

ENTWICKLUNGSANGEPASSTE KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE (E-KVT) ZUR BEHANDLUNG EINER PTBS NACH MISSBRAUCH BEI JUGENDLICHEN

Eine Fallgeschichte

- ◆ Rita Rosner, Eline Rimane, Patrick Fornaro,
Simone Matulis & Regina Steil

Zusammenfassung: Viele Kinder und Jugendliche entwickeln in der Folge von körperlichem oder sexuellem Missbrauch psychische Störungen, wie zum Beispiel eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depressionen, dissoziative Störungen und Substanzmissbrauch. Unbehandelt können diese chronifizieren und schwere psychische Probleme bis ins Erwachsenenalter nach sich ziehen. Trotz dieser gravierenden Auswirkungen liegen derzeit kaum valide Daten zu altersangepassten und wissenschaftlich überprüften Therapien zur Behandlung einer PTBS bei Jugendlichen vor. Um diese Lücke zu schließen, wurde auf der Basis einer sehr erfolgreichen Traumaintervention bei Erwachsenen – der Cognitive Processing Therapy (CPT) – eine entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT) konzipiert. Die E-KVT vereint bewährte Bausteine wirksamer Therapieansätze und ist insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 bis 21 Jahren geeignet. Im vorliegenden Artikel werden Konzept und Inhalt der Therapie vorgestellt sowie das therapeutische Vorgehen an einem Fallbeispiel verdeutlicht. Erste positive Behandlungsergebnisse deuten auf ein großes Potenzial der E-KVT hin.

Schlüsselwörter: Kognitive Verhaltenstherapie, Posttraumatische Belastungsstörung, Jugendalter, Missbrauch

Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy (D-CPT) for treating Posttraumatic Stress Disorder in adolescents after abuse: a case study

Abstract: As a consequence of physical or sexual abuse many children and adolescents develop psychological disorders, for example, post-traumatic stress disorder, depression, dissociative disorders, and substance abuse. Without treatment, these disorders may persist into adulthood, causing severe psychological problems. Despite these serious consequences, currently very little valid data exists on age-specific and evaluated therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in adolescents. To bridge this gap, a developmentally adapted Cognitive Processing Therapy (D-CPT) was developed on the basis of Cognitive Processing Therapy, which has been proven to be a very effective intervention for adults. D-CPT combines esta-

blished elements of various effective therapy concepts and is particularly suited for adolescents and young adults between 14 and 21 years. This article presents the concept and content of the therapy and illustrates the therapeutic process based on a case study. Initial positive results indicate that the D-CPT has the potential to be a highly effective therapy.

Keywords: Cognitive Processing Therapy, post-traumatic stress disorder, adolescence, abuse

1. Einführung

In einer Metaanalyse von 65 internationalen Studien konnten Pereda, Guilera, Forns und Gomez-Benito (2009) zeigen, dass etwa 20 % der Frauen und 8 % der Männer vor dem 18. Lebensjahr sexuellen Missbrauch erlebt haben. Für körperlichen Missbrauch fallen diese Zahlen etwas niedriger aus, hier liegen die Prävalenzen zwischen 3,6 und 16,3 % (Annerback, Sahlqvist, Svedin, Wingren & Gustafsson, 2012; Elklit, 2002; Finkelhor, Turner, Ormrod & Hamby, 2009; Hawkins et al., 2010). Nach der American Psychological Association (2013) wird als körperlicher Missbrauch das tatsächliche oder drohende Leiden eines Kindes aufgrund von absichtlicher körperlicher Schädigung durch einen schutzbefohlenen Erwachsenen verstanden. Von sexuellem Missbrauch spricht man in Situationen, bei denen das Kind von einer Person, die aufgrund ihres Alters oder ihres Einflusses in einer überlegenen Position ist, zur Befriedigung sexueller Bedürfnisse benutzt wird.

Viele Studien zeigen, dass traumatische Erlebnisse nicht nur die Kindheit und Jugend Betroffener beeinflussen, sondern lebenslange Auswirkungen haben. Kindesmisshandlung wird mit erhöhter Mortalität und Morbidität sowie Drogen- und Alkoholkonsum, Adipositas, sexuellem Risikoverhalten und Kriminalität in Verbindung gebracht (Gilbert et al., 2009). Zudem weisen Personen, die sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt haben, ein 2,4-fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychopathologischer Auffälligkeiten auf. Bei körperlichem Missbrauch beträgt dieser Faktor 1,5 (Fergusson, Boden & Horwood, 2008). Besonders häufig kommt dabei die sogenannte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vor: Das PTBS-Risiko ist für Personen, die einen sexuellen Missbrauch erlebt haben, gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das 5,6-fache erhöht (Cutajar et al., 2010). Dementsprechend werden in internationalen Studien Prävalenzen zwischen 37 und 44 % für PTBS nach sexuellem Missbrauch berichtet (McLeer, Deblinger, Henry & Orvaschel, 1992; McLeer et al., 1998). Neben

einer PTBS und als Folge dieser bilden sich bei den Patienten oftmals komorbide Störungen aus. Jugendliche mit PTBS entwickeln häufig Substanzkonsum, suizidales oder anderes dysfunktionales Verhalten, das eingesetzt wird, um trauma-bezogene schmerzhaft Erinnerungen zu unterdrücken (Essau, Conradt & Petermann, 1999; Giaconia et al., 1995). Auch frühe Schwangerschaften und Reviktimisierungen haben in dieser Gruppe eine höhere Wahrscheinlichkeit als in der Normalbevölkerung (Barnes, Noll, Putnam & Trickett, 2009; Noll, Shenk & Putnam, 2009).

Frühe und geeignete Interventionen sind daher für diese Patienten indiziert. Betrachtet man die Studienlage, so liegen für PTBS im Allgemeinen (National Institute for Clinical Excellence, 2005; Watts et al., 2013) sehr wirksame psychologische Interventionsprogramme vor. Speziell für PTBS nach sexuellem Missbrauch sind die Effektstärken etwas geringer, jedoch immer noch in einem hohen Bereich (Taylor & Harvey, 2009). Gut evaluierte Therapieprogramme gibt es auch für PTBS bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 14 Jahren (Harvey & Taylor, 2010). Deutlich schlechter sieht die Studienlage hingegen für die Altersgruppe zwischen Kindheit und Erwachsenenalter aus. Nach unserem Wissen existieren lediglich vier Studien, die bei Jugendlichen mit Missbrauchserfahrungen Therapieeffekte bezogen auf die posttraumatische Symptomatik untersucht haben (Danielson et al., 2012; Krakow et al., 2001; Sinclair et al., 1995; Tourigny, Hébert, Daigneault & Simoneau, 2005). Zudem weisen alle diese Studien methodische Schwächen auf, wie beispielsweise das Fehlen von PTBS als Einschlusskriterium oder die Verwendung nicht adäquater Diagnoseinstrumente. Insgesamt herrscht also ein Mangel an Psychotherapiestudien für traumatisierte Jugendliche mit Missbrauchserfahrungen, die den aktuellen Standards in Forschung und Praxis entsprechen. Um diese Lücke zu schließen, haben Matulis, Resick, Rosner und Steil (2013) eine entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie für traumatisierte Jugendliche mit körperlichen oder sexuellen Missbrauchserfahrungen – kurz E-KVT – entwi-

ckelt. Im Folgenden wird das neue Therapiemanual skizziert und anhand eines Fallberichts dessen Anwendung und Effektivität exemplarisch dargestellt.

2. Die entwicklungsangepasste Kognitive Verhaltenstherapie für PTBS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (E-KVT)

Bei der Entwicklung der E-KVT wurde eine Reihe von bewährten Interventionen mit neuen Behandlungselementen kombiniert. Den Kern des Programmes stellt eine Adaptation der Cognitive Processing Therapy (CPT) dar. Diese wurde ursprünglich zur Behandlung einer PTBS nach Vergewaltigung entwickelt (Resick & Schnicke, 1992, 1993), ist aber mittlerweile für eine Vielzahl unterschiedlichster Traumatypes und Stichproben evaluiert (für einen Überblick siehe König, Resick, Karl & Rosner, 2012). CPT ist in erster Linie eine kognitive Therapie, beinhaltet aber auch einen schriftlichen Bericht über das Trauma.

Der Behandlung liegt die Annahme zugrunde, dass das Wissen über die Welt, die eigene Person und andere Menschen in Form von Schemata organisiert ist. Um neue Informationen in diese Schemata zu integrieren, stehen zwei Mechanismen zur Verfügung: Assimilation und Akkommodation. Als Assimilation bezeichnet man die Umdeutung neuer Information, so dass sie in das bestehende Schema passt. Unter Akkommodation versteht man die Anpassung des Schemas an die neue Information. Bei einem traumatischen Ereignis, das definitionsgemäß meist nicht in die bestehenden Schemata passt, ist Assimilation problematisch. Assimilierende Patienten neigen zu Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen oder dazu, das Ereignis mental ungeschehen zu machen. Während Akkommodation also der angemessene Mechanismus wäre, verändern viele Patienten ihre Schemata so stark, dass die ganze Weltsicht von dem traumatischen Ereignis gefärbt wird, was als Über-Akkommodation bezeichnet wird. Es entstehen neue dysfunktionale Schemata („Man kann niemandem vertrauen“). Während sich Assimilation meist mit der Vergangenheit beschäftigt, ist Über-Akkommodation auf die Gegenwart oder Zukunft gerichtet. An sogenannten „Stuck Points“ kondensieren sich die Probleme, die entstehen können, wenn ein traumatisierter Mensch seine Sicht der Welt, seiner selbst und anderer Menschen mit einem Ereignis zu vereinbaren sucht, das diese vorher bestehenden Vorstellungen sprengt. Im Wesentlichen handelt es sich um dysfunktionale Gedanken, die sich

typischerweise auf die eigene Sicherheit („Überall lauern Gefahren“) und auf Themen wie Vertrauen, Kontrolle, Wertschätzung, Selbstfürsorge oder Intimität beziehen. Hauptziel der CPT ist es, diese Stuck Points zu identifizieren und mit Hilfe strukturierter Methoden, in denen die Patienten selbst trainiert werden, zu verändern (Resick & Schnicke, 1992).

Das ins Deutsche übersetzte CPT-Protokoll (König et al., 2012) wurde von der E-KVT-Arbeitsgruppe an die speziellen Bedürfnisse missbrauchter Jugendlicher angepasst (Matulis, Resick, Rosner & Steil, in Vorbereitung). So wird die kognitive Arbeit (CPT-Phase) in hoher Intensität – ungefähr fünfzehn Sitzungen in vier Wochen – durchgeführt, um die Therapiedauer zu verkürzen und damit die Motivation der Jugendlichen zu erhöhen. Während der Phase der gezielten Bearbeitung traumatischer Erfahrungen stärken die engmaschigen Termine bei dem Jugendlichen und dem Therapeuten das Gefühl der Sicherheit. Die Überlegenheit einer solchen intensiven Verhaltenstherapie gegenüber der normalen, wöchentlichen Taktung konnte bereits für PTBS bei Erwachsenen empirisch nachgewiesen werden (Ehlers et al., 2010). Zur Stärkung der bei den Jugendlichen zu Beginn oft recht schwankenden Therapiemotivation wurde zu Anfang der Intervention eine Commitment-Phase eingeführt, in der die Jugendlichen den nötigen Raum bekommen, um eine Beziehung zum Therapeuten aufzubauen und sich auf die Therapie einschließlich aller Rahmenbedingungen einzulassen. Neben mangelnder Motivation ist in dieser Patientengruppe fehlende oder dysfunktionale Emotionsregulation ein häufiges Problem, das sich in Selbstverletzung, suizidalem Verhalten oder Substanzgebrauch äußern kann. Um diesen maladaptiven Verhaltensweisen, die in der Regel zur Beendigung aversiver Gefühlszustände eingesetzt werden, zu begegnen, wurden Emotionsregulationstechniken in das Manual integriert, wie sie in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Linehan, 1993) zum Einsatz kommen. Da missbrauchte Jugendliche zudem ein erhöhtes Risiko haben, die Schule abzubrechen, sich einen misshandelnden Partner zu suchen oder erneut Opfer von Gewalt zu werden (Barnes et al., 2009; Lipschitz, Rasmusson, Anyan, Cromwell & Southwick, 2000), liegt der Schwerpunkt in der letzten Therapiephase auf der Erarbeitung von hilfreichen Perspektiven in diesen Bereichen.

Das ursprüngliche englischsprachige CPT-Protokoll besteht aus 12 bis 16 Sitzungen (Resick & Schnicke, 1992, 1993). Kennzeichnend für die CPT ist der intensive Einsatz schriftlicher Arbeitsmaterialien. Durch die Ergänzung des Programms um die oben genannten Behandlungsmodule und in Anpas-

sung an das deutsche Versorgungssystem umfasst die E-KVT 30 Therapiestunden. Darüber hinaus stehen dem Therapeuten noch sechs sogenannte „Joker“-Stunden zur Verfügung, die sowohl für Sitzungen mit Bezugspersonen, zur Krisenintervention oder für die Vernetzung mit Institutionen der Jugendhilfe, mit Lehrern oder Arbeitgebern verwendet werden können. Die Therapie lässt sich also in der Regel im Rahmen eines Kurzzeitantrags (5 probatorische Sitzungen, 25 Einzelstunden, 6 Bezugspersonenstunden) unterbringen. Idealerweise soll die Behandlung in einem Zeitraum von 16 bis 20 Wochen durchgeführt werden. Jede der nachfolgend beschriebenen Therapiephasen umfasst etwa vier Wochen.

2.1 Commitment-Phase (Sitzungen 1 bis 5)

Die ersten Sitzungen dienen dem Beziehungsaufbau zwischen Patient und Therapeut, der Klärung von Rahmenbedingungen und der Formulierung von Therapiezielen. Das Abschließen eines Therapievertrags gehört hier ebenso dazu wie die Entwicklung eines Notfallplans für das Verhalten in Krisen. Anhand einer Lebenslinie werden wichtige positive und negative Lebensereignisse in der Biographie des Patienten besprochen, um den Zusammenhang zwischen diesen Erlebnissen und dem Symptomverlauf deutlich zu machen, was dem Therapeuten wichtige Informationen zur Lebensgeschichte des Patienten liefert. So kann der Therapeut besser verstehen, unter welchen Bedingungen bestimmte Annahmen entwickelt wurden, und die Gedankengänge des Jugendlichen leichter nachvollziehen. In der letzten Stunde dieses Therapieabschnitts findet Psychoedukation zum CPT-spezifischen Modell der Genese und Aufrechterhaltung der PTBS statt. Mit den Jugendlichen wird erarbeitet, wie es zur Entstehung der traumaspezifischen Symptome gekommen ist und an welchen Punkten die Therapie ansetzen wird.

2.2 Emotionsregulationstraining (Sitzungen 6 bis 11)

Der Commitment-Phase folgt als Vorbereitung für die intensive CPT ein Emotionsregulationstraining. In dieser Therapiephase lernen die Patienten, wie sie mit intensiven Gefühlen umgehen können, ohne auf dysfunktionale Verhaltensweisen zurückzugreifen. Zur Anwendung kommen verschiedene Techniken wie Stresstoleranz und Emotionsregulations-Skills, Stresskurven sowie Tagebuchkarten und Verhaltensanalysen. Einen weiteren Themenschwerpunkt dieser Phase bildet das Erkennen und Benennen von Gefühlen. Die Patienten lernen, welche verschiedenen Gefühle es gibt, in welchen Situationen diese auftau-

chen, welche Körperwahrnehmungen mit diesen einhergehen und welche Verhaltensimpulse darauf folgen.

2.3 Intensive CPT-Phase (Sitzungen 12 bis 26)

Die Intensiv-Phase beginnt mit dem Auffrischen der psychoedukativen Elemente aus der Commitment-Phase, wobei hier der Begriff des „Stuck Point“ im Mittelpunkt steht. Zudem werden therapiebezogene Befürchtungen bearbeitet. Als Hausaufgabe sollen die Jugendlichen ein „Impact Statement“ verfassen, in dem sie ihre Annahmen über die Ursachen, die Bedeutung und die Auswirkungen des Traumas aufschreiben. Kern dieser Therapiephase ist die Arbeit an den maladaptiven Gedanken des Patienten. Erstmals im Impact Statement und mithilfe weiterer Exploration werden Stuck Points identifiziert, diskutiert und verändert. Die Jugendlichen erlernen die selbständige Anwendung verschiedener Arbeitsblätter, die ihnen dabei helfen, Überzeugungen kritisch zu hinterfragen (Argumente dafür? Argumente dagegen? Tatsache oder Gewohnheit? Einzelheiten aus dem Zusammenhang gerissen? Extremer Gedanke? Automatische Denkmuster?) und funktionalere Gedanken zu entwickeln. In der Intensivphase schreiben die Jugendlichen außerdem einen Traumabericht, in dem explizit sensorische Empfindungen, Gedanken und Gefühle während des traumatischen Ereignisses berücksichtigt werden sollen. Dieser Bericht wird dem Therapeuten in den folgenden Sitzungen vorgelesen. Aufgabe des Therapeuten ist es dabei zum einen, die natürlichen Gefühle zu validieren und unterstützend zu sein (z. B. Anwendung von Skills bei emotionaler Überflutung). Zum anderen soll versucht werden, schädliche Kognitionen, insbesondere zu Selbstbeschuldigungen („Ich hätte mich wehren müssen“) und mentalem Ungeschehen-Machen („Es war ja gar nicht so schlimm“), mithilfe des sokratischen Dialogs zu hinterfragen. Insgesamt erlernen die Jugendlichen Kompetenzen, die ihnen helfen sollen, vergangene, gegenwärtige und zukünftige Ereignisse ausgeglichener zu interpretieren. In den restlichen Stunden der Intensivphase werden mittels derselben Techniken Aspekte des menschlichen Miteinanders besprochen, die für traumatisierte Jugendliche problematisch sein können. Hierzu zählen die Themenbereiche Sicherheit, Vertrauen, Kontrolle, Wertschätzung, Selbstfürsorge und Intimität. Diese können flexibel an die individuellen Probleme der Jugendlichen angepasst werden.

2.4 Entwicklungsaufgaben (Sitzungen 27 bis 30)

Der letzte Therapieabschnitt ist vor allem der Prävention von Reviktimisierung gewidmet. Um die Jugendlichen vor künftigem Missbrauch zu schützen, sollen

diese lernen, wie gefährlichen Situationen vorgebeugt werden kann. Ebenso werden Warnsignale besprochen, an denen sie fragwürdige Partner erkennen können. Hierfür wurden unter anderem die ursprünglich von Kubany und Ralston (2008) entwickelten „20 Red Flags“ für Jugendliche adaptiert. Dabei handelt es sich um eine Checkliste mit potenziell gefährlichen Verhaltensmustern (z. B. Drängen, Lügen, körperliche Aggression), auf die die Patienten bei der Partnerwahl achten sollen. Je nach Bedürfnis des Patienten kann in diesen letzten Sitzungen auch auf die zukünftige Schul- oder Berufslaufbahn eingegangen werden, um an Entwicklungspfade anzuknüpfen, die möglicherweise durch die Traumatisierung verlassen wurden. Ebenfalls können Autonomie- und Bezogenheitskonflikte im Umgang mit den Eltern thematisiert werden. In der letzten Stunde sollen die Patienten schließlich ihre veränderten Annahmen über die Auswirkungen des Traumas in Form eines zweiten Impact Statements resümieren. Damit soll zum einen demonstriert werden, inwieweit sich ihre Gedanken und Kognitionen zum Positiven verändert haben, zum anderen aber auch deutlich gemacht werden, welche Stuck Points noch vorhanden sind und weiterer Arbeit bedürfen. Auch erfolgt hier eine Gegenüberstellung der angestrebten und erreichten Therapieziele.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die vier Therapiephasen und die jeweils angewandten Techniken und Methoden.

3. Wirksamkeitsnachweise

Die Wirksamkeit der E-KVT wurde in einer unkontrollierten Pilotstudie im Prä-Post-Design an 12 Jugendlichen und jungen Erwachsenen nachgewiesen (Matulis et al., 2013). Vor Beginn, direkt nach Ende und sechs Wochen nach Ende der Behandlung wurde die Symptomatik der Patienten mit einer Reihe von Messinstrumenten untersucht, darunter das Interview zur Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ; Steil & Füchsel, 2006), der University of California Los Angeles PTSD Reaction Index (UCLA; Ruf, Schauer & Elbert, 2010), das Heidelberger Dissoziations-Inventar (HDI; Brunner, Resch, Parzer & Koch, 2008), die Borderline-Symptom Checkliste 23 (BSL-23; Bohus et al., 2009) und das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ; Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 2000). Insgesamt zeigte sich eine signifikante Besserung in der posttraumatischen und komorbiden Symp-

tomatik zwischen den Erhebungen. Für den Vergleich der Prä- und Follow-up-Messung ergaben sich große Effektstärken für die Fremdeinschätzung (IBS-KJ: $d=1.45, p<.001$) und die Selbsteinschätzung (UCLA: $d=1.91, p<.001$) posttraumatischer Symptome. Mittlere Effektstärken wurden für die Besserung der depressiven (DIKJ: $d=0.78, p<.001$), dissoziativen (HDI: $d=0.64, p<.05$) und Borderline-Symptomatik (BSL-23: $d=0.74, p<.01$) erzielt. Aktuell wird die E-KVT in einer randomisierten kontrollierten Studie im Vergleich zu einer Treatment-as-usual-Bedingung untersucht, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF, FKZ 01KR1204A) gefördert wird. An drei Standorten in Deutschland – an der Hochschulambulanz für Psychotherapie, Diagnostik und Gesundheitsförderung der Freien Universität Berlin, an der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Goethe-Universität Frankfurt am Main und an der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt – werden Jugendliche mit E-KVT behandelt (mehr Informationen zur Studie unter www.traumatherapie-jugendliche.de).

4. Fallbericht

Zur besseren Veranschaulichung wird der Therapieverlauf der 16-jährigen Pia dargestellt (Name und Details von den Autoren verändert).

4.1 Vorstellungsanlass

Pia stellte sich auf Initiative der Schulpsychologin zur Behandlung vor. Sie berichtet in den ersten Gesprächen, dass sie im Alter von 12 bis 14 Jahren von ihrem Onkel sexuell missbraucht worden ist und dass täglich belastende Bilder und Erinnerungen an den sexuellen Missbrauch in ihr „hochkommen“, obwohl sie versucht, nicht an die Ereignisse zu denken. Insbesondere wenn sie Aftershave im Drogeriemarkt riecht, bricht es über sie herein und sie hat das Gefühl, der Täter steht wieder vor ihr. Sie schläft sehr schlecht, wacht von Alpträumen auf. Tagsüber ist sie unkonzentriert und reizbar, ihre schulischen Leistungen haben sich verschlechtert. Grundsätzlich gelingt es ihr nicht, Gefühle gegenüber anderen zuzulassen und zu zeigen. Allerdings hat sie eine schlecht kontrollierbare Wut, neigt dazu, andere laut zu beschimpfen und verletzt sich gelegentlich selbst, „um sich zurückzuholen“. Zu Hause und in der Schule gibt es heftige Streitigkeiten. Pia gibt sich zum Teil die Schuld für die sexuellen Übergriffe, da sie „früher etwas hätte sagen müssen“.

Tabelle 1: *Therapieaufbau und -inhalte (nach Matulis et al., 2013)*

Behandlungsphase	Sitzung	Behandlungsstrategien
Commitment-Phase (4 Wochen)	1 und 2	Therapievertrag und Notfallplan
	3 und 4	Anamnese („Lebenslinie“), Bestimmung von Therapiezielen
	5	Psychoedukation zu PTBS-Symptomen, Entstehung, Aufrechterhaltung und Therapierational
Emotionsregulationstraining (4 Wochen)	6–9	Beobachtung von dysfunktionalem Verhalten über Tagebuchkarten, Identifikation von dysfunktionalem Verhalten und dessen Auslösern, Diskussion von Langzeitfolgen über Verhaltensanalysen, Einführen, Erlernen und Einüben von Skills
	10 und 11	Verbesserung der Emotionsregulation durch Psychoedukation und Erarbeitung von entsprechenden Skills
Intensive CPT-Phase (4 Wochen)	12	Auffrischen der Psychoedukation, Einführung des Konzepts der Stuck Points
	13 und 14	Identifikation von Stuck Points durch Schreiben und Diskutieren eines Berichtes über die Auswirkungen der Traumatisierung auf das eigene Leben („Impact Statement“)
	15 und 16	Konfrontation mit traumatischen Ereignissen mit Hilfe eines schriftlichen Berichtes darüber (Traumabericht), Infragestellung von Stuck Points im Sokratischen Dialog
	17–20	Infragestellung von Stuck Points, Restrukturierung von Kognitionen, Einführung von Arbeitsblättern („Hilfreiche Fragen“, „Problematische Denkmuster“, „Überzeugungen prüfen“)
	21–26	Behandlung der spezifischen Themen Sicherheit, Vertrauen, Kontrolle, Wertschätzung, Selbstfürsorge und Intimität, Einführung von Arbeitsblättern zu diesen Themen, Restrukturierung von Kognitionen
Entwicklungsaufgaben (4 Wochen)	27–29	Individuell angepasst an die jeweilige Situation des Patienten Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben aus den Bereichen Partnerschaft und Intimität (z.B. Aufklärung über Eigenschaften potenziell gewalttätiger Partner anhand der „20 Red Flags“, Vorbeugen gefährlicher Situationen), Entwicklung von Autonomie (Umgang mit Eltern, Auszug aus dem Elternhaus/Heim), schulisch-berufliche Entwicklung (Anbahnung von Hilfe für Schul- oder Berufslaufbahn)
	30	Zweites Impact Statement

4.2 Anamnese

Pia ist die Älteste von drei Geschwistern. Die Kinder leben zusammen mit der leiblichen Mutter und deren Lebensgefährten in einem Haushalt, der biologische Vater wohnt in einer anderen Stadt. Ab dem Alter von 12 hat der Bruder des Vaters Pia über zwei Jahre sexuell missbraucht. Pia berichtet von körperlicher Miss-

handlung in Form von Schlägen. Zudem musste sie den Onkel mit der Hand befriedigen und wurde von diesem an den Geschlechtsteilen angefasst. Als der Missbrauch aufgedeckt wurde, wurde der Kontakt zum Täter abgebrochen und über die Auseinandersetzungen in der Familie kam es zur Scheidung der Eltern. In dieser Zeit fand auch eine Veränderung der Schulform

statt: Pia, die zuvor das Gymnasium besucht hatte, wechselte auf die Realschule, wo sie nun in die zehnte Klasse geht. Pias Mutter ist sowohl durch eigene psychische Schwierigkeiten als auch durch die traumatischen Erfahrungen der Tochter belastet. Dementsprechend distanziert und konfliktreich ist das Verhältnis der beiden. Für die jüngeren Geschwister ist Pia eine wichtige Bezugsperson und aufopferungsvolle Schwester. Seit dem Alter von ungefähr 12 Jahren kommt es bei der Patientin zu Selbstverletzungen in Form von nicht lebensbedrohlichem Ritzen. Suizidversuche hat sie bisher keine begangen – Pia berichtet allerdings von Selbstmordgedanken in Zusammenhang mit Mobbing und Missbrauchserfahrungen. Die Patientin war bisher noch nicht in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung und nimmt keine Psychopharmaka.

4.3 Psychologischer Befund

Pia erfüllte im Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID; Wittchen, Zaudig & Frydreich, 1997) neben der Posttraumatischen Belastungsstörung keine aktuellen Diagnosen, im Nikotinabschnitt des Diagnostischen Expertensystems für Psychische Störungen (DIA-X; Wittchen & Pfister, 1997) zeigte sich eine Nikotinabhängigkeit seit dem 13. Lebensjahr.

Im IBS-KJ erreichte Pia einen Gesamtwert von 58 und erfüllte in allen Symptombereichen die Kriterien für eine PTBS-Diagnose. Eine Selbsteinschätzung der posttraumatischen Symptomatik erbrachte einen Wert von 46 im UCLA. Pias Ergebnis im Beck Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) weist mit einem Wert von 35 auf das Vorliegen einer depressiven Symptomatik hin.

4.4 Ablauf der Therapie

Die Therapie wurde von einem in E-KVT trainierten Therapeuten unter regelmäßiger Supervision der Autoren des Manuals durchgeführt und erstreckte sich über einen Zeitraum von fünf Monaten.

4.4.1 Commitment-Phase

Neben dem Beziehungsaufbau war ein wichtiger Bestandteil der ersten Sitzungen das Aufstellen von Pias Notfallplan bei einer Krise. Dieser umfasste folgende Stufen:

- 1) Musik hören oder spazieren gehen.
- 2) Gespräch mit der Mutter, einer vertrauten Nachbarin oder der Familienhelferin.
- 3) Kontaktaufnahme zum Therapeuten.
- 4) Kontaktaufnahme zur Notfallpsychiatrie unter Einbezug der Mutter.

Gleich zu Beginn wurden die Tagebuchkarten eingeführt, auf denen Pia täglich das Ausmaß der Belastung durch das Trauma, das Ausmaß an Freude, suizidale Ideen sowie Drang zu und Umsetzung von Selbstverletzung, aggressivem Verhalten und Substanzkonsum dokumentieren sollte. Bei Pia wurden die Tagebuchkarten um ein Schlafprotokoll erweitert. Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, teilweise in Zusammenhang mit Albträumen, stellten für sie nämlich von Anfang an eines der Hauptprobleme dar. Sie brachte damit auch Konzentrationsschwierigkeiten tagsüber und Schulprobleme in Verbindung. Durch das Schlafprotokoll wurden die Probleme ausreichend ernst genommen; eine nachhaltige Verbesserung der Schlafstörungen war im Verlauf der CPT-Phase zu erwarten.

Die Lebenslinie machte deutlich, dass es in Pias Leben bisher einige positive Zeiträume gab, wie die Geburt der Geschwister, die Grundschulzeit, ihr erster Freund und Urlaube bei der Oma.

Als belastende Ereignisse nannte sie die Scheidung der Eltern, Mobbing in der Schule, den Missbrauch und den Umzug. Pias Therapieziele sind in Tabelle 2 dargestellt.

In einer Joker-Stunde gemeinsam mit der Mutter wurden der Therapieplan besprochen, der Rückhalt

Tabelle 2: Therapieziele

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Die ungewollten Bilder vom Missbrauch sollen aus meinem Kopf verschwinden. 2. Ich will einen Drogeriemarkt betreten können, ohne dass ich aufgrund der Gerüche den Eindruck habe, mein Onkel steht vor mir. 3. Ich möchte emotional weniger abgebrüht sein. 4. Ich möchte eine Nacht durchschlafen können, ohne schlecht zu träumen. 5. Ich möchte mich in der Schule besser konzentrieren können. 6. Ich möchte in Konflikten mit meinen Eltern weniger verletztlich werden. |
|---|

der Mutter für Krisensituationen eingefordert sowie offene Fragen und Befürchtungen geklärt.

Obwohl die Mutter selbst psychisch hoch belastet war, konnte ein minimales Arbeitsbündnis geschlossen werden. Hilfreich dabei war, ihr wertschätzend gegenüberzutreten, ihre Bemühungen als Mutter zu würdigen und die eigene Belastung durch die traumatisierenden Ereignisse anzuerkennen. Dadurch zerstreute sich ihre Sorge, dass ihr Vorwürfe für Versäumnisse in Zusammenhang mit dem Missbrauch gemacht würden.

In einer der ersten Sitzungen berichtete Pia von einem wichtigen Zwischenfall: Ein Jugendlicher aus der Nachbarschaft, mit dem sie verabredet war, hatte kürzlich versucht, sich ihr sexuell zu nähern. Das hatte sie sehr verstört und Erinnerungen an den Missbrauch hervorgerufen. Um das Ereignis aufzugreifen, wurde das Manual verlassen und eine Joker-Stunde verwendet. Ausgehend von einer ausführlichen Verhaltensanalyse über das Ereignis wurden zunächst Symptome normalisiert, Gefühle validiert und funktionale Reaktionen wertgeschätzt. Für die Zukunft wurde ein Sicherheitsplan erarbeitet. Das Wiedersehen mit dem fraglichen Jugendlichen löste bei Pia heftige körperliche und emotionale Reaktionen aus. Mithilfe eines Diskriminationstrainings (Unterschiede zwischen dem Missbrauch damals und der Konfrontation mit dem Jugendlichen heute) lernte die Patientin, sich gegen die überwältigenden Gefühle abzugrenzen. Bereits in der Folgeweche war Pia in der Lage, das Ereignis als weniger bedrohlich einzuschätzen und hatte sich Strategien zurechtgelegt, um sich im Alltag wieder ausreichend sicher zu fühlen, sodass die Therapie nach dem ursprünglichen Plan fortgesetzt werden konnte.

4.4.2 Emotionsregulationstraining

Hauptziel des Emotionsregulationstrainings für Pia war primär die Reduktion der Selbstverletzung (Ritzen an den Oberschenkeln), sowie der verbalen und körperlichen Aggressionen gegen andere.

Anhand eines kürzlich vorgefallenen, realen Beispiels (verbale Auseinandersetzung mit einem Radfahrer) analysierte Pia ihre körperlichen, emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Reaktionen bei Stress. Sie identifizierte Auslöser und Frühwarnzeichen, durch die sich bei ihr „Mega-Stress“ ankündigt (Druck im Bauch, Anspannung in den Händen, Gedanken: „Was will der von mir?“). Bisherige Strategien der Stressregulation wurden hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile geprüft, hilfreiche Strategien (z. B. mit einer Freundin telefonieren) beibehalten, schädliche markiert. Zur Erweiterung der Reaktionsmöglich-

keiten wurde ein individueller Skills-Koffer zusammengestellt. Pias Koffer enthielt Eisspray und Ammoniakampullen zur Unterbrechung von Dissoziation, einen Knautschball zum Abbau von Anspannung sowie schöne Fotos und Postkarten ihrer Großmutter als positive Reize, daneben ihren Notfallplan.

4.4.3 CPT-Phase

In Absprache mit Pia wurde die intensive kognitive Arbeit in die Sommerferien gelegt. Die Patientin kam in zwei Blöcken zu je zwei Wochen, an vier Tagen pro Woche. Dazwischen war sie zwei Wochen im Urlaub.

Gestartet wurde mit dem Verfassen des ersten Impact Statements und der Erstellung einer Liste von Stuck Points. Als Hausaufgabe sollte Pia die für sie schlimmste Episode des Missbrauchs aufschreiben. Vorher wurde genau vereinbart, wann und wo sie das erledigen will, was sie danach tun kann, um sich wieder zu beruhigen, und welche Befürchtungen damit verbunden sind. Es wurde besprochen, dass es Sinn der Aufgabe ist, auch heftige Gefühle zuzulassen. Um sich gegen emotionale Überflutung zu schützen, wollte Pia ihren Skills-Koffer in Reichweite haben. In der Folgestunde hatte Pia die Aufgabe erfolgreich gemeistert. Sie berichtete, dass ihr das Schreiben weniger schwer gefallen ist als befürchtet. Das hat sie überrascht. Sie hat ihre Gefühle gut aushalten können und musste nicht einmal Skills anwenden. In der Stunde las sie dem Therapeuten den Traumabericht vor. Als vorherrschende Gefühle während des Vorlesens benannte sie Angst, Trauer, Wut und Scham. Sie benutzte eigenverantwortlich den Knautschball, um ihre hohe Anspannung zu reduzieren. Der Therapeut validierte die natürlichen Gefühle, lobte die erstaunlich detaillierte und vollständige Schilderung und ermutigte Pia, den Bericht ein zweites Mal vorzulesen. Dieses Mal fiel es Pia sichtbar leichter, und sie berichtete auch eine erhebliche Abnahme der Anspannung. Der Therapeut explorierte den Bericht als Quelle von Stuck Points, insbesondere zum Thema Schuld. In den nächsten, nahezu täglich stattfindenden Sitzungen erfolgte eine intensive kognitive Arbeit, in der zunächst Schuldgefühle, Selbstvorwürfe und Selbsthass, dann Vorwürfe an die Eltern sowie Stuck Points in Zusammenhang mit Ekel und Scham bearbeitet wurden. Dafür wurden nach und nach Arbeitsblätter eingeführt und um hilfreiche Fragen zum Aufdecken dysfunktionaler Überzeugungen erweitert. Obwohl die Belastung durch das Trauma abnahm, war weiterhin eine ausgeprägte Vermeidungssymptomatik zu verzeichnen. Deshalb fiel die Entscheidung, einen zweiten Traumabericht zu erstellen. Diesmal wählte Pia eine Szene, in der sie vom Missbraucher körperlich bedroht und

verletzt worden war. Aus dem Bericht ließen sich weitere Stuck Points zu den Themen Wut und Selbstablehnung ableiten, die in den folgenden Stunden kognitiv angegangen wurden. Pia berichtete in dieser Zeit mit Erstaunen darüber, dass ihre Symptome besser werden, obwohl sie bewusst an das Trauma denkt. Was ihr geholfen hat, sich einzulassen, ist einerseits das ausgeprägte Vertrauen zum Therapeuten, andererseits die täglichen Bewältigungserfahrungen,

darüber hinaus die Erkenntnis, dass sich alle ihre Erfahrungen im Rahmen des gemeinsam erarbeiteten Störungsmodells sinnhaft einordnen lassen.

Nach der Urlaubspause kam Pia deutlich weniger belastet wieder. Systematisch wurden nun die weiteren Themen der Intensivphase mithilfe von Arbeitsblättern angegangen. Pia las zu Hause den Einleitungstext zum jeweiligen Thema eigenständig durch und versuchte, einen passenden Stuck Point zu bearbeiten.

Tabelle 3: Beispiele für bearbeitete Stuck Points

Thema/Gefühl	Schuld
Stuck Point	„Wenn ich früher etwas gesagt hätte, wäre das alles nicht passiert.“
Kern der Umstrukturierung	Pia erkannte, dass sie aus heutiger Sicht über alles Bescheid weiß, dass sie sich zum damaligen Zeitpunkt jedoch inmitten eines komplexen Geflechts von Loyalitäten befand, das der Täter konstruiert hatte (strategische Täuschung der Eltern, bedachte Außendarstellung). Pia hat geschwiegen, weil sie sich für die Übergriffe schämte, weil der Täter sie bedrohte und sie Angst vor ihm hatte und weil sie die Ereignisse in ihrem jungen Alter nicht richtig einordnen konnte. Mit der Zeit hat sie sich an die Überzeugung von der eigenen Schuld gewöhnt. Nach einigen Sitzungen weichten sich ihre Selbstvorwürfe in Richtung Mitleid gegenüber sich selbst auf.
Thema/Gefühl	Gefühl des Beschmutztseins, Ekel
Stuck Point	„Weil ich von einem Perversen angefasst wurde, bin ich ekelig.“
Kern der Umstrukturierung	Zunächst fand Pia in einer Internetrecherche heraus, dass sich ihre Haut seit dem Missbrauch schon fast 30 Mal komplett erneuert hat und sie schon mehr als 700 Mal geduscht hat. Diese Intervention basiert auf einer Idee von Jung, Dyer, Priebe, Stangier und Steil (2011). Auf einer kognitiven Ebene konnte sich Pia ziemlich schnell davon überzeugen, dass ihre Annahme nicht haltbar war, es könnten „Schmutzpartikel“ des Missbrauchers an ihr haften. Auf der emotionalen Ebene dauerte die Veränderung erwartungsgemäß länger. Der Therapeut klärte Pia einerseits darüber auf, dass Ekel – evolutionär nachvollziehbar – ein Gefühl ist, das nur langsam abnimmt. Andererseits ermunterte er sie, sich die gewonnenen Erkenntnisse immer wieder vor Augen zu führen. Über die Wochen nahmen die Ekelgefühle ab.
Thema/Gefühl	Sicherheit und Kontrolle/Angst
Stuck Point	„Wenn ich nicht rund um die Uhr auf meine Geschwister schaue, wird ihnen etwas Schreckliches widerfahren.“
Kern der Umstrukturierung	Kern der Umstrukturierung: Pias Stellenwert als verantwortungsvolle älteste Schwester wurde validiert. Gemeinsam wurde überlegt, dass die Geschwister inzwischen größer geworden sind und in bestimmten Situationen auf sich selbst aufpassen können. Sichere und unsichere Situationen wurden voneinander unterschieden. Pia erkannte, dass schlaflose, wachsame Nächte keinen wesentlichen Beitrag zur Sicherheit der Geschwister leisteten. In der Folge verbesserte sich ihr Schlaf merklich.

In der Therapiestunde wurde die kognitive Umstrukturierung mit Unterstützung des Therapeuten vertieft. Pia wurde zunehmend geübt darin, problematische Überzeugungen eigenständig zu erkennen und kritisch zu hinterfragen, und konnte diese Fertigkeiten nicht nur auf altbekannte Stuck Points, sondern auch in verschiedenen Alltagssituationen anwenden (z. B. Notsituation im Freundeskreis). Tabelle 3 stellt exemplarisch drei der bearbeiteten Stuck Points dar.

4.4.4 Entwicklungsaufgaben

In den letzten, wöchentlich stattfindenden Stunden wurden künftige Sicherheitsmaßnahmen, schulische Laufbahn und Beziehung zu den Eltern besprochen. Pia formulierte realistische Wünsche an die Eltern (gelegentliche Zeiten „zu zweit“ ohne Geschwister, mehr Verständnis und weniger gute Ratschläge bei Alltagsproblemen) und überlegte, welchen Beitrag sie zur Erreichung dieser Ziele leisten kann. In der Abschlussitzung las die Patientin das zweite Impact Statement vor und evaluierte die erreichten Therapieziele.

4.5 Therapieergebnis

4.5.1 Strukturierte Diagnostik

In der Diagnostik direkt nach Ende der Therapie zeigte sich im IBS-KJ eine deutliche Symptomreduktion mit einem Abfall von 58 auf 7 Punkte. Die Diagnose einer

PTBS war nicht mehr erfüllt. Eine ähnliche Verbesserung zeichnete sich auch in der Selbsteinschätzung mittels UCLA ab. Hier kam es zu einem Absinken des Gesamtwertes von 46 vor der Therapie zu 0 in der Post-Diagnostik. Da der UCLA auch während der Therapie wöchentlich durchgeführt wurde, kann das stetige Absinken der wahrgenommenen Symptombelastung gut nachvollzogen werden, was in Abbildung 1 dargestellt ist. Der BDI-II Wert sank von 35 auf klinisch unauffällige 3 Punkte.

4.5.2 Erreichung der Therapieziele

Am Ende der Therapie berichtete Pia, dass sie kaum noch an den Missbrauch denken muss, vereinzelte Intrusionen kommen lediglich an Tagen mit hoher allgemeiner Belastung vor. Drogeriemärkte sind vollkommen unproblematisch geworden. Sie hat Zugang zu ihren Gefühlen in ihrer gesamten Bandbreite gewonnen, von Traurigkeit zu Freude („Vorher war ich wie ein Eisblock, jetzt bin ich wie eine Blume“). Sie ist kaum noch aggressiv. Die Schlafprobleme sind vollkommen verschwunden. In der Schule ist sie besser geworden und strebt nun das Abitur an. Die Konflikte mit den Eltern haben sich stark reduziert, sie verspürt mehr Nähe zu ihnen. Die Mutter beschreibt ihrerseits, dass Pia viel ausgeglichener, weicher und nahbarer geworden ist. Als in der Therapie am hilf-

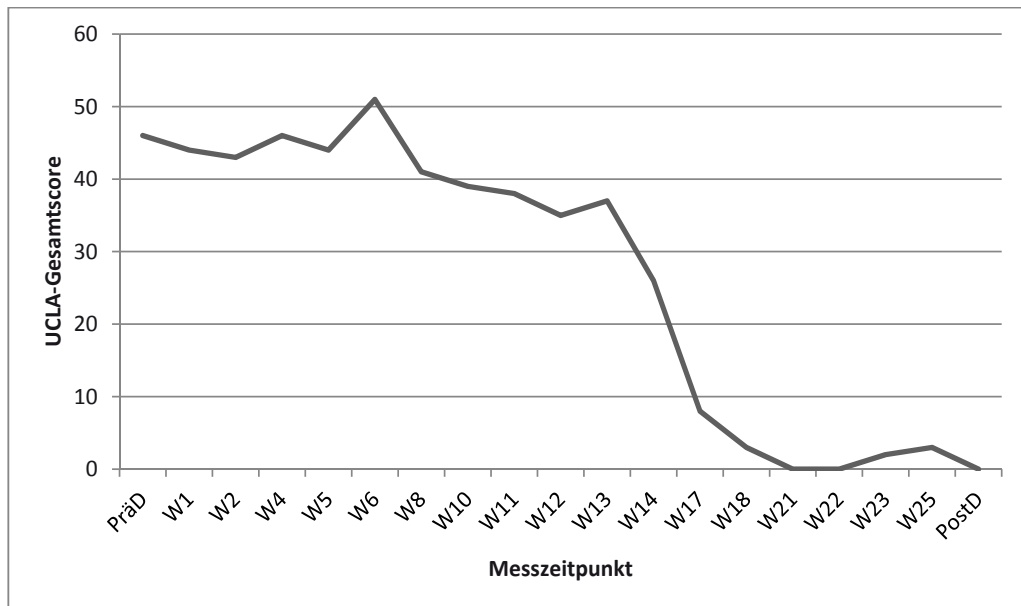


Abbildung 1: Verlauf des UCLA-Gesamtscores (PräD = Prädiagnostik; W = Woche; PostD = Postdiagnostik)

reichsten hat Pia das Bearbeiten der Stuck Points und die Skills empfunden. Es hat geholfen, mit jemandem über die Erlebnisse reden zu können und dabei ernst genommen zu werden. Das ist ihr anfangs schwer gefallen. Insbesondere das Aufschreiben des schlimmsten Ereignisses hat wehgetan, jedoch zu großer Erleichterung geführt.

4.5.3 Reflexion des Therapeuten über den Therapieverlauf

Durch ihre engagierte Mitarbeit und ihre offene Art hat Pia in kurzer Zeit beeindruckende Fortschritte hinsichtlich ihrer Therapieziele erreichen können. Anfänglich erschwerte eine ausgeprägte Vermeidungssymptomatik die Arbeit, daneben ein instabiles soziales Umfeld, das einerseits durch die hochbelastete Mutter geprägt war, andererseits durch jugendtypische Konfliktsituationen im Freundeskreis. Neben dem Erlernen von Stressregulation, der Exposition einschließlich der Validierung natürlicher Gefühle sowie der Bearbeitung individueller Stuck Points in der Therapie profitierte Pia vor allem von der neu erlernten Kompetenz, problematische Überzeugungen eigenständig zu erkennen und zu hinterfragen. Die Gestaltung ihrer Sozialkontakte bleibt eine Herausforderung, jedoch kennt Pia jetzt Strategien, wie sie mit Problemen und Belastungen umgehen kann.

5. Abschließende Bemerkungen und Ausblick

E-KVT passt etablierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden auf die besonderen Belange der Altersgruppe 14 bis 21 an und erweist sich als vielversprechende Therapie, um in kurzer Zeit signifikante Verbesserungen der posttraumatischen Symptome herbeizuführen. Wie in der Fallgeschichte erkennbar, lässt sich das Manual gut innerhalb der Verhältnisse des deutschen Versorgungssystems umsetzen. Das Manual ist von niedergelassenen Verhaltenstherapeuten ohne besondere Schwierigkeiten erlernbar und anwendbar. Wichtig ist dabei, dass Aspekte der Psychohygiene des Therapeuten, im besten Fall in Form von Supervision bzw. Intervention mit einbezogen werden, und dass den speziellen Anforderungen von Jugendlichen adäquat begegnet wird. Die an drei deutschen Standorten laufende randomisierte Kontrollgruppenstudie wird Aufschluss darüber bringen, ob die in den Studien zur CPT und in der deutschen Pilotstudie erzielten Wirksamkeitsnachweise empirisch weiter untermauert werden können (mehr Informationen zur Studie unter www.traumatherapie-jugendliche.de).

10. Jg. (1), 5–17, 2014

Literatur

- American Psychological Association (2013). Guidelines for psychological evaluations in child protection matters. *American Psychologist*, 68 (1), 20–31.
- Annerback, E. M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G. & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden: Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 36 (7–8), 585–595.
- Barnes, J. E., Noll, J. G., Putnam, F. W. & Trickett, P. K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33 (7), 412–420.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L. et al. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42 (1), 32–39.
- Brunner, R., Resch, F., Parzer, P. & Koch, E. (2008). *Heidelberger Dissoziations-Inventar (HDI): Manual*. Frankfurt a. M.: Pearson.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L. & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34 (11), 813–822.
- Danielson, C. K., McCart, M. R., Walsh, K., de Arellano, M. A., White, D. & Resnick, H. S. (2012). Reducing substance use risk and mental health problems among sexually assaulted adolescents: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Family Psychology*, 26 (4), 628–635.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., Grey, N., Liness, S., Wild, J. et al. (2010). Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38 (4), 383–398.
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (2), 174–181.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27 (1), 37–45.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32 (6), 607–619.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R. & Hamby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a

- national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124 (5), 1411–1423.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K. & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (10), 1369–1380.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009). Child Maltreatment: I. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373 (9657), 68–81.
- Harvey, S. T. & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30 (5), 517–535.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II. Beck Depressions-Inventar Revision*. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Hawkins, A. O., Danielson, C. K., de Arellano, M. A., Hanson, R. F., Ruggiero, K. J., Smith, D. W. et al. (2010). Ethnic/racial differences in the prevalence of injurious spanking and other child physical abuse in a national survey of adolescents. *Child Maltreatment*, 15 (3), 242–249.
- Jung, K., Dyer, A., Priebe, K., Stangier, U. & Steil, R. (2011). Das Gefühl des Beschmutztseins bei erwachsenen Opfern sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend. *Verhaltenstherapie*, 21 (4), 247–253.
- König, J., Resick, P. A., Karl, R. & Rosner, R. (2012). *Posttraumatische Belastungsstörung: Ein Manual zur Kognitive Processing Therapy*. Göttingen: Hogrefe.
- Krakow, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Yau, C. L. et al. (2001). Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *Journal of Adolescent Health*, 29 (2), 94–100.
- Kubany, E. S. & Ralston, T. C. (2008). *Treating PTSD in battered women: A step-by-step manual for therapists and counselors*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Lipschitz, D. S., Rasmussen, A. M., Anyan, W., Cromwell, P. & Southwick, S. M. (2000). Clinical and functional correlates of posttraumatic stress disorder in urban adolescent girls at a primary care clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (9), 1104–1111.
- Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R. & Steil, R. (2013). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents suffering from posttraumatic stress disorder after childhood sexual or physical abuse: A pilot study. *Clinical Child and Family Psychology Review*. Vorläufige Online-Publikation. DOI: 10.1007/s10567-013-0156-9.
- Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R. & Steil, R. (in Vorbereitung). *Entwicklungsangepasste kognitive Verhaltenstherapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit PTBS nach körperlichem oder sexuellem Missbrauch. Manual*. Weinheim: Beltz.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Henry, D. & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (5), 875–879.
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T. et al. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (12), 1326–1333.
- National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: NICE.
- Noll, J. G., Shenk, C. E. & Putnam, K. T. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: a meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology*, 34 (4), 366–378.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29 (4), 328–338.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (5), 748–756.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010). UPID – UCLA PTSD Index for DSM IV. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hrsg.), *Fragebögen zur Diagnostik psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Sinclair, J. J., Larzelere, R. E., Paine, M., Jones, P., Graham, K. & Jones, M. (1995). Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting: Preliminary findings. *Journal of Interpersonal Violence*, 10 (4), 533–542.
- Steil, R. & Fücksel, G. (2006). *IBS-KJ. Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik der akuten und der posttraumatischen Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (2000). *Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.

- Taylor, J. E. & Harvey, S. T. (2009). Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 14* (5), 273–285.
- Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I. & Simoneau, A. C. (2005). Efficacy of a group therapy for sexually abused adolescent girls. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment & Program Innovations for Victims, Survivors & Offenders, 14* (4), 71–93.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B. & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 74* (6), e541–e550.
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1997). *DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (DIA-X-12 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Frydreich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.

Zu den AutorInnen

Prof. Dr. Rita Rosner ist Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische und Biologische Psychologie an der Katho-

lischen Universität Eichstätt-Ingolstadt und Leiterin der E-KVT-Studie.

Dipl.-Psych. Eline Rimane ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Klinische und Biologische Psychologie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Sie ist für die zentrale Koordination der E-KVT-Studie zuständig.

Dipl.-Psych. Patrick Fornaro ist stellvertretender Leiter der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt und arbeitet im E-KVT-Projekt als Studientherapeut.

Dipl.-Psych. Simone Matulis ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main und Erstautorin des E-KVT-Manuals.

Dr. Regina Steil ist wissenschaftliche Geschäftsführerin der Verhaltenstherapieambulanz der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Sie leitet eines der Teilprojekte in der E-KVT-Studie.

Korrespondenzadresse

Eline Rimane
 Psychotherapeutische Hochschulambulanz
 Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt
 Levelingstraße 7
 85049 Ingolstadt
E-Mail: eline.rimane@ku.de