


BACHELORTHESIS

**Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen
mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS)
in Folge von sexueller Gewalt**

Vorgelegt am 04. Juni 2018
Von Lena Gellern



1.Prüfer: Prof. Dr.rer.cur. Kirsten Kopke
2.Prüfer: Frau Silke Helfrich

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Department Pflege und Management
Alexanderstrasse 1
20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund: Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSB) stellt die häufigste Folge von sexuellem Missbrauch im Kindes- und Jugendalter dar. Trotz einer hohen klinischen Relevanz lässt sich die Versorgungslage der traumatisierten Kinder in Deutschland bislang als ungenügend und wenig evidenzbasiert beschreiben. Die Forschung steht dementsprechend in der Verantwortung, bezüglich der besonderen Belange der Betroffenen zur Verfügung stehende Therapieansätze auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen und deren Implementierung bei nachweisbarer Eignung zu fördern. International richtet sich der Fokus dabei zunehmend auf die „Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie“ (Tf-KVT) als wirksames Konzept bei Einbindung eines multiprofessionellen Teams. Im deutschsprachigen Raum ist die Tf-KVT bislang kaum verbreitet. Bezüglich des sich abzeichnenden Handlungsbedarfes in der ganzheitlichen Versorgung der Betroffenen ist das Ziel der vorliegenden Thesis die Überprüfung der Eignung der Tf-KVT sowie eine Auseinandersetzung mit den Herausforderungen und Aufgaben der Pflegenden im Kontext der Erkrankung und des Therapieansatzes.

Methodisches Vorgehen: Es wird eine umfangreiche systematische Literaturrecherche in den Datenbanken „PubMed“, „Cinahl“ sowie „Google Scholar“ durchgeführt. Anschließend wird die gefundene Literatur auf ihre Qualität und Glaubwürdigkeit hin überprüft. Die nationale und internationale Studienlage zur Wirksamkeit der Tf-KVT wird herausgearbeitet. Im Anschluss werden die im stationären Setting bedeutsame Rolle der Pflegenden sowie bestehende Herausforderungen im Kontext der Therapie aufgezeigt und die Ergebnisse diskutiert.

Ergebnisse: Für die ganzheitliche Versorgung der Betroffenen lässt sich bei der Tf-KVT eine signifikante Überlegenheit im Vergleich zu anderen Therapieformen feststellen. Die im stationären Setting wesentliche Einbindung von professionellen Bezugspersonen und die bestehenden Herausforderungen im Umgang mit den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld unterstreichen die Bedeutung einer hochqualifizierten und evidenzbasierten Aus- und Weiterbildung für die Pflegenden.

Schlussfolgerungen: Eine signifikante Verbesserung der Versorgungslage der Betroffenen in Deutschland bedingt die Umsetzung geeigneter Konzepte wie der Tf-KVT und die Weiterführung der Professionalisierung insbesondere auch im Bereich der psychiatrischen Pflege. Forschungsdesiderata bestehen in der Auseinandersetzung bezüglich besonders vulnerabler Gruppen innerhalb der Betroffenen sowie in der Aktualisierung von Leitlinien und Handlungsempfehlungen.

Inhalt

I	Abbildungsverzeichnis	I
II	Tabellenverzeichnis	I
III	Abkürzungsverzeichnis	I
1	Einleitung	1
2	Methodisches Vorgehen	3
3	Sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen	5
3.1	Definition „Sexuelle Gewalt“	6
3.2	Auswirkungen im Kindes- und Jugendalter	6
3.3	Posttraumatische Belastungsstörung	7
3.3.1	Diagnosekriterien und Symptome	7
3.3.2	Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter	8
4	Traumatherapie	10
4.1	Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie	11
4.1.1	Aufbau und Inhalt der Tf-KVT	12
4.1.2	Wirksamkeit der Traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie	14
4.1.3	Glaubwürdigkeit der ausgewählten Studien	19
4.2	Pflegerische Herausforderungen bei Traumatherapie	21
4.2.1	Grundlagen psychiatrischer Pflege	21
4.2.2	Konzept der Bezugspflege	24
4.2.3	Pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit PTBS nach sexueller Gewalt	28
5	Diskussion	31
6	Implikationen	35
7	Fazit	36
	Literaturverzeichnis	38
	Anhang	41
	Anhang 1: Suchstrategie (eigene Darstellung, Stand Februar 2018)	a

Anhang 2: Diagnosekriterien PTBS nach DSM V (Falkai/ Wittchen, 2015).....	b
Anhang 3: Bewertung eines Systematic Reviews nach SIGN (2007).....	g
Anhang 4: Bewertung eines Systematic Reviews nach SIGN (2007).....	i
Anhang 5: Bewertung einer Interventionsstudie nach Behrens und Lange (2010).....	k
Anhang 6: Bewertung einer Interventionsstudie nach Behrens und Lange (2010).....	l
Anhang 7: Bewertung einer Interventionsstudie nach Behrens und Lange (2010).....	m
Eidesstattliche Erklärung	

I Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick Literaturoauswahl (eigene Darstellung)	5
Abbildung 2: Komponenten der Tf-KVT mit Angaben des Anteils an der Gesamtsitzungszahl (Sachser et al., 2016)	12

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe nach PIKO (eigene Darstellung)	4
--	---

III Abkürzungsverzeichnis

AACAP =	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
ACPMH =	Australia Centre for Posttraumatic Mental Health
AWMF =	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
BMFSJ =	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CAPS-CA =	Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents
DSM V =	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V
EMDR =	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ICD 10 =	International Classification of Diseases
ISTSS =	International Society for Traumatic Stress Studies
NICE =	National Institute for Clinical Excellence
PTBS =	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT =	Randomisierte Kontrollierte Studie
Tf-KVT =	Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie
TSCYC™ =	Trauma Symptom Checklist for Young Children
UBSKM =	Unabhängiger Beauftragte für die Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs

1 Einleitung

Kindheitstraumata gehören zu den Hauptursachen chronischer psychischer und körperlicher Störungen (Goldbeck/Petermann, 2013). Lange Zeit wurde angenommen, dass Kinder leichter vergessen als Erwachsenen und daher bestimmte Traumata in der frühen und mittleren Kindheit ohne psychopathologische Folgen bleiben (Rosner/Steil, 2013). Heute ist bekannt, dass Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten können, oft mit einer entwicklungstypischen Ausgestaltung einhergehen sowie von komorbiden Störungen begleitet sind (Goldbeck/Petermann, 2013). Posttraumatische Belastungsstörungen sind eine der häufigsten Folgen von Missbrauch und Misshandlung im Kindes- und Jugendalter (Kirsch et al., 2011). Bereits 1999 berichtete die Bremer Jugendstudie, dass in der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen 22,5% der Jugendlichen mindestens ein Trauma erlebt haben (Essau et al., 1999). Die Lebenszeitprävalenz für eine Posttraumatische Belastungsstörung betrug laut dieser Studie 1,6% (ebd.). Aktuellere Studien sprechen davon, dass bei einer Lebenszeitprävalenz von 10-20% davon auszugehen ist, dass auch heutzutage jährlich tausende Kinder und Jugendliche in Deutschland von Vernachlässigung, psychischer, physischer und sexueller Gewalt betroffen sind, auch wenn nur ein Bruchteil dieser Misshandlungen aufgedeckt wird (Kirsch et al., 2011). Medienberichte über den Missbrauch von Kindern und Jugendlichen haben in Deutschland die gesellschaftliche und politische Beachtung gegenüber den in den Fachkreisen schon seit langem bekannten Kindheitstraumata erhöht (Goldbeck/ Petermann, 2013).

Im März 2010 wurde von dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ) ein Runder Tisch mit dem Schwerpunkt "Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich" eingerichtet, um Betroffene zu unterstützen und sexueller Gewalt gegenüber Kindern und Jugendlichen vorzubeugen (BMFSJ, 2017). Ausgehend davon entstand im Mai 2013 der „Fond Sexueller Missbrauch im familiären Bereich“. Er ist bestimmt für Betroffene, die als Kinder oder Jugendliche in der Familie oder im familiären Umfeld sexuell missbraucht wurden und noch heute unter den Folgen der Traumatisierung leiden. Damit können beispielsweise Therapien für die Betroffenen finanziert werden (ebd.). Außerdem wurde mit Hilfe der Empfehlungen des Runden Tisches 2014 von BMFSJ ein Gesamtkonzept für den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt entwickelt (ebd.). Dieses Konzept beinhaltet fünf Themenbereiche, in denen Verbesserungen erreicht werden sollen. Dabei handelt es sich um das Strafrecht und

Strafverfahren, Recht auf Schutz, Beratung und Unterstützung von Betroffenen sowie Umgang mit digitalen Medien (ebd.).

Gleichwohl kann auch durch systematische Prävention nicht gänzlich verhindert werden, dass ein erheblicher Anteil der Kinder und Jugendlichen potentiell traumatische Lebenserfahrungen macht, die zu einer PTBS führen können (Goldbeck/Petermann, 2013). Die PTBS geht oft einher mit komorbiden oder sekundären psychischen Störungen, wobei insbesondere depressive Störungen und Substanzkonsum eine wesentliche Rolle spielen (Kirsch et al., 2011). Essau et al. (1999) berichten, dass 23,5% der Betroffenen an einer depressiven Störung, und 29,4% an somatoformen Störungen leiden. Bei 23,5% ließ sich Substanzmissbrauch feststellen. Bei ausbleibender angemessener Behandlung verlaufen diese Zustände meistens chronisch und führen zu weitreichenden psychosozialen Einschränkungen (Kirsch et al., 2011).

Trotz dieser hohen klinischen Relevanz ist die Versorgungslage im Kontext einer PTBS in Deutschland bislang ungenügend (Kirsch et al., 2011). Oftmals werden die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter verkannt, da eine Diagnosestellung durch die mangelnde Anpassung der diagnostischen Kriterien an die Besonderheiten der Altersgruppe erschwert wird (Rosner/Steil, 2013). Zum einen werden die Kriterien der Diagnoseinstrumente bis zu einem Alter von 16 Jahren nur in Ausnahmefällen erfüllt, obwohl die Leitsymptome vorhanden sind und eine erhebliche Beeinträchtigung vorliegt (ebd.). Zum anderen wird die Störung in vielen Fällen mit nicht ausreichend evidenzbasierten Interventionen wie unspezifischer Psychotherapie oder rein supportiven Maßnahmen behandelt (Kirsch et al., 2011).

Die in den zurückliegenden Jahren vor allem international verstärkte Forschungstätigkeit hat zur Weiterentwicklung und Evidenzbasierung psychotherapeutischer Therapieansätze für traumatisierte Kinder geführt (Goldbeck/ Petermann, 2013). Nach derzeitiger Evidenzbasis kann die Traumafokussierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen als wirksamste Behandlungsform empfohlen werden (ebd.). Die Überlegenheit der kognitiv-behavioralen traumafokussierten Psychotherapie konnte in mehreren internationaler Studien nachgewiesen werden (Kirsch et al., 2011). Dabei zeigt bei Kindern und Jugendlichen mit einer PTBS nach sexuellem Missbrauch die „Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie“ (Tf-KVT) bislang die beste Wirksamkeit (ebd.). Im deutschsprachigen Raum ist die Tf-KVT bislang kaum verbreitet, obwohl sie alle Elemente beinhaltet, die von internationalen Behandlungsleitlinien explizit empfohlen werden. Dazu zählen das Einbeziehen von Bezugspersonen, Ressourcenförderung und ein traumafokussiertes

Vorgehen (ebd.). Als mögliche Gründe dafür werden beispielsweise angeführt, dass die Behandlungsmethode in den Kliniken bislang noch zu wenig bekannt ist bzw. es unberechtigte Vorbehalte gegenüber einem traumafokussierten Vorgehen gibt. Das würde darauf schließen lassen, dass möglicherweise unzureichende Aus- und Fortbildungsangebote die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit zur traumafokussierten Psychotherapie in Deutschland erschweren (Rosner/ Steil, 2013).

Ziel der folgenden Arbeit ist es, zunächst die Relevanz der Behandlung der Erkrankung im Kindes- und Jugendalter zu verdeutlichen. Des Weiteren soll die aktuelle Studienlage national und international herausgearbeitet werden und somit die Wirksamkeit der Tf-KVT aufgezeigt werden. Außerdem sollen die Rolle der Pflegenden sowie die damit verbundenen Herausforderungen im Rahmen der Therapie und deren Umsetzung dargestellt werden. Hinsichtlich der vorangestellten Überlegungen möchte die Verfasserin in der vorliegenden Bachelorthesis folgenden Fragen nachgehen:

Ist die Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT) bei Kindern und Jugendlichen nach sexuellem Missbrauch eine geeignete Therapie, um Posttraumatische Belastungsstörungen zu reduzieren? Welche Herausforderungen und Aufgaben bestehen für Pflegende im Kontext der Erkrankung und einer Behandlung mit der Tf-KVT?

Um die dargestellten Fragen zu beantworten, wird nach einer kurzen Vorstellung des methodischen Vorgehens in dieser Thesis zunächst auf die Thematik „Sexueller Missbrauch im Kindes und Jugendalter“, das Krankheitsbild PTBS sowie dessen Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter eingegangen. Im vierten Kapitel steht die Traumatherapie bei einer PTBS im Vordergrund. Die Verfasserin wird die Tf-KVT inhaltlich darstellen und sie auf ihre Wirksamkeit hin untersuchen. Nachfolgend wird die Rolle der Pflegenden in diesem Kontext herausgearbeitet. Um sich den erkenntnisleitenden Fragestellungen weiter annähern zu können, wird die Autorin im fünften Kapitel die Ergebnisse diskutieren und in einem abschließenden Fazit versuchen, anhand der gewonnen Erkenntnisse die Fragestellung schlussendlich zu beantworten.

2 Methodisches Vorgehen

Um die Fragestellung zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dafür wurden die Datenbanken „Pubmed“, und „CINAHL“ durchsucht. Da bei der Thematik der vorliegenden Arbeit ein Schwerpunkt auf der Umsetzung innerhalb

Deutschlands liegt, erfolgte ergänzend eine Recherche auf „Google Scholar“ nach geeigneten Veröffentlichungen.

Die Suchbegriffe wurden mithilfe des PIKO-Schemas ermittelt. Während der Suche wurden Synonyme für die einzelnen Begriffe verwendet, um diese möglichst breit zu halten. Für das P wurden die Suchbegriffe *Kinder*, *Jugendliche* und *Pädiatrie* sowie *Posttraumatische Belastungsstörung* und *sexueller Missbrauch* bzw. *sexuelle Gewalt* verwendet. Für die Intervention wurde der Begriff *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie* genutzt. Für eine ausführliche Suche in internationalen Datenbanken wurden die jeweiligen Suchbegriffe vor der Verwendung ins Englische übersetzt. Eine Kontrollintervention wird für die Beantwortung der Fragestellung nicht benötigt. Der Outcome bedeutet eine Reduzierung der PTBS (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Suchbegriffe nach PIKO (Eigene Darstellung)

PIKO-Schema	Suchbegriffe deutsch	Suchbegriffe englisch
P	Kinder, Jugendliche, Pädiatrie	children, pediatric, paediatric
	Posttraumatische Belastungsstörung	posttraumatic stress disorder
	Sexueller Missbrauch, sexuelle Gewalt	sexual abuse, indecent assault
I	Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie	Trauma-focused cognitive-behavioral therapy
K	-	-
O	Reduzierung der PTBS	Reduction of PTSD

Für die Recherche wurden die Suchbegriffe in unterschiedlicher Kombination mit den Bool'schen Operatoren verbunden (siehe Anhang 1). Da die Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie seit dem Jahr 2006 angewendet wird, wird als Filter die Beschränkung auf die letzten 12 Jahre und die Sprachen Deutsch und Englisch eingesetzt. Zunächst wurde bei PubMed gesucht, dies ergab 26 Treffer, wovon 12 relevant waren. Um eventuell mehr Treffer zu erlangen, wurde eine erneute Suche ohne den Suchbegriff *sexual abuse* durchgeführt. Die Suche ergab 108 Treffer, davon waren 33 Artikel relevant. Bei CINAHL wurden in zwei Suchdurchläufen mit unterschiedlichen Kombination mit den gleichen Filtern 24 Artikel gefunden, wovon 5 relevant waren. Bei „Google Scholar“ wurden die deutschen Suchbegriffe verwendet und als Filter ebenfalls die letzten 12 Jahre eingesetzt und darauf verwiesen, dass das Wort „Flüchtlinge“ nicht mitberücksichtigt werden soll, um die Treffer zu begrenzen. Die Suche ergab 44 Treffer, wovon nach Sichtung der Titel 8 Artikel

näher untersucht wurden. Zudem wurde bei AWMF nach nationalen Leitlinien zur Thematik gesucht und eine gefunden.

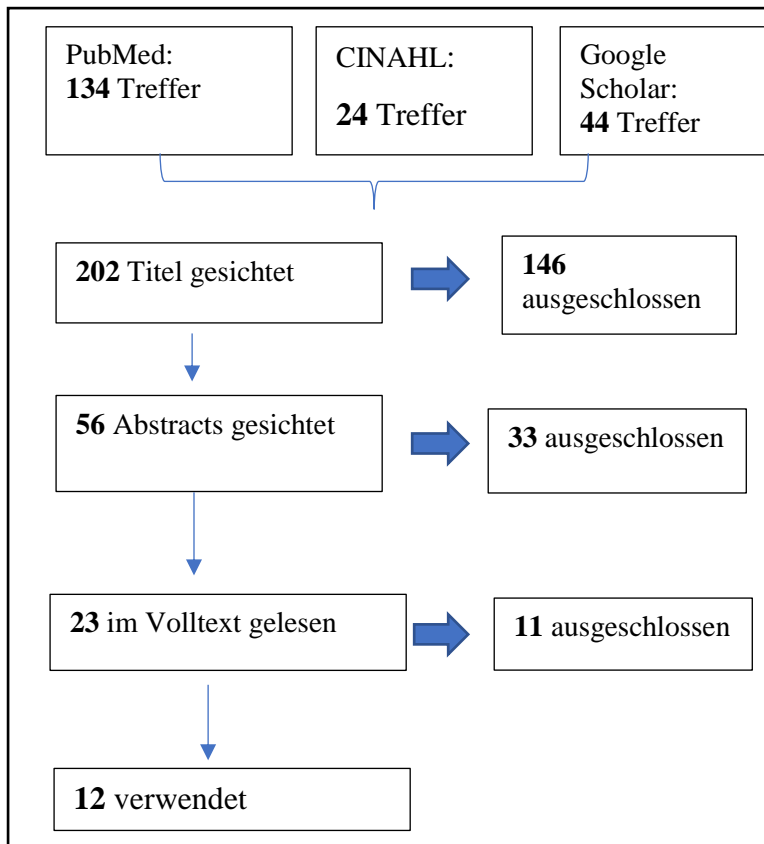


Abbildung 1: Überblick Literatursuche (eigene Darstellung)

Die Recherche fand im November 2017 – Februar 2018 statt. Von den insgesamt 202 Treffern wurden 146 ausgeschlossen, da die Titel keine Gemeinsamkeit zum Thema der vorliegenden Thesis aufwiesen. 56 Abstracts wurden gesichtet, wovon 33 ausgeschlossen wurden da sie entweder doppelt vorkamen, deren Fragestellung für die vorliegende Thesis nicht relevant war oder aufgrund von Untersuchung anderer Stichproben nicht relevant

waren. 23 Treffer wurden im Volltext gelesen, wovon 12 für diese Thesis verwendet wurden (siehe Abb. 1). Bei den 12 Literaturquellen handelt es sich um zwei Systematic Reviews, zwei RCTS, eine Beobachtungsstudie, eine Pilotstudie, zwei Leitlinien und vier Übersichtsartikel. Die Literatur wurde auf ihre Qualität hin überprüft sowie die Reviews und Studien mit Hilfe von Instrumenten auf ihre Glaubwürdigkeit hin untersucht (siehe Kapitel 4.1.3).

Zudem wurde eine Handsuche in der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg sowie in der Fachbibliothek Soziale Arbeit & Pflege der HAW Hamburg durchgeführt. Dabei wurden 10 weitere Quellen identifiziert und zur Bearbeitung der Fragestellung herangezogen.

3 Sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 10-20% ist davon auszugehen, dass aktuell jährlich tausende Kinder und Jugendliche von Vernachlässigung, psychischer, physischer sowie sexueller Gewalt betroffen sind, auch wenn nur ein Bruchteil dieser Misshandlungen aufgedeckt wird (Kirsch et al., 2011). Für das Jahr 2016 verzeichnete die Polizeiliche

Kriminalstatistik 12.019 Anzeigen wegen Kindesmissbrauchs (UBSKM, 2018). Die häufigste Folge dieser traumatischen Erfahrung ist eine Belastungsstörung (Kirsch et al., 2011). Daher wird im Folgenden zunächst der Begriff „Sexuelle Gewalt“ definiert, deren Folgen aufgeführt und anschließend die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie deren Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter in den Fokus gerückt.

3.1 Definition „Sexuelle Gewalt“

Der Unabhängiger Beauftragte für die Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) definiert den Begriff wie folgt:

„Sexueller Missbrauch oder sexuelle Gewalt an Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor Mädchen und Jungen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können. Der Täter oder die Täterin nutzt dabei seine/ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.“ (UBSKM, 2018)

3.2 Auswirkungen im Kindes- und Jugendalter

Mit Krieger et al. (2007) lässt sich festhalten, dass das Erleben von sexueller Gewalt für die betroffenen Kinder und Jugendlichen gravierende Folgen hat. Festzustellen ist in diesem Zusammenhang, dass es kein typisches Misshandlungs- oder Missbrauchssyndrom gibt. Die Folgen sind stattdessen vielfältig und betreffen meist mehrere Bereiche, wie beispielsweise die emotionale und die kognitive Entwicklung, gleichzeitig, Man unterscheidet Lang- und Kurzzeitfolgen, wobei die Kurzzeitfolgen meist unmittelbar oder innerhalb der ersten zwei Jahre nach der traumatischen Erfahrung auftreten. Langzeitfolgen hingegen lassen sich häufig erst nach einer längeren Latenzzeit feststellen und sind im Gegensatz zu den Kurzzeitfolgen meist von anhaltender Dauer (ebd.).

Zu den Kurzzeitfolgen gehören neben Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwäche auch ein fehlender Selbstwert, die Entwicklung von Schuld- und Schamgefühlen sowie damit einhergehend selbstverletzendes Verhalten (Krieger et al., 2007). Außerdem treten Feindseligkeit sowie allgemeine Störungen der Gefühlsregulation, wie beispielsweise Impulsivität, auf. Zudem können Entwicklungsrückstände auftreten, die sich in Sprach-, Lern- und Schulschwierigkeiten äußern. Ebenso lässt sich beobachten, dass die Betroffenen bereits erlernte Fähigkeiten wie das Sprechen oder die Kontinenz wieder verlernen und sich psychosomatische Störungen in Form von beispielsweise chronischen Bauchschmerzen sowie Ess- und Schlafstörungen entwickeln können (ebd.).

Zu den Langzeitfolgen gehören zahlreiche psychische Störungsbilder wie Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch sowie selbstverletzendes Verhalten. Außerdem werden dissoziative Störungen, sexuelle Störungen und Störungen in sozialen Beziehungen beschrieben (Krieger et al., 2007; Preuß, 2010). Kirsch et al. (2011) postulieren die nachfolgend beschriebene Posttraumatische Belastungsstörung als eine der am häufigsten auftretenden Langzeitfolgen.

3.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Eine Posttraumatische Belastungsstörung (engl. post traumatic stress disorder, PTSD) stellt eine extreme Reaktion auf eine sehr starke Belastung dar und wird durch eine Gruppe von Symptomen definiert (Davison et al., 2007). Die daraus generierten Diagnosekriterien sind sowohl im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM V), als auch in der „International Classification of Diseases“ (ICD 10) festgehalten. Für die vorliegende Arbeit werden die Diagnosekriterien nach DSM V verwendet, da diese speziell eine Erkrankung im Kindes- und Jugendalter berücksichtigen. Eine Beschreibung der Besonderheiten sowie eine Auflistung der Diagnosekriterien erfolgen nachstehend, wobei sich die Verfasserin auf die deutsche Ausgabe des Werkes von Falkai/Wittchen (2015) bezieht.

3.3.1 Diagnosekriterien und Symptome

Für die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erfolgt im DSM V zunächst eine Einteilung in die Altersgruppe bis sechs und älter als sechs Jahre (Falkai/Wittchen, 2015). Für beide Alterskategorien sind eigene Diagnosekriterien beschrieben (vgl. Anhang 2). Die Vielfalt des klinischen Bildes der Erkrankung zeigt sich in den Variationen und Ausprägungsstufen sowie den unterschiedlichen Kombinationen der Symptome (ebd.). Mit Blick auf den Fokus der vorliegenden Arbeit werden nachfolgend nur relevante Merkmale einer Traumatisierung nach sexueller Gewalt aufgeführt und die Diagnosekriterien für beide Altersgruppen teilweise zusammengefasst.

Nach direkter Konfrontation mit sexueller Gewalt (Kategorie A), kann es laut Falkai/Wittchen (2015) bei Kindern zu Symptomen des Wiedererlebens, den so genannten Intrusionen, kommen (Kategorie B). Traumabezogene Aspekte werden dabei von Kindern über sechs Jahren häufig während ihrer Spielphase aufgegriffen, was sich beispielsweise gut während eines Spiels mit Puppen beobachten lässt (Falkai/ Wittchen, 2015). Zudem treten häufig wiederkehrende, belastende Träume mit stark beängstigenden, aber nicht wiedererkennbaren Inhalten auf (ebd.). Außerdem sind dissoziative Reaktionen wie

sogenannte „Flashbacks“ möglich, bei denen das Kind fühlt oder handelt, als ob sich das traumatische Ereignis wieder ereignen würde (ebd.).

Kategorie C und D umfassen Symptome, die entweder eine anhaltende Vermeidung von traumabedingten Reizen, negative Kognitionen oder affektive Veränderungen abbilden (Falkai/ Wittchen, 2015). Von diesen muss im Sinne einer Diagnosestellung mindestens ein Aspekt zutreffen. Dazu zählen sowohl die Vermeidung von Aktivitäten, Orten oder Gegenständen als auch ein Entziehen bezüglich Personen, Gesprächen oder Situationen, die an das traumatische Ereignis erinnern oder damit in Verbindung gebracht werden. Außerdem treten negative emotionale Zustände, wie beispielsweise Furcht, Schuld oder Scham auf. Weiterhin lassen sich ein deutlich abnehmendes Interesse oder die verminderte Teilnahme an sozialen Aktivitäten und soziales Rückzugsverhalten beobachten (ebd.). Zudem können Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität beobachtet werden (Falkai/Wittchen, 2015). Für eine Diagnosestellung müssen hier mindestens zwei Anzeichen auftreten. Dazu zählen Reizbarkeit und unbegründete oder unverhältnismäßige Wutausbrüche ebenso wie Hypervigilanz, eine übertriebene Schreckreaktion, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen (ebd.).

Die Kategorien E bzw. F beinhalten ein Fortbestehen des beschriebenen Störungsbildes über einen Zeitraum von mehr als einem Monat hinweg. Das Störungsbild verursacht ein deutliches Leiden und Beeinträchtigungen im sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen und tritt nicht in Folge von Substanzkonsum oder eines medizinischen Krankheitsfaktors auf (Kategorie F- H) (ebd.).

Zusätzlich muss erhoben werden, ob eine Depersonalisation oder Derealisation vorliegen, die dann einer PTBS mit dissoziativen Symptomen entspricht (Falkai/ Wittchen, 2015). Das betroffene Kind erlebt bei einer Depersonalisation die anhaltende oder wiederkehrende Erfahrung, die eigenen Gedanken und Körperempfindungen von außen beobachten zu können. Bei der Derealisation erlebt das Kind die Umgebung anhaltend oder wiederkehrend wie einen Traum, weit entfernt oder verzerrt (ebd.).

3.3.2 Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter

Eine Diagnosestellung im Kindes- und Jugendalter gestaltet sich mit Rosner/Steil (2013) bei der Posttraumatischen Belastungsstörung grundsätzlich schwierig. Zum einen unterscheiden sich die beiden Klassifikationssysteme DSM 5 und ICD 10 gravierend, sodass eine Übereinstimmung der Diagnose gering ist. Zum anderen wird eine Diagnosestellung durch die mangelnde Passung der Kriterien auf Kinder und Jugendliche erschwert (Rosner/Steil,

2013). Die Kriterien, die das bis 2015 angewendete DSM 4 vorgaben, galten als deutlich zu streng und wurden von Kindern- und Jugendlichen nur selten erfüllt, obwohl erhebliche Beeinträchtigungen festzustellen und Leitsymptome vorhanden waren. Mit dem aktualisierten DSM 5 wurden die Diagnosekriterien 2015 den Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters angepasst und sollen so künftig eine adäquate Diagnosestellung vereinfachen (vgl. dazu Kapitel 3.1 sowie Anhang 2).

Hinzu kommt, dass Kinder und Jugendliche die Kommunikation mit ihrer Umwelt als eine große Herausforderung erleben und insbesondere jüngere Kinder aufgrund von begrenzten kognitiven Fähigkeiten ihre Gedanken und Gefühle in der Regel nicht verbal ausdrücken (Falkai/ Wittchen, 2015). Hier zeigen sich negative Veränderungen vor allem im Rahmen von Stimmungsschwankungen. Einige Kinder verlieren bereits erworbene Fähigkeiten wie das Sprechen, weshalb für die Diagnosestellung andere Informationsquellen, wie beispielsweise die Eltern, Lehrende, das häusliche Umfeld oder bereits angelegte medizinische Akten herangezogen werden müssen (Falkai/Wittchen, 2015; Rosner/Steil, 2013). Im Kontext der Diagnosestellung sind zudem das prätraumatische Funktionsniveau des Kindes, das traumatische Ereignis selbst sowie dessen Folgen für das Kind und seine Umwelt zu berücksichtigen (Rosner/ Steil, 2013). Im Vordergrund stehen eine behutsame und verantwortungsvolle Interviewtechnik mit der Empfehlung, Bezugspersonen und Kinder getrennt mit Hilfe von Selbst- und Fremdbeobachtungsinstrumente zu befragen. Die Relevanz einer umfassenden Anamnese wird dadurch unterstrichen, dass Eltern und Lehrende zur Unterschätzung der Belastung der Kinder neigen und im Gegensatz zu den letzteren eher externalisierende als internalisierende Probleme angeben. Zudem spiegelt sich das Maß an der Glaubwürdigkeit des Kindes in der Beschreibung der PTBS-Symptome durch die Eltern wieder (ebd.). Tritt sexuelle Gewalt innerhalb der Familienstruktur, haben die Sicherheit der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie die Vermeidung erneuter missbräuchlicher Handlungen oberste Priorität. Dieser kann beispielsweise mittels der Inobhutnahme durch das Jugendamt oder einer stationären Aufnahme in eine Klinik entsprochen werden (Preuß, 2010).

Eine Posttraumatische Belastungsstörung weist eine hohe Komorbidität auf und es zeigen sich häufig sekundäre psychische Störungen (Kirsch et al., 2011). Differenzialdiagnostisch kann es in diesem Kontext zur falschen Diagnosestellung wie beispielsweise einer aggressiv-dissozialem Störung kommen, da sich Symptome wie Wut und mangelnde Konzentration entsprechend fehldeuten lassen (Rosner/Steil, 2013). Aus solchen auftretenden Fehldiagnosen kann eine nicht zielführende Behandlung ohne Minderung der PTBS

resultieren. Das Risiko einer Chronifizierung ist entsprechend hoch und bedingt zusätzlich die Gefahr, im Erwachsenenalter an einer ebenfalls häufig mit traumatischen Erfahrungen assoziierten Problematik wie beispielsweise eine Borderline-Persönlichkeitsstörung¹ zu erkranken. Des Weiteren sind Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen wie Adipositas, Depression, Substanzmissbrauch bis hin zu Suizidversuchen belegt (Rosner/Steil, 2013; Kirsch et al., 2011). Rosner (2013) sieht als eine wesentliche Ursache für den unzureichenden Kenntnisstand zur PTBS im Kindes- und Jugendalter und die daraus resultierenden Unterschiede in der Therapie in Deutschland die fehlende zentrale Steuerung bei der Entwicklung und Verankerung nationaler Standards. Bislang sind jeweils die unterschiedlichen Kommunen und Bundesländer für Forschungsansätze verantwortlich. Diese Struktur schafft einen parallelen Aufbau von Lösungswegen und erschwert so die Übertragung wirksamer Erkenntnisse (Rosner, 2013).

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass eine frühzeitige Therapie unabdingbar ist, um das Wohlergehen der Betroffenen zu fördern oder im günstigsten Fall wiederherzustellen sowie weitere Folgen zu vermeiden (Kirsch et al., 2011). Im nachfolgenden Kapitel geht die Verfasserin dementsprechend auf die Thematik der Traumatherapie ein.

4 Traumatherapie

Die Traumatherapie gehört zu den am stärksten diskutierten klinischen Bereichen und ist von einer Vielfalt miteinander konkurrierender Ansätze geprägt (Goldbeck/ Petermann, 2013). In den letzten Jahren wurde international verstärkt geforscht, wodurch auch psychotherapeutische Ansätze für traumatisierte Kinder und Jugendliche weiterentwickelt und auf ihre Evidenz hin geprüft worden sind. Vielfach wird in der Literatur von der „Traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie“ (Tf-KVT) als wirksamste Behandlungsform gesprochen (ebd.). Sowohl die Britische PTBS-Leitlinie des National Institute for Clinical Excellence (NICE), die Australische Leitlinie des Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH) als auch die Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) sowie die Behandlungsleitlinien der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) empfehlen die Tf-KVT zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit PTBS (Sachser et al., 2016; NICE, 2013). Die aktuelle deutsche Leitlinie für Posttraumatische Belastungsstörungen war laut AWMF

¹ Bei der Borderline-Störung handelt es sich um eine Persönlichkeitsstörung mit einem tiefgreifenden Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in Affekten sowie von deutlicher Impulsivität (Falkai/ Wittchen, 2015).

bis Februar 2016 gültig und entspricht dem Stand Januar 2011 (AWMF, 2018). Sie befindet sich zurzeit in der Überarbeitung. Die Leitlinie empfiehlt zur Behandlung eine kognitiv-behaviorale Therapie, EMDR² und die psychodynamisch -imaginative Therapie (Flatten et al., 2011). Es wird daraufhin gewiesen, dass nicht-traumafokussierte Therapieformen die PTBS-Symptome ebenfalls abschwächen können, jedoch in der Wirkung als deutlich geringer eingeschätzt werden (ebd.). Empfehlungen und Behandlungsmethoden speziell für Kinder- und Jugendliche sowie die Tf-KVT werden nicht beleuchtet (Flatten et al., 2011). Der Fragestellung der vorliegenden Thesis entsprechend und in Anlehnung an die Aussagen der aufgeführten internationalen Leitlinien werden nachfolgend bedeutsame Aspekte sowie die Wirksamkeit der Traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie dargestellt.

4.1 Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie

Bei der Traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (engl.: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy) handelt es sich um ein multimodales und manualisiertes Behandlungsverfahren, welches für Kinder und Jugendliche mit einer PTBS und deren Bezugspersonen entwickelt wurde (Kirsch et al., 2011). Die Therapieform nach Cohen, Mannarino und Deblinger basiert auf der langjährigen klinischen und wissenschaftlichen Arbeit der US-amerikanischen Autoren, deren Fokus zunächst auf sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen lag und im weiteren Verlauf auch auf Betroffene mit Erfahrungen mit häuslicher Gewalt oder traumatischen Verlusten ausgedehnt wurde (Sachser et al., 2016). Die Tf-KVT zielt dabei auf die Bewältigung der posttraumatischen Belastungssymptome, eine Integration des traumatischen Ereignisses, die Normalisierung und Förderung der psychosozialen Gesundheit sowie die Schaffung einer optimistischen Perspektive hin ab. Das eigentlich auf eine ambulante Therapie ausgerichtete Konzept kann bei Bedarf auch stationär eingesetzt werden. In das Therapiekonzept eingeflossen sind neben Aspekten der Expositionstherapie und einem Spektrum klinisch bewährter Stabilisierungstechniken auch kognitive Methoden zur Korrektur der dysfunktionalen traumabezogenen Kognition sowie familientherapeutische Überlegungen (ebd.).

Therapeutinnen und Therapeuten können sich mithilfe eines zertifizierten Online-Programms zertifizieren. Zudem entwickelten Deblinger, Cohen, Mannarino, Murray &

² EMDR steht für die „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“, was übersetzt „Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung“ bedeutet und eine Therapieform zur Bewältigung von Traumafolgestörungen darstellt (Emdria Deutschland e.V., 2018)

Epstein 2008 eine Checkliste, mit deren Hilfe die jeweils durchgeführten Therapieschritte nach jeder Sitzung dokumentiert werden können (Tf-CBT, 2018).

Umgesetzt wird die Tf-KVT bisher in Amerika, China, Indonesien, Japan, Tansania, Pakistan und einer Reihe weiterer Länder (Cohen/Mannarino, 2010). Laut Cohen/Mannarino (2010) haben bereits mehr als 50.000 Therapeutinnen und Therapeuten in 60 Ländern an einem Online-Tf-KVT-Kurs teilgenommen.

4.1.1 Aufbau und Inhalt der Tf-KVT

Die Therapieinhalte sind in drei Phasen mit acht Komponenten aufgeteilt und werden in Intensität, Dauer sowie Art und Weise der Durchführung flexibel den Bedürfnissen des Betroffenen angepasst (Sachser et al., 2016). Innerhalb des Therapieverlaufes erfolgen eine Aktivierung von Ressourcen, die Einübung von Bewältigungsstrategien sowie die Förderung einer graduellen Annäherung an die Auseinandersetzung mit den traumatischen

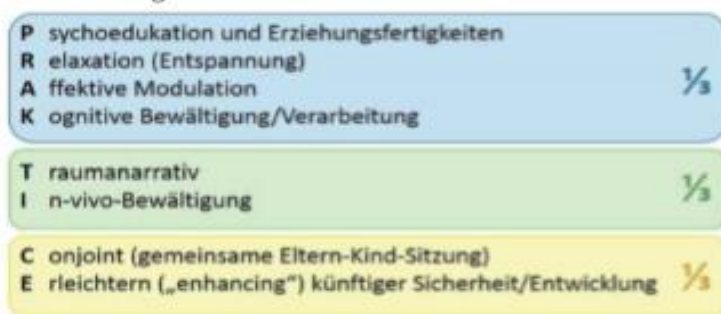


Abbildung 2: Komponenten der Tf-KVT mit Angaben des Anteils an der Gesamtsitzungszahl (Sachser et al., 2016)

Erinnerungen. Die Therapie ist darauf ausgelegt, die Bezugspersonen der betroffenen Kinder und Jugendlichen in das Konzept mit einzubeziehen, so dass sie den Transfer von neu erlernten Verhaltensweisen in den Alltag unterstützen können.

Zum anderen sollen die Kommunikation und Interaktion zwischen den Erziehungsberechtigten und ihrem Kind/Jugendlichen in anteilig gemeinsamen Sitzungen verbessert sowie die Erziehungsfertigkeiten gestärkt werden (Sachser et al., 2016). In der Regel besteht die Therapie aus 8 bis 20 Sitzungen von jeweils 90-minütiger Dauer. Während zu Beginn Einzelsitzungen vorgesehen sind, die für den Betroffenen und die Bezugspersonen parallel zueinander abgehalten werden, werden zum Ende hin mindestens eine, zum Teil auch mehrere Sitzungen gemeinsam gestaltet.

Die auf die Sitzungen verteilten Therapiekomponenten werden entsprechen dem Akronym „P.R.A.K.T.I.C.E.“ (siehe Abb. 2) zusammengefasst, so dass eine bewährte Reihenfolge der Interventionskomponenten vorgegeben wird. Insgesamt lässt sich die Tf-KVT in die bereits erwähnten drei Phasen aufteilen, welche jeweils etwa gleich viele Sitzungen beinhalten. In der ersten Phase zielen die Interventionen auf die Stabilisierung und die Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien ab („PRAK“), die zweite Phase beinhaltet die abgestufte

Exposition und Restrukturierung traumabezogener Gedanken („TI“) und die dritte Phase („CE“) beschäftigt sich mit der Generalisierung der Therapieeffekte, dem Einüben von Sicherheitsstrategien und der Rückfallprophylaxe (Sachser et al., 2016).

Zu Anfang steht die **Psychoedukation im Vordergrund**, in deren Kontext zunächst eine ausführliche Aufklärung bezüglich des Störungsbildes stattfindet. Dies dient sowohl einer Entlastung und Stärkung der Betroffenen als auch der Anbahnung einer Therapiemotivation (Sachser et al., 2016). Die Bezugsperson wird in diesem Rahmen bezüglich ihrer Erziehungskompetenz im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen gestärkt (Kirsch et al., 2011). Zudem werden erste traumabezogene Gedanken geklärt. Das Benennen des Ereignisses und die Einigung hinsichtlich eines angemessenen Sprachgebrauches darüber stellen gleichzeitig den Beginn der graduellen Exposition dar (Sachser et al., 2016). Anschließend geht es in der Komponente **Relaxation** darum, die Betroffenen im Umgang mit Entspannungstechniken zu schulen, welche als Selbsthilfestrategie im Umgang mit posttraumatischem Stress geeignet sind. Zu diesen Methoden gehört beispielsweise die progressive Muskelrelaxation. Die Entspannungsübungen werden mit den Betroffenen und den Bezugspersonen eingeübt und im Verlauf anstrengender Therapiesitzungen oder beim Kontakt mit Stressoren im alltäglichen Umfeld umgesetzt (ebd.).

Im Anschluss erfolgt die **Affektive Modulation**, bei der bei den Betroffenen eine differenzierte Gefühlswahrnehmung sowie ein individuell passender Gefühlsausdruck angebahnt werden sollen (Kirsch et al., 2011). Dies dient einer positiven Imagination und Selbstinstruktion. Hinzu kommen der Aufbau von sozialen Kompetenzen und Affektregulationsstrategien (ebd.).

Bei der **Kognitiven Bewältigung/ Umstrukturierung** werden den Betroffenen die Zusammenhänge zwischen Gefühlen, Gedanken und Verhalten verdeutlicht, um die inneren Dialoge und Gefühle verbalisieren zu können (Sachser et al., 2016). Damit soll die Fähigkeit zur Unterscheidung richtiger von falschen und hilfreicher von nicht hilfreichen Gedanken gefördert werden. Das Prinzip des Hinterfragens und Ersetzens dysfunktionaler Gedanken soll sich angeeignet und in Alltagssituationen angewendet werden. Ebenso erfolgt eine Vorbereitung auf die spätere Umstrukturierung traumabezogener dysfunktionaler Gedanken (ebd.).

Nun folgt die Komponente **Traumanarrativ**, in der es um die schrittweise Exposition mit den traumatischen Erinnerungen geht (Kirsch et al., 2011). Das Narrativ besteht aus einem Steckbrief der Betroffenen sowie den vorgegeben Kapiteln „Das traumatische Ereignis“,

„Der schlimmste Moment“ sowie einem Abschlusskapitel mit dem Titel „Was ich gelernt habe“ (ebd.). Sachser et al. (2016) verweisen auf die Förderung der emotionalen und kognitiven Bewältigung des Traumas durch das wiederholte Schreiben, (Vor-)Lesen und Ergänzen des Traumanarrativs über mehrere Sitzungen hinweg. Das Traumanarrativ wird im Einvernehmen mit den Betroffenen fortlaufend von den Behandelnden mit der Bezugsperson besprochen (ebd.).

Bei der **In vivo-Bewältigung** wird auf das entstandene Vermeidungsverhalten des Betroffenen abgezielt (Cohen et al., 2010). Um den Kindern oder Jugendlichen schrittweise dabei zu helfen, gefürchtete Auslösereize durch eine allmähliche Exposition zu bewältigen, wird eine Hierarchie der Auslösereize entwickelt. Für eine Umsetzung ist es nötig, dass auch das Umfeld der Betroffenen, also Eltern, Lehrende, Peergroups und andere das Expositionsprogramm einhalten und dafür sorgen, dass das jeweilige Setting frei von wirklichen Gefahren ist (ebd.)

Darauf folgt die **Conjoint-** Komponente, in der die Bezugsperson und die Betroffenen eine gemeinsame Sitzung haben (Kirsch et al., 2011). Hier stellen die Betroffenen das Traumanarrativ vor. Im gemeinsamen Austausch oder durch Fragen, die gestellt werden können, erfolgt für die Betroffenen in der Regel eine Entlastung. Zudem fördert dieser Ansatz eine offene Kommunikation und die Etablierung von cotherapeutischer Unterstützung für die Betroffenen (ebd.).

Bei der abschließenden Komponente **Erleichtern künftiger Sicherheit/Entwicklung** wird ein individueller Sicherheitsplan erstellt, um die Wahrscheinlichkeit von Reviktimisierung und Rückfällen zu senken (Sachser et al., 2016). Zunächst erfolgt eine Identifizierung risikoreicher Situationen und weiterbestehender harmloser Triggerreize. Auf Basis dieser Aspekte können beispielsweise durch Rollenspiele Fertigkeiten zur Bewältigung eingeübt werden. In einer abschließenden gemeinsamen Sitzung mit der Bezugsperson wird der Therapieprozess reflektiert und das Erreichte vor dem Hintergrund einer Abschlussevaluation gewürdigt. Zudem erfolgt in diesem Kontext die Thematisierung eines Planes für die weiteren selbstständigen Schritte hinsichtlich der fortzuführenden Traumabewältigung (ebd.).

4.1.2 Wirksamkeit der Traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie

Die Tf-KVT wurde in den letzten Jahren vielfach auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. In den USA wurden zahlreiche Studien durchgeführt, wobei die Tf-KVT mit anderen Therapieansätzen verglichen wurde (Gillies et al., 2012). Die erste systematische

Übersichtsarbeit wurde 2012 von Gillies et al. mit dem Ziel veröffentlicht, die Wirksamkeit von psychologischen Therapien bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit diagnostizierter PTBS zu untersuchen. Zur Datenakquise haben die Autorinnen und Autoren das „Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group’s Specialised Register“ (CCDANCTR) bis Dezember 2011 durchsucht (Gillies et al., 2012). In den Review eingeschlossen wurden alle randomisierten kontrollierten Studien von psychologischen Therapien im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit pharmakologischer Therapie oder anderen Behandlungsansätzen bei Kindern oder Jugendlichen nach traumatischen Erfahrungen oder mit diagnostizierter PTBS. Dabei wurden 14 amerikanische Studien mit insgesamt 758 Teilnehmer*innen identifiziert. Die traumatischen Ereignisse umfassten sexuellen Missbrauch, zivile Gewalt, Naturkatastrophen, häusliche Gewalt und Autounfälle. Ein Großteil der in die Studien einbezogenen Personen war an einen Unterstützungsdienst für Traumatisierte angebunden. In den unterschiedlichen Studien wurden die Therapieansätze Tf-KVT, Expositionsbasierte-, Psychodynamische-, und Narrative Therapien, die Unterstützende Beratung und die EMDR auf ihre Wirksamkeit hin untersucht (ebd.). Als Ergebnis weisen alle Therapieformen nach bis zu einem Jahr nach Beendigung eine Verbesserung der Symptomatik der PTBS auf, dabei zeigt die Tf-KVT signifikant die beste Wirksamkeit und nachteilige Wirkungen konnten nicht festgestellt werden (ebd.).

Leenarts et al. (2012) untersucht in einem weiteren Systematic Review evidenzbasierte Behandlungen für Kinder und Jugendliche, die sexuelle Gewalt erfahren haben und psychopathologische Veränderungen wie eine PTBS aufweisen. Gesucht wurde in den Datenbanken PsycINFO, CSA Illumina, PubMed, EMBASE.com, CENTRAL, Cochrane Library, Wiley sowie PILOTS und CSA Illumina. Von insgesamt 17077 Treffen wurden 33 Studien einbezogen, davon 26 randomisierte kontrollierte Studien und 7 nicht randomisierte, die in dem Zeitraum zwischen 2000 und 2012 veröffentlicht wurden (Leenarts., 2012). Die Studien untersuchten die Wirksamkeit von Tf-KVT, EMDR, CBT, Kunsttherapeutischen Ansätze und einer Eltern-Kind-Psychotherapie (ebd.). Laut Leenarts et al. (2012) ist die Tf-KVT bei Kindern und Jugendlichen nach sexuellen Missbrauchserfahrungen die effektivste Therapieform, da nach Sichtung der Qualität der einzelnen Studien die qualitativ hochwertigsten randomisierten Studien die Tf-KVT empfehlen (ebd.).

Die Beobachtungsstudie von Allen/Horowitz (2016) basiert auf der zunehmenden Diskussion um die Bedeutsamkeit einer strukturierten Tf-KVT gegenüber dem Einsatz von tradierten unstrukturierten Spiel- und Erfahrungstechniken in der Behandlung von Kindern nach sexuellem Missbrauch. Dabei wird von der Feststellung ausgegangen, dass viele

praktizierende Therapeutinnen und Therapeuten trotz bekannter evidenzbasierter Ansätze weiterhin unstrukturierte Therapieformen präferieren. Allen und Hoskowitz (2016) gehen der Fragestellung nach, inwieweit die Behandlung mit strukturierten Tf-KVT und unstrukturierten Spiel- und Erfahrungstechniken bei betroffenen Kindern zu einer Symptommindering im Rahmen einer PTBS oder weiterer Auffälligkeiten wie beispielsweise Angststörungen oder Aggressionen führen kann. Die behandelnden Personen wurden aus sechs Kliniken nach vorhergehender Schulung in den Methoden der Tf-KVT und bei bestehender Expertise in den nicht strukturierten Behandlungsformen ausgewählt (ebd.). Als Stichprobe wurden 260 Kindern zwischen dem 3. und 12. Lebensjahr mit Anbindung an eine betreuende Institution, die nach einem Assessment mit der TSCYC-Methode³ einen Score von über 65 aufwies, untersucht. Die Therapeutinnen und Therapeuten sollten nach jeder Sitzung mithilfe eines strukturierten Bogens anhand einer Likert-Skala dokumentieren, welche Behandlungstechniken aus den Methoden Tf-KVT, unstrukturierte Spiel- und Erfahrungstechniken sowie psychodynamisch ungewöhnliche Techniken eingesetzt wurden. Anschließend wurden die Kinder anhand der Trauma-Symptom-Checkliste auf ihren Nachbehandlungsbedarf hin untersucht. Allen/Hoskowitz (2016) kommen zu dem Ergebnis, dass sowohl die Tf-KVT als auch die Spiel- und Erfahrungstechniken posttherapeutisch zu einer Verbesserung der Symptomatik beitragen. Im Allgemeinen wurde eine stärkere Nutzung der Tf-KVT-Techniken mit niedrigeren Nachbehandlungsbewertungen in Verbindung gebracht, während eine deutliche Verwendung von Spiel- / Erfahrungstechniken mit höheren Nachbehandlungsbewertungen verbunden war. Dabei führt die Tf-KVT besonders bei PTBS mit Angst- und Aggressionssymptomen zu einer signifikanten Verbesserung und niedrigeren Nachbehandlungswerten als unter Verwendung anderer Techniken (ebd.). Es wurden jedoch keine Wechselwirkungseffekte beobachtet (ebd.).

Die erste Studie zur Wirkung der Tf-KVT außerhalb der USA wurde 2014 in Norwegen veröffentlicht (Jensen et al., 2014). Das Forschungsteam verglich anhand von 156 multitraumatisierten Kindern und Jugendlichen die Behandlungsform Tf-KVT mit TAU (Therapy as usual). Die Studie wurde in acht kommunalen Kliniken durchgeführt. Die Behandelnden der Tf-KVT-Gruppe wurden von den Klinikleitungen ausgewählt und meldeten sich freiwillig zu einer Schulung in Tf-KVT und zur anschließenden Durchführung bei Betroffenen, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden. Die TAU-Behandelnden

³Die Trauma-Symptom-Checkliste für Kleinkinder (TSCYC™) ist das erste vollständig standardisierte und genormte Breitband-Trauma-Maß für Kinder (Briere, 1999).

erhielten ihre Teilnehmenden durch den Überweisungsprozess und stellten ihre übliche Behandlung zur Verfügung (ebd.). In der TF-KVT-Gruppe wurden alle Sitzungen unter Verwendung der TF-CBT-Fidelity-Checkliste nach Deblinger, Cohen, Mannarino und Epstein (siehe Kapitel 4.1.1) codiert. Die Checkliste wurde in Abwesenheit der Teilnehmenden nach Beendigung der jeweiligen Sitzung bearbeitet. Als Kernkomponenten gemäß der Definition einer TF-CBT mussten neben der Psychoedukation eine Unterstützung von Entspannungsfähigkeiten, eine Affektregulation, die Einweisung in das kognitive Dreieck, das Durcharbeiten der Trauma-Erzählung, der Umgang mit dysfunktionalen Gedanken und die Erziehungskomponente gewährleistet sein. In der TAU-Gruppe wurden jeweils mindestens fünf Sitzungen codiert, um ausschließen zu können, dass die Kernaspekte der Tf-KVT verwendet wurden. Überprüft wurde dies ebenfalls mit Hilfe der Tf-KVT Fidelity Checkliste (ebd.). Die Studie ergab, dass beide Gruppen signifikante prä- und posttherapeutische Unterschiede aufwiesen. Dabei zeigte die Tf-KVT-Gruppe ein signifikant besseres Verhalten im Umgang mit negativen Einflüssen auf die täglichen Funktionen, depressiven Symptome und allgemein psychischen Gesundheitsproblemen. Außerdem erfüllen in der Tf-KVT- Gruppe signifikant weniger Betroffene die diagnostischen Kriterien für eine vollständige PTBS-Nachbehandlung (ebd.).

2011 wurde in Deutschland an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Ulm eine Pilotstudie durchgeführt, in der 15 Kinder und Jugendliche mit PTBS-Symptomen mit Tf-KVT behandelt wurden und eine signifikante Symptomreduktion aufgezeigt werden konnte (Kirsch et al., 2011). Als Konsequenz wurde in den Jahren zwischen 2012 und 2015 mit Hilfe der Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung eine randomisierte multizentrische Therapiestudie zur Wirksamkeit der Tf-KVT im ambulanten Setting durchgeführt (Kirsch et al., 2011; Goldbeck et al., 2016).

Die von Goldbeck et al. (2016) durchgeführte Studie baut auf der norwegischen Studie von Jensen et al. (2014) auf. Die Studie untersuchte die primäre Hypothese, dass Tf-KVT im Vergleich zu einer Wartelisten-Kontrollgruppe (WL) nach 4 Monaten hinsichtlich einer von unabhängigen Personen beurteilten Reduktion von PTBS überlegen ist. Sekundäre explorative Analysen verglichen die Wirksamkeit von Tf-KVT mit WL in Bezug auf mehrere Ergebnisse. Diese umfassten die Remission der PTSD-Diagnose, eine Remission von komorbiden psychischen Störungen, die Verbesserung der psychosozialen Funktion, die Reduktion von selbst berichteten und pflegeberichteten posttraumatischen Stresssymptomen, posttraumatische Kognitionen, das allgemeine Verhalten und emotionale Symptome, Symptome von Angst und Depression sowie die Verbesserung der

Lebensqualität (Jensen et al., 2014). Ein weiterer Untersuchungsansatz war die Frage, ob Tf-KVT sich unabhängig von soziodemographischen Faktoren wie dem Alter oder dem Geschlecht der Teilnehmenden, dem Vorliegen von interpersonellen oder zufälligen traumatischen Ereignissen sowie dem Auftreten oder Fehlen von komorbiden Störungen als gleich wirksam erweist. In diesem Kontext wurde auch beurteilt, ob die Wirkung unabhängig von der Wahl der Klinik oder den Erfahrungen der Behandelnden mit einer Tf-KVT nachzuweisen ist (ebd.). Dazu wurden in den Jahren 2012 bis 2015 insgesamt 159 Betroffene im Alter zwischen 7 und 17 Jahren und mit mindestens einer mittel schweren PTBS (Diagnostiziert durch DSM IV- Cluster und mit Hilfe von CAPS-CA⁴ untersucht. Die 26 Tf-KVT zertifizierten Behandelnden führten mit Hilfe von Videoüberwachung und der Tf-KVT-Fidelity-Checkliste (siehe Kapitel 4.1.1) insgesamt 12 Sitzungen durch. Die Verteilung in die Tf-KVT oder WL-Gruppe erfolgte randomisiert kontrolliert von einem studienunabhängigen Institut. Durchgeführt wurde die Studie in acht ambulanten Psychiatrischen Kliniken in Deutschland (ebd.). Die Auswertung ergab, dass die Tf-KVT der Kontrollgruppe in Bezug auf eine Remission der PTBS und in der Auseinandersetzung mit einer breiten Palette von komorbiden Störungen wie Depression und Angstzuständen überlegen war (ebd.). Außerdem waren bei den Teilnehmenden der Tf-KVT-Gruppe die psychosozialen Funktionen deutlich adäquater als die der der Kontrollgruppe. Des Weiteren ergab die Studie, dass die Tf-KVT unabhängig von Geschlecht, Art des Traumas und Grad der Spezialisierung sowie der individuellen Erfahrung der Behandelnden wirksam ist. Jedoch profitieren jüngere Betroffene mit weniger komorbiden Störungen mehr von der Tf-KVT als andere (ebd.). Goldbeck et al. (2016) wiesen zudem darauf hin, dass alle Teilnehmenden, die in die Kontrollgruppe randomisiert wurden, die Information erhielten, dass sie nach der Wartezeit gegebenenfalls Tf-KVT angeboten bekommen würden. Diese Information könnte laut des Forschungsteams ein Gefühl der Erleichterung und der positiven Behandlungserwartung vermittelt haben. Da der Zugang zu einer traumafokussierten Behandlung für Kinder und Jugendliche in Deutschland zum Zeitpunkt der Studie begrenzt war, hat sich die Aussicht auf Hilfe in einem angemessenen Zeitrahmen entlastend auf die Betroffenen und deren Familien ausgewirkt (ebd.). Abschließend formulieren Goldbeck et al. (2016), dass in Übereinstimmung mit der früheren Wirksamkeitsstudie der Norweger (siehe oben) die Ergebnisse zeigen, dass die Tf-KVT erfolgreich in verschiedenen ambulanten Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt werden kann und dass

⁴ CAPS-CA = Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (Goldbeck et al., 2016).

mit einer heterogenen Zertifizierung in Tf-KVT Betroffene effektiv behandelt werden können.

4.1.3 Glaubwürdigkeit der ausgewählten Studien

Die im vorherigen Kapitel vorgestellten Reviews, die Beobachtungsstudie sowie die RCTs werden im Folgenden auf ihre Glaubwürdigkeit hin überprüft. Die Beurteilung erfolgt mit Hilfe von Instrumenten, die im Anhang nachzuvollziehen sind.

Um die beiden Systematic Reviews zu bewerten, wurde die Methodische Checkliste nach SIGN verwendet (siehe Anhang 3 und 4). Sowohl Gillies et al. (2012) als auch Leenarts et al. (2012) formulieren in ihren Reviews eine klar fokussierte Fragestellung. In beiden Arbeiten wird eine umfassende Literaturrecherche und Bewertung von zwei unterschiedlichen Personen durchgeführt (Gillies et al. 2012; Leenarts et al. (2012). Dabei werden Ein- und Ausschlusskriterien aufgeführt und die Inhalte der eingeschlossenen Studien benannt. Außerdem ist die wissenschaftliche Qualität der eingeschlossenen Studien bewertet und dokumentiert. Insgesamt werden beide Reviews als qualitativ hochwertig eingestuft (ebd.). Gillies et al. (2012) stellen für die vorliegende Arbeit eine umfangreiche Übersicht über die Therapieformen bei Kinder und Jugendlichen mit PTBS zur Verfügung. Ein Kritikpunkt bezüglich der Nutzung in der vorliegenden Arbeit besteht darin, dass die untersuchte Patient*innengruppe eine breite Vielfalt an Ursachen für eine PTBS aufweist (Gillies et al., 2012). Leenarts et al. (2012), die ebenfalls einen umfangreichen Überblick über die Therapieformen geben, betrachten hingegen nur die Betroffenen, die aufgrund von sexuellen Gewalterfahrungen psychopathologisch auffallen und somit den Kindern und Jugendlichen der vorliegenden Thesis entsprechen (Leenarts et al., 2012).

Zur Überprüfung der Qualität der Beobachtungsarbeit und der RCTs wurde das Instrument „Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie“ nach Behrens und Langer (2010) verwendet (siehe Anhang 5 bis 7).

Dabei muss festgestellt werden, dass eine Beurteilung der Beobachtungsstudie von Allen/Hoskowitz (2016) nach Behrens und Langer (2010) nicht in allen Punkten umsetzbar ist. Die Untersuchungsgruppen verblieben nach Kontrolle der Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien bei den Behandelnden, die im Vorfeld jeweils an einer Zertifizierung der Tf-KVT teilgenommen haben. Demzufolge erfolgte auch kein Wechsel der Teilnehmenden in den einzelnen Gruppen. Die für die Stichprobe identifizierten Betroffenen verblieben bis zum Ende in der Studie. Eine Randomisierung oder Verblindung erfolgte aufgrund des Studiendesigns nicht. Trotz einer verhältnismäßig großen Stichprobe von 260

Kindern und Jugendlichen lässt sich nach genauerer Analyse der Studie aufzeigen, dass deutliche Einschränkungen für eine Anwendbarkeit bzw. Übertragbarkeit vorliegen (Allen/Hoskowitz, 2016). Die Studie limitiert sich mit Allen/Hoskowitz (2016) einerseits durch die Beschränkung auf drei soziodemographische Variablen aufgrund der von den Behandelnden avisierten Wahrung der Anonymität und des Datenschutzes. Gleichzeitig erschwert die nicht verifizierbare Datenerfassung aus den Sitzungen ohne beispielsweise Videoaufzeichnung eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Zudem wurde der Outcome nur durch die Fremdeinschätzung durch das Pflegepersonal und nicht durch die Eigenwahrnehmung der Betroffenen beurteilt. Trotz der Bewertung der Glaubwürdigkeit (Basvermeidung) von 4 erscheint der Verfasserin die Studie hilfreich im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Thesis. Die Studie belegt in ihren Ergebnissen, dass die stärkere Nutzung der Tf-KVT bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigeren Nachbehandlungswerten assoziiert ist und den Erfolg einer einseitigen Nutzung der unstrukturierten Therapieformen übersteigt (Allen/Hoskowitz, 2016).

Jensen et al. (2014) wählten ihre Teilnehmenden systematisch anhand einer Checkliste aus und teilten sie generalisiert und zufallsgesteuert mit der Vier-block-Randomisierung zu. Anzumerken ist, dass von 156 Teilnehmenden am Ende der Studie nur noch 122 dabei waren und das Follow-up von 77,6% unterhalb der 80% Grenze lag (Jensen et al., 2014). Eine Verblindung konnte aufgrund der Interventions-Art nicht stattfinden (ebd.). Positiv hervorzuheben ist, dass die beiden Gruppen sowohl von Alter, Geschlecht und Krankheitsstadium ähnlich sind, gleichwohl jedoch einer unterschiedlichen Anzahl traumatischer Erfahrungen ausgesetzt waren (ebd.). Beide Gruppen wurden gleichbehandelt, somit bestand keine Beeinflussung von anderen Faktoren. Ebenso positiv festzuhalten ist, dass keiner der Teilnehmenden die Gruppen wechselte (ebd.). Es konnten trotz Follow-up unterhalb von 80% signifikante Effekte erzielt werden und die Ergebnisse stehen im Einklang mit vorherigen Studienergebnissen (ebd.). Es wurde die Effektgröße mit Hilfe von „Cohens d“ aufgezeigt und alle Ergebnisse mit p-Wert angegeben, was zufällige Ergebnisse ausschließen lässt (ebd.). Die Ergebnisse sind aufgrund eines Konfidenzintervalls von 95% präzise. Insgesamt lässt sich die Studie von Jensen et al. (2014) als qualitativ hochwertig einstufen und die Ergebnisse lassen sich insbesondere aufgrund der sehr ähnlichen Patientengruppe, auf die vorliegende Thesis anwenden.

Goldbeck et al (2016) wählten adäquat mit Hilfe von zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien Teilnehmende aus, die zufallsgesteuert durch ein von der Studie unabhängiges externes Forschungsinstitut den jeweiligen Gruppen zugeteilt wurden. Von

insgesamt 159 Teilnehmenden beendeten 135 die Studie, somit ist ein Follow-up von über 80% erreicht (Goldbeck et al., 2016). Auch in dieser Studie konnte aufgrund der Art der Intervention keine Verblindung stattfinden. Beide Gruppen weisen eine ähnliche Altersspanne und Krankheitsstadien auf und es ist unwahrscheinlich, dass andere Faktoren als die Intervention die Ergebnisse beeinflusst haben (ebd.). Außerdem wechselten keine Teilnehmenden die Gruppen, sodass alle in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet wurden. Die Stichprobe und Anteile beider Gruppen waren ausreichend, um signifikante Ergebnisse zu erlangen und die Ergebnisse sind im Einklang mit Ergebnisse von vorherigen Studien (ebd.). Auch Goldbeck et al (2014) zeigte die Effektgröße mit Hilfe von „Cohens d“ auf und alle Werte wurden mit dem p-Wert angegeben, sodass zufällige Ergebnisse ausgeschlossen werden können. Die Ergebnisse sind aufgrund eines Konfidenzintervalls von 95% präzise (ebd.). Insgesamt kann die Studie als qualitativ sehr hochwertig eingestuft werden und die Ergebnisse können für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung herangezogen werden. Es muss jedoch beachtet werden, dass die Teilnehmenden nicht nur aufgrund von sexueller Gewalt eine PTBS entwickelt haben, sondern vielfältige traumatische Erfahrungen aufweisen.

4.2 Pflegerische Herausforderungen bei Traumatherapie

Die Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie ist vom Ansatz her für eine ambulante Behandlung konzipiert (Sachser et al., 2016). Dennoch kann bei Auftreten gravierender Einschränkungen im Alltag durch beispielweise komorbide Störungen oder im Falle einer Traumatisierung innerhalb des familiären Umfeldes sowohl eine tagesklinische als auch eine stationäre Behandlung angezeigt sein und auch umgesetzt werden (Preuß, 2010). Hierbei bildet die multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen die Grundlage für eine adäquate Behandlung der Betroffenen (Stümpfig, 2010). Die Versorgung der Betroffenen durch psychiatrisches Pflegepersonal nimmt in diesem Kontext einen besonders hohen Stellenwert ein und wird daher im Folgenden beleuchtet.

4.2.1 Grundlagen psychiatrischer Pflege

Die psychiatrische Pflege ist geprägt durch die „Theorie der interpersonalen Beziehung in der Pflege“ nach Hildegard Peplau (Peplau, 1997). Die amerikanische Pflegetheoretikerin veröffentlichte 1952 ihre Theorie auf Basis ihrer langjährigen Tätigkeit und Forschungen in der psychiatrischen Pflege. Den Ausgangspunkt für die Entwicklung der Theorie stellt die Beziehung zwischen Pflegekraft und der gepflegten Person innerhalb einer Pflegesituation dar (Peplau, 1997). Sie bildet damit die Grundlage für das psychodynamische Pflegemodell,

dessen Ansätze vielfach in der Entwicklung klinikeigener Leitbilder für die Umsetzung einer Bezugspflege im psychiatrischen Bereich verwendet werden (Zentrum für Psychosoziale Medizin UKE, 1996). Das Ziel der Pflege besteht nach Peplau (1997) darin, durch Interaktion den Aufbau einer professionellen Beziehung zwischen Pflegekraft und der zu pflegenden Person zu erleichtern. Durch die so angebaute Beziehung wird eine Basis geschaffen, die eine unterstützende Einwirkung auf den zu Pflegenden ermöglicht. Peplau spricht in diesem Zusammenhang auch von der „therapeutisch wirkenden Interaktion“ (Peplau, 1997). Zum Grundverständnis bezüglich des Umgangs mit an psychischen Problemen erkrankten Personen gehört das Wissen, dass als zwei wesentliche Probleme der Betroffenen Verständigungs- und Beziehungsschwierigkeiten benannt werden. Die Pflegeperson kann den Betroffenen die Erfahrung ermöglichen, verstanden zu werden und geachtet zu sein und ihnen gleichzeitig das Gefühl vermitteln, mit einem anderen Menschen in Verbindung zu stehen. Eine Grundbedingung für eine gelungene Umsetzung besteht darin, dass die Beziehung auf gegenseitigem Austausch beruht, es sich also um einen dynamischen Prozess handelt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der gegenseitige Austausch nicht darin besteht, dass die Pflegeperson über ihr außerberufliches Leben spricht und private Dinge preisgibt, sondern der Fokus auf der Lebensgeschichte ihres Gegenübers und dem durch die Pflegeperson vermittelten Interesse daran liegt. Werden Gefühle und Erfahrungen entsprechend dieses Verständnisses einer professionellen Beziehung bearbeitet, indem die Pflegeperson verständnisvoll und aufmerksam zuhört, entscheidende Fragen stellt und Anteil nimmt, kann die Pflegeperson den Betroffenen helfen, die Bedeutung einer unmittelbaren Erfahrung zu erkennen (ebd.). Die dynamische Beziehung gestaltet sich im Rahmen von vier Phasen, die von Peplau als Orientierungsphase, Identifikationsphase, Nutzungs- oder Ausbeutungsphase sowie der Ablösephase oder Entscheidung bezeichnet werden (Neumann-Ponesch, 2014). In diesen vier Phasen, die sich teilweise auch überlappen können, nehmen die Pflegenden spezifische Rollen ein, um die Betroffenen kennenlernen und unterstützen zu können. Gleichzeitig lässt sich die Entwicklung der Beziehung in den Pflegeprozess einordnen, was nachstehend kurz skizziert wird (ebd.).

Die Phase der Orientierung ist geprägt vom dem Wunsch der Betroffenen, sich bezüglich bestehender Probleme professionell helfen lassen zu wollen (Neumann-Ponesch, 2014). Die Pflegenden nehmen in diesem Kontext die Rolle zunächst Unbekannter sowie Beratender ein. Dabei müssen sie in der Lage sein, Fragen verständlich zu formulieren und den Betroffenen die Möglichkeit zur aktiven Teilnahme am Gespräch zu geben. Der Fokus liegt auf der Benennung der Probleme der Betroffenen. Diese Phase entspricht dem Assessment

des Pflegeprozesses und bedarf einer vorurteilsfreien Einschätzung der Situation, um nachfolgend einen Handlungsbedarf ableiten zu können. Gleichzeitig kann hier die Grundlage für eine gelingende Beziehungsgestaltung gelegt werden (ebd.).

In der nachfolgenden Identifikationsphase steht die Identifikation der Betroffenen mit den Personen an, die ihnen Hilfe anbieten (Neumann-Ponesch, 2014). Sie dient der Festigung der Beziehung und der Verstärkung eines vertrauensvollen Umgangs. Auf den Beziehungsprozess einwirken können sowohl positive als auch negative Erfahrungen sowie der Bildungsstand der Betroffenen. Die Pflegenden können hier sowohl die Rolle der Lehrenden oder Führenden einnehmen, indem sie klinische Beobachtungen zur Förderung der Reflexion der Betroffenen nutzen. Diese Phase entspricht mit der Planung von Handlungsstrategien auch der Planung im Pflegeprozess (ebd.).

In der Phase der Ausbeutung oder Nutzung steht das Bestreben im Vordergrund, dass die Betroffenen einen möglichst umfassenden Nutzen aus der Beziehung ziehen und in die Lage versetzt werden, gemeinsam erarbeitete Lösungsstrategien anzuwenden (Neumann-Ponesch, 2014). Hier nehmen die Pflegenden die Rolle von Führenden oder Beratenden ein oder können auch als Stellvertretung agieren. Als Stellvertretung treten sie für die Betroffenen aus der Wahrnehmung als Pflegenden heraus, wodurch ein differenzierter Blick auf die Probleme und deren Lösung ermöglicht werden kann. Diese Phase entspricht im Pflegeprozess der Durchführung (ebd.).

In der Ablösungsphase oder der Entscheidung steht das Ende der professionellen Beziehung im Fokus (Neumann-Ponesch, 2014). Die Betroffenen verwerfen nicht mehr relevante Ziele, öffnen sich für eine Beziehung im eigenen Gesundheitsbereich und sind im günstigsten Fall in der Lage, wieder selbst für sich Verantwortung zu übernehmen. Die Pflegenden dienen dabei zunächst als Ressource oder Hilfsperson und streben letztendlich für sich und die Betroffenen eine Evaluation der Prozesse an (ebd.).

Peplau (1997) postuliert in diesem Kontext fünf Merkmale des professionellen Handelns in der psychiatrischen Pflege. Das erste Merkmal besteht in der völligen Ausrichtung der Aufmerksamkeit der Pflegenden auf die Betroffenen mit deren je eigenen Interessen und Erfahrungen. Das zweite beschreibt, dass die Pflegekraft teilnehmend beobachtet und nicht in der Zuschauerrolle verharrt. Das dritte Merkmal fußt auf dem Rollenbewusstsein der Pflegenden, dem eine wesentliche Bedeutung zukommt. Die Pflegekraft muss die Rolle wahrnehmen, die in der jeweiligen Phase des Beziehungsprozesses bedeutsam ist, um Schlüsse ziehen und entsprechend professionell handeln zu können. Ein weiteres Merkmal besteht darin, dass die Pflegekraft eine vorwiegend erkundende Haltung einnimmt. Das

bedeutet, dass sie aus ihren Beobachtungen Informationen zu Gunsten der Betroffenen generiert. Dies schließt mit ein, dass sie in der Lage ist, Aussagen und Handeln der Betroffenen zu vergleichen und dabei mögliche Unstimmigkeiten festzustellen. Das fünfte Merkmal wird im Wesentlichen davon bestimmt, dass die Pflegenden ihre Beobachtungen deuten müssen, um dementsprechend ein für die Betroffenen sinnvolles Handeln anbahnen zu können (Peplau, 1997). Hier besteht die Herausforderung darin, Rückschlüsse zu ziehen und diese auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. Im aktuellen Gespräch bietet sich beispielsweise für die Pflegende die Kommunikationsform des Spiegelns an. Dabei stellt sie den Betroffenen den Inhalt ihrer Aussage noch einmal vor und fragt, ob ihr Verständnis deren Meinung korrekt wiedergibt. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Besprechung des Inhaltes im Team, um die Objektivität zu erhöhen. Dies wirkt auch der Gefahr entgegen, dass der eigenen Blickwinkel möglicherweise die wirkliche Meinung der Betroffenen nur unzureichend erfasst (ebd.).

Die Wahrnehmung und das Entschlüsseln der Botschaften der Betroffenen, eine Beziehung von Theorie, die Ableitung verifizierter Rückschlüsse und Entwicklung sowie Umsetzung adäquater Therapieansätze setzt nach Meinung der Verfasserin mit Peplau (1997) ein hohes Maß an Kompetenz bei den Pflegenden voraus. In diesem Zusammenhang unterscheidet bereits Peplau (1997) zwischen in der Psychiatrie tätigen Pflegenden mit einer Grundausbildung und Psychiatriepflegenden mit Zusatzqualifikation. Im Kontext des Umgangs mit psychisch erkrankten Personen muss nach Ansicht der Verfasserin neben einem professionellen Umgang mit herausfordernden Situationen wie beispielsweise Angstzuständen, Aggressionen oder selbstverletzendem Verhalten auch die Entwicklung und Stärkung der eigenen Persönlichkeit der Pflegenden im Fokus stehen. Ebenso bedarf es der Auseinandersetzung mit multiprofessionellen Ansätzen und evidenzbasiertem Fachwissen, um ein umfassendes Verständnis für den psychiatrischen Pflegeprozess entwickeln zu können (Peplau, 1997).

4.2.2 Konzept der Bezugspflege

In den meisten psychiatrischen Kliniken erfolgt die Pflege nach dem Konzept des Bezugspersonensystems (Stümpfig, 2010). Diese Methode der Pflegeorganisation ist zurück zu führen auf das englischsprachige Konzept „Primary Nursing“ nach Marie Manthey (2011) und stellt die Interaktion zwischen Pflegenden und Erkrankten in den Mittelpunkt. Aus diesem Grund beeinflussen Interaktionstheorien wie beispielsweise die Theorie von Hildegard Peplau (siehe Kapitel 4.2.1) insbesondere die Arbeit im sensiblen Bereich der

psychiatrischen Pflege und bilden eine Grundlage für die Entwicklung von angepassten Konzepten (Lauber, 2017).

Manthey (2011) definiert Primary Nursing über vier Merkmale. Das erste Merkmal ist die Zuteilung und Akzeptanz individueller Verantwortung für Entscheidungen einer Pflegeperson. Dies bedeutet, dass eine Pflegekraft die Verantwortung für eine betroffene Person übernimmt und entscheidet, wie die Pflege durchgeführt werden soll. An ihrem Pflegeplan und über dessen Umsetzung beteiligt sie andere Pflegekräfte mit Hilfe von Pflegeanweisungen (ebd.). Das zweite Merkmal besteht in der Zuteilung der täglichen Pflege im Sinne einer fallbezogenen Betreuung. Darunter ist zu verstehen, dass die Zuteilung nicht tätigkeitsorientiert erfolgt, sondern sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert. Dementsprechend wird in einem Kommunikationsprozess festgelegt, welche Pflegekraft diesen am ehesten entsprechen kann (ebd.). Das dritte Merkmal bezieht sich auf die direkte Kommunikation, um mögliche Verzerrungen in der Datenübermittlung zu vermeiden oder korrigieren zu können. Es verfolgt das Ziel, Informationen nicht mehr über Dritte zu übermitteln und sieht vor, dass sich die mit der Versorgung vertrauten Personen direkt miteinander austauschen. Die Primary Nurse ist für die unmittelbare Kommunikation mit anderen Mitgliedern des Teams verantwortlich, sie übermittelt benötigte Informationen an diese und holt sich selbst benötigte Informationen selbstständig von den anderen ein (ebd.). Das letzte Merkmal besteht in der Verantwortung für die Pflegequalität. Die Primary Nurse ist für die Pflegeplanung und deren Umsetzung für den gesamten Aufenthalt der betroffenen Person zuständig. Dementsprechend besteht ihre Verantwortung für 24 Stunden am Tag und an sieben Tagen in der Woche. Sie übernimmt die Pflege der ihr anvertrauten Erkrankten während der eigenen Dienstzeit und muss für ihre Abwesenheit entscheiden, welche Pflegeperson mit welcher Qualifikation für die weitere Umsetzung der Pflege benötigt wird. Damit wird eine pflegerische Kontinuität bei gleichbleibender und am Betroffenen orientierter Qualität ermöglicht (ebd.).

Die Implementierung des Pflegeorganisationsmodells begann in den 70iger Jahren in englischen und US-Amerikanischen Krankenhäusern als Folge des zunehmenden Unmutes über den Mangel an individueller und patientenzentrierter Pflege (Manthey, 2011). In dem damals vorherrschenden Organisationssystem nach dem Prinzip der ärztlichen Zuarbeit war eine ganzheitliche und an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtete Pflege nicht umsetzbar. Die Zahl der Krankenhäuser, in denen das neue Konzept eingeführt und umgesetzt wurde, nahm rasch zu. (ebd.). Voraussetzung für die Umsetzung des Primary Nursing ist laut Manthey (2011) eine entsprechend hochqualitative und umfassende

Ausbildung der Pflegenden. Sie müssen gleichzeitig befähigt werden, ein hohes Maß an Verantwortung zu übernehmen, um den Zielen dieser Organisationsform entsprechen zu können. Zudem basiert dieses Konzept auf der Freiwilligkeit der Pflegeperson und kann nicht angeordnet werden (Manthey, 2011). Ebenso wesentlich für eine Umsetzung oder Kontinuität der Bezugspflege sind gesundheitspolitische und finanzielle Aspekte. Einerseits zeigen Hammer und Kobbert (2017) die positiven Auswirkungen sowohl auf die Zufriedenheit der Erkrankten als auch auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden auf. Gleichwohl führen Gesundheitsreformen mit Blick auf den Kostendruck häufig zu Personalabbau und erheben nicht selten die Forderung nach gleichbleibender Pflegequalität, was sich ungünstig auf etablierte personalintensive Arbeitsorganisationen wie die Bezugspflege auswirken könnte (ebd.).

In deutschen Gesundheitseinrichtungen, die das Konzept implementiert haben oder anteilig umsetzen, werden oft Begriffe wie „Primäre Pflege“, „Bezugspersonenpflege“ oder „Bezugspflege“ synonym verwendet (Mischo-Kelling, 2002). Dazu lässt sich feststellen, dass in psychiatrischen Einrichtungen zur Beschreibung der Organisationsform überwiegend der Begriff „Bezugspflege“ genutzt wird. Laut Mischo-Kelling (2002) wird das System „Primary Nursing“ von der in der pflegerischen Fachöffentlichkeit verwendeten „Bezugspflege“ abgegrenzt, da trotz bestehender Parallelen die Bezugspflege nicht alle Merkmale des „Primary Nursing“ aufgreift. Ein wesentlicher Unterscheid besteht beispielsweise darin, dass in der Bezugspflege die Verantwortung für die pflegerischen Prozesse auf ein Team von Bezugspflegerinnen übertragen werden kann, während die Primary Nurse als Einzelperson die gesamte Verantwortung übernimmt. Lorenz-Krause und Zell (1992) äußern: „Die Grundprinzipien und die Charakteristika des Primary Nursing und der Bezugspflege sind weitestgehend identisch.“ (Lorenz/Zell, 1992, S. 80).

In deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen wird mit Stümpfig (2010) die Bezugspflege eingesetzt, um die Beziehungsarbeit als therapeutischen Schwerpunkt zu ermöglichen. Dabei werden den Betroffenen jeweils zwei feste Betreuungspersonen zugeteilt, die sich „Bezugspflegerinnen“ nennen. Die Aufgaben der Bezugspflegerinnen bestehen vordergründig darin, in allen Belangen und Bedürfnissen innerhalb des Betreuungskonzeptes als Ansprechpartner für die Betroffenen und deren Eltern zur Verfügung zu stehen. Sie organisieren und vermitteln Therapie- und Untersuchungstermine und können ebenfalls vermittelnd zwischen Betroffenen und Eltern wirken. Ebenso führen sie Vor- und Nachgespräche bezüglich einer geplanten Wochenendbeurlaubung. Diesen Bezugspflegerinnen kommt innerhalb des multiprofessionellen Teams die Rolle der

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zu, wenn es um die Belange der jeweiligen Bezugskinder geht. Sie stellen damit eine verlässliche Informationsquelle für das übrige Team dar und arbeiten eng mit den zuständigen ärztlichen und psychologischen Verantwortlichen bei der Therapieplanung zusammen (ebd.).

Die Etablierung der Bezugspflegenden gestaltet sich laut Stümpfig (2010) dabei in einem festgelegten Prozess. Bereits vor der Patientenaufnahme wird innerhalb des Teams besprochen, welche beiden Pflegekräfte die Bezugspflege übernehmen. Zu beachten ist dabei das Geschlecht der zu versorgenden Kinder. Beispielsweise sollten einem Mädchen möglichst nicht zwei Männer als Bezugspflegende zugeordnet werden. Eine der beiden potenziellen Bezugspflegenden ist bei der Patientenaufnahme sowie dem Erstgespräch mit dem zuständigen Behandelnden anwesend. In diesem Rahmen stellt sich die Bezugspflegekraft den Kindern und Jugendlichen und den Eltern vor und erklärt ihre Funktion altersgerecht. Für den Stationsalltag gilt, dass die anwesenden Bezugspflegenden im Dienst vorrangig für die Bezugspatienten zuständig sind. Falls dies nicht möglich ist, wird die Betreuung durch eine Pflegekraft übernommen, die im Sinne der Bezugspflegenden handelt (Stümpfig, 2010). Die Bezugspflegekraft begleitet die Betroffenen von der Aufnahme bis zum Ende des Klinikaufenthaltes. Ein Wechsel sollte dabei möglichst vermieden werden, wobei dieser Grundsatz beispielsweise aufgrund eines längeren Krankheitsausfalls der Betreuenden oder bei der Entwicklung unüberbrückbarer Spannungen innerhalb der Pflegebeziehung diskutiert und gegebenenfalls verlassen werden kann (ebd.).

Neben den aufgeführten Vorteilen einer Bezugspflege sind nach Ansicht der Verfasserin mit Stümpfig (2010) auch Nachteile zu berücksichtigen. Um die Kinder oder Jugendlichen bedürfnisorientiert betreuen und ein professionelles Verständnis für deren Probleme entwickeln zu können, bedarf es in der Beziehungsarbeit zwischen Bezugspflegenden und Betroffenen des richtigen Maßes an Nähe und Distanz. Neben einer hohen Fach- und Sozialkompetenz benötigen die Bezugspflegenden im Rahmen ihrer Personalkompetenz auch die Fähigkeit der Empathie. Dies bedeutet, dass sich die Bezugspflegenden soweit auf die Gefühlswelt der Betroffenen einlassen können, dass sie in der Lage sind, ihnen aufzuzeigen, dass sie deren Gefühle nachempfinden können. Die intensive Nähe kann dazu führen, dass sich die Pflegekraft emotional so eng mit den Betroffenen verbindet, dass deren Probleme oder Gefühle übernommen werden und es zu einer Identifikation kommt. Diese birgt die Gefahr eines Kontrollverlustes und ist schädlich für die Bezugspflegenden (Stümpfig, 2010). Zudem steigt für die Bezugspflegenden die Stressbelastung mit dem

hohen Maß an Verantwortung, das diese Organisationsform fordert. In diesem Zusammenhang spielen zur Entlastung der Pflegenden unterstützende Angebote eine wesentliche und gesundheitsfördernde Rolle. Um das eigene Erleben und Handeln zu reflektieren und emotional mitunter stark herausfordernden Situationen bewältigen zu können, haben beispielsweise Teamgespräche, Supervisionen, eine kollegiale Beratung oder auch Angebote zur Resilienzförderung für die Betreuenden einen hohen Stellenwert im Konzept der Bezugspflege (Heißenberg & Lauber, 2017).

4.2.3 Pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit PTBS nach sexueller Gewalt

Kinder und Jugendliche mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach sexueller Gewalterfahrung leiden wie bereits oben beschrieben unter Störungen des Denkens, Fühlens und Handelns (Falkai/ Wittchen, 2015). Als übergeordnetes Ziel der Pflege ist zuerst die Unterstützung beim Erkennen, Reflektieren und Ausräumen der vorliegenden Störungen zu nennen (Stümpfig, 2010). Erkenntnisleitend für ein an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtetes Handeln der Pflegenden ist dabei einerseits mit Peplau (1997) der Blick auf die Betroffenen als ganzheitlich Personen mit allen Erfahrungen sowohl vor als auch nach der Traumatisierung. Es gilt die Symptome (siehe Kapitel 3.3.1) wahrzunehmen, sie richtig einzuordnen und diese immer als Reaktion auf ein Ereignis oder eine Situation zu betrachten. Wie zuvor beschrieben, nimmt die Beobachtung im gesamten Kontext einen hohen Stellenwert ein (ebd.). Ebenso wesentlich ist in dem multiprofessionellen Ansatz der gemeinsame Versuch, den Betroffenen trotz der Traumatisierung ein altersentsprechendes und möglichst störungsfreies Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen (Stümpfig, 2010). Um in Sinne einer Bezugspflege (siehe Kapitel 4.2.2) eine professionelle Beziehung aufbauen zu können, ist insbesondere bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu bedenken, dass im Kontext einer teil- oder vollstationären Aufnahme eine neue Umgebung mit einer Vielzahl von Eindrücken und vorerst fremden Personen auf die Betroffenen zukommt (Stümpfig, 2010). Die Vermittlung von Sicherheit muss daher im Vordergrund stehen, wozu auch die Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre gehört (Wittmann, 2015). Das Patientenzimmer, welches nach eigenen Vorlieben dekoriert werden kann, bietet einen solchen Ort. Dies bedeutet, dass ein Eindringen in diesen Rückzugsbereich nur mit Ankündigung und Einverständnis der Betroffenen erfolgen darf (ebd.) Die Einführung von gemeinsam festgelegten Ritualen wie beispielsweise ein abendliches

Vorlesen sowie die Vorgabe eines geregelten Tagesablaufes, können das Gefühl der Sicherheit durch eine verlässliche Struktur noch verstärken. Gleichzeitig vermittelt dies den Betroffenen ein Maß an Eigenkontrolle und Kontinuität (ebd.) Dem Ziel einer zeitlichen Sicherheit entsprechen wöchentlichen Therapiepläne, die für die Betroffenen jederzeit durch beispielsweise eine Art Stundenplan einsehbar sein sollten. Diese werden vom Pflegepersonal mit Blick auf den Therapieverlauf regelmäßig aktualisiert und soweit möglich mit den Betroffenen bezüglich deren Wünsche und Ressourcen abgestimmt (ebd.). Neben der Umsetzung einer räumlichen und zeitlichen Sicherheit obliegt es der Pflegeperson, eine Vertrauensbasis aufzubauen und durch Verlässlichkeit und Kontinuität in der Versorgung zu stärken. Die Pflegekraft nimmt während der Behandlung die Rolle der Bezugsperson ein, von der sich die Betroffenen ernst genommen fühlen und an die sie sich in allen Belangen wenden können (ebd.). Die Gefühle und Ansichten sollen in ihrer Sinnhaftigkeit gewürdigt werden, sodass die Gewissheit gefördert wird, dass alle Gefühle erlaubt sind und die Betroffenen sich dessen beispielsweise nicht schämen müssen (ebd.). Dies sind auch Grundvoraussetzungen für eine Umsetzung und zur Förderung des Fortschrittes innerhalb der Traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie. Die in den Therapiesitzungen angesprochene und reflektierte Traumatisierung und daraus abgeleitete und erlernte Möglichkeiten des Umgangs und der Kompensation sollen in den Alltag integriert und geübt werden. Da diese Unterstützung bei einer teil- oder vollstationären Behandlung nicht fortlaufend durch die Erziehungsberechtigten übernommen werden kann, übernehmen die Pflegenden diese wesentliche Aufgabe im Kontext der Bezugspflege (Sachser et al., 2016).

Die Pflegekraft unterstützt die Betroffenen weiterhin in der Förderung der Wahrnehmung ihrer Gefühle (Wittmann, 2015). Die Fähigkeit, eigene Emotionen wahrzunehmen, ist von großer Bedeutung, da sie ein frühzeitiges Erkennen von Grenzüberschreitungen und entsprechendes Einleiten von Gegenmaßnahmen erlaubt. Da die betroffenen Kinder und Jugendlichen die Erfahrung gemacht haben, dass über ihre Gefühle hinweggegangen wurde, kann ihnen eine richtige Deutung und ein Zulassen der Gefühle schwerfallen. Es gilt daher, die Betroffenen bezüglich ihrer eigenen Gefühle zu sensibilisieren, was angebahnt werden kann, indem die Pflegekraft gemeinsam mit dem Betroffenen emotionale Erlebnisinhalte verbalisiert (ebd.). In diesem Kontext bedarf es des Wissens darum, dass die Kinder und Jugendlichen meistens Angst haben, über ihre Gefühle und Erlebnisse zu sprechen. Dies kann unter anderem dadurch entstehen, dass von Seiten der Täterinnen oder Täter vielfach Drohungen ausgesprochen und schwerwiegende Konsequenzen aufgezeigt werden, falls die

Betroffenen sich Anderen gegenüber über den Vorfall anvertrauen sollten. Ein weiterer Grund besteht darin, dass die Kinder und Jugendlichen durch die Traumatisierung ein Misstrauen gegenüber Erwachsenen entwickelt haben und sich schämen oder gegebenenfalls schuldig fühlen (ebd.). Daher ist eine wertschätzende, vertrauensvolle und geduldige Atmosphäre nötig. Die Pflegekraft vermittelt den Betroffenen, dass es ihr Recht ist, über die Gefühle und Erlebnisse zu sprechen und nimmt ihnen so möglicherweise die Angst, sich zu öffnen. Dies gelingt beispielsweise durch Gesprächstechniken wie das Spiegeln innerhalb einer Interaktion zwischen Pflegekraft und Betroffenen, wie Peplau (1997) sie in ihrer zuvor vorgestellten Theorie beschreibt (vgl. dazu Kapitel 4.2.1). Neben der Thematisierung in Gesprächen bietet sich auch eine Nutzung von didaktischen Materialien wie Büchern oder Spiele zur Förderung der Gefühlswahrnehmung an (Wittmann, 2015).

Ein weiterer Fokus der pflegerischen Versorgung besteht darin, den Betroffenen bei der Entwicklung eines adäquaten Körpergefühls zu helfen, da es durch die sexuellen Übergriffe oft zu einer Entfremdung vom eigenen Körper kommt (Wittmann, 2015). Da dies vor allem durch Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten erfolgt, wird die Bedeutung einer multiprofessionellen Zusammenarbeit unterstrichen, da das Zusammenspiel und vor allem der Austausch unter den Fachrichtungen ein deutliches Bild über den aktuellen Stand, Fortschritte und die Bedürfnisse der Betroffenen ermöglicht (Stümpfig, 2010). Die Pflegenden sehen beispielsweise die Betroffenen in ihrem Tagesablauf, nicht aber in den einzelnen Therapiesitzungen, was für Behandelnden jeweils anders herum genauso gilt. Neben regelmäßigen Fallbesprechungen innerhalb des gesamten multiprofessionellen Teams, gilt es nach jeder Schicht, einen Bericht über die Betroffenen zu schreiben. Diese Dokumentation erfolgt von allen Professionen und ist für alle an der Therapie beteiligten Personen einsehbar (ebd.). Gleichzeitig dient dies einer rechtlichen Absicherung, da die Dokumentation als Nachweis einer sorgfältigen, lückenlosen und professionellen Umsetzung der ärztlichen Anordnungen und der im Konsens getroffenen pflegerisch-therapeutischen Heilungsmethoden gilt (ebd.).

Im Kontext des Verlustes des Körpergefühls kommt es häufig zu selbstverletzendem Verhalten bei den Betroffenen, wofür die Pflegekraft sensibilisiert sein muss, um dies frühzeitig wahrnehmen zu können. Um selbstverletzenden Handlungen entgegenwirken zu können, kann beispielsweise ein „Code-Wort“, abgesprochen werden. Dieses können die Betroffenen gegenüber den Pflegenden äußern, wenn sie merken, dass ihre Belastungsgrenze erreicht ist und ein Rückzug notwendig wird. So kann gegebenenfalls eine Unterstützung in der Regulation erfolgen. Selbstregulationsstrategien werden hier gemeinsam thematisiert

und angewendet (Wittmann, 2015). Oft entwickeln die Betroffenen bereits während der Tf-KVT Sitzungen Selbstregulationsstrategien, die im Stationsalltag dann unter Unterstützung geübt werden (Kirsch et al., 2011).

Ein weiterer Aspekt in der Begleitung der Kinder und Jugendlichen ist die Förderung der sozialen Kompetenz der Betroffenen. Durch sexuelle Gewalt traumatisierte Kinder und Jugendliche müssen lernen, Grenzüberschreitungen neu zu erkennen und sich dagegen zu wehren. Gleichwohl müssen sie befähigt werden, die Grenzen Anderer zu wahren, da es neben dem zurückgezogenen ängstlichen Verhalten auch zu übermäßigem sexualisierendem Verhalten kommen kann (Wittmann, 2015). Die Betroffenen sollen lernen, ihren Empfindungen und Einschätzungen zu vertrauen und ein Gefühl dafür entwickeln, in welcher Ausprägung Nähe und Distanz zu anderen Menschen passend sind (ebd.) Auch dies wird in den Therapiesitzungen thematisiert und das Erlernte im Stationsalltag umgesetzt und trainiert (Kirsch et al., 2011). Geeignete Möglichkeiten dazu bestehen in gemeinsamen Aktionen mit der Gruppe, die beispielsweise zusammen Kochen oder Ausflüge planen und organisieren, wobei sie jeweils von den Pflegekräften begleitet werden (Stümpfig, 2010). Da im stationären Bereich mehrere Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen psychischen Einschränkungen behandelt werden und somit dort über einen längeren Zeitraum zusammenleben, bedarf es einer sorgfältigen Beobachtung und Einschätzung der Betroffenen und ihrem Interagieren durch die Pflegenden. Der Vorteil dieses begrenzten Zusammenlebens in einer Gemeinschaft Gleichaltriger mit ähnlich gelagerten Problemen liegt in der Vielfalt der Begegnungen und der Trainingsmöglichkeiten innerhalb eines geschützten Raumes. Dies kann bei professioneller Begleitung zu einer Förderung der sozialen Kompetenzen beitragen und somit einen erheblichen Lernzuwachs ermöglichen, Gleichwohl besteht ein erhöhtes Konfliktpotential, was wiederum eine Herausforderung für die Betroffenen und die Pflegekräfte darstellen könnte (Stümpfig, 2010).

5 Diskussion

Die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit PTBS nach Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch bedingen eine ganzheitlich ausgerichtete Therapie sowie die Versorgung durch ein multiprofessionelles Team mit hoher fachlicher und sozialkompetenter Expertise. Mit Blick auf die hohe klinische Relevanz eines adäquaten Umgangs mit der sensiblen Patientengruppe zeichnet sich in Deutschland ein deutlicher Handlungsbedarf ab. Ausgehend von der in der Einleitung aufgezeigten unzureichenden Versorgungslage für die Betroffenen bestand das Ziel der vorliegenden Thesis zunächst in

der Fragestellung nach der Eignung und Wirksamkeit der bisher vorwiegend international verwendeten multimodalen „Traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie“. Zudem ruhte der Fokus auf den Herausforderungen und Aufgaben, mit denen Pflegende im Kontext der Erkrankung und einer Integration in das Konzept der Tf-KVT konfrontiert werden. Nachstehend sollen die Ergebnisse der Auseinandersetzung mit Rückbezug auf die Fragestellungen dargestellt und diskutiert werden, um mögliche Implikationen ableiten zu können.

Zunächst lässt sich festhalten, dass die Posttraumatische Belastungsstörung eine der häufigsten Folgen sexueller Gewalterfahrungen im Kindes und Jugendalter darstellt. Den nach BMFSJ (2017) in der Einleitung skizzierten systematischen Präventivmaßnahmen sowie eingerichteten Hilfsfonds für eine finanzielle Unterstützung betroffener Familien steht mit Kirsch et al. (2011) und Falkai/Wittchen (2015) das Problem gegenüber, dass bei betroffenen Kindern und Jugendlichen eine PTBS ohne wirksame Behandlung mit komorbiden Störungen einhergehen kann. Zudem steigt das Risiko für eine Chronifizierung, mit weitreichenden psychosozialen Einschränkungen bis ins Erwachsenenalter hinein, deutlich an (ebd.). In diesem Kontext verweisen Falkai/ Wittchen (2015) auf die Bedeutung einer sorgfältigen Diagnosestellung als Grundlage für eine angemessene Behandlung. Bei der Recherche bezüglich geeigneter Diagnosekriterien lässt sich feststellen, dass diese sowohl im DSM V als auch in den in Deutschland verpflichtenden ICD 10 – Kriterien dargestellt sind (siehe Kapitel 3.3.1). Gleichwohl stellt sich bei kritischer Betrachtung heraus, dass aktuell lediglich das DSM V spezifische und kindgerechte Diagnosekriterien für die Altersgruppen bis sechs und älter als sechs Jahre abbildet und damit den ICD-10 Kriterien überlegen ist. Rosner (2013) verweist in ihrer Zusammenfassung zum bisherigen Forschungsstand auf die fehlenden empirischen Grundlagen bezüglich einer Eignung der ICD-10 Kriterien im Kontext der in dieser Thesis beschriebenen Erkrankungen, so dass eine Analyse nach der nächsten Überarbeitung sinnvoll sein kann. Unterstrichen wird diese Notwendigkeit durch die in Kapitel 3.3.2 aufgezeigten Besonderheiten im Kindes und Jugendalter. Bezüglich der begrenzten kognitiven Fähigkeiten in dieser Entwicklungsphase, kann die Diagnose erschwert und im ungünstigen Fall zu Fehldeutungen führen (Falkai/ Wittchen, 2015).

Die Vielfalt der möglichen Symptome von Intrusionen oder dissoziativen Reaktionen über Rückzugsverhalten und schwersten emotionalen Störungen bis hin zu Depersonalisation und Derealisation (siehe Kapitel 3.1) verdeutlicht mit Falkai/ Wittchen (2015) die Notwendigkeit einer angemessen und altersentsprechenden Behandlung. In der internationalen Forschung

richtet sich der Fokus auf die Tf-KVT nach Cohen, Mannarino und Deblinger (2010) als sinnvolles Konzept bezüglich einer Verbesserung der Symptome und einer möglichen Remission der PTBS (Kirsch et al., 2011). Nach Identifizierung der in Kapitel 4.1.2 beschriebenen Studien zur Wirksamkeit der Tf-KVT im Vergleich zu anderen therapeutischen Ansätzen und einer Überprüfung auf deren Glaubwürdigkeit lässt sich dies nach Ansicht der Verfasserin bestätigen. Insbesondere die Ergebnisse von Leenarts et al. (2012) und Jensen et al. (2014) konnten für die vorliegende Arbeit angewendet werden, da Patientengruppen mit einem Hintergrund entsprechend des Fokus dieser Thesis untersucht wurden. Insgesamt zeigten die mit Tf-KVT behandelten Kinder und Jugendlichen ein signifikant besseres Verhalten im Kontext ihrer bestehenden Probleme und auch nach bis zu einem Jahr nach Beendigung der Therapie konnte eine signifikant beste Wirksamkeit festgestellt werden. Während international Handlungsempfehlungen aus den Studienergebnissen generiert und die Tf-KVT in die amerikanischen, britischen und australischen Leitlinien zur Therapie aufgenommen wurden (siehe Kapitel 4), sind entsprechende Empfehlungen in der momentan gültigen deutschen Leitlinie (AWMF, 2016) noch nicht beleuchtet. Dazu muss einschränkend bemerkt werden, dass sich die Leitlinie aktuell in der Überarbeitung befindet. Möglicherweise führen die den internationalen Forschungsergebnissen entsprechenden Erkenntnisse der Pilotstudie aus Ulm (Kirsch et al., 2011) sowie die für das ambulante Setting designte Multicenterstudie von Goldbeck et al. (2016) zu einer von Rosner (2013) als sinnvoll eingeschätzten Veränderung. Die Frage nach Ursachen für die noch fragmentarische Verankerung der international als hochwirksam eingestuften Therapieform in Deutschland kann mit Rosner (ebd.) möglicherweise mit der Struktur des deutschen Gesundheitswesens in Deutschland beantwortet werden. Die bestehende Vielfalt von Verantwortungsträgern innerhalb der Bundesländer und Kommunen begünstigt einen parallelen Aufbau von Lösungsstrukturen und mag die Übertragung und Implementierung wirksamer Erkenntnisse erschweren. Zu berücksichtigen bleibt bei dieser kritischen Einschätzung, dass sich die Versorgungsstrukturen der angloamerikanischen Länder und Deutschland deutlich unterscheiden. Damit sind Chancen und Barrieren für eine Implementierung unterschiedlich zu bewerten, was aber nicht Thema der vorliegenden Thesis ist und damit nicht weiter vertieft werden kann. Gleichwohl wäre mit Rosner (2013) beispielsweise eine Überprüfung der Tf-TVK im Rahmen von Kurzzeittherapien als Ergänzung zu rein ambulanten Ansätzen sinnvoll. Der nicht ausreichenden Zahl von ausgebildeten Therapeutinnen und Therapeuten steht das kostenlose Angebot einer Ausbildung und Zertifizierung durch Online-Portale (siehe Kapitel 4.1) gegenüber. Im

Kontext gesundheitspolitischer Überlegungen bezüglich einer mit hohen Kosten verbundenen Implementierung verweist die Verfasserin auf die Studie von Allen/ Hoskowitz (2016). Die insgesamt als ausreichend beurteilte Beobachtungsstudie belegt trotz der enthaltenen Limitierungen verlässlich eine Assoziierung der stärkeren Nutzung einer Tf-KVT mit niedrigeren Nachbehandlungswerten im Vergleich zu tradierten Behandlungstechniken (ebd.). Bezüglich einer Implementierung in das deutsche Gesundheitssystem wäre nach Ansicht der Verfasserin zu bedenken, dass geringere Nachbehandlungskosten und die Senkung eines Reboundeffektes positiv im Sinne einer Kosten-Nutzen-Abwägung zu bewerten sind. Um die Ergebnisse reproduzierbar und übertragbar machen zu können, bedarf es allerdings weiterer zukünftiger Forschungen mit erweiterter und zielführender Datenerhebung.

Die Interventionen der drei integrierten Phasen der Tf-KVT sind wie in Kapitel 4.1.1 beschrieben zunächst auf eine Stabilisierung und Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien ausgerichtet. Nachfolgend fokussieren sie die Exposition und Restrukturierung traumabezogener Gedanken. Schlussendlich sind sie auf eine Generalisierung der Therapieeffekte, das Einüben von Sicherheitsstrategien sowie eine Rückfallprophylaxe hin ausgerichtet (Sachser et al., 2016). Bezieht man die in Kapitel 3.1 aufgeführten Symptome einer PTBS in ihrer Vielfalt auf die multimodale und manualisierte Tf-KVT, lässt sich nach Ansicht der Verfasserin mit Sachser et al. (ebd.) feststellen, dass die Therapiekomponenten geeignet sind, um den individuellen Störungen der Betroffenen begegnen zu können.

In diesem Kontext spielt die Fragestellung nach der Rolle der Pflegenden im Therapiekonzept eine wesentliche Rolle. Die Tf-KVT ist zunächst auf eine ambulante Therapie ausgelegt und sieht die Einbindung der Bezugspersonen als Ressource für die Kinder und Jugendlichen vor (ebd.). In Fällen einer stationären Aufnahme oder der oben aufgeführten Überlegung der Implementierung der Tf-KVT in eine Kurzzeittherapie übernehmen die Pflegenden als Teil eines multiprofessionellen Teams einen wesentlichen Teil der Beziehungsarbeit und arbeiten im Organisationssystem der Bezugspflege eng mit den Betroffenen zusammen. Im Rückbezug auf Kapitel 4.2.3 lassen sich die Unterstützung der Betroffenen bei der Identifizierung, Reflexion und Ausräumung bestehender Probleme als übergeordnetes Ziel der Pflege in psychiatrischen Einrichtungen verstehen. Ergänzend zu den therapeutischen Anteilen konkretisiert die Bezugspflegerin gemeinsam mit dem Betroffenen die identifizierten Probleme und entwickelten Lösungsstrategien im Alltagshandeln (Stümpfig, 2010) Die dafür grundlegende Pflegeplanung und die Gestaltung

des am Betroffenen orientierten Pflegeprozesses liegen in der Verantwortung der Bezugspflegerinnen. In diesem Kontext muss ihr Handeln mit Manthey (2011) als Bestandteil der multiprofessionellen Versorgung jeweils begründbar sein und einer systematischen Überprüfung standhalten. Versteht man in diesem Zusammenhang mit Peplau (1997) einen ressourcenorientierten und evidenzbasierten Umgang mit den Betroffenen als Voraussetzung für einen gelingenden Gesundheitsprozess, nimmt nach Ansicht der Verfasserin die Bedeutsamkeit von Fachweiterbildungen und geeigneten Studiengängen zur Kompetenzförderung Pflegerinnen zu. Dabei sind die bestehenden Rahmenbedingungen für eine Konkretisierung der Bezugspflege von wesentlicher Bedeutung. Mit Hammer und Kobbert (2017) gilt es hinsichtlich einer notwendigen fortschreitenden Professionalisierung auch gesundheitspolitische und finanzielle Entwicklungen wie beispielsweise Bestrebungen zur Einsparung im Personalbereich zu bedenken. Diese könnten sich insbesondere im Hinblick auf die personalintensive Bezugspflege ungünstig auswirken und sollten mit Rückbezug auf Kapitel 4.2.2 Gegenstand weiterer Diskussionen sein.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die in Kapitel 4.2.2 beschriebene Bezugspflege durch ein hohes Maß an Verantwortung und der kontinuierlichen Auseinandersetzung mit den emotionalen Konflikten sowie herausfordernden Situationen geprägt ist. Aus diesem Grund muss mit Heißenberg/ Lauber (2017) neben der Anbahnung einer hohen Fachexpertise auch ein an den Bedürfnissen der Pflegerinnen ausgerichtetes Unterstützungskonzept mit beispielsweise den Komponenten Supervision oder Angeboten zur Resilienzförderung im Konzept der Bezugspflege verankert sein. Diese Überlegungen macht nach Einschätzung der Verfasserin die Fortführung einer wirksamen Anpassung bestehender oder noch zu entwickelnden Weiterbildungs- und Studienangebote unabdingbar.

6 Implikationen

Basierend auf der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der vorangegangenen Diskussion und mit Rückbezug auf die erkenntnisleitenden Fragestellungen lässt sich festhalten, dass die Forschung in Deutschland in wesentlichen Aspekten verstärkt werden sollte. Dies bezieht sich zum einen auf die Fortführung von klinischen Studien bezüglich der Wirksamkeit und Anpassung der Tf-KVT in den in Deutschland bestehenden ambulanten, teilstationären oder stationären Settings zur Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. In diesem Kontext erscheint es sinnvoll, die bestehenden Leitlinien nach entsprechendem Erkenntnisgewinn zu aktualisieren. Insbesondere erscheint es notwendig, die ICD-10-Diagnosekriterien bezüglich einer PTBS so zu differenzieren, dass

Fehleinschätzungen und daraus resultierend das Risiko einer unzureichenden Behandlung mit der Gefahr einer Chronifizierung minimiert werden können.

Zum anderen erscheint es im Kontext der Tf-KVT wesentlich, das Angebot der entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten mehr in den Fokus zu rücken, um die Voraussetzungen für eine Implementierung und Umsetzung zu optimieren. Dies gilt insbesondere auch mit Blick auf die Pflegekräfte. Die sich im Professionalisierungsprozess befindlichen Pflegeberufe bedürfen nach Ansicht der Verfasserin mit Lauber (2017) der weiteren Systematisierung des bestehenden und der evidenzbasierten Weiterentwicklung von neuem Pflegewissen. Dies gilt umso mehr, je komplexer sich der Versorgungsgrad und je höher sich der Verantwortungsbereich darstellen, in dem die Pflegenden arbeiten. Das beschriebene Bezugspflegesystem wäre beispielsweise durchaus ein Einsatzgebiet für akademisch ausgebildete Psychiatric advanced practice nurses, wie dies in Bezug auf das ebenfalls hochspezifische Schmerzmanagement durch Pain nurses bereits umgesetzt wurde. Die Differenzierung und Weiterentwicklung der Studiengänge im Sinne einer Fortführung der Akademisierung erscheint entsprechend sinnvoll und sollte verstärkt in pflegewissenschaftliche Überlegungen aufgenommen werden.

7 Fazit

In dieser Thesis wurde versucht, die Fragen „Ist die Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT) bei Kindern und Jugendlichen nach sexuellem Missbrauch eine geeignete Therapie, um Posttraumatische Belastungsstörungen zu reduzieren?“ sowie „Welche Herausforderungen und Aufgaben bestehen für Pflegenden im Kontext der Erkrankung und einer Behandlung mit der Tf-KVT?“ zu beantworten. Dazu wurden nach Darstellung der mit einer PTSB im Zusammenhang stehenden Besonderheiten der Betroffenen internationale und nationale Studien auf die Wirksamkeit der Tf-KVT hin analysiert. In einem zweiten Schritt wurde die Rolle der Pflegenden im stationären Setting und daraus abzuleitende Herausforderungen für die Profession anhand geeigneter Fachliteratur aufgezeigt.

Die Analyse der ausgewählten Studien zeigt im Ergebnis auf, dass die Tf-KVT nach Cohen, Mannarino und Deblinger (2010) eine wirksame Therapieform zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit PBTS nach sexuellem Missbrauch ist. Sie ist geeignet, um bestehende Probleme zu erfassen und gemeinsam mit den Betroffenen lösungsorientierte und signifikant nachhaltige Handlungsstrategien zu entwickeln. Gleichwohl kommt die Verfasserin zu dem Ergebnis, dass die Tf-KVT in Deutschland trotz der aktuellen Studienlage und

Empfehlungen bisher nur fragmentarisch angewendet wird. Die Aktualisierung bestehender Leitlinien, eine Differenzierung geeigneter Diagnosekriterien, ein umfangreiches Schulungsangebot für Therapeutinnen und Therapeuten sowie Handlungsempfehlungen für die Pflege der Betroffenen stehen noch aus. Dies wirkt sich angesichts der hohen klinischen Relevanz des Themas nach Ansicht der Autorin ungünstig auf das Ziel einer adäquaten Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen aus.

Bezüglich der Rolle der Pflegenden und der bestehenden Herausforderungen der Bezugspflege und der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Kontext einer Tf-KVT kommt die Verfasserin zu dem Ergebnis, dass die Versorgung der Betroffenen den Pflegenden ein hohes Maß an Verantwortung und beruflicher Handlungskompetenz abverlangt. Die kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Gefühlen der Kinder und Jugendlichen sowie der professionelle Umgang mit herausforderndem Handeln bedingen sowohl eine hohe Fachexpertise als auch eine ausgeprägte Sozial- und Personalkompetenz. Die Umsetzung der Bezugspflege im Rahmen der für eine gelingende Anwendung der Tf-KVT wesentlichen Beziehungsarbeit setzt zudem ein eigenverantwortliches Pflegehandeln sowie die Gestaltung eines Pflegeprozesses voraus, der jederzeit begründbar sein und einer systematischen Überprüfung standhalten muss. Die aus der Auseinandersetzung mit der erkenntnisleitenden Fragestellung gewonnenen Ergebnisse erfordern nach Ansicht der Verfasserin die Anpassung und Weiterentwicklung akademischer Studienangebote mit dem Fokus auf den besonderen Bedarf der psychiatrischen Pflege.

Im Sinne eines Ausblicks ist im Kontext des Themas möglicherweise die Prüfung der Eignung der Tf-KVT im Rahmen der Flüchtlingssituation in Deutschland sinnvoll. Die hohe Relevanz einer Traumatherapie bei Kinder und Jugendlichen, denen sexuelle Gewalt im Kontext der Flucht widerfahren ist oder deren Zeuge sie wurden, wird in der aktuellen Forschung zum Teil aufgegriffen, eine Spezifizierung mit Fokussierung auf die Eignung der Tf-KVT kann den Ergebnissen der vorliegenden Thesis entsprechend sinnvoll sein.

Nach Ansicht der Verfasserin lässt sich abschließend die besondere Bedeutung dieser Thesis in der Sensibilisierung gegenüber der Notwendigkeit einer zügigen Weiterentwicklung von multiprofessionellen und ganzheitlichen Unterstützungsangeboten für betroffene Kinder und Jugendlichen sehen. Ebenso unterstreicht sie die Bedeutung der Weiterentwicklung entsprechender Studienangebote für Pflegende im Kontext der psychiatrischen Pflege. Wünschenswert wäre es, die noch unzureichende Versorgungslage in Deutschland sowohl aus therapeutischer als auch aus pflegerischer Sicht evidenzbasiert zu optimieren.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaft e.V. (2018): Leitlinien-Detailansicht: Posttraumatische Belastungsstörung. Online: URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-010.html> [Zugriff zuletzt: 24.05.2018].

Allen, B.; Hoskowitz, A. (2016): Structured Trauma-focused CBT and unstructured Play/Experiential Techniques in the treatment of sexually abused children: A field study with practicing clinicians. In: Child Maltreatment. 22(2): 112-120.

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

Briere, J. (1999): TSCYC - Trauma Symptom Checklist for Young Children. Introductory Kit. Florida: PAR.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017): Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt. Online: URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinder-und-jugendschutz/schutz-vor-sexueller-gewalt/schutz-von-kindern-und-jugendlichen-vor-sexueller-gewalt/83904> [Zugriff zuletzt: 08.02.2018].

Cohen, J.; Mannarino, A. (2010): Trauma-Fokussierte kognitive Verhaltenstherapie für traumatisierte Kinder- und Jugendliche. In: Psychotherapie. 15(2): 310-316.

Davison, G.C., Neale, J.N., Hautzinger, M. (2007): Klinische Psychologie. 7., vollst. überarbeitete und erweiterte Aufl. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Emdria Deutschland e.V. (2018): Was ist EMDR? Online: URL: <http://www.emdria.de/emdr/was-ist-emdr> [Zugriff zuletzt: 17.05.2018].

Essau, C.A.; Conradt, J.; Petermann, F. (1999): Häufigkeit der Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 27: 37-45.

Falkai, P.; Wittchen, H. (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5. 1. Ausgabe. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Fegert, J.; Ziegenhain, U.; Goldbeck, L. (2013): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analyse und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Flatten, G.; Gast, U.; Hofmann, A.; Knaevelsrud, C.; Lampe, A.; Liebermann, P.; Maercker, A.; Reddemann, L.; Wöller, W. (2011): S3- Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma und Gewalt 3: 202-210.

Gillies, D.; Taylor, F.; Gray, C.; O'Brien, L.; D'Abrew, N. (2012): Psychological therapies for treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). Cochrane Database of systematic Reviews. Issue 12. Art. No: CD006726.

- Goldbeck, L.; Muche, R.; Sachser, C.; Tutus, D.; Rosner, R. (2016):** Effectiveness of Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. 85: 159-170.
- Goldbeck, L.; Petermann, F. (2013):** Themenschwerpunkt Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Kindheit und Entwicklung, 22 (2): 57-60.
- Hammer, A., Kobbert, E. (2017):** Arbeitsorganisation und Pflegesysteme. In: Lauber, A. (Hrsg.): Grundlagen beruflicher Pflege. Band 1., 4. akt. Aufl. Thieme: 235-247.
- Heißenberg, A., Lauber, A. (2017):** Kommunikation und Pflege. In: Lauber, A. (Hrsg.): Grundlagen beruflicher Pflege. Band 1.4. akt. Aufl., Thieme: 283-325.
- Jensen, T.; Holt, T.; Ormhaug, S.; Egeland, K.; Granly, L.; Hoaas, L.; Hukkelberg, S.; Indregard, T.; Stormyren, S.; Wentzel-Larsen, T. (2014):** A randomized effectiveness study comparing Trauma-focused cognitive behavioral therapy with Therapy as usual for youth. In: Journal of clinical child and adolescent psychology. 43(3): 356-369.
- Kirsch, V.; Fegert, J.; Seitz, D.; Goldbeck, L. (2011):** Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT) bei Kindern und Jugendlichen nach Missbrauch und Misshandlung. Ergebnisse einer Pilotstudie. In: Kindheit und Entwicklung. 20(2): 95-102.
- Krieger, W.; Lang, A.; Meßmer, S.; Osthoff, R. (2007):** Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch im Aufgabenbereich der öffentlichen Träger der Jugendhilfe. Eine Einführung. Stuttgart: ibidem-Verlag.
- Lauber, A. (2017):** Pflege-theorien. In: Lauber, A. (Hrsg.): Grundlagen beruflicher Pflege. Band 1. 4. akt. Aufl. Thieme: 86-136.
- Leenarts, L.; Diehle, J.; Doreleijers, T.; Jansma, E.; Lindauer, R. (2012):** Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. In: Eur Child Adolesc Psychiatry (2013). 22: 269-283.
- Lorenz-Krause, R.; Zell, U. (1992):** Umsetzungschancen ganzheitlicher Pflegesysteme. In: Prognos (Hrsg.): Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Berlin: Edition Sigma.
- Manthey, M. (2011):** Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. 3. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- Mischo-Kelling, M. (2011)** Vorwort zur deutschen Ausgabe. In: Manthey (2011): Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern: Hans Huber Verlag: S. 5-9.
- National Institute for Clinical Excellence (2013):** Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Great Britain: The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society.
- Neumann-Ponesch, S. (2014):** Modelle und Theorien in der Pflege. 3. Aufl. Österreich: UTB.
- Peplau, H. E. (1997):** Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Ausgewählte Werke. Bern: Hans Huber Verlag.
- Preuß, U. (2007):** Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch. In: Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Preuß, U., Stümpfig, S. (2010): Kinder und Jugendpsychiatrie für Pflege und Sozialberufe. 1. Aufl. München: Urban und Fischer.

Rosner, R. (2013): Sind unsere diagnostischen Konzepte adäquat? In: Fegert et al. (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analyse und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa: 64-70.

Rosner, R.; Steil, R. (2013): Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In: DNP- Der Neurologe & Psychiater. 14(1): 2-10.

Sachser, C.; Rassenhofer, M.; Goldbeck, L. (2016): Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Klinisches Vorgehen, Evidenzbasis und weitere Perspektiven. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 44(6): 479-489.

Sonnenmoser, M. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung-Ausmaß bei Kindern unterschätzt. In: Deutsches Ärzteblatt. PP. Heft 9: 413-416.

Stümpfig, S. (2010): Situation und Arbeitsabläufe in der KJPP. In: Preuss, U., Stümpfig, S. (Hrsg.): Kinder und Jugendpsychiatrie für Pflege und Sozialberufe. 1. Aufl. München. Urban und Fischer: 1-13.

Tf-CBT (2018): Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy – National Therapist certification program. Online: URL: <https://tfcbt.org/tf-cbt-brief-practice-fidelity-checklist/> [Zugriff zuletzt: 17.05.2018]

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (2018): Definition von sexuellem Missbrauch. Online: URL: <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/definition-von-sexuellem-missbrauch/> [Zugriff zuletzt: 22.05.2018].

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (2018): Zur Häufigkeit von sexuellem Missbrauch. Online: URL: <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/zur-haeufigkeit-von-sexuellem-missbrauch/> [Zugriff zuletzt: 22.05.2018].

Wittmann, A. J. (2015): Kinder mit sexuellen Missbrauchserfahrungen stabilisieren. Handlungssicherheit für den pädagogischen Alltag. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.

Zentrum für Psychosoziale Medizin UKE (1996): Pflegemodell „Psychiatrie-Pflege-Perspektive“. Online: URL: https://www.uke.de/dateien/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/dokumente/pflegemodell_ppp.pdf [Zugriff zuletzt: 23.05.2018]

Anhang

Inhaltsverzeichnis

Anhang 1: Suchstrategie (eigene Darstellung, Stand Februar 2018).....	a
Anhang 2: Diagnosekriterien PTBS nach DSM V (Falkai/ Wittchen, 2015).....	b
Anhang 3: Bewertung eines Systematic Reviews nach SIGN (2007).....	g
Anhang 4: Bewertung eines Systematic Reviews nach SIGN (2007).....	i
Anhang 5: Bewertung einer Interventionsstudie nach Behrens und Lange (2010).....	k
Anhang 6: Bewertung einer Interventionsstudie nach Behrens und Lange (2010).....	l
Anhang 7: Bewertung einer Interventionsstudie nach Behrens und Lange (2010).....	m

Anhang 1: Suchstrategie (eigene Darstellung, Stand Februar 2018)

Suchnummer	Datenbank	Suchbegriffe	Limits	Treffer	Relevante Treffer
1	Pubmed	<i>((((children) OR pediatric) OR paediatric) AND posttraumatic stress disorder) AND sexual abuse) OR indecent assault) AND Trauma-focused cognitive-behavioral therapy</i>	Sprache: Englisch und Deutsch Zeitraum: Letzten 12 Jahre (2006-2018)	26	12
2	Pubmed	<i>(((children) OR pediatric) OR paediatric) AND posttraumatic stress disorder) AND Trauma-focused cognitive-behavioral therapy</i>	Sprache: Englisch und Deutsch Zeitraum: Letzten 12 Jahre (2006-2018)	108	33
3	Google Scholar	<i>Posttraumatische Belastungsstörung UND Kinder UND Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie -Flüchtlinge</i>	Zeitraum: Letzten 12 Jahre (2006-2018)	44	8
4	CINAHL	<i>Children with posttraumatic stressorder AND sexual abuse</i>	Sprache: Englisch und Deutsch Zeitraum: Letzten 12 Jahre (2006-2018)	21	3
5	CINAHL	<i>children OR pediatric OR paediatric AND posttraumatic stress disorder AND Trauma-focused cognitive-behavioral therapy</i>	Sprache: Englisch und Deutsch Zeitraum: Letzten 12 Jahre (2006-2018)	3	2

Anhang 2: Diagnosekriterien PTBS nach DSM V (Falkai/ Wittchen, 2015)

Posttraumatische Belastungsstörung	369
Komorbidität	
<p>Bisher haben wenige Studien die Beziehungsstörung mit Enthemmung im Hinblick auf Komorbiditäten untersucht. Gemeinsam mit der Diagnose können kognitive Entwicklungsverzögerungen, Sprachentwicklungsverzögerungen und stereotype Verhaltensweisen auftreten. Außerdem können Kinder sowohl die Diagnose einer ADHS als auch einer Beziehungsstörung mit Enthemmung erfüllen.</p>	
Posttraumatische Belastungsstörung	
Diagnostische Kriterien	F43.10
Posttraumatische Belastungsstörung	
<p>Beachte: Die folgenden Kriterien gelten für Erwachsene, Jugendliche und Kinder, die älter als 6 Jahre sind. Für 6-jährige oder jüngere Kinder gelten die entsprechenden weiter unten aufgeführten Kriterien.</p>	
<p>A. Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten:</p>	
<ol style="list-style-type: none">1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse.2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischer Ereignisse bei anderen Personen.3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestoßen sind. Im Falle von tatsächlichem oder drohendem Tod des Familienmitgliedes oder Freundes muss das Ereignis bzw. müssen die Ereignisse durch Gewalt oder einen Unfall bedingt sein.4. Die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z. B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden).	
<p>Beachte: Eine Konfrontation durch elektronische Medien, Fernsehen, Spielfilme oder Bilder erfüllt das Kriterium A4 nicht, es sei denn, diese Konfrontation ist berufsbedingt.</p>	
<p>B. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen), die auf das oder die traumatischen Ereignisse bezogen sind und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen aufgetreten sind:</p>	
<ol style="list-style-type: none">1. Wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das oder die traumatischen Ereignisse. Beachte: Bei Kindern, die älter als 6 Jahre sind, können traumabezogene Themen oder Aspekte des oder der traumatischen Ereignisse wiederholt im Spielverhalten zum Ausdruck kommen.2. Wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalte und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen. Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.3. Dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks), bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich das oder die traumatischen Ereignisse wieder ereignen würden.	

(Diese Reaktionen können in einem Kontinuum auftreten, bei dem der völlige Wahrnehmungsverlust der Umgebung die extremste Ausdrucksform darstellt.)

Beachte: Bei Kindern können Aspekte des Traumas im Spiel nachgestellt werden.

4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
 5. Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind, und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen begannen. Dies ist durch eines (oder beide) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Vermeidung oder Bemühungen, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind.
 2. Vermeidung oder Bemühungen, Dinge in der Umwelt (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen) zu vermeiden, die belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem bzw. diesen verbunden sind.
- D. Negative Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse zu erinnern (typischerweise durch Dissoziative Amnesie und nicht durch andere Faktoren wie Kopfverletzungen, Alkohol oder Drogen bedingt).
 2. Anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen, die sich auf die eigene Person, andere Personen oder die Welt beziehen (z. B. „Ich bin schlecht“, „Man kann niemandem trauen“, „Die ganze Welt ist gefährlich“, „Mein Nervensystem ist dauerhaft ruiniert“).
 3. Anhaltende verzerrte Kognitionen hinsichtlich der Ursache und Folgen des oder der traumatischen Ereignisse, die dazu führen, dass die Person sich oder anderen die Schuld zuschreibt.
 4. Andauernder negativer emotionaler Zustand (z. B. Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld oder Scham).
 5. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.
 6. Gefühle der Abgetrenntheit oder Entfremdung von anderen.
 7. Anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden (z. B. Glück, Zufriedenheit, Gefühle der Zuneigung).
- E. Deutliche Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden.
 2. Riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten.

3. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).
4. Übertriebene Schreckreaktionen.
5. Konzentrationsschwierigkeiten.
6. Schlafstörungen (z. B. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf).
- F. Das Störungsbild (Kriterien B, C, D und E) dauert länger als 1 Monat.
- G. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- H. Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Medikament, Alkohol) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Bestimme, ob:

Mit Dissoziativen Symptomen: Die beim Betroffenen auftretenden Symptome erfüllen die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Zusätzlich erlebt der Betroffene als Reaktion auf das auslösende Ereignis dauerhaft oder wiederkehrend eines der beiden folgenden Symptome:

1. **Depersonalisation:** Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrung des Losgelöstseins und das Gefühl, die eigenen Gedanken und Körperempfindungen von außen zu beobachten (z. B. Gefühl, als sei man in einem Traum; Gefühl der Unwirklichkeit des Selbst oder des Körpers oder alles wie in Zeitlupe zu erleben).
2. **Derealisation:** Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrungen der Unwirklichkeit der Umgebung (z. B. die Umgebung wird als unwirklich, wie im Traum, entfernt oder verzerrt wahrgenommen).

Beachte: Um diesen Subtyp zu vergeben, dürfen die dissoziativen Symptome nicht auf die physiologische Wirkung einer Substanz (z. B. Erinnerungsverlust, Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. komplex fokale Anfälle) zurückgehen.

Bestimme, ob:

Mit Verzögertem Beginn: Wenn das Auftreten und das Beschreiben einzelner Symptome zwar initial erfolgt, aber erst mindestens 6 Monate nach dem Ereignis alle diagnostischen Kriterien erfüllt sind.

Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern bis zum Alter von 6 Jahren

- A. Das 6-jährige oder jüngere Kind war tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten ausgesetzt:
 1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse.
 2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischer Ereignisse bei anderen Personen, insbesondere bei primären Bezugspersonen.

Beachte: Dieses Erleben bezieht sich nicht auf Ereignisse, die ausschließlich über elektronische Medien, Fernsehen, Filme oder Bilder verfolgt worden sind.
3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestoßen sind.
- B. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen), die auf das oder die traumatischen Ereignisse bezogen sind und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen aufgetreten sind:
 1. Wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das oder die traumatischen Ereignisse.

Beachte: Spontane und intrusive Gedanken müssen nicht notwendigerweise belastend wirken, sondern können auch spielerisch reinszeniert werden.

2. Wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalte und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen.

Beachte: Es kann möglicherweise nicht gesichert werden, dass der beängstigende Inhalt der Träume mit dem belastenden Ereignis zusammenhängt.

3. Dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks), bei denen das Kind fühlt oder handelt, als ob das oder die traumatischen Ereignisse sich wieder ereignen würden. (Diese Reaktionen können in einem Kontinuum auftreten, bei dem der völlige Wahrnehmungsverlust der Umgebung die extremste Ausdrucksform darstellt.) Aspekte des Traumas können im Spiel nachgestellt werden.
 4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
 5. Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
- C. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome, welche entweder anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind, oder negative kognitive oder affektive Veränderungen im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen beinhalten. Diese Veränderungen traten erstmalig nach dem oder den Ereignissen auf oder haben sich danach verschlimmert:

Anhaltende Vermeidung von Reizen

1. Vermeidung oder Bemühungen, Aktivitäten, Orte oder Gegenstände zu vermeiden, die an das oder die traumatischen Ereignisse erinnern.
2. Vermeidung oder Bemühungen, Personen, Gespräche oder zwischenmenschliche Situationen zu vermeiden, die Erinnerungen an das oder die traumatischen Ereignisse hervorrufen.

Negative kognitive Veränderungen

3. Deutlich häufiger auftretende negative emotionale Zustände (z. B. Furcht, Schuld, Traurigkeit, Scham oder Verwirrung).
 4. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, darunter eingeschränktes Spielen.
 5. Soziales Rückzugsverhalten.
 6. Dauerhaft vermindertes Ausdrück positiver Emotionen.
- D. Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden (einschließlich extremer Wutanfälle).
 2. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).
 3. Übertriebene Schreckreaktionen.
 4. Konzentrationsschwierigkeiten.
 5. Schlafstörungen (z. B. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf).

- E. Das Störungsbild dauert länger als 1 Monat.
- F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in Beziehungen mit Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen oder anderen Bezugspersonen oder im schulischen Verhalten.
- G. Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Medikament, Alkohol) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Bestimme, ob:

Mit Dissoziativen Symptomen: Die beim Kind auftretenden Symptome erfüllen die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Zusätzlich erlebt das Kind dauerhaft oder wiederkehrend eines der beiden folgenden Symptome:

1. **Depersonalisation:** Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrung des Losgelöstseins und das Gefühl, die eigenen Gedanken und Körperempfindungen von außen zu beobachten (z. B. Gefühl, als sei man in einem Traum; Gefühl der Unwirklichkeit des Selbst oder des Körpers oder alles wie in Zeitlupe zu erleben).
2. **Derealisation:** Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrungen der Unwirklichkeit der Umgebung (z. B. die Umgebung wird als unwirklich, wie im Traum, entfernt oder verzerrt wahrgenommen).

Beachte: Um diesen Subtyp zu vergeben, dürfen die dissoziativen Symptome nicht auf die physiologische Wirkung einer Substanz (z. B. Erinnerungsverlust) oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. komplex fokale Anfälle) zurückgehen.

Bestimme, ob:

Mit Verzögertem Beginn: Wenn das Auftreten und das Beschreiben einzelner Symptome zwar initial erfolgt, aber erst mindestens 6 Monate nach dem Ereignis alle diagnostischen Kriterien erfüllt sind.

Anhang 3: Bewertung eines Systematic Reviews nach SIGN (2007)

SIGN	<p>Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses SIGN gratefully acknowledges the permission received from the authors of the AMSTAR tool to base this checklist on their work: Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C. et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology 2007, 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10. Available from http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10 [cited 10 Sep 2012]</p>	
<p>Gillies, D.; Taylor, F.; Gray, C.; O'Brien, L.; D'Abrew, N. (2012): Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD006726.</p>		
<p>Checklist completed by: Lena Gellern</p>		
<p>Section 1: Internal validity</p>		
In a well conducted systematic review:		In this study this criterion is:
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes X No
1.2	At least two people should select studies and extra data.	Yes X No
1.3	A comprehensive literature search is carried out.	Yes X No
1.4	The authors clearly state if or how they limited their review by publication type.	Yes X No
1.5	The included and excluded studies are listed.	Yes X No
1.6	The characteristics of the included studies are provided.	Yes X No
1.7	The scientific quality of the included studies is assessed and documented.	Yes X No
1.8	The scientific quality of the included studies was assessed appropriately.	Yes X No
1.9	Appropriate methods are used to combine the individual study findings.	Yes X No

SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY		
2.1	What is your overall assessment of the methodological quality of this review?	High quality X Acceptable Low quality Irrelevant/wrong type
2.2	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	Yes X No
2.3	<p>Notes:</p> <p>Das Systematic Review ist nützlich für die Gewinnung eines allgemeinen Überblicks über die Therapieformen bei PTBS und bestätigt die Wirksamkeit der Tf-KVT.</p>	

Anhang 4: Bewertung eines Systematic Reviews nach SIGN (2007)

SIGN	Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses SIGN gratefully acknowledges the permission received from the authors of the AMSTAR tool to base this checklist on their work: Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C. et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology 2007, 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10. Available from http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10 [cited 10 Sep 2012]	
Leenarts, L.; Diehle, J.; Doreleijers, T.; Jansma, E.; Lindauer, R. (2012): Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry (2013) 22:269-283.		
Checklist completed by: Lena Gellern		
Section 1: Internal validity		
In a well conducted systematic review:		In this study this criterion is:
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question.	Yes X No
1.2	At least two people should select studies and extra data.	Yes X No
1.3	A comprehensive literature search is carried out.	Yes X No
1.4	The authors clearly state if or how they limited their review by publication type.	Yes X No
1.5	The included and excluded studies are listed.	Yes X No
1.6	The characteristics of the included studies are provided.	Yes X No
1.7	The scientific quality of the included studies is assessed and documented.	Yes X No
1.8	The scientific quality of the included studies was assessed appropriately.	Yes X No
1.9	Appropriate methods are used to combine the individual study findings.	Yes X No

SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY		
2.1	What is your overall assessment of the methodological quality of this review?	High quality X Acceptable Low quality Irrelevant/wrong type
2.2	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	Yes X No
2.3	<p>Notes:</p> <p>Das Systematic Review gibt einen Überblick über die Therapieformen bei Kinder und Jugendlichen nach sexueller Gewalterfahrung und bestätigt die Wirkung der Tf-KVT für die Patientengruppe der vorliegenden Arbeit.</p>	

Anhang 5: Bewertung einer Interventionsstudie nach Behrens und Lange (2010)

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Allen / Moskowitz 2006

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<small>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</small> Auswahl nach Anbindung an Trauma Zentrum, Alter 3-12, PTBS Diagnose, T-Score >65 Randomisierung zuordnung an bekannte Therapeuten	Teilnote: 4
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<small>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?</small> nicht eindeutig belegt, vermutlich 200 von 200 da feste Therapieplan	Teilnote: 4
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<small>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</small> Verblindung nicht ethisch vertretbar / Studierendesign	Teilnote: 0
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<small>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</small> entsprechend der Einschlusskriterien Gruppenzusammensetzung nicht ersichtlich	Teilnote: 3-4
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<small>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen haben?</small> Nach Aussagen der unmittelbaren Therapeuten ja → Gruppenzusammensetzung nicht ersichtlich	Teilnote: 3-4
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<small>Wechselt kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?</small> Intention-to-Treat-Analyse durchgeführt	Teilnote: 3
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<small>Stichzahlberechnung? Signifikante Effekte?</small> Ja, Effekte konnten nachgewiesen werden	Teilnote: 2
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, sagen ähnliche Ergebnisse aus	Teilnote: 2-3

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<small>z. B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</small> Anzahl der notwendigen Behandlungen um das gewünschte Ziel zu erreichen, für Spieltherapie gering (Nunbe needed to treat)	Note: 3,5
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<small>p-Wert?</small> Nein, p-Wert angegeben	
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<small>Konfidenzintervalle?</small> Hypothesen wurden einer Korrelationsanalyse unterzogen	

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<small>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</small> Möglich mit Einschränkungen	Teilnote: 3
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<small>Nebenwirkungen? Compliance?</small> Ja PTBS ✓ TF-Kur	Teilnote: 2
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<small>Kostenanalyse?</small> Ja, Zeitfizierung kostentr. möglich Effekt bestätigt	Teilnote: 2

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

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

Anhang 6: Bewertung einer Interventionsstudie nach Behrens und Lange (2010)

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: ... Jensen et al. (2014) ...

Forschungsfrage: ... Wirksamkeit des TF-KVT verglichen mit TAU b. Kindern & Jugendlichen mit PTBS ...

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<small>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</small> In 8 ausgewählten Kliniken mit Hilfe von Checkliste (CPSS) und min. 1. Symptom der PTSD-Symptome ausgewählt Zuteilung PC generalisiert & zufallsgesteuert: vier-block-randomisierung	Note: 1
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<small>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?</small> von 156 haben 122 die Studie abgeschlossen Follow-up 77,6%	Note: 2-3
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<small>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</small> Teilnehmer und Beurteiler d. Assessments verblindet möglich	Note: 0
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<small>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</small> Krankheitsstadium ähnlich → untersch. viele traumatische Erfahrungen Altersgruppe ähnlich	Note: 2
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<small>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen?</small> ja, unwahrscheinlich, dass andere Faktoren d. Ergebnis beeinflusst haben	Note: 1
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<small>Wechselte kein Teilnehmer die Gruppen? Intention-to-Treat-Analyse?</small> ∅ wechselte d. Teilnehmer	Note: 1
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<small>Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?</small> Signifikante Ergebnisse erzielt Fallzahlberechnung	Note: 2
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	ja, ähnliche Ergebnisse wie bisherige Studien in den USA	Note: 1

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<small>z. B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</small> Effektgröße mit „cohens d“ aufgezeigt	Note: 1
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<small>p-Wert?</small> p-werte alle angegeben	Note: 1
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<small>Konfidenzintervall?</small> Konfidenzintervall 95%	Note: 1

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<small>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</small> ähnliche Patienten (Alter & Erkrankung) → Ergebnisse anwendbar	Note: 1-2
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<small>Nebenwirkungen? Compliance?</small> Wirksamkeit bestätigt ∅ Spezialisierung auf sexuelle Gewalt	Note: 2
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<small>Kostenanalyse?</small> ∅ Angabe	Note: 0

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

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

Anhang 7: Bewertung einer Interventionsstudie nach Behrens und Lange (2010)

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Geldbeck et al. (2016)

Forschungsfrage: Vergleich Wirkung Tf-KVT mit Warteliste bei PTBS

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i> Flächendeckend in 8 Kliniken ausgewählt Ein- und Ausschlusskriterien detailliert beschrieben Zuteilung zufallsgesteuert durch unabhängigen externen Forscher	<u>Note: 1</u>
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?</i> Von 159 Teilnehmern haben 135 die Studie beendet → Follow-up > 80%	<u>Note: 1</u>
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i> Verblindung durch aktive Teilnahme an d. Intervention Ø möglich (Kontrollgruppe = Warteliste)	<u>Note: 0</u>
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?</i> Beide Gruppen weisen ähnliche Altersspanne und Krankheitsstadien auf	<u>Note: 1</u>
5. Würden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i> Ja, unwahrscheinlich, dass andere Faktoren d. Ergebnisse beeinflusst haben	<u>Note: 1</u>
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselt kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?</i> Alle Teilnehmer werden bewertet (innerhalb d. zugeordneten Gruppe)	<u>Note: 1</u>
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?</i> Stichprobe und Anzahl beider Gruppen waren ausreichend um signifikante Ergebnisse zu erzielen.	<u>Note: 1</u>
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Die Ergebnisse bestätigen Ergebnisse d. vorherigen Studien (sind im Einklang)	<u>Note: 1</u>

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>z. B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i> Effektgröße mit Hilfe von „cohens d“ aufgezeigt	<u>Note: 1</u>
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i> p-Wert angegeben Ø Zufall	<u>Note: 1</u>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle?</i> Konfidenzintervall 95%	<u>Note: 1</u>

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> Ähnliche Patientengruppe und Erkrankung → Ergebnisse anwendbar	<u>Note: 1-2</u>
13. Würden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> Wirksamkeit der Behandlung bei PTBS aufgezeigt → Schwerpunkt „nur“ auf sexuelle Gewalt	<u>Note: 2</u>
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i> Nicht angegeben	<u>Note: 0</u>

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

http://www.mezizin.uni-halle.de/index.php?id=572 V 1.6 aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Hans Huber: Bern.

Eidesstattliche Erklärung

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

Hamburg, der 04.06.2018