptoms in emergency personnel: An examination of seven alternative models. *Personality and Individual Differences*, *41*(2), 213–224. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.034>
- Bachmann, C. J., Czwikla, J., Jacobs, H., Fegert, J. M. & Hoffmann, F. (2021). Prävalenz und Versorgung der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland: Eine bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten aus den Jahren 2008 und 2017. *Psychiatrische Praxis*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1055/a-1347-5410>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the borderline symptom list (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, *42*(1), 32–39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Brewin, C. R. (2013). “I wouldn’t start from here” – an alternative perspective on PTSD from the ICD-11: Comment on Friedmann (2013). *Journal of Traumatic Stress*, *26*(5), 557–559. <https://doi.org/10.1002/jts.21843>

- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review, 58*, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 366–373. <https://doi.org/10.1002/jts.20443>
- Bruckmann, P., Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Comparing rates of ICD-11 and DSM-5 posttraumatic stress disorder in Austrian children and adolescents in foster care: Prevalence, comorbidity and predictors. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), Article 1767988. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1767988>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (n.d.). *Wann kommt die ICD-11?*. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/faq/faq/Wann-kommt-die-ICD-11/>
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapierichtlinie: Wartezeiten*. https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf
- Carrion, V. G., Weems, C. F., Ray, R., & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(2), 166–173. <https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00010>
- Clemens, V., Berthold, O., Fegert, J. M. & Kölch, M. (2018). Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Der Nervenarzt, 89*(11), 1262–1270. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0561-x>
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (Eds.). (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. Guilford Press.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of

- childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119–124. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80060-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80060-7)
- Cloitre, M., Roberts, N., Bisson, J., & Brewin, C. (2018). *International trauma questionnaire - Child and adolescent version (ITQ-CA)*. <https://www.traumameasuresglobal.com/itqca>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The international trauma questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Springer
- Copeland W. E., Keeler G., Angold A., & Costello E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Danzi, B. A., & La Greca, A. M. (2016). DSM-IV, DSM-5, and ICD-11: Identifying children with posttraumatic stress disorder after disasters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(12), 1444–1452. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12631>
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381–392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Elliott, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Murphy, F., Dahm, T., Travers-Hill, E., Mul, C., Archibald, S.-J., Smith, P., Dagleish, T., Meiser-Stedman, R., & Hitchcock, C. (2020). Prevalence and predictive value of ICD-11 post-traumatic stress disorder and complex PTSD diagnoses in children and adolescents exposed to a single-event trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 62(3), 270–276. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13240>

- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Kemp, J. J., Dixon, L. J., & Sy, J. T. (2013). Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(8), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.007>
- Ford, J. D. (2020). New findings questioning the construct validity of complex posttraumatic stress disorder (cPTSD): Let's take a closer look. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), Article 1708145. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1708145>
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 548–556. <https://doi.org/10.1002/jts.21840>
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*(9), 750–769. <https://doi.org/10.1002/da.20767>
- Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science, 8*(6), 651–662. <https://doi.org/10.1177/1745691613504115>
- Ganser, H. G., Münzer, A., Plener, P. L., Witt, A. & Goldbeck, L. (2016). Kinder und Jugendliche mit Misshandlungserfahrungen: Bekommen sie die Versorgung, die sie brauchen? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59*(6), 803–810. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2351-6>
- Goldbeck, L., & Jensen, T. (2017). The diagnostic spectrum of trauma-related disorders in children and adolescents. In M. A. Landolt, M. Cloitre & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 3–28). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_1
- Gudiño, O. G., Leonard, S., & Cloitre, M. (2016). STAIR-A for girls: A pilot study of a skills-based group for traumatized youth in an urban school setting. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 9*(1), 67–79. <https://doi.org/10.1007/s40653-015-0061-0>
- Gudiño, O. G., Weis, J. R., Havens, J. F., Biggs, E. A., Diamond, U. N., Marr, M., Jackson, C., & Cloitre, M. (2014). Group trauma-informed treatment for adolescent psychiatric inpatients: A preliminary uncontrolled trial. *Journal of Traumatic Stress, 27*(4), 496–500. <https://doi.org/10.1002/jts.21928>
- Gutermann J., Schreiber F., Matulis S., Schwartzkopff L., Deppe J., & Steil R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents,

- and young adults: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(2), 77–93. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0202-5>
- Hafstad, G. S., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Maercker, A., & Dyb, G. (2017). PTSD or not PTSD? Comparing the proposed ICD-11 and the DSM-5 PTSD criteria among young survivors of the 2011 Norway attacks and their parents. *Psychological Medicine*, 47(7), 1283–1291. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002968>
- Hannich, H. J., Barz, R. & Peikert, G. (2019). Gründe für das Nichtzustandekommen von Psychotherapien. *Psychotherapeut*, 64(2), 153–158. <https://doi.org/10.1007/s00278-019-0337-1>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020a). Symptom structure of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) in trauma-exposed foster children: Examining the international trauma questionnaire – child and adolescent version (ITQ-CA). *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), Article 1818974. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1818974>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020b). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the international trauma questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 60–73. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Haselgruber, A., Knefel, M., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2021). Foster children's complex psychopathology in the context of cumulative childhood trauma: The interplay of ICD-11 complex PTSD, dissociation, depression, and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 282, 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.116>
- Hébert, M., & Amédée, L. M. (2020). Latent class analysis of post-traumatic stress symptoms and complex PTSD in child victims of sexual abuse and their response to trauma-focused cognitive behavioural therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), Article 1807171. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1807171>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A., & Halligan, S. L. (2016). Research review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma - A meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 884–898. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12566>

- Hyland, P., Shevlin, M., McNally, S., Murphy, J., Hansen, M., & Elklit, A. (2016). Exploring differences between the ICD-11 and DSM-5 models of PTSD: Does it matter which model is used? *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.11.002>
- ISTSS Guidelines Committee. (2019). *ISTSS PTSD prevention and treatment guidelines methodology and recommendations*. ISTSS. https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf.aspx
- ISTSS Guidelines Committee. (n.d.). *ISTSS guidelines position paper on complex PTSD in children and adolescents*. ISTSS. [https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-\(Child_Adol\)_FNL.pdf.aspx](https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-(Child_Adol)_FNL.pdf.aspx)
- Jensen, T., Cohen, J., Jaycox, L., & Rosner, R. (2020). Treatments for children and adolescents. In D. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson, & L. Berliner (Eds.) *Effective Treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies* (3rd ed., pp. 385–416). Guilford.
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761–1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., Daniunaite, I., Hyland, P., Kvedaraite, M., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2020). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in adolescents exposed to potentially traumatic experiences. *Journal of Affective Disorders*, 265, 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.061>
- La Greca, A. M., Danzi, B. A., & Chan, S. F. (2017). DSM-5 and ICD-11 as competing models of PTSD in preadolescent children exposed to a natural disaster: Assessing validity and co-occurring symptomatology. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), Article 1310591. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1310591>
- La Greca, A. M., Taylor, C. J., & Herge, W. M. (2012). Traumatic stress disorders in children and adolescents. In J. G. Beck & D. M. Sloan (Eds.), *Oxford Handbook of Traumatic Stress*

- Disorders* (pp. 97–118). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195399066.013.0008>
- Landolt M. A., Schnyder U., Maier T., Schoenbucher V, & Mohler-Kuo M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: A national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress, 26*(2), 209–216. <https://doi.org/10.1002/jts.21794>
- Lenz A. S. & Hollenbaugh K. M. (2015). Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation, 6*(1), 18–32. <https://doi.org/10.1177/2150137815573790>
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Litzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review, 33*(7), 883–900. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>
- Liu, L., Wang, L., Cao, C., Qing, Y., & Armour, C. (2016). Testing the dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in a nonclinical trauma-exposed adolescent sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(2), 204–212. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12462>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry, 12*(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt, 79*(5), 577–586.
- Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R., & Steil, R. (2013). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents suffering from posttraumatic stress disorder after childhood sexual or physical abuse: A pilot study. *Clinical Child and Family Psychology Review, 17*(2), 173–190. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0156-9>
- McHugh, P. R., & Treisman, G. (2007). PTSD: A problematic diagnostic category. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(2), 211–222. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.09.003>

- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 815–813. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Yule, W., Glucksman, E., & Dalgleish, T. (2017). Posttraumatic stress disorder in young children 3 years posttrauma: Prevalence and longitudinal predictors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(3), 334–339. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10002>
- Meyer, J. M., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M., & Deacon, B. J. (2014). Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 54, 49–53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.004>
- Müller, M., Klewer, J. & Karutz, H. (2018). Ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(4), 314–322. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000580>
- Morina, N., Koerssen, R., & Pollet, T. V. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 47, 41–54. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.006>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2018). *Post-traumatic stress disorder (NICE guideline NG116): [B] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in children and young people*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>
- Nooner, K. B., Linares, L. O., Batinjane, J., Kramer, R. A., Silva, R., & Cloitre, M. (2012). Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(3), 153–166. <https://doi.org/10.1177%2F1524838012447698>
- Pawils, S., Metzner, F., Wlodarczyk, O., Ewen, J., Christalle, E. & Lotzin, A. (2017). *Therapieangebote für psychisch traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland*. Bundesgesundheitsministerium. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_Therapieangebote_fuer_traumatisierte_Kinder.pdf

- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(1), 46–59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>
- Perkonig, A., Höfler, M., Cloitre, M., Wittchen, H.-U., Trautmann, S., & Maercker, A. (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *266*(4), 317–328. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0639-4>
- Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health. (2020). *Australian guidelines for the prevention and treatment of stress, disorder, posttraumatic stress disorder and complex PTSD*. Phoenix Australia. <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2020/11/3.-PTSD-Guidelines-Executive-summary.pdf>
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress*, *22*(5), 391–398. <https://doi.org/10.1002/jts.20450>
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11. Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, *41*(6), 457–464. <https://doi.org/10.1037/a0021701>
- Resick, P. A., & Miller, M. W. (2009). Posttraumatic stress disorder: Anxiety or traumatic stress disorder? *Journal of Traumatic Stress*, *22*(5), 391–398. <https://doi.org/10.1002/jts.20437>
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(5), 748–756. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *10*(4), 539–555. <https://doi.org/10.1023/A:1024837617768>
- Rosner, R., Gutermann, J., Landolt, M. A., Plener, P. & Steil, R. (2019). Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen. In I. Schäfer, U. Gast, A. Hofmann, C. Knaevelsrud, A.

- Lampe, P., Liebermann, A., Lotzin, A., Maercker, R., Rosner & W. Wöllner (Hrsg.), *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 50–69). Springer.
- Rosner, R., Rimane, E., Frick, U., Gutermann, J., Hagl, M., Renneberg, B., Schreiber, F., Vogel, A., & Steil, R. (2019). Effect of developmentally adapted cognitive processing therapy for youth with symptoms of posttraumatic stress disorder after childhood sexual and physical abuse: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *76*(5), 484–491. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4349>
- Ruf, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2010). UPID-UCLA PTSD index for DSM IV. In C. Barkmann, M. Schulte Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Fragebögen zur Diagnostik psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters* (S. 468–472). Hogrefe.
- Sachser, C., & Goldbeck, L. (2016). Consequences of the diagnostic criteria proposed for the ICD-11 on the prevalence of PTSD in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, *29*(2), 120–123. <https://doi.org/10.1002/jts.22080>
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the child and adolescent trauma screen (CATS). *Journal of Affective Disorders*, *210*, 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>
- Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: Validation of a new disorder in children and adolescents and their response to trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(2), 160–168.
- Schauer M., Neuner F., & Elbert T. (2005). *Narrative exposure therapy (NET): A short term intervention for traumatic stress disorders after war, terror or torture*. Hogrefe.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2017). Narrative exposure therapy for children and adolescents (KIDNET). In M.A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 97–273). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_13
- Schäfer I., Borowski J. & Cloitre M. (2019). Behandlung der komplexen PTBS mit STAIR/Narrative Therapie. In Maercker A. (Hrsg.) *Traumafolgestörungen* (S. 311–330). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5:16>

- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R. & Wöllner, W. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Springer.
- Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W., & Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 359–367. <https://doi.org/10.1002/jts.21723>
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents. Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 28(9), 770–782. <https://doi.org/10.1002/da.20736>
- Schnell, T., Katte, S. von, & Gast, U. (2015). Bereitschaft niedergelassener Therapeuten zur Behandlung von Patienten mit komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 83(9), 516–521. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1553729>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.
- Shapiro, F., Wesselmann, D., & Mevissen, L. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR). In M.A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 97–273). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_13
- Simms, L. J., Watson, D., & Doebbeling, B. N. (2002). Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 637–647. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.4.637>
- Sölva, K., Haselgruber, A., & Lueger-Schuster, B. (2020). The relationship between cumulative traumatic experiences and ICD-11 post-traumatic symptoms in children and adolescents in foster care: The mediating effect of sense of coherence. *Child Abuse & Neglect*, 101, Article 104388. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104388>
- Spitzer, R. L., First, M. B., & Wakefield, J. C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(2), 233–241. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.09.006>

- Steil, R. & Füchsel, G. (2006). *Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ): Diagnostik der Akuten und der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Hogrefe.
- Steil, R. & Rosner, R. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Hogrefe.
- Stein, D. J., Seedat, S., Iversen, A., & Wessely, S. (2007). Post-traumatic stress disorder: Medicine and politics. *The Lancet*, 369(9556), 139–144. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60075-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60075-0)
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2004). The university of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. *Current Psychiatry Reports*, 6(2), 96–100. <https://doi.org/10.1007/s11920-004-0048-2>
- Thordardottir, E. B., Hansdottir, I., Valdimarsdottir, U. A., Shipherd, J. C., Resnick, H., & Gudmundsdottir, B. (2016). The manifestations of sleep disturbances 16 years post-trauma. *Sleep*, 39(8), 1551–1554. <https://doi.org/10.5665/sleep.6018>
- Tinker R. H., & Wilson S. A. (1999). *Through the eyes of a child: EMDR with children*. Norton & Co.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaption to trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83–93. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.7.83>
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Vasileva, M., Haag, A.-C., Landolt, M. A., & Petermann, F. (2018). Posttraumatic stress disorder in very young children: Diagnostic agreement between ICD-11 and DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 31 (4), 529–539. <https://doi.org/10.1002/jts.22314>
- Villalta, L., Khadr, S., Chua, K.-C., Kramer, T., Clarke, V., Viner, R. M., Stringaris, A., & Smith, P. (2020). Complex post-traumatic stress symptoms in female adolescents: The role

- of emotion dysregulation in impairment and trauma exposure after an acute sexual assault. *European Journal of Psychotraumatology*, 1(1), Article 1710400. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1710400>
- Vogel, A., Steil, R., Comtesse, H., Eilers, R., Renneberg, B. & Rosner, R. (im Druck). Routineversorgung für Jugendliche und junge Erwachsene mit Posttraumatischer Belastungsstörung nach sexualisierter und physischer Gewalt in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung*.
- Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Brähler, E., Fegert, J. M. (2019). The prevalence and consequences of negative childhood experiences in the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(38), 635–642. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0635>
- World Health Organization [WHO]. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *ICD-11 mortality and morbidity statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Yufik, T., & Simms, L. J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 764–776. <https://doi.org/10.1037/a0020981>

7. Anhang

Anhang A: Eigener Beitrag

Publikation 1

Eilers, R., Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2020). The impact of the new ICD-11 criteria on abused young people: 30% less PTSD and CPTSD diagnoses compared to DSM-IV. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(1), 59-62. <https://doi.org/10.1159/000503794>

Eigener Beitrag:

Konzeption der Fragestellung, Aufbereitung und statistische Auswertung der Daten, Literaturrecherche, Verfassen des Manuskriptentwurfs und Überarbeiten des Manuskripts entsprechend der Kommentare der Koautorinnen und Reviewer.

Publikation 2

Eilers, R., Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2021). Response of young patients with probable ICD-11 Complex PTSD to treatment with developmentally adapted cognitive processing therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1929024. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929024>

Eigener Beitrag:

Konzeption der Fragestellung, Aufbereitung und statistische Auswertung der Daten, Literaturrecherche, Verfassen des Manuskriptentwurfs und Überarbeiten des Manuskripts entsprechend der Kommentare der Koautorinnen und Reviewer.

Publikation 3

Eilers, R., & Rosner, R. (2021). Die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in der Praxis: Eine Übersicht und Einordnung der neuen ICD-11 Kriterien in Bezug auf Kinder und Jugendliche. *Kindheit und Entwicklung*, 30(3), 144-153. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000342>

Eigener Beitrag:

Konzeption der Fragestellung, Literaturrecherche und -auswertung, Verfassen des Manuskriptentwurfs und Überarbeiten des Manuskripts entsprechend der Kommentare der Koautorin und Reviewer.

Publikation 4

Gossmann, K., Eilers, R., Rosner, R., & Barke, A. (2021). How do licensed psychotherapists in Germany feel about treating patients with posttraumatic stress symptoms? - An experimental study based on case vignettes. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1995265, <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1995265>

Eigener Beitrag:

Unterstützung der statistischen Datenauswertung und Interpretation der Ergebnisse, Unterstützung bei der Verfassung des ersten Manuskriptentwurfs und kritische Überarbeitung des Manuskripts.

Anhang B: Publikationsverzeichnis**Artikel in Fachzeitschriften:**

- Gossmann, K., **Eilers, R.**, Rosner, R., & Barke, A. (2021). *How do licensed psychotherapists in Germany feel about treating patients with posttraumatic stress symptoms? - An experimental study based on case vignettes. European Journal of Psychotraumatology, 12(1)*, 1995265, <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1995265>
- Eilers, R.**, & Rosner, R. (2021). Die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in der Praxis: Eine Übersicht und Einordnung der neuen ICD-11 Kriterien in Bezug auf Kinder und Jugendliche. *Kindheit und Entwicklung, 30(3)*, 144-153. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000342>
- Vogel, A., Steil, R., Comtesse, H., **Eilers, R.**, Renneberg, B., & Rosner, R. (2021). Routineversorgung für Jugendliche und junge Erwachsene mit Posttraumatischer Belastungsstörung nach sexualisierter und physischer Gewalt in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung, 30(3)*, 183-191, <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000346>.
- Eilers, R.**, Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2021). Response of young patients with probable ICD-11 complex PTSD to treatment with developmentally adapted cognitive processing therapy. *European Journal of Psychotraumatology, 12(1)*. Article 1929024. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929024>
- Eilers, R.**, Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2020). The impact of the new ICD-11 criteria on abused young people: 30% less PTSD and CPTSD diagnoses compared to DSM-IV. *Psychotherapy and Psychosomatics, 89(1)*, 59-62. <https://doi.org/10.1159/000503794>
- Kals, E., Freund, S., Ittner, H., & **Eilers, R.** (2018). Barrieren überwinden. *Konfliktdynamik, 7(4)*, 292-301. <https://doi.org/10.21706/kd-7-4-292>

Kapitel in Fachbüchern:

Vogel, A., **Eilers, R.**, & Rosner, R. (2019). Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. [Manuscript submitted for publication]. Department of Psychology, Catholic University Eichstaett-Ingolstadt.

Rosner, R., **Eilers, R.** (2019). Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl., pp.984-994). Klett-Cotta.

Kongressbeiträge:

Eilers, R., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2021, 12.-15. Mai). *Komplexe PTBS nach ICD-11 als Prädiktor für die Veränderung Posttraumatischer Stresssymptome durch entwicklungsangepasste KVT: Sekundäranalyse eines RCT*. 38 [Symposium contribution]. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPS). Virtuell.

Eilers, R., Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2020, 4.-14. November). *Developmentally adapted CPT as treatment for young patients with ICD-11 CPTSD: Secondary analysis of a randomized controlled trial* [Poster presentation]. International Society of Traumatic Stress Studies (ISTSS) 36th annual meeting. Virtuell.

Eilers, R., Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2019, 14.-16. Juni). *Comparing treatment outcomes of patients with ICD-11 PTSD, CPTSD and those who lose diagnosis* [Symposium contribution]. 16th European Society of Traumatic Stress Studies (ESTSS) Conference. Rotterdam, Netherlands.

Eilers, R., Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2019, 29. Mai -01. Juni). *Geringe Prävalenzraten für PTBS nach ICD-11: Warum verlieren Jugendliche die Diagnose?* [Symposium contribution]. 11. Workshopkongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Erlangen, Deutschland.

- Eilers, R.,** Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2019, 14.-16. März) *Validierung der ICD-11 Kriterien für PTBS und komplexe PTBS: Prävalenzen und Therapieoutcomes einer klinischen Stichprobe traumatisierter Jugendlicher* [Symposium contribution]. 19. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Frankfurt, Deutschland.
- Eilers, R.,** Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2018, 2.-5. September). *Validation of the ICD-11 criteria for PTSD and CPTSD: Prevalences in a clinical sample of traumatized adolescents* [Symposium contribution]. International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) XXII International Congress on Child Abuse and Neglect, Prague, Czech Republic.
- Eilers, R.,** Rimane, E., Vogel, A., Renneberg, B., Steil, R., & Rosner, R. (2018, 10.-12. Mai). *Validierung der ICD-11 Diagnosen PTBS und komplexe PTBS: Prävalenzen in einer klinischen Stichprobe traumatisierter deutscher Jugendlicher.* [Poster presentation]. 36. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPS), Landau, Deutschland.

Anhang C: Danksagung

Zahlreichen Menschen haben mich vor und während der Entstehung dieser Dissertation unterstützt, ermutigt und begleitet. Ohne sie wäre diese Arbeit nie so fertig geworden, wie sie es nun ist. Es ist mir eine große Freude, an dieser Stelle einzelnen, besonderen Personen dafür zu danken.

Mein größter Dank gilt meiner Betreuerin und Chefin Prof. Dr. Rita Rosner, die mich mit unvergleichlichem Zutrauen durch meine Promotion begleitet hat. Ihr ist es gelungen, mir viel Raum zum selbständigen Arbeiten zu geben und gleichzeitig immer für Fragen ansprechbar zu sein. Ich habe sehr viel von ihr gelernt! Bei Prof. Dr. Hanna Christiansen bedanke ich mich herzlich für die Begutachtung dieser Arbeit.

Mein großer Dank gilt ebenso allen (ehemaligen) Kolleginnen und Kollegen des Lehrstuhls und der Hochschulambulanz für ihre große Hilfsbereitschaft, die fruchtbare Zusammenarbeit und die familiäre Atmosphäre. Durch euer Mitdenken und Zuhören habt ihr nicht nur diese Dissertation, sondern auch viele Entscheidungen, die darüber hinausgingen, begleitet und geprägt. Ein ganz besonderer Dank für zahlreiche Gespräche gilt dabei Bettina Doering und Verena Ertl. Katharina Goßmann danke ich sehr für die fröhlichen Stunden im Büro, den guten Ausgleich außerhalb der Arbeit und das gemeinsame Schreiben. Den Allen Doktorandinnen und Doktoranden danke ich herzlich für die produktiven Treffen in der Schreibwerkstatt. Von den angeregten Diskussionen und der gegenseitigen Unterstützung in dieser Runde habe ich sehr profitiert! Ich danke meinen Freunden und Kolleginnen, die Entwürfe und Teile der Dissertation gelesen, korrigiert und kommentiert haben. Ein besonderer Dank gebührt dabei Henk Schram, der sich mit Geduld und Präzision schon seit meinem Studium Wort für Wort durch meine Manuskripte arbeitet.

Schließlich geht ein ganz lieber Dank an alle Koautorinnen der Publikationen in dieser Dissertation, allen Kolleginnen und Kollegen, die an den zugrundeliegenden Projekten mitgearbeitet haben und insbesondere allen Teilnehmenden.

Zu guter Letzt danke ich von Herzen meiner Familie und Freunden, die immer an mich geglaubt haben und auf deren Unterstützung ich mich verlassen kann. Mein liebster Dank geht an Natan. Danke, dass du immer für mich da warst, mit großem Eifer an mich glaubst und mir beigebracht hast, Stolz auf mich selbst zu sein. Nur dank dir war diese Dissertation möglich.

Anhang E: Eidesstattliche Erklärungen

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Schriften und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe. Insbesondere habe ich für die Erstellung der Dissertation keine entgeltliche Hilfe von Vermittlungs-beziehungsweise Beratungsdiensten (Promotionsberatern oder anderen Personen) in Anspruch genommen.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)

Erklärung zum Promotionsverfahren

Die unterzeichnete Person versichert hiermit, dass

- Promotionsversuche bislang nicht unternommen wurden;
- ein Promotionsverfahren bislang nicht abgeschlossen wurde;
- die vorliegende Dissertation in gleicher oder anderer Form in einem anderen Prüfungsverfahren nicht vorgelegen hat.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)