

Studien

Vorhersagbarkeit posttraumatischer Belastung bei Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Ereignissen in der Schule

Barbara Frühe¹, Tarja Tuulikki Kultalahti¹,
Hans-Joachim Röthlein² und Rita Rosner¹

¹ Department Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München

² Staatliches Schulamt im Landkreis Freising

Zusammenfassung. Traumatische Ereignisse im schulischen Kontext treten vergleichsweise häufig auf. So ist die Bestimmung von Kindern und Jugendlichen, die aktuell und auch zu einem späteren Zeitpunkt einer psychologischen Betreuung bedürfen, im Rahmen der Fürsorgepflicht notwendig. 48 Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren wurden in der Schule zu zwei Messzeitpunkten zur akuten und posttraumatischen Symptomatik sowie zu verschiedenen Risikofaktoren befragt. Verwendet wurde die neu entwickelte Checkliste zur Akuten Belastung (CAB) und die deutsche Version des University of Los Angeles at California Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA CPTSD-RI). Eine Woche nach dem Ereignis betrug der Anteil klinisch bedeutsamer Belastung 21% und nach 10–15 Wochen 10%. Ein mittlerer Zusammenhang zwischen akuter und posttraumatischer Belastung konnte nachgewiesen werden. Als bedeutsame Risikofaktoren für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastung stellten sich der Konfrontationsgrad, peritraumatisch erlebte Angst sowie akute Beeinträchtigung heraus. Im Kontext der Betreuung betroffener Jugendlicher nach traumatischen Ereignissen sollte den Risikofaktoren mehr Beachtung geschenkt werden.

Schlüsselwörter: Akute Belastungsstörung (ABS), Posttraumatische Belastungsstörung (PTB), Vorhersagbarkeit, Risikofaktoren, Jugendliche

Prediction of posttraumatic stress in children and adolescents after traumatic events at school

Abstract. Traumatic events at school are not unusual. Therefore it is necessary to identify children and adolescents who require immediate or delayed additional support. 48 pupils aged between 12 and 17 years were assessed at school on two occasions for acute and posttraumatic stress and a number of risk factors. Assessment tools were the Checklist of Acute Stress Symptoms (Checkliste zur Akuten Belastung, CAB) and the University of Los Angeles at California Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA CPTSD-RI). 21% of pupils reported clinically significant stress symptoms 1 week after the event and 10% after 10–15 weeks. Results yielded a moderate association between acute and posttraumatic stress symptoms. Further risk factors for developing posttraumatic stress were the level of exposure, peritraumatic anxiety, acute distress, and functional impairment. In the aftercare of school-related traumatic events, risk factors along with symptoms should be observed more closely.

Key words: acute stress disorder (ASD), posttraumatic stress disorder (PTSD), prediction, risk factors, adolescents

Traumatische Ereignisse in der Schule häufen sich. Während spektakuläre Vorfälle wie die Amokläufe in Freising, Erfurt oder Emsdetten öffentliches Interesse erregen, stehen in der alltäglichen Arbeit an Schulen vermehrt Unfalltode, Suizide, Suiziddrohungen oder Morddrohungen im Vordergrund. Bisherige Arbeiten zeigen, dass auch weniger unmittelbar betroffene Schüler nach solchen Ereignissen mit posttraumatischer Symptomatik reagieren können. Das in der Folge des Amoklaufes von Freising gegründete Kriseninterventions- und Bewältigungsteam Bayerischer Schulpsychologinnen und Schulpsychologen (KIBBS) verzeichnete in den Jahren von 2005 bis 2007

ca. 60 Einsätze pro Jahr. Um die Betreuung betroffener Kinder und Jugendlicher zu verbessern, ist es nötig, zeit- und ressourcenökonomische Screeningverfahren zu entwickeln, die es ermöglichen symptomatische Schüler möglichst früh zu erkennen und ihnen dann letztendlich eine intensivere Betreuung zukommen zu lassen. So wurden in den letzten Jahren eine frühzeitige Diagnostik sowie die gezielte Fürsorge behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher empfohlen, da eine breit angelegte Krisenintervention möglicherweise die Gefahr einer späteren Verschlechterung im Befinden in sich birgt (Landolt, Vollrath, Ribi et al., 2003; Steil & Füchsel, 2005).

Generell sind in Deutschland mehr als 20% der Kinder und Jugendlichen von traumatischen Erlebnissen betroffen, wobei rund 7% derjenigen, die ein Ereignis berichten, eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) entwickeln (Essau, Conradt & Petermann, 1999; Perkonig et al., 2000). Eine PTB kann gemäß DSM-IV-TR frühestens nach einem Monat diagnostiziert werden. Um jedoch unmittelbare Belastungsreaktionen feststellen und eine PTB vorhersagen zu können, wurde im DSM-IV die Diagnose einer Akuten Belastungsstörung (ABS) eingeführt (APA, 1994). Das akute Störungsbild beinhaltet neben der posttraumatischen Symptomtrias Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal auch dissoziative Symptome, mit einer Symptombdauer von zwei bis 28 Tagen (APA, 1994). Einen Zusammenhang zwischen der Ausprägung der akuten und posttraumatischen Belastung bei Kindern und Jugendlichen konnten verschiedene Forschungsgruppen nachweisen (Daviss et al., 2000; Fein et al., 2002; Kassam-Adams & Winston, 2004; Meiser-Stedman et al., 2007; Meiser-Stedman et al., 2005). Ausreichende Belege für die einzigartige Vorhersagekraft der kategorialen ABS-Diagnose für die Entwicklung einer späteren PTB fehlen allerdings (Kassam-Adams & Winston, 2004; Meiser-Stedman et al., 2005). Aktuell wird daher der Sinn dieser diagnostischen Kategorie diskutiert. Für die Vorhersage einer PTB ist damit zunehmend die Untersuchung weiterer Schutz- und Risikofaktoren notwendig. Einen Überblick über 55 Veröffentlichungen zu Risikofaktoren einer posttraumatischen Belastung bei Kindern und Jugendlichen liefern Kultalahti und Rosner (2008): Besonderen Einfluss zeigten demnach die prätraumatischen Variablen weibliches Geschlecht und vorher bestehende psychische Morbidität, die peritraumatischen Variablen hoher Konfrontationsgrad, Lebensgefahr, Verlust von Personen und Ressourcen sowie emotionale Reaktionen und die posttraumatischen Variablen ABS, posttraumatische Komorbidität, ungünstige Bewältigungsstrategien, geringe soziale Unterstützung, PTB-Belastung der Eltern und eine Häufung kritischer Lebensereignisse.

Die vorliegende Pilotstudie hat das Ziel, die posttraumatische Belastung zeitökonomisch im schulischen Kontext mithilfe einer Kombination aus akuter Belastung sowie Risiko- und Schutzfaktoren erfassen und vorherzusagen.

Methode

Stichprobe

48 Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren nahmen an der Studie teil (58,3% Mädchen und 41,7% Jungen). Es handelte sich um 18 präadoleszente Hauptschüler (37,5%), die indirekt von einem Mordfall in der

Familie eines Mitschülers betroffen wurden und 30 jugendliche Gymnasiasten (62,5%), die von einem Mitschüler mit einem detailliert geplanten Amoklauf bedroht worden waren.

Durchführung

Die Datenerhebung erfolgte in den jeweiligen Schulklassen über die Mitarbeiter des KIBBS. Diese speziell für Krisensituationen ausgebildeten Schulpsychologen und -psychologinnen suchten die betroffenen Schulklassen auf, um mit den Schülern im Klassenverbund über den Vorfall zu sprechen. Im Anschluss wurde die Checkliste zur Akuten Belastung (CAB) ausgefüllt, wobei danach den besonders stark beeinträchtigten Heranwachsenden noch Einzelgespräche angeboten wurden. Die akute Belastung wurde innerhalb der ersten Woche nach dem Vorfall gemessen und die posttraumatische Belastung zwischen zehn und 15 Wochen später.

Instrumente

Akute Belastung. Die CAB (Frühe, 2007) besteht aus 39 Items. Neben den demografischen Merkmalen erfassen 26 Fragen die ABS-Symptome und weitere 13 Fragen verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren; es werden die Symptome der ABS-Diagnose nach DSM-IV-TR erfragt. Dabei ist ein Symptom erfüllt, wenn es auf der dreistufigen Likert-Skala (0 = nie/stimmt nicht, 1 = manchmal/stimmt etwas, 2 = oft/stimmt genau) den maximalen Wert von 2 aufweist. Um eine subsyndromale akute Ausprägung handelt es sich, wenn alle Kriterien mit Ausnahme der Dissoziation vorliegen. Für die Symptomitems beträgt Cronbachs Alpha $\alpha = .82$. In einer Faktorenanalyse der Symptomitems erklären fünf Faktoren 47,3% der Varianz.

Posttraumatische Belastung. Die deutsche Übersetzung des *University of Los Angeles at California Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA CPTSD-RI)* (Ruf, 2006) wurde in der Fragebogenversion verwendet und enthält 39 Fragen (32 Symptomitems zu Konfrontation und posttraumatischen Belastung, 7 Items zu Risiko- und Schutzfaktoren). Jedes Symptomitem entspricht einem Symptom der PTB-Diagnose nach DSM-IV. Ein Symptom ist gegeben, wenn es den maximal möglichen Wert auf der jeweiligen Antwortskala aufweist (Kriterium A2: 0 = nein, 1 = ja; Kriterium B–F: 0 = nie, 1 = manchmal, 2 = oft). Um ein subsyndromales posttraumatisches Störungsbild handelt es sich, wenn für jedes Kriterium mindestens ein Symptom vorliegt. Für 32 Symptomitems lag Cronbachs Alpha in unserer Stichprobe bei $\alpha = .93$.

Tabelle 1. ABS- und PTB-Belastungsprofil zu Messzeitpunkt 1 und 2

Symptomkriterien ABS	N (%)	M (SD)	Symptomkriterien PTB	N (%)	M (SD)
A2) sub. Erleben	40 (83,3%)	3,23 (1,57)	A2) sub. Erleben	23 (47,9%)	1,50 (1,7)
B) Dissoziation	42 (87,5%)	3,17 (1,62)			
C) Intrusion	30 (62,5%)	2,69 (2,30)	B) Intrusion	12 (25,0%)	1,19 (1,82)
D) Vermeidung	36 (75,0%)	3,21 (2,07)	C) Vermeidung	16 (33,3%)	1,67 (2,52)
E) Hyperarousal	29 (60,4%)	2,88 (2,72)	D) Hyperarousal	20 (41,7%)	1,79 (1,90)
F) Leiden & Beeinträcht.	11 (22,9%)	0,75 (1,14)	F) Leiden & Beeinträcht.	10 (20,8%)	.90 (1,06)
ASD Verdachtsdiagnose subsyndromal ^a	8 (16,7%)	–	PTSD Verdachtsdiagnose subsyndromal ^b	2 (4,2%)	–
ASD Verdachtsdiagnose vollständig	2 (4,2%)	–	PTSD Verdachtsdiagnose vollständig	3 (6,3%)	–

Anmerkungen: Cut-Off für ABS-Kriterien: A2 \geq 2, B \geq 6, C \geq 2, D \geq 2, E \geq 2, F \geq 2; Cut-Off für PTB-Kriterien: A2 \geq 2, B \geq 2, C \geq 6, D \geq 4, F \geq 2; ^a das Dissoziationskriterium ist nicht erfüllt, ^b jedes PTB-Symptomkriterium ist mit einem Summenwert \geq 2 erfüllt.

Risiko- und Schutzfaktoren. Die untersuchten Risiko- und Schutzfaktoren wurden sowohl mit der CAB als auch mit dem UCLA CPTSD-RI erhoben. Diese Merkmale können den Bereichen Prä-, Peri- und Posttrauma zugeordnet werden:

- **Prätrauma:** Alter, Geschlecht, Minoritätenstatus, sozioökonomischer Status, Familienform, Vortraumatisierung, soziale Kompetenz;
- **Peritrauma:** Konfrontationsgrad, subjektives Erleben, Angst;
- **Posttrauma:** ABS-Symptomschwere (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal), ABS Dissoziation, ABS Intrusion, ABS Vermeidung, ABS Hyperarousal, ABS Leiden & Beeinträchtigung, PTB Leiden & Beeinträchtigung, Schuldgefühle, Wut, Angst vor Retraumatisierung, soziale Einbettung, familiäre psychische Belastung.

Ergebnisse

Prävalenz der akuten und posttraumatischen Belastung

Zum ersten Messzeitpunkt zeigten zwei Schüler (4,2%) eine vollständige und acht Schüler (16,7%) eine subsyndromal entwickelte ABS. Insgesamt schienen somit zehn Heranwachsende (20,8%) von einer klinisch bedeutsamen akuten Belastung betroffen zu sein. Zum zweiten Messzeitpunkt wiesen zwei Schüler (4,2%) eine vollständig und drei Schüler (6,3%) eine subsyndromal entwickelte PTB auf. Damit litten fünf Kinder und Jugendliche (10,4%) an einer klinisch bedeutsamen posttraumatischen Belastung. Alle symptomatischen Kinder gehörten zur Gruppe der Hauptschüler. Ein Belastungsprofil zu beiden Messzeitpunkten findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 2. Korrelationen zwischen Risiko- und Schutzfaktoren und PTB-Symptomschwere

	Merkmale	PTB Symptomschwere
PRÄ	Alter	-.55**
	Minoritätenstatus	.32*
PERI	Konfrontationsgrad	.69**
	retrospektiv subjektives Erleben	.61**
	retrospektiv erinnerte Angst	.62**
POST	ABS Symptomschwere ^a	.49**
	ABS Symptomschwere subsyndromal ^b	.56**
	ABS Intrusion	.40**
	ABS Hyperarousal	.59**
	ABS Leiden & Beeinträchtigung	.46**
	PTB Leiden & Beeinträchtigung	.69**
	Schuldgefühle	.52**
Angst vor Retraumatisierung	.39**	
familiäre psychische Belastung	.29*	

Anmerkungen: ^a ABS-Symptomschwere = Dissoziation, Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal; ^b ABS-Symptomschwere subsyndromal = Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal; r = Pearson-Korrelationskoeffizient; * $p < .05$; ** $p < .01$.

Risiko- und Schutzfaktoren und PTB-Symptomschwere

Tabelle 2 vermittelt einen Überblick über die signifikanten Korrelationen zwischen den Risiko- und Schutzfaktoren und der PTB-Symptomschwere.

Tabelle 3. Ergebnis der hierarchischen Multiplen Regression zur Vorhersage PTB Symptomschwere

Merkmal	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	Teilkorrelation	adj. <i>R</i> ²
Model 1							.61*
Konfrontationsgrad	5,52	1,04	.53	5,30	.000	.48	
retrospektiv erinnerte Angst	1,98	.48	.41	4,11	.000	.38	
Model 2							.68*
Konfrontationsgrad	4,31	1,13	.41	3,83	.000	.32	
retrospektiv erinnerte Angst	1,78	.45	.37	3,92	.000	.33	
ABS Symptomschwere subs. ^a	.04	.14	.04	.30	.765	.03	
ABS Leiden & Beeinträchtr.	1,34	.57	.27	2,36	.023	.20	
Schuldgefühle	.097	1,12	.09	.87	.391	.07	

Anmerkungen: ^a ABS-Symptomschwere subsyndromal = Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal; ΔR^2 = Änderung in *R*²; $\Delta R^2 = .07^{**}$; * *p* < .05; ** *p* < .01.

Vorhersage der PTB-Symptomschwere

Anhand einer hierarchischen Regressionsanalyse wurde die Bedeutung der einzelnen Prädiktoren für die Vorhersage der PTB-Symptomschwere untersucht (s. Tab. 3). Dabei gingen in die Regressionsanalyse erst die peritraumatischen Merkmale Konfrontationsgrad und Angst und später die posttraumatischen Merkmale subsyndromale ABS-Symptomschwere (akute Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal), ABS Leiden und Beeinträchtigung sowie Schuldgefühle ein. Die subsyndromale Ausprägung der ABS-Symptomschwere wurde gewählt, da die Dissoziationssymptome kritisch diskutiert werden, sich in anderen Studien die subsyndromale ABS als besserer Prädiktor erwies (Kassam-Adams & Winston, 2004; Meiser-Stedman et al., 2005; 2007) und sich in dem hier vorliegenden Datensatz keine signifikante Korrelation zwischen Dissoziation und PTB-Symptomatik zeigte.

Insgesamt konnten 68% der posttraumatischen Varianz aufgeklärt werden, wobei der Beitrag der inkrementellen Varianz im zweiten Schritt lediglich 7% betrug. Es zeigte sich, dass hinsichtlich der Vorhersage posttraumatischer Belastung der Konfrontationsgrad, die retrospektiv erinnerte Angst sowie ABS Leiden und Beeinträchtigung signifikante Beiträge lieferten (s. Tab. 3).

Diskussion

Nur wenige Schüler entwickelten das Vollbild einer ABS und PTB. Dabei ist die Belastung nach traumatischen Ereignissen allein aufgrund der Prävalenz nicht zu unterschätzen: So konnte in empirischen Arbeiten gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche trotz deutlicher Beeinträchtigung die diagnostischen Kriterien einer PTB verfehlten (Bryant et al., 2004; Kassam-Adams & Winston, 2004). Folglich sind die Untersuchung einer subsyn-

dromalen Ausprägung und die Betrachtung auf dimensionaler Ebene notwendig (Carrion et al., 2002; Di Gallo, Barton & Parry-Jones, 1997).

Wie aus angloamerikanischen Studien bekannt (Daviss et al., 2000; Fein et al., 2002; Kassam-Adams & Winston, 2004; Meiser-Stedman et al., 2005), standen auch in der vorliegenden Arbeit die akute und posttraumatische Belastung moderat in Beziehung. Jedoch ist die Korrelation aufgrund der hohen Ähnlichkeit der beiden Konzepte zurückhaltend zu bewerten. Darüber hinaus war kein signifikanter Zusammenhang zwischen Dissoziation und der PTB-Symptomschwere nachzuweisen, was bereits Daviss und Kollegen (2000) feststellten. Dementsprechend bezweifeln einige Forscher die einzigartige Vorhersagekraft der kategorialen ABS-Diagnose, weshalb als Prädiktor einer posttraumatischen Belastung die subsyndromale ABS hervorgehoben wird (Kassam-Adams & Winston, 2004; Meiser-Stedman et al., 2005; 2007). Für die Vorhersage einer posttraumatischen Belastung sollten folglich weitere Risikofaktoren Berücksichtigung finden. So zeigten in der vorliegenden Arbeit die peritraumatischen Merkmale Konfrontationsgrad, retrospektiv berichtetes subjektives Erleben und retrospektiv erlebte Angst sowie die posttraumatischen Merkmale ABS Intrusion, ABS Hyperarousal, ABS Leiden und Beeinträchtigung, PTB Leiden und Beeinträchtigung sowie Schuldgefühle hohe Zusammenhänge mit der PTB-Symptomschwere. Als Prädiktor eignete sich in der Regressionsanalyse die Kombination aus Konfrontationsgrad, retrospektiv erfasste erlebte Angst sowie ABS Leiden und Beeinträchtigung, während die Merkmale ABS-Symptomschwere und Schuldgefühle nicht signifikant zu einer Verbesserung des Modells beitrugen. Dabei müssen die Interkorrelationen berücksichtigt werden: So ist anzunehmen, dass die Merkmale, die eine hohe Korrelation zur posttraumatischen Belastung aufweisen, sich für die Vorhersage eignen. Insbesondere ist dabei auf das posttraumatische Merkmal Schuldgefühle hinzuweisen.

Zusammengefasst ist die Aufmerksamkeit auf eine frühe Diagnostik sowie einer weiteren Erforschung der Risikofaktoren zu richten. Entgegen der bisher breit und unselektiv angelegten Krisenintervention, welche die hohe Gefahr der Verschlechterung im Befinden der Teilnehmer birgt, gilt es vielmehr, sich auf eine frühzeitige Identifikation von Risikogruppen zu konzentrieren (Landolt et al., 2003; Steil & Füchsel, 2005). Damit wird besonders im schulischen Kontext die Erfassung mit einem zeitökonomischen Screening bedeutend: Im Sinne der sekundären Prävention können identifizierte Risikokinder von einer gezielten, zeitnahen Intervention profitieren, um langfristige Beeinträchtigungen in ihrer Entwicklung zu vermeiden (Landolt et al., 2003).

Kritisch anzumerken ist, dass es sich bei der Stichprobe um eine gering belastete Gruppe überwiegend indirekt traumatisierter Kinder und Jugendlicher handelte. Daneben lässt der kleine Stichprobenumfang nach nur zwei verschiedenen traumatischen Ereignissen lediglich vorsichtige Schlüsse zu. Folglich wäre eine weitere Studie nach diversen traumatischen Ereignissen, mit einer höheren zu erwartenden ABS- und PTB-Prävalenz sowie einer größeren Stichprobe sinnvoll, um die vorliegenden Ergebnisse weiter untermauern zu können.

Literatur

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Bryant, B., Mayou, R., Wiggs, L., Ehlers, A. & Stores, G. (2004). Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Psychological Medicine*, 34, 335–346.
- Carrion, V. G., Weems, C. E., Ray, R. & Reiss, A. L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 166–173.
- Daviss, W. B., Mooney, D., Racusin, R., Ford, J., Fleischer, A. & McHugo, G. (2000). Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 569–575.
- Di Gallo, A., Barton, J. & Parry-Jones, W. L. (1997). Road traffic accidents: Early psychological consequences in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 170, 358–362.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 37–45.
- Fein, J. A., Kassam-Adams, N., Gavin, M., Huang, R., Blanchard, C. & Datner, E. (2002). Persistence of posttraumatic stress in violently injured youth seen in the emergency department. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 836–840.
- Frühe, B. (2007). *Checkliste zur Akuten Belastung – Diagnostik und Zusammenhang akuter und posttraumatischer Belastung bei Kindern und Jugendlichen*. Diplomarbeit, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Kassam-Adams, N. & Winston, F. K. (2004). Predicting child Posttraumatic Stress Disorder: The relationship between Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in injured children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 403–411.
- Kultalahti, T. T. & Rosner, R. (2008). Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 210–218.
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Ribi, K., Timm, K., Sennhauser, F. H. & Gnehm, H. E. (2003). Inzidenz und Verlauf posttraumatischer Belastungsreaktionen nach Verkehrsunfällen im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 184–192.
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Smith, P., Yule, W. & Glucksman, E. (2007). Diagnostic, demographic, memory quality and cognitive variables associated with Acute Stress Disorder in children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 65–79.
- Meiser-Stedman, R., Yule, W., Smith, P., Glucksman, E. & Dalgleish, T. (2005). Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1381–1383.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and Posttraumatic Stress Disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- Ruf, M. (2006). *University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index*. Unveröffentlichter Fragebogen, Universität Konstanz.
- Steil, R. & Füchsel, G. (2005). *Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ). Diagnostik der Akuten und der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

Barbara Frühe, Dipl.-Psych.

Tarja Tuulikki Kultalahti, Master of Education, Dipl.-Psych.

Prof. Dr. phil. Rita Rosner, Dipl.-Psych.

Department Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität
Leopoldstraße 13

80802 München

E-Mail: bfruehe@gmx.de

tarja.kultalahti@googlemail.com

rosner@psy.uni-muenchen.de

Hans-Joachim Röthlein, Dipl.-Schulpsych.

Staatliches Schulamt im Landkreis Freising

Landshuter Straße 31

85356 Freising

E-Mail: hans-j.roethlein@t-online.de