



Psychische Folgen von Unfällen bei Kindern (bis 14) und deren Eltern

Psychische Folgen von Unfällen bei Kindern (bis 14) und deren Eltern

Autorin

Dr. Verena Wolf

07/2017

Auftraggeber

KFV (Kuratorium für Verkehrssicherheit)
Schleiergasse 18
1100 Wien

Autorin

Dr. Verena Wolf

Klinische und Gesundheitspsychologin | Notfallpsychologin

Die **Fallbeispiele** stammen aus meiner Praxistätigkeit sowie jener meines Kollegen Dr. Rudolf F. Morawetz im Zuge von Einsätzen für den Notfallpsychologischen Dienst Österreich NDÖ.

Der Notfallpsychologische Dienst Österreich NDÖ bietet in Österreich flächendeckend eine hochspezialisierte, professionelle Beratung und Behandlung für Eltern, Kinder und Angehörige an. Diese Interventionen sind speziell auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Betroffenen abgestimmt und zielen auf eine Hilfe zur Selbsthilfe ab. Dabei unterscheidet sich diese notfallpsychologische Unterstützung wesentlich von den Maßnahmen ehrenamtlich tätiger Kriseninterventionsteams oder anderer psychosozialer Hilfseinrichtungen. Eine profunde Differentialdiagnostik hilft, vorbestehende von akuten Problemen zu unterscheiden, um für das individuell betroffene Kind und dessen Angehörige eine maßgeschneiderte Intervention anbieten zu können. Notfallpsychologische Unterstützung kann in der Akutphase ebenso stattfinden wie in der Folgezeit. Gerade im Zusammenhang mit Kindern ist es von Vorteil, wenn kein Wechsel der Betreuungspersonen zwischen Akutphase und Nachbetreuung notwendig ist. Im Sinne der Betroffenen, der Kostenträger sowie der Professionalität der Arbeit wird dabei immer auf Zeit- und Kosteneffizienz geachtet.

Nähere Informationen zum NDÖ finden sich unter www.notfallpsychologie.at

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	5
2. Die Rolle des Kindes und dessen Eltern im Unfallgeschehen	6
3. Potentielle psychologische Belastungsfaktoren	7
3.1. Belastungsfaktoren des Unfallgeschehens selbst	7
3.2. Schmerzen als Belastungsfaktor	8
3.3. Der Krankenhausaufenthalt als Belastungsfaktor	10
3.4. Längerfristige Nachbehandlung und Rehabilitation	12
3.5. Bleibende körperliche Folgen und Auffälligkeiten	13
4. (Potentielle) Psychische Folgen bzw. Folgestörungen bei Eltern und Kind	15
4.1. Schuldgefühle	15
4.1.1. Schuldgefühle beim Kind	15
4.1.2. Schuldgefühle bei den Eltern	17
4.2. Symptome und Störungen als Traumafolgen	17
4.3. Belastungsfolgen bei Eltern	24
4.4. Schwierigkeiten im sozialen Bereich	25
4.5. Familiendynamische Veränderungen	28
4.6. Eingeschränkte Lebensqualität	30
5. Coping und Resilienz	33
6. Die Einschätzung von Betroffenheit bei Kindern nach Unfällen	35
7. Zusammenfassung	37

1. Abstract

Im Zuge von Unfällen sind sowohl Kinder als auch deren Eltern vielfältigen möglichen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Diese können direkt an der Unfallstelle sein oder sich in der Folgezeit ergeben. Je nach Ausmaß der subjektiven Belastung kann die Verarbeitung des Erlebten für Betroffene sehr fordernd sein und sowohl bei den Kindern als auch deren Eltern zu mittel- und langfristigen psychischen und körperlichen Problemen führen. Dabei zeigt sich, dass neben anderen Faktoren auch elterliches Wohlbefinden und Verhalten Einfluss auf die kindliche Traumaverarbeitung haben.

2. Die Rolle des Kindes und dessen Eltern im Unfallgeschehen

In den vergangenen Jahrzehnten hat das Wissen um kindliche und elterliche Reaktionen als Folge von Unfällen stark zugenommen. Zahlreiche Studien beschreiben kurz- und langfristige Symptome. In der Praxis ist jedoch zu beobachten, dass die psychische Belastung von Kindern und deren Eltern teilweise immer noch unterschätzt, heruntergespielt und wenig beachtet wird. Dabei zeigt sich, dass auch kleinere, „alltägliche“ Unfälle, für Betroffene belastend sind und psychische Folgen haben können (Di Gallo, Barton & Parry-Jones 1997; Schäfer et al., 2006).

Da durch einen Unfall nicht nur das verunfallte Kind belastet ist, sondern auch dessen Eltern und möglicherweise Augenzeuginnen und Augenzeugen zu Belasteten werden können, ist eine Unterscheidung von „Involviertheit“ und „Betroffenheit“ sinnvoll (Wolf, 2006).

Involvierte Personen sind all jene, die direkt am Unfallort sind und deshalb sensorische Eindrücke, wie Bilder, Geräusche, Gerüche wahrnehmen, die später belastend sein können. So gehört das Kind als Unfallopfer selbst ebenso zu dieser Gruppe wie dessen Eltern, wenn diese vor Ort waren, egal ob sie ebenfalls Unfallopfer oder Augenzeugen sind. Ebenfalls zu dieser Gruppe zählen Augenzeuginnen und Augenzeugen. Diese können Freunde und Bekannte sein, aber auch neutrale Personen. Ein Teil dieser involvierten Personen wird durch das Ereignis belastet. Diese gelten als involviert und betroffen. So zeigen Untersuchungen an Kindern beispielsweise, dass nicht nur Unfallopfer, sondern auch Augenzeuginnen und Augenzeugen schwere Stressreaktionen zeigen können (Pynoos & Nader 1988; Stein & Eisen, 1996).

Eltern, deren Kinder einen Unfall hatten, die jedoch nicht selbst am Ort des Geschehens waren, sind zwar nicht involviert, aber in der Regel dennoch betroffen. Auch wenn sie keine direkten Folgen des Unfalles an sich verspüren, keine wiederkehrenden Bilder, Geräusche, Gerüche haben und auch nicht verletzt sind, können sie vielfältig belastet sein, wie beispielsweise durch Sorgen um das Kind, eigene Schuldgefühle und weitere Folgen des Unfalles.

3. Potentielle psychologische Belastungsfaktoren

3.1. Belastungsfaktoren des Unfallgeschehens selbst

Eine Person, die einen Unfall erlebt, ist in der Akutsituation einer Vielzahl von Belastungsfaktoren ausgesetzt. Hierzu zählen Kontrollverlust, Orientierungslosigkeit, eine veränderte Wahrnehmung, Schmerzen, die Neuheit der Situation, die Erfahrung der eigenen Verwundbarkeit, der abrupte Stopp des Alltags, ungewohnte Körperempfindungen, Informationsdefizite sowie Zuschauerinnen und Zuschauer.

Das Gefühl der Hilflosigkeit und der fehlenden Kontrolle über sich selbst und/oder die Situation kann im Zuge eines Unfallereignisses mehrere Ursachen haben. Hilflos kann sich ein verletztes Kind fühlen, das nicht einfach aufstehen und weglaufen kann, sondern andere Menschen an seinem Körper arbeiten lassen muss. Ebenso hilflos können sich Augenzeuginnen und Augenzeugen fühlen, die nichts zur Besserung der Situation beitragen können.

So berichtet ein 9-jähriger Bub, dessen Freund bei einem gemeinsamen, abendlichen Rodelunfall sehr schwer verletzt wurde, über seine Situation am Unfallort, während die Rettungskräfte sich um den Verunfallten kümmerten: Das Unerträglichste war, nichts tun zu können. Es sei für ihn eine spürbare Erleichterung gewesen, als einer der Helfer ihm eine Taschenlampe in die Hand drückte und ihn bat, für Licht zu sorgen. So hatte er eine konkrete Aufgabe und das Gefühl, etwas Sinnvolles beitragen zu können.

Hilflosigkeit entsteht aber auch dadurch, dass sich Unfälle meist plötzlich und ohne Vorwarnung ereignen. Es tritt ein abrupter Stopp des Alltags ein, Geplantes kann nicht mehr erledigt werden. Dadurch, dass das Unfallgeschehen in der Regel für die Beteiligten eine neue Erfahrung ist, ist das Wissen um adäquate Handlungsmöglichkeiten mitunter mangelhaft. Dies trifft vor allem für Kinder zu.

Ein nettes Gegenbeispiel hierzu sind zwei 10-jährige Freunde, die nach einem Verkehrsunfall nur leicht verletzt wurden. Ihre erste Reaktion beschrieben sie folgendermaßen: Der eine Bub fragte den anderen, wie viel 2x2 sei. Nach der richtigen Antwort fragte dieser nun wiederum seinen Freund wie der Name seiner Mutter wäre. Als Erklärung für dieses Verhalten berichteten sie, sie hätten einmal in einem Film gesehen, dass man nach Unfällen durch solche Fragen prüfen müsse, ob alles in Ordnung sei.

Das Gefühl der Hilflosigkeit und Überforderung nach einem Unfall kann sogar so weit gehen, dass die Person gänzlich handlungsunfähig wird. Dies gilt für Kinder ebenso wie für Erwachsene.

Beispiele hierfür sind ein Kind, welches nach einem Busunfall wie erstarrt im Bus sitzen blieb, während die anderen den Bus verließen oder eine junge Frau, die wie erstarrt in ihrem Auto saß und nicht einmal fähig war, den Rettungsdienst zu rufen, nachdem ein Motorradfahrer über ihre Motorhaube geschleudert worden war.

Auch die Anwesenheit von Zuschauerinnen und Zuschauern an der Unfallstelle kann das Gefühl der Hilflosigkeit verstärken; vor allem dann, wenn das Kind am Boden liegt und das Geschehen um sich herum aus der Froschperspektive wahrnimmt. Zusätzlich können Zuschauerinnen und Zuschauer aufgrund ihrer eigenen Überforderung aber auch Verhaltensweisen zeigen, welche die Situation des Unfallopfers und anderer Anwesenden zusätzlich belasten.

So berichtet ein 11-jähriges Mädchen, welches mit der Schulklasse einen Ausflug unternommen hatte, dass sie Augenzeugen der Folgen eines Fahrradsturzes eines älteren Mannes wurden. Der Mann sei am Boden gelegen, habe am Kopf geblutet und schwer geatmet bzw. dann ganz zu Atmen aufgehört. Während die Lehrerin gemeinsam mit einem Passanten mit Reanimationsmaßnahmen begann, sei die zweite Begleitperson sehr aufgeregt in Kontakt mit den Kindern geblieben und habe – aus der Sicht des Kindes – „hysterisch“ immer wieder gerufen „Der stirbt, der stirbt!“. Die Kindergruppe wurde in der Folge von der Unfallstelle weggebracht und bald darauf traf die Rettung ein. Aus der Sicht des Mädchens waren im Nachhinein die am meisten belastenden Faktoren die Reaktion der Begleitperson und die Tatsache, keine Information über den Zustand des Verletzten bekommen zu haben.

Gerade für Kinder nach Unfällen ist die Trennung von Bezugspersonen ein schwieriges Thema. Denn das Fehlen der Bezugsperson in einer beängstigenden Situation kann für Kinder sehr belastend sein. Die Anwesenheit bedeutet im Normalfall Erleichterung und Unterstützung. Allerdings gilt zu bedenken, dass, ebenso wie Zuschauerinnen und Zuschauer, auch Bezugspersonen in Akutsituationen aufgrund von Überforderung und Angst mitunter ungünstige Verhaltensweisen zeigen und damit für das Kind zu einem zusätzlichen Belastungsfaktor werden können.

Ebenfalls besonders im Zusammenhang mit Kindern ist der Kontakt mit fremden Personen als Belastungsfaktor in Unfallsituationen zu sehen. Zu fremden Menschen zählen nicht nur Zuschauerinnen und Zuschauer, sondern auch Rettungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter. Dies kann auch deshalb schwierig sein, weil Kindern im Alltag vermittelt wird, aufmerksam im Umgang mit fremden Personen zu sein, Fremden nicht ohne Weiteres zu vertrauen und sich von ihnen nicht ansprechen oder angreifen zu lassen. Wenn Kinder aber verletzt sind, sind sie sozusagen fremden Personen ausgeliefert, müssen sich von ihnen direkt angreifen und gegebenenfalls behandeln lassen. Hinzu kommt, dass die Verwendung von medizinischen Geräten große Angst auslösen kann und manche Kinder glauben lässt, dass sie bald sterben werden (Di Gallo, Barton, Parry-Jones, 1997).

3.2. Schmerzen als Belastungsfaktor

Nicht nur direkt am Unfallort kann ein Kind Schmerzen leiden. Je nach Verletzungsart und -grad können Schmerzen über längere Zeit für das Kind zu einem Belastungsfaktor werden.

Denn auch wenn die moderne Medizin heute viele Möglichkeiten hat, so sind manche Eingriffe und Behandlungen, besonders im plastisch-rekonstruktiven Bereich langwierig und mitunter immer noch mit Schmerzen verbunden. Vor allem jüngere Kinder können sich meist nicht an die

Schmerzen gewöhnen, die durch medizinische und pflegerische Maßnahmen entstehen. Eher ist es sogar so, dass sich bei vielen Kindern im Laufe der Behandlung das Schmerzverhalten und die damit verbundenen Ängste verstärken (Landolt, 2017).

Zu den empfundenen Schmerzen kommt die Angst vor medizinischen Geräten (Di Gallo, Barton, Parry-Jones, 1997) und die Angst, noch mehr Schmerzen erleiden zu müssen, hinzu. Ängste wirken sich wiederum auf Schmerzen negativ aus, denn sie führen zu Anspannung und diese wiederum verstärkt den Schmerz (Morschitzky, 2007). Nicht selten versuchen sich Kinder gegen Behandlungsmaßnahmen zu wehren. Je jünger das Kind ist, desto schwerer nachvollziehbar ist die Notwendigkeit schmerzhafter medizinischer Maßnahmen. Gerade jüngere Kinder werten schmerzhaftes Handeln mitunter als gegen sie gerichtete Aggression. Dadurch werden wiederum Gefühle von Angst und Hilflosigkeit vergrößert (Graf, Schiestl & Landolt, 2011).

Belastend für Eltern ist in diesem Zusammenhang vor allem, das eigene Kind leiden zu sehen und dabei nicht wirklich helfen zu können. Denn auch wenn sie versuchen, die Situation für ihr Kind so weit es ihnen möglich ist zu erleichtern, können sie das Kind dennoch nicht von seinen Schmerzen befreien.

So berichtet die Mutter eines 4-jährigen Mädchens, dass es für sie sehr belastend war, ihr schreiendes und sich wehrendes Kind festhalten zu müssen, damit eine Verbrennungswunde verarztet werden konnte. Einerseits war sie froh, dem Kind nahe sein zu dürfen, andererseits war es für sie aber schrecklich, die Angst des Kindes erleben zu müssen und selbst in der Rolle zu sein, durch das Festhalten des Kindes dessen Angst und Hilflosigkeit zu vergrößern. Zu dieser unangenehmen Situation hinzu kamen Selbstvorwürfe, mitschuldig an der Verletzung des Kindes zu sein und die Sorge, dass das Kind bleibende Narben davontragen werde.

Auch wenn das Berühren von Wunden später nicht mehr schmerzhaft ist, so wird es von vielen Patientinnen und Patienten als unangenehm empfunden. Zur Unterstützung des Heilungsprozesses und bei Rehabilitationsmaßnahmen sind Berührungen jedoch immer wieder notwendig, wie beispielsweise beim Massieren von Narben oder dem Platzieren von Schienen (Rosenberg et al., 2015).

Im Hinblick auf die Gabe von Schmerzmitteln ist zu erwähnen, dass diese zwar einerseits für das Kind ein Segen sind, weil sie vom Schmerz befreien, dass sie andererseits aber eine manchmal erforderliche Schonung des Körpers für eine Heilung als nicht mehr notwendig erscheinen lassen.

Ein 12-jähriges Mädchen hatte in Folge eines Badeunfalls eine Gehirnerschütterung erlitten und nahm Schmerzmittel gegen den Kopfschmerz. Als das Kind von einer Freundin angerufen und gefragt wurde, ob es mit in den Vergnügungspark kommen wolle, führte dies zu einem heftigen Streit mit der Mutter. Es war für die Tochter nicht einzusehen, dass sie sich schonen und zu Hause bleiben müsse, da sie keinen Schmerz und auch sonst keinerlei Einschränkung verspürte.

3.3. Der Krankenhausaufenthalt als Belastungsfaktor

Bei Kindern, die durch Unfälle verletzt wurden, kommen zu den Schmerzen je nach Verletzungsgrad auch kürzere oder längere Krankenhausaufenthalte hinzu. Sowohl für jüngere als auch ältere Kinder und deren Eltern sind diese ein weiterer Belastungsfaktor.

Dabei wirken insbesondere die Trennung von Familie und Freunden und das Fehlen der vertrauten Umgebung negativ. Der unbekannte Ort und der Kontakt mit fremden Menschen, die im Zuge der Behandlung auch Schmerzen zufügen sind, vor allem für jüngere Kinder, angsteinflößend (Landolt, 2017).

So erzählt ein 5-jähriges Mädchen bei einem nur zweitägigen Krankenhausaufenthalt unter Tränen trotz Erklärungen von Mutter und Pflegerinnen zuvor, welche große Angst sie habe, da ihre Mutter wegen des Geschwisterkindes die Klinik für einige Zeit verlassen musste. Das Alleine-Zurückgelassen werden und die Angst und Unsicherheit vor dem, was vielleicht passieren könnte, waren für das Kind schwer erträglich.

Eine Beeinträchtigung sind Krankenhausaufenthalte auch für das Familienleben und für die Reintegration mit Gleichaltrigen (Pynoos, Steinberg & Goenjin, 2000). Zur Sorge um das Kind kommen für Eltern organisatorische Herausforderungen hinzu. In den Alltag müssen nun Besuchszeiten und andere organisatorische Maßnahmen integriert werden. Unter diesem vermehrten Zeitaufwand können nicht nur das Wohlbefinden der Eltern, die Partnerschaft, sondern auch Geschwisterkinder leiden. Die fehlende oder veränderte Routine in der Familie und das Mehr an Zeit und Zuwendung, das Eltern dem verunfallten Kind zukommen lassen, können zu Eifersucht bei Geschwistern führen. Diese Eifersucht wiederum kann problematische Verhaltensweisen mit sich bringen, wodurch das Geschwisterkind für die Eltern zu einer Zusatzbelastung werden kann. Für Geschwister kann aber nicht nur das Gefühl des Zurückgesetzt-Werdens schwierig sein. Auch die Tatsache, dass das verunfallte Kind im Familienverband und als Spielpartner fehlt kann zur Belastung werden.

Längere Krankenhausaufenthalte können für verunfallte Kinder auch die Beziehung zu Gleichaltrigen erschweren, da der Kontakt in dieser Zeit in der Regel sehr reduziert ist. Das Versäumen gemeinsamer Aktivitäten macht Kinder traurig. Das Teilen von Informationen und Fotos via Handy und das Verfolgen von Gruppenkommunikationen können das Kind zwar in manchen Bereichen auf dem Laufenden halten, direkten Kontakt und Dabeisein ersetzen können sie jedoch nicht.

So berichtet ein 14-jähriger Bub, dass es ihn besonders traurig und auch zornig mache, weil er durch den Krankenhausaufenthalt die letzte Schulwoche mit den geplanten Ausflügen und Aktivitäten versäume. Dies sei umso bedauerlicher, da die Klasse nach diesem Schuljahr, dem Ende der Unterstufe, auseinandergehe.

Ebenfalls belastend im Zuge eines Krankenhausaufenthaltes kann es sein, andere Kinder leiden zu sehen bzw. deren Verletzungen und notwendigen Behandlungsmaßnahmen zu beobachten.

Auch dies kann bei Kindern Ängste auslösen, beispielsweise vor eigenen, unter Umständen noch bevorstehenden Behandlungen.

Der Aufenthalt in einem Krankenhaus hält das Kind von seinem gewohnten Alltag und seiner Routine fern. Dabei kann gerade eine Rückkehr zu gewohnter Routine die Bewältigung eines traumatischen Ereignisses erleichtern (Stein & Eisen, 1996). Im Krankenhausalltag sind die Möglichkeiten von Kontrolle und Selbstbestimmung reduziert. Das Kind muss sich immer wieder medizinischen Untersuchungen und Interventionen aussetzen, deren Notwendigkeit es teilweise nicht nachvollziehen kann (Graf, Schiestl & Landolt, 2011). Auch hinsichtlich des Spielens gibt es Einschränkungen. Denn einerseits fehlen fast alle seine gewohnten Spielsachen, andererseits kann das Kind, selbst wenn eigene Spielsachen gebracht werden, vielleicht verletzungs-, behandlungs- oder umgebungsbedingt nicht wie gewohnt damit umgehen. Moderne Medien, wie TV, Computerspiele oder auch Handy sind in diesem Zusammenhang oft eine Erleichterung und können für Unterhaltung und Ablenkung sorgen. Die vertraute Umgebung und den gewohnten Alltag können sie aber nicht ersetzen.

Auch die Bewegungsmöglichkeiten des Kindes sind in der Zeit des Krankenhausaufenthaltes verändert, einerseits bedingt durch Schmerzen oder bewegungseinschränkende Maßnahmen (z.B. Infusion, Schienen), andererseits durch räumliche Gegebenheiten. Besonders für Kinder, die sich gerne und viel bewegen, ist dies schwierig.

Für Kinder, die im Leistungssport aktiv sind und deren Eltern kommt bei Krankenhausaufenthalten hinzu, dass Trainingsmöglichkeiten nicht wahrgenommen werden können und das Leistungsniveau durch die verletzungsbedingte Auszeit sinkt.

So berichtet eine Mutter zusätzlich zur Sorge um ihre 13-jährige Tochter, die verletzungsbedingt nicht an einer bevorstehenden Eiskunstlauf Trainingswoche teilnehmen kann, vom organisatorischen Aufwand neue Trainingszeiten zu finden. Diese müssen einerseits für die eigens anreisende Trainerin passen und andererseits innerhalb der verfügbaren Eiszeiten liegen. Zum organisatorischen Aufwand hinzu kommen hohe Zusatzkosten und der Druck des Leistungsabfalles.

Dies mag bei Personen, die keinen Kontakt zu Leistungssport haben, vielleicht auf wenig Verständnis stoßen und in Anbetracht des Unfallgeschehens als „geringes“ Problem erscheinen. Möchte man die Belastungsmomente von Betroffenen jedoch verstehen, so gilt es, möglichst umfassend die Themen des Alltags zu erfassen und zu bedenken, was für Betroffene wichtig ist.

Weitere Belastungen, die durch Krankenhausaufenthalte bedingt sind, sind das Fehlen in der Schule und das Versäumen des Unterrichts, sowie eventueller Tests oder Schularbeiten. Das Aufholen des Schulstoffes und das Aktualisieren von Mitschriften und (Haus)Übungen bedeuten für Kind und Eltern Einsatz und Organisation. Da jedoch das Erleben traumatischer Ereignisse häufig Konzentrationsstörungen und verminderte Leistungsfähigkeit mit sich bringt (Pynoos & Nader, 1988) sind die Bedingungen für ein konstantes Mitlernen erschwert.

3.4 Längerfristige Nachbehandlung und Rehabilitation

Schwere Verletzungen gelten als Risikofaktor für die Entwicklung chronischer post-traumatischer Symptome (Blanchard et al., 1997; Frommberger et al., 1998; Keppel-Besnon, Ollendick & Benson, 2002, Winston et al., 2005). Auch invasive medizinische Behandlungsmaßnahmen gelten als Risikofaktor. Bei jüngeren Kindern zeigt sich sogar, dass die Symptome Wiedererleben und Vermeidung mitunter häufiger mit den Behandlungen verknüpft sind als mit dem Ereignis selbst. So entwickeln Kinder beispielsweise Angst vor Menschen mit Arztmänteln, vor dem Gehalten oder Berührt-Werden im Bereich der Verletzung oder sie beginnen spezielle Räume oder Bereiche des Krankenhauses zu meiden (Graf, Schiestl & Landolt, 2011). Für Eltern kann es im Zusammenhang mit langfristigen medizinischen Maßnahmen auch belastend sein, wenn sie für ihr minderjähriges Kind entscheiden müssen, ob eine aufwändige Behandlung durchgeführt werden soll oder nicht (Landolt, 2017).

Ebenso wie medizinische oder chirurgische Maßnahmen werden rehabilitative Maßnahmen als sekundäre Belastungen gesehen. Diese können die Anpassung erschweren und zu unangepassten Bewältigungsstrategien führen. Weiters können sie den Erhalt sozialer Unterstützung, das Familienleben und die Reintegration beeinträchtigen. Sie gelten auch als Risikofaktor für das Auftreten von Komorbiditäten bei Kindern nach traumatischen Ereignissen (Pynoos, Steinberg & Goenjin, 2000).

Rehabilitative Maßnahmen bedeuten mitunter das Tragen von Verbänden, Schienen und Kompressionsanzügen sowie Nachsorgeuntersuchungen über einen längeren Zeitraum. Diese Maßnahmen einzuhalten fällt nicht immer leicht, denn einerseits wird dadurch der Alltag beeinträchtigt, vor allem die Schule und den Kontakt zu Gleichaltrigen betreffend, und andererseits wird mitunter der Nutzen nicht verstanden. Bei älteren Kindern kann es passieren, dass diese äußerlich sichtbare Nachbehandlungen ablehnen, weil sie dadurch die Attraktivität ihres Körpers beeinträchtigt sehen. Die Einhaltung der Maßnahmen stellt sowohl Eltern als auch Behandlungsteam oft vor große Herausforderungen (Landolt, 2017).

Wie schwierig es schon sein kann, einen „einfachen“ Gips am Arm zu akzeptieren, zeigt das Beispiel eines 8-jährigen Bubens, der höchst frustriert war, da er am Schwimmbad nicht teilnehmen konnte und daher nicht wie seine Mitschülerinnen und Mitschüler das Schwimmbadzeichen machen durfte.

Auch im Zusammenhang mit regelmäßigen Übungen als Rehabilitationsmaßnahme sind die Motivation und Mitarbeit des Kindes Thema. Konsequentes Durchhalten bei der Durchführung der täglichen Übungen kann zu einer Hausaufgabe werden, vor allem wenn die Übungen vom Kind als langweilig oder schmerzhaft empfunden werden. Finden die Übungen nicht mehr im Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung statt, sondern müssen zu Hause in den wiedererworbenen Alltag integriert werden, kann das Einfordern durch die Eltern zu Konflikten führen, wodurch die Eltern-Kind-Beziehung belastet wird.

Eine konsequente und kompromisslose Unterstützung der Nachbehandlungsmaßnahmen durch die Eltern ist vor allem für die Motivation jüngerer Kinder von entscheidender Bedeutung

(Landolt, 2017). Eltern sollten daher gut informiert werden, um ihre volle Unterstützung zu bekommen und beste therapeutische Ergebnisse für das Kind erreichen zu können (Wei, Fu, Li-Tsang, 2017).

3.5. Bleibende körperliche Folgen und Auffälligkeiten

Ein spezieller Belastungsfaktor für Kinder und deren Eltern nach Unfällen sind bleibende körperliche Folgen, wie Narben, fehlende Gliedmaßen oder bleibende Bewegungseinschränkungen.

Ob eine körperliche Auffälligkeit akzeptiert wird oder zu psychosozialen Problemen führt, gründet nicht allein auf dieser selbst. In besonderem Maße hängt es davon ab, wie die Auffälligkeit vom Kind interpretiert wird. Diese Interpretation durch das Kind wiederum basiert auf drei Einflussfaktoren (Landolt, 2017).

Zum ersten Einflussfaktor gehören Merkmale der körperlichen Auffälligkeit selbst, wie Sichtbarkeit und Größe (Landolt, 2017). So sind beispielsweise vor allem Narben durch Verbrennungen im Bereich des Gesichts eine ernsthafte Beeinträchtigung für das psychische und körperliche Wohlbefinden (Wei, Fu, Li-Tsang, 2017). Allgemein belasten Auffälligkeiten, die äußerlich gut sichtbar sind oder durch die das Kind deutliche funktionelle Einschränkungen hat (Landolt, 2017).

Der zweite Einflussfaktor ist das Kind selbst, dessen Alter, Geschlecht und Persönlichkeit (Landolt, 2017). Es gibt Hinweise darauf, dass die Belastung durch sichtbare Narben mit zunehmendem Alter steigt. Schulkinder haben ein höheres Risiko für soziale Stigmatisierung als jüngere Kinder. Kleinkinder hingegen sind noch zu jung, um ihren Zustand wahrzunehmen (Masnari et al., 2013). Hinsichtlich Geschlecht haben vor allem Mädchen den beständigen Wunsch, ihre Narben zu verstecken oder betroffene Körperstellen zu bedecken (Wurzer et al., 2017).

Ein 6-jähriges Mädchen, welches eine Narbe in der Bauchgegend hat, verweigert beispielsweise das Tragen von Bikinis. Sie findet Bikinis zwar schön, traut sich jedoch aus Scham vor der Narbe nur Badeanzüge zu tragen. Auch das Umziehen im Turnunterricht ist jedes Mal eine Belastung für sie und muss besonders schnell und überlegt passieren, da sie versucht, die Narbe vor den anderen Kindern möglichst zu verbergen.

Der dritte Einflussfaktor ist das soziale Umfeld, wie Reaktionen und Erziehungshaltung der Eltern. Landolt (2017) weist darauf hin, dass eine Vielzahl von Studien hervorstreicht, wie wichtig die familiäre Akzeptanz und Unterstützung eines Kindes und dessen Fehlbildung ist. Ob Eltern ihr Kind so annehmen wie es ist oder es verstecken oder gar ablehnen, ist für die Entwicklung des Kindes und die Bewältigung des Ereignisses und dessen Folgen sehr bedeutend. Der familiäre Umgang wird sogar als der mit Abstand wichtigste Prädiktor für eine gute psychosoziale Bewältigung gesehen (Landolt, 2017).

Im Unterschied zu Kindern, die eine angeborene Fehlbildung haben, müssen Kinder mit unfallbedingten äußeren Auffälligkeiten sich erst an diese gewöhnen. Sie haben die Aufgabe, ihren veränderten Körper anzunehmen und ein neues Körperbild aufzubauen, was für jüngere Kinder meist einfacher ist als für ältere. Gelingt dies nicht erfolgreich, so kann es zu Störungen im Körperbild kommen. Diese wiederum können beispielsweise im Jugendalter dann zu Schwierigkeiten und Hemmungen im Zusammenhang mit Sexualität führen (Landolt, 2017).

Neben der Notwendigkeit, sich selbst an den veränderten Körper zu gewöhnen, sehen sich Kinder vor allem durch die Reaktionen anderer Menschen belastet. Nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass ein attraktiver Körper in der heutigen Gesellschaft einen hohen Stellenwert hat, ist die Gefahr eines Stigmas hoch. Dies trifft besonders in jenen Fällen zu, in denen die Auffälligkeiten äußerlich gut sichtbar sind oder das Kind deutliche funktionelle Einschränkungen hat (Landolt, 2017). Beispielsweise berichtet ein Großteil junger Patientinnen und Patienten mit Narben im Gesichtsbereich von Erfahrungen mit belastenden Reaktionen der Umwelt, wie Mitleid, Anstarren und Erschrecken. Auch unter Sticheleien und Geärgert-Werden leiden Betroffene (Masnar et al., 2012). Stigmatisierung kann bei Kindern zu Problemen führen wie Depression, Angststörung oder sozialem Rückzugsverhalten (Masnari et al. 2013).

Mitbedacht werden bei schwierigen und langfristigen Behandlungen sollte auch immer, dass der Ausgang oft ungewiss ist. Es lässt sich nicht mit Sicherheit vorhersagen, wie Therapieergebnisse sein werden und ob medizinische Maßnahmen den erhofften Erfolg bringen. So finden sich Betroffene mitunter zwischen dem Schöpfen und Aufrechterhalten von Hoffnung und dem Akzeptieren von Rückschlägen wieder.

Durch einen Verkehrsunfall wurde einem 8-jährigen Buben der rechte Arm abgetrennt. Dieser konnte replantiert werden, was für alle Beteiligten eine große Erleichterung bedeutete. Jedoch verlief die weitere Entwicklung trotz aller Bemühungen ungünstig, sodass der Arm nach einiger Zeit wieder abgenommen werden musste. Die zerstörten Hoffnungen, die erneute Konfrontation mit einer Amputation und das Gefühl, trotz des vollen Einsatzes verloren zu haben, waren für Eltern und Kind sehr belastend.

4. (Potentielle) Psychische Folgen bzw. Folgestörungen bei Eltern und Kind

4.1. Schuldgefühle

Ein besonderes Augenmerk sei auf Schuldgefühle als Folge von traumatischen Ereignissen gelegt, da diese sowohl bei Kindern als auch bei deren Eltern sehr häufig vorkommen. In Bezug auf Kinder stellen Pynoos & Nader (1988) sogar fest, dass es zwei Symptome gibt, die nach einem traumatischen Ereignis auftreten und dabei statistisch unabhängig vom Grad der Exposition sind. Es sind dies die Angst, dass das Ereignis wieder passiert, und Schuldgefühle.

Schuldgefühle sind für Betroffene sehr belastend und fördern die Entwicklung posttraumatischer Symptome (Pynoos und Nader, 1988; A. Haag, D. Zehnder & M. Landolt, 2015). Dabei können Schuldgefühle ihren Ursprung sowohl in faktischer Schuld als auch in konzeptioneller Schuld haben. Bei der faktischen Schuld besteht ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Person bzw. deren Handlung und dem traumatischen Ereignis oder dessen Folgen. Bei der konzeptionellen Schuld hingegen schafft die Person selbst in ihren Gedanken und Annahmen eine Verbindung von sich und den eigenen Handlungen zum Ursprung des Ereignisses oder dessen Folgen. Für das Leiden von Betroffenen kann es unerheblich sein, um welche Art von Schuldgefühlen es sich handelt.

4.1.1. Schuldgefühle beim Kind

Kinder neigen sehr dazu, die Schuld an traumatischen Ereignissen bei sich selbst zu suchen (Pynoos & Nader, 1988; Goenjian et al., 1995; Osterman & Chemtob, 1999) oder Schuldgefühle aufgrund ihrer Handlungen in der Akutsituation zu entwickeln (Goenjian et al., 1995). Sie scheinen besonders anfällig für exzessive Schuldgefühle zu sein (Goenjian et al., 1995). Dabei können Schuldgefühle vielfältig sein und auch bei Kindern auftreten, die nicht am Ort des Geschehens waren (Pynoos & Nader, 1988). Zudem können verschiedene Grade von irrationalen Schuldgefühlen beobachtet werden (Stein & Eisen, 1996). Solche irrationalen und objektiv nicht gerechtfertigten Schuldgefühle stehen meist nicht mit kindlich magischem Denken in Verbindung und kommen häufig auch bei älteren Kindern und Erwachsenen vor.

So berichtet ein Mädchen (14 Jahre) von Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen, weil sie einen Burschen nicht am Überqueren einer Straße gehindert hatte. Sie wurde Augenzeugin, als dieser von einem LKW erfasst wurde und tödlich verunglückte. Die Schuldgefühle des Mädchens waren rational gesehen völlig ungerechtfertigt. Sie hatte den Burschen nicht einmal gekannt und auch nichts mit ihm zu tun gehabt. Sie wurde lediglich Augenzeugin des Unfalles. Dennoch machte sie sich in der Folge Selbstvorwürfe: Wäre ich doch aufmerksamer gewesen! Hätte ich doch den nahenden LKW gesehen! Hätte ich ihn doch vor dem Überqueren gewarnt oder ihn davon abgehalten! Die aus diesen Vorwürfen entstandenen Schuldgefühle waren für das Mädchen sehr belastend.

Es gibt die Ansicht, dass Schuldgefühle eine Strategie sind, um ein Gefühl von Verstehen und Kontrolle wiederherzustellen, und dazu dienen Emotionen wie Schamgefühl, Verzweiflung, Hilflosigkeit und Schwäche entgegenzuwirken (Stein & Eisen, 1996). Demnach haben Schuldgefühle die Aufgabe, eine „Kontrollillusion“ zu schaffen. Auch wenn diese Annahme zutrifft, dürfen Schuldgefühle und die daraus entstehende Belastung keinesfalls bagatellisiert werden, sondern müssen primär als belastend und hinderlich für den psychischen Genesungsvorgang gesehen werden. Denn Schuldgefühle spielen bei Kindern nicht nur in der ersten Phase nach einem traumatischen Erlebnis eine Rolle, sondern stehen mit schweren posttraumatischen Reaktionen in Zusammenhang (Pynoos und Nader, 1988).

Viel eher zeigt das Konzept der Kontrollillusion, dass ein Umgang mit dem Kind besonders umsichtig geschehen muss und Schuldgefühle, seien sie auch noch so irrational, nicht einfach leichtfertig „ausgeredet“ werden können und dürfen. Da jedoch Schuldgefühle nicht nur bei der Entwicklung von frühen posttraumatischen Symptomen eine Rolle spielen (A. Haag, D. Zehnder & M. Landolt, 2015) sondern auch längerfristig mit posttraumatischen Symptomen in Zusammenhang stehen (Pynoos und Nader, 1988; De Young et al., 2014), sollte ein professionelles Bearbeiten der Schuldgefühle möglichst früh stattfinden, um langfristiges Leiden zu verhindern. Informationsvermittlung kann in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen (Wolf, 2000).

Bei Kindern, die nach Unfällen Narben oder Fehlbildungen haben, können zusätzlich Schuldgefühle entstehen, wenn sie beobachten, dass ihre Eltern und Geschwister durch die sichtbaren Unfallfolgen belastet sind (Landolt, 2017).

Im Zusammenhang mit Unfällen können Schuldgefühle bei Kindern auch entstehen, wenn sie ihr eigenes Reagieren und Handeln in der Unfallsituation überdenken.

So machte sich ein Bub (8 Jahre) nach einem Schulbusunfall Gedanken und Vorwürfe, unmittelbar nach dem Unfall nicht richtig reagiert zu haben. Während ein anderer Bub (11 Jahre) Kinder aus dem Bus befreite und danach Hilfe holte, war er wie erstarrt und nicht fähig, zielgerichtet zu handeln. Das Lob und die Anerkennung, die im Nachhinein an den 11-Jährigen ergingen, ließen sein eigenes Handeln bzw. Nicht-Handeln umso negativer und für ihn belastender erscheinen.

Gerade da in unserer Gesellschaft in vielfältiger Weise heldenhafte Taten im realen Leben sowie in der digitalen und medialen Welt hochgehalten und Lebensretter geehrt und ausgezeichnet werden, können Schuldgefühle und Grübeleien nach „unheldenhaftem“ Verhalten, auch im Zusammenhang mit Situationen, in denen man spontan und ohne Vorbereitung reagieren musste, umso leichter entstehen.

4.1.2. Schuldgefühle bei den Eltern

Auch bei Eltern hat eine Vielzahl von Schuldgefühlen ihren Ursprung in den Gedanken und Bewertungen der Person selbst und nicht in einem direkten Zusammenhang zwischen Unfallursache und eigenem Verhalten. So zählt im Sinne der konzeptionellen Schuld nach traumatischen Ereignissen zu den größten Belastungsfaktoren für Eltern das Gefühl, das eigene Kind nicht beschützt haben zu können (Koplewicz et al., 2002). Auch im Nachhinein als falsch betrachtete Entscheidungen können Ursprung hartnäckiger Schuldgefühle sein.

Eine Mutter entwickelte beispielsweise starke Schuldgefühle und Selbstvorwürfe, dass sie ihre 14-jährige Tochter lieber nicht an einer Veranstaltung hätte teilnehmen lassen sollen, bei der diese tödlich verunglückte. Diese Schuldgefühle quälten die Mutter, obwohl sie wusste, dass die Veranstaltung in keiner Weise ein erhöhtes Gefahrenrisiko hatte und ihre Tochter mit zahlreichen Freundinnen unterwegs war, andere Mütter also gleich entschieden hatten wie sie selbst.

Im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten und Behandlungsmaßnahmen nach einem Unfall, kann es bei Eltern auch zu Schuldgefühlen kommen, wenn sie darüber entscheiden müssen, ob eine aufwändige Behandlung bei ihrem noch nicht urteilsfähigen Kind durchgeführt werden soll oder nicht (Landolt, 2017).

Besonders langwierig sind Schuldgefühle der Eltern, wenn sie in Verbindung stehen mit Narben oder Fehlbildungen des Kindes, da diese sie immer wieder aufs Neue an das traumatische Ereignis und die damit verbundenen Selbstvorwürfe erinnern (Landolt, 2017).

Schuldgefühle sind nicht nur quälend für Betroffene, sie können auch ungünstige Dynamiken auslösen. So können sie bei Eltern beispielsweise dazu führen, dass diese ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund stellen und sich sozusagen für das Kind aufopfern. Als Folge jedoch geht es ihnen noch schlechter (Landolt, 2017). Wenn es Eltern schlecht geht, wirkt sich dies einerseits problematisch auf die Traumaverarbeitung des betroffenen Kindes aus (Cohen & Mannarino, 1996b; Foa, Keane & Friedman, 2000) und belastet andererseits die Familie und Partnerschaft.

Des Weiteren können elterliche Schuldgefühle dazu führen, dass Eltern ein nachgiebiges Erziehungsverhalten dem Kind gegenüber praktizieren und dem Kind kaum noch Grenzen setzen. Dadurch entstehen mittel- und langfristig Veränderungen in der Familiendynamik sowie erzieherische Schwierigkeiten (Landolt, 2017), welche wieder neue Probleme für Kind, Geschwister und Eltern mit sich bringen.

4.2. Symptome und Störungen als Traumafolgen

Die Belastung durch traumatische Ereignisse und deren Folgen kann sowohl bei Kindern als auch deren Eltern zu einer Vielzahl von Symptomen führen. Wenn Kinder posttraumatische Symptome erleben kann dies für sie sehr verwirrend und verängstigend sein (Pynoos & Nader, 1988) und wie Erwachsene können sie besorgt sein, "verrückt" zu werden (Herbert, 1999).

Ganz allgemein fällt es vor allem jüngeren Kindern schwer, über ihre emotionale Befindlichkeit zu berichten (Pynoos & Nader, 1988) und ihre psychischen Reaktionen von sich aus zu nennen. Sie tun dies häufig erst, wenn sie nach spezifischen Aspekten des Traumas gefragt werden (Wolfe, Sas & Wekerle, 1994). Zudem fällt es Kindern aufgrund der Unreife in der Ich-Entwicklung schwer, intensive Emotionen über längere Zeit zu tolerieren (Pynoos & Nader, 1988). Deshalb schweifen Kinder leicht vom belastenden Thema ab und beschäftigen sich mit anderen Dingen. Dadurch kann für Beobachter der Anschein erweckt werden, dass das Kind mit dem Erlebten gut klar kommt. Vielleicht sind dies Gründe dafür, dass kindliches Leiden nach traumatischen Ereignissen mitunter von Seiten der Eltern und anderer Erwachsener unterschätzt wird (Hordvic, 1997; Di Gallo, Bartin, Parry-Jones, 1997). In der notfallpsychologischen Praxis zeigt sich, dass das Leiden von Kindern nach Unfallereignissen nicht nur unterschätzt wird, sondern dass in manchen Fällen auch überschätzt wird. Solche Fehleinschätzungen der einen oder anderen Art passieren neben Eltern, Freunden oder Verwandten bisweilen auch psychosozialen Fachkräften. Eine professionelle notfallpsychologische Diagnostik kann in diesem Zusammenhang helfen, Klarheit zu schaffen.

Zu den häufigsten Symptomen zählt das Wiedererinnern des Erlebnisses. Dieses ist meist begleitet von Bildern. Aber nicht nur Bilder können Erinnerungen begleiten, auch Geräusche, Gerüche, Körpergefühle oder Bewegungen. Ausgelöst werden solche Intrusionen, also spontanes Wiedererinnern und Wiedererleben, meist durch Schlüsselreize, sogenannte Trigger, die mit dem Ereignis in Verbindung stehen. So ist beispielsweise der Geruch von gegrilltem oder gebratenem Fleisch für Menschen nach Brandunfällen kaum auszuhalten.

Ein 5-jähriger Bub war Opfer eines Verkehrsunfalles, bei dem er Insasse eines Autos war, das rückwärts über eine Böschung kippte. Verletzt wurde er dabei nur geringfügig, dennoch war das Ereignis, bei dem sein Großvater mittelschwer verletzt wurde, sehr belastend. Ein Trigger für intrusive Bilder war in der Folgezeit Sesselreiten. Diese Bewegung brachte für ihn augenblicklich das erlebte Gefühl der Kippbewegung im Auto zurück.

Teilweise kommt es sogar zu einem Wiedererleben des Ereignisses oder Szenen daraus, sogenannten Flashbacks. Davon betroffen sind sowohl Kinder als auch Erwachsene. Im Unterschied zu Erwachsenen scheinen jedoch nur wenige Kinder die Flashbacks des vollen Ereignisses zu erleben. Eher handelt es sich bei kindlichen Intrusionen um bestimmte Einzelheiten oder Geräusche, die mit dem Erlebten in Verbindung stehen. Besonders wenn Kinder Verletzungen bei anderen beobachtet oder Hilfeschreie anderer gehört haben, scheinen Intrusionen vorzukommen (Pynoos und Nader, 1988).

Bei Kindern, die in Folge des Unfalles das Bewusstsein verloren haben, kann es zu intrusiven Gedanken über Ihre letzten Erinnerungen vor dem Unfall und ihre ersten Eindrücke im Krankenhaus kommen (Di Gallo, Barton & Parry-Jones, 1997).

Aber auch in Fällen, in denen eine betroffene Person nicht selbst am Ort des Unfallgeschehens war, kann es zu intrusiven Bildern kommen.

Eine Mutter wurde von den Freunden ihres Sohnes zu Hause aufgesucht. Von ihnen erhielt sie die Nachricht, dass ihr Sohn tödlich verunglückt sei. In der Folgezeit berichtete sie über belastende intrusive Bilder der Szene der Nachrichtenüberbringung.

Eine andere Mutter erzählt von intrusiven Bildern von ihrem durch einen Verkehrsunfall verstorbenen Sohn, den sie Stunden nach dem Unfall aufgebahrt sah. Als besonders belastend beschreibt sie den Anblick, dass die Schuhe des Sohnes aus ihrer Sicht „lieblos“ auf dessen Bauch gestellt wurden.

An diesen Beispielen wird deutlich, dass intrusive Bilder nicht notwendigerweise mit dem Unfallereignis selbst verbunden sein müssen. Eher scheint es, wie auch beim traumatischen Ereignis selbst, bei diesen Momenten um die persönliche Bewertung und das hohe Maß an subjektiv empfundener Belastung zu gehen, welche später wiederkehrende Bilder hervorbringen.

Intrusionen können sehr hartnäckig sein und über längere Zeit bestehen. Sie sind allerdings einer notfallpsychologischen Intervention sehr gut zugänglich und können mit verschiedenen Techniken behandelt werden.

Neben intrusiven Bildern und Flashbacks sind Träume eine häufige Form des Wiedererlebens. Diese können entweder die erlebten Geschehnisse selbst oder andere, ebenfalls beängstigende Themen, zum Inhalt haben. Je nach Exposition zum Ereignis können diese Träume eher allgemeine Angstträume sein oder sehr lebendige und von Todesangst begleitete Träume (Pynoos & Nader, 1988).

Alpträume, Wiedererinnern und Wiedererleben sowie auch ein allgemeiner Unruhezustand in Folge eines Traumas können zu Schlafstörungen führen. Auch diese sind immer wieder nach belastenden Erlebnissen zu beobachten (Pynoos & Nader, 1988; Di Gallo, Barton & Parry-Jones, 1997; Mirza, 1998). So fällt es betroffenen Kindern, aber auch Erwachsenen, oft schwer einzuschlafen oder durchzuschlafen. Eine Studie zeigte, dass betroffene Kinder im Schnitt drei Mal länger zum Einschlafen benötigten (Wittmann et al., 2017).

Dieser Schlafmangel kann wiederum dazu führen, dass sich Betroffene tagsüber schwer konzentrieren können. Konzentrationsmangel, Gedächtnisschwierigkeiten, verlangsamtes Denken und Lernen, geringere mentale Flexibilität sind weitere mögliche Symptome nach Unfallereignissen (Rosenberg et al, 2015). Besonders im Hinblick auf Schule und Arbeit sind Konzentrationsstörungen und verminderte Leistungsfähigkeit problematisch. Neben Schlafstörungen kann auch das Wiedererinnern des Ereignisses Ursache dafür sein (Pynoos & Nader, 1988).

Bei Kindern, die eine besonders hohe Exposition zu einem Ereignis erlebt haben, gibt es einzelne, die hinsichtlich des beschriebenen Leistungsabfalls ein gegenteiliges Verhalten zeigen und ihr Bemühen in der Schule verbessern (Pynoos & Nader, 1988). Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass durch das Erlangen guter Leistungen versucht wird, das Gefühl eigener Defizite durch posttraumatische Symptome zu kompensieren. Möglich ist auch, dass durch

besonders starkes Bemühen und Fokussieren auf den Schulstoff eine Ablenkung von Erinnerungen an das Ereignis versucht und erzielt wird.

Ein weiteres Symptom, das bei Betroffenen nach traumatischen Ereignissen auftreten kann, ist ein erhöhter Level von Erregung mit Schreckhaftigkeit, Anspannung und Nervosität (Pynoos & Nader, 1988).

So zeigten die Kinder einer Klasse (12- und 13-Jährige), die Augenzeuginnen und Augenzeugen eines Unfalles wurden, bei dem eine ihrer Lehrerinnen ums Leben kam, deutliche Anzeichen von erhöhtem Erregungsniveau: Als ein Gedenkgottesdienst abgehalten wurde fiel, als jemand verspätet kam, die Kirchentüre ins Schloss. Dieses Geräusch war hörbar, jedoch nicht besonders laut. Im Unterschied zu den anderen anwesenden Schülerinnen und Schülern der Schule zuckten auffallend viele Kinder der Augenzeugen-Klasse erschrocken zusammen.

Auch Vermeidungsverhalten kann als posttraumatisches Symptom nach Verkehrsunfällen auftreten, insbesondere jüngere Kinder zeigen ein hohes Ausmaß an Vermeidung (Di Gallo, Barton, Parry-Jones, 1997). Dieses kann sich auf Erinnerungen, Gedanken, Dinge und Orte, die mit dem Ereignis in Verbindung stehen, beziehen. Vermeiden kostet jedoch viel Kraft (Cortes et al., 2005) und insbesondere die Vermeidung von Erinnerungen und Erinnerungslücken (Pynoos & Nader, 1988) erschwert oder behindert die Verarbeitung des Erlebnisses. So bleibt das Erlebnis unerklärlich und zutiefst beängstigend (Di Gallo, Barton & Parry-Jones, 1997). Auch führt Vermeidungsverhalten zu sozialen Problemen und Schwierigkeiten im Alltag für Eltern und Kind, beispielsweise wenn sich das Kind nach einem Schulbusunfall weigert mit dem Schulbus zu fahren und selbst die Fahrt mit dem Auto für das Kind eine Belastung ist.

Konkret verweigerte ein unverletzt gebliebenes 7-jähriges Mädchen nach einem Schulbusunfall in der Folgezeit das Einsteigen und Fahren mit dem Schulbus. So schien es für die Eltern die einzige Möglichkeit zu sein, ihre Tochter selbst mit dem Auto in die Schule zu fahren. Dies wiederum bedeutete in Anbetracht der Arbeitszeiten der Eltern Stress und Belastung in der Früh und nach Schulende. Außerdem wirkte sich die anhaltende Unterstützung des Vermeidungsverhaltens nicht förderlich auf die Traumaverarbeitung aus. Erst eine zielgerichtete professionelle notfallpsychologische Intervention konnte das Problem rasch lösen.

Vermeidungsverhalten muss sich nicht direkt auf das Unfallereignis selbst beziehen. Besonders bei jüngeren Kindern kann es im Zuge von längeren Behandlungen auch mit diesen in Zusammenhang stehen, wie beispielsweise das Meiden bestimmter Räume im Krankenhaus (Graf, Schiestl & Landolt, 2011). Außerdem kann Vermeidungsverhalten sich auch auf Reize beziehen, die nur indirekt mit dem traumatischen Erlebnis zu tun haben. So kann es beispielsweise passieren, dass Kinder aufgebrach den Raum verlassen, wenn sie im Fernsehen Szenen beobachten, die mit Gewalt oder Tod zu tun haben (Pynoos & Nader, 1988).

In Bezug auf den Ort des Geschehens wurde bei Kindern sehr unterschiedliches Verhalten beobachtet: Während einige Kinder in phobischer Aversion den Ort meiden, wollen andere den

Ort aufsuchen, um sich von der Wirklichkeit des Ereignisses zu überzeugen (Stein & Eisen, 1996).

Das Vermeiden von Erinnerungen hat auch eine negative Auswirkung auf Symptome des Wiedererlebens. Es zeigt sich nämlich, dass Kinder, die Gedanken an das Ereignis unterdrücken, mehr intrusive Gedanken und Vorstellungen (Aaron, Zuglul & Emeery, 1999) und ein höheres Risiko für posttraumatische Symptome (Aaron, Zuglul & Emeery, 1999; Mayou et al., 2002; Ehlers et al., 2003) haben als jene, die Erinnerungen zulassen. Passend dazu ist der Hinweis von Horvic (1997), dass für Kinder die Konfrontation mit der Situation und die Möglichkeit, das traumatische Erlebnis ausdrücken, wertvolle Unterstützungen sind.

Ebenso wie das Vermeiden von Erinnerungen wirkt sich auch Grübeln negativ aus und fördert die Entwicklung auch längerfristiger posttraumatischer Symptome (Meiser-Stedman, 2014).

Häufig zu beobachten ist bei Kindern nach einem traumatischen Erlebnis ein erhöhtes Bindungsverhalten. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Kinder unter den posttraumatischen Symptomen leiden und Schutz bei Bezugspersonen suchen, weil sie Angst davor haben, dass das Ereignis wiedereintreten kann, oder weil sie ihren eigenen Tod oder Verletzungen fürchten (Goenjian et al., 1995). Doch auch wenn Kinder in dieser Zeit die Zuwendung ihrer Eltern wünschen und suchen, fühlen sie sich oft distanziert und emotional isoliert, wenn sie intrusive Phänomene erleben (Pynoos & Nader, 1988).

Auch Ängste können als Folgen von belastenden Erlebnissen bei Betroffenen auftreten (Pynoos & Nader, 1988; Frommberger et al., 1998; Mirza et al., 1998; Rosenberg et al., 2015). Besonders bei hoher Exposition haben die Ängste häufig einen direkten Bezug zum Ereignis (Di Gallo, Barton & Parry-Jones, 1997; Koplewicz et al., 2002) und führen zu vermeidendem Verhalten. So wollen Kinder, die als Fußgängerin oder Fußgänger einen Verkehrsunfall erlitten haben, nicht die Straße überqueren oder Kinder die einen Autounfall miterlebt haben weigern sich in ein Auto einzusteigen oder sind intolerant gegen hohe oder mittlere Geschwindigkeiten (Di Gallo, Barton, Parry-Jones, 1997). Neben solch konkreten Ängsten ist auch eine allgemeine Ängstlichkeit bei Betroffenen zu beobachten. Allgemein gilt, je höher die Exposition, desto größer scheint die Anzahl möglicher Angstauslöser zu sein (Pynoos & Nader, 1988). Auch Trennungsangst kann bei Kindern eine Folge von belastenden Erlebnissen sein (Goenjian et al., 1995; Pynoos, Steinberg & Goenjin, 2000; Carrion et al., 2002). Sie äußert sich hauptsächlich in der Sorge, dass den Eltern etwas Schlimmes passiert. Auch die Sorge, dass einem selbst Schlimmes zustößt und man die Eltern nicht mehr sehen kann, Ängstlichkeit, das Daheim zu verlassen sowie Traurigsein und Nicht-Spielen- oder Nicht-Aufgaben-machen-Wollen, wenn die Eltern nicht da sind, sind mögliche Symptome der Trennungsangst (Goenjian et al., 1995).

Nach dem Erleben belastender Ereignisse kann es bei Kindern auch zu Regressionen kommen (Terr et al., 1999), wie beispielsweise Babysprache, Daumenlutschen oder Einnässen. Als Folge von Verkehrsunfällen sei darauf hingewiesen, dass Einnässen sowohl, wie beschrieben, psychische Ursachen haben kann als auch organische, beispielsweise in Folge einer Kopfverletzung. (Eidlitz-Markus, Shuper & Amir, 2000). Einnässen ist für Kinder vor allem belastend, da es sehr schambesetzt ist.

So erzählt die Mutter eines 6-jährigen Bubens, dass er wieder einnässt und berichtet, dass dies für ihn unter anderem deshalb unangenehm und belastend sei, da er sich nun nicht mehr bei seinem besten Freund zu übernachten traut, dass er sich jedoch andererseits schämt seinem Freund die Wahrheit darüber zu sagen.

Ebenfalls in Folge belastender Erlebnisse kann es bei Kindern zu Trotzanfällen und Stimmungsschwankungen kommen (Di Gallo, Barton, Parry-Jones, 1997). Auch Wut, Ärger (Mayou et al., 2002; Ehlers et al., 2003) und Depression (Frommberger et al., 1998, Mirza et al., 1998) können in der Zeit nach dem Ereignis auftreten.

Betrachtet man die Symptome und Folgen belastender Ereignisse bei Kindern, so gilt es, auch die Entwicklung zu berücksichtigen (Goldbeck und Jensen, 2017). Traumatische Erlebnisse können nämlich sowohl zu einer Beschleunigung als auch zu einer Verzögerung von Entwicklungsschritten führen oder sich negativ auf die Bewältigung kritischer Entwicklungsübergänge auswirken (Pynoos, Steinberg & Goenjin, 2000).

In vielen Fällen werden die Symptome mit der Zeit schwächer und verschwinden wieder. Jedoch können Symptome bei Betroffenen auch über Jahre bestehen bleiben.

Treten verschiedene Symptome in Kombination auf und dauern eine bestimmte Zeit an, so werden klinische Diagnosen gestellt. Hierzu zählen die Akute Belastungsstörung (DSM-5) oder Anpassungsstörungen (DSM-5). Die wahrscheinlich bekannteste Diagnose als mittel- und auch langfristige Folge nach traumatischen Ereignissen ist die Posttraumatische Belastungsstörung, kurz PTBS (DSM-5). Viele Studien zu posttraumatischen Symptomen verwenden diese Diagnose als Richtwert. Beschrieben ist diese Diagnose im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, kurz DSM, einem diagnostischen und statistischen Leitfaden psychischer Störungen. In der inzwischen veralteten Version des Manuals, DSM-4, werden die Folgen von Kindern nur unzureichend beachtet. In der neuen Version, dem DSM-5 gibt es nun eine eigene Beschreibung für Kinder bis zum Alter von sechs Jahren.

Wichtig im Zusammenhang mit Diagnosen ist es festzuhalten, dass auch Kinder an ihren posttraumatischen Symptomen leiden, wenn sie nicht eine volle Diagnose erfüllen (Carrion et al., 2002). Dies gilt im kurzfristigen Bereich ebenso wie im langfristigen.

Dennoch seien an dieser Stelle die Kriterien der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-5 kurz umrissen, um einen Einblick zu gewähren. Als erstes Kriterium (A) ist festgelegt, welche Merkmale ein Ereignis haben muss, um als traumatisches Ereignis zu gelten. Die weiteren Kriterien (B-E) beziehen sich auf vorhandene Symptome.

Demnach muss als Kriterium (B) mindestens ein Symptom von Wiedererleben vorhanden sein. Hierzu zählen belastende Erinnerungen, Gedanken, Träume, Flashbacks, intensive psychische Belastung oder körperliche Reaktion nach einer Konfrontation mit Hinweisreizen.

Ein weiteres Kriterium (C) ist das Vorhandensein mindestens eines Symptomes des Vermeidens von Reizen, die mit dem Ereignis verbunden sind, wie Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Personen, Orten, Aktivitäten, Gegenständen, die mit dem Ereignis in Zusammenhang stehen.

Hinzu kommt als Kriterium (D) eine negative Veränderung von Kognitionen und Stimmungen im Zusammenhang mit dem Ereignis. Hiervon müssen mindestens zwei Symptome vorhanden sein, wie die Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte zu erinnern, negative Überzeugungen oder Erwartungen, verzerrte Annahmen hinsichtlich der Ursache (Schulduzuweisung an sich und andere), andauernder negativer emotionaler Zustand (z.B. Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld oder Scham), vermindertes Interesse an Aktivitäten, Gefühle der Entfremdung von anderen oder die Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden.

Weiteres Kriterium (E) ist das Vorhandensein von mindestens zwei Symptomen einer deutlichen Veränderung des Erregungsniveaus als Folge des Erlebten, wie Reizbarkeit und Wutausbrüche mit verbaler oder körperlicher Aggression, riskantes, selbstzerstörerisches Verhalten, übermäßige Wachsamkeit, übertriebene Schreckreaktion, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen.

Damit die Diagnose gestellt werden kann, muss dieses Störungsbild länger als einen Monat dauern, in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen verursachen und darf dabei nicht die Folge der Wirkung einer Substanz (z.B. Medikamente, Alkohol) oder eines Krankheitsfaktors sein.

Nochmals sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass Kinder, die posttraumatische Symptome unterhalb der Diagnose PTBS haben, sich mitunter hinsichtlich Beeinträchtigung und Leiden nicht von jenen mit einer vollen PTBS Diagnose unterscheiden (Carrion et al., 2002).

Neben der Diagnose PTBS können weitere Störungsbilder langfristig auftreten, wie etwa Depression (Goenjian et al., 1995; Foa, Keane & Friedman, 2000; Wilkeson et al., 2000; Pynoos, Steinberg & Goenjin, 2000; Carrion et al., 2002), Aufmerksamkeitsstörungen mit Hyperaktivität und Verhaltensstörungen (Pynoos, Steinberg & Goenjin, 2000; Carrion et al., 2002). Auch Borderline-, Angst- oder Panikstörungen (Foa, Keane & Friedman, 2000) sowie Alkohol- (Figley, 1998) und Drogenmissbrauch (Pynoos, Steinberg & Goenjin, 2000) werden als mögliche Langzeitfolgen beschrieben.

Traumatische Erlebnisse können bei Kindern deren Sichtweisen und Einstellungen zum Leben ändern (Pynoos & Nader, 1988; Stein & Eisen, 1996). So kann es zu einer veränderten und nicht altersgerechte Einschätzung äußerer Gefahren und den Umgang mit ihnen kommen. Themen in diesem Zusammenhang sind Sicherheit, Geborgenheit, Risiko, Verletzungen, Verlust, Schutz und helfendes Eingreifen. Dadurch können traumatische Geschehnisse für Kinder ein Leben mit dem Gefühl ständiger Gefahr bedeuten (Pynoos, Steinberg & Goenjin, 2000). Belastende Ereignisse können sogar soweit führen, dass Kinder das Gefühl haben, den Sinn des Lebens verloren zu haben (Stein & Eisen, 1996).

Es sind jedoch auch Reifeprozesse möglich, wie die Suche nach einem sinnvolleren Dasein (Stein & Eisen, 1996), bewusstes Achten des Lebens oder die Relativierung materieller Besitztümer und oberflächlicher Schönheitsideale (Landolt, 2017). In der Notfallpsychologischen Praxis zeigt sich auch immer wieder, dass Kinder durch eine gute Bewältigung und Einordnen des Erlebten erkennen, dass auch Schwieriges und Tragisches zum Leben gehören kann. Dieses Erkenntnis kann wiederum für den Umgang mit künftigen Belastungserfahrungen stärkend wirken.

4.3. Belastungsfolgen bei Eltern

Nicht nur Eltern, die selbst in ein Unfallgeschehen verwickelt sind, können stark belastet sein. Auch der Umstand, dass das eigene Kind mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert wurde, kann zu einer Belastung der Eltern mit posttraumatischen Symptomen führen (Pynoos und Nader, 1988; Willebrand & Sveen, 2016). So zeigte sich beispielsweise, dass Mütter, die Augenzeuginnen des Verkehrsunfalles ihres Kindes wurden, keine stärkeren Symptome zeigten als Mütter, die nicht anwesend waren (Wittmann et al., 2017).

Ebenfalls in Bezug auf Verkehrsunfälle wurde ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß elterlicher Belastung und der Unfallart festgestellt. Hier wurde beobachtet, dass Eltern mehr belastet sind, wenn ihre Kinder in einen Fußgänger-Fahrzeug-Unfall verwickelt waren, als wenn sie durch einen Fahrradsturz verletzt worden sind (Winston et al. 2002).

Wie es Eltern nach einem Unfallereignis ihres Kindes geht, ist nicht nur für diese selbst von Bedeutung sondern in hohem Maß auch für das Kind. Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass Eltern und deren Wohlbefinden/Leiden einen starken Einfluss auf die Traumaverarbeitung und den Gesundheitszustand des Kindes haben (Cohen & Mannarino, 1996b; King et al., 2000; Foa, Keane & Friedman, 2000; Appleyard & Osofsky, 2003; Graf, Schiestl & Landolt, 2011; De Young et al., 2014; De Young, Hendrikz, Kenardy, Cobham, & Kimble, 2014; Willebrand & Sveen, 2016; Marthe et al., 2016, Wittmann et al., 2017). Beispielsweise wurde zwölf Monate nach Verbrennungsunfällen ein Zusammenhang zwischen posttraumatischen Symptomen der Eltern und emotionalen Schwierigkeiten des Kindes gefunden (Marthe et al 2016).

Als Risikofaktoren für die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen bei Eltern gelten vorangegangene Traumata, eine Vielzahl an invasiven Eingriffen beim Kind, elterliche Schuldgefühle und posttraumatische Symptome des Kindes (De Young et al., 2014). Des Weiteren werden das Gefühl von Bedrohung, die Vermeidung von Gedanken und eine negative Einstellung zum Schaden des Kindes im Zusammenhang mit langfristigen posttraumatischen Symptomen von Eltern gesehen (Hiller et al., 2016).

De Young et al. (2014) beobachteten beispielsweise, dass 25% der Eltern von Kindern im Vorschulalter nach Unfällen eine wahrscheinliche Posttraumatische Belastungsstörung sowie Depression, Angst und Stress in mittlerem bis sehr großem Ausmaß zeigten. Auch wenn die Symptome mit der Zeit nachließen, zeigten immer noch 5% der Eltern nach sechs Monaten Anzeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Ähnliches berichten Graf, Schiestl & Landolt (2011), die bei 6,9% der Mütter und 6% der Väter von Kleinkindern mit

Brandverletzungen langfristig (durchschnittlich 15 Monate nach dem Unfall) eine Posttraumatische Belastungsstörung feststellten. In Bezug auf Mütter, deren Kleinkinder ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten hatten, zeigte sich sogar nach sieben Jahren ein Ansteigen an Stresssymptomen. Der Grund dafür ist unklar. Da die Kinder zu diesem Zeitpunkt zwischen neun und 14 Jahre alt waren, könnte ein zunehmendes Erkennen minimaler Defizite aufgrund des erlittenen Schädel-Hirn-Traumas ebenso eine Rolle spielen wie Konflikte im Zuge der beginnenden Pubertät (Narad et. al, 2017).

Länger andauernde Behandlungen, beispielsweise verbunden mit mehreren längeren Krankenhausaufenthalten des Kindes, können Eltern an den Rand ihrer Kräfte bringen und zu vegetativen Erschöpfungssymptomen oder sogar depressiven Störungen führen (Landolt, 2017). Das Aufrechterhalten eines Alltags, die Sorge um das Kind und dessen psychischen und körperlichen Zustand, ausreichende Zuwendung für Geschwisterkinder, das Pflegen der Partnerschaft, der Druck des schulischen Mithaltens stellen für Eltern eine große Herausforderung dar.

Waren Eltern selbst in den Unfall involviert, als Unfallopfer oder Augenzeugin bzw. Augenzeuge, so kommen zu den beschriebenen Belastungen noch die Folgen der sensorischen Eindrücke hinzu. Bilder, Gerüche, Geräusche, Bewegungen, die mit dem Unfall in Verbindung stehen können wiedererlebt werden. Auch eigene körperliche Verletzungen sind in diesem Fall möglich. Diese eigenen Beeinträchtigungen machen eine Unterstützung des Kindes wiederum umso schwieriger und Eltern können sich unter Umständen nur eingeschränkt um das Kind kümmern.

Grundsätzlich zeigt sich, dass sich das Einbeziehen der Eltern bzw. primären Bezugspersonen positiv auf eine Verbesserung der posttraumatischen Symptome auswirkt (Copping et al., 2001). Daher ist es wichtig, Eltern zu unterstützen, zu beraten (King et al., 2000; Graf, Schiestl & Landolt, 2011) und gegebenenfalls notfallpsychologisch zu behandeln, damit diese genug Kräfte und Ressourcen haben, ihr Kind bei der Genesung bestmöglich zu unterstützen.

4.4. Schwierigkeiten im sozialen Bereich

Das Kind, das Unfallgeschehen und die Bewältigung des Erlebten sind immer in Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld zu sehen. Soziale Unterstützung ist in der Bewältigung eines traumatischen Erlebnisses von großer Bedeutung (Vernberg et al., 1996; La Greca et al., 1996; Stein & Eisen, 1996; Osterman und Chemtob, 1999; Dougall et al., 2001; Litz, Gray, Bryant & Adler, 2002, Keppel-Besnon, Ollendick & Benson, 2002; Ehlers et al., 2003). Positiv wirken bei Kindern nach traumatischen Erlebnissen Zugang und Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung (La Greca et al., 1996; Vernberg et al., 1996), während Distanzierung und Entfremdung von anderen in der Zeit nach dem Trauma als Risikofaktor gelten (Ehlers et al., 2003).

Je jünger das Kind ist, desto größer sind die Bedeutung der Familie und primärer Bezugspersonen für sein Beziehungsnetz und sein soziales Umfeld. Mit zunehmendem Alter werden auch Gleichaltrige wichtig.

Im familiären Bereich sind das Familienklima sowie das psychische Befinden und Erziehungsverhalten der Eltern von Bedeutung für das Kind und die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen (Graf, Schiestl & Landolt, 2011). Auch die Bewertung des Geschehens durch die Eltern ist in diesem Zusammenhang wichtig. Im außerfamiliären Bereich haben die Qualität der Beziehung zu gleichaltrigen und erwachsenen Personen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Traumaverarbeitung des Kindes (Landolt, 2012).

So kann das soziale Umfeld für das betroffene Kind positiv und unterstützend wirken, es kann jedoch auch ein Bereich sein, der neue Belastungsfaktoren mit sich bringt. Dadurch können die Bewältigung des traumatischen Ereignisses sowie die soziale Reintegration des Kindes negativ beeinflusst werden.

Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld können nach einem Unfallereignis einerseits durch schwierige zwischenmenschliche Interaktionen und andererseits durch äußere Umstände zustande kommen.

Das Ausmaß kindlicher Belastung nach traumatischen Ereignissen wird von Erwachsenen häufig unterschätzt (Hordvic, 1997). Nach einem ersten Schock von Verwandten, Eltern und auch Freunden bekommen betroffene Kinder oft zu hören, dass sie Glück gehabt hätten, und dass es viel schlimmer hätte ausgehen können. Gleichzeitig wird wenig Möglichkeit gegeben, um über Ängste und das Gefühl der Hilflosigkeit zu sprechen. Eher wird oftmals bald wieder ein Normalzustand erzwungen (Di Gallo, Barton, Parry-Jones, 1997, Schäfer et al., 2006). Auch gibt es Berichte von Kindern, dass Personen des Umfeldes abfällige Bemerkungen im Zusammenhang mit dem Ereignis machten. In diesem Zusammenhang wird Unfallopfern ungerechtfertigter Weise (Mit)Schuld am Geschehen gegeben. Dies führt zu Wortmeldungen im Sinne von „selber Schuld“. Als Ursache für eine solche Abwertung von Opfern wird angenommen, dass der eigene Glaube an eine gerechte Welt erhalten bleiben soll (Lerner, 1980). Für Betroffene ist dies sehr belastend.

Aber auch dann, wenn Menschen des sozialen Umfeldes das betroffene Kind unterstützen möchten, kann dies für beide Seiten schwierig sein. Immer wieder ist in diesem Zusammenhang zu beobachten, dass „gut gemeint nicht immer gut gemacht oder hilfreich für das betroffene Kind ist“. Grundsätzlich zeigt sich, dass im Umgang mit Kindern, die ein traumatisches Erlebnis hatten, von Seiten der Umwelt viel Unsicherheit besteht: Soll man das Kind darauf ansprechen oder wird es dadurch traurig? Soll man lieber nicht nachfragen oder wird dies als Desinteresse empfunden? Nicht nur Erwachsene, auch ältere Kinder stellen solche Überlegungen an. Tatsächlich ist dieser Bereich komplex und es gibt nicht die eine richtige Antwort. Welches Verhalten für ein Kind hilfreich und unterstützend ist, hängt einerseits vom Kind und dessen Persönlichkeit und Betroffenheit ab, andererseits von der Beziehung, die das Kind zur jeweiligen Person hat.

Tendenziell ist es in der Praxis so, dass Betroffene nach einem Unfallereignis von einer Vielzahl an näheren und weiteren Bekannten und Freunden zum Geschehen befragt werden. Dies kann für Betroffene lästig sein und zu einer Zusatzbelastung werden, vor allem wenn hinter den Fragen wenig ehrliches Interesse an der eigenen Person vermutet wird.

Ein 10-jähriger Bub erzählt, wie unangenehm und auch lästig es war, nach seinem Unfall so vielen Menschen Rede und Antwort stehen zu müssen. Das ständige Erinnert-Werden war belastend. Das Kind getraute sich jedoch nicht, die gestellten Fragen nicht zu beantworten, da es niemanden vor den Kopf stoßen und kränken wollte.

Ein 14-jähriges Mädchen berichtet, dass es das Gefühl hatte, die vielen gestellten Fragen wären vielfach nur aus Neugierde und Sensationslust gewesen und hätten nichts mit Interesse an seiner Person oder Sorge um seinen Zustand zu tun gehabt. Das sei sehr kränkend gewesen.

Auch der Umstand, dass das betroffene Kind innerhalb eines sozialen Gefüges mitunter eine Sonderrolle einnimmt bzw. in eine Sonderrolle gedrängt wird, kann zu Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion führen. Unter Umständen wird das Kind bevorzugt behandelt und steht im Mittelpunkt. Andere Kinder, die eifersüchtig reagieren, und ungünstige Gruppendynamiken, die sich daraus entwickeln können, können zu einer Zusatzbelastung für das Kind werden.

Das Kind in seiner Sonderrolle erhält mitunter auch Sonderbehandlungen, wie einen besonders milden Erziehungsstil der Eltern. Dadurch kann sich das Verhalten des Kindes zum Negativen ändern (Landolt, 2017). Auffälliges Verhalten kann sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie zu zwischenmenschlichen Problemen führen.

Auch körperliche Einschränkungen als Unfallfolge können Schwierigkeiten im sozialen Bereich mit sich bringen. Entstellungen oder Lähmungen im Gesichtsbereich können beispielsweise dazu führen, dass die Mimik des Kindes verändert ist. Dies kann es für andere Personen schwierig machen, die Gefühle des Kindes richtig zu deuten. Auch andere Bewegungseinschränkungen durch Amputationen oder Lähmungen können hinderlich sein, da das Kind nicht mehr alle Aktivitäten seiner Freundinnen und Freunde mitmachen kann.

Weiters können Faktoren wie Krankenhausaufenthalte, längerfristige Behandlungen und rehabilitative Maßnahmen die soziale Reintegration mit Gleichaltrigen erschweren (Pynoos, Steinberg & Goenjin, 2000). Längeres Fernbleiben von Freundinnen und Freunden kann zu Entfremdungen und Veränderung von Freundschaften führen. Zwar ist heute ein stetiges Aufrechterhalten des Kontaktes via Handy und Internet leichter möglich als noch vor ein paar Jahren, dennoch können diese Medien einen direkten persönlichen Kontakt nicht ersetzen.

Ebenfalls problematisch für die soziale Reintegration des Kindes können auch posttraumatische Symptome sein, wie Vermeidungsverhalten oder Ängste. Nach Verkehrsunfällen beispielsweise können Ängste dazu führen, dass Kinder weniger hinausgehen oder ihre Freundinnen und Freunde lieber Indoor treffen möchten (Di Gallo, Bartin, Parry-Jones, 1997). Das Vermeiden von Orten oder Situationen, die mit dem Erlebten in Zusammenhang stehen (Cortes et al., 2005), kann dazu führen, dass das Kind an gemeinsamen Aktivitäten nicht teilnehmen kann, weil es sich zum Beispiel nicht traut, in einen Bus zu steigen. Auch die Tatsache, dass betroffene Kinder mitunter sensibler auf Reize reagieren, die nur indirekt mit dem Ereignis zu tun haben (Pynoos & Nader, 1988), kann das Kind an der Teilnahme von Aktivitäten mit Freundinnen und Freunden

hindern. So kann es sein, dass das Kind einen Kinobesuch lieber nicht mitmachen möchte aus Sorge vor beängstigenden Szenen.

Solch vermeidende Verhaltensweisen ebenso wie allgemeines Rückzugsverhalten gegenüber Gleichaltrigen in Folge eines traumatischen Erlebnisses sind sehr einschränkend und für soziale Interaktionen hinderlich. Umso wichtiger kann in diesem Zusammenhang das soziale Netz werden. Für die Personen des Umfeldes ist dies nicht immer einfach und es kann ihnen viel Geduld abverlangen. Und mitunter ist zu beobachten, dass zwar anfangs dem Kind Verständnis und Rücksichtnahme entgegengebracht werden, dass diese aber nach einiger Zeit nachlassen. Dadurch steht das soziale Netz dem Kind nicht mehr im ursprünglichen Umfang als Ressource, also Bewältigungsmittel, zur Verfügung. Ergänzend muss hierzu erwähnt werden, dass eine langfristige Akzeptanz von Vermeidungsverhalten für das Kind und dessen Traumaverarbeitung auch nicht förderlich wäre.

Eine 14-Jährige, die Augenzeugin eines Unfalles wurde, bestätigte, wie wichtig es für sie war, dass Freundinnen und Freunde sie immer wieder aufforderten mitzukommen. Auch wenn sie anfangs nicht wollte, habe sie sich irgendwann doch überreden lassen und sei mitgegangen. Diese gemeinsamen Aktivitäten beschreibt sie in der Folge sogar als wichtigen Faktor in der Verarbeitung der Erlebten.

Prinzipiell ist eine möglichst schnelle Rückkehr des Kindes in sein gewohntes Umfeld für die Verarbeitung des Erlebten und für eine Normalisierung des Lebens förderlich. Für Kinder nach Verbrennungsunfällen gibt es Programme für eine Reintegration an die Schule, die auf die spezielle Situation des Kindes abgestimmt sind und Eltern, Lehrerinnen und Lehrer und das Kind miteinbeziehen (Pan et al., 2017). Auch in anderen Fällen zeigen sich in der Praxis die Vorteile einer zeitnahen professionellen notfallpsychologischen Intervention in Bezug auf eine raschere Reintegration der betroffenen Kinder und deren Familien.

4.5. Familiendynamische Veränderungen

Ein Kind und sein Erleben sind immer im Kontext zu sehen. So muss mitbedacht werden, dass ein traumatisches Ereignis eine direkte oder indirekte Wirkung auf andere Familienangehörige hat (Turnbull & McFarlane, 2000).

Wie gut sich eine Familie an die durch das Geschehen veränderten Gegebenheiten anpassen kann, spielt eine entscheidende Rolle in der Traumaverarbeitung (Stankovic et al., 2013). Leider ist eine positive Anpassung mitunter schwierig und langwierig. Dabei können ein gutes Familienklima vor allem bei Kleinkindern der Entwicklung von langfristigen posttraumatischen Symptomen und Verhaltensproblemen vorbeugen (Graf, Schiestl & Landolt, 2011).

Wenn das traumatische Geschehen mit der Sorge um Eltern oder Geschwister verbunden war, können sich Kinder in der Zeit nach dem Ereignis vermehrt Sorgen um diese machen. Sie kontrollieren, wo die Geschwister umgehen, wollen nicht, dass ein Geschwister weggeht, reagieren panikartig, wenn das Geschwisterkind außer Sichtweite ist. Mitunter wachen betroffene Kinder sogar nachts auf und überprüfen, ob Eltern und Geschwister noch leben und in

Sicherheit sind (Pynoos & Nader, 1988). Solche Reaktionen und Verhaltensweisen können nicht nur die Eltern sondern auch die Geschwister belasten.

Vermutlich häufiger sind Geschwisterkinder jedoch durch Eifersucht belastet. Diese ist meist die Folge erhöhter Aufmerksamkeit, die das betroffene Kind von seiner Umwelt und speziell von den Bezugspersonen bekommt. Besonders im Zusammenhang mit äußerlichen Auffälligkeiten oder längerfristigen Behandlungsmaßnahmen bekommen Kinder eine Sonderrolle innerhalb der Familie und mehr Zeit durch die Eltern (Landolt, 2017). Auch durch das erhöhte Bindungsverhalten, welches bei betroffenen Kindern häufig auftritt (Goenjian et al., 1995), kommt es im Regelfall zu mehr Zuwendung durch Bezugspersonen.

Durch Schuldgefühle oder Mitleid der Eltern kann es zu einer Bevorzugung des betroffenen Kindes kommen. In diesen Fällen werden Eltern in ihrer Erziehung nämlich mitunter nachgiebig und haben Mühe, altersentsprechende erzieherische Konsequenzen durchzusetzen. Solche Dynamiken können langfristig zu vielfältigen Problemen innerhalb der Familie führen und neben Eifersuchtsreaktionen der Geschwister auch Belastungen in der Partnerschaft oder erzieherische Schwierigkeiten mit sich bringen (Landolt, 2017).

In einigen Familien kann nach Unfällen beobachtet werden, dass sich Familienmitglieder gegenseitig schützen und versuchen, den anderen nicht zu belasten (Di Gallo, Bartin, Parry-Jones, 1997). Nicht selten kommt es vor allem im Zusammenhang mit Schuldgefühlen vor, dass Eltern ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen. Dadurch geht es ihnen jedoch noch schlechter, was sich wiederum negativ auf die Familiendynamik auswirkt (Landolt, 2017). Es kann jedoch auch passieren, dass Geschwisterkinder die Belastung der Eltern und deren Sorge um das verunfallte Kind erkennen. Dies kann dazu führen, dass sie sich zurückziehen und keine eigenen Bedürfnisse mehr artikulieren, um nur ja für die Eltern keine Zusatzbelastung zu sein. So leiden sie im Stillen, was kurz- oder langfristig Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Kinder und damit ebenfalls auf die Familiendynamik hat.

Im Zusammenhang mit belastenden Erlebnissen darf auch nicht übersehen werden, dass das Bewältigungsverhalten der Eltern sich voneinander unterscheiden und auch das Ausmaß an Belastung sich über die Zeit hinweg unterschiedlich entwickeln kann (Narad et al., 2017). Dies wiederum kann zu gegenseitigem Unverständnis und Partnerschaftsproblemen führen, die sich ebenfalls negativ auf die Familiensituation auswirken.

Für eine Partnerschaft besonders schwierig sind auch gegenseitige Schuldzuweisungen. Neben dem Hadern mit eigenen Schuldgefühlen wird nicht selten auch eine Mitschuld an der Partnerin bzw. am Partner gesehen. Auch diese Schuldzuweisungen müssen nicht einer faktischen Schuld im Sinne von Mitverursachung entsprechen.

Ein 7-jähriger Bub war gemeinsam mit seinem Vater mit dem Skateboard unterwegs, als er verunfallte und ein großes Cut am Kinn davontrug. In der Folge blieb eine gut sichtbare Narbe. Dieses Unfallereignis und dessen Folgen führten zu heftigen Schuldzuweisungen der Mutter an den Vater und zu Streitigkeiten zwischen den Eltern,

die immer größer wurden und sich auf verschiedenste Bereiche des Familienlebens ausweiteten.

Besonders fordernd für Familien sind Umstände, bei denen ein Familienmitglied tatsächlich verantwortlich für ein Unfallgeschehen und dessen Folgen ist.

Ein Großvater fuhr mit seinem Auto sein 1,5-jähriges Enkelkind nieder, welches an den Folgen des Unfalles verstarb. Das Zusammenleben in der Großfamilie war daraufhin für alle Beteiligten besonders schwierig. Eltern, Geschwister, Großeltern und andere Verwandte trauerten um das Kind. Auch die Nachbarn waren stark betroffen. Der Großvater litt unter massiven Schuldgefühlen. Die anderen Beteiligten schwankten zum Teil zwischen Selbstvorwürfen, Wut gegen und gleichzeitig Mitleid für den Großvater, Impulsen, ihn dies spüren zu lassen, und Zurückhaltung, um ihn nicht noch mehr zu belasten, sowie auch mangelndes Vertrauen gegen ihn im Hinblick auf Babysitten bei den anderen Enkelkindern.

Erschwert werden können schwierige familiäre Situationen, wenn unterschiedliche Glaubens- und Weltanschauungen aufeinanderprallen. Gegenseitiges Verständnis ist nicht immer einfach aufzubringen.

Im oben angeführten Beispiel waren vor allem die Großeltern tief im Glauben erschüttert und stellten sich die Frage „Warum lässt der Herrgott das zu? Wir gehen doch jeden Sonntag in die Kirche!“ Mutter und Vater des verstorbenen Kindes konnten mit diesen Themen wiederum wenig anfangen und hatten auch kaum Verständnis dafür.

Eine weitere schwierige Unfallsituation für eine Familie kann es sein, wenn der Hund der Familie das Kind beißt und womöglich dadurch schwer verletzt. Zusätzlich zur Sorge um das Kind stehen notwendige Entscheidungen an: Soll der Hund behalten, weggegeben oder eingeschläfert werden? Die Meinungen der einzelnen Familienmitglieder hierzu können sehr unterschiedlich sein. Und da nicht selten Haustiere als Familienmitglieder gesehen werden, kann eine Trennung sehr schmerzlich sein.

Einen besonderen Einfluss auf die Familiendynamik und das Wohlbefinden des Kindes hat natürlich der Tod eines Elternteils. Dieser wirkt für Kinder noch belastender als ein Unfallereignis. Es zeigte sich beispielsweise, dass Kinder, die im Schnitt 3,5 Jahre zuvor einen Elternteil verloren hatten, signifikant mehr posttraumatische Symptome zeigten als jene Kinder, welche 1,5 Jahre zuvor ein Großschadensereignis erlebt hatten (Stoppelbein, 2000).

4.6. Eingeschränkte Lebensqualität

Es kann davon ausgegangen werden, dass Lebensqualität eng verknüpft ist mit dem Verlauf der Bewältigung eines traumatischen Ereignisses. Da Unfallereignisse eine Vielzahl an Belastungsfaktoren mit sich bringen können, ist das Risiko für eine eingeschränkte Lebensqualität hoch. So gibt es Hinweise, dass besonders bei hoher Exposition zu einem

Ereignis, die Lebensqualität von Kindern auch langfristig beeinträchtigt bleiben kann (Alisic et al., 2008).

Ob und in welchem Umfang Belastungsfaktoren die Lebensqualität mindern, hängt mit der Bewertung durch die betroffene Person zusammen. Entscheidend ist, ob Betroffene leiden oder nicht, denn Lebensqualität basiert auf der subjektiven Einschätzung der eigenen Funktionsfähigkeit im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich (Landolt, 2017).

Für Kinder mit Auffälligkeiten im Gesichtsbereich zeigt sich beispielsweise eine verminderte Lebensqualität in der Gruppe der über 7-Jährigen. Für jüngere Kinder wurde keine Minderung festgestellt. Dies kann sich mit dem Schuleintritt und dem erhöhten Risiko für Stigmatisierung bzw. dem größeren Bewusstsein älterer Kinder für ihre Auffälligkeit ändern (Masnari et al., 2013).

Es gibt Hinweise, dass die Wiederherstellung des Alltags für die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse von Bedeutung ist (Stein & Eisen, 1996). Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass potentielle Belastungsfaktoren die Lebensqualität umso mehr einschränken, je hinderlicher sie für eine Wiederherstellung des Alltags sind. Ist eine Wiederherstellung des Alltags wie vor dem Unfall aufgrund bleibender Folgen nicht möglich, so gilt es für Betroffene, die bleibenden Veränderungen anzunehmen und sozusagen einen neuen Alltag zu schaffen. Gelingt dies nicht erfolgreich, so hat dies negative Auswirkungen auf die Lebensqualität.

Die Bandbreite möglicher Belastungsfaktoren nach Unfallereignissen ist groß und reicht von posttraumatischen Symptomen, Schuldgefühlen und Schmerzen über Krankenhausaufenthalte, langfristigen Behandlungen und bleibenden körperlichen Folgen bis zu negativen Reaktionen der Umwelt. Diese Faktoren wurde bereits ausführlich beschrieben und sollen an dieser Stelle um zwei weitere mögliche Belastungsfaktoren ergänzt werden, die die Lebensqualität in erster Linie der Eltern und in der Folge auch des Kindes mindern können.

So sind psychologische Aspekte der rechtlichen Verantwortung Bedingungen, die sich auf die Lebensqualität negativ auswirken können. Gerade im Zusammenhang mit Unfällen zeigt sich in der Praxis, dass das Thema einer möglichen Verletzung der Sorgfaltspflicht eine massive Belastung für Eltern oder andere Erziehungsberechtigte ist. Auch die Angst vor eventuellen Konsequenzen im Falle einer fahrlässigen Handlung hat negative Auswirkungen auf die Lebensqualität. Diese Sorgen bestehen zunächst auch unabhängig von einer faktischen Schuld. Die Frage „Wird mir jetzt mein Kind weggenommen?“ ist gerade nach Unfällen, wie beispielsweise Fensterstürzen, sehr präsent. Ängste in diesem Zusammenhang können sogar zur Folge haben, dass Eltern auf ihr Kind zornig sind, weil dieses sie eine so schwierige Situation gebracht hat.

Auch wenn für Betroffene keine faktische Schuld besteht, wirken Rechtsstreitigkeiten und Gerichtsverfahren, die Folge von Unfallereignissen sein können, für Betroffene belastend und werden sogar als Risikofaktor für langfristige posttraumatische Symptome gesehen (Ehlers et al., 1998). Mitunter dauern Gerichtsverfahren lange. Dadurch werden Betroffene immer wieder mit dem Ereignis konfrontiert und ein Abschließen als Bewältigungsschritt wird erschwert.

Den Alltag ebenfalls belasten und die Lebensqualität mindern können finanzielle Probleme, die ein Unfallereignis und dessen Folgen mit sich bringen können. Neben materiellen Schäden, wie kaputten Fahrzeugen oder anderen Objekten, kann es durch Unfallfolgen im medizinischen Bereich zu finanziellen Belastungen kommen. Vor allem im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen decken Zahlung von Krankenkasse und öffentlicher Hand oft nicht die nötigen Kosten. Die Umsetzung hilfreicher, aber kostspieliger Maßnahmen, wie beispielsweise dem Einbau eines Liftes im Haus, kann zu teuer und deshalb nicht möglich sein. Ebenfalls zu schwierigen finanziellen Situationen kann es kommen, wenn beispielsweise die Mutter zu arbeiten aufhören muss. Die Option, nach dem Verbrauch von Pflegeurlaub und Urlaub einen unbezahlten Urlaub zu nehmen, können nicht alle Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ermöglichen. Besonders für Alleinerzieherinnen ist der Verlust der Arbeit eine schwerwiegende Belastung, da die Lebenssituation auch mit Pflegekostenzuschuss deutliche finanzielle Einbußen bedeutet, was wiederum eine Vielzahl an Sorgen und Einschränkungen mit sich bringt.

In einzelnen Fällen kann es auch passieren, dass ein Unfallereignis die Lebensqualität einer Person zu keinem Zeitpunkt nicht negativ beeinflusst. Auch dies hängt wiederum davon ab, wie die Person das Erlebte bewertet. Für Beobachterinnen und Beobachter kann dies mitunter schwer nachvollziehbar sein.

Ein 7-jähriger Bub beispielsweise zeigte nach einem Verkehrsunfall, bei dem er unverletzt blieb, keinerlei Anzeichen von Betroffenheit. Viel eher war er fasziniert von den Schäden an den Fahrzeugen und den eintreffenden Einsatzfahrzeugen. Besorgt in diesem Fall war eher die Mutter, die fürchtete, dass das Verhalten ihres Sohnes inadäquat sei, er seine wahre Belastung womöglich unterdrücke und dies später zum Ausbruch käme. Tatsächlich jedoch stand für den Buben der Abenteueraspekt im Vordergrund und er interpretierte das Unfallgeschehen so, dass es keine Belastung für ihn darstellte.

5. Coping und Resilienz

Mit Blick auf die Vielzahl an Belastungsmomenten, die Unfallereignisse mit sich bringen können, ist die Frage interessant, was Kindern hilft, diese zu bewältigen und welche Faktoren Einfluss auf die Bewältigung haben.

Von großer Bedeutung im Zusammenhang mit der Bewältigung eines traumatischen Ereignisses ist die subjektive Bewertung des Erlebten. Diese beeinflusst direkt und indirekt das psychosoziale Wohlbefinden des Kindes und wird von diesem wiederum beeinflusst, was zu einer Neubewertung führt. So kann ein Ereignis als Bedrohung oder als Herausforderung interpretiert werden. Dies wird wiederum von Merkmalen des Traumas und dessen Folgen (z.B. Art des Traumas, Sichtbarkeit, Größe von Narben), des Kindes (z.B. Alter, Geschlecht, Persönlichkeit) und des Umfeldes (z.B. Traumareaktion der Eltern, Reaktionen und Erziehungsverhalten der Eltern) beeinflusst (Landolt, 2003; Landolt, 2017). Werden beispielsweise die beobachteten Symptome vom Kind negativ interpretiert, so scheint dies eine Rolle zu spielen im Zusammenhang mit dem Schweregrad von mittelfristigen (drei und sechs Monate nach dem Ereignis) posttraumatischen Symptomen (Ehlers et al., 2003).

Ebenso Einfluss auf den Bewertungsprozess haben Vorerfahrungen. Diese können sich sowohl förderlich als auch hinderlich auf die Bewältigung von aktuellen Ereignissen auswirken. Im Zusammenhang mit Kindern weisen Pynoos & Nader (1988) darauf hin, dass oft übersehen wird, dass aktuelle traumatische Geschehnisse Erinnerungen an frühere Traumata wachrufen können. Sie stellten fest, dass das Erleben mehrerer Traumata bei Kindern eher die Genesung erschwert als zu einer Immunisierung gegenüber Gewalt und Tod zu führt. Dem gegenüber stehen die Beobachtungen von Keppel-Besnon, Ollendick & Benson (2002), wonach Kinder, die bereits Vorerfahrungen mit Unfällen hatten, weniger posttraumatische Symptome zeigten als jene ohne Vorerfahrungen.

Wie unterschiedlich Vorerfahrungen wirken können, zeigte sich auch im Rahmen der Notfallpsychologischen Arbeit nach einem Verkehrsunfall, bei dem mehrere Kinder involviert waren. Eine ihnen unbekannt Person erlitt bei dem Unfall sehr schwere Kopfverletzungen und verstarb. Mehrere Kinder blieben zwar beinahe unverletzt, wurden aber Augenzeuginnen und Augenzeugen vom Anblick der Toten mit offenem Schädel.

Ein Mädchen (7 Jahre), das in der Stadt wohnte, war von dem Anblick so betroffen, dass es ihr nicht möglich war, über das Gesehene und Erlebte zu sprechen. Sie vermied jegliche Konfrontation mit Erinnerungen. In starkem Kontrast dazu stand ein Bub (7 Jahre), der zusätzlich zum Anblick des Kopfes noch beobachtet hatte, dass sich die Person, die aufgrund der massiven Verletzungen bereits tot war, kurz noch bewegte. In Anbetracht der hohen Betroffenheit des Mädchens war die Besorgnis um den Zustand des Bubens mit diesen zusätzlichen Beobachtungen groß. Umso überraschender war seine Reaktion: Er war weit weniger betroffen als das Mädchen. Durch sein Leben auf einem Bauernhof war er den Anblick von Blut gewöhnt und zu den Zuckungen der Toten meinte er: „Ja, das kenne ich von den Hennen. Das nennt man „ausgeistern“.“

Im Zusammenhang mit früheren Belastungsereignissen ist von Bedeutung, wie vorangegangene Erlebnisse von Betroffenen verarbeitet wurden und wie gut sie in die eigene Lebensgeschichte und in persönliche Weltanschauungen integriert werden konnten. Dabei ist gutes Bewältigungsverhalten, also Coping, entscheidend. Je früher positives Bewältigungsverhalten zum Einsatz kommt, desto besser. Es zeigt sich nämlich, dass anfängliches Copingverhalten von Kindern einer der größten Einflussfaktoren für späteres, langfristiges Coping ist (Huzziff & Ronan, 1999).

Mitunter ist es so, dass Betroffene zwar über Bewältigungsstrategien verfügen, diese aber in der Belastungssituation nicht abrufen oder nicht richtig einsetzen können. In diesen Fällen kann eine notfallpsychologische Unterstützung einen wesentlichen Beitrag leisten, damit Betroffene externe und interne Ressourcen zur Bewältigung erkennen können. Außerdem gilt es, Bewältigungsstrategien, die in der Vergangenheit gut funktioniert haben, einzusetzen und durch neue Möglichkeiten zu erweitern (Osterman & Chemtob, 1999). Gelingt dies, so kann es sich nicht nur positiv auf die Bewältigung des momentanen Ereignisses auswirken und der Entwicklung langfristiger Symptome entgegensteuern (Vernberg et al., 1996; La Greca et al., 1996), sondern auch auf den Umgang mit späteren kritischen Lebensereignissen, in denen die funktionierenden Strategien angewendet werden können (Garrison et al., 1995).

Ein 14-jähriges Mädchen starb an den Folgen eines Unfalles. Zu einem großen Teil war das Kind bei seiner Großmutter aufgewachsen. Die Großmutter hatte ihre eigene Tochter im Alter von 19 Jahren durch einen Unfall verloren. Die Befürchtung, dass das aktuelle Ereignis für sie umso belastender sein würde, bestätigte sich nicht. Viel eher zeigte sich, dass sie aufgrund des Todes ihrer Tochter, den sie für sich offenbar bewältigt hatte, in der aktuellen Situation Möglichkeiten hatte, um nun mit dem Tod der Enkelin umgehen zu können.

Menschen, die über gute Copingstrategien verfügen, sind widerstandsfähiger, resilienter gegen Belastungen. Von Bedeutung für Resilienz im Kontext mit Kindern ist auch eine gute frühe Bindung. Wenn ein Kind einen Erwachsenen an seiner Seite hat, dem es vertrauen kann, so wirkt sich dies stärkend aus und scheint das Kind widerstandsfähiger gegen Stressoren zu machen (Bellis et al., 2017). Fehlt hingegen bei Kindern eine gute frühe Bindung an eine Bezugsperson, so ist es weniger wahrscheinlich, dass sie später glückliche, unabhängige und resiliente Menschen werden (Winston & Chicot, 2016).

Ebenfalls von Bedeutung im Hinblick auf die erlebte Belastung und die subjektive Bewertung einer aktuellen Situation ist das Hinzukommen weiterer Belastungsmomente. So zeigt sich, dass sich posttraumatische Symptome bei Kindern nach Unfällen verschärfen können durch Faktoren wie beispielweise der Tod der Großmutter, die Wiederverheiratung des Vaters oder eine neue Schwangerschaft der Mutter, die zu Eifersucht führt (Di Gallo, Barton & Parry-Jones, 1997).

6. Die Einschätzung von Betroffenheit bei Kindern nach Unfällen

Möchte man das Ausmaß der Belastung oder Betroffenheit von Kindern nach Unfällen abschätzen, so kann dies über die Beobachtung von Symptomen geschehen. Denn wie Cortes et al. (2005) beschreiben, können posttraumatische Symptome als Ausdruck des psychischen, kognitiven und physiologischen Ringens um die Integration schrecklicher Erlebnisse gesehen werden. Kinder wenden dabei viel Energie auf, um Erinnerungen oder Situationen, die mit dem Trauma in Zusammenhang stehen, zu vermeiden und ihre Gefühle einzuschränken. Es ist ein Kampf gegen ein hohes Maß an Leiden.

Studienergebnisse, die kindliche posttraumatische Symptome betrachten, beziehen sich in den meisten Fällen auf die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-4 oder -5. Besonderes Augenmerk wird dabei meist auf Kinder gelegt, welche Symptome im Ausmaß der Diagnose PTBS oder etwas darunter erreichen. Jedoch darf bei Betrachten der Zahlen nicht übersehen werden, dass auch Kinder mit leichteren posttraumatischen Symptomen von Unfällen betroffen und belastet sind.

Dennoch sollen an dieser Stelle einige Zahlen verschiedener Studien zu kurz- und langfristigen Symptome bei Kindern nach Unfallereignissen exemplarisch angeführt werden. So wurden beispielsweise zehn Tage nach einem Verkehrsunfall bei 21,2% der Kinder schwere posttraumatische Symptome gefunden (Wittmann et al., 2012). Bei kindlichen Verbrennungsoptionen wurde in der Zeit des Krankenhausaufenthaltes bei 51% der Patientinnen und Patienten mit schweren Verbrennungen durch Elektrizität und 31% der Patientinnen und Patienten mit Verbrennungen anderer Ursache eine Posttraumatische Belastungsstörung (Rosenberg et al., 2015) diagnostiziert.

Einen Monat nach Verkehrsunfällen zeigten 88% der verletzten Kinder klinisch relevante Symptome in mindestens einem der Bereiche Vermeidung, Wiedererleben und Erregung. Verkehrsunfälle umfassten in dieser Studie Unfälle mit Kraftfahrzeugen, bei denen das Kind Beifahrerin oder Beifahrer war, Kraftfahrzeug-Fußgängerunfälle, Kraftfahrzeug-Fahrradunfälle sowie Fahrradunfälle ohne Beteiligung eines Kraftfahrzeugs (Winston et al., 2002). Sechs Wochen nach einem Verkehrsunfall wurden bei noch ungefähr der Hälfte der Kinder posttraumatische Symptome (45%, Mirza et al., 1998; 50% Meiser-Stedman et al., 2008) gefunden. Schwere posttraumatische Symptome zeigten sich in einer anderen Studie bei 12,2% der Kinder zwei Monate nach einem Verkehrsunfall (Wittmann et al., 2012). Bei einer Betrachtung von Kindern nach Unfällen verschiedenster Art, wie Verkehrsunfälle, Hundeattacken, Sportunfälle, Stürze und Verbrennungen, wurden nach einem Monat bei 10% der Kinder schwere posttraumatische Symptome gefunden (Kenardy, Spence & Macleod, 2006).

Für den Zeitpunkt von sechs Monaten nach einem Verkehrsunfall wurden erhebliche posttraumatische Symptome immer noch bei ca. 9% - 13% der Kinder festgestellt (9,1 % (Wittmann et al., 2012; 12% (Mirza, 1998); 13,3% (Meiser-Stedman et al., 2008)). Bei schwer verletzten Kindern nach Verkehrsunfällen stellten De Vries et al. (1999) bei 25% nach über

sechs Monaten eine Posttraumatische Belastungsstörung fest. Bei einer Untersuchung von Kindern nach Verkehrs- und Brandunfällen wurden nach sechs Monaten bei 23% schwere posttraumatische Symptome bemerkt (Kramer, Hertli & Landolt, 2013). Bei Verbrennungsopferten wurden 13,2% (Graf, Schiestl & Landolt, 2011) gefunden. Bei wiederum einer Betrachtung von Kindern nach Unfällen verschiedenster Art, wie Verkehrsunfälle, Hundeattacken, Sportunfälle, Stürze und Verbrennungen, wurden nach sechs Monaten bei 9% der Kinder schwere posttraumatische Symptome festgestellt (Kenardy, Spence & Macleod, 2006). Ähnliches, nämlich 9,2%, zeigte sich in einer anderen Studie, welche Kinder nach Unfällen mit unterschiedlichen Ursachen betrachtete (Gigengack et al., 2015).

Die Zahlen lassen vermuten, dass die Belastung und Betroffenheit von Kindern weniger mit der Unfallart zu tun hat, sondern eher mit anderen Einflussfaktoren, wie beispielsweise dem Schweregrad der Verletzungen (De Vries et al., 1999; Rosenberg et al., 2015). Diese stehen in Verbindung mit möglichen Belastungsfaktoren wie Schmerzen, Krankenhausaufenthalte, langfristige Behandlungen und bleibende körperliche Auffälligkeiten.

Ebenfalls Einfluss auf Symptome, zumindest im kurz- und mittelfristigen Bereich, scheint die Tatsache zu haben, dass eine verwandte Person in das Unfallereignis involviert war. War dies bei Verkehrsunfällen der Fall, so zeigten Kinder schwerere posttraumatische Symptome sechs Wochen nach dem Unfall. Bei einem Vergleich nach sechs Monaten waren keine Unterschiede mehr sichtbar (Mirza, 1998).

Wie erwähnt, hat auch die Belastung der Eltern Einfluss auf die kindliche Traumaverarbeitung und damit auf die Betroffenheit und Belastung des Kindes (Cohen & Mannarino, 1996b; King et al., 2000; Foa, Keane & Friedman, 2000; Appleyard & Osofsky, 2003; Graf, Schiestl & Landolt, 2011; De Young et al., 2014; De Young, Hendrikz, Kenardy, Cobham, & Kimble, 2014; Willebrand & Sveen, 2016; Marthe et al., 2016; Wittmann et al., 2017).

Des Weiteren gilt der Verlust von Familienmitgliedern als Risikofaktor für langfristige posttraumatische Symptome (Goenjian et al., 1994; Goenjian et al., 1995; Husain et al., 1998). In einem Vergleich zeigte sich beispielsweise, dass Kinder, die im Schnitt 3,5 Jahre zuvor einen Elternteil verloren hatten, signifikant mehr posttraumatische Symptome zeigten als jene, welche 1,5 Jahre zuvor ein Großschadensereignis erlebt hatten (Stoppelbein, 2000).

Schließlich hat auch das Ausmaß künftiger Konfrontationen mit Objekten oder Orten, die mit dem Ereignis zu tun haben, Einfluss auf die Belastung. So ist das Risiko einer längerfristigen Belastung beispielsweise höher für ein Kind, das einen Autounfall erlebt hat und weiter regelmäßig mit einem Auto mitfahren muss, als für ein Kind das beim Kirschenpflücken von der Leiter fällt, die einmal im Jahr aufgestellt wird. Ebenfalls Einfluss hat das Ausmaß an sensorischen Eindrücken, die mit dem Unfallereignis in Zusammenhang stehen. Werden beispielsweise mit dem Erlebnis Gerüche von Benzin oder verbranntem Fleisch in Verbindung gebracht, so hat das Kind ein erhöhtes Risiko, im künftigen Alltag durch ähnliche Gerüche wieder an den Unfall erinnert zu werden.

7. Zusammenfassung

Das Erleben von Unfällen bringt sowohl für Kinder als auch für deren Eltern eine Vielzahl an Belastungsfaktoren mit sich. Als Folge können posttraumatische Symptome sowohl bei Kindern als auch deren Eltern entstehen. In der Mehrheit der Fälle lassen die Symptome nach einiger Zeit nach, ein beachtlicher Anteil sowohl von Kindern als auch von Eltern leidet aber noch langfristig darunter.

Im Hinblick auf posttraumatische Symptome ist es wichtig, auf die ganze Bandbreite an Symptomen zu achten und nicht nur voll auf ausgeprägte Diagnosen, wie beispielsweise die Posttraumatische Belastungsstörung (Alisic et al., 2008). Denn auch Symptome, die unterhalb der Diagnose PTBS sind, können für Betroffene in hohem Maß Beeinträchtigung und Leiden bedeuten (Carrion et al., 2002).

Zu den wichtigsten Einflussfaktoren im Zusammenhang mit dem Erleben von Belastung und in der Folge der Entwicklung von Symptomen zählt die subjektive Bewertung des Ereignisses (Landolt, 2003; Landolt, 2017). Deshalb ist das Thema Schuldgefühle bedeutsam. Schuldgefühle sind sowohl bei Kindern als auch deren Eltern eine häufige Folge. Dabei geht es in der Mehrzahl der Fälle nicht um faktische Schuld im Sinne von tatsächlicher Verursachung des Ereignisses, sondern um konzeptionelle Schuld, die ihren Ursprung in zum Teil irrationalen Selbstvorwürfen hat.

Je schwerer unfallbedingte Verletzungen sind, desto größer ist die Belastung für das Kind (De Vries et al., 1999; Rosenberg et al., 2015). Denn je nach Verletzungsgrad können für Kinder zusätzlich zum Verarbeiten des Unfallereignisses Belastungsfaktoren wie Schmerzen, Krankenhausaufenthalte, langfristige Behandlungsmaßnahmen oder bleibende körperliche Auffälligkeiten hinzukommen. Wenn als Folge des Unfalles körperliche Besonderheiten bleiben, wie Narben, Fehlbildungen, Amputationen oder Bewegungseinschränkungen, so hat das Kind die Aufgabe, seinen veränderten Körper zu akzeptieren und anzunehmen. In diesem Zusammenhang sind Faktoren wie Ausmaß und Sichtbarkeit der Narbe, der familiäre Umgang mit der Veränderung (Landolt, 2017) sowie Reaktionen der Umwelt (Masnar et al., 2012) von Bedeutung.

Bei der Unterstützung von Kindern nach Unfallereignissen sollte nicht nur auf Betreuung der Kinder der Fokus gelegt werden. Die Beratung und gegebenenfalls Behandlung der Eltern ist ebenso wichtig. Da sich das Wohlbefinden der Eltern auf das Wohlbefinden des Kindes und dessen Symptomentwicklung auswirkt (Cohen & Mannarino, 1996b; King et al., 2000; Foa, Keane & Friedman, 2000; Appleyard, Osofsky, 2003; Graf, Schiestl & Landolt, 2011; De Young et al., 2014; De Young, Hendrikz, Kenardy, Cobham, & Kimble, 2014; Willebrand & Sveen, 2016; Marthe et al 2016), ist ein Einbeziehen der Eltern für die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit des Kindes von großer Bedeutung (Copping et al., 2001; King et al., 2000; Graf, Schiestl & Landolt, 2011).

Aufgrund dessen, dass anfängliches Copingverhalten von Kindern großen Einfluss auf späteres, langfristiges Coping hat, ist es wichtig, früh aktives und positives Coping zu fördern (Huzziff & Ronan, 1999). Ganz allgemein gilt, dass eine frühzeitige Intervention und Unterstützung von Betroffenen in Bezug auf den Umgang mit traumatischen Erlebnissen von großer Bedeutung ist und auch immer mehr erkannt wird (Goenjian et al., 1995; Stein & Eisen, 1996; Hordvic, 1997; Bryant & Harvey, 1998; Bryant et al., 1999; Turnbull & McFarlane, 2000; Foa, Keane & Friedman, 2000; Litz, Gray, Bryant & Adler, 2002; Carrion et al., 2002; Landolt, 2004). Im Hinblick auf das Unfallgeschehen bei Kindern bedeutet dies, dass früh ein genaues Augenmerk auf die Betroffenheit des Kindes sowie dessen Umfeld, insbesondere der Eltern und Geschwister, gelegt werden soll, um gegebenenfalls durch professionelle notfallpsychologische Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen Unterstützung bei der Bewältigung des Ereignisses zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

Aaron J., Zaglul H. and Emery R. (1999) Posttraumatic Stress in Children Following Acute Physical Injury. In: *Journal of Pediatric Psychology*, 1999, Vol 24, No 4, pp 335-343

Alisic E, van der Schoot TA, van Ginkel JR, Kleber RJ., Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. In: *J Clin Psychiatry*, 2008 Sep;69(9):1455-61.

Arnberg Filip K, Rydelius Per-Anders, Lundin Tom, A longitudinal follow-up of posttraumatic stress: from 9 months to 20 years after a major road traffic accident. In: *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2011; 5: 8.

Bellis Mark A., Hardcastle Katie, Ford Kat, Hughes Karen, Ashton Kathryn, Quigg Zara, Butler Nadia, Does continuous trusted adult support in childhood impart life- course resilience against adverse childhood experiences - a retrospective study on adult health-harming behaviours and mental well-being . In: *BMC Psychiatry*, 2017; 17: 110.

Blanchard EB, Hickling EJ, Forneris CA, Taylor AE, Buckley TC, Loos WR, Jaccard J., Prediction of remission of acute posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. In: *J Trauma Stress*, 1997, Vol 10, No 2, pp 215-34

Copping, V.E., Warling, D.L., Benner, D.G., & Woodside, D.W., A child trauma treatment pilot study. In: *Journal of Child and Family Studies*, 2001, Vol 10, pp 467-475

Carrion Victor G., Weems Carl F., Ray Rebecca, Reiss Allan L., Toward an Empirical Definition of Pediatric PTSD: The Phenomenology of PTSD Symptoms in Youth. In: *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*; 2002, Vol 41, No 2

Cortes A., Saltzman K., Weems C., Regnault H., Reiss A., Carrion V., Development of anxiety disorders in a traumatized pediatric population: A preliminary longitudinal evaluation. In: *Child Abuse & Neglect*, 2005, Vol 29, pp 905-914

de Vries AP, Kassam-Adams N, Cnaan A, Sherman-Slate E, Gallagher PR, Winston FK, Looking beyond the physical injury: posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. In: *Pediatrics*, 1999, Dec; 104(6):1293-9.

De Young AC, Hendrikz J, Kenardy JA, Cobham VE, Kimble RM., Prospective evaluation of parent distress following pediatric burns and identification of risk factors for young child and parent posttraumatic stress disorder. In: *J Child Adolesc Psychopharmacol.*, 2014 Feb; 24(1):9-17.

Di Gallo A1, Barton J, Parry-Jones WL., Road traffic accidents: early psychological consequences in children and adolescents. In: *Br J Psychiatry*, 1997 Apr; 170:358-62.

DSM-5 - Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Deutsche Ausgabe; Hogrefe Verlag; 2014.

Ehlers A., Mayou RA, Bryant B., Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study. In: Behav Res Ther., 2003, Vol 41, No 1, pp 1-10

Eidlitz-Markus T, Shuper A, Amir J., Secondary enuresis: post-traumatic stress disorder in children after car accidents. In: Isr Med Assoc J., 2000 Feb; 2(2):135-7.

Egberts Marthe R., van de Schoot Rens, Boekelaar Anita, Hendrickx Hannelore, Geenen Rinie, and Van Loey Nancy E. E., Child and adolescent internalizing and externalizing problems 12 months postburn: the potential role of preburn functioning, parental posttraumatic stress, and informant bias. In: Eur Child Adolesc Psychiatry, 2016; 25: 791–803.

Figley Ch., Psychological Debriefing, Troubled Children, and Homophobia: Toward a Multidisciplinary, Multidimensional Field of Traumatology. In: Traumatology, 1998, Vol 4, No 2, Article 4

Frommberger UH, Stieglitz RD, Nyberg E, Schlickewei W, Kuner E, Berger M., Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. In: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci., 1998, Vol 248, No 6, pp 316-321

Foa, Edna B, Keane, Terence M, Friedman, Matthew, Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. In: Guilford Press, 2000, pp 1-17

Foa Edna B., Keane Terence M., Friedman Matthew J., Guidelines for Treatment of PTSD. In: Journal of Traumatic Stress, 2000, Vol 13, No 4, pp 540 ff.

Frommberger UH, Stieglitz RD, Nyberg E, Schlickewei W, Kuner E, Berger M., Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study. In: road traffic accident victims. In: Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci., 1998, Vol 248, No 6, pp 316-321.

Garrison CZ, Bryant ES, Addy CL, Spurrier PG, Freedy JR, Kilpatrick DG., Posttraumatic stress disorder in adolescents after Hurricane Andrew. In: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995, Vol 34, No 9, pp 1193-1201.

Goldbeck, Jesen, The Diagnostic Spectrum of Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents in Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders. In: Children and Adolescents herausgegeben von Markus A. Landolt, Marylène Cloitre, Ulrich Schnyder, Springer 2017.

Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM, Najarian LM, Asarnow JR, Karayan I, Ghurabi M, Fairbanks LA., Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. In: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995, Vol 34, No 9, pp 1174-1184.

Graf A, Schiestl C, Landolt MA. Posttraumatic stress and behavior problems in infants and toddlers with burns. In: J Pediatr Psychol. 2011 Sep;36(8):923-31.

Gigengack MR, van Meijel EP2, Alisic E, Lindauer RJ., Comparing three diagnostic algorithms of posttraumatic stress in young children exposed to accidental trauma: an exploratory study. In: Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 2015, May 13;

Haag Ann-Christin, Zehnder Daniel, Landolt Markus A., Guilt is associated with acute stress symptoms in children after road traffic accidents. In: Eur J Psychotraumatol., 2015; 6:

Haag AC, Landolt MA, Young Children's Acute Stress After a Burn Injury: Disentangling the Role of Injury Severity and Parental Acute Stress. In: J Pediatr Psychol., 2017, Mar 18.

Herbert Martin, Posttraumatische Belastung. Verlag Hans Huber Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1999.

Hiller RM, Halligan SL, Ariyanayagam R, Dalglish T, Smith P, Yule W, Glucksman E, Watson P, Meiser-Stedman R., Predictors of Posttraumatic Stress Symptom Trajectories in Parents of Children Exposed to Motor Vehicle Collisions.. In: J Pediatr Psychol., 2016 Jan-Feb;41(1):108-16.

Hordvic Elin, Was ist ein psychisches Trauma in Kindheit und Trauma. Vandenhoeck und Ruprecht, 1997.

Huzziff Caryl A, Ronan Kevin R, Prediction of Children's Coping Following a Natural Disaster - the Mount Ruapehu Eruptions: A prospective study. In: The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 1999, Volume: 1.

Kenardy Justin A., Spence Susan H., Macleod Alexandra C., Screening for Posttraumatic Stress Disorder in Children After Accidental Injury. In: Pediatrics, Vol 118, Number 3, September 2006 .

Keppel-Besnon J., Ollendick T., Benson M., Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2002, Vol 43, No 2, pp 203-212.

King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T.H., Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000, Vol 39, pp 1347-1355.

Koplewicz Harold S., Vogel Juliet M., Solanto Mary V., Morrissey Richard F., Alonso Carmen M., Abikoff Howard, Gallagher Richard and Novick Rona M., Child and Parent Response to the 1993 World Trade Center Bombin. In: Journal of Traumatic Stress, 2002, Vol 15, No 1, pp 77-85.

- Kramer Didier N., Hertli Matthias B., Landolt Markus A., Evaluation of an Early Risk Screener for PTSD in Preschool Children After Accidental Injury. In: Pediatrics, Volume 132, Number 4, October 2013.
- Kramer Didier N., Landolt Markus A., Early psychological intervention in accidentally injured children ages 2–16: a randomized controlled trial,. In: Eur J Psychotraumatol. 2014; 5.
- La Greca A, Silverman WK, Vernberg EM, Prinstein MJ, Symptoms of post- traumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. In: J Consult Clin Psychol., 1996, Vol 64, No 4, pp 712-23.
- Landolt, Markus A., Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter in Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52, 2003, 2, S. 71-87
- Landolt M., Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen, Hogrefe, 2012.
- Landolt M. A., Psychologische Aspekte in Plastische Chirurgie bei Kindern, Hrsg Clemens Schiestl, G.Björn Stark, Yvonne Lenz, Kathrin Neuhaus, Springer Verlag 2017.
- Lerner Melvin, The Belief in a Just World: A Fundamental Delusion; Springer Science and Business Media, New York, 1980.
- Litz Brett T., Gray Matt J., Bryant Richard A. & Adler Amy B., Early Intervention for Trauma: Current Status and Future Directions. In: Clinical Psychology: Science and Practice, 2002, Vol 9, No 2, pp 112-134.
- Li Q, Alonge O, Hyder AA, Children and road traffic injuries: can't the world do better?. In: Arch Dis Child, 2016 Nov; 101(11):1063-1070.
- Lutz Wittmann, Daniel Zehnder, Oskar G. Jenni, Markus A. Landolt Predictors of children's sleep onset and maintenance problems after road traffic accidents. In: Eur J Psychotraumatol., 2012; 3.
- Maio G., Ästhetische Maßnahmen bei Minderjährigen – eine ethische Annäherung in Plastische Chirurgie bei Kindern, Hrsg Clemens Schiestl, G.Björn Stark, Yvonne Lenz, Kathrin Neuhaus, Springer Verlag 2017
- Masnari O, Landolt MA, Roessler J, Weingaertner SK, Neuhaus K, Meuli M, Schiestl C., Self- and parent-perceived stigmatisation in children and adolescents with congenital or acquired facial differences. In: J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012 Dec;65(12):1664-70.
- Masnari O, Schiestl C, Rössler J, Gütlein SK, Neuhaus K, Weibel L, Meuli M, Landolt MA., Stigmatization predicts psychological adjustment and quality of life in children and adolescents with a facial difference. In: J Pediatr Psychol. 2013 Mar; 38(2):162-72.

- Mayou RA, Ehlers A, Bryant B, Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. In: *Behav Res Ther.*, 2002, Vol 40, No 6, pp 665-675.
- Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E, Yule W, Dalgleish T., The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. In: *Am J Psychiatry*, 2008 Oct; 165 (10):1326-37.
- Meiser-Stedman R, McKinnon A, Dixon C, Boyle A, Smith P, Dalgleish T, Acute stress disorder and the transition to posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Prevalence, course, prognosis, diagnostic suitability, and risk markers. In: *Depress Anxiety*, 2017 Apr; 34(4):348-355.
- Melnyk BM, Alpert-Gillis LJ, Hensel PB, Cable-Beiling RC, Rubenstein JS, Helping mothers cope with a critically ill child: a pilot test of the COPE intervention. In: *Res Nurs Health*. 1997 Feb; 20(1):3-14.
- Melnyk BM, Alpert-Gillis L, Feinstein NF, Crean HF, Johnson J, Fairbanks E, Small L, Rubenstein J, Slota M, Corbo-Richert B., Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. In: *Pediatrics*. 2004 Jun;113(6).
- Mikolajewski AJ, Scheeringa MS, Weems CF, Evaluating Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Posttraumatic Stress Disorder Diagnostic Criteria in Older Children and Adolescents. In: *J Child Adolesc Psychopharmacol.*, 2017 May; 27(4):374-382.
- Mirza KA, Bhadrinath BR, Goodyer IM, Gilmour C., Post-traumatic stress disorder in children and adolescents following road traffic accidents. In: *The British Journal of Psychiatry*, 1998, 172: 443-447.
- Nelson LP, Gold JL., Posttraumatic stress disorder in children and their parents following admission to the pediatric intensive care unit: a review. In: *Pediatr Crit Care Med.*, 2012 May; 13(3):338-47.
- Osterman Janet E. and Chemtob Claude M., Emergency Intervention for Acute Traumatic Stress. In: *Psychiatric Services*, 1999, Vol 50, pp 739-740.
- Pan R, Dos Santos BD, Nascimento LC, Rossi LA, Geenen R, Van Loey NE, School reintegration of pediatric burn survivors: An integrative literature review. In: *Burns*, 2017 Jun 14.
- Rosenberg Marta, Mehta Neha, Rosenberg Laura, Ramirez Maribel, Meyer Walter J., Herndon David N., Andersen Clark R., Thomas Christopher, Immediate and long-term psychological problems for survivors of severe pediatric electrical injury. In: *Burns*, 41, 2015, 1823–183.

- Pynoos S. Robert, Nader Kathi (1988) Psychological First Aid and Treatment Approach to Children Exposed to Community Violence: Research Implications. In: Journal of Traumatic Stress, 1988, Vol.1, No 4, pp 445-473.
- Pynoos R., Steinberg A. & Goenjin A., Traumatische Belastungen in Kindheit und Jugendalter. In: Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze, van der Kolk B., McFarlane A., Weisaeth Lars (Hrsg.) Junfermann Verlag Paderborn 2000.
- Rosenberg Marta, Mehta Neha, Rosenberg Laura, Ramirez Maribel, Meyer III Walter J., Herndon David N., Andersen Clark R., Thomas Christopher, Immediate and long-term psychological problems for survivors of severe pediatric electrical injury. In: Burns, 41, 2015, 1823–1830 .
- Schäfer I, Barkmann C, Riedesser P, Schulte-Markwort M., Posttraumatic syndromes in children and adolescents after road traffic accidents - a prospective cohort study. In: Psychopathology. 2006; 39(4):159-64.
- Stanković M, Grbesa G, Kostić J, Simonović M, Milenković T, Visnjić A., A preview of the efficiency of systemic family therapy in treatment of children with posttraumatic stress disorder developed after car accident. In: Vojnosanit Pregl., 2013 Feb; 70(2):149-54.
- Silva R, Cloitre M., Davis L., Levitt J., Gomez S., Ngai I. and Brown E., Early intervention with traumatized children. In: Psychiatric Quarterly, 2003, Vol 74, No 4.
- Stein Emily & Eisen Barbara, Helping Trauma Survivors cope: Effects of immediate Brief Co-therapy and Crises Intervention. In: Crises Intervention, 1996, Vol 3, pp 113-117.
- Stoppelbein L, Posttraumatic Stress Symptoms in Parentally Bereaved Children and Adolescents. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000.
- Terr Lenore C., Bloch Daniel A., Beat Michel A., Hong Shi, Reinhard John A., Metayer SuzAnne, Children's Symptoms in the Wake of Challenger: A Field Study of Distant-Traumatic Effects and an Outline of Related Conditions. In: Am J Psychiatry, 1999, Vol (156) pp 1536-1544.
- Turnbull Gordon & McFarlane Alexander, Akut-Behandlungsformen In: Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze, van der Kolk B., McFarlane A., Weisaeth Lars (Hrsg.) Junfermann Verlag Paderborn 2000.
- Ungar M, Brown M, Liebenberg L, Othman R, Kwong WM, Armstrong M, Gilgun J., Unique pathways to resilience across cultures. In: Adolescence. 2007 Summer; 42(166):287-310.
- Vernberg, E.M. & Vogel, J., Interventions with children after disasters. In: Journal of Clinical Child Psychology, 1993, Vol 22, pp 484-498.
- Willebrand M, Sveen J, Injury-related fear-avoidance and symptoms of posttraumatic stress in parents of children with burns. In: Burns, 2016 Mar;42(2):414-20.

Williams Joah L., Rheingold Alyssa A., Knowlton Alice W., Saunders Benjamin E., Kilpatrick Dean G., Associations Between Motor Vehicle Crashes and Mental Health Problems: Data From the National Survey of Adolescents-Replication. In: Trauma Stress, 2015 Feb; 28(1): 41–48.

Winston FK, Kassam-Adams N, Vivarelli-O'Neill C, Ford J, Newman E, Baxt C, Stafford P, Cnaan A., Acute stress disorder symptoms in children and their parents after pediatric traffic injury. In: Pediatrics, 2002 Jun;109(6).

Winston FZ, Baxt C, Kassam-Adams NL, Elliott MR, Kallan MJ., Acute traumatic stress symptoms in child occupants and their parent drivers after crash involvement. In: Arch Pediatr Adolesc Med., 2005 Nov;159(11):1074-9.

Winston Robert, Chicot Rebecca, The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. In: London J Prim Care (Abingdon), 2016; 8(1): 12–14.

Wittmann Lutz, Zehender Daniel, Jenni Oskar G., Landolt Markus A., Predictors of children's sleep onset and maintenance problems after road traffic accidents. In: Eur J Psychotraumatol., 2012; 3.

Wolf Verena, Die Bedeutung von Information als wichtiges Element des psychoedukativen Ansatzes in der notfallpsychologischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: Psychologie in Österreich, Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.), 2000; 5.

Wolf Verena, Notfallpsychologische Akutintervention bei Kindern und jungen Jugendlichen nach traumatischen Unfallereignissen. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktorin der Naturwissenschaften, eingereicht an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Innsbruck, Juni 2007.

Wolfe David E., Sas Louise & Wekerle Christine, Factors associated with the development of Posttraumatic Stress disorder among victims of sexual abuse. In: Child Abuse & Neglect, 1994, Vol 18, pp 37-50.

Wurzer P, Forbes AA, Hundeshagen G, Andersen CR, Epperson KM, Meyer WJ, Kamolz LP, Branski LK, Suman OE, Herndon DN, Finnerty C., Two-year follow-up of outcomes related to scarring and distress in children with severe burns. In: Disabil Rehabil. 2017 Aug; 39(16):1639-1643.



KFV (Kuratorium für Verkehrssicherheit)

Schleiergasse 18

1100 Wien

T +43-(0)5 77 0 77- 0

F +43-(0)5 77 0 77-1186

E-Mail kfv@kfv.at

www.kfv.at

Medieninhaber und Herausgeber: Kuratorium für Verkehrssicherheit

Verlagsort: Wien

Herstellung: Eigendruck

Foto: Adobe Stock

Copyright: © Kuratorium für Verkehrssicherheit, Wien. Alle Rechte vorbehalten.

SAFETY FIRST!