

Zehnder, Daniel / Hornung, Rainer und Landholt, Markus A.

Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 9, S. 675-692

urn:nbn:de:bsz-psydok-46946

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

1		
2		
3		
5	Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
10	Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
	Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
	Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
	Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
15	Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

20	Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
	Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
25	Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
30	Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
	Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
35	Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
40	Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
42	Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
43		
44	Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestiche Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767
45		

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols)	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum)	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities)	36
10	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office)	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up)	314
15	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients)	53
20	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process)	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens)	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control)	350
30	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective)	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age)	169
35	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness)	3
40	Übersichtsarbeiten / Review Articles	
42	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system)	584
43		
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents)	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S.O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S.O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M.C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P.L.; Fegert, J.M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J.M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J.M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M.A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675
40		
	Buchbesprechungen / Book Reviews	
42	Asendorpf, J.B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J.H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>) .	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis-	
5	handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotion-	
	alen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie-	
	rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives	
	Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption	
	und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im	
	Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische	
	Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin-	
	der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte-</i>	
20	<i>Markwort</i>)	419
	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit	
	und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes	
	verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen.	
	(<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis-	
	sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus.	
	(<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag-	
	nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für	
	traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und	
	Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen.	
42	(<i>L. Unzner</i>)	571
43	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>) .	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte	
45	Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2		
3	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
10	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter

Daniel Zehnder, Rainer Hornung und Markus A. Landolt

Summary

Early psychological interventions in children after trauma

Early psychological interventions within the first hours, days or weeks after a traumatic event aim to avoid or minimize middle- or long-term mental-health problems. To date, there are no articles in German language available that review the field of early psychological interventions in children. This paper defines this field, summarizes current early psychological interventions and reviews the literature on effectiveness of early interventions. Most of the early psychological interventions in children after trauma that are reported in the literature are not evidence based. Moreover, current knowledge is limited by a number of methodological problems. First, most studies have no control groups and the samples are small. Second, different timeframes and interventions complicate a comparison of different studies. For future research, randomised controlled studies with manualised interventions and repeated follow-ups are demanded. In clinical practice, the lack of studies on effectiveness of early psychological interventions in children leads to a simple transfer of intervention strategies from adults. This practice needs to be questioned. Importantly, the consideration of developmental aspects is crucial. To date, no evidence-based advice can be given with regard to early psychological interventions in children. Moreover, it remains unclear, how to involve the parents.

Key words: trauma – early intervention – children – acute stress disorder – posttraumatic stress disorder

Zusammenfassung

Die Notfallpsychologie befasst sich mit der Frage, ob mit geeigneten psychologischen Interventionen innerhalb der ersten Stunden, Tage und Wochen nach einem Trauma mittel- und langfristige psychische Störungen verhindert oder zumindest vermindert werden können. Im deutschsprachigen Raum existieren bisher keine Übersichtsarbeiten, die notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter thematisieren. In der vorliegenden Arbeit wird dieses Fachgebiet definiert, eine Übersicht über notfallpsychologische Interventionsmöglichkeiten gegeben und der aktu-

elle Forschungsstand zur Wirksamkeit dieser Massnahmen dargelegt. Bei den meisten psychologischen Verfahren, die in der ersten Zeit nach einem Notfall bei Kindern zum Einsatz kommen, existieren wenige empirische Hinweise zu deren Effektivität. Zudem bestehen methodische Einschränkungen im Hinblick auf die bisherigen Forschungsbemühungen: Erstens verfügen die meisten Evaluationsstudien über keine Kontrollgruppen und weisen kleine Stichprobengrößen auf. Zweitens lassen unterschiedliche Follow-up-Zeitpunkte und unterschiedliche Interventionen keine Vergleiche zwischen einzelnen Studien zu. Um diese Lücken zu schließen, sind in Zukunft randomisierte Kontrollstudien mit manualisierten Interventionen und mehreren Follow-up-Zeitpunkten erforderlich. Der Mangel an notfallpsychologischen Evaluationsstudien im Kindesalter bewirkt, dass in der klinischen Praxis Interventionsmöglichkeiten übernommen werden, die sich im Erwachsenenbereich bewährt haben. Allerdings müssen dabei entwicklungspsychologische Besonderheiten berücksichtigt werden. Zum heutigen Zeitpunkt bleibt unklar, wann nach einem traumatischen Ereignis welche Art von Intervention bei Kindern Sinn macht und wie die Eltern einbezogen werden sollen.

Schlagwörter: Trauma – notfallpsychologische Intervention – Kinder – akute Belastungsstörung – posttraumatische Belastungsstörung

1 Einleitung

Notfallpsychologische Interventionen sind für die praktische kinderpsychologische und kinderpsychiatrische Tätigkeit von großer Bedeutung. Dies ergibt sich aus der Häufigkeit traumatischer Ereignisse im Leben von Kindern und Jugendlichen. So berichteten in der Bremer Jugendstudie (Essau et al. 1999) 22.5 % der befragten Jugendlichen mindestens einmal in ihrem Leben ein traumatisches Ereignis erfahren zu haben. Dabei wurden körperliche Angriffe, Verletzungen und schwerwiegende Unfälle am häufigsten genannt. Zu vergleichbaren Befunden kommt eine weitere epidemiologische Studie aus Deutschland, in der 26.0 % der jungen Männer und 17.7 % der jungen Frauen im Alter zwischen 14 und 24 Jahren über zumindest ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben berichteten (Perkonig et al. 2000). Die genannten Ereignisse können unterschieden werden in menschenverursachte Traumata (z. B. körperliche Angriffe, Misshandlungen, sexuelle Missbrauchserfahrungen, Raubüberfälle, medizinische Behandlungsmaßnahmen, Kriegserfahrungen, Gewaltdarstellungen in Medien) oder akzidentelle Traumata (z. B. Unfälle, Naturkatastrophen), die einmalig (Typ 1) oder wiederholt (Typ 2) erlebt werden. Die akute Belastungsstörung (ABS) ist die wichtigste psychische Störung, die unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis auftritt. Entsprechend hoch sind die Prävalenzzahlen: Bei Kindern nach Verbrennungsunfällen erfüllen 30 % die Diagnosekriterien einer ABS (Stoddard et al. 2006; Saxe et al. 2005), bei Kindern und Jugendlichen nach Straßenverkehrsunfällen sind es 23 % (Zehnder u. Landolt 2006). Jugendliche, die bei Straßenverkehrsunfällen, sportlichen Aktivitäten oder gewalttätigen Auseinandersetzungen verletzt wurden, weisen eine entsprechende Präva-

lenzrate von 40 % auf (Holbrook et al. 2005). Obwohl die ABS eine relativ neue Diagnose ist, widerspiegelt sich ihre Wichtigkeit in deutlichen empirischen Hinweisen, dass der Schweregrad der ABS-Symptomatik ein bedeutsamer Prädiktor für die Entwicklung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) darstellt (Kassam-Adams u. Winston 2004). Angaben zur Lebenszeitprävalenz der PTBS im Jugendalter schwanken in Abhängigkeit der untersuchten Population zwischen 1.3 und 9.2 % (Landolt 2004). Studien, die Gruppen von traumatisierten Kindern untersuchen, zeigen deutlich höhere Prävalenzraten von Traumafolgestörungen. Je nach Art des Ereignisses können dabei bis zu 100 % der traumatisierten Kinder und Jugendlichen klinisch relevante und damit behandlungsbedürftige psychische Störungen ausbilden.

Die Notfallpsychologie befasst sich mit der Frage, ob mit geeigneten psychologischen Interventionen innerhalb der ersten Stunden, Tage und Wochen nach einem Trauma mittel- und langfristige psychische Störungen verhindert oder zumindest vermindert werden können. In der vorliegenden Abhandlung erfolgt zunächst eine Umschreibung der für die Notfallpsychologie relevanten Konzepte und Aufgaben. Anschließend wird eine Übersicht über notfallpsychologische Interventionsmöglichkeiten gegeben und der aktuelle Forschungsstand zur Effektivität dieser Maßnahmen im Kindesalter präsentiert. Basierend auf diesen Ausführungen werden abschließend Empfehlungen im Zusammenhang mit notfallpsychologischen Interventionen bei Kindern und Jugendlichen in Forschung und klinischer Praxis formuliert und diskutiert.

2 Notfallpsychologie: Definition und Konzepte

Nach Hausmann (2003) wird unter einem Notfall ein plötzlich auftretendes Ereignis oder eine Situation verstanden, die das Funktionieren eines Systems (körperlich, psychisch, sozial usw.) akut gefährdet. Dabei betonen Lasogga und Gasch (2004) in ihrer Definition, dass Notfälle aufgrund ihrer subjektiv erlebten Intensität als physisch und/oder psychisch beeinträchtigend erlebt werden mit entsprechend negativen Folgen für die Gesundheit. Das Ausmaß eines Notfalls kann sehr unterschiedlich sein und reicht von Ereignissen mit einzelnen Betroffenen (medizinischer Notfall, Verkehrsunfall) oder mehreren Beteiligten (Brand, Geiselnahme) bis hin zu Großschadensereignissen und Katastrophen (Überschwemmung, Terroranschlag). Notfälle sind in ihrer Wirkung auf die Betroffenen potenziell traumatisch. Angelehnt an die DSM-IV-TR-Kriterien (Sass et al. 2003) ist ein Psychotrauma jedes erlebte oder beobachtete Ereignis, das Todesgefahr oder Gefahr für die körperliche oder psychische Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet und auf das ein Individuum mit Reaktionen intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert.

Notfallpsychologie ist nach einer umfassenden Definition von Lasogga und Gasch (2004, S. 13) „[...] die Entwicklung und Anwendung von Theorien und Methoden der Psychologie sowie ihrer Nachbardsdisziplinen bei Einzelpersonen oder Gruppen, die von Notfällen betroffen sind. Notfallpsychologische Maßnahmen

wenden sich sowohl an die Opfer als direkt Betroffene als auch an indirekt Betroffene wie Angehörige, Augenzeugen, Zuschauer, aber auch an Helfende. Notfallpsychologie umfasst Präventions-, Interventions- und Nachsorgemaßnahmen, bezogen auf einen relativ kurzfristigen Zeitraum.“ Nach Hausmann (2003) umfasst die Notfallpsychologie psychologische Interventionen zur Unterstützung von Betroffenen während und nach Notfällen. Dabei soll sicher gestellt werden, dass akute Belastungsreaktionen, wie sie unmittelbar nach einem Psychotrauma häufig auftreten, nicht zu länger dauernden posttraumatischen Belastungs- oder Anpassungsstörungen führen. Notfallpsychologische Interventionen nach einem Trauma haben folgende Ziele (Hausmann 2003, S. 24):

- Verhinderung einer psychischen Dekompensation,
- Psychologische Stabilisierung,
- Abbau akuter Belastungsreaktionen,
- Verhinderung oder Verminderung psychischer Folgestörungen.

In der aktuellen Literatur ist eine begriffliche Konfusion festzustellen, die so weit geht, dass unklar ist, in welchem Zeitraum nach einem Trauma Interventionen überhaupt als notfallpsychologisch gelten. Es stellt sich beispielsweise die Frage, ob Interventionen, die mehrere Wochen nach einem Trauma stattfinden, noch diese Bezeichnung tragen sollen. In gängigen Klassifikationsmanualen psychischer Störungen wird der zeitliche Kontext posttraumatischer Störungen unterschiedlich definiert, was ebenfalls zu einer inkonsistenten Verwendung des Begriffs der notfallpsychologischen Intervention beiträgt. Gemäß DSM-IV-TR tritt eine akute Belastungsstörung innerhalb von vier Wochen nach einem traumatischen Ereignis auf, dauert mindestens zwei Tage und höchstens vier Wochen. Im ICD-10 hingegen ist der zeitliche Verlauf einer akuten Belastungsreaktion weit kürzer definiert. Demnach treten entsprechende Symptome im allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis auf und gehen während zwei oder drei Tagen, oft bereits innerhalb von Stunden zurück (Dilling et al. 1991). Entsprechend dieser unterschiedlichen Klassifikationskriterien akuter posttraumatischer Störungen wird in der angloamerikanischen Literatur das Zeitkriterium für eine akute Reaktion und damit verbundene notfallpsychologische Interventionen weiter gefasst als im europäischen Raum. In der folgenden Übersicht zur Beschreibung und Effektivität notfallpsychologischer Interventionen halten wir uns an die DSM-IV-TR-Zeitkriterien und verstehen unter notfallpsychologischen Interventionen jene, die innerhalb der ersten vier Wochen nach einem traumatischen Ereignis erfolgen (siehe Abb. 1). Später durchgeführte oder länger dauernde Behandlungsmaßnahmen, Monate oder gar Jahre nach dem Ereignis, werden in der vorliegenden Abhandlung nicht zur Notfallpsychologie, sondern zum Bereich der Psychotherapie gezählt. Inhaltlich lässt sich diese Unterscheidung darin begründen, dass notfallpsychologische Interventionen eine sekundär präventive Wirkung auf die posttraumatische Symptomatik zeigen sollen. Demgegenüber sollen psychotherapeutische Maßnahmen kurativ auf eine bereits ausgebildete PTBS oder Anpassungsstörung wirken und sind damit im Bereich der tertiären Prävention anzusiedeln.

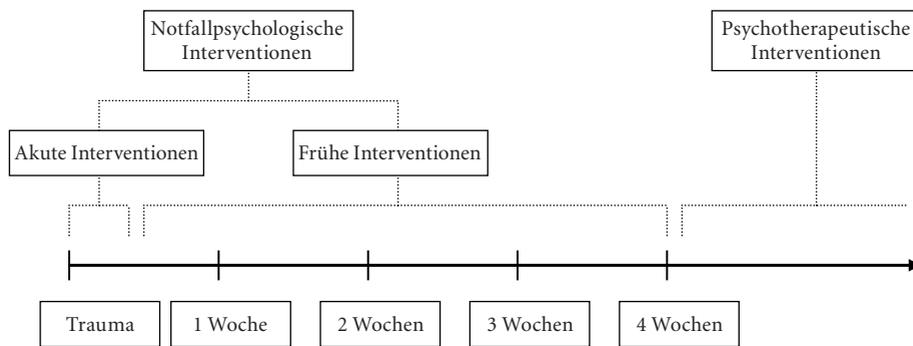


Abb. 1: Klassifikation posttraumatischer Interventionen

Anhand des Interventionszeitpunktes kann zwischen akuten und frühen notfallpsychologischen Interventionen unterschieden werden (Landolt 2004). Akutinterventionen kommen während der ersten Stunden oder Tage zur Anwendung mit dem vorrangigen Ziel der psychischen Stabilisierung. Frühe Interventionen ab der ersten bis zur vierten Woche nach dem Trauma sollen einen Abbau akuter Belastungssymptome ermöglichen. Tabelle 1 verdeutlicht die Unterscheidung in akute und frühe Interventionen.

Tab. 1: Unterscheidung akuter und früher notfallpsychologischer Interventionen

Kriterium	Akute Interventionen	Frühe Interventionen
Zeitpunkt nach Trauma	Stunden bis einige Tage nach dem Trauma	Einige Tage bis vier Wochen nach dem Trauma
Ort der Intervention	Am Ort des Geschehens	Nicht vor Ort
Ziel der Intervention	Stabilisierung, Verhinderung einer psychischen Dekompensation	Traumabarbeitung, Abbau akuter Belastungssymptome
Methoden	Supportiv	Psychoedukativ, traumafokussiert
Inhalte	Sicherheitsvermittlung, Orientierung, Aktivierung sozialer Unterstützung	Informationsvermittlung, kognitive Einordnung des Vorgefallenen, Stressmanagement
Berufsgruppen	Helfende verschiedener Berufsgruppen	Psychologische Fachpersonen

Im Folgenden wird eine Übersicht über die gängigen akuten und frühen notfallpsychologischen Interventionsmöglichkeiten gegeben. Nach einer kurzen theoretischen Vermittlung folgt jeweils der aktuelle Forschungsstand zur Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahme bei Kindern und Jugendlichen. Sind die empirischen Studien für die entsprechenden Methoden im Kindesalter mangelhaft oder nicht vorhanden, wird in knapper Form auf Effektivitätsstudien bei Erwachsenen verwiesen.

3 Notfallpsychologische Interventionen und ihre Effektivität im Kindesalter

3.1 Akute notfallpsychologische Interventionen

Als standardisierte Intervention für Erwachsene entwickelten Mitchell und Everly (1993) ein aus mehreren Komponenten bestehendes notfallpsychologisches Behandlungsmodell, das „Critical Incident Stress Management“ (CISM) heißt. Ein Bestandteil des CISM, das sogenannte Defusing, soll in der akuten Phase innerhalb von acht Stunden nach einem erlebten Trauma zur Anwendung kommen. Da für ein Defusing mit Kindern weder Leitlinien noch empirische Daten vorhanden sind, wird an dieser Stelle nicht weiter auf diese Technik eingegangen.

Im Rahmen einer Krisenintervention unmittelbar nach dem Trauma und meist am Ort des Geschehens empfiehlt Hausmann (2003) nach einer ersten Kontaktaufnahme den aktuellen Zustand des Kindes zu erfassen und dringende Bedürfnisse abzuklären. Vorrangiges Ziel ist es, eine psychische Dekompensation der Betroffenen zu verhindern oder aufzufangen. Das amerikanische „National Child Traumatic Stress Network“ und das „National Center for PTSD“ (NCPTSD 2005) empfehlen hierbei folgende acht Schritte:

- Kontakt- und Beziehungsaufnahme,
- Sicherheitsvermittlung zur Erhöhung des körperlichen und emotionalen Wohlbefindens,
- Stabilisierung, Beruhigung und Orientierung,
- Informationsaustausch und Erfassen aktueller Bedürfnisse,
- Praktische Unterstützungsmaßnahmen bezogen auf die aktuellen Bedürfnisse,
- Vermittlung sozialer Unterstützung durch nahe Bezugspersonen,
- Informationsvermittlung zu möglichen Stressreaktionen und Bewältigungsstrategien,
- Vermittlung von weiterreichenden Betreuungsangeboten.

Betreuende sollen nach Landolt (2004) für das Erbringen einer psychologischen Ersten Hilfe grundsätzlich nach dem Prinzip der Unverzüglichkeit handeln. Betroffene Kinder sollen auf keinen Fall allein gelassen werden. Neben der Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit ist das Eingehen auf Gefühle ohne Bagatellisierung des Geschehenen zentral. Bezogen auf Kinder als Traumaopfer ist es besonders wichtig, dass Helfende mit der nötigen Ruhe handeln. Das traumatisierte Kind soll altersgerecht darüber informiert werden, was geschehen ist und was in unmittelbarer Zukunft geschehen wird. Auf Fragen des Kindes soll wahrheitsgetreu, jedoch situations- und altersangepasst geantwortet werden. Neben der konstanten Präsenz der Helfenden können zur Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit auch Gegenstände, wie etwa ein Kuscheltier, von Nutzen sein. Vom Kind geäußerte Gefühle sollen angesprochen und benannt werden. Von großer Bedeutung nach einem traumatisierenden Ereignis ist es, dass das Kind baldmöglichst mit seinen engsten Bezugspersonen zusammengeführt wird (Yule 1999).

Keppel-Benson et al. (2002) berichteten, dass Kinder, die nach einem Verkehrsunfall über sofortige soziale Unterstützung verfügten, später weniger Vermeidungsreaktionen zeigten. Die Kinder erwähnten dabei, dass ihnen das Gespräch mit erwachsenen Bezugspersonen besonders geholfen hätte. Auch klinische Erfahrungen belegen, dass viele Kinder und Jugendliche nach einem traumatischen Ereignis das natürliche Bedürfnis haben, über das Erlebte zu sprechen, und dass dieses Sprechen positive Auswirkungen zu haben scheint (Salmon u. Bryant 2002). Reden über das Trauma muss nicht in strukturiertem, professionellem Rahmen stattfinden. Es geschieht üblicherweise im Alltag des Kindes mit den Eltern, Freunden und anderen Bezugspersonen. Die Ergebnisse von Stallard et al. (2001) belegen, dass Kinder, die nach Verkehrsunfällen über das Erlebte gesprochen hatten, acht Monate später weniger häufig an einer posttraumatischen Belastungsstörung litten als diejenigen, die nicht darüber geredet hatten. Schließlich konnten Aaron et al. (1999) zeigen, dass die Unterdrückung von traumabezogenen Gedanken und Gefühlen nach Unfällen bei Kindern die Entwicklung von posttraumatischen Belastungssymptomen begünstigte.

3.2 Frühe notfallpsychologische Interventionen

Psychologisches Debriefing (CISD): Der bekannteste und am beste laborierte Bestandteil des bereits oben erwähnten CISM von Mitchell und Everly (1993) ist das „Critical Incident Stress Debriefing“ (CISD). Ursprünglich wurde das CISD als Methode der Krisenintervention zur Prävention von Traumafolgestörungen bei professionellen Helfergruppen (Feuerwehr, Ambulanz, Polizei) nach potenziell traumatisierenden Einsätzen entwickelt. Heute kommt das CISD auch bei Kindern und Jugendlichen, im Einzel- oder Gruppensetting zur Anwendung (Stallard u. Salter 2003). Das CISD ist eine hoch strukturierte, meist einmalige Intervention mit dem Ziel der Verhinderung bzw. Minimierung länger dauernder posttraumatischer psychischer Störungen und der frühen Identifizierung besonders gefährdeter Personen. Gemäß dem Manual von Mitchell und Everly (1998) sollte die CISD-Sitzung 24 bis 72 Stunden nach dem Ereignis stattfinden und auf dem Prinzip der freiwilligen Teilnahme basieren. Der Debriefing-Prozess soll ermöglichen, das Vorgefallene kognitiv einzuordnen, so dass belastende Gefühle geklärt und besser integriert werden können. Wie in Tabelle 2 ersichtlich ist, wird das CISD in insgesamt sieben Schritten vollzogen und bewegt sich von einer kognitiv-verstehenden Ebene hin zu einer emotionalen und wieder zurück zu einer kognitiven.

Obwohl das CISD nicht für den Einsatz bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen entwickelt wurde, gelangt es in meist unveränderter Form im Kindesalter zur Anwendung. Dyregrov (1991) hinterfragt dieses Vorgehen und beschreibt ausführlich die Anwendung des CISD bei Gruppen von Kindern und Jugendlichen. Als besonders wichtig erachtet er, dass der Debriefing schon im Voraus möglichst viele Informationen von verschiedenen Personen zum Ablauf des traumatischen Ereignisses einholt. Zudem weist er darauf hin, dass bei der Besprechung der emotionalen Auswirkungen des Ereignisses auf die einzelnen Kinder zurückhaltend vorgegangen werden sollte und empfiehlt deshalb den Einsatz indirekter Methoden wie beispielsweise das Zeichnen des schlimmsten Ereignisaspekts.

Tab. 2: Phasen des CISD (Mitchell u. Everly 1993)

<i>Phase</i>	<i>Themen</i>	<i>Ebene</i>
Einleitung	– Vorstellen des Debriefingteams – Erklären des Ablaufs – Mitteilen von Grundregeln	kognitiv
Fakten	– Schildern des traumatischen Ereignisses – Berücksichtigen der subjektiven Sichtweise aller Teilnehmenden	kognitiv
Gedanken	– Beschreiben der gedanklichen Reaktionen auf das Ereignis	kognitiv- affektiv
Emotionale Reaktionen	– Identifizieren des am stärksten traumatisierenden Aspekts	affektiv
Symptome	– Identifizieren aller Symptome von Stressbelastung oder psychischer Anspannung	affektiv- kognitiv
Information	– Normalisieren und Entpathologisieren der jeweiligen Reaktionen – Vermitteln von einfachen Stressmanagement- und Bewältigungsmöglichkeiten	kognitiv
Rück- orientierung	– Klären offener Fragen – Vermitteln weiterführender Betreuungsmöglichkeiten	kognitiv

Die Möglichkeit, über die traumatische Erfahrung und damit verbundene kognitive, affektive und physische Reaktionen zu sprechen und diese Reaktionen als normal in Bezug auf ein außergewöhnliches Ereignis zu bewerten, wird im CISD als zentral betrachtet. In den meist unkontrollierten Studien bewerten die Teilnehmenden das Verfahren in der Regel als hilfreich. Insbesondere die Möglichkeit, über das Erlebte sprechen zu können, wird geschätzt (Nachtigall et al. 2003). Allerdings konnte ein positiver Effekt eines einmaligen Debriefings auf die psychische Symptomatik bisher nicht nachgewiesen werden. Bei der Begutachtung von Evaluationsstudien mit Kontrollgruppen als methodischer Standard (Metzler u. Krause 1997) aus dem Erwachsenenbereich lässt sich eine große Heterogenität hinsichtlich der Art des Traumas, der Art der durchgeführten Interventionen, dem Durchführungszeitpunkt der Intervention wie auch in der Operationalisierung des Evaluationskriteriums feststellen. Die aktuellste Cochrane-Meta-Analyse von Rose et al. (2005) bei Erwachsenen berücksichtigt elf randomisierte Studien, bei denen die notfallpsychologische Intervention innerhalb des ersten Monats nach dem erlebten Trauma stattfand. Dabei handelte es sich um ein einmaliges psychologisches Debriefing im Einzelsetting. Insgesamt gesehen konnte der Nachweis, dass diese Intervention die Ausbildung länger dauernder Traumafolgestörungen verhindert oder reduziert, nicht erbracht werden. Ein Teil der in die Meta-Analyse einbezogenen Studien ergaben vielmehr Hinweise auf die Möglichkeit einer sekundären Traumatisierung durch die Intervention, das heißt auf schädigende Effekte.

Im Unterschied zur Situation bei Erwachsenen gibt es bisher vergleichsweise wenige Berichte zur Effektivität des CISD bei psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Tabelle 3 zeigt eine chronologische Zusammenstellung aller Studien, die den Debriefingprozess im Einzel- oder Gruppensetting innerhalb des ersten Monats nach einem erlebten Trauma untersuchen. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Studien ohne Kontrollgruppe.

Tab. 3: Zusammenstellung von Debriefing-Studien bei Kindern

Autoren, Jahr	Design	Kontroll- Gruppe	N	Alter	Art des Traumas	Debriefing	Zeit nach Trauma	Anzahl Sitzungen	Follow up	Outcome Variablen	Resultate	Kommentar
Pynoos u. Eth 1986	Einzelfall- bericht	nein	1	11	Zeugin Gewalt- verbrechen	einzel	mehrere Tage	1	-	subjektives Wohlbefinden	subjektiver Nutzen	-
Klingmann 1987	Prozess- beschreibung	nein	675	13	Verkehrsunfall (Schulbus)	Gruppe	Stunden bis Tage	2	-	-	keine Auswer- tung der Effekte	Screening
Yule u. Udwin 1991	retrospektiv	nein	24	14-16	Schiffsunglück	Gruppe	10 Tage	1	5 Monate	IES ¹ , BDI ² , R-MAS ³	keine Interven- tions-Effekte	Screening PTBS-Risiko
Yule 1992	retrospektiv	ja	24	14-16	Schiffsunglück	Gruppe	10 Tage	1	5 Monate	IES ¹ , BDI ² , R-MAS ³	sign. Gruppen- unterschiede	-
Casswell 1997	retrospektiv	nein	46	11-16	Verkehrsunfall (Schulbus)	Gruppe	14 Tage	2	8 Wochen	IES ¹	17,6% mit erhöhten Anpas- sungswerten	-
Vila, Porch u. Mouren- Simeoni 1999	retrospektiv	nein	26	6-9	Geiselnahme	Kinder- und Elterngruppe	1 Tag	2	6 Wochen	Kiddie- SADS-L ⁴ , STAI-C ⁵ , IES ¹	50% mit PTBS- Diagnose	Einbezug der Eltern
Pojjula, Wahlberg u. Dyregrov 2001	retrospektiv	nein	89	13-17	Schülersuizid	Gruppe	mehrere Tage	2	5 Jahre	Anzahl Nachahmer- Suizide	subjektiver Nutzen, keine Nachahmer	-
Stallard et al. 2006	prospektiv, randomisiert, doppelblind	ja	158	7-18	Verkehrsunfall	einzel	28 Tage	1	8 Monate	CAPS-C ⁶ , CIES ⁷ , BDI ² , R-MAS ³ , SDQ ⁸	keine sign. Gruppen- unterschiede	-

¹ IES: Impact of Event Scale (Horowitz et al. 1979)² BDI: Birlisson Depression Inventory (Birlisson 1981)³ R-MAS: Revised Manifest Anxiety Scale (Reynolds u. Richmond 1978)⁴ Kiddie-SADS-L (Klein unpublished)⁵ STAI-C: State-Trait Anxiety Inventory for Children (Spielberger 1973)⁶ CAPS-C: Clinician Administered PTSD Scale for Children (Nader et al. 1994)⁷ CIES: Childrens Impact of Event Scale (Smith et al. 2003)⁸ SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman 1997)

Die in Tabelle 3 aufgeführten Arbeiten lassen sich aufgrund ihres methodischen Designs in drei Gruppen ordnen: Einzelfallberichte, unkontrollierte und kontrollierte Studien. Anhand dieser Unterteilung werden im Folgenden die empirischen Arbeiten dargelegt.

Die frühen Debriefing-Studien lassen keine Beurteilung allfälliger Effekte des CISD zu, da es sich entweder um Einzelfallberichte handelt (Pynoos u. Eth 1986), oder weil die Interventionseffekte nicht systematisch ausgewertet wurden (Klingman 1987).

Studien ohne Kontrollgruppe versuchen anhand von Symptomverläufen Hinweise für Interventionseffekte zu erhalten. So führten Yule und Udwin (1991) mit 24 Mädchen im Alter zwischen 14 und 16 Jahren zehn Tage nach einem Schiffsunfall ein Screening bezüglich der psychologischen Befindlichkeit und eine dem CISD ähnliche Intervention durch. Die betroffenen Jugendlichen hatten die Möglichkeit, anschließend weitere Gruppensitzungen zu besuchen. Fünf Monate nach der Intervention zeigte sich keine Reduktion der posttraumatischen Belastungssymptomatik. Jedoch gelang es den Autoren mittels des initialen diagnostischen Screenings (Impact of Event Scale; Horowitz et al. 1979) jene Kinder zu identifizieren, die fünf Monate später an posttraumatischen Belastungssymptomen litten. Auch Casswell (1997) und Vila et al. (1999) ziehen aus ihren Studien den Schluss, dass bereits kurze Zeit nach einem traumatischen Ereignis Kinder mit einem erhöhten PTBS-Risiko identifiziert werden sollen. Allerdings wurde in beiden Untersuchungen keine Baseline-Erhebung durchgeführt, womit keine Bewertung der späteren Symptombelastung vorgenommen werden konnte. Casswell (1997) beschrieb CISD-Interventionen, die bei 46 Überlebenden eines Schulbusunfalls durchgeführt worden waren. Die 11- bis 18-Jährigen nahmen freiwillig an zwei Sitzungen teil, welche zwei und acht Wochen nach dem Unglück angeboten wurden. Von den 34 Kindern und Jugendlichen, die nachuntersucht werden konnten, zeigten sechs (17.6 %) signifikant erhöhte Werte posttraumatischer Symptome. Ebenfalls zwei Debriefing-Sitzungen führten Vila et al. (1999) bei 26 Kindern im Alter von sechs bis neun Jahren durch, welche in einer Schule als Geiseln festgehalten worden waren. Dabei wurde mit Eltern und Kindern in separaten Gruppen am Tag nach der Geiselnahme und sechs Wochen später je eine CISD-Sitzung durchgeführt. Trotz der Intervention entwickelte die Hälfte der Kinder eine posttraumatische Störung. Immerhin konnten Vila et al. (1999) feststellen, dass die Kinder, die eine Intervention erhielten, im Vergleich zu zwei Kindern ohne Intervention signifikant tiefere Werte in der Impact of Event Scale (Horowitz et al. 1979) hatten. Poijula et al. (2001) führten an drei finnischen Schulen nach Schülersuiziden eine zweiteilige Intervention ebenfalls im Gruppensetting durch. Zunächst gab es ein formloses Gespräch mit den Schülern, in dem sie ermuntert wurden, über das Erlebte zu sprechen sowie sich gegenseitig zu unterstützen. In den darauf folgenden Tagen wurde ein CISD durchgeführt. Auch von diesen Autoren konnte keine Angaben zur Wirksamkeit der Interventionen im Hinblick auf eine Minimierung posttraumatischer Belastungssymptome gemacht werden. Jedoch zeigten sie auf, dass das Nachahmerisiko für weitere Suizide in den folgenden fünf Jahren an den untersuchten Schulen reduziert werden konnte.

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, dass kontrollierte Studien für die Beurteilung einer Intervention nötig sind. Yule (1992) verglich die oben beschriebenen 24 Mädchen des Schiffsunglücks in einer Folgestudie mit 15 weiteren Überlebenden, die innerhalb des ersten Jahres keinerlei Interventionen erhalten hatten. Es konnten in der ersten Gruppe signifikant weniger Belastungssymptome festgestellt werden als in der zweiten. Die positiven Effekte konnten aufgrund des methodischen Studiendesigns jedoch nicht eindeutig dem durchgeführten CISD oder den weiteren Gruppensitzungen zugeordnet werden, da beispielsweise unklar bleibt, wie die Kontrollgruppe retrospektiv rekrutiert wurde und ob die initiale Symptombelastung der beiden Gruppen gleich groß war.

Zur einwandfreien Wirksamkeitsüberprüfung des CISD im Kindesalter müssen prospektive, randomisierte Kontrollstudien eingesetzt werden. Zum aktuellen Zeitpunkt erfüllt lediglich die Studie von Stallard et al. (2006) diesen methodischen Standard. Die Autoren teilten 158 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen sieben und 18 Jahren nach dem Zufallsprinzip in eine Kontroll- oder Interventionsgruppe ein. Die Teilnehmenden hatten einen Verkehrsunfall als Fußgänger, Autopassagiere, Fahrrad- oder Motorradfahrer erlebt. Durchschnittlich vier Wochen nach dem Unfall wurde bei beiden Gruppen im persönlichen Interview eine Baseline-Erhebung durchgeführt. Erfasst wurden PTBS-Symptome und Anpassungsstörungen im Bereich Depression und Angst. Bei den Kindern der Interventionsgruppe folgte daran anschließend im Einzelsetting ein strukturierter Debriefing-Prozess mit einer detaillierten Unfallrekonstruktion und einer Identifizierung von Kognitionen und emotionalen Reaktionen. Im abschließenden psychoedukativen Teil der Intervention wurden das Auftreten von Traumasymptomen als normale Reaktion auf ein außergewöhnliches Ereignis erklärt, Bewältigungsstrategien vermittelt sowie eine Informationsschrift abgegeben. In der Follow-up-Untersuchung acht Monate nach dem Verkehrsunfall zeigten die Kinder beider Gruppen Verbesserungen in nahezu allen Anpassungsdimensionen. So erfüllten einen Monat nach dem Unfall 29 % der verunfallten Kinder die diagnostischen Kriterien einer PTBS, während dies sieben Monate später noch 13 % waren. Zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe konnten allerdings keinerlei signifikante Unterschiede bezüglich PTBS, Angst und Depression festgestellt werden, so dass die Intervention in der beschriebenen Form als nicht effektiv bewertet werden musste. Die Autoren geben zu bedenken, dass eventuell vorhandene Effekte acht Monate nach dem Unfall nicht mehr nachgewiesen werden konnten und empfehlen deshalb mehrere Messungen in kürzeren Zeitabständen nach der Intervention. Zudem werfen die Autoren die Frage auf, ob nicht bereits eine strukturierte Baseline-Erhebung therapeutisch gewirkt haben könnte, und zwar im Sinne einer Validierung und Normalisierung vorhandener Symptome. Da sich bei allen Kindern die Anpassungswerte innerhalb des Untersuchungszeitraums in vergleichbarer Weise verbessert hatten, konnten die Autoren zumindest festhalten, dass sich die frühe CISD-Intervention nicht nachteilig ausgewirkt hatte, so wie sich das bei einer Studie mit Erwachsenen nach Verkehrsunfällen gezeigt hatte (Mayou et al. 2000).

Kognitiv-behaviorale Interventionsansätze: Neuere Ansätze verwenden bei Erwachsenen und Kindern traumabezogene, kognitiv-behaviorale Interventionselemente, wie sie aus der Psychotherapie der PTBS bekannt sind, auch im notfallpsychologischen Kontext (Ehlers u. Clark 2003). In einem ersten Schritt werden mit Hilfe eines diagnostischen Screenings traumatisierte Patienten mit einem erhöhten PTBS-Risiko identifiziert. Anschließend kommen in wenigen Sitzungen folgende Techniken zur Anwendung:

- Psychoedukation zu den möglichen psychologischen Auswirkungen eines Traumas,
- Stress- und Angstmanagement,
- Trauma-Exposition,
- Abbau von Vermeidungsverhalten,
- Kognitives Umstrukturieren,
- Entspannungstechniken.

Obwohl angenommen wird, dass der Einsatz traumabezogener, kognitiv-behavioraler Techniken in der Akutphase vielversprechende Effekte erzielen kann, liegen zum heutigen Zeitpunkt keine Studien vor, die sich mit der entsprechenden Fragestellung bei Kindern befassen (Cohen 2003). Im Erwachsenenbereich lieferte bisher die Forschungsgruppe um Bryant die aussagekräftigsten Belege dafür, dass einige wenige kognitiv-behaviorale Therapiesitzungen (teilweise kombiniert mit hypnotherapeutischen Elementen) bei Personen mit einer akuten Stresssymptomatik nach einem körperlichen Angriff oder einem Verkehrsunfall sowohl kurzfristig (Bryant et al. 2005) als auch Jahre später (Bryant et al. 2006) signifikant besser wirken als ein rein supportives Beratungsangebot.

Weitere notfallpsychologische und -psychiatrische Verfahren: EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist eine traumabearbeitende, klientenzentrierte Psychotherapiemethode, die Elemente kognitiv-behavioraler und psychodynamischer Behandlungsansätze beinhaltet (Shapiro 1998). Dieses Verfahren wird in jüngster Zeit auch im notfallpsychologischen Kontext eingesetzt (Watson et al. 2002), und für die Anwendung mit Erwachsenen sind bereits entsprechende Behandlungsprotokolle ausgearbeitet (Hofmann u. Solomon 2006). Für den frühen Einsatz bei Kindern fehlen bisher sowohl genauere Durchführungshinweise als auch kontrollierte Effektivitätsstudien, weshalb diese Technik an dieser Stelle nicht vertieft betrachtet wird.

Psychopharmaka – hauptsächlich Tranquilizer und Antidepressiva – werden in der Behandlung von traumatisierten Kindern häufig eingesetzt, entweder als alleinige Therapieform oder in Kombination mit psychosozialen Interventionen (Cohen et al. 2001). Da sich der vorliegende Artikel explizit mit psychologischen Notfallinterventionen beschäftigt, wird hier nicht weiter auf Medikamente eingegangen.

4 Diskussion und Ausblick

4.1 Zusammenfassung der Forschungslage

Die inhaltliche Befundlage zu den Auswirkungen von Interventionen bei Kindern nach Notfällen ist zum heutigen Zeitpunkt wenig aussagekräftig und aufgrund methodischer Einschränkungen der meisten durchgeführten Studien nicht eindeutig zu interpretieren. Klar ist, dass traumatisierte Kinder im Rahmen von akuten Interventionen von sofortiger, sozialer Unterstützung profitieren können. Es existieren aber bisher keine Richtlinien zu akuten Interventionsmöglichkeiten im Kindesalter. Im Bereich der frühen Interventionen konnte bisher der Nachweis, dass das CISD eine evidenzbasiert wirksame, notfallpsychologische Intervention im Kindesalter ist, nicht erbracht werden. Gleichzeitig ist allerdings auch festzuhalten, dass es bisher keine Hinweise auf negative Effekte des CISD gibt, wie dies für das Erwachsenenalter der Fall ist. Zu kognitiv-behavioralen Interventionsmöglichkeiten und EMDR innerhalb der ersten vier Wochen nach einem Trauma existieren noch keine empirischen Arbeiten.

4.2 Konsequenzen für die Forschung

Insgesamt gesehen, lässt sich ein ausgeprägtes Defizit bezüglich methodisch fundierter Effektivitätsstudien feststellen, die in der ersten Phase nach einem Trauma bei Kindern ansetzen. Insbesondere zeigen sich bei den durchgeführten Studien folgende methodische Mängel:

Kontrollgruppe: Zahlreiche Evaluationsstudien zu akuten und frühen Interventionen bei Kindern verfügen nicht über eine Kontrollgruppe. Anhand des Symptomverlaufs wird die jeweilige Intervention bewertet, wonach diese dann als effektiv angesehen wird, wenn sich die posttraumatische Belastungssymptomatik beispielsweise nach sechs Monaten verbessert hat. Dieser Schluss ist nicht zulässig, da ohne Kontrollgruppe nicht festgestellt werden kann, ob die beobachtete Verbesserung auch ohne Intervention zustande gekommen wäre. Beispielsweise zeigte die Studie von Stallard et al. (2006), dass sich die posttraumatische Symptomatik auch in der Kontrollgruppe zurückbildete.

Stichprobengröße: Fallverläufe und explorative Studien mit kleinen Stichprobengrößen können wertvolle Hinweise liefern. Um jedoch die Effektivität von notfallpsychologischen Interventionsstrategien statistisch aussagekräftig zu untersuchen, sind die Stichproben der meisten bisher durchgeführten Studien mit Kindern zu klein und lassen so auch keine Prüfung von Untergruppen, zum Beispiel nach Alter oder Geschlecht, zu.

Follow-up-Zeitpunkte: Alle bisherigen Evaluationsstudien bei Kindern nach einer akuten oder frühen Intervention beschränken sich auf eine einzige Follow-up-Messung, die meist mehrere Monate nach einer Intervention stattfindet. Dieses Studiendesign lässt keine Beurteilung des Symptomverlaufs zu.

Zusammenhang zwischen Intervention und psychischem Befinden: Einige Studien beziehen betroffene Kinder in verschiedene Interventionen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ein (beispielsweise psychologisches Debriefing im Einzelsetting und

anschließende Gruppensitzungen). Auch wenn – wie bei Yule (1992) – im Kontrollgruppenvergleich positive Auswirkungen beobachtet werden können, bleibt unklar, welche Interventionselemente zu welchen Zeitpunkten nützlich sind.

Vergleichbarkeit der Interventionen: Einige der bisher untersuchten notfallpsychologischen Interventionen sind in ihrer Konzeption und Durchführung ungenügend dokumentiert. Zudem wird ein und dasselbe Verfahren einmalig oder wiederholt, im Einzel- oder Gruppensetting sowie im Beisein der Eltern oder ohne Eltern durchgeführt. Dieser heterogene Einsatz erschwert die Vergleichbarkeit einzelner Interventionsstudien. Zudem werden in den vorhandenen Studien bei Kindern mehrere der genannten Faktoren kombiniert, so dass aus heutiger Sicht unklar bleibt, welche Einzelfaktoren sich günstig auf Interventionseffekte auswirken.

Aus den erwähnten Punkten ergeben sich eine Reihe von Implikationen für die Forschung. Die methodischen Ansprüche an künftige Evaluationsstudien sollten sich an dem Standard der randomisierten Kontrollstudie orientieren. Die Stichprobengrößen sollten Subgruppenvergleiche ermöglichen. Zudem empfiehlt es sich, die Outcomevariablen zu mehreren Follow-up-Zeitpunkten zu erheben, damit kurz- und langfristige Folgen analysiert werden können. Um die Vergleichbarkeit einzelner Studien zu verbessern, sind manualisierte Interventionen nötig, die allerdings nach Traumaart, situativen Umständen und nach Entwicklungsalter der betroffenen Kinder differenziert werden müssen.

Es ist eine Realität, dass sich inhaltliche Fragestellungen für künftige Evaluationsstudien bei Kindern an den vorliegenden Forschungsbefunden bei Erwachsenen orientieren. Die umfangreichere Erwachsenenforschung kann zwar wichtige Hinweise in der Hypothesengenerierung für Studien mit Kindern liefern. Allerdings dürfen Ergebnisse aus dem Erwachsenenbereich nicht ohne weiteres für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen übernommen werden. Wirksame Interventionen bei Erwachsenen müssen an die kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklungsstufen der Kinder angepasst und dann evaluiert werden. Ein zweiter, vielleicht fruchtbarer Weg in der Entwicklung und Evaluation von kindspezifischen Interventionsansätzen orientiert sich nicht an Befunden bei Erwachsenen, sondern soll sich spezifisch mit Kindern beschäftigen. Dazu besteht die Notwendigkeit der weiteren Grundlagenforschung zur Traumabewältigung bei Kindern. Beispielsweise könnten Erkenntnisse aus der Bindungs- oder Copingforschung in notfallpsychologische Interventionsstrategien im Kindesalter einfließen.

Insbesondere im Bereich der akuten Interventionen bedarf es einer vermehrten Forschungstätigkeit, um gesicherte Ergebnisse erlangen zu können. Im Bereich der frühen Interventionen empfiehlt sich eine intensivere Erforschung traumabezogener, kognitiv-behavioraler Interventionen. Wie bei Ehlers und Clark (2003) im Erwachsenenbereich beschrieben, würde es dabei auch bei Kindern Sinn machen, kurz nach einem Trauma, mit Hilfe eines Screeningverfahrens, besonders belastete Individuen zu identifizieren, ihnen einige traumabezogene Interventionssitzungen anzubieten und im Kontrollgruppenvergleich deren Effektivität zu verschiedenen Zeitpunkten zu ermitteln. Eine systematische Früherkennung und frühe Interventionen bei Kindern mit einem erhöhten PTBS-Risiko ist wohl vom heutigen Standpunkt aus gesehen am vielversprechendsten für die klinische Praxis.

4.3 Konsequenzen für die Praxis

Wie aus den bisherigen Ausführungen verständlich wird, können Implikationen für die Praxis zum heutigen Zeitpunkt kaum wissenschaftlich abgestützt werden. Erfahrungen aus der Praxis zeigen aber, dass bei notfallpsychologischen Interventionen zumindest die folgenden Aspekte berücksichtigt werden müssen (Landolt 2004; Stallard u. Salter 2003).

Entwicklungspsychologische Besonderheiten: Es sollte darauf geachtet werden, dass notfallpsychologische Interventionen dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst sind. Bei jüngeren Kindern sind insbesondere Interventionen problematisch, die sich mit traumabezogenen Kognitionen und Emotionen befassen, da sich Kinder unter elf Jahren eher mit den konkreten Tatsachen und dem beobachtbaren Verhalten beschäftigen. Kinder unter sieben Jahren äußern oft magische Vorstellungen und können das Gefühl haben, am Ereignis schuld zu sein. Aus entwicklungspsychologischer Sicht stellt sich die Frage, wie ein traumatisches Ereignis adäquat mit jüngeren Kindern rekonstruiert werden kann. In diesem Zusammenhang empfiehlt sich insbesondere der Einsatz von non-verbalem Material. Gross und Hayne (1998) konnten zeigen, dass jüngere Kinder präzisere verbale Berichte von traumatischen Ereignissen gaben, wenn sie während des Gesprächs ein Bild des Ereignisses zeichneten. Auch Puppen und Spielzeug können es jüngeren Kindern erleichtern, eine genaue Rekonstruktion des traumatischen Ereignisses vorzunehmen.

Interventionszeitpunkt: Zur Frage nach dem idealen Zeitpunkt einer notfallpsychologischen Intervention gibt es bis heute keine eindeutigen empirischen Hinweise (Stallard u. Salter 2003). Chemtob (2000) fordert, dass eine notfallpsychologische Intervention erst dann durchgeführt werden sollte, wenn das traumatisierte Individuum den initialen Schock überwunden hat. In der akuten Phase ist für die Sicherheitsvermittlung und Stabilisierung die Anwesenheit der engsten Bezugspersonen besonders wichtig. Yule (1994) weist darauf hin, dass Kinder in den ersten Tagen zu benommen sein könnten, um beispielsweise von einem psychologischen Debriefing zu profitieren und schlägt deshalb vor, dieses erst sieben bis vierzehn Tage nach dem traumatischen Ereignis durchzuführen. Aufgrund praktischer Erfahrung der Autoren kann empfohlen werden, bei akuten Interventionen vermehrt Wert auf Sicherheitsvermittlung und soziale Unterstützung zu legen. Tage und Wochen später sollen im Rahmen von frühen Interventionen kognitive Inhalte mit konkreten Hilfsmitteln thematisiert werden.

Einbezug der Eltern: Zum Nutzen des Einbezugs der Eltern in notfallpsychologische Interventionen liegen zum heutigen Zeitpunkt keine Studien vor. Es wird argumentiert, dass sich das Kind im Beisein der Eltern gehemmt fühlen könnte, über das Trauma zu sprechen. Zudem besteht die Gefahr, dass ein Kind beim Anblick allfälliger elterlicher Belastungsreaktionen zusätzlich verängstigt werden könnte. Allerdings gibt es auch, insbesondere bei jüngeren Kindern, wichtige Gründe, die Eltern vermehrt mit einzubeziehen, da ihnen unbestrittenermaßen eine zentrale Rolle in der kindlichen Traumabewältigung und der Vermittlung von Sicherheit zukommt. Auch können Eltern wichtige Unterstützung in der Traumabewältigung bieten, indem sie ein offenes Gesprächsklima fördern, sich am verarbeitenden Spiel

des Kindes beteiligen und eine haltgebende Tagesstruktur aufrecht erhalten. Damit Eltern genügend Sicherheit ausstrahlen können, kann allenfalls bereits in der frühen Phase nach einem Trauma eine notfallpsychologische Elternberatung nötig und hilfreich sein.

Zahlreiche Fragen sind also zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch offen. Aufgrund der großen Anzahl traumatisierter Kinder und Jugendlicher ist es von zentraler Bedeutung, dass in absehbarer Zukunft die Frage geklärt werden kann, welche notfallpsychologischen Maßnahmen zu welchem Zeitpunkt bei welchen Kindern wirksam eingesetzt werden können. Wirksame sekundär präventive Interventionen könnten lange Leidensgeschichten betroffener Kinder verkürzen. Nicht zuletzt wären entsprechende akute und frühe Interventionen um ein Vielfaches kostengünstiger als langfristige Therapien, die Monate oder Jahre nach einem traumatischen Ereignis einsetzen. Am vielversprechendsten erscheint aus heutiger Sicht die Möglichkeit, mit einem diagnostischen Screening kurz nach einem Trauma stark belastete Kinder zu identifizieren und ihnen in einigen traumabezogenen, kognitiv-behavioralen Interventionssitzungen zu helfen. Dabei sollen insbesondere die akuten Stresssymptome normalisiert, eine kognitive Einordnung des Geschehenen gefördert und vorhandene Ressourcen aktiviert werden. Ein solches Setting ermöglicht es auch, die Eltern in den Verarbeitungsprozess zu integrieren. Dabei könnte beispielsweise die psychologische Fachperson die Eltern modellhaft zu einem offenen Umgang mit dem erlebten Trauma anregen.

Literatur

- Aaron, J.; Zaglul, H.; Emery, R. E. (1999): Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology* 24: 335–343.
- Birleson, P. (1981): The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 22: 73–88.
- Bryant, R. A.; Moulds, M. L.; Guthrie, R. M.; Nixon, R. D. V. (2005): The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73 (2): 334–340.
- Bryant, R. A.; Moulds, M. L.; Nixon, R. D. V.; Mastrodomenico, J.; Felmingham, K.; Hopwood, S. (2006): Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy* 44 (9): 1331–1335.
- Casswell, G. (1997): Learning from the aftermath: The response of mental health workers to a school bus crash. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2: 517–523.
- Chemtob, C. M. (2000): Delayed debriefing after a disaster. In: Raphael, B.; Wilson, J. P. (Hg.): *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 227–240.
- Cohen, J. A. (2003): Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry* 53: 827–833.
- Cohen, J. A.; Mannarino, A. P.; Rogal, S. (2001): Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect* 25: 123–135.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD 10, Kapitel V (F). Bern: Huber.
- Dyregrov, A. (1991): *Grief in children: A handbook for adults*. London: Jessica Kingsley.
- Ehlers, A.; Clark, D. M. (2003): Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry* 3: 817–826.

- Essau, C. A.; Conradt, J.; Petermann, F. (1999): Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 27: 37–45.
- Goodman, R. (1997): The Strength and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38: 581–586.
- Gross, J.; Hayne, H. (1998): Drawing facilitates children's verbal reports of emotionally laden events. *Journal of Experimental Psychology, Applied* 4: 163–174.
- Hausmann, C. (2003): *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung*. Wien: Facultas.
- Hofmann, A.; Solomin, R. (2006): EMDR in der Behandlung akut Traumatisierter. In: Hofmann, A. (Hg.): *EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme, S. 99–106.
- Holbrook, T. L.; Hoyt, D. B.; Coimbra, R.; Potenza, B.; Sise, M.; Anderson, J. P. (2005): High rates of acute stress disorder impact quality-of-life outcomes in injured adolescents: Mechanism and gender predict acute stress disorder risk. *The Journal of Trauma* 59: 1126–1130.
- Horowitz, M.; Wilner, N.; Alvarez, W. (1979): Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 41: 209–218.
- Kassam-Adams, N.; Winston, F. K. (2004): Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43: 403–411.
- Keppel-Benson, J. M.; Olledick, T. H.; Benson, M. J. (2002): Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43: 203–212.
- Klein, R. (o. J.): *Kiddie-SADS-L*. New York State Psychiatric Institute. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Klingman, A. (1987): A school-based emergency crisis intervention in a mass school disaster. *Professional Psychology: Research and Practice* 18: 604–612.
- Landolt, M. A. (2004): *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Lasogga, F.; Gasch, B. (2004): *Notfallpsychologie*. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Mayou, R. A.; Ehlers, A.; Hobbs, M. (2000): Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 176: 589–593.
- Metzler, P.; Krause, B. (1997): Methodischer Standard bei Studien zur Therapieevaluation. *Methods of Psychological Research* 2: 55–67.
- Mitchell, J. T.; Everly, G. S. (1993): *Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of trauma among emergency service and disaster workers*. Baltimore: Chevron Publishing.
- Mitchell, J. T.; Everly, G. S. (1998): *Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen*. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Nachtigall, C.; Mitte, K.; Steil, R. (2003): Zur Vorbeugung posttraumatischer Symptomatik nach einer Traumatisierung: Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit kurzfristiger Interventionen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 35 (2): 273–281.
- Nader, K. O.; Kriegler, J. A.; Blake, D. D.; Pynoos R. S. (1994): *Clinician Administered PTSD Scale for Children (CAPS-C)*. Boston: National Center for PTSD.
- National Center for Child Traumatic Stress (2005): *Psychological First Aid: Field Operations Guide*. National Center for PTSD.
- 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.
- Pojjula, S.; Wahlberg, K. E.; Dyregrov, A. (2001): Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. *Journal of Emergency Mental Health* 3: 163–168.
- Pynoos, R. S.; Eth, S. (1986): Witness to violence: The child interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 25: 306–319.
- Reynolds, C. R.; Richmond, B. O. (1978): What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology* 6: 271–288.
- Rose, S.; Bisson, J.; Wessely, S. (2005): *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)*, Cochrane Review. Oxford: Update Software.

- Salmon, K.; Bryant, R. (2002): Posttraumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review* 22: 163–188.
- Sass, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M.; Houben, I. (2003): Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Saxe, G.; Stoddard, F.; Chawla, N.; Lopez, C. G.; Hall, E.; Sheridan, R.; King, D.; King, L. (2005): Risk factors for acute stress disorder in children with burns. *Journal of Trauma and Dissociation* 6 (2): 37–49.
- Shapiro, F. (1998): EMDR, Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Smith, P.; Perrin, S.; Dyregrov, A.; Yule, W. (2003): Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality and Individual Differences* 34: 315–322.
- Spielberger, C. D. (1973): Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C). Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- Stallard, P.; Salter, E. (2003): Psychological debriefing with children and young people following traumatic events. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 8: 445–457.
- Stallard, P.; Velleman, R.; Baldwin, S. (2001): Recovery from post-traumatic stress disorder in children following road traffic accidents: The role of talking and feeling understood. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 11: 37–41.
- Stallard, P.; Velleman, R.; Salter, E.; Howse, I.; Yule, W.; Taylor, G. (2006): A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47 (2): 127–134.
- Stoddard, F. J.; Saxe, G.; Ronfeldt, H.; Drake, J. E.; Burns, J.; Edgren C.; Sheridan, R. (2006): Acute stress symptoms in young children with burns. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45 (1): 87–93.
- Vila, G.; Porche, L. M.; Mouren-Simeoni, M. C. (1999): An 18 month longitudinal study of post-traumatic disorders in children who were taken hostage in their school. *Psychosomatic Medicine* 61: 746–754.
- Watson, P. J.; Friedman, M. J.; Ruzek, J. I.; Norris, F. (2002): Managing acute stress response to major trauma. *Current Psychiatry Reports* 4 (4): 247–253.
- Yule, W. (1992): Posttraumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: The sinking of the „Jupiter“. *Psychotherapy and Psychosomatics* 57: 200–205.
- Yule, W. (1994): Posttraumatic stress disorder. In Rutter, M.; Taylor, E.; Hersov, L. (Hg.): *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (3. Ausg.). Oxford: Blackwell Scientific Publications, S. 392–406.
- Yule, W. (1999): *Posttraumatic stress disorder: Concepts and Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- 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.
- Zehnder, D.; Landolt, M. A. (2006): Die Prävalenz der akuten Belastungsstörung bei Kindern nach Strassenverkehrsunfällen. 8. Jahrestagung der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie. Hannover, S. 33.

Korrespondenzadresse: lic. phil. Daniel Zehnder, Universitäts-Kinderklinik Zürich, Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie, Steinwiesstrasse 75, CH-8032 Zürich;
E-Mail: daniel.zehnder@kispi.unizh.ch