

Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter

Auswirkungen auf die Sexualität, Behandlung und das therapeutische Kompetenzerleben

Dissertation

-kumulativ-

zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

des Fachbereichs Psychologie der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Katharina Louisa Schulte

aus Essen

Marburg/Lahn, Oktober 2021

Vom Fachbereich FB04 Psychologie der Philipps-Universität Marburg (Hochschulkenziffer
1180) als Dissertation angenommen am

Erstgutachterin: Prof. Dr. Hanna Christiansen

Zweitgutachter: PD Dr. Björn Albrecht

Tag der Disputation:

Danksagung

An erster Stelle möchte ich meinen Eltern und meiner Schwester Annalena danken, die mich seit jeher auf meinem Weg unterstützt und begleitet haben. Meinen Eltern, die mich seit klein auf gefördert haben und immer hinter mir und jeder meiner Entscheidungen standen.

Auch möchte ich Prof. Dr. Hanna Christiansen für die Betreuung und Anleitung dieser Arbeit danken. Insbesondere dafür, dass sie auch bei Rückschlägen und Hindernissen motivierende Worte gefunden hat und mir geholfen hat, wenn ich den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr gesehen habe. Auf diesem Wege bedanke ich mich für die tolle Unterstützung und Förderung in dieser Zeit.

Ein besonderer Dank gilt meiner Kollegin Katharina Szota, die viele, viele Stunden in unsere gemeinsame Arbeit gesteckt hat und mich immer wieder motiviert und dauerhaft unterstützt hat.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben. Sei es das Korrekturlesen, das Einbringen von Verbesserungsvorschlägen und Ideen oder einfach ein offenes Ohr.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	6
Abstract	8
1 Theoretischer Hintergrund	10
1.1 Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter	10
1.1.1 Prävalenzen	11
1.1.2 Sexualisierte Gewalt.....	11
1.2 Folgen von Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter	12
1.2.1 Folgen von Gewalterfahrungen	12
1.2.2 Folgen sexualisierter Gewalt	13
1.2.3 Psychische Traumafolgestörungen nach Gewalterfahrungen im Kindesalter....	14
1.3 Behandlung von Traumafolgestörungen nach Gewalterfahrungen	17
1.3.1 Psychotherapeutische Versorgung	17
1.3.2 Therapieformen	18
1.3.3 Einbezug von Bezugspersonen.....	19
1.3.4 Kompetenzzempfinden der Behandelnden	20
2 Darstellung des Dissertationsvorhabens.....	22
2.1. Ziel der Dissertation	22
2.2 Fragestellungen der vorliegenden Arbeit	23
2.3 Beschreibung der Projekte.....	24
3 Zusammenfassung der Publikationen.....	25

3.1.	Publikation 1: Die Entwicklung von Sexualität bei Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Gewalterfahrungen. Eine systematische Übersicht über Auswirkungen auf die Sexualität.....	25
3.2.	Publikation 2: Sexual Risk Behaviour of Children and Adolescents with a History of Sexual Violence: A Meta-Analytic Review	28
3.3.	Publikation 3: Interventions involving caregivers for children and adolescents following traumatic events: A systematic review and meta-analysis.....	31
3.4.	Publikation 4: Kompetenzerleben von Psychotherapeut:innen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen	33
4	Zusammenfassende Diskussion und Ausblick	36
4.1	Auswirkungen auf die Sexualität.....	36
4.2	Einbezug der Bezugspersonen.....	38
4.3	Subjektives Kompetenzerleben der Behandelnden	40
4.4	Limitationen der vorliegenden Arbeit	42
4.5	Praktische Implikationen	44
4.6	Fazit	46
5	Literatur	48
6	Anhang	58

Zusammenfassung

Gewalt ist ein weltweites Problem. In Deutschland werden jedes Jahr etliche Kinder Opfer verschiedener Arten von Gewalt und dies mit gravierenden Folgen für ihr weiteres Leben. Aufgrund der explizit sexuellen Natur sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen hat diese Form der Gewalt besonders Auswirkungen auf die Entwicklung der Sexualität von Kindern und Jugendlichen. Um das Risiko der Entwicklung von möglichen kurz- und langfristigen Folgen zu senken, ist eine Verarbeitung des traumatischen Ereignisses von großer Bedeutung. Im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung gibt es hierfür verschiedene Ansätze. Die Behandlungsleitlinien für Traumafolgestörungen empfehlen konfrontative Verfahren und den Einbezug von Bezugspersonen. Dennoch findet beides in der Praxis oftmals nicht statt. Eine mögliche Erklärung hierfür ist das subjektive Kompetenzzempfinden der Behandelnden. Dieses steht im Zusammenhang mit dem Einsatz konfrontativer Interventionen, dem Umgang und Einbezug von Bezugspersonen und der routinemäßigen Exploration von Gewalterfahrungen. Zuletzt wirkt sich das traumatherapeutische Kompetenzzempfinden protektiv auf die berufliche Belastung aus.

Die **erste Studie** gibt einen umfangreichen Überblick über die aktuelle Literatur bezüglich der Entwicklung von Sexualität nach Erfahrungen von sexualisierter Gewalt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Folgen gravierend sind und sich auf alle Facetten der Sexualitätsentwicklung auswirken.

In der **zweiten Studie** wurde auf Basis der Forschungsergebnisse aus der ersten Studie der Fokus auf sexuelles Risikoverhalten nach sexualisierter Gewalt gelegt. Hierfür wurden Teenagerschwangerschaften, die Anzahl der Sexualpartner:innen, die Kondomnutzung, der Alkohol- oder Drogengebrauch während des Geschlechtsverkehrs und sexuelle Ausbeutung von Kindern in der Prostitution in verschiedenen Meta-Analysen untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit sexualisierten Gewalterfahrungen signifikant mehr

Sexualpartner:innen haben, häufiger an Schwangerschaften beteiligt sind und sich häufiger prostituieren als Kinder und Jugendliche ohne derartige Erfahrungen.

Die **dritte Studie** untersuchte anhand einer Meta-Analyse den Einbezug von Bezugspersonen in die Traumatherapie. Gefunden wurde eine deutliche Symptomverbesserung bei der posttraumatischen Belastungsstörung, sowie bei der von Kindern berichteten depressiven Symptomatik und Angstsymptomatik zur Post-Messung und bei der von Eltern berichteten internalisierten Symptomatik zur Post-Messung, zu Gunsten der Interventionen mit Einbezug einer Bezugsperson im Vergleich zur Kontrollbedingung. Vor allem Mädchen profitierten vom Einbezug einer Bezugsperson in die Traumabehandlung.

In der **vierten Studie** wurde das subjektive Kompetenzerleben der Behandelnden untersucht. Bestätigt werden konnte der Einfluss des therapeutischen Kompetenzerlebens im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen auf das konfrontative Vorgehen, bestehend aus einer routinemäßigen Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen und dem Einsatz konfrontativer Therapiemethoden, sowie auf den Einbezug von Bezugspersonen und auf die berufliche Belastung durch sekundären traumatischen Stress.

Abstract

Violence still is a worldwide problem. In Germany, many children become victims of various types of violence every year, leading to serious consequences for their further lives. Due to the explicitly sexual nature of sexualized violence against children and adolescents, this form of violence has a particular impact on the development of children and adolescents' sexuality. In order to reduce the risk of developing possible short- and long-term consequences, processing the traumatic event is of great importance. Processing the traumatic event is part of the psychotherapeutic approach. The common treatment guidelines for posttraumatic stress disorder recommend confrontational methods and the involvement of attachment figures. Nevertheless, these recommendations are often not followed in practice. One possible explanation might be the subjective perception of competence of those providing treatments. The subjective perception of competence is related to the use of confrontational interventions, the involvement of attachment figures, and the routine exploration of violence. Moreover, the subjective perception of one's own competence seems to have a protective effect on occupational stress.

The **first study** provides a review of the current literature regarding the development of sexuality following experiences of sexual violence. The findings indicate that the consequences are severe and affect all facets of the development of sexuality.

The **second study** focused on sexual risk behaviors following sexualized violence based on the research findings from the first study. Consequently, teenage pregnancy, number of sexual partners, condom use, alcohol or drug use during sex, and prostitution were examined in various meta-analyses. The results show that children and adolescents with sexual violence experiences have significantly more sexual partners, are more likely to be involved in pregnancies, and are more likely to engage in prostitution than children and adolescents without such experiences.

The **third study** used a meta-analysis to examine the involvement of caregivers in trauma therapy and found significant symptom improvements in post-traumatic stress disorder, as well as child-reported depression and anxiety symptoms at post-measurement and parent-reported internalized symptoms at post-measurement, in favour of interventions with caregiver involvement compared to the control condition. Particularly girls benefited from the involvement of a caregiver in trauma care.

In the **fourth study**, the therapists' subjective perception of competence was investigated. The subjective perception of one's own competence affected the confrontational approach, consisting of a routine exploration of violence and trauma and the use of confrontational therapy methods, as well as on the involvement of caregivers. Moreover, the subjective perception of competence had an effect on the development of secondary traumatic stress.

1 Theoretischer Hintergrund

Gewalt ist überall anzutreffen und eine weltweite Herausforderung. Kein Land, keine Stadt, keine Gemeinde bleibt verschont. Wenn wir in die alltäglichen Medien schauen, sind wir dauerhaft Bildern und Berichten von allen Formen der Gewalt ausgesetzt. Sie spielt sich in den Straßen ab, in Schulen und Kindergärten, in unseren eigenen vier Wänden und am Arbeitsplatz. Was sie hinterlässt, sind bedrohtes Leben, gefährdete Gesundheit und zerstörtes Glück. Jedes Jahr verlieren weltweit über 1.6 Millionen Menschen ihr Leben aufgrund von Gewalttaten (WHO, 2002). In der Altersgruppe der 15- bis 44-Jährigen gehört Gewalt weltweit zu den Haupttodesursachen (Krug, 2015). Gewalt ist unter Männern für etwa 14 % und bei Frauen für rund 7 % aller Sterbefälle verantwortlich (Krug, 2015).

Formen von Gewalt gibt es viele: Allgemein wird zwischen körperlicher, psychischer und sexualisierter Gewalt unterschieden. Im Gewaltdiskurs lassen sich zudem finanzielle Gewalt in Form von Ausbeutung und strukturelle Gewalt als eigenständige Formen des Ausdrucks ungleicher Machtverhältnisse ergänzen. Die Auflistung zeigt, wie vielfältig und weitgreifend Gewalt ist. Gemeinsam haben all diese Formen von Gewalt, dass sie eine Verletzung der körperlichen und seelischen Integrität von Menschen darstellen und damit auch eine Verletzung der Menschenrechte und Grundfreiheiten eines jeden Menschen.

1.1 Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter

Besonders schlimm und gravierend sind Gewalterfahrungen am Anfang des Lebens. Wir wissen immer mehr über die verheerenden Folgen von Gewalt für Kinder und trotzdem verschließt die Gesellschaft bis heute oft ihre Augen. Gewalt gegen Kinder wird weiterhin toleriert. Und das, obwohl laut der Kinderrechtskonvention der Vereinigten Staaten der Schutz von Kindern vor Gewalt seit 1989 fest vorgeschrieben ist. Laut der Konvention hat ein jedes Kind ein Recht darauf, ohne Gewalt groß zu werden. Dies haben fast alle Staaten der Erde mit

der UN-Konvention anerkannt und doch erfahren unzählige Kinder fast täglich irgendeine Form von Gewalt.

1.1.1 Prävalenzen

Laut der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) sind im Jahr 2020 in Deutschland 152 Kinder durch Gewalttaten zu Tode gekommen (Bundeskriminalamt, 2021). 115 von ihnen waren zum Todeszeitpunkt jünger als sechs Jahre. Außerdem wurden 4.918 Fälle von „Misshandlungen“ Schutzbefohlener und 14.500 Fälle von „Kindesmissbrauch“ registriert (Bundeskriminalamt, 2021). Die Terminologie „Kindesmissbrauch“ wird im Folgenden als sexualisierte Gewalt beschrieben, da die Wortbedeutung „Missbrauch“ die Möglichkeit eines legitimen „Gebrauchs“ von Kindern suggeriert. Die Formulierung der sexualisierten Gewalt stellt heraus, dass es sich um Gewalt handelt, die mit sexuellen Mitteln ausgetragen wird.

Stark angestiegen im Vergleich zum Vorjahr auf 18.761 Fälle sind die Zahlen von Darstellungen sexualisierter Gewalt an Kindern, sogenannter Kinderpornografie (Bundeskriminalamt, 2021). Diese Zahlen bilden die der Polizei bekannt gewordenen Delikte ab, das sogenannte Hellfeld. Das Dunkelfeld, sprich der Anteil an Straftaten, der unentdeckt bleibt, ist um ein Vielfaches größer.

1.1.2 Sexualisierte Gewalt

Der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen „Kindesmissbrauchs“ (UBSKM) beschreibt sexualisierte Gewalt als „jede sexuelle Handlung, die an Mädchen und Jungen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können“ (Rörig, 2020, Abschnitt 1).

Für sexualisierte Gewalt liegt die geschätzte Dunkelziffer zwischen 1:15 (Bundeskriminalamt, 2020) und 1:20 (Kavemann & Lohstöter, 1985), da nur jede fünfzehnte

bis zwanzigste Tat angezeigt wird. Sogenannte Dunkelfeldforschungen schätzen, dass jeder siebte bis achte Erwachsene in Deutschland sexualisierte Gewalt im Kindes- und/oder Jugendlichenalter erfahren hat (Beck, 2017). Man geht davon aus, dass in Deutschland ein bis zwei Schüler:innen pro Klasse von sexualisierter Gewalt betroffen sind oder waren.

Kinder erleben häufig nicht nur eine Form der Gewalt, sondern eine Vielzahl an verschiedenen Gewalterlebnissen, auch Polyviktimisierung genannt (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007). Sexualisierte Gewalt tritt zum Beispiel selten isoliert von anderen Formen der Gewalt auf, sondern häufig in Kombination mit körperlicher Gewalt (UNICEF, 2015). Je mehr Formen von Gewalt ein Kind erlebt, desto höher das Risiko an psychischen Störungen und gesundheitlichen Folgen zu erkranken (Hughes, Bellis, Hardcastle, et al., 2017).

1.2 Folgen von Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter

1.2.1 Folgen von Gewalterfahrungen

Die Prävalenzen sind hoch und die Folgen nach Gewalterfahrungen schwerwiegend. Aufgrund der bis heute vorliegenden Studienergebnisse kann es indes als erwiesen gelten, dass Gewalt gegen Kinder gehäuft im Zusammenhang mit bestimmten körperlichen, psychischen und sozialen Folgeproblemen steht (MacMillan, 2000). Art und Schwere der Folgen sind von Form und Schwere der Gewalt, vom Kontext, den Bewältigungsprozessen und vom Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen abhängig (Chicetti & Lynch, 1995). Die Folgen von Gewalt an Kindern, die bereits im Kindes- und Jugendalter entstehen, können in drei Gruppen unterteilt werden: in *kognitiv-emotionale Störungen* (Posttraumatische Belastungsstörung, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Angststörungen, Depressionen, niedriger Selbstwert, Suizidgedanken, selbstschädigendes Verhalten, Substanzmissbrauch, Sprach-, Lern- und Schulschwierigkeiten etc.), *somatische und psychosomatische Störungen* (körperliche Verletzungen, psychosomatische Beschwerde, Ess- und Schlafstörungen, Bettnässen, Einkoten etc.) und *Störungen des Sozialverhaltens*

(Weglaufen, Schulschwierigkeiten und –verweigerung, Hyperaktivität, Delinquenz, Aggressivität etc., siehe Moggi, 2005).

1.2.2 Folgen sexualisierter Gewalt

Aufgrund der explizit sexuellen Natur von sexualisierter Gewalt in der Kindheit, unterscheiden sich die Auswirkungen und Folgen von anderen Formen der Gewalt. Die Folgen sexualisierter Gewalt sind zuerst einmal Körperverletzungen wie Wunden, Hämatome, schwere Prellungen, Würgemale, Frakturen oder Hautabschürfungen. Weitere körperliche Folgen können Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten wie Chlamydien oder HIV sein (Vyssoki & Schürmann-Emanuely, 2008).

Bekannt ist ebenfalls, dass nach dem Erleben sexualisierter Gewalt das Risiko für die Entwicklung sexueller Verzerrungen erhöht ist (Noll, Trickett & Putnam, 2003). Sexuelle Verzerrungen können sich unter anderem in erhöhter sexueller Aktivität und freizügigen Einstellungen (z. B. Browning & Laumann, 1997), sexuelle Ausbeutung in der Prostitution (z. B. Widom & Kuhns, 1996), früher Schwangerschaft (z. B. Fiscella, Kitzman, Cole, Sidora & Olds, 1998), sexuellem Risikoverhalten (z. B. Brown, Lourie, Zlotnick & Cohn, 2000), sexueller Vermeidung oder sexueller Dysfunktion (Jackson, Calhoun, Amick, Maddever & Habif, 1990), zwanghaftem sexuellen Verhalten (z. B. McClellan, McCurry, Ronnei, Adams, Eisner & Stork, 1996) oder ungeschütztem Geschlechtsverkehr und Sex mit mehreren Partnern (Arriola, Loudon, Doldren & Fortenberry, 2005) äußern.

Neben den somatischen und explizit sexuellen Folgen lässt sich bei Personen mit sexualisierten Gewalterfahrungen verglichen mit Personen mit ähnlichen Kontextbedingungen, aber ohne diese Gewalterfahrungen, ein deutlich höheres Risiko erkennen, früher oder später psychisch zu erkranken und eine Traumafolgestörung zu entwickeln (Bagley & Mallick, 2000). So steigt das Risiko um ein zwölffaches an, an einer psychischen Störung nach DSM-IV zu erkranken (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1996). Es erkrankten etwa 30 bis 50% der

Betroffenen sexualisierter Gewalt an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Vyssoki & Schürmann-Emanuely, 2008). Auch das Risiko an Depressionen zu erkranken ist um ein Fünffaches (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1996) und einen Selbstmord auszuüben um ein Dreizehnfaches erhöht (Vyssoki & Schürmann-Emanuely, 2008).

1.2.3 Psychische Traumafolgestörungen nach Gewalterfahrungen im Kindesalter

Nicht nur nach dem Erleben sexualisierter Gewalt, sondern allgemein nach dem Erleben von Gewalt ist das Risiko erhöht, an einer psychischen Traumafolgestörung zu erkranken.

1.2.3.1 Trauma

Um von einer Traumafolgestörung sprechen zu können, muss man sich zunächst den Begriff *Trauma* anschauen. Eine einheitliche Begriffsdefinition für ein seelisches Trauma (griechisch für „Wunde“) gibt es nicht. Ein Grundgedanke ist, dass es sich bei einem Trauma um eine Verletzung und einer daraus resultierenden Wunde an der menschlichen Seele handelt (Pausch & Matten, 2018). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1991 ein Trauma als ein „kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß (...)“ (ICD-10; Weltgesundheitsorganisation, 1994, S. 124). Wichtig ist, dass nicht jede bedrohliche, gefährliche oder ernste Situation ein Trauma ist. Eine Situation wird dann als traumatisch definiert, wenn die betreffende Person mit dem plötzlichen Tod oder einer Todesgefahr konfrontiert wird oder wenn die persönliche Unversehrtheit durch körperliche oder sexualisierte Gewalt verletzt wird (Maercker & Hecker, 2016).

Während einer Traumatisierung reagieren die Betroffenen sowohl körperlich als auch kognitiv und emotional auf das gerade stattfindende Ereignis. Körperlich findet eine massive Stressreaktion statt, die sich unter anderem durch Zittern, Schwitzen, Herzrasen, Schwindel oder einen Anstieg des Blutdrucks äußert. Kognitiv dreht sich häufig alles um den Gedanken

an den eigenen potentiellen Tod. Auf der emotionalen Ebene kommt es meist zur vollständigen emotionalen Taubheit oder zu emotionalen Reaktionen der Panik, Angst, Schutzlosigkeit oder Hilfslosigkeit (Pausch & Matten, 2018).

Wenn ein Mensch ein oder mehrere Traumata durchlebt hat, bedeutet dies jedoch nicht, dass er eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere Traumafolgestörung entwickeln muss. Die Wahrscheinlichkeit, nach einem traumatischen Erlebnis eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln, liegt bei etwa 15 % bis 24 % (Kessler, Sonnega, Bromet, et al., 1995), abhängig auch von der Art, Anzahl und Schwere des Traumas. Neuner, Schauer, Karunakara et al. (2004) untersuchten in ihrer Studie den Einfluss traumatischer Ereignisse auf die Prävalenz und Schwere der posttraumatischen Belastungsstörung in einer Zufallsstichprobe von 3.339 ugandischen Staatsangehörigen, sudanesischen Staatsangehörigen und sudanesischen Flüchtlingen (1.831 Haushalte) der West-Nil-Region. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass es keine ultimative Resilienz gegen die posttraumatische Belastungsstörung gibt und dass selbst für das widerstandsfähigste Individuum eine „psychobiologische Bruchstelle“ existiert. In den drei befragten Bevölkerungsgruppen entwickelte jede:r Befragte, der 28 oder mehr traumatische Ereignisse erlebte, die gesamte Symptomatik der PTBS. Die in dieser Studie identifizierte kumulative Traumaschwelle ist sehr hoch und betrifft selbst in einer kriegszerstörten Bevölkerung nur eine Minderheit. Wenn jedoch die kumulative Exposition gegenüber traumatischen Ereignissen hoch genug ist, deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass jeder eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln wird (Neuner et al., 2004).

Cardozo, Vergara, Agani und Gotway (2000) untersuchten 1.358 Kosovo-Albaner im Alter von 15 Jahren oder älter in 558 zufällig ausgewählten Haushalten im gesamten Kosovo bezüglich der Prävalenz psychiatrischer Morbidität im Zusammenhang mit dem Krieg im Kosovo, der Bewertung der sozialen Funktionsfähigkeit und Identifizierung gefährdeter Bevölkerungsgruppen im Kosovo. Die Ergebnisse zeigten, dass nach dem Erleben von 12-16

traumatischen Ereignissen etwa achtzig Prozent der Befragten die Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten (Cardozo, 2000). Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der Annahme von Neuner et al. (2004), dass wenn die kumulative Traumaschwelle hoch genug ist, es keine Resilienz für eine PTBS gibt.

1.2.3.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Die PTBS wird als ein einem traumatischen Ereignis nachfolgendes Symptommuster von Wiedererlebens-, Vermeidungs- und chronischen Übererregungssymptomen beschrieben. Im Klassifikationssystem der WHO, der internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD), in der aktuell gültigen 10. Ausgabe, kurz ICD-10, wird die posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) zu den Belastungs- und Anpassungsstörungen zugeordnet. Um die Diagnose PTBS vergeben zu können, müssen bestimmte diagnostische Kriterien erfüllt sein. Zum einen muss ein „traumatisches Ereignis von außergewöhnlicher Schwere“ vorliegen. Dieses muss Ursache der Symptome sein, die „innerhalb von 6 Monaten nach“ dem traumatischen Ereignis auftreten. Die Symptome umfassen einerseits „wiederholte unausweichliche Erinnerungen oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen“, sogenanntes Wiedererleben oder Intrusionen und andererseits die „Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten“, sogenanntes Vermeidungsverhalten sowie „Gefühlsabstumpfung“, auch Numbing genannt. Zudem muss eine „vegetative Störung“ in Form von Übererregtheit vorliegen. Werden diese Kriterien erfüllt, darf die Diagnose der PTBS vergeben werden (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2011).

1.2.3.3 Traumafolgestörungen

Im Unterschied zum Erwachsenenalter führen traumatische Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen jedoch weniger häufig zu der eng umschriebenen Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung, sondern zu einem breiteren Spektrum an Problemen, wie einer Angstproblematik, Depressionen, Suizidalität, Selbstverletzung und Substanzmissbrauch (Fegert & Freyberger, 2019). Häufig kommt es in Folge eines traumatischen Ereignisses zur Koinzidenz von internalisierenden und externalisierenden Störungsanteilen (McCloskey & Walker, 2000) und zu einer Verschlechterung von zuvor bestehenden Entwicklungsproblemen, wie etwa oppositionell-aggressivem Verhalten oder anderen Störungen des Sozialverhaltens (Fegert & Freyberger, 2019). Generell weisen Kinder und Jugendliche nach Gewalterfahrungen hohe Komorbiditätsraten psychischer Störungen auf (Dölitzsch, Fegert, Künstler, Kölch, Schmeck, & Schmid, 2014) und haben bis heute einen vergleichsweise schlechten Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung.

1.3 Behandlung von Traumafolgestörungen nach Gewalterfahrungen

1.3.1 Psychotherapeutische Versorgung

Neben den allgemein bekannten Schutzmaßnahmen der Jugendhilfe bedarf es für Kinder und Jugendliche mit Gewalterfahrungen einer besonderen Gesundheitsversorgung. Eine Auswertung der Anrufe bei der 2010 eingerichteten Anlaufstelle für Betroffene von sexuellem „Kindesmissbrauch“ des unabhängigen Beauftragten ergab einen erlebten Mangel an geeigneten therapeutischen Anlaufstellen (Rassenhofer, Zimmer, Spröder & Fegert, 2015). Ganser und Kolleg:innen (2016) fanden in ihrer Untersuchung mit 322 Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen ebenfalls eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und dem tatsächlichen Zugang der Betroffenen zu entsprechenden Hilfsangeboten. Auch Hintzpeter und Kolleg:innen (2014)

untersuchen 2863 Familien mit Kindern und Jugendlichen zwischen sieben und 17 Jahren, die an der repräsentativen BELLA-Studie teilgenommen haben und fanden, dass lediglich 29 % der Kinder und Jugendlichen, die als psychisch auffällig eingeschätzt wurden, in den letzten 12 Monaten ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Angebot in Anspruch genommen hatten. Es besteht die zwingende Annahme einer psychotherapeutischen Unterversorgung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten, vor allem nach traumatischen Gewalterfahrungen.

1.3.2 Therapieformen

Ebenso wie bei den Erwachsenen, gibt es bei der Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen verschiedene psychotherapeutische Interventionen. Hierbei wird zwischen *traumafokussierten* und *nicht-traumafokussierten* Interventionen unterschieden. Bei *traumafokussierte Interventionen* liegt der Therapieansatz auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder der Veränderung seiner Bedeutung (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). *Nicht-traumafokussierte Interventionen* fokussieren dagegen nicht die Verarbeitung des traumatischen Ereignisses, sondern die Vermittlung von Fertigkeiten zur Emotionsregulation und/oder den Umgang mit den Symptomen der PTBS.

Neben der Unterscheidung zwischen traumafokussierten und nicht-traumafokussierten Interventionen gibt es weiterhin Verfahren, die spezifisch für Kinder und Jugendliche entwickelt wurden (z. B. Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2009) oder angepasste Behandlungsmanuale, die ursprünglich für Erwachsene entworfen und dann altersangemessen angepasst wurden (z. B. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1989, 2001), Narrative Exposure Therapy (NET; Schauer, Schauer, Neuner & Elbert, 2011), Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick & Schnicke, 1992).

Welches Verfahren zur Behandlung der PTBS eines Kindes oder einer/s Jugendlichen angewandt wird, ist abhängig vom Entwicklungsalter und den aktuellen Lebensumständen. Das Entwicklungsalter ist relevant für die Wahl der Methoden und der sprachlichen Komplexität, entscheidet aber auch über den Umfang des Einbezuges der Bezugspersonen (Rosner, Gutermann, Landolt, Plener & Steil, 2019). Je jünger das Kind, desto mehr Unterstützung brauchen diese bei der Umsetzung der erlernten Therapieinhalte. Die verschiedenen Therapiemanuale unterscheiden sich jedoch bezüglich des Ausmaßes des Einbezuges der Bezugspersonen maßgeblich. Die Tf-KVT nach Cohen, Mannarino und Deblinger (2009) bezieht die Bezugspersonen 1:1 zum Kind in die Therapie ein, während andere Manuale die Bezugspersonen nur zu ein oder zwei Terminen einbeziehen (z. B. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1989, 2001), Narrative Expositionstherapie für Kinder (KIDNET; Schauer, Neuner & Elbert, 2017).

1.3.3 Einbezug von Bezugspersonen

Aktuelle Studien deuten darauf hin, dass bestimmte Aspekte der Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind, zum Beispiel emotionale Sicherheit, Beteiligung und Struktur, die psychischen Gesundheitsergebnissen von Kindern und Jugendlichen in einzigartiger Weise beeinflussen können (Murray, Blair-Merritt, Roche & Cheng, 2012; Storer, Barkan, Stenhouse et al., 2014). Die aktuelle Literatur weist darüber hinaus auf die Bedeutung der Beziehung zwischen Kindern bzw. Jugendlichen und ihren Bezugspersonen in Hinblick auf internalisierende (Fanti, Henrich, Brookmeyer & Kuperminc, 2008), externalisierende (Deković, Buist & Reitz, 2004) und traumaspezifische Symptome hin. Insbesondere die Beziehung zwischen der Bezugsperson und den Kindern und Jugendlichen kann ein wichtiger Mediator im Zusammenhang zwischen Gewaltexposition und psychischen Folgen sein (Yoon, Kobulsky, Voith et al., 2015). Demnach ist es naheliegend, diese Beziehung als Wirkfaktor mit

in die Behandlung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen mit einzubeziehen.

Es existiert eine breite wissenschaftliche Evidenz, die belegt, dass der Einbezug der Bezugspersonen im Rahmen der Tf-KVT signifikant positive Effekte auf die Kinder und Jugendlichen hat (Tewes, 2020). Es konnte nachgewiesen werden, dass der Einbezug der Eltern einen erheblichen Einfluss auf die Symptomatik des Kindes oder des Jugendlichen hat (siehe Cohen & Mannarino, 2000; Sachser & Goldbeck, 2017). Cohen und Mannarino (1998) fanden heraus, dass die emotionale Reaktion der Eltern auf das Berichten der traumatischen Erfahrung der stärkste Prädiktor für den Therapieerfolg ist und von größerer Bedeutung ist als die Art der Behandlung an sich. Ebenso ließ sich in der Post-Messung 12 Monate nach Behandlungsabschluss nachweisen, dass die elterliche Unterstützung mit der Abnahme der Symptome des Kindes zusammenhing (Cohen & Mannarino, 1998). Auch Tutus und Kolleg:innen (2019) untersuchten den Einbezug der Bezugspersonen und fanden heraus, dass an der Therapie teilnehmende Eltern ihre eigenen Kognitionen in Bezug auf das kindliche Trauma veränderten. Die S3-Leitlinie zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung empfehlen den Einbezug der Bezugspersonen in die Traumatherapie von Kindern und Jugendlichen (Rosner, Gutermann, Landolt, Plener & Steil, 2019).

1.3.4 Kompetenzempfinden der Behandelnden

In einer Studie von Ascienzo, Sprang & Esslinger (2020) beurteilten Behandelnde den Einbezug von Bezugspersonen als Herausforderung. Obwohl es die S3-Leitlinien empfehlen, zeigt sich in der Praxis, dass nicht nur Bezugspersonen kaum in die Traumatherapie eingebunden werden, sondern auch, dass konfrontative Methoden selten eingesetzt werden (Equit, Maurer, Michael & Köllner, 2018). Behandelnde nannten die Sorge der eigenen erhöhten Belastung durch die Konfrontation mit traumatischen Details und befürchteten eine Symptomverschlechterung, sowie ein erhöhtes Risiko für Suizidalität oder den Abbruch der

Therapie (van Minnen, Hendriks & Olf, 2010). Ein möglicher Faktor, der den Einbezug und die konfrontative Methodenwahl, als auch die berufliche Auslastung beeinflussen könnte, ist das traumaspezifische therapeutische Kompetenzerleben. Psychotherapeutische Fachkräfte berichteten Unsicherheiten in der Identifikation von Gewalt, sowie dem Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen (Bertsch, 2016). Auch die geringe Bereitschaft von PsychotherapeutInnen zur Aufnahme und Behandlung traumatisierter und/oder schwieriger PatientInnen scheint Kompetenzdefiziten geschuldet (Gossmann, Eilers, Rosner & Barke, 2021). Dementsprechend könnte ein defizitäres subjektives Kompetenzerleben der Behandelnden in der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher von erheblicher Relevanz sein.

2 Darstellung des Dissertationsvorhabens

2.1. Ziel der Dissertation

Ziel dieser Arbeit ist es, die Folgen sexualisierter Gewalt im Kindes- und Jugendalter in Bezug auf die Entwicklung der Sexualität besser zu verstehen, um Ansatzpunkte für die Prävention und Intervention zu identifizieren. Das Erleben von sexualisierter Gewalt bringt eine Vielzahl gravierender Folgen mit sich und ist mit hohen Langzeitriskien verbunden. Auch wenn es nur ein kleiner Anteil der Betroffenen ist, der den Weg in die psychotherapeutische Behandlung im Kindes- und Jugendalter findet, sind es doch einige, die traumatherapeutische Hilfe erhalten. Für Kinder und Jugendliche nach Gewalterfahrungen werden verschiedene Therapieformen und Programme angeboten. Diese gestalten sich zum Teil sehr unterschiedlich. Ein umstrittener Aspekt ist der Einbezug der Bezugspersonen in die Traumatherapie, dessen Wirkung und Effektivität zum Teil unklar ist. In der Tf-KVT ist der Einbezug der Bezugspersonen bereits ein wichtiger Bestandteil, der einen signifikant positiven Effekt auf die Symptomreduktion der Kinder und Jugendlichen hat (Tewes, 2020), andere Traumatherapieformen beziehen die Bezugspersonen jedoch bislang nicht oder wenig ein. Neben den Bezugspersonen, sollte ein Blick auf die Behandelnden geworfen werden, die die Traumabehandlung durchführen.

Ziel der Arbeit ist es, zum Verständnis der Traumafolgen beizutragen, um daraus Handlungsempfehlungen für präventive Maßnahmen als auch die psychotherapeutische Versorgung abzuleiten. Bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung soll die Effektivität des Einbezuges der Bezugspersonen in die Traumabehandlung, der durch die Behandlungsleitlinien empfohlen wird, untersucht werden. Da der Einbezug der Bezugspersonen häufig in der Praxis nicht umgesetzt wird, soll auf Seiten der Behandelnden geschaut werden, was diese davon abhält, Bezugspersonen in die Therapie der Kinder und

Jugendlichen mit einzubeziehen. Hierfür wird die Bereitschaft des Einbezugs, aber auch die Anwendung von konfrontativen Methoden, sowie das Weiterbildungsinteresse in Verbindung mit dem subjektiven Kompetenzerleben der Behandelnden betrachtet.

2.2 Fragestellungen der vorliegenden Arbeit

Aus der dargestellten Forschungslage wurden für das Dissertationsvorhaben folgende Fragestellungen abgeleitet:

Publikation 1: Hat das Erleben von sexualisierter Gewalt Auswirkungen auf die Entwicklung von Sexualität im Kindes- und Jugendalter? Auf welche Bereiche der Sexualentwicklung von Kindern und Jugendlichen wirken sich sexualisierte Gewalterfahrungen laut aktuellem Forschungsstand aus?

Publikation 2: Besteht ein Zusammenhang zwischen sexualisierten Gewalterfahrungen und erhöhtem sexuellen Risikoverhalten bei Kindern und Jugendlichen? Inwiefern haben sexualisierte Gewalterfahrungen einen Einfluss auf sexuelles Risikoverhalten, sprich Teenagerschwangerschaften, Anzahl der Sexualpartner:innen, Kondomnutzung, Alkohol- oder Drogengebrauch während des Geschlechtsverkehrs und sexueller Ausbeutung in der Prostitution?

Publikation 3: Sind psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Bezugsperson bei der Behandlung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen wirksam? Wodurch wird die Wirksamkeit beeinflusst?

Publikation 4: Welche Rolle spielt das therapeutische Kompetenzerleben in der Behandlung traumatisierter Kinder? Wodurch wird das therapeutische Kompetenzerleben beeinflusst?

2.3 Beschreibung der Projekte

In der **ersten Studie** sollten mögliche Folgeerscheinungen bezüglich der Entwicklung von Sexualität nach Erfahrungen von sexualisierter Gewalt anhand einer systematischen Übersichtsarbeit erfasst werden. Untersucht wurde, auf welche Aspekte der Sexualentwicklung sexualisierte Gewalt im Kindes- und Jugendalter einen Einfluss hat. Da Sexualität ein facettenreiches Konstrukt darstellt und die Entwicklung der Sexualität sehr individuell verläuft, sollten die jeweiligen Aspekte der Sexualentwicklung genauer angeschaut werden. In der **zweiten Studie** wurde auf Basis der Forschungsergebnisse aus der ersten Studie ein Blick auf sexuelles Risikoverhalten nach sexualisierter Gewalt geworfen. Hierfür wurden fünf Arten von sexuellem Risikoverhalten in fünf verschiedenen Meta-Analysen untersucht. Die **dritte und vierte Studie** fokussierten die therapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Gewalterfahrungen und mit Traumafolgestörungen. In Manuskript #3 wird der Einbezug von Bezugspersonen in verschiedene Formen der Traumatherapie anhand einer Meta-Analyse untersucht, wohingegen in Manuskript #4 auf Seiten der Behandelnden geschaut wird, inwiefern das therapeutische Kompetenzerleben das konfrontative Vorgehen, den Einbezug von Bezugspersonen, die berufliche Belastung und das Interesse an Weiterbildungen beeinflusst.

3 Zusammenfassung der Publikationen

Im Folgenden werden die Publikationen, die im Rahmen dieser Dissertation angefertigt wurden, zusammenfassend dargestellt. Die vollständigen Artikel finden sich im Anhang A1.

3.1. Publikation 1: Die Entwicklung von Sexualität bei Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Gewalterfahrungen. Eine systematische Übersicht über Auswirkungen auf die Sexualität

Schulte, K., Szota, K., & Christiansen, H. (2021). Die Entwicklung von Sexualität bei Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Gewalterfahrungen. Eine systematische Übersicht über Auswirkungen auf die Sexualität. *Kindheit und Entwicklung*, 30(3), 172-182.

Theoretischer Hintergrund. Aufgrund der explizit sexuellen Natur von sexualisierter Gewalt in der Kindheit, unterscheiden sich die Auswirkungen von anderen Formen der Kindesmisshandlung darin, dass das Risiko für die Entwicklung sexueller Verzerrungen erhöht ist (Noll et al., 2003). Anhand der aktuellen Studienlage kristallisiert sich deutlich heraus, dass die Folgen von sexualisierter Gewalt einen eminenten Einfluss auf die weitere Sexualentwicklung der Betroffenen haben. In der vorhandenen Literatur wird dennoch vorwiegend die Sexualität von Erwachsenen nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit untersucht. Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu den Folgen von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Bezug auf deren Entwicklung von Sexualität zu gewinnen.

Methoden. Zur Identifikation der für das Review in Frage kommenden Publikationen wurde im September 2019 eine systematische Literaturrecherche in den elektronischen Datenbanken PubMed, ERIC, Cochrane und PubPsych durchgeführt. Anhand der folgenden Kriterien wurde

gesucht: Die Studienpopulation sollte nicht älter als 21 Jahre sein und sexualisierte Gewalterfahrungen gemacht haben. Die Studienergebnisse sollten sich zudem mit Facetten der Sexualität bzw. Entwicklung von Sexualität beschäftigen und die erfahrene sexualisierte Gewalt sollte als ursächlich für die Folgen beschrieben worden sein. Darauf folgte ein Screening der Titel und Abstracts und anschließend der relevanten Volltexte. Kodiert wurden Informationen über das Studiendesign (Stichprobe, Kontrollbedingung, Datenerhebung), die Art und Definition der sexualisierten Gewalt, sowie die Folgen der Gewalt.

Die ausgewählten Studien wurden hinsichtlich der Art der Folge (sexuelles Risikoverhalten, Teenagerschwangerschaft, jugendliche Sexualstraftäter:innen, sexuelle Verhaltensschwierigkeiten, sexuelle Überzeugungen und Einstellungen, sexueller Ausbeutung in der Prostitution, Geschlechtskrankheiten, körperliche Symptome) systematisiert.

Ergebnisse. Die elektronische systematische Literaturrecherche ergab zunächst 16.753 Treffer. Insgesamt 401 Studien wurden anhand des Volltextes auf Einschluss geprüft von denen letztendlich 127 Studien eingeschlossen wurden. Die Studien unterschieden sich stark bezüglich der Population und der Folgen der sexualisierten Gewalt. Um der Heterogenität der Studien entgegenzuwirken, wurden die Folgen von sexualisierter Gewalt acht Unterkategorien zugeordnet: Sexuelles Risikoverhalten, Teenagerschwangerschaft, jugendliche Sexualstraftäter:innen, sexuelle Verhaltensauffälligkeiten, sexuelle Überzeugungen und Einstellungen, sexuelle Ausbeutung in der Prostitution, Geschlechtskrankheiten und körperliche Symptome. Diese Unterkategorien wurden im Anschluss deskriptiv bezüglich ihrer Studienlage beschrieben.

Diskussion. Kinder und Jugendliche mit sexualisierten Gewalterfahrungen berichteten signifikant häufiger von sexuellem Risikoverhalten, Teenagerschwangerschaften, sexuellen Verhaltensauffälligkeiten, sexueller Ausbeutung in der Prostitution, veränderten sexuellen

Überzeugungen und Einstellungen und Verstößen gegen das Sexualstrafrecht. Festzuhalten ist, dass sich die Studienlage in diesem Bereich als sehr lückenhaft herausstellt. Insgesamt ist die Studienlage im Bereich der Forschung mit Kindern und Jugendlichen hinsichtlich der Auswirkungen von sexualisierten Gewalterfahrungen auf die Sexualitätsentwicklung äußerst rudimentär. Es besteht eine enorme Wichtigkeit, die Folgen bereits im Kindes- und Jugendalter zu identifizieren und verstehen, um wirksame Interventionen zu entwickeln und anzubieten. Da Sexualität ein facettenreiches Konstrukt darstellt und die Entwicklung der Sexualität sehr individuell verläuft, ist es wichtig, sich in einem nächsten Schritt die jeweiligen Unterkategorien dieses Überblicksartikels genauer anzuschauen.

3.2. Publikation 2: Sexual Risk Behaviour of Children and Adolescents with a History of Sexual Violence: A Meta-Analytic Review

Schulte, K., Szota K., & Christiansen, H. (2021). *Sexual Risk Behaviour of Children and Adolescents with a History of Sexual Violence: A Meta-Analytic Review* [Manuscript submitted for publication]. Department of Psychology, Philipps-Universität Marburg.
Manuskript zur Veröffentlichung eingereicht.

Theoretischer Hintergrund. Da die Kindheit und Jugend als sehr vulnerabel für abnorme Erfahrungen beschrieben wird, ist es von großer Bedeutung, sexualisierte Gewalt bei Kindern so früh wie möglich zu erkennen. Die Entwicklungsphase von Kindern und Jugendlichen ist geprägt von sozialen, verhaltensbezogenen, psychologischen, biologischen und sexuellen Veränderungen (DeBellis, Lefter, Trickett, & Putnam, 1994). Das Erleben von sexualisierter Gewalt in jungen Jahren kann den normalen Entwicklungsverlauf stören (DeBellis et al., 1994), die sexuelle Entwicklung behindern und zu sexuell unangemessenem und übertriebenem Verhalten führen (Finkelhor & Browne, 1986). Die Wichtigkeit der Erforschung sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen hat in den letzten Dekaden an Wichtigkeit gewonnen und zu einer beachtlichen Forschungstätigkeit in diesem Bereich geführt. Dennoch ist es schwierig, Ergebnisse der sexuellen Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen nach sexualisierten Gewalterfahrungen zu verallgemeinern. Zum einen werden die Daten überwiegend retrospektiv erhoben, zum anderen wurde die Sexualität von Kindern selten untersucht, obwohl gerade die Pubertät als sehr verletzbare Phase bekannt ist.

Methoden. Die elektronischen Datenbanken PubMed, ERIC, Cochrane und PubPsych wurden ohne Limitation der Publikationsjahre bis einschließlich September 2019 und in einer Aktualisierung bis einschließlich März 2021 durchsucht. Eingeschlossen wurden Studien, die

die folgenden Kriterien erfüllten: 1) Teilnehmende waren jünger als 21 Jahre, 2) waren in der Vergangenheit oder sind aktuell sexualisierter Gewalt ausgesetzt, 3) sexuelles Risikoverhalten wurde erfasst, 4) eine Vergleichsgruppe ohne Vorgeschichte von sexualisierter Gewalt wurde eingeschlossen, 5) sexualisierte Gewalt wurde als Ursache und nicht als Folge beschrieben.

Bei der Datenerhebung wurden deskriptive Merkmale (z. B. Stichprobengröße, Durchschnittsalter, Geschlecht), die Art der sexualisierten Gewalt und verschiedene sexuelle Risikofaktoren (Anzahl der Sexualpartner:innen, Kondomgebrauch, Alkohol- oder Drogengebrauch während des Geschlechtsverkehrs, Teenagerschwangerschaft, sexuelle Ausbeutung in der Prostitution) extrahiert. Die Analysen wurden mit der Software Meta-Mar v2.7.0 (<http://www.meta-mar.com/meta>) durchgeführt. Für die kontinuierlichen Variablen wurde eine standardisierte durchschnittliche Differenzeffektgröße berechnet, für die dichotomen Variablen wurden die Odds Ratios verwendet. Die Homogenität der Effektstärkenverteilung wurde anhand der Q-Statistik berechnet, die der Chi-Quadrat-Verteilung zugrunde liegt. Das Random-Effekte-Modell wurde aufgrund der statistischen Heterogenität der Studien ausgewählt.

Ergebnisse. Die elektronische Datenbanksuche lieferte insgesamt 16.753 Studien. Von diesen wurden 401 Artikel in einem Volltextscreening eingehend geprüft. Von diesen blieben 19 Studien übrig, welche die Einschlusskriterien erfüllten und die endgültige Stichprobe bildeten. In die Analysen mit einbezogen wurden zehn Studien zur Teenagerschwangerschaft, fünf Studien zur Anzahl der Sexualpartner:innen, vier Studien zur Kondomnutzung, vier Studien zu Alkohol- oder Drogengebrauch während des Geschlechtsverkehrs und drei Studien zur sexuellen Ausbeutung in der Prostitution. Die Analysen zeigten, dass Kinder und Jugendliche mit sexualisierten Gewalterfahrungen ein 3.2-fach (95% CI, 1.92-5.39) erhöhtes Risiko haben, selbst schwanger zu werden oder in eine Schwangerschaft involviert zu sein, als Kinder und Jugendliche ohne sexualisierte Gewalterfahrungen. Auch zeigte sich ein signifikant kleiner

Effekt für die Anzahl an Sexualpartner:innen. Die adjustierte gepoolte Effektstärke Hedge's g (Hedges & Olkin, 1985) betrug -0.34 (95% CI, $-0.63 - -0.05$), was darauf hinweist, dass Kinder und Jugendlichen mit sexualisierten Gewalterfahrungen eine signifikant höhere Anzahl an Sexualpartner:innen haben als die Vergleichsgruppe ohne sexualisierte Gewalterfahrungen. Ebenfalls zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede mit einem 8.1-fach (95% CI, 3.79-17.26) erhöhten Risiko in der Prostitution sexuell ausgebeutet zu werden. Für die Kondomnutzung und den Alkohol- und Drogengebrauch während des Geschlechtsverkehrs konnten keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden.

Diskussion. Der Zusammenhang zwischen sexualisierten Gewalterfahrungen und sexuellem Risikoverhalten im Kindes- und Jugendalter könnte dadurch erklärt werden, dass traumatische sexualisierte Gewalterfahrungen das kognitive und emotionale Weltbild von Kindern verzerren, indem sie das Selbstkonzept, die Weltsicht und die affektiven Fähigkeiten verändern. Durch die Belohnung negativer sexueller Muster während sexualisierter Gewalterfahrungen können dysfunktionale Skripte bezüglich des Sexualverhaltens entstehen. Dies kann zu einer größeren Anzahl an Sexualpartner:innen, riskantem Sexualverhalten oder zum Geschlechtsverkehr im Austausch gegen materielle Belohnungen führen (Senn, Carey & Coury-Doniger, 2012). In Bezug auf Schwangerschaften könnten unsichere Bindungsstile das Bedürfnis nach einem eigenen Kind verstärken, um beschädigte Beziehungen zu geliebten Menschen auszugleichen und gleichzeitig eine unzerbrechliche Bindung zu schaffen. Limitierend ist zu nennen, dass bei der Auslegung der zusammengefassten Effektstärken die Heterogenität der Studien beachtet werden sollte, um generalisierte Schlussfolgerungen ziehen zu können. Die vorliegende Meta-Analyse ist aufgrund der begrenzten Altersspanne eingeschränkt. Die relativ geringe Anzahl an Studien, die für die vorliegenden Analysen in Frage kamen, weist auf eine potentielle Schwäche der aktuellen Literatur zu sexualisierter Gewalt im Kindes- und Jugendalter hin und deutet auf einen dringenden Bedarf an weiteren empirischen Studien.

3.3. Publikation 3: Interventions involving caregivers for children and adolescents following traumatic events: A systematic review and meta-analysis

Szota, K., Schulte, K., Albrecht, B. & Christiansen, H. (2021). *Interventions involving caregivers for children and adolescents following traumatic events: A systematic review and meta-analysis* [Manuscript submitted for publication]. Department of Psychology, Philipps-Universität Marburg.

Manuskript zur Veröffentlichung eingereicht.

Theoretischer Hintergrund. Zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Kindes- und Jugendalter empfehlen die neuesten Behandlungsleitlinien (siehe NICE, 2018) Interventionen mit Einbezug der Bezugspersonen. In der aktuellen Literatur konnte bislang kein eindeutig positiver Zusammenhang zwischen der Effektivität der Interventionen und dem Einbezug von Bezugspersonen gefunden werden. Dies ist von entscheidender Bedeutung, da Interventionen, die den Einbezug von Bezugspersonen erfordern, bei Kindern jeglichen Alters mit jeglicher Art von psychischen Störungen, unterschiedlicher Schwere nach traumatischen Ereignissen, möglicherweise nicht wirksam sind. Daher sollten zuerst potentielle Wirksamkeitsdeterminanten erforscht werden, bevor ganze Interventionen mit Einbezug von Bezugspersonen untersucht werden.

Methoden. Die elektronischen Datenbanken PubMed, PsycINFO, ERIC, COCHRANE und PSYINDEX wurden auf Studien durchsucht, die 1) Kinder oder Jugendliche bis zum Alter von 21 Jahren einbeziehen, 2) die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Erfahrungen thematisieren und 3) psychologische Interventionen evaluieren. Neben den Effektstärken wurden unter anderem Publikationsjahr, Studienmethodik, Stichprobendemografie, Art des Traumas, Anzahl der Teilnehmenden, die eine Diagnose

erfüllen, Ergebnismaße für die Symptome des Kindes, Art der Bezugsperson und Ausmaß des Einbezugs extrahiert. Die Analysen wurden mit der R-Version 4.0.3 mit den Paketen „meta“ (Schwarzer et al., 2015), „metafor“ (Viechtbauer, 2010) und „dmetar“ (Harrer et al., 2019) durchgeführt.

Ergebnisse. Die Datenbankrecherche ergab 13.800 Treffer. 380 Studien wurden in das Volltextscreening aufgenommen, von denen 33 Studien mit 36 Stichproben final eingeschlossen wurden. Die gepoolte Effektstärke der von Kindern und Eltern berichteten PTBS-Symptome zur Post-Messung war signifikant; $g(\text{Kind}) = -0.34$; 95%-CI = -0.53 – -0.14; $t = -3.54$; $p = .002$; $g(\text{Eltern}) = -0.41$; 95%-CI = -0.71 – -0.11; $t = -2.89$; $p = .011$; zu Gunsten der Interventionen mit Einbezug einer Bezugsperson im Vergleich zur Kontrollbedingung. Ebenfalls signifikante Gruppenunterschiede konnten in Bezug auf die von Kindern berichtete depressive Symptomatik und Angstsymptomatik zur Post-Messung und die von Eltern berichteten internalisierten Symptome zur Post-Messung gefunden werden, ebenfalls zu Gunsten der Interventionen mit Einbezug der Bezugsperson.

Diskussion. Unsere Meta-Analyse deutet auf eine stärkere Symptomreduktion durch Interventionen mit Einbezug der Bezugspersonen im Vergleich zur Kontrollbedingung hin bezogen auf PTBS-Symptome, ängstliche- und depressive Symptome und internalisierende Symptome. Vor allem Mädchen scheinen von einer stärkeren Symptomreduktion zu profitieren, wenn sie Interventionen mit Einbezug der Bezugsperson erhalten. Dies deutet darauf hin, dass Interventionen mit Bezugspersoneneinschluss tatsächlich wirksam sind. Limitierend ist zu nennen, dass Informationen aus den von uns aufgenommenen Publikationen fehlten (z.B. Effektstärken, Standardabweichungen, Erhebungen, etc.) und nicht alle Analysen durchgeführt werden konnten. Zudem fokussierte der Suchbegriff PTBS als Traumafolgestörung, obwohl weitere psychische Störungen nach traumatischen Ereignissen auftreten können.

3.4. Publikation 4: Kompetenzerleben von Psychotherapeut:innen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen

Szota, K., Schulte, K., & Christiansen, H. (2021). Kompetenzerleben von Psychotherapeut_innen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 30(3), 192-201.

Theoretischer Hintergrund. Obwohl effektive psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung von Traumafolgestörungen existieren (Gutermann et al., 2016), persistieren die psychischen Störungen oftmals über lange Zeit und beeinträchtigen die psychosoziale Entwicklung nachhaltig (Meiser-Stedman, Smith, Yule, Glucksman & Dalgleish, 2017). Ein Grund hierfür ist die unzureichende psychotherapeutische Versorgungssituation. Auf Seiten von psychotherapeutischen Fachkräften werden Vorbehalte gegenüber einer Exploration von Gewalterfahrungen und Befürchtungen hinsichtlich der Umsetzung evidenzbasierter Behandlungen von Traumafolgestörungen genannt. Hinzu kommt, dass die Annahme einer erhöhten Belastung von Behandelnden in Form von sekundärem traumatischen Stress (STS) durch die Konfrontation mit Details der traumatischen Erlebnisse von PatientInnen weit verbreitet ist. Ein möglicher Risikofaktor für STS, der darüber hinaus auch Einfluss auf die Exploration von Gewalterfahrungen sowie die Durchführung traumakonfrontativer Behandlungen zeigen könnte, ist das traumaspezifische therapeutische Kompetenzerleben.

Methoden. An der Online-Studie nahmen 650 psychologische PsychotherapeutInnen, Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Ausbildung bzw. Weiterbildung oder mit Approbation teil, 323 Personen (49.7 %) schlossen diese ab. Die Datenerhebung erfolgte über das wissenschaftliche Umfrageportal SoSci Survey (www.soscisurvey.de) vom 26.09.2019 bis zum 23.01.2020.

Neben den demografischen Angaben wurden das Kompetenzerleben der Behandelnden, die Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen, die Traumakonfrontation in Behandlungen, der Einbezug von Bezugspersonen, die berufliche Belastung, sowie das Weiterbildungsinteresse erfasst. Die statistische Analyse erfolgte mit IBM SPSS Statistics, Version 26. Ein Strukturgleichungsmodell wurde spezifiziert, um die multivariaten Zusammenhänge zwischen den latenten Konstrukten Berufserfahrung (UV), Kompetenzerleben (Mediator) und konfrontatives Vorgehen, Einbezug von Bezugspersonen, Berufsbelastung und Interesse an Weiterbildungen (Outcomevariablen) zu analysieren.

Ergebnisse. Das Strukturgleichungsmodell weist eine akzeptable Modellanpassung auf: $\chi^2 = 1616.82$, $df = 613$, $\chi^2/df = 2.64$, RMSEA [90%-KI] = .071 [.067; .076], CFI = .85. Die Berufserfahrung steht in einem signifikanten Zusammenhang zu dem Kompetenzerleben ($\beta = 0.71$, $p < .001$), der beruflichen Belastung ($\beta = 0.40$, $p = .002$) und dem Interesse an Weiterbildungen ($\beta = -0.35$, $p = .003$), nicht jedoch zu dem konfrontativen Vorgehen ($\beta = -0.07$, $p = .544$) und dem Einbezug von Bezugspersonen ($\beta = 0.15$, $p = .131$). Das Kompetenzerleben steht in einem signifikanten Zusammenhang zu dem konfrontativen Vorgehen ($\beta = 0.70$, $p < .001$), dem Einbezug von Bezugspersonen ($\beta = 0.26$, $p = .006$) und der beruflichen Belastung ($\beta = -0.45$, $p < .001$), nicht jedoch dem Interesse an Weiterbildungen ($\beta = -0.01$, $p = .957$). Das Kompetenzerleben erweist sich als signifikanter Mediator des Effekts der Berufserfahrung auf das konfrontative Vorgehen ($z = 4.85$, $p < .001$) und auf den Einbezug von Bezugspersonen ($z = 2.36$, $p = .018$). Hinsichtlich der beruflichen Belastung zeigt sich eine partielle Mediation des Effekts ($z = -3.12$, $p = .002$); hinsichtlich des Weiterbildungsinteresses zeigt sich keine signifikante Mediation des Kompetenzerlebens ($z = -0.02$, $p = .984$).

Diskussion. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stützen die Annahme eines Einflusses des therapeutischen Kompetenzerlebens im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen auf das konfrontative Vorgehen, bestehend aus einer routinemäßigen Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen und dem Einsatz konfrontativer Therapiemethoden, sowie auf den Einbezug von Bezugspersonen und die berufliche Belastung durch STS. Psychotherapeutische Fachkräfte mit größerer Berufserfahrung berichten in der vorliegenden Studie von einer stärkeren Belastung durch sekundären traumatischen Stress. Das Kompetenzerleben zeigt eine partielle Mediation dieses Zusammenhangs. Dabei berichten Behandelnde mit größerem Kompetenzerleben von einer geringeren Belastung, sodass das Kompetenzerleben als Schutzfaktor betrachtet werden kann. Der Zusammenhang zwischen einer größeren Berufserfahrung und einem geringeren Interesse an Weiterbildungen zu Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und Traumafolgestörungen wird in der vorliegenden Studie nicht durch ein höheres Kompetenzerleben erklärt. Limitierend ist zu nennen, dass selbstgenerierte und zuvor nicht testtheoretisch untersuchte Skalen angewandt wurden. Das querschnittliche Studiendesign erlaubt zudem keine Überprüfung der angenommenen Wirkrichtungen. Zuletzt handelt es sich angesichts einer Überrepräsentation von Fachkräften in Ausbildung und mit Fachkunde Verhaltenstherapie um keine repräsentative Stichprobe. Dennoch sind die Ergebnisse von praktischer Relevanz für die Gestaltung von Weiterbildungen und Supervisionen.

4 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

In dieser Dissertation wurden das Verständnis sexueller Folgeerscheinungen nach sexualisierter Gewalt und darüber hinaus verschiedene Facetten der traumatherapeutischen Versorgung genauer untersucht. Dabei ist es gelungen, mithilfe von vier Publikationen neue Einblicke zu gewinnen, um Handlungsempfehlungen für präventive Maßnahmen, die psychotherapeutische Versorgung als auch die Weiterbildung und Unterstützung der Behandelnden aufzustellen.

4.1 Auswirkungen auf die Sexualität

Publikationen 1 und 2 berichteten einen Zusammenhang zwischen sexualisierter Gewalt und einer veränderten Sexualentwicklung bei Kinder und Jugendlichen. Auch Weaver (2009) berichtete in seinem Review anhand zwölf eingeschlossener Studien eine signifikante Korrelation zwischen sexualisierter Gewalt und mehreren Aspekten der weiblichen Sexualität, einschließlich sexueller und reproduktiver Gesundheit, sexueller Funktion und sexuellem Verhalten. Er untersuchte allerdings neben Kindern und Jugendlichen, auch Erwachsene in seiner Stichprobe. Das Zusammenfassen der Ergebnisse von Studien mit minderjährigen, aktuell von sexualisierter Gewalt betroffenen und erwachsenen, in der Kindheit oder Jugend Betroffenen stellt ein allgemeines Problem in der aktuellen Literatur dar. Durch heterogene Altersgruppen wird das Ergebnis verzerrt, wobei die Kinder und Jugendlichen mit sexualisierten Gewalterfahrungen in den jüngsten empirischen Studien mehr in den Fokus gerückt werden.

Ein weiteres allgemeines Defizit in der aktuellen Literatur zu sexualisierter Gewalt im Kindes- und Jugendalter stellt die Datenbetrachtung dar. Sexualisierte Gewalt im Kinder- und Jugendalter wird in den meisten Studien retrospektiv erfasst. Eine aktuelle Meta-Analyse von Baldwin und Kolleg:innen (2019) zeigt lediglich eine geringe Übereinstimmung zwischen

prospektiver und retrospektiver Erfassung von sexualisierter Gewalt im Kindes- und Jugendalter und schließt, dass diese nicht austauschbar eingesetzt werden können. Bei der retrospektiven Erfassung zeigt sich eine Anfälligkeit für Verzerrungen der Erinnerungen sowie eine Abhängigkeit von der aktuellen, subjektiven Wahrnehmung und Interpretation der Ereignisse (Danese, 2020). In Ergänzung zur aktuellen Literatur, zeigten sowohl das Review, als auch die Meta-Analyse eine prospektive statt retrospektive Datenbetrachtung.

Eine weitere Ergänzung bietet Publikation 1 bezüglich der Sexualität, da diese sich mit einer großen Bandbreite an Facetten der Sexualität befasst. Denn die verfügbare Literatur diskutiert häufig nicht die Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf die Entwicklung der Sexualität oder auf den Entwicklungsprozess, sondern befasst sich eher isoliert mit einzelnen Aspekten, wie zum Beispiel sexualisierten Verhaltensweisen, Hypersexualität, sexueller Fehlanpassung, gesteigerter sexueller Aktivität, und erotisiertem Verhalten. Es gibt derzeit nur wenige Längsschnittstudien, die die Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf den Entwicklungsprozess der Sexualität verfolgen und noch weniger, die eine prospektive Datenerfassung anwenden.

In einer der wenigen prospektiven Längsschnittstudie untersuchten Noll und Kolleg:innen (2003) über zehn Jahre lang die sexuellen Einstellungen und Aktivitäten von 77 weiblichen Kindern und Jugendlichen mit und 89 Kindern und Jugendlichen ohne sexualisierte Gewalterfahrungen. Ihre Ergebnisse zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen sexualisierter Gewalt und Veränderungen in der Entwicklung der Sexualität. Kinder und Jugendliche mit sexualisierten Gewalterfahrungen hatten deutlich häufiger Geschlechtsverkehr, waren jünger bei ihrem ersten einvernehmlichen Geschlechtsverkehr, zeigten mehr Teenagerschwangerschaften und benutzten deutlich weniger Verhütungsmittel im Vergleich zur Kontrollgruppe (Noll, Trickett & Putnam, 2003). Auch Simon und Feiring (2008) bieten in ihrer Publikation eine Längsschnittperspektive auf die geschlechtsspezifischen Auswirkungen von sexualisierter Gewalt im Kindesalter über den Zeitraum von 6 Jahren nach der Entdeckung

der sexualisierten Gewalt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass bei einigen Jugendlichen anfängliche Reaktionen auf sexualisierte Gewalt persistieren und die Entwicklung des Sexualverhaltens sowie des Auslebens sexueller Intimität beeinträchtigen können (Simon & Feiring, 2008).

Die Ergebnisse der aktuellen Literatur und der vorliegenden Dissertation unterstreichen die Annahme, dass sich sexualisierte Gewalt in jeglichen Bereichen auf die Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen auswirkt. Neuere Studien weisen dennoch darauf hin, dass nicht alle Kinder und Jugendlichen mit sexualisierten Gewalterfahrungen gleichermaßen betroffen sind und dass es viele Faktoren gibt, die zu einem erhöhten Risiko oder gar zur Resilienz führen (Simon & Feiring, 2008). In der aktuellen Literatur wurde der Einfluss von Mediatoren zwar bereits untersucht, dennoch gilt es die Vielzahl an möglichen Einflüssen weiterhin zu explorieren, um den Einfluss von sexualisierter Gewalt auf die Entwicklung von Sexualität besser zu verstehen. In der Literatur wurden unter anderem sexuelle Angst (Simon & Feiring, 2008), die Beziehung zum/r Täter:in (biologischer Vater; Noll et al., 2003), Dissoziation (Sutherland, 2011), Affektregulation (Layh, Rudolph & Littleton, 2020), Copingstrategien (Wekerle, Goldstein, Tanaka, & Tonmyr, 2017) oder Erotizismus (Simon & Feiring, 2008) als eindeutige Indikatoren für Störungen der Sexualität nach sexualisierter Gewalt beschrieben.

4.2 Einbezug der Bezugspersonen

Nicht nur die sexuelle Sprachfähigkeit, wie oben beschrieben, bedarf der Unterstützung durch Bezugspersonen, sondern auch psychotherapeutische Interventionen. Publikation 3 zeigte hinsichtlich des Einbezugs der Bezugspersonen in die Behandlung von Traumafolgestörungen nach Gewalterfahrungen bei Kindern und Jugendliche partielle Effekte und zeigt vor allem für die Behandlung von PTBS bei Kindern und Jugendlichen nach Gewalterfahrungen eine Wirksamkeit.

Für die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT, Cohen, Mannarino und Deblinger, 2009) besteht eine breite wissenschaftliche Evidenz, die belegt, dass die intensivierete Arbeit mit den Bezugspersonen deutliche positive Effekte auf die behandelnden Patient:innen hat (Tewes, 2020). Beachtenswert ist, dass vermutlich aufgrund des Einbezugs des Umfeldes, sich die Behandlungsergebnisse auch nach Ablauf der Behandlung noch weiter verbesserten (Tutus, Pfeiffer, Rosner et al., 2017). So schreibt Bräutigam (2006), dass insbesondere in der ersten Phase der Stabilisierung, in der Patient:innen dabei unterstützt werden sollen, Ressourcen und Stärken zu entdecken, um ihren Alltag besser zu bewältigen und sich auf die Auseinandersetzung mit dem traumatischen Ereignis vorzubereiten, der Einbezug des Systems viele Möglichkeiten für unterstützende Interventionen bietet. Ebenfalls einen positiven Effekt hatte der Einbezug der Bezugspersonen in die Traumatherapie auf die Dropout-Rate. Demnach führen Kinder und Jugendliche mit Einbezug der Bezugspersonen deutlich häufiger die therapeutische Behandlung erfolgreich zu Ende (Chowdhury & Pancha, 2011).

Zusammenfassend wird deutlich, dass der Einbezug der Bezugspersonen in die Traumatherapie wirksam ist, allerdings unter Berücksichtigung einiger Wirkfaktoren. Dass die Unterstützung durch Bezugspersonen in der Traumabehandlung prädiktiv für besser Behandlungsergebnisse ist, kann zum Beispiel durch eine geringe Belastung der Bezugspersonen aufgrund der Behandlung (Cohen & Mannarino, 1996, Laor, Wolmer & Cohen, 2001) erklärt werden. Ebenfalls kann die traumaspezifische Behandlung auch die Depressionssymptome, emotionalen Reaktionen und Erziehungspraktiken der Eltern verbessern (Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004), was sich wiederum positiv auf die Symptomverbesserung der Kinder und Jugendlichen auswirkt. Ein weiterer Aspekt, der die Wirksamkeit beeinflussen könnte, ist die Zuständigkeit und Verantwortlichkeit der Bezugspersonen für ihre Kinder. Durch den Einbezug der Bezugspersonen werden die Bezugspersonen in Ihrer Zuständigkeit und Verantwortung belassen. Als Voraussetzung für eine effektive Therapie mit deutlicher Symptomverbesserung wird eine Trennung der

Verantwortungsbereiche angesehen: Die Bezugspersonen tragen die Verantwortung für das Kind, die Therapeut:innen sind verantwortlich für das therapeutische Angebot und die Umsetzung der Behandlung (Schweitzer, Rotthaus, Altmiks et al., 2007).

In Ergänzung zur vorhandenen Literatur identifizierte Publikation 3 Geschlechterunterschiede in der Effektivität des Einbezugs der Bezugspersonen, die darauf hindeuten, dass Mädchen möglicherweise mehr vom Einbezug der Bezugsperson in die Traumabehandlung profitieren. Und auch der Schweregrad der PTBS könne einen weiteren möglichen Wirkfaktor darstellen: Sowohl in Publikation 3, als auch in der Meta-Analyse von Gillies et al. (2016) zeigte sich eine größere Symptomreduktion bei Kindern mit diagnostizierter PTBS im Vergleich zu traumatisierten Kindern ohne eine PTBS. Für die Praxis leitet sich demnach die Empfehlung ab, Bezugspersonen allgemein mit in die Behandlung mit einzubeziehen, explizit aber bei Mädchen und Kindern und Jugendlichen mit einer ausgeprägten Symptomatik. Der Einbezug sollte des Weiteren so gestaltet werden, dass Bezugspersonen entlastet werden, dass an emotionalen Reaktionen und Erziehungspraktiken gearbeitet wird und die Verantwortung bei den Bezugspersonen belassen wird.

4.3 Subjektives Kompetenzerleben der Behandelnden

In Publikation 4 konnte gezeigt werden, dass das subjektive therapeutische Kompetenzerleben einen bedeutsamen Einfluss auf die Qualität der Traumabehandlung hat. Publikation 4 bestätigte, dass das therapeutische Kompetenzerleben sich im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen auf das konfrontative Vorgehen, bestehend aus einer routinemäßigen Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen und dem Einsatz konfrontativer Therapiemethoden, sowie auf den Einbezug von Bezugspersonen und die berufliche Belastung durch sekundären traumatischen Stress auswirkt. Hinsichtlich der Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlichen bedeutet dies, dass ein zunehmender Fokus auf das therapeutische

Kompetenzerleben gelegt werden sollte, um die Qualität der Behandlung zu verbessern und die Behandelnden beruflich zu entlasten.

Haun et al. (2012) zeigten in ihrer Studie, dass nach einem einjährigen Grundkurs in Akutpsychiatrien auch noch nach sieben Jahren, die wahrgenommene Erhöhung der beruflichen Kompetenz zu einem verstärkten Wirksamkeitserleben im Patient:innenkontakt und zu deutlich höherer Freude an der Arbeit führte - einem Schutzfaktor für die Entwicklung eines Burn-Outs oder STS. Allgemein steht das Kompetenzerleben in enger Verbindung mit der eigenen Selbstwirksamkeit. Ist das Kompetenzerleben niedrig, ist oftmals auch der Selbstwert und die Handlungsfähigkeit beeinträchtigt und das Individuum erlebt sich nicht mehr als selbstwirksam.

Das Konzept der Selbstwirksamkeit geht auf Untersuchungen von Bandura (1977) zurück und entspricht der Erwartung, dass man selbst über ausreichende Kompetenzen verfügt, um in bestimmten Situationen erfolgreich handeln zu können bzw. zum Handeln in der Lage ist (Litzenberger, 2017). Es besteht demnach eine zirkuläre Wirkung zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Handlungsfolgen (Litzenberger, 2017), welche sich ebenfalls auf den traumatherapeutischen Kontext übertragen lässt. Vertrauen in die eigene therapeutische Kompetenz wird verstanden als die Sicherheit, dass ein professioneller Zugang oder Stil günstige Behandlungsergebnisse zeigt (Willutzki & Botermans, 1997). Demnach könnte ein höheres Selbstwirksamkeitserleben dazu beitragen, schwierigere Patient:innen aufzunehmen, schneller konfrontativ zu behandeln, sowie deren Bezugspersonen mit einzubeziehen.

Für die Praxis bedeutet dies, dass ein Augenmerk auf die Erhöhung des therapeutischen Kompetenzerlebens und der Selbstwirksamkeit gelegt werden sollte, um die Behandlungsergebnisse der traumaspezifischen Therapie zu verbessern. Auch in entwicklungsorientierten Modellen der Supervision von Therapeut:innen in Psychotherapieausbildung werden immer wieder Vertrauen in die eigene therapeutische Kompetenz und die Selbstwirksamkeitserwartung als wichtige Zwischenziele genannt

(Worthington, 1987). Demnach sollte auch nach dem Erlangen der Approbation durch Intervention, Fort- und Weiterbildungen oder auch durch Hospitationen bei Kolleg:innen das therapeutische Kompetenzerleben und die Selbstwirksamkeit weiterhin erhöht werden, denn die Kompetenzentwicklung ist ein „konstruktiver, kein instruktiver Prozess, der (leider?) nicht nach Art eines Nürnberg Trichters funktioniert“ (Willutzki & Botermans, 1997, S. 288). Um die Kompetenzentwicklung zu fördern, sollten perspektivisch weitere Wirkfaktoren identifiziert werden, um effektiver die therapeutische Selbstwirksamkeit zu erhöhen und die therapeutische Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher grundlegend zu verbessern.

4.4 Limitationen der vorliegenden Arbeit

Bei der Interpretation der zuvor beschriebenen Studienergebnisse sind einige Limitationen zu berücksichtigen. Zunächst sollte der querschnittliche Charakter der in die Reviews eingeschlossenen Studien beachtet werden. Dies ist vor allem in Studie 3 problematisch, da es Hinweise darauf gibt, dass es bei Mediationsanalysen mit querschnittlichen Daten zu Verzerrungen der Ergebnisse kommen kann (Maxwell & Cole, 2007). Zudem ist die kausale Schlussforderung eingeschränkt. Da bei sexualisierter Gewalt in vielen Fällen von weiter zurückliegenden Erfahrungen berichtet wurde, kann auf eine zeitliche Vorgeordnetheit der sexualisierten Gewalt vor die Outcome-Variablen geschlossen werden. Dies ist jedoch meistens nicht der Fall. So wird in Studie 4 theoretisch angenommen, dass zum Beispiel ein erhöhtes therapeutisches Kompetenzerleben zu mehr konfrontativem Vorgehen beiträgt. Dennoch ist die umgekehrte Richtung, dass das konfrontative Vorgehen zu einem erhöhten Kompetenzerleben führt auch theoretisch begründbar und kann mit dem vorliegenden Studiendesign nicht ausgeschlossen werden. Daher sollten die Studienergebnisse perspektivisch in Studien mit längsschnittlichem Design wiederholt werden.

Darüber hinaus fokussierte der Suchbegriff in Studie 3 auf PTBS als Traumafolgestörung, obwohl weitere psychische Störungen nach traumatischen Ereignissen

auftreten können. Da die PTBS die nach traumatischen Ereignissen am häufigsten auftretende Störung ist, wurde diese mit in den Suchbegriff aufgenommen. Mögliche andere Traumafolgestörungen, wie zum Beispiel Angst- oder Zwangsstörungen wurden nicht explizit aufgeführt, da diese weniger häufig vorkommen und im Vergleich zur PTBS nicht ausschließlich nach dem Erleben von Traumata auftreten. Hier sollte eine Überprüfung der Studienauswahl anhand einer erweiterten Suchbegriffes, der alle Traumafolgestörungen explizit nennt, stattfinden. Möglicherweise lassen sich noch weitere Studien finden und das Review erweitern.

Studie 4 liefert wichtige und umfangreiche Ergebnisse auf Seiten der Behandelnden. Derartige Studien gibt es bislang in überschaubarer Anzahl und das, obwohl die Einflüsse der Behandelnden in die Therapie von großer Bedeutung für die Auswahl des Therapieverfahrens, die Gestaltung und die Durchführung sind. So konnte gezeigt werden, dass das therapeutische Kompetenzerleben ein wichtiger Faktor für die Qualität der Therapiegestaltung ist und sich als Schutzfaktor gegen sekundären traumatischen Stress erweist. Allerdings handelt es sich in dieser Studie um eine Überrepräsentation von Fachkräften in Ausbildung und mit Fachkunde Verhaltenstherapie, welche bei der Generalisierung der Ergebnisse berücksichtigt werden sollte. Bei einer Replikation der Ergebnisse sollte darauf geachtet werden, dass Fachkräfte aus allen Fachkunden gleichermaßen rekrutiert werden. Darüber hinaus sollten Gruppenvergleiche zwischen den jeweiligen Fachkunden durchgeführt werden, um ausschließen zu können, dass das therapeutische Kompetenzerleben abhängig von verschiedenen Aspekten der Fachkunde ist, wie zum Beispiel der therapeutischen Haltung oder der Beziehungsgestaltung.

Des Weiteren sind Publikationen 1 und 2 durch die Art, wie in den eingeschlossenen Studien nach sexualisierter Gewalt gefragt wurde limitiert, denn diese hat einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse. Wird zum Beispiel nur die Frage gestellt „Hast du jemals sexualisierte Gewalt erlebt?“ ist das erhobene Ausmaß geringer als wenn eine Liste an Ereignissen abgefragt wird (Bange, 2015). Ebenfalls wurde bislang nicht hinreichend erforscht,

ob die Fragen nach sexualisierter Gewalt von männlichen und weiblichen Befragten gleichermaßen verstanden und beantwortet werden. Die Annahme von geschlechtsneutralen Forschungsmethoden ist auch hier längst überholt (Bange, 2015). Demnach sollten zukünftige Studien sexualisierte Gewalt durch Fragen zu einzelnen Vorkommnissen erfassen und Reviews die Art der Erfragung und Erfassung von sexualisierter Gewalt als Moderator berücksichtigen.

4.5 Praktische Implikationen

Aus den Ergebnissen der Studien dieser Dissertation ergibt sich, dass es im Bereich der Folgen sexualisierter Gewalt, die bereits im Kindes- und Jugendalter und nicht retrospektiv im Erwachsenenalter erfasst werden, einen dringenden Forschungsbedarf ergibt. Vor allem bei jüngeren Kindern, die ebenfalls häufig von Gewalterfahrungen jeglicher Art betroffen sind, findet die Erfassung von Folgeerscheinung nur defizitär statt.

Des Weiteren verdeutlichten Ergebnisse die Wichtigkeit, die Folgen von Gewalt an Kindern und Jugendlichen zu untersuchen. Ohne das Wissen, inwiefern und in welcher Art und Weise sich Gewalterfahrungen in Folgeerscheinungen äußern, können wir derartige traumatische Erfahrungen und deren Folgen schlechter identifizieren und oft erst zu spät intervenieren. In Bezug auf die Herausforderung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit sexualisierten Gewalterfahrungen, konnten in der vorliegenden Dissertation wertvolle Einblicke gewonnen werden: Publikation 1 und 2 machen noch einmal deutlich, dass sexualisierte Gewalt viele Bereiche der Sexualität betreffen und beeinträchtigen kann. Ein erweitertes Verständnis dafür, wie sich sexualisierte Gewalt auf sexuelle Probleme auswirken kann, erhöht die Wahrscheinlichkeit, die wahren Ursachen der sexuellen Beschwerden effektiv anzugehen (Hall, 2008). Demnach ist es wichtig, die Entwicklung der Sexualität bei Kindern und Jugendlichen zu explorieren, adressieren und eine offene Kommunikation zu schaffen.

Hall (2008, S. 547) berichtet, dass Betroffene von sexualisierter Gewalt sich häufig als „damaged good“ fühlen, vor allem bezüglich ihrer Sexualität. Bei Jugendlichen kommt

erschwerend hinzu, dass sie bei ersten sexuellen Kontakten oft große Unsicherheiten haben, was in der Sexualität von ihnen erwartet wird und was sie erwarten dürfen (Kavemann, 2016). Diese Unsicherheiten können durch die Förderung, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen, reduziert werden. Um ein adäquates Verständnis von Sexualität, den Grenzen eigener und anderer Wünsche und Risiken zu entwickeln, benötigen von sexualisierter Gewalt betroffene Kinder und Jugendlichen neben der Information über Sexualität vor allem Räume und Anleitung über Reflexion und Kommunikation (Kavemann, 2016). Sie brauchen Begleitpersonen, die zur Kommunikation über Sexualität befähigt sind (Kavemann, 2016). Die sexuelle Sprachfähigkeit der Jugendlichen sollte als präventiver Faktor durch Eltern, Bezugspersonen und Behandelnde gestärkt werden, um das Risiko der Reviktimisierung und der Entwicklung von sexuellen Folgestörungen zu verringern (Krahé, Bieneck & Scheinberger-Olwig, 2004). Kinder und Jugendliche, sowie Erwachsene, die von sexualisierter Gewalt betroffen sind, brauchen eine Enttabuisierung von Sexualität, die einerseits informiert, andererseits schützt. Dazu brauche es unter anderem auch einen gesellschaftlichen Diskurs, der der Stigmatisierung von Gewaltopfern entgegenwirkt (Kavemann, 2016, Kavemann, Graf-van Kesteren, Rothkegel & Nagel, 2016).

Eine weitere Implikation, die sich aus dieser Arbeit ergibt, ist die Notwendigkeit der systematischen Identifizierung traumatischer Gewalterfahrungen. Die Ergebnisse der Studien dieser Dissertation zeigen einerseits, dass die Folgen gravierend sind, andererseits, dass die Identifizierung durch psychotherapeutisches Fachpersonal defizitär verläuft. Mit dem Wissen des Fachpersonals über die hohen Prävalenzen von Gewalterfahrungen jeglicher Art im Kindes- und Jugendalter sollte bei allen Kindern und Jugendlichen standardmäßig eine Exploration stattfinden. Eine Möglichkeit dies zu tun, könnte die standardisierte Exploration in einem jeden Erstgespräch, sowohl im therapeutischen Setting, als auch im Bereich der Jugendhilfe darstellen.

Um auf Seiten der Behandelnden eine routinemäßige Exploration von Gewalterfahrungen, als auch den empfohlenen Einbezug der Bezugspersonen und ein konfrontatives Vorgehen zu unterstützen, sollten Weiterbildungen und Supervisionen auf die Erhöhung des Kompetenzerlebens und des gezielten Abbaus von Befürchtungen vor einem konfrontativen Vorgehen zielen. Der Umgang und Einbezug sollte explizit adressiert werden, um die Bereitschaft Bezugspersonen mit in die Traumatherapie einzubeziehen zu erhöhen. Nach den Erkenntnissen der Studien dieser Dissertation könnte die Erhöhung des Kompetenzerlebens von psychotherapeutischen Fachkräften im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen einen positiven Einfluss auf die Versorgungssituation haben.

4.6 Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die vorliegende Dissertation zum einen die Relevanz der Verarbeitung traumatischer Gewalterfahrungen unterstreicht und zum anderen eine Lücke zwischen Theorie und Praxis beleuchtet, die es dringend zu schließen gilt. Viele Behandelnde, die in der Routineversorgung tätig sind, zeigen sich gegenüber evidenzbasierten Behandlungen kritisch (Lilienfeld, Ritschel, Lynn et al., 2013). Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen ist diese Lücke besonders groß, denn gerade in diesem Bereich gibt es für jeden Altersbereich bereits sehr gut empirisch evaluierte Behandlungsformen, welche dennoch von den Behandelnden nicht angewandt werden (Steil, Fischer & Rosner, 2021). Die aktuelle Literatur weist auf eine mangelnde Verbreitung traumafokussierter Psychotherapie für Kinder und Jugendliche hin (Ganser, Münzer, Plener et al., 2016; Hipol & Deacon, 2013).

Cohen und Mannarino (2008) konnten diese Lücke verkleinern, indem sie die Tf-KVT durch eine Vielzahl von Strategien verbreitet und umgesetzt haben, darunter Fernunterricht,

Internet-Schulungen, Live-Schulungen, laufende Telefonberatungen, ein kollaboratives Lernmodell und gemischte Modelle.

Ebenfalls zielt die Implementierungsstudie von Rosner et al. (2020) darauf ab, die Verbreitung der Tf-KVT für Kinder und Jugendliche mit posttraumatischen Belastungssymptomen nach Gewalterfahrungen und Vernachlässigung mit Fokus auf unterschiedliche Supervisionsformen zu evaluieren. Ziel ist die Implementierung der Tf-KVT bei Kindern und Jugendlichen mit posttraumatischen Belastungssymptomen, die von Therapeut:innen mit unterschiedlicher Berufserfahrung durchgeführt wird.

Die vorliegende Arbeit unterstützt das Schließen der Lücke zwischen dem Wissen aus der Forschung und der Umsetzung in der Praxis, indem sie mögliche Einflussfaktoren untersucht und praktische Implikationen in der Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher mit Gewalterfahrungen aufstellt. Insbesondere die Relevanz des subjektiven traumatherapeutischen Kompetenzerlebens in Anbetracht der Qualität und Durchführung von evidenzbasierten traumafokussierten Behandlungen wird durch diese Dissertation deutlich.

5 Literatur

- Arriola, K. R., Loudon, T., Doldren, M. A. & Fortenberry, R. M. (2005). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse & Neglect, 29*, 725-746.
- Ascienzo, S., Sprang, G. & Eslinger, J. (2020). Disseminating TF-CBT: A mixed methods investigation of clinician perspectives and the impact of training format and formalized problem-solving approaches on implementation outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 26*, 1657–1668. <https://doi.org/10.1111/jep.13351>
- Bagley, C. & Mallick, K. (2000). Prediction of sexual, emotional, and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal cohort of 290 adolescent women. *Child Maltreatment, 5*, 218-226.
- Baldwin, J. R., Reuben, A., Newbury, J. B., & Danese, A. (2019). Agreement between prospective and retrospective measures of childhood maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 76*(6), 584–593. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review, 84*(2), 191.
- Beck, F. (UBSKM) (2017). Fakten und Zahlen zu sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen. *Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs*, zuletzt geprüft am 16.08.2021.
- Bertsch, B. (2016). Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes. Wissenschaftliche Grundlagen Ergebnisbericht zu Erhebungen im Gesundheitswesen. Verfügbar unter: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2016/BKiSchG_Gesundheitswesen.pdf
- Bräutigam, B. (2006). Gibt es eine systemische Traumatherapie?. *PiD-Psychotherapie im Dialog, 7*(04), 364-368.
- Brown, L. K., Lourie, K. J., Zlotnick, C., & Cohn, J. (2000). Impact of sexual abuse on the HIV-risk-related behavior of adolescents in intensive psychiatric treatment. *American Journal of Psychiatry, 157*(9), 1413-1415.

- Browning, C. & Laumann, E. (1997). Sexual Contact between Children and Adults. A Life Course Perspective. *American Sociological Review*, 62, 540.
- Bundeskriminalamt (2020). Polizeiliche Kriminalstatistik 2008, Bundesrepublik Deutschland. Bundeskriminalamt, Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (2021). *Tatverdächtige. Polizeiliche Kriminalstatistik*. Bundesrepublik Deutschland. Jahrbuch 2020.
- Cardozo, B. L., Vergara, A., Agani, F., & Gotway, C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *Jama*, 284(5), 569-577.
- Chowdhury, U., & Pancha, A. (2011). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Community Practitioner*, 84(12), 33-36.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 2, pp. 32–71). New York: Wiley.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: Six-and 12-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 44-51.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child abuse & neglect*, 24(7), 983-994.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1402–1410.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E., & Goldbeck, L. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse–related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.

- Danese, A. (2020). Annual Research Review: Rethinking childhood trauma-new research directions for measurement, study design and analytical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 61(3), 236–250. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13160>
- DeBellis, M. D., Lefter, L., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (1994). Urinary catecholamine excretion in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 320–327.
- Deković, M., Buist, K. L., & Reitz, E. (2004). Stability and changes in problem behavior during adolescence: Latent growth analysis. *Journal of youth and adolescence*, 33(1), 1-12.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Dölitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 23(3), 140-150.
- Equit, M., Maurer, S., Michael, T. & Köllner, V. (2018). Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie*, 28, 7–14.
- Fanti, K. A., Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., & Kuperminc, G. P. (2008). Toward a transactional model of parent-adolescent relationship quality and adolescent psychological adjustment. *The Journal of Early Adolescence*, 28(2), 252-276.
- Fegert, J., & Freyberger, H. J. (2019). Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Traumafolgestörungen in der Adoleszenz. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, 87(11), 638-641.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1365-1374.

- Finkelhor, D., & Browne, A. (1986). *Initial and longterm effects: A conceptual framework*. In D. Finkelhor, S. Araji, L. Baron, A. Browne, S. P. Doyle, & G. E. Wyatt (Eds.), *A sourcebook on child sexual abuse*. Newsbury Park, CA: Sage.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child abuse & neglect, 31*(1), 7-26.
- Fiscella, K., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Sidora, K. J. & Olds, D. (1998). Does child abuse predict adolescent pregnancy? *Pediatrics, 101*, 620-624.
- Ganser, H. G., Münzer, A., Plener, P. L., Witt, A., & Goldbeck, L. (2016). Kinder und Jugendliche mit Misshandlungserfahrungen: bekommen sie die Versorgung, die sie brauchen? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 59*(6), 803-810.
- Gossmann, K., Eilers, R., Rosner, R., & Barke, A. (2021). *How do licensed psychotherapists in Germany feel about treating patients with posttraumatic stress symptoms? – An experimental study based on case vignettes*. Manuscript submitted for publication. Department of Psychology, Catholic University Eichstaett-Ingolstadt.
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J. & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 19*, 77–93.
- Hall, K. (2008). Childhood sexual abuse and adult sexual problems: A new view of assessment and treatment. *Feminism & Psychology, 18*(4), 546-556.
- Harrer, M., Cuijpers, P., Furukawa, T. A., & Ebert, D. (2019). Doing Meta-Analysis in R. *Advance online publication*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.2551803>.
- Haun, M. W., Kordy, H., Ochs, M., Schweitzer, J., & Zwack, J. (2012). Systemisch-familientherapeutisches Arbeiten in der Akutpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis, 39*(08), 400-406.
- Hedges, L.V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.

- Hinzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U. et al. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 23(4), 229–238.
- Hipol, L. J. & Deacon, B. J. (2013). Dissemination of evidence-based practices for anxiety disorders in Wyoming: A survey of practicing psychotherapists. *Behavior Modification*, 37, 170– 188. <https://doi.org/10.1177/0145445512458794>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.
- Jackson, J. L., Calhoun, K. S., Amick, A. E., Maddever, H. M., & Habif, V. L. (1990). Young adult women who report childhood intrafamilial sexual abuse: Subsequent adjustment. *Archives of sexual behavior*, 19(3), 211-221.
- Kavemann, B. (2016). Sexualpädagogik oder Gewaltprävention?–Sexualität vor dem Hintergrund sexueller Gewalterlebnisse. In *Forum Gemeindepsychologie* (Vol. 21, No. 1, pp. 1-11).
- Kavemann, B., Graf-van Kesteren, A., Rothkegel, S., & Nagel, B. (2016). *Erinnern, Schweigen und Sprechen nach sexueller Gewalt in der Kindheit: Ergebnisse einer Interviewstudie mit Frauen und Männern, die als Kind sexuelle Gewalt erlebt haben*. Springer-Verlag.
- Kavemann, B. & Lohstöter, I. (1985). Plädoyer für das Recht von Mädchen auf sexuelle Selbstbestimmung. *Sexualität - Unterdrückung statt Entfaltung*, 9-94.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Krahé, B., Bieneck, S., & Scheinberger-Olwig, R. (2004). Sexuelle Skripts im Jugendalter. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 35(4), 241-260.
- Krug, E. (2015). Injury: a leading cause of the global burden of disease. Geneva: World Health Organization, 1999. *HSC/P VI/99.11*.

- Layh, M., Rudolph, K., & Littleton, H. (2020). Sexual risk behavior and sexual satisfaction among rape victims: Examination of sexual motives as a mediator. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 73-86.
- Laor, N., Wolmer, L., & Cohen, D. J. (2001). Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1020-1026.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L. & Lutzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883–900. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>
- Litzenberger, M. (2017): Selbstwirksamkeit – ein Schlüsselfaktor in der Psychotherapie. *Systeme*, 31(2): 184-206.
- MacMillan, H. L. (2000). Child maltreatment: What we know in the year 2000. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(8), 702-709.
- Maercker, A., & Hecker, T. (2016). Trauma-und Gewaltfolgen–psychische Auswirkungen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(1), 28-34.
- Maxwell, S. E., & Cole, D. A. (2007). Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation. *Psychological Methods*, 12(1), 23–44. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.12.1.23>
- McClellan, J., McCurry, C., Ronnei, M., Adams, J., Eisner, A. & Storck, M. (1996). Age of onset of sexual abuse: Relationship to sexually inappropriate behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1375-1383.
- McCloskey, L. A., & Walker, M. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 108-115.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Yule, W., Glucksman, E. & Dalgleish, T. (2017). Posttraumatic stress disorder in young children 3 years posttrauma. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78, 334–339
- Moggi, F. (2005). Folgen von Kindesmisshandlung: Ein Überblick. *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch*, 94.

- Murray, K. W., Bair-Merritt, M. H., Roche, K., & Cheng, T. L. (2012). The impact of intimate partner violence on mothers' parenting practices for urban, low-income adolescents. *Journal of Family Violence, 27*(6), 573-583.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Clinical Guideline 26. Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. National Institute for Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-traumatic stress disorder (NICE guideline No. 116). *NICE*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., et al. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry 4*(34). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-34>.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(3), 575–586. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.3.575>
- Pausch, M. J., & Matten, S. J. (2018). Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)–Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte. In *Trauma und Traumafolgestörung* (pp. 3-12). Springer, Wiesbaden.
- Rassenhofer, M., Zimmer, A., Spröber, N., & Fegert, J. M. (2015). Child sexual abuse in the Roman Catholic Church in Germany: Comparison of victim-impact data collected through church-sponsored and government-sponsored programs. *Child Abuse & Neglect, 40*, 60-67.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*(5), 748.
- Rörig, J.W. (2021, 25. August). Definition von sexuellem Missbrauch. <https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/was-ist-sexueller-missbrauch/definition-von-sexuellem-missbrauch#top>
- Rosner, R., Barke, A., Albrecht, B., Christiansen, H., Ebert, D. D., Lechner-Meichsner, F., ... & Steil, R. (2020). BEST FOR CAN–bringing empirically supported treatments to

- children and adolescents after child abuse and neglect: study protocol. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1837531.
- Rosner, R., Gutermann, J., Landolt, M.A., Plener, P., Steil, R. (2019) Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen. In: Schäfer I. et al. (eds) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59783-5_3
- Sachser, C., & Goldbeck, L. (2017). Angst, Depression und Trauma–transdiagnostische Effekte der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT). *Kindheit und Entwicklung*, 26(2), 93-99.
- Schauer, M., Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Hogrefe Publishing.
- Schauer, M. Neuner, F., & Elbert, T. (2017). Narrative exposure therapy for children and adolescents (KIDNET). In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents (pp. 227– 249). Springer International. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_11
- Schwarzer, G., Carpenter, J. R., & Rücker, G. (2015). *Meta-Analysis with R. Use R!* Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-21416-0>
- Schweitzer, J., Rotthaus, W., Altmiks, M., Kröger, F., Wachter, M., Kirschnick-Tänzer, S., & Oestereich, C. (2007). Stationäre systemische Therapie. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 8(01), 29-35.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Coury-Doniger, P. (2012). Mediators of the relation between childhood sexual abuse and women’s sexual risk behavior: A comparison of two theoretical frameworks. *Archives of Sexual Behavior*, 41(6), 1363-1377.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 20, 211–217.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

- Simon, V. A., & Feiring, C. (2008). Sexual anxiety and eroticism predict the development of sexual problems in youth with a history of sexual abuse. *Child Maltreatment, 13*(2), 167-181.
- Sutherland M. A. (2011). Examining mediators of child sexual abuse and sexually transmitted infections. *Nursing research, 60*(2), 139–147.
<https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318209795e>
- Steil, R., Fischer, A., & Rosner, R. (2021). Internationale und deutsche Leitlinien zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick über aktuelle Empfehlungen. *Kindheit und Entwicklung, 30*(3), 154-163,
<https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000343>
- Storer, H. L., Barkan, S. E., Stenhouse, L. L., Eichenlaub, C., Mallillin, A., & Haggerty, K. P. (2014). In search of connection: The foster youth and caregiver relationship. *Children and youth services review, 42*, 110-117.
- Tewes, A. (2020). Der Einbezug von Bezugspersonen in die traumatherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen am Beispiel der Tf-KVT. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*.
- Tutus, D., Goldbeck, L., Pfeiffer, E., Sachser, C., & Plener, P. L. (2019). Parental dysfunctional posttraumatic cognitions in trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 11*(7), 722.
- Tutus, D., Pfeiffer, E., Rosner, R., Sachser, C., & Goldbeck, L. (2017). Sustainability of Treatment Effects of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents. *Psychotherapy and psychosomatics, 86*(6), 379-381.
- Unicef. (2015). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. eSocialSciences.
- van Minnen, A., Hendriks, L. & Olf, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 312–320.

- Viechtbauer, W. (2010). Conducting Meta-Analyses in R with the metafor Package. *Journal of Statistical Software*, 36(3). <https://doi.org/10.18637/jss.v036.i03>
- Vyssoki, D., & Schürmann-Emanuely, A. (2008). Sexualisierte Gewalt und ihre psychischen Folgen. *Psychiatria Danubina*, 20(4), 546-550.
- Weaver T. L. (2009). Impact of rape on female sexuality: review of selected literature. *Clinical obstetrics and gynecology*, 52(4), 702–711. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181bf4bfb>
- Weltgesundheitsorganisation (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10, Kapitel V. Bern: Huber.
- Wekerle, C., Goldstein, A. L., Tanaka, M., & Tonmyr, L. (2017). Childhood sexual abuse, sexual motives, and adolescent sexual risk-taking among males and females receiving child welfare services. *Child Abuse & Neglect*, 66, 101-111.
- Widom, C. & Kuhns, J. (1996). Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy. A prospective study. *American Journal of Public Health*, 86, 1607–1612.
- Willutzki, U., & Botermans, J. F. (1997). Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz. *Psychotherapeut*, 42(5), 282-289.
- World Health Organization (2002). World Report on Violence and Health: Summary, 2002. *World Health Organization: Geneva*.
- Worthington, E. L. (1987). Changes in supervision as counselors and supervisors gain experience: A review. *Professional Psychology: research and practice*, 18(3), 189.
- Yoon, S., Kobulsky, J. M., Voith, L. A., Steigerwald, S., & Holmes, M. R. (2015). Gender differences in caregiver–child relationship mediation of the association between violence exposure severity and adolescent behavior problems. *Child abuse & neglect*, 50, 104-115.

6 Anhang

A1. Darstellung der Studien

A2. Lebenslauf

A3. Eidesstattliche Erklärung

A4. Erklärung über die Prozentverteilung

Die Entwicklung von Sexualität bei Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Gewalterfahrungen

Eine systematische Übersicht über Auswirkungen auf die Sexualität

Katharina Louisa Schulte, Katharina Szota und Hanna Christiansen

Philipps-Universität Marburg

Zusammenfassung: Theoretischer Hintergrund: Zu den Folgen sexueller Gewalt gehören neben somatischen und psychischen Folgen auch Veränderungen in der Entwicklung der Sexualität. Fragestellung: Ziel dieses Reviews ist es, einen systematischen Überblick über den aktuellen Forschungsstand bezüglich der Entwicklung von Sexualität bei Kindern und Jugendlichen nach sexuellen Gewalterfahrungen zu geben. Methode: Eine systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed, ERIC, Cochrane und PubPsych durchgeführt. Die Folgen von sexueller Gewalt bezüglich der Sexualität wurden systematisch analysiert. Ergebnisse: Es konnten insgesamt 127 Studien zur Sexualität nach sexueller Gewalt identifiziert werden, die acht Unterkategorien zugeordnet werden konnten: Sexuelles Risikoverhalten, Teenagerschwangerschaft, jugendliche Sexualstraftäter_innen, sexuelle Verhaltensauffälligkeiten, sexuelle Überzeugungen, Prostitution, Geschlechtskrankheiten und körperliche Symptome. Diskussion und Schlussfolgerung: Insgesamt zeigt die Literaturrecherche, dass die Sexualität von Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Gewalterfahrungen teilweise nur lückenhaft untersucht wurde.

Schlüsselwörter: sexuelle Gewalt, Sexualität, Folgen, Kinder, Jugendliche

The Development of Sexuality in Children and Adolescents with a History of Sexual Violence: A Systematic Review of the Effects on Sexuality

Abstract: *Theoretical background:* The effects of sexual violence in childhood are considered detrimental to and ubiquitous throughout development. In addition to physical and psychological consequences, the consequences of child sexual violence also include changes in the development of sexuality. For example, victims of child sexual violence are more likely to develop sexual distortions and sexual anxiety, engage in risky sexual behavior and transactional sex, and show sexual behavioral problems. Moreover, they are at a higher risk of becoming sexual offenders themselves. According to the current state of research, such a connection between child sexual violence and changes in sexuality has been investigated only retrospectively in adulthood after sexual violence in childhood. However, it is of great importance to better understand the aftermath of sexual violence in children and adolescents, as consequences already occur during childhood and adolescence. *Objective:* This review provides a systematic overview of the current state of research regarding the development of sexuality in sexually violated children and adolescents. Accordingly, the consequential question is: To what extent and in what respect does sexual violence in children and adolescents influence the sexual development of children and adolescents? *Method:* We carried out a systematic literature search using the following electronic databases: PubMed, ERIC, Cochrane, and PubPsych. We then analyzed the consequences of childhood sexual violence on sexuality. *Results:* We identified 127 studies on sexuality after sexual violence and assigned them to eight subcategories: sexual risk behavior, teenage pregnancy, juvenile sex offenders, sexual behavior problems, sexual beliefs and attitudes, transactional sex, sexually transmitted diseases, and somatic symptoms. Results show that there is a clear link between childhood sexual violence and risky sexual behavior, teenage pregnancy, transactional sex, juvenile sexual offending, sexual behavior problems, and sexual beliefs and attitudes. *Discussion and conclusion:* Victims of sexual violence are at a higher risk of abnormal, deviant sexual development. In children and adolescents, the development of sexuality is just beginning, making it important to intervene at an early stage to preventively reduce the effects of sexual violence. To develop appropriate interventions, the effects on sexual development need to be researched, identified, and understood. However, this research shows that to date the development of sexuality of sexually violated children and adolescents has been incompletely examined and is in need of further investigation.

Keywords: child sexual violence, consequences, sexuality, children, adolescents

Missbrauchskomplex Bergisch Gladbach, Münster und Lügde: Drei Fälle von sexueller Gewalt an Minderjähri-

gen, die seit 2018 in der medialen Öffentlichkeit stehen und für Fassungslosigkeit in der Bevölkerung sorgen. Im-

mer wieder werden Skandale sexueller Gewalt an Kindern prominent, die jedoch lediglich die Spitze des Eisbergs ausmachen.

Nach Kenntnis der polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes wurden im Jahr 2019 mehr als 15 000 Kinder Opfer sexueller Gewalt in Deutschland, wobei sich die hier berücksichtigten §§ 176, 176a, 176b StGB auf Betroffene unter 14 Jahren beziehen (PKS; Bundeskriminalamt, 2020). Diese Zahlen sind die polizeilich erfassten Fallzahlen. Die geschätzte Dunkelziffer liegt zwischen 1:15 (Bundeskriminalamt, 2020) und 1:20 (Kavemann & Lohstöter, 1985), da nur jede fünfzehnte bis zwanzigste Tat angezeigt wird (Wirtz, 2001). Sogenannte Dunkelfeldforschungen schätzen, dass jeder siebte Erwachsene in Deutschland sexuelle Gewalt im Kindesalter erfahren hat (Beck, 2017).

Festzuhalten ist, dass sexuelle Gewalt ein hochrelevantes Problem ist, da bekannt ist, dass die Auswirkungen schwerwiegend sind (Noll, Trickett & Putnam, 2003). Das Ausmaß, in dem sexuelle Gewalt Spuren hinterlässt, ist abhängig von einer Vielzahl Faktoren. Je intensiver die Tat, je häufiger sie vorgefallen ist, je länger der Zeitraum, je länger das Kind keine Hilfe bekam, je vertrauter Täter_innen sind und je weniger Verständnis das Kind erhält, desto schwerwiegender sind meistens die Konsequenzen (Beck, 2017).

Auf der einen Seite zeigen sich somatische Folgen (Pritchard & Williams, 2010). Durch die sexuelle Gewalt selbst kann es zu leichten bis hin zu letalen Verletzungen, vor allem bei vaginaler oder analer Penetration, und einem erhöhten Infektionsrisiko kommen (Pritchard & Williams, 2010). Aber auch chronische Erkrankungen und Schmerzzustände können langfristige Konsequenzen sein (Pritchard & Williams, 2010).

Auf der anderen Seite lässt sich bei Personen mit sexuellen Gewalterfahrungen verglichen mit Personen mit ähnlichen Kontextbedingungen, aber ohne diese Gewalterfahrungen, ein deutlich höheres Risiko erkennen, psychisch zu erkranken (Bagley & Mallick, 2000). In einer Langzeitstudie von Fergusson und Kollegen (1996) war das Risiko, an Depressionen zu erkranken, bei Personen mit sexuellen Gewalterfahrungen um das 3,6-fache erhöht (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1996). Insgesamt fanden Fergusson und Kollegen (1996) ein zwölfmal erhöhtes Risiko an einer psychischen Störung nach DSM-IV zu erkranken.

Die Auswirkungen von sexueller Gewalt in der Kindheit werden demnach als schädlich für und allgegenwärtig während der gesamten Entwicklung angesehen (Noll et al., 2003). Aufgrund der explizit sexuellen Natur von sexueller Gewalt, unterscheiden sich die Auswirkungen von anderen Formen der Kindesmisshandlung darin, dass das Risiko für die Entwicklung sexueller Verzerrungen erhöht

ist (Noll et al., 2003). Die aktuelle Literatur bestätigt einen solchen Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt in der Kindheit und nachfolgenden Verzerrungen der Sexualität, einschließlich erhöhter sexueller Aktivität (z. B. Browning & Laumann, 1997), Prostitution (z. B. Cunningham, Stiffman, Dore & Earls, 1994; Widom & Kuhns, 1996), früher Schwangerschaft (z. B. Fiscella, Kitzman, Cole, Sidora & Olds, 1998), sexuellem Risikoverhalten (z. B. Brown, Kessel, Lourie, Ford & Lipsitt, 1997) und zwanghaftem sexuellen Verhalten (z. B. Friedrich, Urquiza & Beilke, 1986; McClellan, McCurry, Ronnei, Adams, Eisner & Stork, 1996).

Arriola und Kolleginnen (2005) untersuchten Frauen und schlussfolgerten, dass sexuelle Gewalt an Kindern signifikant mit späterem ungeschützten Geschlechtsverkehr, Sex mit mehreren Partnern und Sexhandel (d. h. Sex gegen Geld, Drogen oder Unterkunft) zusammenhängt. Paolucci und Kollegen (2001) fanden eine Verbindung zwischen sexueller Gewalt und einer erhöhten frühzeitigen sexuellen Aktivität, Prostitution und der eigenen Beteiligung an Sexualdelikten. Whitaker und Kolleg_innen (2008) konzentrierten sich auf Risikofaktoren für die Verübung von Sexualdelikten an Kindern und stellten fest, dass Sexualstraftäter_innen mit hoher Wahrscheinlichkeit selbst missbraucht wurden im Vergleich zu anderen Personen, die entweder nicht straffällig wurden oder eine nicht-sexuell motivierte Tat verübten.

Anhand der aktuellen Studienlage kristallisiert sich heraus, dass die Folgen von sexueller Gewalt einen eminenten Einfluss auf die weitere Sexualentwicklung der Opfer haben. In der vorhandenen Literatur wird dennoch vorwiegend die Sexualität von Erwachsenen nach sexueller Gewalt in der Kindheit untersucht. Dabei sind es die Kinder und Jugendlichen, die gerade erst beginnen, die Entwicklungsaufgaben des Jugend- und frühen Erwachsenenalters zu übernehmen – eine Zeit voller Fragen der Sexualität, Identität und Intimität (Noll et al., 2003). Bislang gibt es dennoch nur eine überschaubare Anzahl an Studien, die sich mit der Entwicklung der Sexualität im Kindes- und Jugendalter nach sexueller Gewalt beschäftigen (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993).

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu den Folgen von sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Bezug auf deren Sexualentwicklung zu gewinnen. In Form eines systematischen Reviews werden verfügbare Studien zum Thema anhand festgelegter Kriterien ausgewählt und die Ergebnisse übersichtlich dargestellt.

Tabelle 1. Suchstrategie

Population	Child*, Adolescent*, Youth*, Minor*, Teen*, Juvenile*, Youngster*, Preadulthood, Young adult*
	AND
Art der Gewalt	Sexual*
	AND
Gewalt	Abuse*, Maltreatment*, Assault*, Misuse*, Misusage*, Cruelt*, Abusivene*, Violen*
	AND
Sexualität	Development*, Sexual*, Drive*, Intimac*, Sensual*, Sex*, Voluptous*, Involuntary intercourse*, Voluntary intercourse*, Intercourse*, Intercourse partner*, Birth control*, HIV, Risk behaviour*, Chlamydia, Gonorrhoea, Syphilis, Genital wart*, Genital herp*, Hepatitis B, Hepatitis C, Pregnanc*, Abortion*, Reproductive history, Birth*, Sexual permissivene*, Sexual preoccupation*, Internal pressure*, External pressure*, Attitudes towards sex, Prostitut*, Sexual anxiety, Trust, Sexual distortion*

Methode

Dieses Review wurde vorab bei PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>) registriert und angenommen; ausführliche Informationen sind unter der Registrierungsnummer CRD42020145139 hinterlegt.

Ein- und Ausschlusskriterien

Für den Einschluss von Studien in das Review wurden vor der Literaturdurchsicht Kriterien festgelegt. Die Studienpopulation sollte nicht älter als 21 Jahre alt sein und sollte sexuelle Gewalterfahrungen gemacht haben. Die Studienergebnisse sollten sich zudem mit Facetten der Sexualität beschäftigen und die erfahrene sexuelle Gewalt sollte als ursächlich für die Folgen beschrieben worden sein. Nicht eingeschlossen wurden Studien, in denen sexuelle Gewalt nicht klar von anderen Misshandlungsformen differenziert oder nicht als Ursache für potentielle Folgen angesehen wurde. Einzelfallstudien wurden ausgeschlossen. Es wurden sowohl Querschnittsstudien als auch Longitudinalstudien einbezogen.

Suchstrategie

Zur Identifikation der für das Review in Frage kommenden Publikationen wurde im September 2019 eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Durchsucht wurden die elektronischen Datenbanken PubMed, ERIC, Cochrane und PubPsych. Es wurden Studien in englischer, deutscher oder niederländischer Sprache einbezogen. Zeitlich wurde die Suche nicht eingegrenzt. Die Literaturverzeichnisse der gefundenen Suchergebnisse wurden auf weitere relevante Studien durchgesehen. Im Rahmen der Recherche wurden verschiedene Suchbegriffe verwendet, die innerhalb der Kategorien mit „oder“ und zwischen den Kategorien mit „und“ verknüpft wurden (s. Tabelle 1).

Darauf folgte ein Screening der Titel und Abstracts anhand der Ein- und Ausschlusskriterien. In einem nächsten Schritt wurden die Volltexte der verbliebenen potentiellen Publikationen von zwei unabhängigen Ratern (KS und KS) überprüft. Dem PRISMA Flow-Chart (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009) in Abbildung 1 ist die Suche und Identifikation der 127 eingeschlossenen Studien zu entnehmen.

Kodierung

Es wurden wichtige Informationen über das Studiendesign (Stichprobe, Kontrollbedingung, Datenerhebung), die Form der sexuellen Gewalt, sowie die Folgen kodiert und tabellarisch dargestellt. Die ausgewählten Studien wurden hinsichtlich der Art der Folge (Risikoverhalten, Schwangerschaft, etc.) systematisiert. Eine detaillierte Beschreibung aller 127 eingeschlossenen Artikel wird im Elektronischen Supplement 1 zur Verfügung gestellt.

Ergebnisse

Die Literaturrecherche ergab 16 753 Treffer. Von diesen erfüllten 16 352 Artikel nicht die Einschlusskriterien und wurden ausgeschlossen. Insgesamt 401 Studien wurden anhand des Volltextes auf Einschluss geprüft. Von diesen wurden 274 Studien ausgeschlossen, größtenteils, weil die Studienteilnehmenden älter als 21 Jahre waren ($k = 61$), keine Sexualität berichtet wurde ($k = 38$), die sexuelle Gewalt nicht Ursache sondern Folge war oder nicht in Verbindung mit dem Outcome untersucht wurde ($k = 36$) oder die sexuelle Gewalt undifferenziert erfasst wurde ($k = 29$).

Insgesamt konnten $k = 127$ Studien identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllten (Abbildung 1). Diese Studien wurden zwischen den Jahren 1985 und 2019 publiziert. Die meisten Studien stammten aus den USA ($k = 93$).

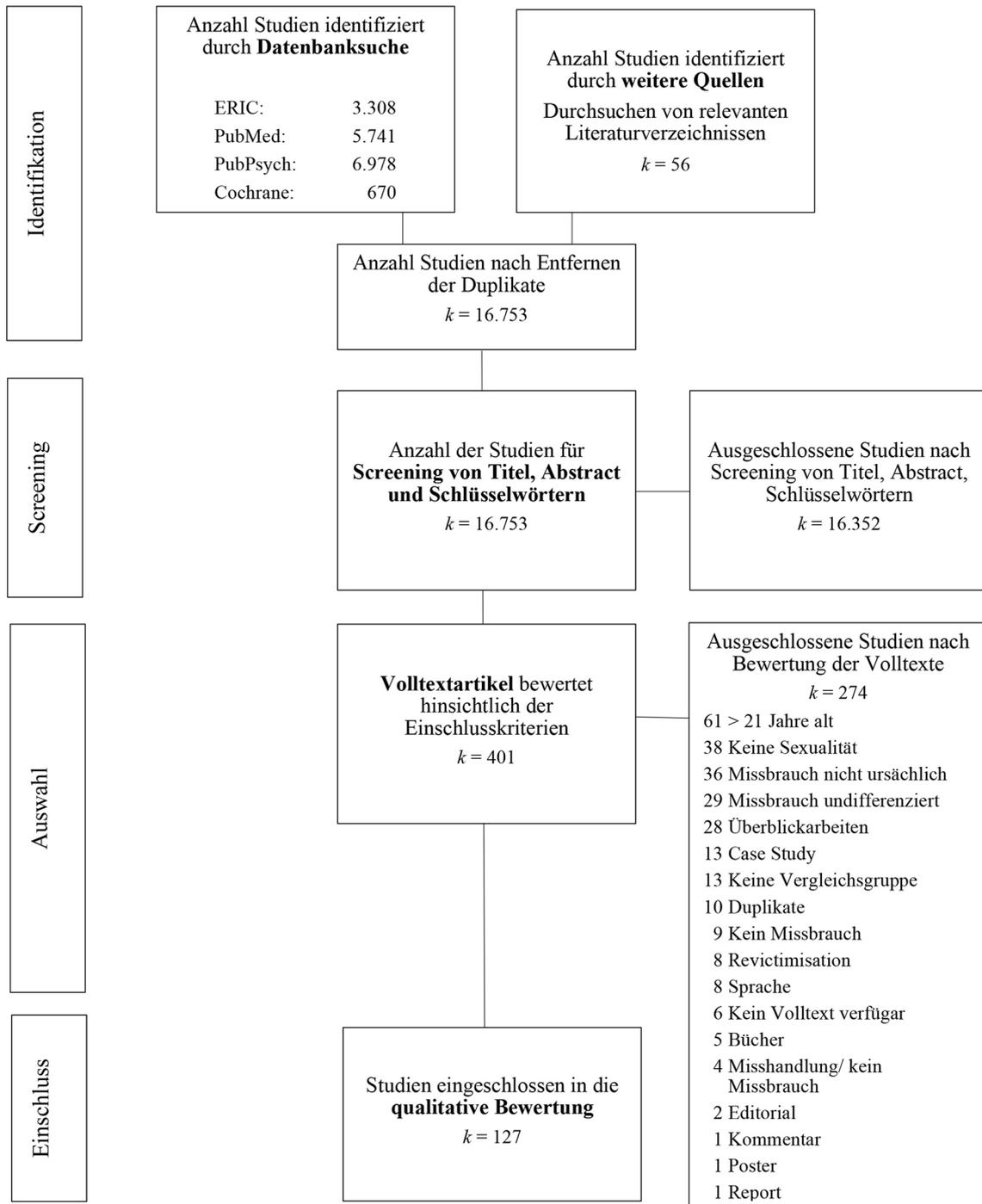


Abbildung 1. PRISMA-Flow-Diagramm zur Darstellung des Studienauswahlprozesses nach Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman und die PRISMA Group (2009).

Definition sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt wurde in den Studien auf unterschiedlichste Weise definiert: 16.5% ($k = 21$) der Studien beschrieben sexuelle Gewalt als einen vollzogenen Sexualakt bei dem es zur Penetration (oral, anal oder vaginal) gekommen sein muss. 18.9% ($k = 24$) sprachen von sexu-

eller Gewalt, sobald es zu sexuellem Körperkontakt („hands-on“) gekommen ist. Hierzu wurden jede Art der Penetration, aber auch Berührungen oder Küsse gezählt. Weitere 17.3% ($k = 22$) definierten sexuelle Gewalt als jegliche sexuelle Handlung von sexueller Kommunikation („hands-off“) bis vollzogener Penetration („hands-on“). Genannt wurden unter anderem das erzwungene An-

https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1026/0942-5403/a0000345 - Monday, November 08, 2021 7:21:37 AM - Universitätsbibliothek Marburg IP Address: 137.248.42.229

schaufen von sexuellen Fotos oder Pornographie; Zwang, einem Erwachsene beim Onanieren zuzuschauen; einer Vergewaltigung zusehen müssen; Zwang, die Genitalien eines anderen anzufassen, etc. Bei fast der Hälfte der Studien (47,3%, $k = 60$) fehlte jedoch eine Definition. Diese Heterogenität sollte bei der Bewertung der Ergebnisse in Betracht gezogen werden.

Stichprobe

Insgesamt bestand die Stichprobe aus 433 626 Kindern und Jugendlichen mit einem Mittelwert von 2 022 und einem Median von 499 Teilnehmenden. Die kleinste Stichprobe bestand aus 40 Kindern und Jugendlichen (Orr & Downes, 1985), die größte aus mehr als 72 000 (Saewyc, Taylor, Homma & Ogilvie, 2008). Das Alter der Kinder und Jugendlichen lag zwischen 2 und 21.6 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 15.6 ($k = 68$). Die durchschnittliche Altersspanne lag zwischen 11.2 und 17.5 ($k = 102$). Das Geschlechterverhältnis variierte deutlich in den unterschiedlichen Studien von 0 bis 100 % Mädchen mit einem Mittelwert von 60.4% ($k = 93$) weiblicher Teilnehmenden.

Beschreibung der Folgen von sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen

Die Studien unterschieden sich stark bezüglich der Population und der Folgen der sexuellen Gewalt. Um der Heterogenität der Studien entgegenzuwirken, wurden die Folgen sexueller Gewalt acht Unterkategorien zugeordnet: Sexuelles Risikoverhalten, Teenagerschwangerschaft, jugendliche Sexualstraftäter_innen, sexuelle Verhaltensauffälligkeiten, sexuelle Überzeugungen und Einstellungen, Prostitution, Geschlechtskrankheiten und körperliche Symptome.

Sexuelles Risikoverhalten

Mit einer Anzahl von 58 Studien ist sexuelles Risikoverhalten die am häufigsten untersuchte Folge. Am häufigsten wurde die Anzahl der Sexualpartner untersucht ($k = 31$), gefolgt von der Benutzung von Verhütungsmitteln ($k = 26$), dem Alter beim ersten Koitus ($k = 22$) und dem Geschlechtsverkehr unter dem Einfluss von Alkohol und Drogen ($k = 11$). Andere Aspekte, zu denen ein positiver Zusammenhang gefunden wurde, waren unter anderem Geschlechtsverkehr mit Hochrisikopartnern (Wilson, Emerson, Donenberg & Pettineo, 2013) oder Fremden (Carlson, Oshri & Kwon, 2015) oder als selbstverletzendes Verhalten (Zetterqvist, Svedin, Fredlund, Priebe, Wadsby & Jonsson, 2018). Im Durchschnitt waren die Studienteil-

nehmer_innen 15.5 Jahre alt und überwiegend weiblich (Durchschnitt 87.6 %). Insgesamt fanden 90 % der Studien ($k = 52$) einen positiven Zusammenhang zwischen erlebter sexueller Gewalt und sexuellem Risikoverhalten.

Teenagerschwangerschaft

Eine weitere Folge von sexueller Gewalt sind Teenagerschwangerschaften. Insgesamt befassten sich dreißig Studien mit Schwangerschaften, von denen 67% ($k = 20$) ein erhöhtes Risiko nach sexuellen Gewalterfahrungen fanden. Im Durchschnitt waren 85% ($k = 22$) der Befragten weiblich. Pierre et al. (1998) untersuchten männliche Jugendliche und fanden ein erhöhtes Risiko zur Schwangerschaftsbeteiligung bei Jugendlichen mit sexuellen Gewalterfahrungen (Pierre, Shrier, Emans & DuRant, 1998). Sechs Studien bestätigten diesen Zusammenhang sowohl für männliche, als auch für weibliche Studienteilnehmende (Anteghini, Fonseca, Ireland & Blum, 2001; Nagy, Adcock & Nagy, 1994; Trent, Clum & Roche, 2007; Raj, Silvermann & Amaro, 2000; Saewyc, Magee & Pettingell, 2004; Saewyc et al., 2008). Sechs weitere Studien untersuchten weibliche Stichproben und fanden ebenfalls eine positive Korrelation zwischen sexueller Gewalt und Teenagerschwangerschaften (Cinq-Mars, Wright, Cyr & McDuff, 2004; Noll & Shenk, 2013; Noll et al., 2019; Ochen, Chi & Lawoko, 2019; Thrane & Chen, 2012; Chandy, Blum & Resnik, 1996). Cinq-Mars et al. (2004) fanden ein dreizehnfach erhöhtes Risiko einer Teenagerschwangerschaft, wenn eine Penetration stattgefunden hat (Cinq-Mars et al., 2004).

Jugendliche Sexualstraftäter_innen

Sexuelle Straftaten wurden als eine weitere Folge sexueller Gewalt genannt. Dieser Unterkategorie ließen sich 26 Studien zuordnen. Insgesamt 77% ($k = 20$) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und Verstößen gegen das Sexualstrafrecht. Untersucht wurde diese Verbindung überwiegend bei männlichen Studienteilnehmenden (Durchschnitt 5.9% weibliche Teilnehmende, $k = 15$). Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden betrug 15.8 Jahre ($k = 17$). Zwölf Studien analysierten Fallberichte zur Datenerhebung, 17 führten Interviews oder Surveys durch. Insgesamt wurden überwiegend straffällig gewordene Jugendliche in Vollzugsanstalten oder in forensisch-psychiatrischen Unterbringungen befragt.

Aebi et al. (2015) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt mit und ohne physischen Kontakt und grenzüberschreitendem sexuellen Verhalten. Barra et al. (2017) fanden eine positive Korrelation für sexuelle Gewalt in der Adoleszenz, nicht aber für das Kindesalter. Bladon et al. (2005) untersuchten 141 männliche straffällig gewordene Jugendliche und fanden her-

aus, dass 71 % sexuelle Gewalt in ihrer Kindheit oder Jugend erfahren hatten. Borowsky und Kolleginnen (1997) bestätigten einen positiven Zusammenhang, differenzieren aber nach Status des Täters/der Täterin (Familienmitglied versus Erwachsener außerhalb der Familie); in beiden Fällen zeigt sich eine positive Korrelation.

Sexuelle Überzeugungen und Einstellungen

Die Literatursuche ergab 17 Studien, die sich kategorisch den sexuellen Überzeugungen und Einstellungen zuordnen ließen. Alle Studien stammten aus den USA. Rund siebenzig Prozent ($k = 12$) der Studien berichteten einen signifikanten Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und verschiedenen sexuellen Überzeugungen (sexuelle Angst, Selbstakzeptanz, Diskomfort, etc.). In diesen Studien wurde ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und sexueller Angst gefunden (Cohen, Deblinger, Maedel & Staffer, 1999; Feiring, Taska & Lewis, 1999; Feiring, Taska & Lewis, 1998; Simon & Feiring, 2008), wobei Feiring et al. (1998) diese Korrelation nur bei zusätzlicher Anwendung körperlicher Gewalt bestätigen konnten. Esparza und Esperat (1996) fanden eine Verbindung zwischen sexuellen Gewalterfahrungen und reduzierter sexueller Selbstakzeptanz. Positive Korrelationen wurden darüber hinaus zwischen sexueller Gewalt und sexuellen Bedenken (Dillard, Maguire-Jack, Showalter et al., 2019; Friedrich, Jaworski, Huxsahl & Bengtson, 1997), der Selbstwirksamkeit bei der Verwendung von Kondomen (Brown, Kessel, Lourie et al., 1997; Houck et al., 2010) oder der eigenen Geschlechtsidentifikation (Aiosa-Karpas, Karpas, Pelcovitz & Kaplan, 1991; Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2008) berichtet.

Sexuelle Verhaltensauffälligkeiten

Insgesamt thematisierten 16 Studien sexuelle Verhaltensauffälligkeiten als Folge von sexueller Gewalt. Als Verhaltensauffälligkeiten wurden unter anderem hypersexuelles, sexuell übergriffiges und sexuell ängstliches Verhalten, das Entblößen von Genitalien, Erotizismus und sexuelle Aggressionen beschrieben.

Das Durchschnittsalter ($k = 11$) lag bei 9.11 Jahren. Untersucht wurden überwiegend jüngere Kinder ab einem Alter von 2 Jahren. Aufgrund des Alters der Probanden wurde in 87.5 % der Studien die Datenerhebung auf Basis von Fremdbeurteilungen durchgeführt. Dreiviertel der Studien fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und sexuellen Verhaltensauffälligkeiten. Sowohl Cole et al. (2016), als auch Hall et al. (1998) fanden eine signifikant positive Verbindung zwischen sexueller Gewalt und entwicklungsbedingt unangemessenem, sexualisiertem Verhalten. Cosentino und et al. (1995) untersuchten sexuelle Aggression bei 6- bis 12-jährigen Mädchen und fanden ein signifikant höheres

Ausmaß sexueller Aggression bei Kindern mit sexuellen Gewalterfahrungen.

Ebenfalls deutlich wurde in der Literatur, dass die Häufigkeit und Dauer der sexuellen Gewalt (siehe Feiring et al., 1999; Friedrich et al., 1986), die körperliche Erregung während der Gewalterfahrung (Hall et al., 1998) und das Alter, in dem die Gewalt begann (McClellan et al., 1996), prädiktiv für das Auftreten von sexuellen Verhaltensauffälligkeiten sind.

Feiring et al. (2009) konnten als einzige Studie keinen direkten Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und sexuellen Verhaltensauffälligkeiten bestätigen. Unter Berücksichtigung von missbrauchsspezifischer Stigmatisierung konnte der Zusammenhang nachgewiesen werden (Feiring et al., 2009).

Geschlechtskrankheiten

Insgesamt elf Studien befassten sich mit Geschlechtskrankheiten als Folge von sexueller Gewalt. Neun der elf Studien stammten aus den USA und sieben Studien untersuchten Geschlechtskrankheiten lediglich bei weiblichen Teilnehmenden. Untersucht wurden 13- bis 21-jährige Jugendliche mit einem Durchschnittsalter von 16.47 Jahren ($k = 10$). Ein Großteil der Studien fragte dichotom nach dem Auftreten einer Geschlechtskrankheit, wohingegen Vermund et al. (1990) sich explizit auf Gonorrhoe und Syphilis bezogen. Champion (2011) erfragte Chlamydien und Noell et al. (2001) Genitalherpes (HSV-2), Hepatitis B und Chlamydien. Sechs der elf Studien fanden eine positive Korrelation, vier Studien konnten keinen Zusammenhang finden.

Prostitution

Die systematische Literatursuche resultierte in fünf Studien, die sich mit Prostitution befassen. Ahrens et al. (2012) untersuchten 732 Jugendliche im Alter von 19 bis 21 Jahre, die außerhäuslich untergebracht waren und fanden einen positiven Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und transaktionalem Geschlechtsverkehr bei weiblichen Jugendlichen, die sich viermal häufiger prostituierten als außerhäusliche untergebrachte Jugendliche ohne sexuelle Gewalterfahrungen (Ahrens, Katon, McCarty et al., 2012). Rotheram-Borus et al. (1996) untersuchten ebenfalls 190 außerhäuslich lebende Jugendliche und fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und Prostitution (Rotheram-Borus, Mahler, Koopman & Langabeer, 1996).

Körperliche Symptome

Insgesamt drei Studien beschrieben körperliche Symptome als Folge von sexueller Gewalt. Wu et al. (2003) fanden in ihrer Studie mit 791 weiblichen Jugendlichen (Durchschnittsalter 16.2 Jahre) einen positiven Zusam-

menhang zwischen sexueller Gewalt und Infektionen im Becken- und Eileiterbereich. Santerre-Baillargeon et al. (2017) untersuchten genito-pelvine Schmerzen bei 218 Mädchen (Durchschnittsalter 16.2 Jahre), fanden aber keine signifikante Korrelation. Worku et al. (2006) befragten 323 weibliche Neuntklässler zu verschiedenen körperlichen Folgeerscheinungen. Etwa 3.2% der Befragten mit sexuellen Gewalterfahrungen gaben an, Genitalläsionen zu haben, 2.7% beschrieben Genitalausfluss und 1.4% klagten über sexuelle Dysfunktionen.

Diskussion

Das primäre Ziel dieses Reviews war, einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu den Folgen von sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Bezug auf deren Entwicklung von Sexualität zu gewinnen und die Zusammenhänge besser zu verstehen. Die hier berichteten Ergebnissen stützen die Annahme, dass sexuelle Gewalt im Kindes- und Jugendalter ein Risikofaktor für eine abweichende sexuelle Entwicklung sein kann. Kinder und Jugendliche mit sexuellen Gewalterfahrungen berichteten signifikant häufiger von sexuellem Risikoverhalten, Teenagerschwangerschaften, sexuellen Verhaltensauffälligkeiten, Prostitution, veränderten sexuellen Überzeugungen und Verstößen gegen das Sexualstrafrecht. Aufgrund der dünnen Studienlage konnte keine Aussage über den Zusammenhang zwischen sexuellen Gewalterfahrungen und somatischen Folgen und Geschlechtskrankheiten getroffen werden.

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit dem 1985 aufgestellten und immer noch gültigen Traumagenic Dynamics Model of Sexual Abuse (Finkelhor & Browne, 1985). Es ist ein Modell, das eine Vielzahl unterschiedlicher Dynamiken einbezieht, um diverse Folgen sexueller Gewalt zu berücksichtigen. Das Modell schlägt vier traumagene Dynamiken vor, um die Auswirkungen sexueller Gewalt zu erklären: traumatische Sexualisierung, Stigmatisierung, Vertrauensmissbrauch bzw. Verrat und Hilflosigkeit und Ohnmacht (Finkelhor & Browne, 1985). Eine traumagene Dynamik ist eine Erfahrung, die die kognitive oder emotionale Orientierung eines Kindes zur Welt verändert und ein Trauma verursacht, indem es das Selbstkonzept, die Weltanschauung oder die affektiven Fähigkeiten des Kindes verzerrt (Finkelhor & Browne, 1985). Die Dynamik der Stigmatisierung kann zum Beispiel das Gefühl für den eigenen Wert verzerren (Finkelhor & Browne, 1985). Die Dynamik der Hilflosigkeit und Ohnmacht kann das Gefühl verändern, das eigene Leben kontrollieren zu können (Finkelhor & Browne, 1985). Wenn eine Person mit solchen Verzerrungen folglich ver-

sucht, mit der Welt zurechtzukommen, resultiert dies häufig in psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten, die für Kinder und Erwachsene mit sexuellen Gewalterfahrungen charakteristisch sind (Finkelhor & Browne, 1985).

Bezogen auf sexuelles Risikoverhalten und Prostitution könnte dies bedeuten, dass bestimmte negative sexuelle Stigmata, die mit dem Opfer sexueller Gewalt verbunden sind, in das Selbstkonzept integriert werden, was die Bildung einer zwanghaften Replikation von bestimmten sexuellen Gefühlen und Erfahrungen begünstigt, die durch die sexuelle Gewalterfahrung gelernt wurden (Noll et al., 2003). Anschließend werden diese Wiederholungen der sexuellen Gefühle und Erfahrungen in Situationen gesucht, die den sexuellen Gewalterfahrungen ähneln, was zu einer Übergeneralisierung der sexuellen Gewalterfahrung auf andere enge Beziehungen führen kann (Noll et al., 2003). Solche überwiegend unbewussten Ansichten können eine Unfähigkeit begünstigen, die es erschwert nicht-sexuelle oder emotionale Belohnungen aus Beziehungen zu gewinnen. Dies könnte erklären, wieso sich Opfer sexueller Gewalt signifikant häufiger in potentiell riskante Situationen begeben und sich sexuell ausbeuten lassen (Noll et al., 2000). Hieraus lässt sich wiederum der positive Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und Geschlechtskrankheiten ableiten, da sexuelles Risikoverhalten (wechselnde Partner, ungeschützter Geschlechtsverkehr, Sex unter dem Einfluss von Alkohol/Drogen, etc.) die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung erhöht.

Eine weitere Erklärung für ein erhöhtes sexuelles Risikoverhalten könnten durch sexuelle Gewalterfahrungen veränderte Bindungsmuster sein. Bindungsstörungen wurden überproportional häufig bei Opfern sexueller Gewalt gefunden, die zu unsicheren oder sogar ängstlichen und vermeidenden Bindungen in dyadischen Beziehungen führen können (Kwako, Noll, Putnam & Trickett, 2010). Eine solche Bindung kann in fehlender Kommunikation über sexuelle Bedürfnisse und Grenzen resultieren (Kwako et al., 2010) und dementsprechend Risikoverhalten, wie zum Beispiel die Nichtnutzung von Kondomen, begünstigen.

Darüber hinaus kann sich ein unsicherer Bindungsstil nicht nur in dysfunktionalen romantischen Bindungen manifestieren, sondern auch dazu führen, dass sexuelles Verhalten dazu dient, Bindungsbedürfnisse zu befriedigen und weniger durch persönliche Bedürfnisse motiviert ist (Noll et al., 2019). Bezogen auf Teenageschwangerschaften und Elternschaft könnte dies bedeuten, dass Überlebende sexueller Gewalt ein Kind als eine Art Wiedergutmachung für beschädigte Beziehungen zu geliebten Menschen sehen, oder dass das Mutte-/Vatersein eine unzerbrechliche Bindung schafft (Noll et al., 2019).

Neben der Verbindung zwischen sexuellen Gewalterfahrungen und sexuellem Risikoverhalten, Teenager-

schwangerschaft und verzerrten sexuellen Einstellungen, wurde in der Mehrzahl der Studien ein Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und sexuellen Verhaltensauffälligkeiten, sowie Verstößen gegen das Sexualstrafrecht gefunden. Diese zuletzt genannten beiden Folgen sexueller Gewalt werden häufig anhand ätiologischer Theorien des sozialen Lernens erklärt (siehe Burton & Meezan, 2004; Garland & Dougher, 1990), wonach Kinder und Jugendliche, die Opfer sexueller Gewalt geworden sind oder viel sexuelles Verhalten beobachtet haben (in vivo, per Video oder durch andere Medien), möglicherweise wiederholen, was mit ihnen gemacht wurde oder was sie sahen (Burton, 2008). Gemäß der sozial-kognitiven Theorie, der neuesten Version von Banduras Theorie des sozialen Lernens (1986), können mehrere theoretische Pfade entweder einzeln oder in Kombination für die Entwicklung sexuell missbräuchlicher Verhaltensweisen verantwortlich sein (Burton & Meezan, 2004).

Bezüglich somatischer Folgeerscheinungen bei Kindern und Jugendlichen durch sexuelle Gewalt kann dieser Artikel keine Aussage treffen. Lediglich drei Studien befassten sich mit somatischen Auswirkungen bezogen auf die Sexualität von Kindern und Jugendlichen. Festzuhalten ist, dass sich die Studienlage in diesem Bereich als sehr lückenhaft herausstellt. Insgesamt ist die Studienlage im Bereich der Forschung mit Kindern und Jugendlichen hinsichtlich der Auswirkungen von sexuellen Gewalterfahrungen auf die Sexualitätsentwicklung äußerst rudimentär (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993).

In der vorhandenen Literatur wird überwiegend die Sexualität von Erwachsenen nach sexueller Gewalt in der Kindheit untersucht. Dabei sind es die Kinder und Jugendlichen, bei denen die Entwicklung der Sexualität gerade erst anfängt und bei denen es wichtig wäre, frühzeitig zu intervenieren, damit die Auswirkungen von sexueller Gewalt präventiv reduziert werden. Aufgrund dessen besteht eine enorme Wichtigkeit, die Folgen bereits im Kindes- und Jugendalter zu identifizieren und verstehen, um wirksame Interventionen zu entwickeln und anzubieten. Solche Interventionen könnten die Behandlung von Angstzuständen und dissoziativen Symptomen, die Umkehrung potenzieller sexueller Stigmatisierungen und den Wiederaufbau von Vertrauen und Empowerment umfassen (Noll et al., 2003).

Limitationen

Sowohl die einzelnen Studien selbst als auch dieses Review weisen einige Limitationen auf. Die größte Einschränkung dieses Reviews ist die hohe Heterogenität bezüglich der Studienpopulationen, der Methodologie und der Ergebnisse der einzelnen Studien. Diese sollte bei

der Interpretation der Studienergebnisse nicht außer Acht gelassen werden. Eine weitere Einschränkung betrifft den querschnittlichen Charakter der Studien. Querschnittstudien schränken kausale Schlussfolgerungen ein, obwohl die chronologische Reihenfolge der sexuellen Gewalt und das nachfolgende Risikoverhalten diese Limitation eingrenzen. Darüber hinaus sollten unerforschte Variablen, die mit sexueller Gewalt und riskantem Sexualverhalten zusammenhängen können (z.B. weitere traumatische Erfahrungen; Dong, Anda, Dube, Giles & Felitti, 2003), bei zukünftigen Studien berücksichtigt werden.

Des Weiteren besteht zwischen den Studien kein deutliches und einheitliches Konzept darüber, wie sexuelle Gewalt definiert wird. Teilweise muss es zwingend zu Körperkontakt oder sogar zur Penetration („hands-on“) gekommen sein, damit Studien von dem Auftreten von sexueller Gewalt sprechen. In anderen Studien beginnt sexuelle Gewalt bereits schon bei Situationen ohne Körperkontakt („hands-off“). Diese Varianz führt zu vielfältigen Problemen in Forschung, aber auch Politik, Recht, Prävention und der Gestaltung sozialer Normen (Mathews & Collin-Vézina, 2019). Dennoch besteht allgemeiner Konsens darüber, dass sexuelle Gewalt ein komplexes Phänomen ist, das aus verschiedenen Gründen auf verschiedene Weise und in unterschiedlichen Beziehungen innerhalb von Familien, Peer-Gruppen, Institutionen und Gemeinschaften auftritt (Mathews & Collin-Vézina, 2019). Aufgrund dessen besteht eine enorme Wichtigkeit, sexuelle Gewalt eindeutig zu definieren und operationalisieren. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2003) stellte diesen Bedarf ebenfalls fest, als sie dazu aufrief, dass die verschiedenen Sektoren, die an der Bekämpfung von sexueller Gewalt beteiligt sind, eine gemeinsame konzeptionelle Definition von sexueller Gewalt und gemeinsame operative Definitionen entwickeln müssen, um die Identifizierung von Fällen zu ermöglichen.

Eine weitere konzeptionelle Limitation ist die Sexualitätsentwicklung. Da Sexualität ein facettenreiches Konstrukt darstellt und die Entwicklung der Sexualität sehr individuell verläuft, ist es wichtig, sich in einem nächsten Schritt die jeweiligen Unterkategorien dieses Überblicksartikels genauer anzuschauen. Hierbei sollten die Definition und Art der sexuellen Gewalt, die Altersspanne und das Geschlecht der Probanden als mögliche Mediatoren in Betracht gezogen werden, um eine bessere Identifikation, Prävention und Intervention zu ermöglichen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Dieses Review zeigt, dass sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendliche gravierende Folgen mit sich bringt, die während der gesamten Entwicklung omnipräsent sind. Durch

diese Arbeit wird deutlich, dass aufgrund der sexuellen Natur der Erfahrungen, sexuelle Gewalt einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung der Sexualität im Kindes- und Jugendalter hat. Aus diesem Grunde besteht eine immense Wichtigkeit, die Folgen bereits im Kindes- und Jugendalter zu identifizieren und verstehen, um besser und frühzeitig intervenieren zu können, und um gravierende Spätfolgen (wie zum Beispiel selbst Täter_in werden) zu reduzieren.

Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000345>

ESM 1. Tabelle E1. Studienbeschreibung

Die Tabelle zeigt eine detaillierte Beschreibung aller 127 Studien.

Literatur

- Aebi, M., Landolt, M. A., Mueller-Pfeiffer, C., Schnyder, U., Maier, T. & Mohler-Kuo, M. (2015). Testing the "sexually abused-abuser hypothesis" in adolescents: A population-based study. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 2189–2199.
- Ahrens, K. R., Katon, W., McCarty, C., Richardson, L. P. & Courtney, M. E. (2012). Association between childhood sexual abuse and transactional sex in youth aging out of foster care. *Child Abuse & Neglect*, 36, 75–80.
- Aiosa-Karpas, C. J., Karpas, R., Pelcovitz, D. & Kaplan, S. (1991). Gender identification and sex role attribution in sexually abused adolescent females. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 266–271.
- Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M. & Blum, R. W. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 28, 295–302.
- Arriola, K. R., Loudon, T., Doldren, M. A. & Fortenberry, R. M. (2005). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse & Neglect*, 29, 725–746.
- Bagley, C. & Mallick, K. (2000). Prediction of sexual, emotional, and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal cohort of 290 adolescent women. *Child Maltreatment*, 5, 218–226.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ, 1986, 23–28.
- Barra, S., Bessler, C., Landolt, M. A. & Aebi, M. (2017). Type and timing of maltreatment influence criminal persistence in sexually abusive adolescents. *Law and Human Behavior*, 41, 556.
- Beck, F. (UBSKM) (2017). *Fakten und Zahlen zu sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen*. Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, zuletzt geprüft am 24.06.2019. Verfügbar unter: <https://beauftragter-missbrauch.de>
- Bladon, E. M., Vizard, E., French, L. & Tranah, T. (2005). Young sexual abusers: A descriptive study of a UK sample of children showing sexually harmful behaviours. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16, 109–126.
- Borowsky, I. W., Hogan, M. & Ireland, M. (1997). Adolescent sexual aggression: Risk and protective factors. *Pediatrics*, 100, e7–e7.
- Brown, L. K., Kessel, S. M., Lourie, K. J., Ford, H. H. & Lipsitt, L. P. (1997). Influence of sexual abuse on HIV-related attitudes and behaviors in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 316–322.
- Browning, C. & Laumann, E. (1997). Sexual contact between children and adults. A life course perspective. *American Sociological Review*, 62, 540–560.
- Bundeskriminalamt (2020). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2008*, Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Burton, D. L. & Meezan, W. (2004). Revisiting recent research on social learning theory as an etiological proposition for sexually abusive male adolescents. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1, 41–80.
- Burton, D. L. (2008). An exploratory evaluation of the contribution of personality and childhood sexual victimization to the development of sexually abusive behavior. *Sexual Abuse*, 20, 102–115.
- Carlson, M., Oshri, A. & Kwon, J. (2015). Child maltreatment and risk behaviors: The roles of callous/unemotional traits and conscientiousness. *Child Abuse & Neglect*, 50, 234–243.
- Champion, J. D. (2011). Context of sexual risk behaviour among abused ethnic minority adolescent women. *International Nursing Review*, 58, 61–67.
- Chandy, J. M., Blum, R. W. & Resnick, M. D. (1996). Female adolescents with a history of sexual abuse: Risk outcome and protective factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 503–518.
- Cinq-Mars, C., Wright, J., Cyr, M. & McDuff, P. (2004). Sexual at-risk behaviors of sexually abused adolescent girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12, 1–18.
- Cohen, J. B., Deblinger, E., Maedel, A. B. & Stauffer, L. B. (1999). Examining sex-related thoughts and feelings of sexually abused and nonabused children. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 701–712.
- Cole, J., Sprang, G., Lee, R. & Cohen, J. (2016). The trauma of commercial sexual exploitation of youth: A comparison of CSE victims to sexual abuse victims in a clinical sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 31, 122–146.
- Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F., Alpert, J. L., Weinberg, S. L. & Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 1033–1042.
- Cunningham, R. M., Stiffman, A. R., Doré, P. & Earls, F. (1994). The association of physical and sexual abuse with HIV risk behaviors in adolescence and young adulthood: Implications for public health. *Child Abuse & Neglect*, 18, 233–245.
- Dillard, R., Maguire-Jack, K., Showalter, K., Wolf, K. G. & Letson, M. M. (2019). Abuse disclosures of youth with problem sexualized behaviors and trauma symptomology. *Child Abuse & Neglect*, 88, 201–211.
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., & Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child abuse & neglect*, 27, 625–639.
- Esparza, D. V. & Esperat, M. C. R. (1996). The effects of childhood sexual abuse on minority adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 25, 321–328.
- Feiring, C., Simon, V. A. & Cleland, C. M. (2009). Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the deve-

- lopment of sexual difficulties and dating aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 127–137.
- Feiring, C., Taska, L. & Lewis, M. (1998). The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Maltreatment*, 3, 129–142.
- Feiring, C., Taska, L. & Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23, 115–128.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1365–1374.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530–541.
- Fiscella, K., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Sidora, K. J. & Olds, D. (1998). Does child abuse predict adolescent pregnancy? *Pediatrics*, 101, 620–624.
- Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huxsahl, J. E. & Bengtson, B. S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 155–171.
- Friedrich, W. N., Urquiza, A. J. & Beilke, R. L. (1986). Behavior problems in sexually abused young children. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 47–57.
- Garland, R. J. & Dougher, M. J. (1990). The abused/abuser hypothesis of child sexual abuse: A critical review of theory and research. In J. R. Feierman (Ed.), *Pedophilia* (pp. 488–509). New York, NY: Springer.
- Hall, D. K., Mathews, F. & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1045–1063.
- Houck, C. D., Nugent, N. R., Lescano, C. M., Peters, A. & Brown, L. K. (2010). Sexual abuse and sexual risk behavior: Beyond the impact of psychiatric problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 473–483.
- Kavemann, B. & Lohstöter, I. (1985). Plädoyer für das Recht von Mädchen auf sexuelle Selbstbestimmung. In B. Kavemann, I. Lohstäter, L. Pagenstecher, M. Jaekel, J. Brauckmann, E. Haarbush & K. Jochens, *Sexualität – Unterdrückung statt Entfaltung* (Alltag und Biographie von Mädchen, Bd. 9, S. 9–94). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164–180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kwako, L. E., Noll, J. G., Putnam, F. W. & Trickett, P. K. (2010). Childhood sexual abuse and attachment: An intergenerational perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 407–422.
- Mathews, B. & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence & Abuse*, 20, 131–148.
- McClellan, J., McCurry, C., Ronnei, M., Adams, J., Eisner, A. & Storck, M. (1996). Age of onset of sexual abuse: Relationship to sexually inappropriate behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1375–1383.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151, 264–269.
- Nagy, S., Adcock, A. G. & Nagy, M. C. (1994). A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics*, 93, 570–575.
- Noell, J., Rohde, P., Ochs, L., Yovanoff, P., Alter, M. J., Schmid, S., Bullard, J. & Black, C. (2001). Incidence and prevalence of chlamydia, herpes, and viral hepatitis in a homeless adolescent population. *Sexually Transmitted Diseases*, 28, 4–10. <https://doi.org/10.1097/00007435-200101000-00003>
- Noll, J. G., Guastafarro, K., Beal, S. J., Schreier, H. M., Barnes, J., Reader, J. M. & Font, S. A. (2019). Is sexual abuse a unique predictor of sexual risk behaviors, pregnancy, and motherhood in adolescence? *Journal of Research on Adolescence*, 29, 967–983.
- Noll, J. G. & Shenk, C. E. (2013). Teen birth rates in sexually abused and neglected females. *Pediatrics*, 131, e1181–e1187.
- Noll, J. G., Trickett, P. K. & Putnam, F. W. (2000). Social network constellation and sexuality of sexually abused and comparison girls in childhood and adolescence. *Child Maltreatment*, 5, 323–337.
- Noll, J. G., Trickett, P. K. & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 575–586. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.575>
- Ochen, A. M., Chi, P. C. & Lawoko, S. (2019). Predictors of teenage pregnancy among girls aged 13–19 years in Uganda: A community based case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 211.
- Orr, D. P. & Downes, M. C. (1985). Self-concept of adolescent sexual abuse victims. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 401–410.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L. & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135, 17–36.
- Pierre, N., Shrier, L. A., Emans, S. J. & DuRant, R. H. (1998). Adolescent males involved in pregnancy: Associations of forced sexual contact and risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 23, 364–369.
- Pritchard, C. & Williams, R. (2010). Comparing possible 'Child-Abuse-Related-Deaths' in England and Wales with the major developed countries 1974–2006. Signs of progress? *British Journal of Social Work*, 40, 1700–1718.
- Raj, A., Silverman, J. G. & Amaro, H. (2000). The relationship between sexual abuse and sexual risk among high school students: Findings from the 1997 Massachusetts Youth Risk Behavior Survey. *Maternal and Child Health Journal*, 4, 125–134.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W. & Hunter, J. (2008). Predicting different patterns of sexual identity development over time among lesbian, gay, and bisexual youths: A cluster analytic approach. *American Journal of Community Psychology*, 42, 266–282.
- Rotheram-Borus, M. J., Mahler, K. A., Koopman, C. & Langabeer, K. (1996). Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 390–400.
- Saewyc, E. M., Magee, L. L. & Pettingell, S. E. (2004). Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, 98–105.
- Saewyc, E. M., Taylor, D., Homma, Y. & Ogilvie, G. (2008). Trends in sexual health and risk behaviours among adolescent students in British Columbia. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 17, 1.
- Santerre-Baillargeon, M., Vézina-Gagnon, P., Daigneault, I., Landry, T. & Bergeron, S. (2017). Anxiety mediates the relation between childhood sexual abuse and genito-pelvic pain in adolescent girls. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43, 774–785.
- Simon, V. A. & Feiring, C. (2008). Sexual anxiety and eroticism predict the development of sexual problems in youth with a history of sexual abuse. *Child Maltreatment*, 13, 167–181.
- Thrane, L. E. & Chen, X. (2012). Impact of running away on girls' pregnancy. *Journal of Adolescence*, 35, 443–449.

- Trent, M., Clum, G. & Roche, K. M. (2007). Sexual victimization and reproductive health outcomes in urban youth. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 313–316.
- Vermund, S. H., Alexander-Rodriguez, T., Macleod, S. & Kelley, K. F. (1990). History of sexual abuse in incarcerated adolescents with gonorrhea or syphilis. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 449–452.
- Whitaker, D. J., Le, B., Hanson, R. K., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G. et al. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32, 529–548.
- Widom, C. & Kuhns, J. (1996). Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy. A prospective study. *American Journal of Public Health*, 86, 1607–1612.
- Wilson, H. W., Emerson, E., Donenberg, G. R. & Pettineo, L. (2013). History of sexual abuse and development of sexual risk behavior in low-income, urban african american girls seeking mental health treatment. *Women & Health*, 53, 384–404.
- Wirtz, U. (2001). *Seelenmord: Inzest und Therapie*. Freiburg: Kreuz.
- Worku, D., Gebremariam, A. & Jayalakshmi, S. (2006). Child sexual abuse and its outcomes among high school students in south-west Ethiopia. *Tropical Doctor*, 36, 137–140.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Verfügbar unter: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines
- Wu, Z. H., Berenson, A. B. & Wiemann, C. M. (2003). A profile of adolescent females with a history of sexual assault in Texas: Familial environment, risk behaviors, and health status. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16, 207–216.
- Zetterqvist, M., Svedin, C. G., Fredlund, C., Priebe, G., Wadsby, M. & Jonsson, L. S. (2018). Self-reported nonsuicidal self-injury (NSSI) and sex as self-injury (SASI): Relationship to abuse, risk behaviors, trauma symptoms, self-esteem and attachment. *Psychiatry Research*, 265, 309–316.

Förderung

Open Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Philipps-Universität Marburg.

Katharina Louisa Schulte

Philipps-Universität Marburg
 Fachbereich Psychologie
 Gutenbergstraße 18
 35037 Marburg
 katharina.schulte@uni-marburg.de

Kompetenzerleben von Psychotherapeut_innen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen

Katharina Szota, Katharina Louisa Schulte und Hanna Christiansen

Philipps-Universität Marburg

Zusammenfassung: *Theoretischer Hintergrund:* Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen nach Gewalterfahrungen ist ungenügend. Zu ihrer Verbesserung wird eine routinemäßige Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen und eine evidenzbasierte Behandlung empfohlen. Behandelnde berichten jedoch Unsicherheiten und Befürchtungen dahingehend. *Fragestellung:* Beeinflusst das therapeutische Kompetenzerleben das konfrontative Vorgehen, den Einbezug von Bezugspersonen, die berufliche Belastung und das Interesse an Weiterbildungen? *Methode:* 323 Psychotherapeut_innen nahmen an der Online-Umfrage teil. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein Strukturgleichungsmodell spezifiziert und geprüft. *Ergebnisse:* Ein höheres Kompetenzerleben ist mit einem konfrontativeren Vorgehen, einem häufigeren Einbezug von Bezugspersonen und einer geringeren beruflichen Belastung assoziiert, nicht jedoch mit einem geringeren Weiterbildungsinteresse. Organisatorische Aspekte werden als häufigste Gründe gegen Weiterbildungen genannt. *Diskussion und Schlussfolgerung:* Es ergeben sich praktische Implikationen für die inhaltliche und organisatorische Gestaltung von Weiterbildungen und Supervisionen.

Schlüsselwörter: Kinder und Jugendliche, Gewalterfahrungen, PTBS, Psychotherapie, Kompetenzerleben, Selbstwirksamkeit

The Perceived Competence of Psychotherapists in Dealing with Children and Adolescents with Experiences of Violence and Related Mental Disorders

Abstract: *Theoretical background:* The mental healthcare of children and adolescents with mental disorders following experiences of violence is deficient in Germany. For psychotherapists, it demands, on the one hand, early identification of the traumatic events and resulting mental disorders utilizing a routine exploration of violent experiences and, on the other hand, evidence-based, trauma-specific interventions including trauma confrontation and caregiver involvement. However, regular training programs for psychotherapists do not seem to sufficiently convey relevant content. German psychotherapists report insecurities in dealing with children with experiences of violence and related mental disorders. Additionally, high occupational stress is reported because of the secondary exposure to traumatic events in the context of trauma treatment. *Objective:* The present study examines whether psychotherapists' perceived competence in dealing with children with experiences of violence and related disorders is associated with the routine exploration of experiences of violence and subsequent mental disorders, the use of trauma-confrontational methods, the involvement of caregivers in treatments, occupational stress following secondary exposure to traumatic events, and their interest in further training. *Method:* A sample of 323 German psychotherapists was recruited online to participate in the survey. A structural equation model was specified and tested. *Results:* The professional experience of psychotherapists has an impact on their perceived competence in dealing with children with experiences of violence and related mental disorders. Their perceived competence in turn affects the routine exploration of and confrontational approach taken to deal with experiences of violence and related mental disorders, the involvement of caregivers in the treatment as well as the professionals' own occupational stress. Specific fears regarding the exploration of violence against children and subsequent mental disorders well known from previous studies are also reported in the present sample of German psychotherapists, in particular regarding being suggestive, dealing with caregivers, and destabilizing children. The perceived competence of therapists in dealing with children with experiences of violence and related disorders seems to be a protective factor for the development of secondary traumatic stress. Concerning their interest in further training concerning violence against children and related mental disorders, a higher perceived competence does not explain the lower interest that accompanies increasing professional experience. We also assessed other obstacles to continuing training, which indicate that organizational aspects of training programs play a major role. *Discussion and conclusion:* Practical implications for future investigations as well as for the training and supervision of psychotherapists are discussed. These efforts could in turn have a positive effect on the German mental healthcare of children and adolescents with mental disorders following experiences of violence.

Keywords: children and adolescents, violence, PTSD, psychotherapy, mental healthcare, perceived competence, self-efficacy

Immer wieder richten einzelne Gewaltverbrechen die öffentliche Aufmerksamkeit auf Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und weisen darauf hin, dass die Häufigkeit derselben durch Statistiken wie die Polizeiliche Kriminalstatistik höchstwahrscheinlich stark unterschätzt wird (Pillhofer, Ziegenhain, Nandi, Fegert & Goldbeck, 2011). Retrospektive Befragungen repräsentativer Stichproben der deutschen Bevölkerung zeigen dagegen eine hohe Prävalenz (Häuser, Schmutzer, Brähler & Glaesmer, 2011; Iffland, Brähler, Neuner, Häuser & Glaesmer, 2013; Witt, Brown, Plener, Brähler & Fegert, 2017). Knapp ein Drittel berichtet, während ihrer Kindheit und Jugend mindestens eine Form von Kindesmisshandlung erlebt zu haben (Witt et al., 2017). Betroffene weisen ein erhöhtes Risiko auf, psychische Störungen zu entwickeln (Keyes et al., 2012; McLaughlin, 2016). In einer Studie mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen wiesen 25.2 % eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auf, 21.4 % eine Störung des Sozialverhaltens, 16.2 % eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, 13.9 % eine Ausscheidungsstörung, 10.6 % eine affektive Störung und 9.6 % eine Angststörung (Ganser, Münzer, Plener, Witt & Goldbeck, 2016). Obwohl effektive psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung dieser sogenannten Traumafolgestörungen existieren (Gutermann et al., 2016; Morina, Koerssen & Pollet, 2016), persistieren die psychischen Störungen oftmals über lange Zeit und beeinträchtigen die psychosoziale Entwicklung nachhaltig (Meiser-Stedman, Smith, Yule, Glucksman & Dalgleish, 2017; Yule et al., 2000).

Ein Grund hierfür ist die unzureichende psychotherapeutische Versorgungssituation. Lediglich die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen gibt an, eine Behandlung erhalten zu haben (Hintzpeter et al., 2015; Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007). Unter Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen infolge von Gewalterfahrungen scheint der Anteil, der keine Psychotherapie erhält, mit 45 bis 80 Prozent sogar noch größer zu sein (Ganser et al., 2016; Münzer et al., 2016, 2018). Neben system- und patient_innenbezogenen Ursachen lässt sich das womöglich auch durch besondere Herausforderungen aufseiten der psychotherapeutischen Fachkräfte erklären, die mit der Versorgung der betroffenen Kinder verbunden sind. Die Identifikation der Gewalterfahrungen sowie daraus resultierender Symptome und die evidenzbasierte und traumaspezifische Behandlung einschließlich einer Traumakonfrontation und eines Einbezugs von Bezugspersonen stellen solche Herausforderungen dar.

Die Identifikation von Gewalterfahrungen ist eine wesentliche Voraussetzung für eine psychotherapeutische Versorgung. Häufig trauen sich Betroffene jedoch nicht, von sich aus von Gewalterfahrungen zu berichten oder

sind dazu nicht in der Lage (Brilleslijper-Kater, Friedrich & Corwin, 2004; Lahtinen, Laitila, Korkman & Ellonen, 2018). Nach dem Erleben von Gewalt gefragt zu werden hilft ihnen, sich anzuvertrauen (Brennan & McElvaney, 2020). Entsprechend wird empfohlen, das Erleben von traumatischen Ereignissen und damit einhergehenden Symptomen im Rahmen der Erstvorstellung routinemäßig bei allen Kindern und Jugendlichen zu explorieren (Cohen et al., 2010). So lassen sich Symptome gegebenenfalls als Folgen von traumatischen Erlebnissen einordnen (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2015).

Psychotherapeutische Fachkräfte benennen jedoch Vorbehalte gegenüber einer Exploration von Gewalterfahrungen. So befürchten sie, Bezugspersonen unbegründet der Taten zu verdächtigen (Louwers, Korfage, Af-fourtit, Koning & Moll, 2012) und betroffene Kinder und Jugendliche einer erhöhten Gefahr auszusetzen oder sie zu belasten (Becker-Blease & Freyd, 2007; Hultmann, Möller, Ormhaug & Broberg, 2014). Einer Befragung der Kinder und Jugendlichen selbst stehen zudem Befürchtungen im Hinblick auf die Verlässlichkeit und Glaubwürdigkeit ihrer Aussagen gegenüber (Bruck, Ceci & Hembrooke, 1998; Ghetti, Goodman, Eisen, Qin & Davis, 2002).

Befürchtungen zeigen sich auch hinsichtlich der Umsetzung evidenzbasierter Behandlungen von Traumafolgestörungen. Eine evidenzbasierte und traumaspezifische Psychotherapie stellt die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT) nach Cohen, Mannarino und Deblinger (2009) dar, für die nach den aktuellen deutschen S3-Leitlinien die beste wissenschaftliche Evidenz vorliegt (Rosner, Gutermann, Landolt, Plener & Steil, 2019). Das Behandlungsmanual sieht unter anderem eine graduierte Traumakonfrontation und einen Einbezug der Bezugspersonen vor. In der Praxis zeigt sich, dass konfrontative Methoden selten eingesetzt werden (Equit, Maurer, Michael & Köllner, 2018; Kröger, Kliem, Bayat Sarmadi & Kosfelder, 2010; Rosner, Henkel, Ginkel & Mestel, 2010). Behandelnde befürchten eine Symptomverstärkung sowie ein erhöhtes Risiko für Suizidalität oder einen Therapieabbruch (Becker, Zayfert & Anderson, 2004; van Minnen, Hendriks & Olf, 2010). Entsprechend beurteilen Behandelnde die Erstellung eines Traumanarrativs und den Einbezug von Bezugspersonen als Herausforderungen in der Tf-KVT (Ascienzo, Sprang & Eslinger, 2020). Hinzu kommt, dass die Annahme einer erhöhten Belastung von Behandelnden durch die Konfrontation mit Details der traumatischen Erlebnisse von Patient_innen weit verbreitet ist. Die Entwicklung von Symptomen einer PTBS durch diese sekundäre Konfrontation wird als sekundärer traumatischer Stress (STS) bezeichnet (Lups, Kliem & Kröger, 2012). Bisherige Studienergebnisse zur Prävalenz unter Psychotherapeut_innen

sind inkonsistent (Jurisch, Kolassa, & Elbert, 2009; Lups et al., 2012). Die Untersuchung von Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von STS ist daher von großer Relevanz. Bisher konnten nur wenige Risikofaktoren identifiziert werden (Hensel, Ruiz, Finney & Dewa, 2015).

Ein möglicher Risikofaktor für STS, der darüber hinaus auch Einfluss auf die Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen sowie die Durchführung traumakonfrontativer Behandlungen zeigen könnte, ist das traumaspezifische therapeutische Kompetenzerleben. In mehreren Umfragen berichteten psychotherapeutische Fachkräfte Unsicherheiten in der Identifikation von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, in der Gesprächsführung und im Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen, sowie hinsichtlich des Vorgehens im Falle einer Kindeswohlgefährdung (Bertsch, 2016; Liebhardt et al., 2013). Erste Untersuchungen lassen annehmen, dass sich ein allgemein geringes therapeutisches Kompetenzerleben auf die berufliche Belastung auswirkt sowie auf die Bereitschaft zur Behandlung einzelner Patient_innen (Thériault & Gazzola, 2008, 2010). Dies steht im Einklang mit Befunden einer selteneren Behandlung von Störungsbildern, bei denen psychotherapeutische Fachkräfte Kompetenzdefizite erleben (Klose, 2015) und einer größeren Bereitschaft zur Behandlung von „leichteren“ Störungen (Schnell, Katte & Gast, 2015). Es wird zudem berichtet, dass traumaspezifische Kenntnisse und Methoden im Rahmen der Psychotherapieausbildung unzureichend vermittelt werden (Müller, Klewer & Karutz, 2019). In Interviews berichteten Behandelnde, dass Gefühle der therapeutischen Inkompetenz zu einer Teilnahme an Fortbildungen motivieren könnten (Thériault & Gazzola, 2008). Auch auf das Interesse an einer traumatherapeutischen Weiterbildung könnte das Kompetenzerleben daher einen Einfluss haben.

Unseres Wissens liegen bislang keine Studien vor, die untersuchen, wie sich das traumabezogene therapeutische Kompetenzerleben auf die Exploration von Gewalterfahrungen und die Diagnostik und Behandlung von Traumafolgestörungen, die berufliche Belastung sowie das Weiterbildungsinteresse von Behandelnden auswirkt. Die vorliegende Studie untersucht daher, ob weniger eine größere Berufserfahrung als vielmehr ein höheres therapeutisches Kompetenzerleben eine häufigere routinemäßige Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen und Traumakonfrontation, eine geringere berufliche Belastung durch sekundären traumatischen Stress sowie ein geringeres Weiterbildungsinteresse beeinflusst. Es wird erwartet, dass psychotherapeutische Fachkräfte mit Approbation ein höheres Kompetenzerleben berichten als Fachkräfte ohne Approbation. Zudem sollen Hindernisse einer routinemäßigen Exploration

und einer Inanspruchnahme von Weiterbildungen erfasst werden.

Methoden

Stichprobe

An der Online-Studie konnten Psychologische Psychotherapeut_innen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut_innen und Fachärzt_innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Ausbildung bzw. Weiterbildung oder mit Approbation teilnehmen. 650 Personen gaben ihr Einverständnis zur Studienteilnahme und konnten daraufhin die Befragung ausfüllen, 323 (49.7%) schlossen diese ab. Von diesen gaben 271 (83.9%) ein weibliches Geschlecht an. Das Alter der Stichprobe liegt zwischen 23 und 71 Jahren ($M = 38.61$, $SD = 10.56$). Über die Hälfte der Studienteilnehmenden gab an, über eine Approbation zu verfügen (61.3%). Knapp die Hälfte (46.9%) der approbierten Studienteilnehmenden verfügt über eine traumaspezifische Qualifikation. Weitere Angaben sind in Tabelle E1 im Elektronischen Supplement 1 (ESM 1) dargestellt.

Durchführung

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Marburg begutachtet. Es wurden keine grundlegenden ethischen Bedenken festgestellt. Die Datenerhebung erfolgte über das wissenschaftliche Umfrageportal SoSci Survey (www.sosicisurvey.de) vom 26.09.2019 bis zum 23.01.2020. Die Einladung zur Studienteilnahme wurde über E-Mail Verteiler von Berufsverbänden, Kliniken, Ambulanzen und Praxen, Ausbildungsinstituten und Universitäten sowie in Facebookgruppen verbreitet.

Erhebungsverfahren

Demografische Angaben

Das Alter, Geschlecht und die Staatsangehörigkeit der Teilnehmenden wurde erfasst. Zusätzlich beantworteten sie Fragen zu ihrem Studienabschluss, ihrer Weiterbildung und beruflichen Tätigkeit. Mit einem Item wurde gefragt, wie viele Patient_innen mit Traumafolgestörungen bereits behandelt wurden. Die Beurteilung erfolgte auf einer 6-stufigen Likert Skala von 0 („Keinen Fall“) bis 5 („Über 20 Fälle“).

Kompetenzerleben

Mit 14 Items wurde das therapeutische Kompetenzerleben im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen erfasst. Hierbei wurden zum einen eigene Kenntnisse beurteilt, zum anderen das Ausmaß, in welchem die Teilnehmenden sich z. B. die Identifikation von Traumafolgestörungen zutrauen. Die Beurteilung erfolgte auf einer 5-stufigen Likert Skala von 0 („Sehr gering“ bzw. „In sehr geringem Ausmaß“) bis 4 („Sehr groß“ bzw. „In sehr großem Ausmaß“). Die interne Konsistenz ist in der vorliegenden Stichprobe ($\alpha = .95$) als exzellent zu beurteilen. Alle Items sind in Tabelle E2 im ESM 1 abgebildet.

Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen

Mit jeweils einem dichotomen Item (1 = Nein, 2 = Ja) wurde erfasst, ob die Studienteilnehmenden bei jedem Patienten/jeder Patientin explorieren, ob Gewalterfahrungen bzw. eine Traumafolgestörung vorliegt. Bei Verneinung wurde die Zustimmung zu jeweils 17 Aussagen auf einer 5-stufigen Likert Skala von 0 („In sehr geringem Ausmaß“) bis 4 („In sehr großem Ausmaß“) beurteilt. Auf Grundlage der angeführten Literatur umfassen diese Aussagen fehlende Kapazitäten (z. B. „Dafür ist keine Zeit“, Louwers et al., 2012), befürchtete Folgen durch die Exploration (z. B. „Ich fürchte, den Patienten zu destabilisieren“, Hultmann et al., 2014), befürchtete Suggestion (Ghetti et al., 2002) und Zweifel an der Verlässlichkeit kindlicher Aussagen (Bruck et al., 1998).

Traumakonfrontation in Behandlungen

Mit einem Item wurde erfragt, in welchem Ausmaß traumakonfrontative Methoden in der Behandlung eingesetzt werden. Die Beurteilung erfolgte auf einer 5-stufigen Likert Skala von 0 („Ausschließlich stabilisierend“) bis 4 („Ausschließlich konfrontierend“).

Einbezug von Bezugspersonen

Mit fünf Items wurde erfragt, in welchem Ausmaß Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen werden. Auf einer 6-stufigen Likert Skala von 0 („Überhaupt nicht“) bis 5 („In sehr großem Ausmaß“) wurde das Ausmaß einer (1) ausführlichen Psychoedukation, (2) Vermittlung von Erziehungsfertigkeiten, (3) Vermittlung von Fähigkeiten zum Ausdruck und zur Modulation von Gefühlen, (4) Bearbeitung von dysfunktionalen traumabezogenen Kognitionen, und (5) Empfehlung einer eigenen Therapie falls indiziert beurteilt. Die interne Konsistenz der Skala ist in der vorliegenden Stichprobe ($\alpha = .91$) exzellent.

Berufliche Belastung

Die berufliche Belastung durch eine berufsbedingte sekundäre Exposition gegenüber traumatischen Ereignissen wurde mit der Skala „Sekundärer traumatischer Stress“ (STS) der *Professional Quality of Life* (ProQoL, Stamm, 2010; deutsche Version: Gräßer, Hovermann & Kebé, 2016) erfasst. 10 Items wurden auf einer 5-stufigen Likert Skala von 1 („Nie“) bis 5 („Sehr oft/Immer“) beurteilt. Für die englischsprachige Originalskala wird eine gute Reliabilität berichtet ($\alpha = .81$, Stamm, 2010), für eine der deutschen Version sehr ähnliche österreichische Übersetzung finden sich mäßige bis akzeptable Werte ($\alpha = .63$ bis $.78$, Kipf, 2019). In der vorliegenden Stichprobe ist die interne Konsistenz ($\alpha = .79$) akzeptabel. Eine Untersuchung der Validität der deutschen Version steht aus.

Weiterbildungsinteresse

Mit jeweils einem dichotomen Item (1 = Nein, 2 = Ja) wurde das Interesse an einer Weiterbildung (1) zur Identifikation von und zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und (2) in traumaspezifischen Therapiemethoden erfasst. Bei Verneinung wurde erfragt, wieso kein Interesse besteht, bei Bejahung, was sie bislang von einer Weiterbildung abgehalten hat. Hierfür konnten jeweils 21 vorgegebene Antwortmöglichkeiten ausgewählt werden oder weitere Gründe angegeben werden.

Statistische Analyse

Die statistische Analyse erfolgte mit IBM SPSS Statistics, Version 26. Ein Strukturgleichungsmodell wurde spezifiziert, um die multivariaten Zusammenhänge zwischen den latenten Konstrukten Berufserfahrung (UV), Kompetenzerleben (Mediator) und konfrontatives Vorgehen, Einbezug von Bezugspersonen, Berufsbelastung und Interesse an Weiterbildungen (Outcomevariablen) zu analysieren. Die Berufserfahrung wurde durch das Alter, den Approbationsstatus und die Anzahl der bereits behandelten Patient_innen mit Traumafolgestörungen erfasst, das konfrontative Vorgehen durch die Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen und das Ausmaß der Traumakonfrontation. Eine adäquate Abbildung der latenten Konstrukte durch die Indikatoren wurde angenommen, wenn alle Indikatoren substantielle und signifikante Faktorladungen ($> .30$) aufwiesen (Kline, 1994).

Trotz Abweichung von der multivariaten Normalverteilung wurden die Modellparameter unter Verwendung des Full-Information-Maximum-Likelihood-Verfahrens (FIML) in IBM SPSS Amos geschätzt, da es die Nutzung unvollständiger Datensätze ohne Imputation fehlender

Tabelle 1. Gründe gegen eine routinemäßige Exploration

	Gewalterfahrungen M (SD)	Traumafolgestörungen M (SD)
Vertrauen auf die eigene Intuition und klinische Erfahrung	3.19 (1.02)	3.34 (1.10)
Angst vor Suggestion	2.44 (1.11)	2.26 (1.11)
Umgang mit den Bezugspersonen ohne Schuldzuweisung	2.25 (1.28)	< 2.00
Fehlende Notwendigkeit	2.21 (1.19)	2.48 (1.21)
Verlässlichkeit der Angaben von Kindern und Jugendlichen	2.12 (0.96)	< 2.00
Furcht vor den Reaktionen der Bezugspersonen	2.11 (1.15)	< 2.00
Angst vor Retraumatisierung	< 2.00	2.14 (1.07)
Angst vor Destabilisierung	< 2.00	2.03 (0.99)

Anmerkung: Nur Items mit großer Zustimmung ($M > 2.00$) werden berichtet.

Daten ermöglicht. Zur Beurteilung der Modellanpassung wurde das χ^2/df -Verhältnis berücksichtigt. Werte unter 3 werden als akzeptabel, Werte unter 2 als gut beurteilt (Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003). Zudem wurden der Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) und der Comparative Fit Index (CFI) berechnet. $RMSEA < .06$ bis $< .08$ und $CFI \geq 0.95$ kennzeichnen eine gute Modellanpassung (Hu & Bentler, 1999; Schreiber, Nora, Stage, Barlow & King, 2006). Die Signifikanz der Mediationseffekte wurde mithilfe des Sobel-Tests (Sobel, 1982, 1986) überprüft. Um den möglichen Einfluss der jeweils anderen Outcomevariablen auf die Mediation auszuschließen, erfolgten zusätzliche Analysen in separaten Modellen unter Kontrolle dieser Variablen.

Ergebnisse

Deskriptive Ergebnisse

Kompetenzerleben

Durchschnittlich am geringsten beurteilen die Studienteilnehmenden ihre Kompetenzen im Umgang mit Bezugspersonen im Fall von innerfamiliärer Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Gewalterfahrungen und zum Einsatz traumaspezifischer Methoden. Studienteilnehmende mit Approbation bewerten ihr Kompetenzerleben als signifikant größer als jene ohne Approbation. Weitere Informationen finden Sie in Tabelle E2 im ESM 1.

Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen

Eine Exploration von Gewalterfahrungen bei jedem vorstelligen Kind oder Jugendlichen berichten 46.4% der

Teilnehmenden, eine Exploration von Traumafolgestörungen 59.8%. Tabelle 1 zeigt die am häufigsten bestätigten Gründe gegen eine routinemäßige Exploration.

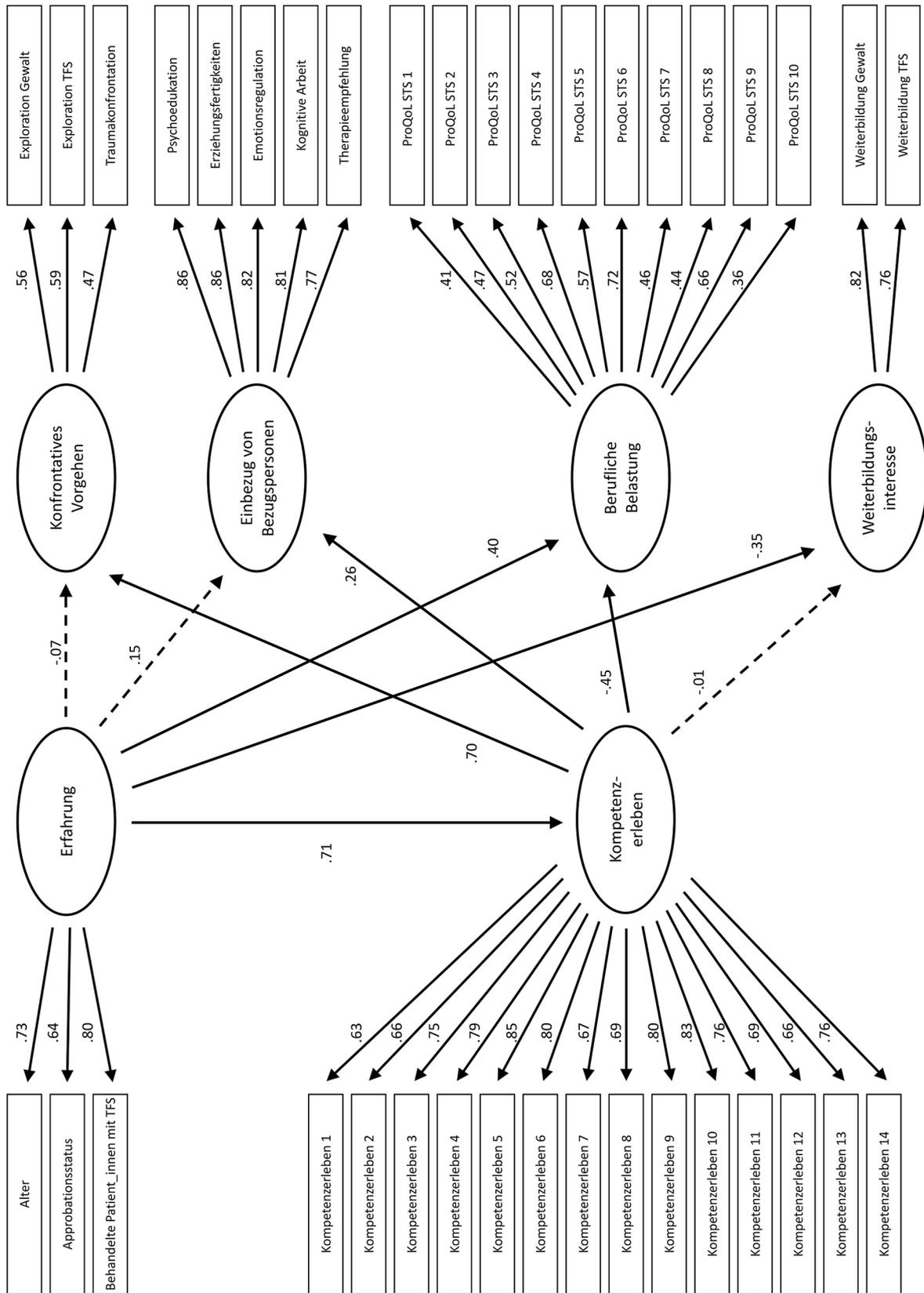
Weiterbildungsinteresse

Interesse an einer Weiterbildung zu Gewalterfahrungen berichten 84.2%. Unter jenen ohne traumaspezifische Qualifikation berichten 65.6% Interesse an einer Weiterbildung in traumaspezifischen Therapiemethoden. Die am häufigsten bestätigten Gründe gegen Weiterbildungen sind die Kosten, der Zeitaufwand, die räumliche Entfernung und die fehlende Möglichkeit, Weiterbildungen in den Alltag zu integrieren. Alle Gründe sind in Tabelle E3 im ESM 1 dargestellt.

Ergebnisse des Strukturgleichungsmodells

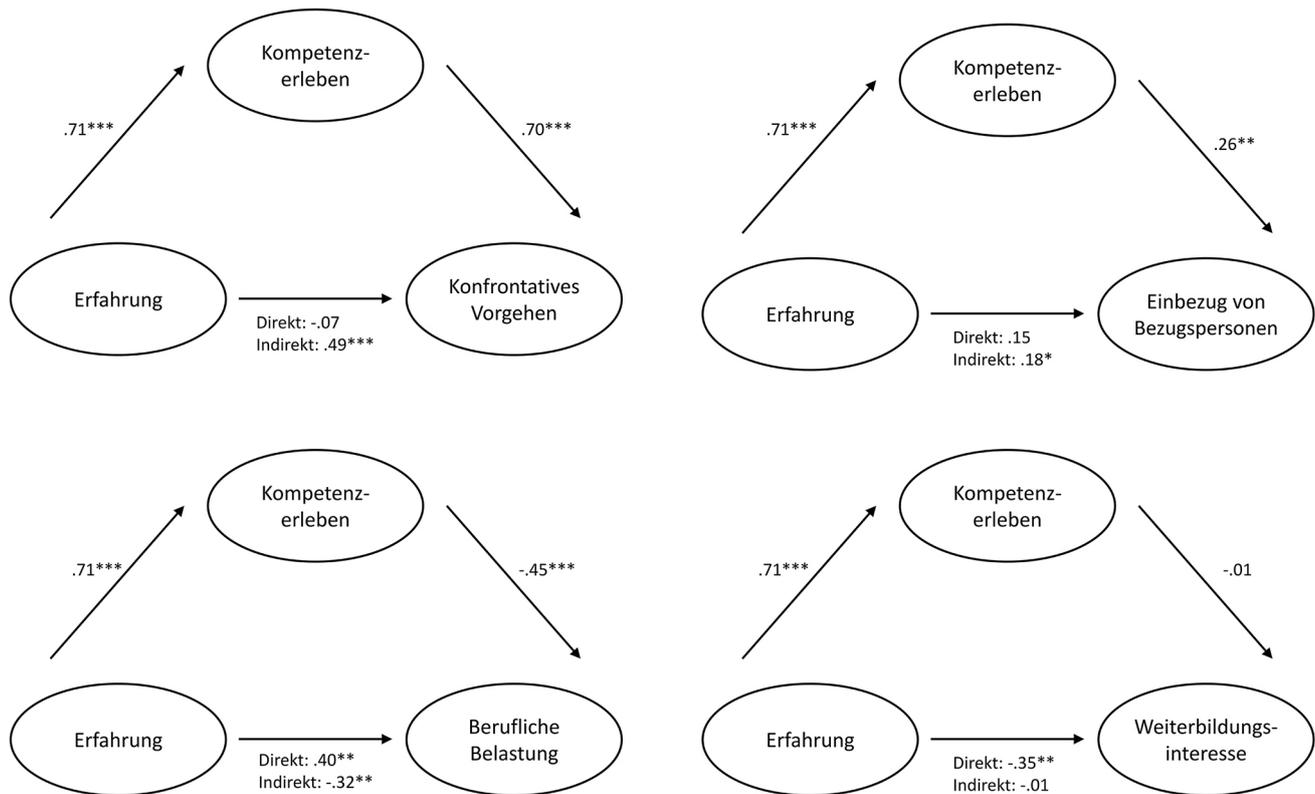
Das Strukturgleichungsmodell (Abb. 1) weist eine akzeptable Modellanpassung auf: $\chi^2 = 1616.82$, $df = 613$, $\chi^2/df = 2.64$, $RMSEA [90\%-KI] = .071 [0.067 ; .076]$, $CFI = .85$. Die Berufserfahrung steht in einem signifikanten Zusammenhang zu dem Kompetenzerleben ($\beta = 0.71$, $p < .001$), der beruflichen Belastung ($\beta = 0.40$, $p = .002$) und dem Interesse an Weiterbildungen ($\beta = -0.35$, $p = .003$), nicht jedoch zu dem konfrontativen Vorgehen ($\beta = -0.07$, $p = .544$) und dem Einbezug von Bezugspersonen ($\beta = 0.15$, $p = .131$). Das Kompetenzerleben steht in einem signifikanten Zusammenhang zu dem konfrontativen Vorgehen ($\beta = 0.70$, $p < .001$), dem Einbezug von Bezugspersonen ($\beta = 0.26$, $p = .006$) und der beruflichen Belastung ($\beta = -0.45$, $p < .001$), nicht jedoch zu dem Interesse an Weiterbildungen ($\beta = -0.01$, $p = .957$).

Die direkten Effekte der Berufserfahrung und die indirekten Effekte über das Kompetenzerleben finden sich in Abbildung 2. Das Kompetenzerleben erweist sich als signifikanter Mediator des Effekts der Berufserfahrung auf



Anmerkungen: TFS: Traumafolgestörungen, ProQoL STS: Items der Skala Sekundärer traumatischer Stress des ProQoL, Kompetenzerleben 1 – 14: Items der Skala Kompetenzerleben, vgl. Tabelle E2. Gestrichelte Pfeile stellen nicht signifikante Ergebnisse dar, durchgängige Pfeile sind signifikant mit $p < .05$.

Abbildung 1. Strukturgleichungsmodell mit standardisierten Regressionsgewichten.



Anmerkungen: Es werden die standardisierten Koeffizienten (Beta) angegeben. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Abbildung 2. Direkte Effekte der Berufserfahrung auf die Outcomevariablen und indirekte Effekte über das traumatherapeutische Kompetenzerleben.

das konfrontative Vorgehen ($z = 4.85, p < .001$) und auf den Einbezug von Bezugspersonen ($z = 2.36, p = .018$). Hinsichtlich der beruflichen Belastung zeigt sich eine partielle Mediation des Effekts ($z = -3.12, p = .002$); hinsichtlich des Weiterbildungsinteresses zeigt sich keine signifikante Mediation des Kompetenzerlebens ($z = -0.02, p = .984$). Diese Ergebnisse zeigen sich auch bei Kontrolle der jeweils anderen Outcomevariablen.

Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stützen die Annahme eines Einflusses des therapeutischen Kompetenzerlebens im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen auf das konfrontative Vorgehen, bestehend aus einer routinemäßigen Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen und dem Einsatz konfrontativer Therapiemethoden, sowie auf den Einbezug von Bezugspersonen und die berufliche Belastung durch sekundären traumatischen Stress.

Ein höheres Kompetenzerleben erklärt den Zusammenhang zwischen einer größeren Berufserfahrung und einem konfrontativeren Vorgehen. Dies steht im Einklang mit früheren Studien, in denen Behandelnde Befürchtungen hinsichtlich der Exploration von Gewalterfahrungen sowie des Einsatzes konfrontativer Behandlungsmethoden berichteten (Becker-Blease & Freyd, 2007; Hultmann et al., 2014). Die in der vorliegenden Studie am häufigsten berichteten Gründe gegen eine routinemäßige Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen stellen überwiegend bekannte Befürchtungen dar. Trauen sich Behandelnde nicht zu, mit den von ihnen befürchteten Folgen ihres Handelns umzugehen, vermeiden sie eher ein konfrontatives Vorgehen.

Ein höheres Kompetenzerleben erklärt zudem den Zusammenhang zwischen einer größeren Berufserfahrung und einem stärkeren Einbezug von Bezugspersonen. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Studienergebnissen, nach denen Behandelnde den Einbezug von Bezugspersonen als Herausforderung wahrnehmen (Ascienzo et al., 2020).

Psychotherapeutische Fachkräfte mit größerer Berufserfahrung berichten in der vorliegenden Studie von einer stärkeren Belastung durch sekundären traumatischen

Stress. Das Kompetenzerleben zeigt eine partielle Mediation dieses Zusammenhangs. Dabei berichten Behandelnde mit höherem Kompetenzerleben von einer geringeren Belastung, sodass das Kompetenzerleben als Schutzfaktor betrachtet werden kann. Dies steht im Einklang mit einer früheren Studie, in der das Selbstvertrauen von Behandelnden, evidenzbasierte Methoden einsetzen zu können, als Schutzfaktor vor einer emotionalen Erschöpfung identifiziert wurde (Kim et al., 2018).

Der Zusammenhang zwischen einer größeren Berufserfahrung und einem geringeren Interesse an Weiterbildungen zu Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und Traumafolgestörungen wird in der vorliegenden Studie nicht durch ein höheres Kompetenzerleben erklärt. Als Gründe gegen Weiterbildungen werden in der vorliegenden Studie dagegen insbesondere organisatorische Aspekte genannt wie die Kosten, der Zeitaufwand und die räumliche Entfernung.

Aus den Studienergebnissen ergeben sich Implikationen für die inhaltliche und organisatorische Gestaltung von Weiterbildungen und Supervisionen. So sollten diese auf die Erhöhung des Kompetenzerlebens der Behandelnden und den gezielten Abbau von Befürchtungen vor einem konfrontativen Vorgehen zielen. Auch sollte der Umgang mit Bezugspersonen explizit adressiert werden. Erste Untersuchungen zeigen, dass sich durch ein Tf-KVT Training das Selbstwirksamkeitserleben von Therapeut_innen in ihrem Einbezug von Bezugspersonen verbessern lässt (Woody, Anderson & D'Souza, 2015). Die Kombination einer Tf-KVT Fortbildung mit einem Selbstfürsorge-Ansatz führte zu einem größeren traumatherapeutischen Kompetenzerleben und einer geringeren Belastung (Deblinger, Pollio, Cooper & Steer, 2020). Online-Fortbildungen, wie bereits entwickelt und evaluiert (Sansen et al., 2020), könnten eine niedrigschwellige Möglichkeit zur Dissemination evidenzbasierter Methoden zur Identifikation und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen darstellen.

Limitationen

Eine methodische Limitation der vorliegenden Studie stellt der Einsatz selbstgenerierter und zuvor nicht testtheoretisch untersuchter Skalen und einzelner Items dar. Die Items zur routinemäßigen Exploration von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen sind nur begrenzt aussagekräftig, da unklar bleibt, wie diese Exploration erfolgt (z. B. testdiagnostisch, anamnestic). Die Ergebnisse des Strukturgleichungsmodells sollten aufgrund der verletzten Verteilungsvoraussetzung mit Vorsicht interpretiert werden. Das querschnittliche Studiendesign er-

laubt zudem keine Überprüfung der angenommenen Wirkrichtungen. Zuletzt handelt es sich angesichts einer Überrepräsentation von Fachkräften in Ausbildung und mit Fachkunde Verhaltenstherapie um keine repräsentative Stichprobe. Die große Anzahl weiblicher Teilnehmer erlaubt nur begrenzt Rückschlüsse auf männliche Behandelnde. Der hohe Anteil von Teilnehmenden mit traumaspezifischer Qualifikation könnte auf eine Selbstselektion besonders interessierter Fachkräfte hinweisen. Eine Replikation der Ergebnisse sollte angestrebt werden.

Implikationen

Die Ergebnisse sind von praktischer Relevanz für die Gestaltung von Weiterbildungen und Supervisionen. Weiterbildungen sollten niedrigschwellig organisiert werden. Konkrete Befürchtungen von Behandelnden sollten explizit adressiert werden. Die Erhöhung des Kompetenzerlebens von psychotherapeutischen Fachkräften im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen könnte einen positiven Einfluss auf die Versorgungssituation haben.

Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000347>

ESM 1. Tabelle E1, E2 und E3.

Die Tabellen zeigen zusätzliche demografische und berufliche Merkmale der Stichprobe, Angaben zum Kompetenzerleben und zu Gründen eines fehlenden Weiterbildungsinteresses.

Literatur

- Ascienzo, S., Sprang, G. & Eslinger, J. (2020). Disseminating TF-CBT: A mixed methods investigation of clinician perspectives and the impact of training format and formalized problem-solving approaches on implementation outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26, 1657–1668. <https://doi.org/10.1111/jep.13351>
- Becker, C. B., Zayfert, C. & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277–292.
- Becker-Blease, K. A. & Freyd, J. J. (2007). The ethics of asking about abuse and the harm of "don't ask, don't tell". *American Psychologist*, 62, 330–332.
- Bertsch, B. (2016). *Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes. Wissenschaftliche Grundlagen Ergebnisbericht zu Erhebungen im Gesundheitswesen*. Verfügbar unter: <https://www.dji.de/fi>

- leadadmin/user_upload/bibs2016/BKISchG_Gesundheitswesen.pdf
- Brennan, E. & McElvaney, R. (2020). What helps children tell? A qualitative meta-analysis of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse Review*, 29, 97–113.
- Brilleslijper-Kater, S. N., Friedrich, W. N. & Corwin, D. L. (2004). Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: Theory and research challenges. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1007–1017.
- Bruck, M., Ceci, S. J. & Hembrooke, H. (1998). Reliability and credibility of young children's reports: From research to policy and practice. *American Psychologist*, 53, 136–151.
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R. et al. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 414–430.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E. & Goldbeck, L. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer.
- Deblinger, E., Pollio, E., Cooper, B. & Steer, R. A. (2020). Disseminating trauma-focused cognitive behavioral therapy with a systematic self-care approach to addressing secondary traumatic stress: PRACTICE what you preach. *Community Mental Health Journal*, 56, 1531–1543.
- Equit, M., Maurer, S., Michael, T. & Köllner, V. (2018). Konfrontation oder Stabilisierung: Wie planen Verhaltenstherapeuten die Behandlung bei Posttraumatischer Belastungsstörung? *Verhaltenstherapie*, 28, 7–14.
- Ganser, H. G., Münzer, A., Plener, P. L., Witt, A. & Goldbeck, L. (2016). Kinder und Jugendliche mit Misshandlungserfahrungen: Bekommen sie die Versorgung, die sie brauchen? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59, 803–810.
- Ghetti, S., Goodman, G. S., Eisen, M. L., Qin, J. & Davis, S. L. (2002). Consistency in children's reports of sexual and physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 26, 977–995.
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J. & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19, 77–93.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: Results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108, 287–294.
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C. & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 83–91.
- Hintzpeter, B., Klasen, F., Schön, G., Voss, C., Hölling, H. & Ravens-Sieberer, U. (2015). Mental health care use among children and adolescents in Germany: Results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 705–713.
- Hu, L.-T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1–55.
- Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S. M. & Broberg, A. (2014). Asking routinely about intimate partner violence in a child and adolescent psychiatric clinic: A qualitative study. *Journal of Family Violence*, 29, 67–78.
- Iffland, B., Brähler, E., Neuner, F., Häuser, W. & Glaesmer, H. (2013). Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. *BMC Public Health*, 13, 980.
- Jurisch, F., Kolassa, I.-T. & Elbert, T. (2009). Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38, 250–261.
- Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., McLaughlin, K. A., Wall, M. M., Grant, B. F. et al. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 107–115.
- Kim, J. J., Brookman-Frazee, L., Gellatly, R., Stadnick, N., Barnett, M. L. & Lau, A. S. (2018). Predictors of burnout among community therapists in the sustainment phase of a system-driven implementation of multiple evidence-based practices in children's mental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49, 131–142.
- Kipf, S. (2019). *Die Validierung der österreichischen Übersetzung der Professional Quality of Life Scale (ProQOL)* (Masterarbeit). Universität Wien. Verfügbar unter <https://othes.univie.ac.at/59391/>
- Kline, P. (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*. London: Routledge.
- Klose, M. (2015). *Therapeutische Kompetenz: Welchen Einfluss haben Supervision, Intervision und Selbsterfahrung? Spielt auch Erfahrung eine Rolle?* Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science, University of Applied Sciences and Medical University. Hamburg. Verfügbar unter <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/versorgungsforschung/20150812-masterarbeit-klose.pdf>
- Kröger, C., Kliem, S., Bayat Sarmadi, N. & Kosfelder, J. (2010). Versorgungsrealität bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 116–127.
- Lahtinen, H.-M., Laitila, A., Korkman, J. & Ellonen, N. (2018). Children's disclosures of sexual abuse in a population-based sample. *Child Abuse & Neglect*, 76, 84–94.
- Liebhart, H., König, E., Hoffmann, U., Niehues, J., Rittmeier, J. & Fegert, J. M. (2013). Weiterbildungsbedarf im ärztlichen, psychotherapeutischen und pädagogischen Handlungsfeld im Umgang mit sexuellem Kindesmissbrauch. *Nervenheilkunde*, 32, 848–855.
- Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Koning, H. J. de & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12, 167.
- Lups, F., Kliem, S. & Kröger, C. (2012). Sekundäre Traumatisierung: Eine Umfrage unter Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 94–99.
- McLaughlin, K. A. (2016). Future directions in childhood adversity and youth psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45, 361–382.
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Yule, W., Glucksman, E. & Dalgleish, T. (2017). Posttraumatic stress disorder in young children 3 years posttrauma. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78, 334–339.
- Morina, N., Koerssen, R. & Pollet, T. V. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 47, 41–54.
- Müller, M., Klewer, J. & Karutz, H. (2019). Ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47, 314–322.
- Münzer, A., Fegert, J. M., Ganser, H. G., Loos, S., Witt, A. & Goldbeck, L. (2016). Please tell! Barriers to disclosing sexual victimization and subsequent social support perceived by children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 31, 355–377.

- Münzer, A., Fegert, J. M. & Goldbeck, L. (2015). Traumaanamnese und posttraumatische Stresssymptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. *Psychiatrische Praxis*, 42, 96–101.
- Münzer, A., Rosner, R., Ganser, H. G., Naumann, A., Plener, P. L., Witt, A. et al. (2018). Usual care for maltreatment-related pediatric posttraumatic stress disorder in Germany. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46, 135–141.
- Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Nandi, C., Fegert, J. M. & Goldbeck, L. (2011). Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 64–71.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871–878.
- Rosner, R., Gutermann, J., Landolt, M. A., Plener, P. & Steil, R. (2019). Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen. In I. Schäfer, U. Gast & A. Hofmann (Hrsg.), *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 59–82). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rosner, R., Henkel, C., Ginkel, K. & Mestel, R. (2010). Was passiert nach der stationären Stabilisierung mit komplex traumatisierten PTB-Patientinnen? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 127–135.
- Sansen, L. M., Saupe, L. B., Steidl, A., Fegert, J. M., Hoffmann, U. & Neuner, F. (2020). Development and randomized-controlled evaluation of a web-based training in evidence-based trauma therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51, 115–124.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research*, 8, 23–74.
- Schnell, T., Katte, S. von & Gast, U. (2015). Bereitschaft niedergelassener Therapeuten zur Behandlung von Patienten mit komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 83, 516–521.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A. & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, 99, 323–338.
- Sobel, M.E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological Methodology*, 13, 290–312.
- Sobel, M.E. (1986). Some new results on indirect effects and their standard errors in covariance structure models. *Sociological Methodology*, 16, 159–186.
- Stamm, B. (2010). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5* (ProQOL). Deutsche Version: Gräber, M., Hovermann, E. & Kebé, M. (2016). Verfügbar unter: http://proqol.org/uploads/ProQOL_German-final.pdf
- Thériault, A. & Gazzola, N. (2008). Feelings of incompetence among experienced clinicians: A substantive theory. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 3, 19–29.
- Thériault, A. & Gazzola, N. (2010). Therapist feelings of incompetence and suboptimal processes in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 233–243.
- van Minnen, A., Hendriks, L. & Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 312–320.
- Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2017). Child maltreatment in Germany: Prevalence rates in the general population. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 47.
- Woody, J. D., Anderson, D. K. & D'Souza, H. J. (2015). Dissemination of trauma-focused cognitive-behavioral therapy with community practitioners: Focus on self-efficacy. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 12, 323–335.
- Yule, W., Bolton, D., Udwin, O., Boyle, S., O'Ryan, D. & Nurrish, J. (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41, 503–511.

Förderung

Open Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Philipps-Universität Marburg.

Katharina Szota

Philipps-Universität Marburg
Gutenbergstraße 18
35032 Marburg
szota@staff.uni-marburg.de

Lebenslauf

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: Katharina Louisa Schulte

WERDEGANG

Seit 04/2021 **Wissenschaftliche Mitarbeiterin** an der Philipps-Universität Marburg
Projektkoordination im BMBF-geförderten Projekt „Bringing empirically supported treatments to children and adolescents after child abuse and neglect (BESTFORCAN)“

Lehre an der Philipps-Universität Marburg

Lehrveranstaltungen für Studierende zum Thema „Traumafokussierte KVT bei Kindern und Jugendlichen“

Seit 10/2018 **Doktorandin am Fachbereich Psychologie** der Philipps-Universität Marburg; AG Kinder- und Jugendpsychologie; Projekt „Bringing empirically supported treatments to children and adolescents after child abuse and neglect (BESTFORCAN)“, Promotion zum Thema “Die Entwicklung von Sexualität bei Kindern und Jugendlichen mit sexualisierten Gewalterfahrungen” (Anleiterin: Prof. Dr. H. Christiansen)

Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin am Institut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung Marburg (KJ-IPAM)

01/2017 - 08/2018 **Masterstudium**
Leiden University, Leiden, Niederlande
Child and Adolescent Psychology (Masterdiplom erworben)
In englischer und niederländischer Sprache

Klinisches Praktikum in der LVR-Klinik Bedburg-Hau; Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (560 Stunden)

10/2016 - 12/2016 **Auslandsemester** an der Lancaster University, Lancaster, UK

09/2013 - 12/2016 **Bachelorstudium**
University of Twente, Enschede, Niederlande
Psychologie (Bachelordiplom erworben)
In englischer und niederländischer Sprache

08/2005 - 06/2013 **Abitur**
Gymnasium am Oelberg, Königswinter

PUBLIKATIONEN

Schulte, K., Szota, K., & Christiansen, H. (2021). Die Entwicklung von Sexualität bei Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Gewalterfahrungen. Eine systematische Übersicht über Auswirkungen auf die Sexualität. *Kindheit und Entwicklung, 30(3), 172-182.*

Szota, K., Schulte, K., & Christiansen, H. (2021). Kompetenzerleben von Psychotherapeut_innen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen. *Kindheit und Entwicklung, 30(3), 192-201.*

Schulte, K., Szota K., & Christiansen, H. (under review). *Sexual Risk Behaviour of Children and Adolescents with a History of Sexual Violence: A Meta-Analytic Review*

Szota, K., Schulte, K., Albrecht, B. & Christiansen, H. (under review). Interventions involving caregivers for children and adolescents following traumatic events: A systematic review and meta-analysis.

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich meine Dissertation

Gewalterfahrungen im Kindes- und Jugendalter:

Auswirkungen auf die Sexualität, Behandlung und therapeutische Belastung

selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe Dritter angefertigt und andere als die in der Dissertation angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Dritte waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der Dissertation nicht beteiligt; insbesondere habe ich hierfür nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Kein Teil dieser Arbeit ist in einem anderen Promotions- oder Habilitationsverfahren verwendet worden. Mit dem Einsatz von Software zur Erkennung von Plagiaten bin ich einverstanden.

Darüber hinaus habe ich keine frühere Promotion versucht.

Marburg, den 24.08.2021

(Ort/Datum)



(Unterschrift mit Vor- und Zuname)

Erklärung über die Prozentverteilung

Studie 1: Die Entwicklung von Sexualität bei Kindern und Jugendlichen mit sexuellen Gewalterfahrungen. Eine systematische Übersicht über Auswirkungen auf die Sexualität

Schulte, Katharina	70%
Szota, Katharina	25%
Christiansen, Hanna	5%

Studie 2: Sexual Risk Behaviour of Children and Adolescents with a History of Sexual Violence: A Meta-Analytic Review

Schulte, Katharina	70%
Szota, Katharina	25%
Christiansen, Hanna	5%

Studie 3: Interventions involving caregivers for children and adolescents following traumatic events: A systematic review and meta-analysis

Szota, Katharina	70%
Schulte, Katharina	20%
Albrecht, Björn	5%
Christiansen, Hanna	5%

Studie 4: Kompetenzerleben von Psychotherapeut_innen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen

Szota, Katharina	70%
Schulte, Katharina	25%
Christiansen, Hanna	5%



Katharina Louisa Schulte



Prof. Dr. Hanna Christiansen