

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften**

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege & Management

**Dualer Studiengang Pflege (B.A.)**

Traumatisierung bei Kindern aufgrund sexuellen Missbrauchs  
- Professioneller Umgang in der psychiatrischen Pflege

## **Bachelorthesis**

Chiara Herden

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuende Prüferin: Prof. Petra Weber

Zweite Prüferin: Kathrin Dehning

Tag der Abgabe: 24.05.2017

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>II</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Ausgangslage und Grundbegriffe</b> .....	<b>3</b>
2.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	3
2.2	Sexueller Missbrauch .....	4
2.3	Trauma .....	5
<b>3</b>	<b>Traumatisierung aufgrund sexuellen Missbrauchs</b> .....	<b>6</b>
3.1	Epidemiologie .....	6
3.2	Risiko- und Schutzfaktoren.....	7
3.3	Entstehung und Verlauf .....	8
3.4	Folgen und Auswirkungen .....	12
<b>4</b>	<b>Professioneller Umgang mit traumatisierten Kindern aufgrund sexuellen Missbrauchs</b> .....	<b>16</b>
4.1	Anzeichen und Hinweise deuten .....	16
4.2	Leitfaden für die Gesprächsführung .....	18
4.3	Unterstützungsbereiche.....	20
4.4	Anforderungen an die Pflegekraft.....	26
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerung</b> .....	<b>30</b>
5.1	Zusammenfassung .....	30
5.2	Fazit und Ausblick.....	31
<b>III</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>IV</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>X</b>
<b>V</b>	<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>XVI</b>

## I **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Kapitel 3.3, S.10

„Verlauf einer psychischen Traumatisierung“

Hausmann, 2006: 44 nach Fischer und Riedesser, vereinfacht

## II Abkürzungsverzeichnis

ÄZB	Ärztliche Zentralbibliothek am Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf
Hrsg.	Herausgeber
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten (international classification of disease)
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
StGB	Strafgesetzbuch
UKE	Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# 1 Einleitung

In den letzten Jahren haben neue Missbrauchsskandale an kirchlichen sowie schulischen Einrichtungen nahezu täglich in den Medien für Aufmerksamkeit gesorgt. Auch wissenschaftlich wurde sich vermehrt mit dem Thema Traumatisierung befasst und das Wissen um die Folgen ist deutlich angestiegen (Fegert et al. 2013: 1).

Laut Statistik wurden im Jahr 2015 in Deutschland nach §§ 176, 176a, 176b StGB rund 13.733 Kinder unter 14 Jahren Opfer sexuellen Missbrauchs. Davon waren 3.433 Jungen und 10.300 Mädchen betroffen (Bundeskriminalamt Deutschland 2016). Die tatsächliche Dunkelziffer von Opfern, die sexuellem Missbrauch ausgesetzt waren, wird von Experten deutlich höher geschätzt (Schoden 2008: 25).

Kindliche traumatische Erfahrungen können die Betroffenen bis ins Erwachsenenalter begleiten und zeichnen den Körper und die Seele ein Leben lang. Selten gibt es eindeutige physische oder psychische Hinweise bei den Betroffenen, die auf sexuellen Missbrauch hindeuten. In den meisten Fällen entwickeln die Opfer Folgeerkrankungen wie beispielsweise Posttraumatische Belastungsstörungen (im Folgenden PTBS), Depressionen oder substanzbezogene Störungen (Fegert et. al 2013a: 9) und werden deswegen stationär behandelt.

Pflegekräfte werden auf psychiatrischen Stationen mit den Problemen und Konflikten konfrontiert, die aus sexuellen Missbrauch resultieren. Diese können sich in den Beziehungen zwischen traumatisierten Betroffenen und den Fachkräften abbilden (Schulze et. al 2012: 7).

Während meiner Arbeit in der Tagesklinik für suchterkrankte Jugendliche auf einer psychiatrischen Station im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) bin ich Jugendlichen begegnet, die in ihrer Kindheit von nahestehenden Angehörigen über Jahre hinweg sexuell missbraucht wurden. Letztendlich waren sie wegen Substanzmissbrauch in Therapie, resultierend aus den belastenden traumatischen Ereignissen, die ihnen widerfahren sind. Viele der Jugendlichen waren verhaltensauffällig und emotional instabil. Die Pflegekräfte sind oft an ihre Grenzen geraten, fühlten sich persönlich angegriffen, waren überfordert oder

zweifelten an ihren eigenen Fähigkeiten. Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit stellten sich ein. Oft war ihnen gar nicht klar, dass die Ursache nicht in der aktuellen Situation lag, sondern in den frühkindlichen Erfahrungen, die die Jugendliche veranlasst haben so zu reagieren. Weil Pflegekräfte oft nicht hinreichend über die Thematik informiert und aufgeklärt sind, um eine professionelle Arbeit zu leisten, besteht ein Forschungs- und Handlungsbedarf in diesem Bereich. Aus eigenem Interesse möchte ich mit dieser Bachelorthesis einen Beitrag leisten, damit Pflegekräfte ein Verständnis für die Thematik aufbauen und für die Folgen von sexuellen Missbrauch sensibilisiert werden. Sie sollen ausreichend über die Komplexität der Thematik aufgeklärt werden, damit ein adäquater Umgang mit den Betroffenen gewährleistet werden kann.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Möglichkeiten eines professionellen Umgangs für Krankenpflegekräfte mit Kindern und Jugendlichen aufzuzeigen, die durch sexuellen Missbrauch im Kindesalter traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren. So sollen Pflegekräfte für diesen Themenbereich und für die Folgen von traumatischen Erlebnissen sensibilisiert werden. Die Fragestellung für diese Arbeit lautet demnach: Wie sehen Möglichkeiten eines professionellen Umgangs mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden, für Pflegekräfte der psychiatrischen Pflege aus? Um diese Fragestellung beantworten zu können, werden in Kapitel zwei für diese Arbeit wichtige verwendete Begriffe näher bestimmt. Kapitel drei befasst sich mit der psychischen Traumatisierung aufgrund sexuellen Missbrauchs und gibt eine Darstellung über epidemiologische Befunde wieder. Weiterführend werden die Risiko- und Schutzfaktoren aufgezeigt, die ein Trauma begünstigen oder abwehren und auf die Entstehung und den Verlauf eingegangen. Daraufhin werden die Folgen und Auswirkungen beschrieben und sich auf das Krankheitsbild der PTBS bezogen. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt bei Kapitel vier und bezieht sich auf den professionellen Umgang mit den Betroffenen im Krankenhaus. Es werden mögliche Anzeichen und Hinweise, die zur Erkennung bei einem Verdacht bei Kindern auf sexuellen Missbrauch hindeuten, beschrieben. Zudem wird ein Leitfaden für eine professionelle Gesprächsführung bei einem erhärteten Verdacht gegeben. In einem weiteren Unterkapitel werden Unterstützungsbereiche, in

denen traumatisierte Kinder und Jugendliche Förderung benötigen, beschrieben. Darüber hinaus werden die Kompetenzen, die von einer Pflegekraft abverlangt werden, als Anforderungen zusammengefasst. Den Abschluss dieser Bachelorarbeit bildet eine Schlussfolgerung, bestehend aus einer Zusammenfassung, einem Fazit und einem Ausblick. Es wird ein persönlicher Erkenntnisgewinn, sowie eine Implikation für die Pflegepraxis beschrieben und die Forschungsfrage beantwortet.

Für die Bachelorthesis wurde eine umfassende Literaturrecherche in den Datenbanken „Pubmed“ und „Google Scholar“ durchgeführt. Es wurde mit den Begriffen „sexual assault children nurse“ gesucht (siehe Suchliste im Anhang) gesucht. Für diese Arbeit wurden zwei qualitative Studien einbezogen. Außerdem wurde eine umfangreiche Handsuche in der „Fachbibliothek Soziale Arbeit und Pflege der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg“ sowie der „Ärztlichen Zentralbibliothek (ÄZB) am UKE, der „Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg“ und der „Martha-Muchow-Bibliothek“ durchgeführt. Eingeschlossen wurden dabei die Themenbereiche Traumatisierung im Kindesalter und sexueller Kindesmissbrauch.

## **2 Ausgangslage und Grundbegriffe**

### **2.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Die Psychiatrie ist ein Fachgebiet der Medizin und befasst sich mit dem Erkennen und Behandeln psychischer Störungen (Vetter 2007: 1).

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine medizinische Institution, die als Hilfesystem fungiert und im Regelfall bei sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen aktiviert wird. Die Aufgaben als Fachdisziplin sind zum einen Wissen über die Folgen von Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen zu erweitern und zum anderen das Wissen an andere Institutionen zu vermitteln. Weitere Schwerpunkte sind die Entwicklung von Qualitätsstandards für Diagnostik und Behandlung und das Mitwirken bei Präventionsmaßnahmen. Die Aufgaben als

medizinische Institution bestehen aus dem Sicherstellen eines therapeutischen Schutzraumes für Opfer sexuellen Missbrauchs, Diagnostik und Therapie und die gutachterliche Tätigkeit im Auftrag von Gerichten (Romer, Saha 2004: 277-284).

## **2.2 Sexueller Missbrauch**

Es gibt keine einheitliche Definition zu dem Problembereich sexueller Missbrauch von Kindern. Nach theoretischer Herangehensweise und ethischen oder juristischen Hintergründen werden verschiedene Schwerpunkte in den Definitionen gesetzt (Schmidt 2011: 17). Um einen Überblick zu schaffen, werden einige Definitionen und deren Kriterien aufgezeigt und kritisch bewertet.

Eine sehr alte, aber heute noch häufig verwendete Definition aus dem sozialwissenschaftlichen Raum findet sich in der Arbeit von Schechter und Roberge (1976) wieder: „Unter sexuellem Missbrauch von Kindern (...) versteht man ihre Beteiligung an sexuellen Handlungen, die sie aufgrund ihres Entwicklungsstandards nicht verstehen, dazu kein wissentliches Einverständnis geben können, die sexuelle Tabus aus der Familie und der Gesellschaft verletzen und zur sexuellen Befriedigung eines nicht Gleichaltrigen oder Erwachsenen dienen“ (Schechter, Rohberge 1976: 76).

Die Definition von Schechter und Roberge ist ein weitgefaster Versuch das Thema einzugrenzen. Sie deckt eine Spannweite von möglichen sexuellen Handlungen ab, die innerhalb und außerhalb der Familie geschehen. Als Definitionskriterium für sexuellen Missbrauch spielt die fehlende Einwilligung des Opfers eine große Rolle, da die Handlung ohne Zustimmung des Opfers vollzogen wird und das Kind aufgrund der unreifen Entwicklungsstufe nicht verantwortlich zustimmen kann und nicht in der Lage ist, die Situation einschätzen zu können (Schmidt 2011: 16).

Mit dem Begriff des sexuellen Missbrauchs wird jene Handlung zwischen einem Kind und einem Erwachsenen oder deutlich älterem Jugendlichen bezeichnet, „die zur sexuellen Erregung bzw. Befriedigung des Erwachsenen/ Jugendlichen dient. Der Erwachsene/ Jugendliche nutzt das gegebene Machtgefälle zur Durchsetzung seiner Bedürfnisse gegen das Kind aus und trägt die Verantwortung für die Handlungen“ (Romer, Saha 2004: 284). Diese Definition zeigt den

Altersunterschied zwischen Opfer und Täter als Kriterium. Wie groß dieser sein mag, wird nicht genauer definiert. Außen vor lässt diese Definition, dass es auch sexuelle Übergriffe von Kindern auf Kinder geben kann. Weiterhin zeigt die Definition, dass ein Machtgefälle zwischen dem Erwachsenen und dem Kind besteht. Deutlich wird, dass es keine allgemein gültige Definition für sexuellen Missbrauch gibt, da es unzählige Facetten und Erscheinungsformen gibt.

Dirk Bange und Günther Deegener (1996) haben aus den Kriterien eine mittlerweile allgemein akzeptierte Definition abgeleitet, die für diese Arbeit als Grundlage dienen soll: „Sexueller Missbrauch an Kindern ist jede Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen“ (Bange, Deegener 1996: 105).

Alle Definitionsversuche haben als Gemeinsamkeit, dass zum einen ein Gefälle hinsichtlich Alter, Reife und Macht erkennbar ist und zum anderen die sexuellen Übergriffe gegen den Willen des Kindes geschehen (Egle et. al 2015: 14).

## **2.3 Trauma**

Der Begriff Trauma stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet übersetzt „Wunde“ oder „Verletzung“. Er findet sich sowohl im medizinischen, als auch im psychologischen Kontext wieder. In dieser Arbeit wird der Begriff „Trauma“ im Sinne der Psychologie verwendet und somit von einer Verletzung der Seele gesprochen (Duden 1990: 790).

In der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) der Weltgesundheitsorganisation wird eine durch ein Trauma ausgelöste PTBS als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ bezeichnet (Dilling et al. 2015: 207).

Fischer und Riedesser (2009) definieren ein seelisches Trauma als ein „vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den

individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis einhergeht“ (Fischer, Riedesser 2009: 81).

Laut Michaela Huber (2012), einer bekannten Traumaforscherin, entsteht ein Trauma, wenn sich der Mensch in einer extremen Situation äußerster Bedrohung befindet, auf die er nicht vorbereitet ist, die ihn überwältigt und somit seine Bewältigungsmechanismen überfordert sind (Huber 2012: 40).

Im psychotraumatischen Kontext sind Ereignisse zusammengefasst, die zu einer Traumatisierung führen können und individuelle Folgen nach sich ziehen. Der Schweregrad der Traumatisierung hängt von dem erlebten Ereignis, psychischer Disposition und weiteren Einflussfaktoren ab (Hausmann 2006: 31).

### **3 Traumatisierung aufgrund sexuellen Missbrauchs**

#### **3.1 Epidemiologie**

Dieser Teil der Arbeit gibt einen Überblick über die epidemiologischen Befunde, die aufgrund sexuellen Missbrauchs resultieren.

Die Studienlage zeigt, dass die Täter zum Großteil (ca. 90%) männlich sind. Bei männlichen Opfern fällt der Anteil männlicher Täter geringer aus. Es handelt sich meistens nicht um Einzeltaten, sondern um Taten, die sich wiederholen, an mehreren Opfern gleichzeitig und/ oder auch wiederkehrend über einen längeren Zeitraum stattfinden. Aktuellen Daten zufolge sind Mädchen häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen als Jungen. Pauschalisiert werden kann: je länger eine Beziehung zwischen Täter und Täterin und Opfer besteht, desto länger und auch häufiger wird sexueller Missbrauch ausgeübt. Die Täter und Täterinnen können aus allen Altersgruppen und auch aus allen sozialen Schichten kommen (G. Bertels, M. Wazlawik 2013: 23). Kinder werden in den meisten Fällen von Personen missbraucht, die aus ihrer nahen sozialen Umgebung stammen, wie aus ihrem familiären Umfeld oder direkt aus der Familie. Die Kinder kennen die Täter und Täterinnen und haben eine Bindung und Beziehung zu ihnen aufgebaut (Gründer et. al. 2013: 15). Exakte Angaben zur Prävalenz in Deutschland können

zum jetzigen Zeitpunkt und wahrscheinlich auch in Zukunft nicht gegeben werden, da wenig repräsentative Studien vorhanden sind. Die Dunkelziffer ist hoch, da nicht alle begangenen Straftaten zur Anzeige gebracht werden (Andresen et al., 2015: 22f.).

### **3.2 Risiko- und Schutzfaktoren**

In der Forschung um traumatisierte Kinder spielen Risiko- und Schutzfaktoren eine entscheidende Rolle. Sie stehen in Wechselwirkung miteinander und beeinflussen, ob eine psychische Traumatisierung stattfindet, sich ausprägt oder überwunden wird. Risikofaktoren schließen Lebensereignisse oder Lebensumstände ein, die dazu beitragen, belastende oder traumatische Situationen negativ zu beeinflussen. Sie beziehen sich in erster Linie auf lebensgeschichtliche oder psychosoziale Gegebenheiten, die einen destabilisierenden Effekt haben und situationsverschlimmernd wirken (Scherwarth, Friedrich 2016: 55f.).

Es werden potenzielle Risikofaktoren, die ein Trauma begünstigen können, in zwei Hauptgruppen eingeteilt: Zum einem in die kindheitsbezogenen Risikofaktoren, die so genannten Vulnerabilitätsfaktoren, die unter anderem beinhalten:

- genetische Faktoren
- chronische Erkrankungen (z.B. Asthma)
- geringe kognitive Fertigkeiten
- geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung

Zum anderen in Risikofaktoren, die aus der Umwelt resultieren. Darunter werden gezählt:

- ein niedriger sozioökonomischer Status
- psychische Erkrankungen eines oder beider Elternteile
- ein niedriges Bildungsniveau der Eltern
- Erziehungsdefizite der Eltern oder häufige Umzüge

(Wustmann 2004: 38)

Während Risikofaktoren die Entstehung einer Traumatisierung begünstigen, können Schutzfaktoren einen abwehrenden, mildernden, oder heilenden Einfluss auf den Menschen haben und sich somit positiv auf diesen auswirken (Scherwarth, Friedrich 2016: 62). Ob ein Ereignis traumatische Auswirkungen auf ein Kind hat, wird von dem Vorhandensein der Schutzfaktoren bestimmt (Wöller 2006a: 22f.). Unter Schutzfaktoren werden jene Einflussfaktoren zusammengefasst, die Auswirkungen von Risikofaktoren in Bezug auf körperliche, psychische oder psychosomatische Erkrankungen reduzieren können. Durch die Schutzfaktoren wird die psychische Widerstandsfähigkeit, die in der Psychologie als Resilienz<sup>1</sup> bekannt ist, gestärkt. Nach Fischer und Riedesser (2009) sind protektive Faktoren eine vorhandene Disposition, also ein „erworbener Schutzfaktor“, der schon vor dem Trauma besteht und somit einen Einfluss auf die Möglichkeiten der Bewältigung hat (Fischer, Riedesser 2009: 75).

Schutzfaktoren werden in drei Gruppen unterteilt:

1. *Personale Faktoren*,

wie eine günstige Disposition bezüglich Temperamentstruktur, Konstitution und Intelligenz

2. *Eigentliche Resilienzfaktoren*,

die ein Mensch im Laufe seines Lebens erwirbt. Hierzu zählen ein positives Selbstbild, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und die Ausbildung von optimistischen Grundhaltungen

3. *Umgebungsbezogene Faktoren*,

wie eine sichere emotionale Bindung zu einer Beziehungsperson, positive Rollenmodelle und soziale Unterstützung (Scherwarth 2016: 62f.)

### **3.3 Entstehung und Verlauf**

Bei der Traumadynamik werden Mechanismen in Gang gesetzt, die unser Gehirn in die „Klemme“ bringen. Die Hirnfunktionen werden durch den innerlich überfluteten Stresszustand vorübergehend beeinträchtigt oder außer Kraft gesetzt.

---

<sup>1</sup> Mit Resilienz ist die Eigenschaft gemeint, mit belastenden Situationen umgehen zu können und sich eigenständig zu erholen und kompetent zu entwickeln (Wustmann 2004: 18).

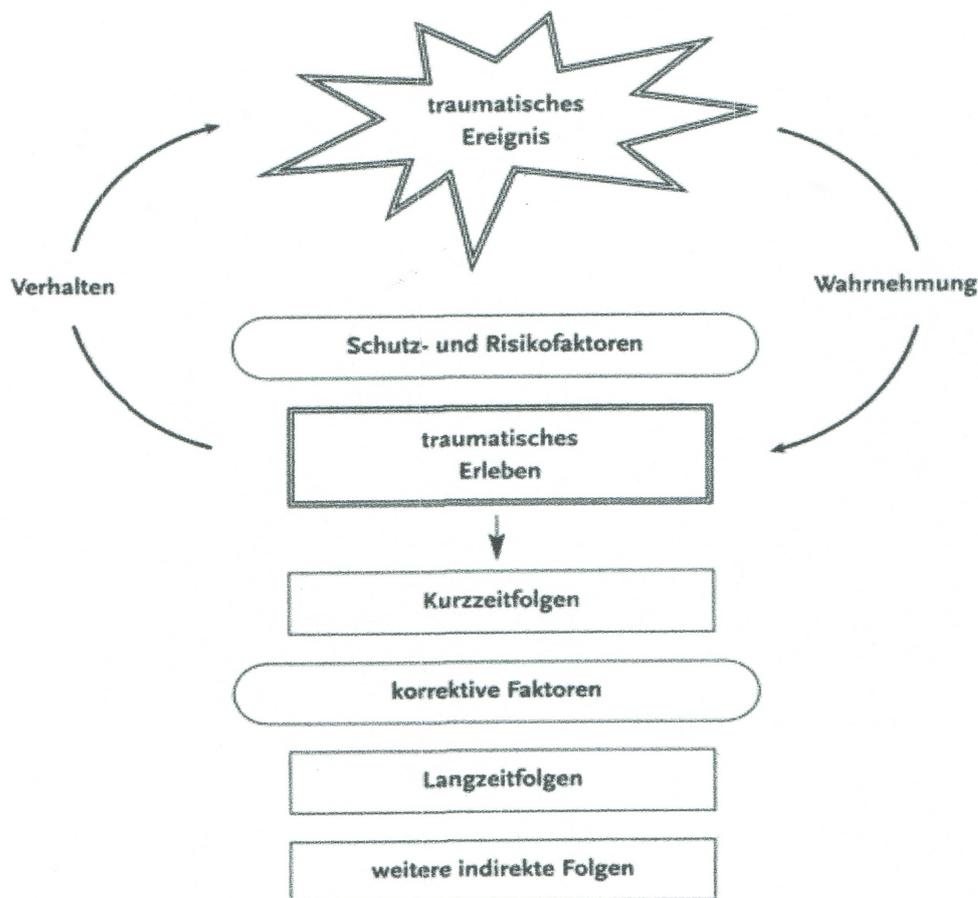
In der Literatur wird von angeborenen Reflexen, wie „Fight“ und „Flight“ und von „Freeze“ und „Fragment“ gesprochen (Besser 2009: 45f.). Im Folgenden werden diese Mechanismen erklärt und beschrieben, wie sich ein Trauma auf unser Gehirn auswirkt.

Unser Gehirn, genau genommen das Stammhirn, ist für stressbedingte Situationen zuständig und reagiert unterbewusst und automatisch mit den genetisch verankerten Reflexen auf Angst mit „Fight“ oder „Flight“. Mit „Fight“ ist wortwörtlich „kämpfen“ und mit „Flight“ „fliehen“ gemeint. Eine stressauslösende Situation wie z.B. ein Überfall auf der Straße, lässt die betroffene Person nicht vernünftig und logisch handeln, sondern vielmehr reflexartig reagieren, indem er sich auf einen Kampf einlässt oder die Flucht ergreift. Tendenziell ist geschlechterspezifisch festzustellen, dass weibliche Personen eher zur Fluchtreaktion neigen und männliche Personen hingegen eher zur Kampfreaktion tendieren. Setzen die „Fight“ oder „Flight“ Reaktionen instinktiv gewählt richtig ein, kann ein Trauma umgangen werden (Huber 2007: 41f.). Fallen diese oben genannten Funktionen aus, schaltet das Gehirn um, und versucht die extreme bedrohende Situation durch „Freeze“ und „Fragment“ zu bewältigen und es entsteht ein Trauma.

Mit „Freeze“ ist wortwörtlich „einfrieren“ gemeint und bezeichnet eine Reaktion, in der die betroffene Person in eine Starre beziehungsweise Lähmung verfällt, die mit geistigem Wegtreten aus einer Situation verbunden sein kann, um die Todesangst damit zu neutralisieren. Normale Reaktionen wie Hilferufe, Schreien oder Weinen finden in diesem Zustand nicht statt, sondern erfolgen meist zu einem späteren Zeitpunkt, wenn das Gehirn die Information bekommt, dass es sich wieder in Sicherheit befindet. Möglich ist auch, dass diese Reaktionen erst zu einem späteren Zeitpunkt stattfinden und nach Wochen oder Monaten das Erlebte erst verarbeitet werden kann. Das ist mit der Fragmentreaktion zu erklären, die zusätzlich noch hinzukommt. „Fragment“ bedeutet „zersplittern“ und beinhaltet, dass die traumatische Erfahrung als Ganzes nicht mehr präsent ist. Die betroffene Person kann sich zwar an die Situation erinnern, was genau vorgefallen ist, aber nicht wiedergeben (Huber 2007: 43).

Der allgemeine Verlauf einer psychischen Traumatisierung nach Fischer und Riedesser (1998) wird anhand der folgenden Abbildung 1 dargestellt und näher erläutert. Das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung fasst die unterschiedlichen Aspekte, die mit traumatischen Ereignissen und ihrer Verarbeitung und Bewältigung verknüpft sind, zusammen.

**Abbildung 1: Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung**



Quelle: Hausmann, 2006: 44 nach Fischer und Riedesser, vereinfacht

Fischer und Riedesser teilen den Verlauf der psychischen Traumatisierung in drei Phasen:

1. traumatisches Ereignis bzw. traumatische Situation,
2. traumatisches Erleben,
3. traumatische Reaktion bzw. traumatischer Prozess, der zu verschiedenen Traumafolgen führen kann.

Die erste Phase beginnt mit dem traumatischen Ereignis und ist charakterisiert durch die Intensität (Schweregrad des Traumas) und spezifische Traumafaktoren (z.B. direkte vs. indirekte Betroffenheit, Verhältnis zwischen Täter und Opfer), die Konstellation der Faktoren sowie traumatische Inhalte.

In der zweiten Phase steht das traumatische Erleben im Vordergrund, das durch den aktuellen Zustand (z.B. psychische und körperliche Fitness) und überdauernde Disposition (z.B. Einstellungen, Persönlichkeit, Wissen) der betroffenen Person gekennzeichnet ist. Die Schutz- und Risikofaktoren (siehe Kapitel 3.2) spielen eine wichtige Rolle und wirken entweder abfedernd oder verstärkend. Das eigene Verhalten kann die Situation mitbestimmen.

Die dritte Phase ist die traumatische Reaktion auf das traumatische Ereignis. Dabei kann es zu unterschiedlichen Traumafolgen kommen, die in Kurzzeitfolgen, Langzeitfolgen und weitere indirekte Folgen unterteilt sind. Unter den Kurzzeitfolgen werden die direkten Notfallreaktionen, akute psychische Symptome und erste unmittelbare Bewältigungsversuche gezählt. Typische Langzeitfolgen sind chronische Symptome und Störungen, aber auch die Entstehung von dauerhaften Defiziten und verzögertem Symptombeginn, sowie halb oder unbewusste Wiederholungen der traumatischen Situation. Durch sogenannte korrektive Faktoren können akute Folgen des Traumas abgeschwächt werden und der Entstehung von Langzeitfolgen entgegengewirkt werden. Dazu zählen u.a. körperliche Erholung, angemessene Copingstrategien<sup>2</sup>, bewusste Erinnerung an das Ereignis und das Aufarbeiten der subjektiven Bedeutung. Weitere indirekte Folgen können andere Belastungen des Betroffenen verstärken und soziale Folgen mit sich tragen (Hausmann 2006: 44).

---

<sup>2</sup> Coping ist eine Fähigkeit mit Stress und Angst, die durch schwere oder chronische Krankheiten oder krisenhafte Lebensereignisse hervorgerufen werden, umzugehen und diese frühzeitig zu erkennen (Gudemann 1995: 47).

### 3.4 Folgen und Auswirkungen

Wenn eine traumatische Situation nicht durch die oben genannten Mechanismen wie „Fight“ oder „Flight“ bewältigt werden kann, hat dies direkte Auswirkungen und Folgen auf den Körper und die Psyche eines Menschen (Huber 2012: 42).

In der Literatur wird zwischen Kurzzeitfolgen und Langzeitfolgen unterschieden. Kurzzeitfolgen treten in der Regel unmittelbar bis mittelfristig nach den sexuellen Vorfällen auf. Diese sind die für den sexuellen Missbrauch charakteristischen Symptome. Langzeitfolgen sind hingegen anhaltend und treten erst nach einer bestimmten Latenzzeit auf. Meist geschieht dies in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter (Moggi 2005: 94).

Die häufigsten Kurzzeitfolgen bei sexuellen Missbrauch, lassen sich in drei Störungsgruppen zuordnen: den kognitiv-emotionalen Störungen, den somatischen und psychosomatischen Störungen und in Störungen des Sozialverhaltens. Im Folgenden wird auf diese genauer eingegangen.

Zum Bereich der Kognitiv- emotionalen Störungen gehören:

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- Dysfunktionale Kognition (z.B. negative Selbstwahrnehmung)
- Sprach-, Lern- und Schulschwierigkeiten
- Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Depression
- Niedriger Selbstwert
- Schuld- und Schamgefühle
- Ärgerneigung
- Suizidgedanken und selbstschädigendes Verhalten
- Feindseligkeit, sowie allgemeine Störung der Gefühlsregulation

Unter somatischen und psychosomatischen Störungen werden gezählt:

- typische körperliche Verletzungen (z.B. Hämatome)
- psychosomatische Beschwerden (z.B. chronische Bauchschmerzen)
- Ess- und Schlafstörungen sowie Bettnässen und Einkoten

Störungen des Sozialverhaltens sind:

- Weglaufen von zu Hause
- Schulschwierigkeiten, Fernbleiben vom Unterricht
- Rückzugsverhalten, Hyperaktivität
- Aggressives Verhalten, physische Angriffe (ebd. 2005: 95f.)

Sexuell missbrauchte Kinder können wie oben beschrieben vielfältige und zum Teil komplexe psychische und psychosomatische Symptome bilden. Bei Mädchen und Jungen sind die Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs in fast allen Bereichen gleich. Bei Jungen kann die seelische Belastung vor allem aber durch ein aggressives und gewaltbereites Verhalten nach außen getragen werden (Schmidt 2011: 24). Die Langzeitfolgen von Kindern, die sexuell missbraucht wurden, sind vielfältig. Da es kein typisches „Missbrauchssyndrom“ gibt, wird im medizinischen Kontext von psychischen Auffälligkeiten und psychiatrischen Störungsbildern gesprochen, die die typischen Langzeitfolgen aufgreifen (Moggi 2004: 320). Um einen Überblick zu schaffen, in welcher Form sich sexueller Missbrauch auf lange Sicht auswirkt, werden die am häufigsten auftretenden Störungsbilder hier aufgelistet und nur auf die PTBS genauer eingegangen, weil es den Umfang dieser Arbeit überschreiten würde.

Störungsbilder, die nach sexuellen Übergriffen auftreten können, sind PTBS, Anpassungsstörungen, Substanzmissbrauch, aggressives und selbstschädigendes Verhalten, Ängste, Essstörungen, Depressionen, Suizidalität, sexuelle Störungen, Schlafstörungen, Dissoziative Störungen, Psychosomatische Störungen und Persönlichkeitsstörungen (Moggi 2004 320f./ Fegert et. al 2013a: 52f.). Zudem gibt es eine Evidenz für einen Zusammenhang von Missbrauchserfahrungen und körperlichen Erkrankungen, wie einer Schwächung des Immunsystems, sowie neurobiologische Veränderungen wie z.B. eine abfallende Gedächtnisleistung (Fegert et. al 2013a: 52).

### *PTBS:*

Es wird unterschieden zwischen einer akuten PTBS, die während des traumatischen Ereignisses eintritt, wenige Stunden oder Tage andauert und wieder verschwindet und einer PTBS.

Wenn sich die Symptome intensivieren und nach vier Wochen keine Besserung der Symptomatik eintritt, wird von einer PTBS gesprochen. Darüber hinaus kann es passieren, dass sich vorübergehend die Belastungsreaktionen zurückbilden und der Körper im Alltag normal funktioniert. Bei erneuter Stresszufuhr kann die Belastung wieder hervorgerufen werden. Dann wird von einer verzögerten PTBS gesprochen (Fischer, Riedesser 2009: 85). Die zentralen Phänomene posttraumatischer Störungen werden in die drei Hauptkategorien: Übererregung (Hyperarousal), Wiedererleben (Intrusion) und Vermeidung von Situationen (Konstriktion) unterteilt.

#### *1.Hyperarousal:*

Nach einem traumatischen Erlebnis befindet sich der Mensch gemäß seines Selbstschutzsystems in einem anhaltenden physiologischen Erregungszustand und zeigt eine erhöhte Wachsamkeit und Alarmbereitschaft, als könnte die Gefahr jeden Moment wiederkehren. Das fundamentale Symptom einer posttraumatischen Störung ist der hyperarousale Zustand und geht einher mit überschießender Reaktion auf geringfügigen Ärger, schlechten Schlaf begleitet von Alpträumen, psychosomatischen Beschwerden und Schreckreaktionen (Herman 2003: 56f.).

Symptome des Hyperarousals sind:

- Allgemeine Unruhe
- Konzentrations- und Leistungsschwächen
- Plötzliche aggressive Impulsdurchbrüche
- Überschusshandlungen oder Orientierungslosigkeit ( Scherwarth 2016: 27)

### *2. Intrusion:*

Traumatisierte Menschen erleben auch lange nachdem die Gefahr vorüber ist das Ereignis so, als ob es grade geschähe. Sie werden durch das Trauma aus ihrem normalen Lebensrhythmus herausgezogen und der Augenblick des Traumas wird abnormal im Gedächtnis abgespeichert und gelangt immer wieder spontan ins Bewusstsein zurück. Im Wachzustand quälen Rückblenden die traumatisierte Person und im Schlaf angsterfüllte Alpträume. Selbst in schützender Umgebung ist es möglich, dass unerwartete, scheinbar bedeutungslose Gegenstände oder Situationen, alte Erinnerungen hochkommen lassen können, die als unmittelbar gegenwärtig und lebensecht wahrgenommen werden. Diese Flashbacks werden durch sogenannte Trigger ausgelöst<sup>3</sup> (Hermann 2003: 56f).

### *3. Konstriktion:*

Im Gegensatz zu den vorab genannten Phänomenen kann die Konstriktion als ein Versuch des Menschen verstanden werden, sich zu erholen und zu beruhigen (Krüger 2007: 24). Dabei geht es um das willkürliche Vermeiden von Situationen, Menschen, Anlässen und Gesprächen, die an das traumatisierende Ereignis erinnern und/ oder starke Stresszustände auslösen können. Nicht selten versuchen Betroffene sich von der Realität durch Alkohol oder Drogen zu lösen (Herman 2013: 68f.), um Abstand zu den unverarbeiteten Bildern und Gefühlen zu bekommen.

Zudem umfasst der Konstriktionsbegriff auch Zustandsveränderungen des Bewusstseins in sogenannte dissoziative Zustände, die als „Überlastungsschutz“ (Krüger 2011: 27) gegen Übererregung wirken. Das bedeutet, dass sich Betroffene von Geschehnissen laufend oder situativ abgespalten empfinden oder Amnesien erleben. Betroffene schwanken häufig zwischen intrusiven und konstriktiven Bewältigungsversuchen, ohne diese regulieren zu können (Scherwarth, Friedrich 2013: 31).

---

<sup>3</sup> Trigger sind Schlüsselreize, die an das erlebte Trauma erinnern und bei dem Betroffenen Alarmreaktionen wie Zustände und Bilder aufrufen, die das Trauma aufleben lassen. Sie können durch Gerüche, Bilder, Orte, Bewegungen, bestimmte Worte, Berührungen, Empfindungen und Verhaltensweisen oder Jahreszeiten ausgelöst werden (Scherwart 2016: 29f.)

## **4 Professioneller Umgang mit traumatisierten Kindern aufgrund sexuellen Missbrauchs**

### **4.1 Anzeichen und Hinweise deuten**

Bei sexuellem Missbrauch fehlen meist eindeutige Symptome, Verhaltensauffälligkeiten oder Signale, die unzweifelhaft auf den Missbrauch schließen lassen (Fegert 1993: 39). Lediglich aus Beobachtungen oder Verhaltensauffälligkeiten oder durch Äußerungen der Betroffenen selbst ergibt sich ein Verdacht (Enders 1990: 113). Da die Kinder von den Tätern und Täterinnen dazu aufgefordert werden, die Vorfälle geheim zu halten, ist ein Tabu ausgesprochen, über die Missbrauchsfälle zu sprechen und die Kinder stehen unter einem enormen Geheimhaltungsdruck. Solch eine Geheimhaltung geht für Kinder mit Stress, Hilflosigkeit und Ohnmacht einher und sie müssen auf andere Wege der Kommunikation zurückgreifen, um auf ihre Situation aufmerksam zu machen. Der Versuch sich mitzuteilen, ist oft mit großen Ängsten verbunden und in der Regel weisen nur unspezifische Signale auf sexuellen Missbrauch hin, die sich als Symptome ausbilden. Diese Symptome werden im psychodynamischen Kontext als Hilferufe verstanden (Gründer et al. 2013:17f.). Aufgrund der genannten Geheimhaltung stellt sich die Frage, ob und wie sich sexueller Missbrauch ohne entsprechende Offenbarung des Kindes aufdecken lässt. Kinder können einzelne Hinweiszeichen oder ein Muster von Hinweiszeichen und Auffälligkeiten aufzeigen, die durch die sexuellen Übergriffe entstanden sind. Aber auch eine Vielzahl an Symptomen ist kein sicherer Indikator für das Vorhandensein für sexuellen Missbrauch (Fegert et. al 2013: 146).

Betroffene, die sexuell missbraucht worden sind, zeigen z.B. ein erhöhtes Interesse in sexuellen Handlungen, oder vermeiden Alles sexueller Art. Sie zeigen zudem Kenntnisse, die nicht altersentsprechend sind, welche sich durch unangemessene Interaktionen mit anderen Kindern zeigen können, wie z.B. durch übermäßiges Masturbieren oder durch Zeichnungen mit sexuellem Inhalt (Pleines 2009: 10f.).

Aufgrund der Traumatisierung, die durch Vertrauensbruch, Hilf- und Machtlosigkeit, Schuld- und Schamgefühle ausgelöst ist, können komplexe und

vielseitige Symptome auftreten, die sich von Kind zu Kind anders ausprägen können. Da es in den letzten Jahren vermehrt zu voreiligen Verdachtsäußerungen gekommen ist, ist es wichtig erst bei einem erhärteten Verdacht zu handeln, denn das Unterstellen sexuellen Missbrauchs, aber auch das Übersehen kann schwerwiegende Folgen nach sich ziehen (Schmidt 2011: 22).

Bei einem Anfangsverdacht sollte sich die Pflegekraft nicht an die Eltern der Kinder wenden. Da die Täter und Täterinnen oft aus dem familiären Umfeld kommen (siehe Kapitel 3.1), kann davon ausgegangen werden, dass die Mutter ebenso der Geheimhaltung unterliegt (Gründer 2013: 22f.). Der verständliche Wunsch ein Kind bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch vor weiteren Übergriffen zu schützen, kann zu unreflektiertem und voreiligem Handeln führen. Aus diesem Grund ist es wichtig, bei einem Verdacht die Ruhe zu bewahren, denn ein überhastetes Eingreifen kann schaden. Da die betroffenen Kinder im Allgemeinen bereits über einen längeren Zeitraum sexuellen Missbrauch erlebt haben, ist die Situation für sie bekannt und sie haben bereits Überlebensmechanismen entwickelt, um die Übergriffe ertragen zu können. Eine sorgfältige Planung, um den Schutz für die Kinder zu gewährleisten ist maßgebend (Saller 1988: 181).

Sexueller Missbrauch gegen Kinder ist ein heikler Themenbereich und braucht von der Herausbildung eines Verdachts zu einer umfassenden Beurteilung der Sachlage als unabdingbare Ressource Zeit. Zu den Schritten die durchlaufen werden müssen, zählen: das Erfassen von Verdachtsmomenten, deren unauffällige Überprüfung, die genaue und systematische Auswertung der vorliegenden Anhaltspunkte und das Ausschauhhalten nach weiteren Indikatoren, damit eine klare Verdachtsäußerung bestätigt oder widerlegt werden kann (Bell 2016: 77f.).

Wichtig in allen Phasen der Verdachtserhärtung und Aufdeckung ist eine multiprofessionelle Zusammenarbeit. Kein Vertreter einer Berufsgruppe kann allein einen Verdacht auf sexuellen Missbrauch klären und auf lange Sicht gesehen wirksamen Kinderschutz leisten. So ist es als weitere Absicherung zwingend erforderlich, Unterstützung und Hilfe in kollegialer Beratung zu suchen, um Fehlinterpretationen zu reduzieren. Auch bei emotionaler Belastung und fachlicher Unsicherheit von Seiten der Pflegekraft kann durch ein Team

entgegengewirkt werden (Bange, Körner 2005: 254). Eine gewissenhafte chronologische Dokumentation ist bedeutsam für das Erfassen von Verdachtsmomenten, sowie für die Planung von Interventionen. Wenn sich die Verdachtsmomente verdichten, muss das Jugendamt informiert wird (Bange, Körner 2004: 253).

## **4.2 Leitfaden für die Gesprächsführung**

Dieser Abschnitt soll Pflegekräften als ein Leitfaden dienen, um im Krankenhaus ein professionelles Gespräch mit dem betroffenen Kind führen zu können. Wenn sich die Anzeichen und Hinweise häufen und sich der Verdacht bestätigt, ist es notwendig mit dem betroffenen Kind ein Gespräch zu führen. Sollte sich das Kind der Pflegekraft anvertrauen und von den Geschehnissen erzählen, ist es wichtig adäquat darauf zu reagieren (Wittmann 2015: 45f.). Das Kind sollte die Erfahrung machen, dass es richtig war, über die traumatischen Ereignisse zu sprechen und sich nach dem Gespräch erleichtert fühlen. Pflegekräfte können folgende Punkte befolgen, damit das Ziel erreicht wird, das Kind in erster Linie zu entlasten.

Wichtig ist es bei dem Gespräch die Ruhe zu bewahren und Geduld zu haben, da Kinder emotionale Reaktionen der Gesprächspartner als große Belastung erleben. Des Weiteren sollte dem Kind gezeigt werden, dass emotional ausgehalten werden kann, was erzählt wird. Darüber hinaus sollte sachlich Stellung bezogen werden und dem Kind deutlich gemacht werden, dass die Verantwortung für die Übergriffe bei dem Täter bzw. der Täterin liegt und es selbst keine Schuld trägt (ebd.: 69-71).

Bange und Körner nennen weitere Punkte, die sich im Gespräch mit dem Kind als hilfreich erwiesen haben. Es soll aufmerksam zugehört werden und nicht gedrängt werden, etwas zu erzählen. Ein störungsfreier Ort ist wichtig, um die Gefühle des Kindes zu akzeptieren und anzusprechen und es sollte stets auf eine Zurückhaltung mit körperlichen Berührungen geachtet werden, da die körperliche Nähe von den Betroffenen als unangenehm empfunden werden kann (Bange, Körner 2004: 265). Es gilt die Gefühlslage des betroffenen Kindes zu thematisieren, damit diese Unterstützung erfahren und ein zunehmendes Gefühl von Sicherheit empfinden. Ein zentraler Aspekt der Gesprächsführung ist die

Herausführung aus der Isolation. Dabei gilt es dem Kind zu vermitteln, dass es nicht alleine ist, sondern auch andere Mädchen und Jungen betroffen sind (Deegener 2010: 124-146).

In der Studie von Campbell et. al wurden 20 Jugendliche, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden, zu den Kompetenzen der Pflegekräfte befragt, die sie nach den Übergriffen betreut haben. Ziel der Studie war es durch qualitative Interviews zu untersuchen, wie die Jugendlichen die Qualität der seelischen und interpersonellen Zuwendung, die sie von Pflegekräften erhielten, beschreiben und zudem konkrete Aspekte zu nennen, die hilfreich und heilend für sie waren. Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegekräfte sensibel für die physischen und emotionalen Bedürfnisse der Jugendlichen waren. Die Befragten gaben an, dass die Pflegekräfte mitfühlend, fürsorglich und sympathisch zu ihnen waren. Außerdem haben die Betroffenen an den Pflegekräften sehr geschätzt, dass sie ihnen die Aussagen von den Übergriffen geglaubt haben. Aus den Interviews der Jugendlichen geht hervor, dass sie nach den Überfällen voller Scham und Schuldgefühle waren und sie aus diesem Grund Erleichterung verspürten, als sie mit den Pflegekräften darüber sprechen konnten und ihnen Glauben geschenkt und nicht geurteilt wurde.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Jugendlichen folgende Aspekte an der Pflege geschätzt haben: Zum einen, dass die Pflegekräfte sensibel auf ihre Bedürfnisse und Gefühle reagiert haben und zum anderen, dass sie Mitgefühl, Glaube und Würde erhielten (Campbell et al. 2013: 68-74).

Auch nach Bange sollte die Glaubhaftigkeit eines vermutlich missbrauchten Kindes niemals angezweifelt werden, da die bereits bestehende Vertrauensbeziehung zwischen dem Kind und der Pflegekraft auseinanderbrechen könnte oder gar nicht erst zustande kommt (Bange 2015: 204f.). Abschließend lässt sich sagen, dass es wichtig ist Kindern bei einem Gespräch Unterstützung zuzusichern und mögliche Interventionen aufzuzeigen, damit ihnen Schutz gewährleistet wird (Saller 1988: 178f.).

### 4.3 Unterstützungsbereiche

In diesem Abschnitt der Arbeit wird auf den Unterstützungsbedarf der Kinder und Jugendlichen eingegangen und inwieweit Pflegekräfte die Möglichkeit haben diesen anzubieten. Es werden Interventionsmöglichkeiten dargestellt, um mit den Traumafolgen umzugehen.

#### 1. *Herstellen von Sicherheit*

Einen wichtigen Aspekt stellt das Herstellen von Sicherheit dar. Kinder und Jugendliche, die in ihrer Kindheit traumatische Situationen durchlebt haben, sehen die Welt als einen Ort voller Bedrohung und Unsicherheit an. Auch die Wahrnehmung des inneren Sicherheitsgefühls ist zerstört, da durchgehend das Alarm- und Stresssystem des Organismus aktiviert ist. Damit die innere Sicherheit wiedererlangt werden kann und die Aktivierung des Notfallprogramms verhindert wird, muss ein äußerer sicherer Ort in Form von verlässlichen und einschätzbaren Lebensraum- und Alltagbedingungen geschaffen werden. Pflegekräfte sollten sich die Frage stellen: „Wie sicher sind unsere Angebote?“ und sich als „Sicherheitsbeauftragte“ sehen (Wittmann 2015: 170). Zur Gestaltung dieser sicheren Räume können klare Strukturen als zentrale Bedingungen benannt werden, da das Bedürfnis nach Wiedererlangen von Einschätzbarkeit und Kontrollierbarkeit bei den Betroffenen stark ausgeprägt ist. Um diesem Bedürfnis gerecht zu werden, ist es wichtig den Alltag so transparent wie möglich zu gestalten.

In der stationären Alltagsstruktur werden verbindliche Regeln und Konsequenzen, Dienstpläne und Tages- und Wochenpläne einer wichtigen Rolle zugeschrieben. Weiterhin ist das Reduzieren von Stress für traumatisierte Betroffene eine wichtige Aufgabe, die den Pflegekräften zugeschrieben wird. Dabei ist es entscheidend, die Kinder und Jugendliche nicht zu überfordern, damit Triggersituationen (siehe Kapitel 3.4) vermieden werden (Scherwath, Frierich 2016: 75f.) Ein gewaltfreier Ort trägt zum Herstellen von Sicherheit bei. Es muss immer wieder gemeinsam an Regeln und Strukturen, die vor Gewalt schützen, gearbeitet werden. Pflegekräfte müssen dabei zwischen Kontrollverlusten und willkürlichen Grenzüberschreitungen unterscheiden. Bei Kontrollverlusten wie z.B. Dissoziation

oder getriggerten Verhaltensweisen, die häufig Symptome von Traumatisierung sind, ist die bewusste Steuerung nicht möglich. Die Betroffenen werden von Verhaltensautomatismen überwältigt und sind somit Opfer des eigenen Verhaltens (Baierl 2014: 75). In diesem Fall müssen Pflegekräfte dazu fähig sein, die Kontrolle wiederherzustellen und sicheren Schutz für die betroffenen Personen gewährleisten.

## *2. Förderung der Bindungs- und Beziehungsgestaltung*

Ein weiterer Unterstützungsbedarf besteht im Bereich der Bindungs- und Beziehungsgestaltung und sollte von Seiten der Pflegekraft besonders gefördert werden. In Kapitel drei wurde dargestellt, dass die Beziehung bzw. eine sichere Bindung ein wesentlicher Schutzfaktor psychischer Widerstandsfähigkeit ist. Das Vertrauen in andere Personen ist bei Betroffenen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden, nachhaltig zerstört und kann sich erst mit der Zeit langsam wieder durch alternative Beziehungserfahrungen regenerieren (Schmid 2013: 59). Damit der traumatischen Identität entgegengewirkt werden kann, ist es wichtig, dass die Betroffenen eine vertraute und verlässliche Bezugsperson haben, damit sie positive Beziehungserfahrungen erleben können. Relevante Eckpunkte die bei der Beziehungsgestaltung mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen besonderer Beachtung bedürfen, sind haltende Beziehungen, die ihnen Sicherheit und Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen. Im Kontakt mit dem Betroffenen kann es hilfreich sein, dass es genug Informationen über das Pflegepersonal, die räumlichen Gegebenheiten und den Ablauf erhält, um ein Gefühl der Kontrolle zu ermöglichen (Grieser 2016: 44f.).

Für eine Stärkung bzw. den Aufbau von Bindungs- und Beziehungsfähigkeit bedarf es Maßnahmen, die hier im Folgenden aufgelistet werden. Zum einen benötigen die betroffenen Personen sichere, langfristige, verlässliche und wohlwollende Beziehungen (Baierl 2014: 78). Das bedeutet in Hinblick auf den stationären Kontext, dass ein sicheres Beschäftigungsverhältnis besteht und regelmäßig und im besonderen Maße Einzelkontakt zu den Kindern und Jugendlichen stattfindet. Weiterhin ist eine innere und äußere Präsenz der Bezugsperson von großer Bedeutung. So gibt es den Kindern und Jugendlichen ein Sicherheitsgefühl, wenn sie wissen, ob, wann und wie jemand erreichbar oder

zuständig für sie ist. Kinder, die Missbrauch erfahren haben, benötigen Kontinuität in den Beziehungen und die Möglichkeit korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen (Scherwath, Friedrich 2016: 93). Korrigierende Beziehungserfahrungen sind deshalb besonders wichtig, um Sicherheit und Orientierung zu bekommen. So sind positive Vorbilder, Wertschätzung, Empathie und ein geschützter Raum zum Erzählen notwendig (Wittmann 2015: 17f.).

Einen wichtigen Aspekt in der Beziehungsgestaltung stellt die Feinfühligkeit dar. Für Betroffene ist es wichtig, feinfühlig und zuverlässige Interaktionen zu erleben, damit ein positives Bindungsverhalten geschaffen wird (ebd. 2016: 174). Feinfühligkeit beinhaltet, dass dem Kind Aufmerksamkeit geschenkt wird, die Signale in Form von Bedürfnissen, Empfindungen und Nöten wahrgenommen werden und zudem eine korrekte Interpretation der Beziehungssignale stattfindet. Feinfühliges Handeln wird auch durch die Sprache, einen ruhigen liebevollen Tonfall, Blickkontakt und eine zugewandte Körperhaltung zum Ausdruck gebracht (ebd.: 93f.).

Abschließend lässt sich sagen, dass auch unsichere und desorientierte Personen eine „sichere Bindung“ gezielt in Beziehungen erlernen können, wenn ihnen auf achtsame und respektvolle Weise begegnet wird und ihnen dabei geholfen wird, sich selbst zu verstehen und sich auf andere Menschen einzulassen (Huber 2012: 110).

### *3. Förderung der Emotionsregulation und der Körper- und Sinneswahrnehmung*

Befunde sprechen dafür, dass bei Kindern und Jugendlichen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden, die Fähigkeit zur Emotionsregulierung und zur Selbstberuhigung geschwächt ist. Neben Gefühlen von Leere, Wut, Scham- und Schuldgefühlen stehen auch Gefühle des Alleingelassenseins, der Hilflosigkeit und ohnmächtigem Ausgeliefertsein im Vordergrund (Wöller 2006b: 327). Wenn den destruktiven Gefühlen im stationären Kontext Raum gegeben wird, können die Betroffenen lernen, damit auch im Alltag umzugehen. Wenn z.B. Hassgefühle ausgelebt werden dürfen, können Kraft und Lebendigkeit, die durch den Hass blockiert werden, wieder frei werden. Pflegekräfte sollten mit den Gefühlen Zorn, Hass und Wut umgehen können und diese ertragen, damit die Kinder und

Jugendlichen das sichere Gefühl haben, auch mit diesen Gefühlen akzeptiert und aufgefangen zu werden (Steinhage 2004: 394).

Heftige Reaktionen können durch neutrale Reize, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert werden, ausgelöst werden. Im Umgang mit den Betroffenen kann es dazu führen, dass diese in Konfliktsituationen ihre Gefühlslage und ihr Verhalten nicht beschreiben können. Problemverhalten wird oft durch negierte und unterdrückte Gefühle, zu denen den Betroffenen der Zugang fehlt, ausgelöst. Innere Leere und das Unwohlsein mit den eigenen Gefühlen und Emotionen hat zur Folge, dass traumatisierte Personen ihre Gefühle oft nicht beschreiben können und auch bei heftigen Affekt- und Impulsausbrüchen ihr Verhalten nicht erklären können (Schmid 2013: 60).

Die Förderung der Emotionsregulation zielt darauf ab, dass die Kinder und Jugendlichen durch Angebote ihre Verhaltensweisen, Körperreaktionen und Emotionen sowie Handlungsimpulse besser verstehen können und Stress auslösende Reize benennen und erkennen können. Außerdem sollen sie wieder lernen ihre Emotionen selbst zu regulieren. Die Aufgabe der Pflegekräfte ist es, bei Unsicherheiten stabilisierend und begleitend zu unterstützen und durch Angebote die Selbstregulierungsmöglichkeiten zu fördern. Dabei ist es wichtig, dass auf die Körperreaktionen der Kinder und Jugendlichen geachtet wird, um dann ggf. Entspannungstechniken und erlernte Notfallstrategien anzuwenden (BAG Traumapädagogik 2011: 9).

Durch traumatische Lebenssituation haben die Betroffenen das Gespür für ihre Empfindungen und das Gefühl für ihren Körper verloren, weil sie darauf angewiesen waren, sich nicht zu spüren. Damit sie sich wieder selbst spüren und wieder zu sich selbst finden, benötigen sie auch Unterstützung der Körper und Sinneswahrnehmung. Dadurch kann ein Gefühl von Stärke und Sicherheit vermittelt werden. Erfahrungen durch Bewegung, Sport und Entspannungstechniken sind hilfreich, Körperreaktionen wahrzunehmen und zu regulieren (Weiß 2013: 151). Bei Betroffenen, die sexuellen Missbrauch erfahren haben, ist es wichtig das Selbstbewusstsein zu stärken, damit sie achtsam mit sich selbst umgehen, Vertrauen in die eigenen Kompetenzen gewinnen können und sich ihrer eigenen Empfindungen, Gefühle und Bedürfnisse bewusst werden.

Dazu tragen Sexualaufklärungen, die Förderung der Wahrnehmung von Körperempfindungen und Gefühlen bei, aber auch der Aufbau von sozialer Kompetenz (Wittmann 2015: 17f.).

#### *4. Umgang mit Flashbacks*

Im Stationsalltag können Flashbacks, das Wiedererleben von Teilen oder vollständigen traumatischen Erlebnissen (siehe Kapitel 3.4) auftreten und auf die Kinder und Jugendlichen retraumatisierend wirken. Flashbacksituationen können dazu führen, dass ein kompletter Kontrollverlust bei der betroffenen Person stattfindet und sämtliche Realitätsbezüge abhandenkommen. Gekennzeichnet ist eine komplexe Flashbacksituation, dadurch, dass bei den Betroffenen als Überlastungsschutz Dissoziationen auftreten können oder sie Verhaltensweisen zeigen, die objektiv betrachtet situationsunangebracht wirken, wie z.B. ein wildes Um-Sich-Schlagen, hysterisches Schreien und Rufen oder Erstarren. Es ist wichtig, dass Pflegekräfte für Reorientierung sorgen, um die auftretenden Flashbacks zu unterbrechen und Maßnahmen zur Stabilisierung und Stressregulation einleiten (Scherwath 2014: 167f.).

Scherwath und Friedrich (2014) geben folgenden Handlungsstufenplan:

- Die Kontaktaufnahme erfolgt mit Distanz durch die Vorstellung der Pflegekraft
- Zur Orientierung wird dem Kind Ort, aktuelle Zeit und Datum genannt, mit der Botschaft „Du bist in Sicherheit.“
- Durch Aktivierungsaufforderungen wird versucht die Körperkontrolle zurückzugewinnen („Versuch deine Augen zu öffnen, deine Hände zu bewegen“) und bei Erfolg die Aktivierung gesteigert werden, indem z.B. die Anzahl von Gegenständen im Raum benannt werden sollen
- Zur Selbstorientierung kann das Kind noch einmal nach Alter, Name und Ort gefragt werden
- Nach Beendigung des Flashbacks sollte das Kind über das Geschehen und die Zusammenhänge aufgeklärt werden, da es womöglich keine Erinnerung

daran haben wird. Wichtig nach einem Flashback ist, dass das Kind engmaschig betreut wird (Scherwath, Friedrich 2015: 167f.).

Außerdem besteht bei Kindern und Jugendlichen, die frühkindlichen Missbrauchserfahrungen ausgesetzt waren, oft das Bedürfnis sich selbst in den eigenen Reaktionen auf den Missbrauch verstehen zu können. Hilfreich ist hierbei die altersgerechte Aufklärung, damit die Betroffenen mit Folgeerscheinungen umgehen können und selbst- oder fremdschädigendes Verhalten vermieden werden kann (Wittmann 2015: 17f.).

### *5. Umgang mit Dissoziationen*

Traumatisierte Kinder und Jugendliche dissoziieren (siehe Kapitel 3.4), um belastende Situationen zu überstehen. Im stationären Alltag ist das Ziel störungswertige dissoziative Zustände zu minimieren und gleichzeitig die Selbstregulation zu fördern. Eine wichtige Rolle spielt hierbei, ein Verständnis für die Dynamik derartiger Reaktionen aufzubauen. Ziel ist es die Verhaltensweisen zu verstehen, damit sie erkannt und nachvollzogen werden können. So kann z.B. ein Mädchen, das normalerweise eigenverantwortlich im Alltag auftritt, plötzlich in kindlicher Sprache merkwürdige Dinge sagen und Aufmerksamkeit verlangen. Die Pflegekraft sollte ein Gefühl dafür bekommen, dass es sich um einen dissoziativen Zustand handeln könnte. Die Annahme, dass dieses Kind einen guten Grund für sein Verhalten hat, unterstützt die pädagogische Beziehung. Der Pflegekraft soll bewusst sein, dass das Kind nicht Unruhe stiften möchte, sondern sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen Persönlichkeitsanteile entwickelt haben und es nun mit dissoziativen Zuständen darauf reagiert, die damals das Überleben gesichert haben (Weiß 2014: 108f.).

Da Dissoziation in der Vergangenheit einen Überlastungsschutz für die betroffene Person dargestellt hat, wird häufig dann dissoziiert, wenn zu viel Stress erlebt wird. Folglich geht es darum, eine stressfreie Umgebung zu schaffen, dessen Grundvoraussetzung ein möglichst sicherer Ort ist (ebd.: 110f.). Im stationären Alltag gibt es zwei Möglichkeiten der Selbstregulation für Kinder und Jugendliche: Erstens können sie Situationen meiden, bei denen sie wissen, dass sie besonders stressreich sind. Zweitens können sie sensibel für die Anzeichen eines

dissoziativen Zustands werden und dadurch diesen Zustand unterbrechen. Einfache, schnell erreichbare Dissoziations-Stopps können mit den Kindern geübt werden. Im Folgenden sind einige aufgelistet, die sich als hilfreich bewiesen haben:

- Bewegung ist besonders hilfreich, da durch das Aufstehen und Herumlaufen, Hopsen, Springen und Rennen der Körper gespürt wird
- Sinnesreize setzen wie z.B. ein starkes Parfum, laute Musik, Igelball oder Chilipulver
- Bewussten Kontakt zum Boden aufnehmen und die Aufmerksamkeit auf die Füße richten, dabei das Gewicht des Körpers und des Bodens als etwas Externes und Haltgebendes wahrnehmen

Gelingt die Unterbrechung eines dissoziativen Zustands nicht eigenständig durch das Kind, kann die Pflegekraft unterstützend mitwirken. Mit möglichen Muster-Unterbrechungen und Ablenktechniken kann das Gehirn z.B. mit kräftiger Stimme davon abgelenkt werden, was Stress auslöst. Wichtig ist dabei nur, dass die Aufforderungen für das Kind keine Bedrohung und keine Angst auslösen (Wittmann 2015: 185ff.).

#### **4.4 Anforderungen an die Pflegekraft**

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit den pädagogischen Haltungen und Kompetenzen, die für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in stationärem Kontext förderlich sein können.

Der Pflegekraft wird als nahestehende Bezugsperson, im Sinne eines authentischen Gegenübers für die Kinder und Jugendlichen eine wichtige Rolle zugeschrieben. Es beinhaltet, ein sicheres Rollenverständnis zu vermitteln und angemessen und individuell eine professionelle Beziehung den Kindern und Jugendlichen anbieten zu können (Gahleitner et. al 2014: 60).

Eine grundlegende Voraussetzung, um ein Verständnis für sexuell traumatisierte Kinder und Jugendliche aufzubauen und einen Zugang zu erlangen, ist das Verstehen und die Umsetzung des „Konzeptes des guten Grundes“. Es besteht

aus der Grundannahme, dass es einen guten Grund für die schwierigen Verhaltensweisen der betroffenen Personen gibt. Bei der Annahme des „guten Grundes“ wird die Achtung, Wertschätzung und das Verstehen der Kinder und Jugendlichen unterstützt, ohne zu urteilen und den guten Grund explizit zu benennen. Jedes Verhaltensmuster ist innerhalb dieser Wirklichkeit sinnvoll, wertvoll und erklärbar und beschreibt ein altes Überlebensmuster (Lang et. al. 2013: 110). Das Axiom: „Alles, was ein Mensch zeigt, macht Sinn in seiner Geschichte“ unterstreicht diesen Ansatz (Gahleitner et al. 2015: 178).

Eine entscheidende Rolle im Umgang mit von sexuellen Missbrauch betroffenen Personen spielt die wertschätzende Haltung, da die Missbrauchsoffer wiederholt das Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Willkür erfahren haben und keinen Sinn und Wert mehr in ihrem Leben fühlen (Lang et. al 2013: 88). Wertschätzung setzt das Verstehen der traumatisierten Personen, die in ihrer Selbst- und Weltwahrnehmung verändert sind, voraus (Gahleitner et. al 2014: 60). Pflegekräfte sollten ihre eigenen Gefühle, Bedürfnisse und Grenzen kennen, damit sie empathisch und wertschätzend auf die Patienten zugehen können (Denner 2008: 256).

Carl Rogers, der Begründer des personenzentrierten Ansatzes in Therapie und Pädagogik hat unbedingte Wertschätzung, Empathie und Kongruenz als Merkmale eines hilfreichen Beziehungsangebotes identifiziert (Wittmann 2015: 101). Dieses Konzept ist auf die Pflegebeziehung übertragbar. Mit unbedingter Wertschätzung sind Synonyme wie Anerkennung, Akzeptanz und positive Beachtung verknüpft. Rogers meint damit „eine Person zu schätzen, ungeachtet der verschiedenen Bewertungen, die man selbst ihren verschiedenen Verhaltensweisen gegenüber hat“ (Rogers 1991: 35). Kinder, die sexuellen Missbrauch erfahren haben, haben anstelle von Wertschätzung, Geringschätzung erfahren. Somit ist es hilfreich, wenn Pflegekräfte mit viel Geduld ihre unbedingte Anerkennung entgegenbringen, damit die Betroffenen diese Haltung sich selbst gegenüber übernehmen und sich selbst wieder akzeptieren und achten.

Unter Empathie wird das einführende Verstehen bezeichnet, welches das Kind aus seinem Bezugsrahmen heraus versteht, ohne die individuellen Werte des Kindes zu interpretieren oder zu werten. Der Aspekt Kongruenz greift die Synonyme

Authentizität oder Echtheit auf. Somit bedeutet kongruent, dass sich Gefühle und Verhalten nicht widersprechen (Wittmann 2015: 101).

Da die traumatisierten Betroffenen wieder lernen müssen, Erwachsenen zu vertrauen, sollte die Pflegekraft authentisch bleiben und emotionale und soziale Kompetenzen im stationären Alltag vorleben (Denner 2008: 109). Des Weiteren sollten Pflegekräfte den Betroffenen Partizipation ermöglichen, damit sie Kontrollierbarkeit erleben. Es ist wichtig, dass sie den Entscheidungen und Handlungen von Erwachsenen nicht ausgeliefert sind, sondern die Möglichkeit haben, mitsprechen, mitentscheiden und mitwirken zu können. Partizipation ermöglicht den Kindern das Erleben von Selbstwirksamkeit und das Vertrauen in ihnen selbst kann wachsen (Wittmann 2015: 39).

Weiterhin gilt es das Glücksempfinden der betroffenen Personen zu beleben, da durch die psychische Traumatisierung extreme negative Emotionen wie Angst, Angst, Ohnmacht, Scham, Trauer, Wut und Ekel ausgelöst wurden. Somit sollte ein besonderer Schwerpunkt in den Bereichen Spaß und Freude liegen, um die Belastung und Resilienz wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Der salutogenese<sup>4</sup> Ansatz hilft dem Kind, Körper und Kopf in ein positives Erleben zu bringen, damit die Konstruktivität, das Lernen und die Entwicklung nachhaltig unterstützt werden (Lang et. al 2013: 89).

Gebrande und Wittmann von der Hochschule in Hildesheim haben sich mit der Frage beschäftigt, welche Kompetenzen pädagogische Fachkräfte benötigen, um von sexuellem Missbrauch betroffene Kinder adäquat bei der Verarbeitung ihrer Erlebnisse unterstützen zu können. Es wurden neun problemzentrierte Interviews durchgeführt, um die Expertise der Fachkräfte aus dem Kinderschutz Deutschland qualitativ zu ergründen. Durch die qualitative Inhaltsanalyse wurden deduktiv vier Oberkategorien gebildet. Hierbei wurde sich am Modell der Handlungskompetenz orientiert, das eine Unterteilung in Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz vornimmt. Die relevanten Ergebnisse für diese Arbeit im Bereich der Fachkompetenz zeigen, dass Hintergrundwissen zu sexualisierter Gewalt und

---

<sup>4</sup> Salutogenese beschreibt die Wissenschaft von der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit. Salus stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Gesundheit, der Wortteil genese bedeutet übersetzt Entstehung. Die Salutogenese stellt das Gegenstück zur Pathogenese dar, welches die Entstehung von Krankheit beschreibt (Mühlum, Gödecker- Geenen 2003: 104).

das Wissen darüber, was eine Traumatisierung bedeutet, eine wichtige Rolle spielen. Außerdem werden theoretische Grundlagen zur Traumapädagogik vorausgesetzt, Kenntnisse von Risiko- und Schutzfaktoren und Wissen über Sexualität. Im Bereich der Methodenkompetenz werden unter anderem Methoden zur Unterstützung der Verarbeitung und Aktivierung von Selbstheilungsprozessen genannt, die pädagogische Fachkräfte kennen sollten. Im Bereich der Sozialkompetenz werden grundlegende Schlüsselkompetenzen wie Wertschätzung, Empathie, Authentizität und kommunikative Fähigkeiten und Konfliktfähigkeit genannt, die im Austausch mit dem Kind wichtig sind. Beschrieben wird, dass auf Distanz-Gehen-Können, Halten-Können und Begleiten-Können wichtige Kompetenzen einer Pflegekraft, seien. Von allen Interviewten wurde die Selbstkompetenz und besonders die Haltung der pädagogischen Fachkräfte als zentrale Dimension ihrer Handlungskompetenz angesehen. Darunter fällt, dass pädagogische Fachkräfte, die mit Kindern und Jugendlichen, die Missbrauchserfahrungen erlebt haben, arbeiten, an Selbstvertrauen verfügen sollten, damit sie Sicherheit ausstrahlen können und präsent und authentisch wirken. Weiterhin wird betont, dass die eigene Selbstreflexion wichtig ist und auch die Selbstfürsorge eine zentrale Rolle einnimmt. Zudem wird genannt, dass der Umgang mit Kindern, die sexuellen Missbrauch erfahren haben, erfordert, dass pädagogische Pflegekräfte belastbar sind. Das bedeutet, dass sie aushalten können, was den Betroffenen Personen widerfahren ist, und nicht aus Angst die Auseinandersetzung mit dem Thema, die Betroffenen meiden (Gebrande, Wittmann 2013: 71-76.).

Auch Denner beschreibt, dass es wichtig ist, eine professionelle Nähe- Distanz-Regulierung zu bewahren, auch wenn die Lebensgeschichten sehr berührend sind. Dabei ist es notwendig Respekt vor der Autonomie der betroffenen Person zu empfinden, um mitfühlend, aber nicht mitleidend, handeln zu können (Denner 2008: 109f.).

## **5 Schlussfolgerung**

### **5.1 Zusammenfassung**

Die vorliegende Bachelorarbeit verfolgte das Ziel, Möglichkeiten eines professionellen Umgangs in der psychiatrischen Pflege mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, aufgrund sexuellen Missbrauchs in der Kindheit aufzuzeigen. Für die Beantwortung der Fragestellung lässt sich feststellen, dass dem professionellen Umgang eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird. Sexueller Missbrauch im Kindesalter stellt ein hoch komplexes Thema dar, was bereits bei den Definitionsversuchen deutlich wird.

Bei einem Trauma, was sich als ein extremes belastendes Ereignis für den Menschen darstellt, bei dem seine Bewältigungsmechanismen außer Kraft gesetzt sind, tragen Risikofaktoren dazu bei, dass ein Trauma begünstigt wird und Schutzfaktoren reduzieren die Auswirkungen auf Folgeerkrankungen. Ein Trauma entsteht, wenn die angeborenen Reflexe „Fight“ und „Flight“ nicht einsetzen und das Gehirn mit der äußeren Bedrohung mit „Freeze“ und „Fragment“ reagiert. Der Verlauf einer Traumatisierung lässt sich in das traumatische Ereignis, das traumatische Erleben und in die traumatischen Reaktionen, die als Traumafolgen auftreten, einteilen. Ein in der Kindheit ausgelöstes Trauma durch sexuellen Missbrauch kann verschiedene schwerwiegende Folgen und Auswirkungen auf den Menschen haben. Es wird zwischen Kurzzeitfolgen, die Traumasymptome darstellen und den Langzeitfolgen, welche die Störungsbilder ausmachen, unterschieden. Die PTBS tritt am Häufigsten als Folge von einem Trauma auf. In der Phase der Verdachtserhärtung spielt die Ressource Zeit, eine multiprofessionelle Zusammenarbeit und das sorgfältige Dokumentieren von Verdachtsmomenten eine wichtige Rolle. Meist ist es schwierig eindeutige Anzeichen und Hinweise zu erkennen, die auf sexuellen Missbrauch hindeuten. Bei einem verhärteten Verdacht kommt es auf eine professionelle Gesprächsführung mit dem Kind an, die voraussetzt, dass dem Kind ruhig, geduldig und sachlich entgegengetreten wird. Dabei ist von elementarer Bedeutung dem Kind Unterstützung und Sicherheit zu vermitteln und vor allem Glauben zu schenken.

In der Kindheit sexuell missbrauchte Personen haben einen besonderen Unterstützungsbedarf in verschiedenen Bereichen. Darunter fallen zum einen das Herstellen von Sicherheit, die Förderung der Bindungs- und Beziehungsgestaltung und der Emotionsregulation und zum anderen auf Affekt- und Impulsausbrüche angemessen zu reagieren. Außerdem müssen Pflegekräfte in der Lage sein, bei Flashbacks intervenieren zu können und bei Dissoziationen unterstützen zu können. Entscheidende Kompetenzen werden von Pflegekräften gefordert, um den betroffenen Personen entgegenzutreten. Darunter fällt die pädagogische Grundhaltung, die mit Empathie, Wertschätzung und Kongruenz einhergeht, dem Konzept des guten Grundes und die Freudenseite der betroffenen Personen zu aktivieren. Weitere Schlüsselkompetenzen stellen Authentizität und Partizipation dar.

## **5.2 Fazit und Ausblick**

Für den professionellen Umgang mit traumatisierten Kinder und Jugendlichen, sind ausreichende fachliche Kenntnisse für Pflegekräfte maßgeblich. Aus diesem Grund ist es zwingend erforderlich, dass Pflegekräfte regelmäßig an Supervisionen und Fort- und Weiterbildungen teilnehmen, um für die Kurz- und Langzeitfolgen von Traumatisierung empfänglich zu werden. Es ist wichtig ein Verständnis für die Betroffenen aufzubauen, um ihnen professionell gegenüber zu treten. Dem Thema Traumatisierung sollte sowohl in der direkten Pflege, als auch bei den Schülern und Schülerinnen der Pflegeschule und auf der Hochschulebene mehr Beachtung geschenkt werden, damit eine Traumatisierung früh genug erkannt werden kann, die Verhaltensweisen verstanden werden können und den Betroffenen adäquat entgegengetreten werden kann. Pflegekräfte können dazu beitragen sexuellen Missbrauch aufzudecken, sollten aber sehr vorsichtig mit der Bewertung der Symptome umgehen, damit Fehlinterpretationen vermieden werden. Im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zeigt sich, dass die Pflegekraft über gewisse pädagogische Handlungskompetenzen verfügen sollte. Es gibt zahlreiche Methoden, Techniken und Konzepte, die sich als hilfreich erwiesen haben. Trotzdem spielt es auch eine Rolle wie sympathisch die betroffene Person sein Gegenüber findet, um Vertrauen zu gewinnen und eine

Beziehung aufzubauen. Eine Pflegekraft sollte nicht an den eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen zweifeln, wenn die Beziehung nicht harmonisiert. Aus eigener Erfahrung lässt sich sagen, dass sich viele der oben herausgearbeiteten Aspekte wie z.B. dem Kind gegenüber empathisch aufzutreten, in der Praxis bewährt haben. So wurden während meines Praxiseinsatzes auf der Jugendsuchtstation Kinder zugänglicher, offener und kooperativer, wenn sie mitbekommen haben, dass sich aktiv darum bemüht wurde, sie zu verstehen und Einfühlungsvermögen gezeigt wurde.

Die komplexe Situation der Betroffenen darf nicht unterschätzt werden. Auch für die Pflegekräfte können die Ereignisse sehr belastend sein und sich auf die eigene Psyche auswirken. Somit sollte eine regelmäßige Reflexion mit dem eigenen Handeln ein wesentlicher Bestandteil der täglichen Arbeit sein. Wichtig ist es die eigene Psychohygiene zu pflegen, um sich vor Überlastungen, Ohnmacht, sekundärer Traumatisierung und Burnout zu schützen. Diese sollte im stetigen Austausch mit anderen Mitarbeitern in Form von Supervisionen stattfinden.

Die verwendete Literatur in dieser Bachelorarbeit bezieht sich auf zwei qualitative Studien (Checkliste zur Evidenz und Anwendbarkeit im Anhang). Während die Literatur hinreichend Therapieansätze für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mit traumatisierten Kindern vorschlägt, ist der professionelle Umgang für Pflegekräfte noch verhältnismäßig wenig erforscht.

Den Großteil dieser Arbeit wird durch Standardwerke, in denen neben Studienergebnissen auch eigenes Erfahrungswissen der Autoren und Autorinnen dargestellt wird, abgedeckt. Die Schwierigkeit ergibt sich, dass bei den subjektiven Erfahrungswissen nicht nach den Standards der wissenschaftlichen Vorgaben gearbeitet wird und somit fraglich ist, ob dies zur Beantwortung der Fragestellung führt. Diese Arbeit hat einen Schritt zur Annäherung an das Thema Traumatisierung aufgrund sexuellen Missbrauchs in der Kindheit geleistet. Der zusammengetragene Erkenntnisgewinn kann für Pflegekräfte dazu dienen, eine Traumatisierung frühzeitig zu erkennen und auf einer professionellen Ebene den betroffenen Personen entgegenzutreten.

Zudem ist dies auch ein Thema mit Zukunft. Es wäre sinnvoll weitere Forschung in dem Themenbereich zu betreiben, besonders im Hinblick auf die aktuelle

Flüchtlingsdebatte, bei der mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass viele Kinder und Jugendliche nach Deutschland kommen, die frühkindlicher Traumatisierung ausgesetzt waren. Somit wird die Bedeutung der professionellen Arbeit in der Psychiatrie zunehmen.

### **III Literaturverzeichnis**

**Andresen, S.; Gade, J.; Grünewalt, K. (2015).** Prävention sexueller Gewalt in Grundschule. Erfahrungen, Überzeugungen und Wirkungen aus Sicht von Kindern, Eltern, Lehr- und Fachkräften. Beltz Juventa, Weinheim und Basel

**Baierl, M. (2014).** Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. In: Gahleitner, S.; Hensel, T.; Baierl, M.; Kühn, M.; Schmid, M (Hrsg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Vadenhoeck & Ruprecht

**Baierl, M.; Götz-Kühne, C.; Hensel, T.; Lang, B.; Strauss, J. (2014).** Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: Gahleitner, S.; Hensel, T.; Baierl, M.; Kühn, M.; Schmid, M (Hg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Vadenhoeck & Ruprecht, S.61-78

**Bange, D. (2015).** Planung der Intervention nach Aufdeckung eines sexuellen Kindesmissbrauchsfalls. In: Fegert, J.M. : Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Berlin Heidelberg, Springer- Verlag

**Bange, D.; Deegener, G. (1996).** Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß Hintergründe, Folgen. Psychologie Verlags Union, Weinheim

**Bange, D; Körner, W. (2004).** Leitlinien im Umgang mit dem Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch, in: Körner, W.; Lenz, A. (Hrsg.). Sexueller Missbrauch. Band 1: Grundlagen. Horgrefe, S. 253-265

**Bell, P. (2016).** Sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Partnergewalt-Zusammenhänge und Interventionsmöglichkeiten bei häuslicher Gewalt. Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin & Toronto

**Bertels, G; Wazlawik, M. (2013).** Jugendliche und Kinder stärken. Für das Kindeswohl gegen sexualisierte Gewalt. Verlag Haus Altenberg

**Besser, L. (2009).** Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt, in: Bausum, J.; Besser, L.; Kühn, M.; Weiß, W. (Hrsg.). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die Praxis. 3. Auflage. Beltz Juventa,

**Bausum, J.; Besser, L.; Kühn, M.; Weiß, W. (Hrsg.).** Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Beltz Juventa 3. Auflage

**BGA Traumapädagogik (2011).** Standards in der stationären Jugendhilfe (PDF Datei). Online verfügbar unter: <http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/standards.html> , Zugriff am 23.05.2017

**Bundeskriminalamt (2016).** Tabelle 91 Opfer insgesamt nach Alter und Geschlecht- excel. Abgerufen von <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2015/Standardtabellen/standardtabellenOpfer.html?nn=51356>, Zugriff am 24.05.2017

**Campbell, R; Greeson, M, Fehler-Cabral, G. (2013).** With Care and Compassion: Adolescent Sexual Assault Victims' Experiences in Sexual Assault Nurse Examiner Programs, in: Journal of Forensic Nursing, S.68-74

**Deegener, G. (2010).** Kindesmissbrauch. Erkennen- helfen- vorbeugen. Weinheim, Basel: Beltz- Verlag

**Denner, S. (2008).** Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

**Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (2015).** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch- diagnostische Leitlinien. 10. Auflage. Hogrefe Verlag

**Duden (1990).** Duden Fremdwörterbuch. Bd.5, Mannheim; Wien; Zürich; Dudenverlag

**Egle, U.T.; Joraschky, P; Lampe, A; Seiffge-Krenke, I, Cierpka, M (2015).** Sexueller Missbrauch , Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4. Auflage, Schattauer, Stuttgart

**Fegert, J. M. (1993).** Sexuell missbrauchte Kinder und das Recht. Band 2. Ein Handbuch zu Fragen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen und psychologischen Untersuchung und Begutachtung. Köln, Volksblatt Verlag

**Fegert, J.; Goldbeck, L.; Ziegenhain, U. (2013b).** Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. 2. Auflage, Beltz Juventa, Weinheim und Basel

**Fegert, J; Hoffmann, U., König, E.; Niehues, J.; Hubert, L. (2015).** Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen – Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich, Springer

**Fegert, J; Rassenhofer, M; Schneider, T; Seitz, A; Spröber, N. (2013a).** Sexueller Kindesmissbrauch- Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, S.1-52

**Fischer, G.; Riedesser, P. (2009).** Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4.Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München, S.76-170

**Gahleitner, S; Hensel, T; Baierl, M; Kühn, M; Schmid, M. (Hrsg.). (2014).** Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Vadenhoeck & Ruprecht

**Gahleitner, S.; Frank, C.; Leitner, A. (Hrsg.). (2015).** Ein Trauma ist mehr als ein Trauma- Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Superversion und Traumapädagogik. Beltz Juventa, S.60-178

**Gahleitner, S.; Loch, U.; Schulze, H. (2012).** Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Schneider Verlag, Hohengehren

**Gebrande, J.; Wittmann, A. J. (2013).** Voraussetzungen pädagogischer Fachkräfte für den hilfreichen Umgang mit Kindern, die sexuellen Missbrauch erlebt haben- Ergebnisse einer Befragung von Expertinnen und Experten, in: Interdisziplinäre Fachzeitschrift, Jg.16, S.70-82

**Grieser, M.T.D. (2016).** Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, in: Trauma- Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen, Jg. 14, S.44-45

**Gründer, M; Kleiner, R; Nagel, H. (2013).** Wie man mit Kindern darüber reden kann. Ein Leitfaden zur Aufdeckung sexueller Misshandlung. 6. Auflage, Beltz Juventa, Weinheim und Basel, S.15-23

**Gudemann, W.-E.(1995).** Lexikon der Psychologie. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Lexikon

**Hausmann, C. (2006).** Einführung in die Psychotraumatologie.1. Auflage. Wien: Facultas Universitätsverlag

**Herman, J. (2003).** Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Jungfermannsche Vertragsbuchhandlung, S.56-69

**Hensel, T. (2012).** Liebe allein reicht nicht. Über die Arbeit mit Pflege- und Adoptiveltern und anderen Bezugspersonen chronisch beziehungs-traumatisierter Kinder. *Trauma & Gewalt*, 3, 244-251

**Huber, M. (2009).** Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. Jungfermansche Verlagsbuchhandlung, Paderborn

**Lang, B.; Schirmer, C.; Lang, T.; Andreae de Hair, I.; Wahl, T.; Bausum, J; Weiß, W.; Schmid, M. (Hrsg.). (2013).** Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Beltz Juventa, Weinheim und Basel, S.89-110

**Mühlum, A.; Gönecker-Geenen, N. (2003).** Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München. Ernst Reinhardt Verlag

**Pleines, K. (2009).** Sexual Abuse in Preschool Aged Children: Teaching Childcare Professionals to Identify Signs and Symptoms. *Social Work Theses. Paper 42*

**Rogers, C. (1991).** Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Orig. 1959, GwG, Köln

**Romer, G; Saha, R. (2004).** Sexueller Missbrauch: Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Körner, W; Lenz, A. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Hogrefe, S.277-284

**Schechter, M.D; Roberger, L. (1976).** Sexual exploitation. *Child Abuse and Neglect: The Family and the Community*, Ballinger, Cambridge

**Scherwarth, C; Friedrich, S. (2016).** Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 3. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag München Basel, S.27-168

**Schoden, P. (2008).** Sexuelle Gewalt gegen Kinder: Information und Prävention. LIT Verlag Dr W. Hopf, Berlin

**Schmid, M. (2013).** Warum brauchen wir eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In: Lang, B.; Schirmer, C.; Lang, T.; Andreae de Hair, I; Wahle, T.; Bausum, J.; Weiß, W.; Schmid, M. (Hrsg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Beltz Juventa

**Schmidt, D. (2011).** Sexueller Missbrauch an Kindern. Erkennung und Krisenintervention : Ein Leitfaden für Pädagogen des Elementarbereiches. Diplomica Verlag GmbH 2011

**Schulze, H; Loch, U; Gahleitner, B. (Hrsg.).** Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage. Schneider Hohengehren

**Steinhage, R. (2004).** Personenzentrierte Psychotherapie. In: Körner, W.; Lentz, A. (Hrsg.) Sexueller Missbrauch. Hogrefe Verlag

**Moggi, F. (2004).** Folgen von sexueller Gewalt. In: Körner, W; Lenz, A. (Hrsg.). Sexueller Missbrauch. Hogrefe

**Moggi, F. (2005).** Folgen von Kindesmisshandlung: Ein Überblick. In: Deegener, G.; Körner, W. (Hrsg): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Hogrefe Verlag

**Saller, H. (1988).** Wie begegne ich einem betroffenen Kind, das mich ins Vertrauen zieht? Grundlagen für professionelle Helfer. In: Kazis (Hrsg.). Dem Schweigen ein Ende. Sexuelle Ausbeutung von Kindern in der Familie. Basel, Lenos Verlag

**Vetter, B. (2007).** Psychiatrie. 7. Auflage, Schattauer

**Weiß, W.** (2013). Selbstbemächtigung/ Selbstwirksamkeit- ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung, in: Lang, B.; Schirmer, C.; Lang, T.; Andreae de Hair, I.; Wahle, T.; Bausum, J.; Weiß, W.; Schmid, M. (Hrsg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Beltz Juventa

**Weiß, W.; Kamala, E.K.; Picard, E.; Ding, U.** (2014). „Als wär ich ein Geist, der auf mich schaut“ Dissoziation und Traumapädagogik. Beltz Juventa, S.108-117

**Wittmann, A. J.** (2015). Kinder mit sexuellen Missbrauchserfahrungen stabilisieren. Handlungssicherheit für den pädagogischen Alltag. Ernst Reinhardt Verlag München Basel, S.45-187

**Wöller, W.** (2006a). Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch – integrative Therapie. Schattauer, Stuttgart

**Wöller, W.** (2006b). Störungen der Emotionsregulierung bei komplexen Traumafolgestörungen. Psychotherapeutische Interventionen, in: Der Nervenarzt

**Wustmann, C.** (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz Juventa

## **IV Anhang**

### **Anhangsverzeichnis**

1. Anlage: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Studie 1.....S. XI
2. Anlage: Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Studie 2.....S. XII
3. Anlage: Checkliste für Studie 1.....S. XIII
4. Anlage: Checkliste für Studie 2.....S. XIV
5. Anlage: Suchliste für Pubmed und Google Scholar.....S. XV

# Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Studie 1

## Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Studie 1 .....

Forschungsfrage: .....

### Glaubwürdigkeit

- |  |  |
|--|--|
| 1. Würde die Forschungsfrage klar formuliert?  | <i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i><br>präzise + klar                                    |
| 2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?                        | <i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i><br>/  |
| 3. Würde eine Literaturrecherche durchgeführt?   | <i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i><br>/   |
| 4. Würden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? | <i>Wie erfolgte die Auswahl?</i><br>passend + begründet ausgewählt<br>Auswahl nach Kriterien begründet                                     |
| 5. Würden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?             | <i>Auch die Perspektive des Forschert?</i><br>ausführlich beschrieben  |
| 6. Würde die Datensammlung detailliert beschrieben?  | <i>Methode der Datensammlung?</i><br>ja, Methode adäquat gewählt, begründet und beschrieben<br>qualitativer Fragebogen transparent + genau |
| 7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?   | <i>Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik</i><br>Analyseverfahren passend gewählt  |
| 8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?   | <i>Wenn nein: warum nicht?</i><br>nein, nur neun Personen wurden interviewt  |

### Aussagekraft

- |   |  |
|---|--|
| 9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? | <i>Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i><br>angemessen dargestellt, nachvollziehbar und verständlich beschrieben |
| 10. Würden die Ergebnisse bestätigt?                    | <i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i><br>Ergebnisse bestätigen Aussagen höherer Forschung  |

### Anwendbarkeit

- |  |  |
|--|--|
| 11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen? | /  |
| 12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?  | lassen sich auf Fachkräfte, die mit Kindern arbeiten, anwenden |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

<http://www.medin.uni-halle.de/index.php?id=572>

V.1.1

aus: Behrens, J., & Langer, C. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Hans Huber: Bern.

Quelle: Universitätsklinikum Halle (Saale), online verfügbar unter: <https://www.medin.uni-halle.de/index.php?id=572>, Zugriff am 24.05.2017

## Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie: Studie 2

### Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Studie 2 .....

Forschungsfrage: .....

#### Glaubwürdigkeit

1. Würde die Forschungsfrage klar formuliert?  
Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?  
Klar und präzise gestellt, Ziele definiert
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?  
z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie  
/
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?  
Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?  
untengeleitete Bewertung der Literatur, ausführliche Recherche - Vollständigkeit kann nicht erwartet werden
4. Würden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?  
Wie erfolgte die Auswahl?  
passend zur Frage gewählt und begründet
5. Würden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?  
Auch die Perspektive des Forschert?  
Beschrieben nach Geschlecht, Herkunft, Alter etc.
6. Würde die Datensammlung detailliert beschrieben?  
Methode der Datensammlung?  
ausführlich beschrieben + begründet  
Leitfadentelefoninterview
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?  
Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik  
passendes Analyseverfahren gewählt
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?  
Wenn nein: warum nicht?  
20 Personen befragt → Datensammlung erfolgt nicht bis zur Sättigung

#### Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?  
Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitat?  
ausführlich, verständlich + nachvollziehbar
10. Würden die Ergebnisse bestätigt?  
Konkordanz im Forscherteam? Validierung durch Triangulation?  
guten Bereich vorhandene Literatur wieder

#### Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?  
auf andere Zielgruppen anwendbar

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1-2-3-4-5-6

<http://www.medin.uni-halle.de/index.php?id=572>

V.1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Hans Huber: Bern.

Quelle: Universitätsklinikum Halle (Saale), online verfügbar unter: <https://www.medin.uni-halle.de/index.php?id=572>, Zugriff am 24.05.2017

## Checkliste Studie 1

**Studie 1:** „Voraussetzungen pädagogischer Fachkräfte für den hilfreichen Umgang mit Kindern, die sexuellen Missbrauch erlebt haben- Ergebnisse einer Befragung von Expertinnen und Experten“

In der Studie von Julia Gebrande und Anna Wittmann wurde die Forschungsfrage wie folgt präzisiert: „Welche Kompetenzen benötigen pädagogische Fachkräfte, um Kinder, die sexuellen Missbrauch erlebt haben, im Alltag bei der Verarbeitung ihrer Erlebnisse zu unterstützen?“. Der Fokus der Fragestellung ist klar beschrieben und konkretisiert wurden.

Ein qualitatives Design wurde nicht angegeben und auch keine umfassende Literaturrecherche betrieben. Die Teilnehmer wurden passend und begründet zur Forschungsfrage ausgewählt und ausführlich beschrieben. Sie beziehen sich zum einen auf Fachstellen im Bereich des Kinderschutzes (Psychologen, Referentinnen im Bereich der Traumapädagogik) sowie auf Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt. Die Auswahl erfolgte nach geschlechterspezifischen Kriterien und die aufgrund von räumlicher Nähe und persönlichen Kontakten leichter zu erreichen waren. Die eingesetzten Methoden sind adäquat gewählt, begründet und ausführlich beschrieben wurden. Die Datensammlung wurde detailliert beschrieben. Bei dem qualitativen Fragebogen handelt es sich um erprobte, etablierte häufig eingesetzte Verfahren. Die Methode der Datenerhebung wird mit Transparenz und Genauigkeit dargelegt. Analyseverfahren passend zum Fragebogen gewählt.

Es wurden lediglich 9 Personen interviewt, demnach erfolgte die Datensammlung nicht zur Sättigung.

Zur Aussagekraft der Ergebnisse lässt sich sagen, dass die wichtigsten Ergebnisse angemessen, nachvollziehbar und verständlich beschrieben wurden. Die Ergebnisse decken sich zum Teil mit vorhandener Forschung und sind auf Fachkräfte, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, anwendbar.

## **Checkliste Studie 2**

### **Studie 2: „With Care and Compassion: Adolescent Sexual Assault Victims’ Experiences in Sexual Assault Nurse Examiner Programs“**

In der Studie von Campbel et. al „With Care and Compassion: Adolescent Sexual Assault Victims’ Experiences in Sexual Assault Nurse Examiner Programs“ wurde die Fragestellung klar und präzise gestellt und die Ziele der Untersuchung definiert. Ein qualitatives Design wurde nicht beschrieben. Am Anfang der Studie wird eine Darlegung des Stands der Literatur geboten, dementsprechend wurde eine ausführliche Literaturrecherche betrieben und eine umfangreiche Studienlänge dargestellt. Eine Vollständigkeit kann nicht erwartet werden. Die Teilnehmer wurden passend zur Forschungsfrage ausgewählt und beziehen sich auf eine Stichprobe von Jugendlichen, die sexuell missbraucht wurden und die vollen Leistungen von den Pflegekräften erhielten. Die Auswahl wurde in der Studie hinreichend begründet. Die Teilnehmer wurden nach ihrem Geschlecht, ihrer Herkunft und ihres Alters während des Übergriffes beschrieben und zudem ob sie den Täter oder die Täterin kannten bzw. ob es sich um Wiederholungstaten handelte. Da nur 20 Personen befragt wurden, fand die Datensammlung nicht bis zur Sättigung statt. Die eingesetzte Methode zur Datensammlung ist adäquat gewählt, begründet sowie ausführlich beschrieben. Es handelt sich bei dem Leitfadeninterview, um ein erprobtes, etabliertes und häufig eingesetztes Verfahren. Die Datenerhebung erfolgte mit hoher Transparenz und Genauigkeit. Die Ergebnisse wurden ausführlich, verständlich und nachvollziehbar dargelegt und geben zum Teil bereits vorhandene Literatur wieder. Die Ergebnisse lassen sich auf andere Kinder bzw. Jugendliche anwenden.

## Suchliste für Pubmed und Google Scholar

Datenbank Pubmed:

Suchbegriff	Treffer	Relevante Treffer
Sexual assault children	1343	1
Sexual assault children nurse	70	1
Intervention sexual assault children nurse	10	0
Support sexually traumatized children	21	0

Datenbank Google Scholar:

Suchbegriff	Treffer	Relevante Treffer
Umgang sexueller Missbrauch Kinder Kompetenzen Fachkräfte	2610	1

## V Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 24.05.207

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift