

Landolt, Markus A.

Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 2, S. 71-87

urn:nbn:de:bsz-psydok-44185

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness)	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders)	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy)	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior – A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped)	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling)	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services)	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation)	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view)	777

Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry)	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia)	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebserkrankter Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography)	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visueller Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results)	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context)	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal)	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness)	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) ..	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test)	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions)	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children)	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?)	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families form Turkey, with spezial emphasis on risks and resources)	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease)	17

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry)	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality)	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents)	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children)	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints)	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study)	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy)	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches)	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments)	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg)	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?)	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety)	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school)	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies)	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood)	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches)	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations)	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings und clinical options)	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy)	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems)	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior)	440
--	-----

Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle)	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung überneh- men für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley)	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin)	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke)	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski)	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer)	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psy- chotherapie. (H. Mackenberg)	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber)	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff)	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl)	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bindner)	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke)	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankge- schrieben. (T. Zenkel)	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer)	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundla- gen – Methoden – Technik. (E. Bretz)	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch)	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch)	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Ent- scheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel)	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich)	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Ent- wicklung. (J. Wilken)	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie 1. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. (<i>D. Gröschke</i>)	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. (<i>G. Gröschke</i>)	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. (<i>W. Schweizer</i>)	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>)	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. (<i>D. Gröschke</i>)	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. (<i>E. Butzmann</i>)	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. (<i>L. Unzner</i>)	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. (<i>K. Sarimski</i>)	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. (<i>K. Sarimski</i>)	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. (<i>D. Irblich</i>)	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. (<i>L. Unzner</i>)	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. (<i>M. Hirsch</i>)	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. (<i>J. Schweitzer</i>)	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. (<i>L. Unzner</i>)	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. (<i>L. Unzner</i>)	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. (<i>K. Mauthe</i>)	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. (<i>K. Mauthe</i>)	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. (<i>L. Unzner</i>)	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. (<i>D. Irblich</i>)	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. (<i>L. Unzner</i>)	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. (<i>K. Sarimski</i>)	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. (<i>B. Helbing-Tietze</i>)	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. (<i>L. Unzner</i>)	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	823

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). (<i>K. Waligora</i>)	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). (<i>K. Waligora</i>)	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). (<i>K. Waligora</i>)	465

Editorial / Editorial	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors	.61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates	.67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements	69, 139, 212, 472, 651, 750

Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter

Markus A. Landolt

Summary

Coping with acute psychological trauma in childhood

While there is increasing knowledge about predictors of posttraumatic stress reactions in adults, much less is known in children. Importantly, the theoretical integration of research findings and the development of models of post-trauma adaptation have been neglected. After some introducing remarks on the classification and the prevalence of posttraumatic stress reactions, this paper aims to integrate current research findings within a trauma adaptation model that is based on transactional stress theory. Characteristics of the trauma, the child and the social context are assumed to predict posttraumatic adaptation. The effect of these variables on trauma adaptation may be direct or indirect, i.e. mediated by appraisals and coping processes. Based on the proposed theoretical model current research findings are presented and discussed in detail. Finally, the usefulness of the model for the planning and the development of psycho-social interventions after trauma is shown.

Keywords: Psychological trauma – posttraumatic stress disorders – trauma adaptation – childhood

Zusammenfassung

Während bei Erwachsenen heute zunehmend klar ist, welche Faktoren die Entwicklung und den Verlauf psychischer Reaktionen nach einem akuten Trauma beeinflussen, ist das entsprechende Wissen in Bezug auf das Kindesalter noch viel geringer. Die theoretische Einbettung der empirischen Befunde und damit die Entwicklung von Modellen der Traumaverarbeitung wurde bisher weitgehend unterlassen. Die vorliegende Arbeit versucht, nach einleitenden Bemerkungen zur Klassifikation und Prävalenz posttraumatischer psychischer Störungen im Kindesalter, das heute verfügbare Wissen in ein auf der transaktionalen Stresstheorie basierendes Traumbewältigungsmodell zu integrieren. Die Bewältigung eines Traumas wird dabei als aktiv gestaltetes, transaktionales Geschehen im Rahmen einer Wechselwirkung von

Trauma, Kind und Umwelt verstanden. Das Modell postuliert, dass das psychosoziale Befinden des traumatisierten Kindes durch Merkmale des Traumas, des Kindes und des sozialen Umfeldes beeinflusst wird, deren Wirkung zum Teil durch Bewertungs- und Copingprozesse vermittelt und modifiziert wird. Mit Hilfe des dargestellten Bewältigungsmodells erfolgt eine ausführliche Darlegung des heutigen Forschungsstands im Bereich der Kinderpsychotraumatologie. Abschließend wird die Nützlichkeit des Modells für die Herleitung, Planung und Durchführung psychosozialer Interventionen gezeigt.

Schlagwörter: Trauma – posttraumatische Belastungsstörung – Bewältigung – Kindheit

1 Einleitung

Bis weit in die 80er Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts herrschte in den Lehrbüchern der Kinderpsychiatrie die Ansicht vor, dass Kinder zwar auf ein akutes traumatisches Ereignis reagieren, dass diese Reaktionen jedoch fast immer kurzfristiger Natur sind (Garmezy u. Rutter 1985). Erst mit der Einführung des diagnostischen Klassifikationssystems DSM-III-R im Jahre 1988 (American Psychiatric Association 1987) anerkannte die Fachwelt das Vorhandensein solcher Störungen auch bei Kindern und seither bestätigten eine Vielzahl von Studien, dass auch Kinder länger dauernde psychotraumatische Störungen nach akuten Traumata entwickeln können (Green et al. 1994; Yule et al. 2000). Die moderne Definition eines Traumas beinhaltet dabei zwei Aspekte, die gleichzeitig erfüllt sein müssen (American Psychiatric Association 1994): (1) Das betroffene Individuum erlebt oder beobachtet ein Ereignis, welches mit einer ernsthaften Bedrohung der körperlichen oder psychischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen einhergeht. (2) Die Reaktion des betroffenen Individuums beinhaltet intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten.

Während bei Erwachsenen heute zunehmend klar ist, welche Faktoren in der Entstehung und Bewältigung psychotraumatischer Reaktionen von Bedeutung sind (Brewin et al. 2000), ist das entsprechende Wissen in Bezug auf das Kindesalter noch viel geringer. In den letzten zehn Jahren wurden zwar eine Reihe von Studien zur Prävalenz posttraumatischer Störungen im Kindesalter durchgeführt und es wurden auch Prädiktoren der Entstehung solcher Störungen identifiziert. Die theoretische Einbettung der zum Teil kontroversen Befunde und damit die Entwicklung von Modellen der Traumaverarbeitung wurde allerdings weitgehend unterlassen. Die vorliegende Arbeit versucht dieses Defizit anzugehen, indem versucht wird, das heute verfügbare Wissen in ein auf der transaktionalen Stresstheorie basierendes Traumabewältigungsmodell zu integrieren. Nach einigen kurzen einleitenden Bemerkungen zur Klassifikation und Prävalenz posttraumatischer psychischer Störungen, sollen anhand des vorgeschlagenen Traumabewältigungsmodells eingehend die Faktoren besprochen werden, welche die Bewältigung eines akuten Psychotraumas beeinflussen. Davon ausgehend soll die Nützlichkeit des Traumabewältigungsmodells für die Herleitung psychosozialer Interventionen erläutert werden.

2 Klassifikation psychotraumatischer Reaktionen

Kinder und Jugendliche zeigen nach akuten Psychotraumata eine große Spannbreite von psychischen Reaktionen. Abbildung 1 zeigt die aktuell gültige Klassifikation posttraumatischer psychischer Reaktionen gemäß dem von der WHO entwickelten Klassifikationssystem ICD-10 (Dilling et al. 1991).

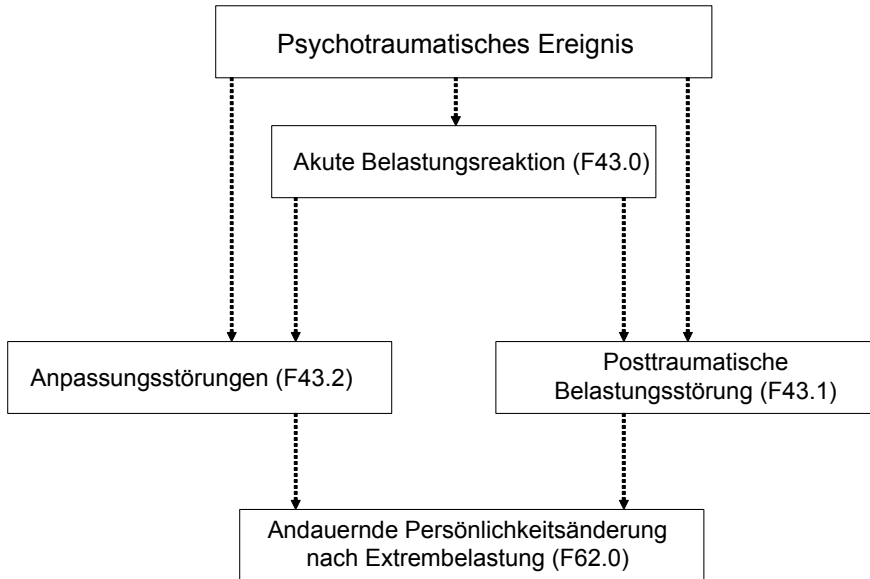


Abb. 1: Klassifikation psychotraumatischer Störungen gemäß ICD-10

Die initiale Reaktion auf ein belastendes Ereignis wird als *akute Belastungsreaktion* (F43.0) bezeichnet. Symptome von Bewusstseinsverengung, Desorientiertheit und eingeschränkter Aufmerksamkeit wechseln sich dabei ab mit Unruhezuständen und Hyperaktivität. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen zurück.

Diese akuten Symptome können übergehen in kürzer oder länger dauernde so genannte *Anpassungsstörungen* (F43.2). Die Symptomatik beginnt in der Regel innerhalb des ersten Monats nach dem Ereignis und umfasst kürzere und längere depressive Reaktionen sowie Störungen des Sozialverhaltens (z.B. dissoziales Verhalten). Die in der Folge von Traumata oft auftretenden Ängste (z.B. Trennungsängste) werden im ICD-10 ebenfalls unter dieser Ziffer klassifiziert.

Am häufigsten allerdings entwickeln sich in der Folge von akut traumatisierenden Ereignissen Symptome der so genannten *posttraumatischen Belastungsstörung* (PTBS, F43.1). Es handelt sich hierbei um das gleichzeitige Vorhandensein von Symptomen des Wiedererlebens, der Vermeidung und der physiologischen Überer-

regung. Bilder von belastenden Ereignissen drängen immer wieder hervor, sei es im Rahmen von Alb- und Tagträumen oder sogar von Flashbacks. Bei jüngeren Kindern kann man häufig das so genannte traumatische Spiel beobachten: Belastende Szenen werden auf fast zwanghafte Weise immer und immer wieder nachgespielt, ohne dass dies einen kathartischen Effekt hätte. Da die Symptome des Wiedererlebens unangenehm und quälend sind, werden auslösende Reize zu vermeiden versucht. Das Kind entwickelt eine Vielfalt von Vermeidungsstrategien, welche im Extremfall zu einer Amnesie für Teilaspekte des Traumas führen können. Das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses und der dauernde Versuch, auslösenden Reizen aus dem Weg zu gehen, gehen einher mit einer vegetativen Übererregung. Es kommt zu Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Hypervigilanz und oft auch einer erhöhten Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit.

Bei Menschen, die über lange Zeit mehrfach traumatisiert werden, können sich *andauernde Persönlichkeitsänderungen (F62.0)* einstellen, die nur sehr schwer zu behandeln sind. Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl gekennzeichnet. Diese Diagnosekategorie sollte im Kindes- und Jugendalter sehr zurückhaltend angewendet werden.

3 Prävalenz posttraumatischer psychischer Reaktionen

Studien, die sich mit den Auswirkungen akuter Psychotraumata im Kindesalter befassen, beziehen sich fast ausschließlich auf das Syndrom der posttraumatischen Belastungsstörung. Neben einigen wenigen epidemiologischen Untersuchungen (Breslau et al. 1991; Giaconia et al. 1995; Perkonigg et al. 2000) ist in den letzten Jahren eine Vielzahl von Studien bei verschiedenen Risikopopulationen publiziert worden. Diese Studien stammen mit ganz wenigen Ausnahmen alle aus dem englischsprachigen Raum. Die epidemiologischen Studien zeigen, dass PTBS zu den häufigsten psychischen Störungen gehören. In der einzig verfügbaren Untersuchung aus Deutschland fand sich bei 14- bis 24-jährigen Personen eine PTBS-Prävalenz von 1 % bei Männern und 2.2 % bei Frauen (Perkonigg et al. 2000). Entsprechende Prävalenzraten aus den USA sind in der Regel etwas höher. Auffallend ist die hohe Komorbidität mit affektiven Störungen, Angststörungen und Somatisierungsstörungen.

Untersuchungen traumatisierter Gruppen zeigen, dass bis zu drei Viertel der Kinder die Bedingungen für die Diagnose einer PTBS erfüllen. Die Prävalenz der Störung nimmt zwar im zeitlichen Abstand zum Trauma ab, ist aber auch nach vielen Jahren noch bemerkenswert hoch (Green et al. 1994; Yule et al. 2000). Untersucht wurden traumatisierte Kinder nach gewalttätigen Ereignissen wie Entführungen (Terr 1983), Schießereien (Nader et al. 1990) oder Krieg (Papageorgiou et al. 2000), nach Naturkatastrophen (Goenjian et al. 1995; McFarlane 1987; Shannon et al. 1994) und technischen Katastrophen (Green et al. 1994). In jüngster Zeit wurde eine Reihe von Studien zu den psychotraumatologischen Auswirkungen von Unfäl-

len und lebensbedrohlichen Krankheiten im Kindesalter publiziert (Kazak et al. 1997; Landolt et al. 1998; Landolt 2000; Manne et al. 1998).

4 Determinanten der Traumabewältigung

4.1 Traumabewältigungsmodell

Obwohl posttraumatische psychische Reaktionen in direktem ätiologischen Zusammenhang mit einem Trauma stehen, gibt es eine Vielzahl verschiedener Faktoren, welche die Entstehung und den Verlauf solcher Reaktionen mit beeinflussen und damit erklären können. So identifizierten Brewin et al. (2000) in einer Metaanalyse von 77 Studien immerhin vierzehn verschiedene Faktoren, die einen signifikanten prädiktiven Wert hinsichtlich der Entwicklung einer PTBS bei erwachsenen Traumaopfern haben. Als besonders bedeutsame Risikofaktoren erwiesen sich dabei so verschiedene Variablen wie der Mangel an sozialer Unterstützung, das Vorhandensein zusätzlicher Lebensbelastungen, der Schweregrad des Traumas, eine belastete Kindheit sowie eine verminderte Intelligenz. Diese vielfältigen Einflussvariablen bieten eine Erklärung dafür, warum nicht alle einem Trauma ausgesetzten Individuen länger dauernde psychische Störungen entwickeln. Auch die theoretische Aufarbeitung der empirischen Befunde ist im Erwachsenenalter schon weit gediehen. Es wurde eine Vielzahl von Modellen entwickelt, welche die Entstehung und den Verlauf von psychotraumatischen Störungen zu erklären versuchen. Es lassen sich dabei lerntheoretische, kognitive und Netzwerkmodelle sowie psychobiologische und integrative Modelle unterscheiden (Meyer u. Steil 1998).

In Bezug auf das Kindesalter fehlen zum heutigen Zeitpunkt sowohl ein empirischer Überblick über die Determinanten posttraumatischer psychischer Reaktionen als auch die Entwicklung von Modellen der Traumaadaptation. Ein vertieftes Verständnis der Entstehungs- und Verlaufsprädiktoren und -mediatoren wäre jedoch gerade für die frühzeitige Identifizierung und frühzeitige psychosoziale Betreuung besonders vulnerabler Kinder von hoher Bedeutung. Dass es bis heute kaum Bemühungen gibt, die Entstehung und den Verlauf posttraumatischer psychischer Reaktionen im Kindesalter im Rahmen von theoretischen Modellen zu erklären, ist umso erstaunlicher als in vielen Studien Prädiktoren der PTBS explizit untersucht und diese teilweise auch implizit kategorisiert worden sind. So erwähnen beispielsweise Udwin et al. (2000) in ihrer Studie drei potentiell bedeutsame Kategorien von Prädiktoren der posttraumatischen Belastungssymptomatik: (1) Faktoren, die mit dem Trauma assoziiert sind; (2) Merkmale des Kindes sowie (3) nach dem Trauma wirksame (d.h. posttraumatische) Variablen wie beispielsweise Familiencharakteristika. Dieses und andere solcher „Modelle“ berücksichtigen allerdings meistens nur jene Variablen, welche in der betreffenden Studie operationalisiert und untersucht worden sind und lassen eine Reihe potentiell bedeutsamer Variablen außer Acht. Was beispielsweise in den empirischen Arbeiten im Bereich der Kinderpsychotraumatologie bis heute fehlt, ist die Integration von traumabezogenen Kognitionen (Bewertungen) und Copingprozessen in ein theoretisches Modell.

Im Bereich der Stress- und Copingforschung ist das transaktionale Stressbewältigungsmodell von Lazarus und Folkman (1984) heute auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychologie anerkannt und breit untersucht. So haben beispielsweise Wallander et al. (1989) das Modell auf die Bewältigung chronischer Krankheiten im Kindesalter angewandt. Ein Trauma kann – in Anlehnung an die klassische Definition (Lazarus u. Folkman 1984) – als außergewöhnliches Stressereignis betrachtet werden, welches die Fähigkeiten einer Person übersteigt. Es ist deshalb nahe liegend, die transaktionale Stressbewältigungstheorie auf die Kinderpsychotraumatologie anzuwenden und so zu versuchen, die bisherigen Forschungsbefunde zu integrieren. Abbildung 2 zeigt, wie ein solches Traumabewältigungsmodell aussehen könnte.

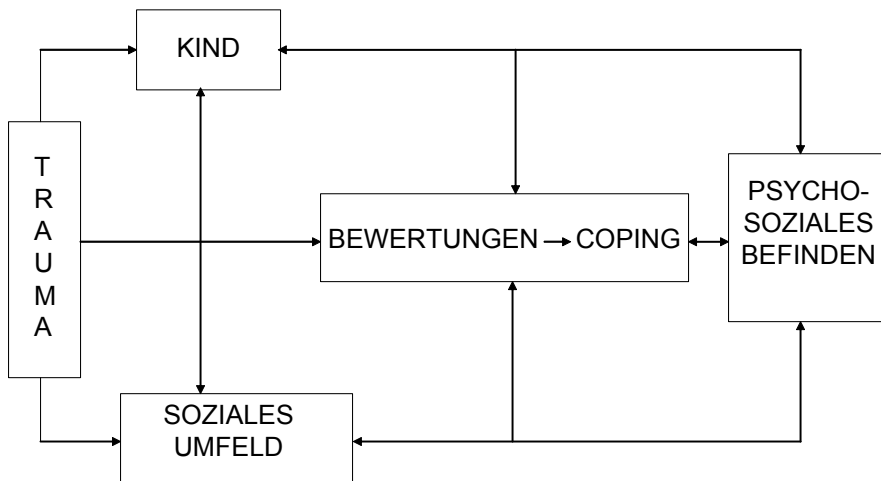


Abb. 2: Transaktionales Traumabewältigungsmodell

Die Bewältigung eines Traumas wird dabei als aktiv gestaltetes, transaktionales Geschehen im Rahmen einer Wechselwirkung von Trauma, Kind und Umwelt verstanden. Das Modell postuliert, dass das psychosoziale Befinden des traumatisierten Kindes durch Merkmale des Traumas, des Kindes und des sozialen Umfeldes beeinflusst wird, deren Wirkung zum Teil durch Bewertungs- und Copingprozesse vermittelt und modifiziert wird. Das traumatische Ereignis wird vom betroffenen Kind nicht nur wahrgenommen, sondern auch interpretiert und bewertet. Diese subjektiven Einschätzungen und Bewertungen (engl.: appraisals) beeinflussen direkt und indirekt das psychosoziale Befinden, werden aber – durch Feedbackprozesse – auch von diesem beeinflusst. Durch dieses Rückkoppelungssystem kann es zu Neubewertungen kommen. Objektiv vergleichbare Traumata können somit völlig unterschiedliche psychosoziale Auswirkungen zur Folge haben. Ob ein Ereignis zu psychotraumatischen Reaktionen führt, hängt in besonderem Masse davon ab, wie das Ereignis vom Kind interpretiert und bewertet wird. Die subjektiven Bewertungsprozesse – ob das Ereignis beispielsweise als bedrohlich oder als Herausforderung interpretiert wird – werden von Merkmalen des Traumas (z.B. Art des Traumas),

des Kindes (z.B. Alter, Persönlichkeit) und des Umfeldes (z.B. Traumareaktion der Eltern) geformt. Das Traumabewältigungsmodell sieht vor, dass die einzelnen Prädiktorenmerkmale sowohl als Risikofaktoren als auch als Ressourcen wirken können. Neben den indirekten Wirkungen via Bewertungen und Bewältigungsprozesse sind auch direkte Wirkungen möglich, welche die indirekten Wirkungen ergänzen. Die einzelnen Modellkomponenten werden in der Folge erläutert und in Bezug auf die Befunde aus der Literatur diskutiert.

4.2 Traumamerkmale

Unter den Traumamerkmale werden alle objektiven, traumabeschreibenden Variablen wie Art, Dauer und Schweregrad des Traumas zusammengefasst. Die Bedeutung von Traumamerkmale ist naturgemäß in vielen Studien analysiert worden. Dabei hat sich gezeigt, dass der objektive Schweregrad eines Traumas, d.h. die „Traumadosis“ sowie der Grad der Traumaexposition, für die Entwicklung posttraumatischer Belastungsreaktionen von Bedeutung sind. Das Risiko, eine PTBS zu entwickeln, ist besonders hoch, wenn das Trauma mit Lebensgefahr, schweren Verletzungen, extremem Kontrollverlust sowie interpersonaler Gewalt verbunden ist und wenn es lange andauert (Udwin et al. 2000). Interessanterweise ist dieser direkte Zusammenhang zwischen Schweregrad des Traumas und PTBS aber nicht in allen Studien nachgewiesen worden. So gibt es eine Reihe von Untersuchungen, in denen objektive Ereignismerkmale wie beispielsweise der Schweregrad einer Verletzung nach einem Verkehrsunfall nicht oder nur minimal mit dem Auftreten posttraumatischer Belastungssymptome assoziiert waren (De Vries et al. 1999; Di Gallo et al. 1997; Mirza et al. 1998; Stallard et al. 1998).

Neben dem Schweregrad des Traumas gibt es weitere traumaspezifische Merkmale, welche die Entwicklung psychischer Belastungsreaktionen beeinflussen. Terr (1991) unterschied das einmalige, unvorhersehbare Trauma (Typ 1) vom wiederholten, chronischen Trauma (Typ 2). Typ 1-Traumata führen typischerweise zu klassischen PTBS-ähnlichen Reaktionen, während Typ 2-Traumata oft komplexere Störungen und eine höhere Komorbidität zur Folge haben.

4.3 Merkmale des Kindes

Diese Modellkomponente beinhaltet einerseits biologische Merkmale wie beispielsweise Alter, Entwicklungsstand und Geschlecht des Kindes. Andererseits werden hierunter auch psychologische Konstrukte wie Persönlichkeit, Temperament, Intelligenz und psychopathologischer Status sowie psychopathologische Vorgeschichte subsumiert. Die Befunde hinsichtlich der Bedeutung intrapersoneller Merkmale für die Entwicklung posttraumatischer Belastungsreaktionen sind kontrovers. So ist beispielsweise die Bedeutung des Alters zum heutigen Zeitpunkt unklar. Es gibt diesbezüglich eine Reihe widersprüchlicher Befunde und zwei entwicklungspsychopathologische Erklärungshypothesen. Pynoos (1994) argumentiert, dass eine Traumatisierung im jüngeren Alter schwer wiegendere Auswirkungen auf die Entwicklung hat, weil das kleine Kind in seiner Entwicklung noch nicht gefestigt ist. Bailly

(1999) dagegen streicht hervor, dass der Stand der kognitiven und sprachlichen Entwicklung entscheidend für die Ausbildung von posttraumatischen Reaktionen ist und dass das sehr junge Alter diesbezüglich protektiv wirkt.

In Bezug auf Geschlechtsunterschiede sind die Resultate etwas einheitlicher. Wenn Unterschiede gefunden wurden, so waren es immer die Mädchen, die höhere PTBS-Raten hatten als die Knaben (Lonigan et al. 1994; Mirza et al. 1998; Stallard et al. 1998; Yule 1992a). Es gibt jedoch auch Studien, in denen keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden konnten (Aaron et al. 1999; Di Gallo et al. 1997; Landolt et al. 1998). Vorbestehende psychische Auffälligkeiten und frühere Traumatisierungen dagegen haben sich wiederholt als erheblicher Risikofaktor für die Entwicklung von PTBS herausgestellt (Daviss et al. 2000; Mirza et al. 1998; Udwin et al. 2000). In einer englischen Studie wurde ein hohes schulisches Bildungsniveau als protektiver Faktor in Bezug auf die Entwicklung von PTBS identifiziert (Yule u. Udwin 1991). Noch kaum untersucht ist die Rolle der kindlichen Persönlichkeit im Zusammenhang mit der Entwicklung und dem Verlauf von PTBS. Erickson und Steiner (2001) zeigten bei Langzeitüberlebenden von Krebs im Kindesalter, dass eine repressive Bewältigungsdisposition mit psychotraumatischen Symptomen korreliert. Es gibt zudem interessante Hinweise aus Studien bei Erwachsenen, dass höhere Neurotizismus- und niedrigere Extraversionswerte mit einem höheren PTBS-Risiko einhergehen können (Fauerbach et al. 2000; Lauterbach u. Vrana 2001).

4.4 Merkmale des Umfeldes

Unter den Umfeldcharakteristika werden im vorgestellten Bewältigungsmodell alle jene Variablen zusammengefasst, die das Beziehungsnetz des Kindes betreffen. Hierunter fallen beispielsweise das Familienklima, das psychische Befinden der Eltern, die Qualität der Beziehungen zu Gleichaltrigen, Prozesse der sozialen Unterstützung, elterliche Bewertungen, usw. Entwicklung und Verlauf posttraumatischer Belastungsreaktionen werden gerade im Kindesalter erheblich durch Faktoren des sozialen Umfeldes mitbestimmt. Eine große Bedeutung kommt dabei insbesondere den Eltern zu. Kinder, welche sozial gut unterstützt sind, entwickeln weniger Störungen (Yule 1992b). Allgemeine psychopathologische Auffälligkeiten (Green et al. 1991; McFarlane 1987) und vor allem die Präsenz posttraumatischer psychischer Auffälligkeiten bei den Eltern erhöhen das Risiko für PTBS bei den Kindern (De Vries et al. 1999). Kinder aus Familien mit konflikthaftem Klima und mit wenig Offenheit und Zusammenhalt haben nachgewiesenermaßen ein erhöhtes PTBS-Risiko (Pelcovitz et al. 1998). Levi et al. (1999) fanden bei Kindern nach Unfällen einen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Herkunft und der Stärke der posttraumatischen Belastungsreaktionen: Kinder aus der Unterschicht entwickelten schwerere Störungen. Dies hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass Unterschichtangehörige über weniger Bewältigungsressourcen verfügen.

Noch wenig untersucht ist die Bedeutung von Schule und Gleichaltrigengruppe im Hinblick auf die Bewältigung unfallbedingter psychischer Traumata. Yule

(1992b) konnte nachweisen, dass in der Schule erfahrene soziale Unterstützung eine protektive Wirkung hat. Die Bedeutung elterlicher Bewertungsprozesse für die Entstehung und den Verlauf posttraumatischer psychischer Reaktionen ihrer Kinder wurde von Stuber et al. (1997) nachgewiesen. Die Autoren zeigten bei Kindern und Jugendlichen nach erfolgreicher Krebsbehandlung, dass mütterliche Bewertungen der Lebensbedrohung und der Behandlungsintensität zu Angstsymptomen beitrugen und die traumabezogenen Bewertungen ihrer Kinder beeinflussten.

4.5 *Bewertungsprozesse*

Subjektive Bewertungen des traumatischen Ereignisses (z. B. Lebensbedrohlichkeit, Schuldgefühle, Kausalattributionen) sind wichtige Komponenten des vorgestellten Traumabewältigungsmodells. In der transaktionalen Stresstheorie spielen sie eine bedeutende Rolle in der Auswahl der Strategien, welche zur Bewältigung einer belastenden Situation eingesetzt werden. Im Rahmen von kognitiven Bewertungsprozessen wird das Trauma in Bezug auf eine Reihe von Bewertungskategorien eingeordnet, die sich entweder auf die Bedeutung des Traumas für das Kind (primäre Bewertung) oder auf die verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten (sekundäre Bewertung) beziehen.

Bisher wurden in der Literatur fast ausschließlich die traumabezogenen Bewertungskategorien der Bedrohung und Belastung untersucht. In praktisch allen Studien im Bereich der Kinderpsychotraumatologie hat sich gezeigt, dass die subjektiv eingeschätzte Bedrohlichkeit des Traumas von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung und den Verlauf posttraumatischer psychischer Symptome ist (z. B. Hobbie et al. 2000; Stallard et al. 1998). In den meisten Untersuchungen war die posttraumatische Symptomatik des Kindes enger mit der subjektiven Bewertung des Traumas korreliert als mit den objektiven Traumamerkmalen. Je größer das Gefühl der Hilflosigkeit, desto höher das PTBS-Risiko. Diese Befunde haben unter anderem dazu geführt, dass die Traumadefinition der PTBS im DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) um eine entsprechende subjektive Komponente ergänzt worden ist (Kriterium A2). Es ist heute unbestritten, dass traumabezogene Bewertungsprozesse eine entscheidende Rolle im Verständnis der Ätiologie von PTBS haben.

Die mit einem Trauma verbundenen Kausalattributionen des betroffenen Kindes sind ebenfalls von Bedeutung. Joseph et al. (1993) fanden ein erhöhtes Risiko für posttraumatische Belastungsreaktionen bei Jugendlichen, die trotz offensichtlich unkontrollierbarem äußeren Ereignis (Sinken eines Schiffes) eine Mitschuld am Ereignis auf sich nahmen.

Die Bedeutung weiterer Bewertungen wie beispielsweise Hoffnung und Kontrollierbarkeit wurden im Bereich der Kinderpsychotraumatologie bisher noch nicht untersucht. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass die Methodik der Erfassung von Bewertungen im Kindesalter schwierig und deshalb noch nicht sehr elaboriert ist. Es gibt hierzu jedoch viel versprechende Ansätze für die Zukunft (Vollrath et al.).

4.6 *Coping*

Unter Coping- oder Bewältigungsprozessen werden in Anlehnung an Lazarus und Folkman (1984) all jene kognitiven und verhaltensbezogenen Bemühungen verstanden, um mit Anforderungen fertig zu werden, die die Fähigkeiten einer Person beanspruchen oder übersteigen. In der Regel werden dabei problemzentrierte und emotionszentrierte Strategien unterschieden. Während Erstere darauf ausgerichtet sind, die stressverursachende Situation zu modifizieren, versuchen Letztere, die begleitenden Emotionen zu regulieren. Die Auswahl der zur Bewältigung eines Traumas eingesetzten Bewältigungsstrategien wird durch Merkmale des Traumas, der Person und des Umfeldes sowie durch Bewertungsprozesse beeinflusst.

Mit der Bedeutung spezifischer Bewältigungsstrategien für den Verlauf posttraumatischer Belastungssymptome hat sich die Forschung im Bereich der Kinderpsychotraumatologie bisher noch kaum befasst. Immerhin zeigen die beiden verfügbaren Studien, dass Copingprozesse vermutlich eine wichtige Rolle spielen. So konnten Aaron et al. (1999) bei verunfallten Kindern zeigen, dass die Vermeidung der Auseinandersetzung mit den belastenden Bildern und Gedanken, das Risiko von länger dauernden posttraumatischen Belastungsstörungen erhöht. Stallard et al. (2001) zeigten bei Kindern nach Verkehrsunfällen, dass die PTBS einhergeht mit einer vermehrten Verwendung von Ablenkungsstrategien, sozialem Rückzug, emotionszentrierten Strategien und Beschuldigen anderer Personen. Allerdings weisen Stallard et al. (2001) zurecht auf eine Überschneidung des Copingkonzepts mit dem Syndrom der PTBS hin. Ein beobachtetes Verhalten (z. B. Vermeidung, Ablenkung) kann sowohl als Copingstrategie als auch als Symptom der PTBS interpretiert werden. Die Untersuchung des Zusammenhanges von Bewältigungsverhalten und posttraumatischer Belastungssymptomatik muss diese Konstruktüberschneidungen in Betracht ziehen, damit in Zukunft fundierte Aussagen gemacht werden können.

4.7 *Fallbeispiel*

Die Komponenten des oben vorgestellten Traumabewältigungsmodells und ihr Zusammenspiel sollen anhand des folgenden Fallbeispiels verdeutlicht werden:

Die zehnjährige Lisa wurde von einem Auto angefahren als sie an einer unübersichtlichen Stelle die Straße überquerte. Das Mädchen erlitt eine Fraktur des Oberschenkels und musste einige Tage im Krankenhaus bleiben. Lisa ist ein Einzelkind und stammt aus einer unvollständigen Familie mit einer allein erziehenden Mutter, die den Unfall ihrer Tochter als Zeugin miterlebt hatte. Das seit jeher introvertierte Mädchen ist durchschnittlich intelligent und war zum Zeitpunkt des Unfalls seit einem Jahr wegen einer depressiven Reaktion im Zusammenhang mit der Trennung der Eltern in psychologischer Behandlung. In den Wochen nach dem Unfall fiel auf, dass Lisa sich sehr stark zurückzog, ausgeprägte Trennungsängste entwickelte, über Schlafstörungen und Alpträume klagte und zudem Schuldgefühle äußerte. Lisas Mutter berichtete von eigenen Schlafstörungen und immer wiederkehrenden Bildern vom Unfallereignis.

Diese Informationen können wie folgt ins Traumabewältigungsmodell integriert werden. Alle objektiven Merkmale des Unfalls werden unter Traumamerkmalen

subsumiert. Hierunter fallen beispielsweise die Art des Unfalls (als Fußgänger von einem Auto angefahren) sowie die Art und der Schweregrad der Verletzung (Fraktur des Oberschenkels). Unter den Variablen des Kindes werden das Alter (10 Jahre) und das Geschlecht (weiblich) sowie psychologische Merkmale des Kindes (Introvertiertheit, durchschnittliche Intelligenz, vorbestehende depressive Symptomatik) subsumiert. Die Umfeldmerkmale beinhalten die Kennzeichen des familiären Umfelds (Einzelkind, Unvollständigkeit der Familie, psychische Belastung der Kindsmutter). Das Modell postuliert, dass die einzelnen Prädiktormerkmale als protektive Faktoren oder als Risikofaktoren wirken und sich direkt auf das psychosoziale Befinden auswirken können. Ihr Einfluss kann sich jedoch auch indirekt, vermittelt und modifiziert durch kognitive Bewertungsprozesse und damit zusammenhängende Copingstrategien, auswirken. Das weibliche Geschlecht, die Introvertiertheit, die vorbestehende depressive Symptomatik bei Lisa sowie die psychische Belastung der Kindsmutter müssen als Risikofaktoren betrachtet werden. Die von Lisa ange deuteten Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Unfallereignis werden im Traumabewältigungsmodell unter den Bewertungen subsumiert. Die kognitive Bewertung des Traumas wird durch Variablen des Traumas, des Kindes und des Umfeldes beeinflusst. Die von Lisa entwickelten Schuldgefühle wurden im vorliegenden Fall durch entsprechende, unvorsichtige Bemerkungen aus dem sozialen Umfeld des Kindes noch verstärkt. Dass die traumabezogenen Kognitionen von Bedeutung für die Auswahl der Copingstrategien sind, zeigte sich auch bei Lisa. Das Rückzugs- und Vermeidungsverhalten stand in direktem Zusammenhang mit den Selbstvorwürfen, die sich das Mädchen machte. Dies wiederum wirkte sich auf die Entwicklung psychischer Symptome aus.

Zusammenfassend betrachtet erlaubt das dargestellte Traumabewältigungsmodell eine differentielle Erfassung und Beurteilung wichtiger Prädiktoren und Mediatoren von posttraumatischen psychischen Reaktionen. Im vorliegenden Fall von Lisa zeigt die Analyse, dass verschiedene Risikofaktoren vorliegen, die die Entwicklung posttraumatischer psychischer Symptome begünstigen.

5 Interventionen

Das Traumabewältigungsmodell ermöglicht nicht nur ein umfassendes Verständnis der Entstehung und des Verlaufs psychotraumatischer Reaktionen, es erlaubt auch eine vertiefte Betrachtung der im Bereich der Traumatherapie verwendeten Behandlungsverfahren. Wie Abbildung 3 zeigt, ergeben sich anhand des präsentierten Modells vier verschiedene Felder sekundär und tertiär präventiver Interventionen, mit deren Hilfe die psychosozialen Folgen eines akuten Psychotraumas therapeutisch beeinflusst werden können. Selbstverständlich ergeben sich in der Praxis der Traumatherapie beliebige Kombinationsmöglichkeiten dieser nachfolgend vorgestellten Interventionsfelder.

Interventionsfeld 1: Zu den im Interventionsfeld 1 ansetzenden Maßnahmen zählen all jene kind-zentrierten Interventionen, die durch Veränderung intrapersoneller psychologischer und biologischer Faktoren die Traumafolgen zu beeinflussen versu-

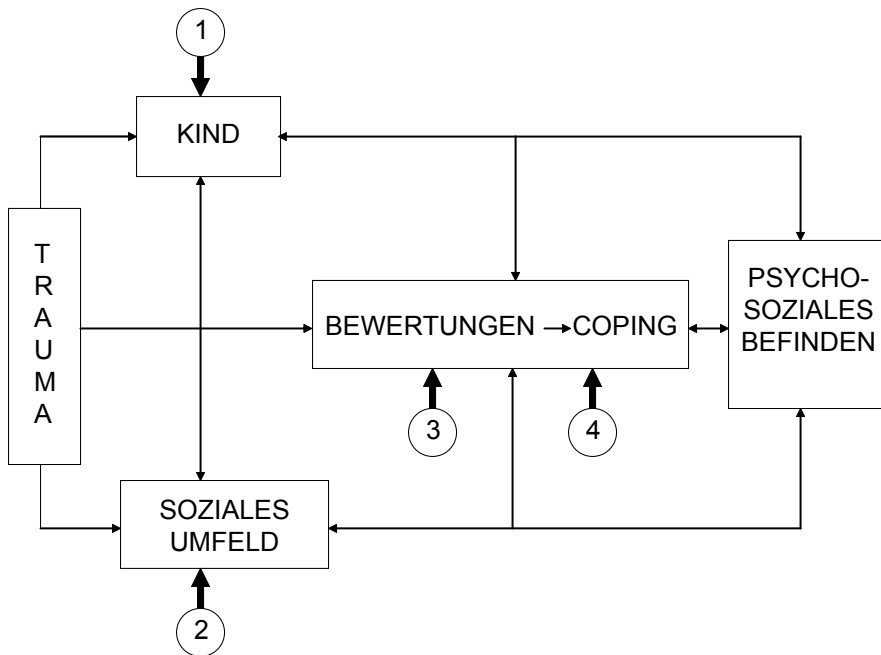


Abb. 3: Interventionsfelder der Traumatherapie

chen. Hierzu gehören beispielsweise persönlichkeitsstärkende, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapieverfahren, Spieltherapien (Ryan u. Needham 2001), aber auch Pharmakotherapien und Entspannungsverfahren (z. B. Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation), die besonders im Jugendalter oft zur Behandlung posttraumatischer Stresssymptome eingesetzt werden. Auch hypnotherapeutische Therapieverfahren sowie die in jüngster Zeit entwickelte, bei Kindern allerdings noch ungenügend überprüfte, Augenbewegungs-Desensibilisierung-Methode (Shapiro 1998) setzen bei dieser Modellkomponente an.

Interventionsfeld 2: Das soziale Umfeld des traumatisierten Kindes stellt ein zweites potentielles Interventionsfeld für psychosoziale Behandlungsansätze dar. Durch Optimierung der sozialen Bedingungen, in welchem das betroffene Kind lebt, sollen die Folgen eines akuten Psychotraumas minimiert werden. Hierzu gehören beispielsweise jene, teilweise psychoedukativen Interventionen, bei denen die Eltern und das weitere soziale Umfeld des traumatisierten Kindes über posttraumatische Belastungsreaktionen und mögliche Bewältigungsstrategien informiert werden. Eltern sind auch hier oft die geeignetsten Therapeuten ihrer Kinder, wenn sie entsprechend beraten werden. Auch familientherapeutische Verfahren unter Einbezug der Geschwisterkinder sowie psychosoziale Interventionen in der Schule oder der Gleichaltrigengruppe versuchen diese Modellkomponente zu beeinflussen und damit die Bewältigungsbedingungen für das traumatisierte Kind zu verbessern.

Interventionsfeld 3: Als weiteres potentielles Interventionsfeld für die Traumatherapie bieten sich die traumabezogenen Bewertungen an. Durch die Korrektur und

Restrukturierung allfälliger dysfunktionaler, rigider Kognitionen bezüglich des Traumas, der eigenen Person und/oder des sozialen Umfeldes im Rahmen der kognitiven Therapie können nachteilige Langzeitfolgen positiv beeinflusst werden. Dieses Vorgehen wird auch in den aktuellen therapeutischen Richtlinien der amerikanischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie empfohlen (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1998). Die hohe Wirksamkeit solcher kognitiver Therapieverfahren ist bei traumatisierten Kindern nachgewiesen (March et al. 1998).

Interventionsfeld 4: Schließlich eröffnen sich über die Beeinflussung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien weitere mögliche Interventionsfelder für die Traumatherapie. Hierzu gehören jene verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätze, in welchen mit dem traumatisierten Kind beispielsweise in Form von Rollenspielen funktionale Bewältigungsstrategien eingeübt werden (Saigh 1992). Auch im Rahmen von gruppentherapeutischen Ansätzen können über Prozesse des Modelllernens alternative Bewältigungsstrategien vermittelt und eingeübt werden. Maßnahmen im Interventionsfeld 4 werden in der Praxis häufig mit solchen im Interventionsfeld 3 kombiniert, da der Grund für die Verwendung ungünstiger Copingstrategien häufig mit dysfunktionalen Bewertungsprozessen zusammenhängt.

Fallbeispiel: In Bezug auf das Fallbeispiel der 10-jährigen Lisa zeigen sich die vier verschiedenen Interventionsfelder der Traumatherapie wie folgt: Die Durchführung einer tiefenpsychologischen Therapie zur Behandlung der vorbestehenden depressiven Symptomatik sowie der neu aufgetretenen posttraumatischen Belastungsreaktionen setzt im ersten Interventionsfeld (Kind) an. Eine pharmakologische Behandlung der Schlafstörung wäre ebenfalls eine Intervention im diesem Bereich. Dagegen würde die Einleitung einer Beratung oder therapeutischen Begleitung der psychisch belasteten Mutter von Lisa im Interventionsfeld 2 (Umfeld) ansetzen und so versuchen, die Bewältigungsbedingungen für Lisa zu optimieren. Die Einleitung einer kognitiven Therapie mit dem Schwerpunkt in der Korrektur der traumabezogenen Schuldkognitionen von Lisa stellt eine Intervention im dritten Interventionsfeld (Bewertungen) dar. Schließlich könnten im Rahmen verhaltenstherapeutischer Interventionen mit dem traumatisierten Mädchen auch neue Bewältigungsstrategien eingeübt werden, um beispielsweise den sozialen Rückzug anzugehen. Hierbei handelt es sich um Interventionen im vierten Feld (Copingprozesse). Neben felderspezifischen Interventionen ist auch eine Kombination verschiedener Ansätze möglich, indem beispielsweise im Falle von Lisa eine pharmakotherapeutisch unterstützte Verhaltenstherapie (Felder 1 und 4) mit einer therapeutischen Begleitung der Mutter (Feld 2) kombiniert wird.

6 Schlussfolgerungen

Das transaktionale Traumabewältigungsmodell hat sich als theoretischer Rahmen zur Integration der bisherigen Forschungsbefunde bei akut psychisch traumatisierten Kindern bewährt. Insbesondere ist es gelungen, die verschiedenartigen empirischen Befunde in einer systematischen und ganzheitlichen Betrachtungsweise zu strukturieren. Damit ermöglicht das Modell ein differenziertes, empirisch fundiertes Verständnis der Entwicklung und des Verlaufs psychotraumatischer Reaktionen und erlaubt im individuellen Fall eine Einschätzung der Vulnerabilität nach einem

akuten Trauma. Von Vorteil ist dabei, dass das Modell nicht nur auf die psychotraumatischen Belastungsreaktionen im engeren Sinne (PTBS) angewendet werden kann, sondern auf die ganze Vielfalt reaktiver Störungen nach akuten Psychotraumata. Es kann also beispielsweise auch zur Erklärung und Vorhersage von Anpassungsstörungen verwendet werden. Neben diesem eher diagnostischen Nutzen kann das Traumabewältigungsmodell auch zur Planung therapeutischer Interventionen verwendet werden. Je nach individueller Konstellation der Risikofaktoren und der protektiven Faktoren und je nach Zusammenspiel von Prädiktor- und Mediatorvariablen kann die Einleitung spezifischer Maßnahmen geplant und durchgeführt werden. Das Modell liefert hierzu Entscheidungsgrundlagen und erlaubt damit eine gezielte, dem einzelnen traumatisierten Kind angepasste Behandlung.

Aus Sicht der Traumaforschung muss darauf hingewiesen werden, dass das dargestellte Bewältigungsmodell bewusst auf einer relativ hohen Abstraktionsebene formuliert ist, was sowohl ein Vorteil als auch ein Nachteil ist. Einerseits ermöglicht das Modell die Integration sehr vieler – auch biologischer – Befunde. Andererseits erlaubt es jedoch keine spezifischen Aussagen und Hypothesen zu differenzierteren Konstrukten wie beispielsweise dem Traumagedächtnis oder zu neurobiologischen Prozessen in der Folge eines Traumas. Solche Konstrukte sind in diesem Modell zwar im Bereich „Kind“ enthalten, jedoch nicht differenziert ausformuliert. Dies bedeutet, dass innerhalb jeder Komponente unseres Meta-Modelles weitere differenziertere Theorien Platz finden, die dann ihrerseits auf einer weniger abstrakten Ebene ansetzen.

Im Bereich der Traumaforschung ermöglicht das vorgestellte Bewältigungsmodell die Entwicklung theoretisch fundierter Fragestellungen und Hypothesen, die im Rahmen von Studien empirisch überprüft werden können. Einerseits kann so das Modell validiert und allenfalls weiterentwickelt werden, andererseits können die festgestellten Lücken im empirischen Wissen theoriegeleitet und gezielt aufgearbeitet werden. Wichtig scheinen insbesondere Studien, in welchen die Rolle von Bewertungen und Copingprozessen sowie der Stellenwert des sozialen Umfelds für die Entwicklung und den Verlauf psychotraumatischer Reaktionen bei Kindern näher untersucht werden. Auch das Zusammenspiel der verschiedenartigen Prädiktoren ist im Kindesalter noch weitgehend unerforscht und könnte interessante Befunde zeitigen. Schließlich besteht ein großer Nachholbedarf in der Entwicklung und Überprüfung von spezifischen Interventionen zur Behandlung psychotraumatischer Störungen im Kindesalter. Auch hierzu kann das dargestellte Bewältigungsmodell einen theoretischen Rahmen bieten.

Literatur

- Aaron, J.; Zaglul, H.; Emery, R.E. (1999): Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology* 24: 335-343.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998): Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37 (10 Suppl.): 4S-26S.
- American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (1994): The diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bailly, L. (1999): Keynote adress. Paper presented at the Conference of the European Society for Traumatic Stress Studies, Istanbul.
- Breslau, N.; Davis, G.C.; Andreski, P. (1991): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 48: 216-222.
- Brewin, C.R.; Andrews, B.; Valentine, J.D. (2000): Meta-Analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 748-766.
- Daviss, W.B.; Mooney, D.; Racusin, R.; Ford, J.D.; Fleischer, A.; McHugo, G.J. (2000): Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39: 576-583.
- De Vries, A.P.J.; Kassam-Adams, N.; Cnaan, A.; Sherman-Slate, E.; Gallagher, P.R.; Winston, F.K. (1999): Looking beyond the physical injury: Posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics* 104: 1293-1299.
- Di Gallo, A.; Barton, J.; Parry-Jones, W. (1997): Road traffic accidents: Early psychological consequences in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry* 170: 358-362.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10, Kapitel V (F). Bern: Huber.
- Erickson, S.J.; Steiner, H. (2001): Trauma and personality correlates in long-term pediatric cancer survivors. *Child Psychiatry and Human Development* 31: 195-213.
- Fauerbach, J.A.; Lawrence, J.W.; Schmidt, C.W.; Munster, A.M.; Costa, P.T. (2000): Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 188: 510-517.
- Garmez, N.; Rutter, M. (1985): Acute reactions to stress. In Rutter, M.; Hersov, L. (Hg.): *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. Oxford: Blackwell, S. 152-176.
- Giaconia, R.M.; Reinherz, H.Z.; Silverman, A.B.; Pakiz, B.; Frost, A.K.; Cohen, E. (1995): Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34: 1369-1380.
- Goenjian, A.; Pynoos, R.S.; Steinberg, A.M.; Najarian, B. (1995): Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34: 1174-1184.
- Green, B.L.; Grace, M.C.; Vary, M.G.; Kramer, T.L.; Gleser, G.C.; Leonard, A.C. (1994): Children of disaster in the second decade: a 17-year follow-up of Buffalo Creek survivors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33: 71-79.
- Hobbie, W.L.; Stuber, M.; Meeske, K.; Wissler, K.; Rourke, M.T.; Ruccione, K.; Hinkle, A.; Kazak, A.E. (2000): Symptoms of posttraumatic stress in young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology* 18: 4060-4066.
- Green, B.L.; Korol, M.; Grace, M.C.; Vary, M.G.; Leonard, A.C.; Gleser, G.C.; Smitson-Cohen, S. (1991): Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30: 945-951.
- Joseph, S.A.; Brewin, C.R.; Yule, W.; Williams, R. (1993): Causal attributions and post-traumatic stress in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34: 247-253.
- Kazak, A.E.; Barakat, L.P.; Meeske, K.; Christakis, D.; Meadows, A.T.; Casey, R.; Penati, B.; Stuber, M.L. (1997): Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65: 120-129.
- Landolt, M.; Böhler, U.; Schwager, C.; Schallberger, U.; Nüssli, R. (1998): Post-traumatic stress disorder in paediatric patients and their parents: findings from an exploratory study. *Journal of Paediatrics and Child Health* 34: 539-543.
- Landolt, M.A. (2000): Die Psychologie des verunfallten Kindes. *Anaesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie* 35: 615-622.
- Lauterbach, D.; Vrana, S. (2001): The relationship among personality variables, exposure to traumatic events, and severity of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress* 14: 29-45.

- Lazarus, R.S.; Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Levi, R.B.; Drotar, D.; Yeates, K.O.; Taylor, H.G. (1999): Posttraumatic stress symptoms in children following orthopedic or traumatic brain injury. *Journal of Clinical Child Psychology* 28: 232-243.
- Lonigan, C.J.; Shannon, M.P.; Taylor, C.M.; Finch, A.J.; Sallee, F.R. (1994): Children exposed to disaster: II. risk factors for the development of post-traumatic symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33: 94-105.
- Manne, S.L.; Du Hamel, K.; Gallelli, K.; Sorgen, K.; Redd, W.H. (1998): Posttraumatic stress disorder among mothers of pediatric cancer survivors: Diagnosis, comorbidity, and utility of the PTSD Checklist as a screening instrument. *Journal of Pediatric Psychology* 23: 357-366.
- March, J.S.; Amaya-Jackson, L.; Murray, M.C.; Schulte, A. (1998): Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37: 585-593.
- McFarlane, A.C. (1987): Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26: 764-769.
- Mirza, K.A. H.; Bdadrinath, B.R.; Goodyer, I.M.; Gilmour, C. (1998): Post-traumatic stress disorder in children and adolescents following road traffic accidents. *British Journal of Psychiatry* 172: 443-447.
- Meyer, C.; Steil, R. (1998): Die posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen. *Unfallchirurg* 101: 878-893.
- Nader, K.; Pynoos, R.; Fairbanks, L.; Frederick, C. (1990): Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry* 147: 1526-1530.
- Papageorgiou, V.; Frangou-Garunovic, A.; Iordanidou, R.; Yule, W.; Smith, P.; Vostanis, P. (2000): War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 9: 84-90.
- Pelcovitz, D.; Goldenberg, B.; Mandel, F.; Kaplan, S.; Weinblatt, M.; Septimus, A. (1998): Posttraumatic stress disorder and family functioning in adolescent cancer. *Journal of Traumatic Stress* 11: 205-221.
- 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: 46-59.
- Pynoos, R.S. (1994): Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In: Pynoos, R.S. (Hg.): *Posttraumatic stress disorder: A clinical review*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Ryan, V.; Needham, C. (2001): Non-directive play therapy with children experiencing psychic trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 6: 437-453.
- Saigh, P.A. (1992): The behavioral treatment of child and adolescent posttraumatic stress disorder. *Advances in Behavior Research and Therapy* 14: 247-275.
- Shannon, M.P.; Lonigan, C.J.; Finch, A.J.; Taylor, C.M. (1994): Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33: 80-93.
- Shapiro, F. (1998): EMDR, Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Stallard, P.; Velleman, R.; Baldwin, S. (1998): Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *British Medical Journal* 317: 1619-1623.
- Stallard, P.; Velleman, R.; Langsford, J.; Baldwin, S. (2001): Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. *British Journal of Clinical Psychology* 40: 197-208.
- Stuber, M.L.; Kazak, A.E.; Meeske, K.; Barakat, L.P.; Guthrie, D.; Garnier, H.; Pynoos, R.; Meadows, A.T. (1997): Predictors of posttraumatic stress symptoms in childhood cancer survivors. *Pediatrics* 100: 958-964.
- Terr, L.C. (1983): Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a schoolbus kidnapping. *American Journal of Psychiatry* 140: 1543-1550.
- Terr, L.C. (1991): Childhood traumas: on outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 148: 10-20.

- Udwin, O.; Boyle, S.; Yule, W.; Bolton, D.; O’Ryan, D. (2000): Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of post traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41: 969-979.
- Vollrath, M.; Landolt, M.A.; Ribi, K. (eingereicht): Illness appraisal in pediatric patients and their parents.
- Wallander, J.L.; Varni, J.W.; Babani, L.V.; Banis, H.T.; Wilcox, K.T. (1989): Family resources as resistance factors for psychological maladjustment in chronically ill and handicapped children. *Journal of Pediatric Psychology* 14: 157-173.
- Yule, W. (1992a): Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: the sinking of the „Jupiter“. *Psychotherapy and Psychosomatics* 57: 200-205.
- Yule, W. (1992b): Resilience and vulnerability in child survivors of disasters. In: Tizard, B.; Varma, V. (Hg.): *Vulnerability and resilience: A Festschrift for Ann and Alan Clarke*. London: Jessica Kingsley.
- Yule, W.; Bolton, D.; Udwin, O.; Boyle, S.; O’Ryan, D.; Nurrish, J. (2000): The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: The incidence and course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41: 503-511.
- Yule, W.; Udwin, O. (1991): Screening child survivors for post-traumatic stress disorder: experiences from the 'Jupiter' sinking. *British Journal of Clinical Psychology* 30: 131-138.

Korrespondenzadresse: Dr. phil. Markus A. Landolt, Universitäts-Kinderspital, Steinwiesstr. 75, CH-8032 Zürich; E-Mail: markus.landolt@kispi.unizh.ch