

Informationen für Fachkräfte zur psychotherapeutischen Behandlung nach sexuellem Missbrauch

Downloadmaterial zu »Hanna und die graue Wolke« von Elisa König, Jörg M. Fegert, Ulrike Hoffmann, Miriam Rassenhofer und Rosa Linke (Illustrationen)



INHALT

- Psychotherapeutische Behandlung für von sexuellem Missbrauch betroffene Kinder und Jugendliche
 - Indikationsstellung und Behandlungsplanung
 - Traumafokussierte Psychotherapie nach sexuellem Missbrauch
 - Frühinterventionen in Traumaambulanzen
- Evaluation der Hilfen und Therapie und Nachbeobachtung
- Literatur

Informationen für Fachkräfte zur psychotherapeutischen Behandlung nach sexuellem Missbrauch

Sexueller Missbrauch hat in vielen Fällen negative Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auf der psychischen, körperlichen und sozialen Ebene. So haben Kinder und Jugendliche, die sexuellen Missbrauch erlebt haben, unter anderem ein deutlich erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen. Es existieren im Versorgungssystem Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Kinder und Jugendliche wie beispielsweise Jugendhilfemaßnahmen, Beratungs- und traumapädagogische Angebote¹ sowie medizinische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. Im Folgenden werden die therapeutischen Grundlagen übersichtsartig dargestellt.

Psychotherapeutische Behandlung für von sexuellem Missbrauch betroffene Kinder und Jugendliche

Sexueller Missbrauch ist ein potenziell traumatisches Ereignis, sodass bei betroffenen Kindern und Jugendlichen mit psychischen Folgeerscheinungen in den meisten Fällen traumatherapeutische Ansätze Teil der Behandlung darstellen. Dafür existieren evidenzbasierte, gut wirksame traumafokussierte Therapiemethoden. Kernelement einer Traumatherapie ist die psychotherapeutisch angeleitete gedankliche Konfrontation mit den traumatischen Erfahrungen, z. B. durch das Schreiben einer Geschichte über das traumatische Ereignis, so entsteht ein sogenanntes Traumanarrativ. Diese gedankliche Auseinandersetzung mit dem Trauma sowie die damit einhergehende Erfahrung, die unangenehmen Erinnerungen und Gefühle aushalten zu können – und eine Korrektur möglicher, durch das Trauma bedingter dysfunktionaler Kognitionen – tragen zu einer Verarbeitung und Integration des Erlebten in die eigene Lebensgeschichte bei und führen dadurch zur Linderung der Folgeerscheinungen.

Indikationsstellung und Behandlungsplanung

Nicht alle Kinder und Jugendliche benötigen in der Folge eines sexuellen Missbrauchs automatisch eine Psychotherapie. Die Indikation für die Krankenbehandlung leitet sich immer aus der vorliegenden Symptomatik und dem Leidensdruck bzw. der Beeinträchtigung der Teilhabe im Alltag ab (vgl. Goldbeck u.a. 2017). Dementsprechend erfolgt die Behandlungsplanung abhängig von der Ausprägung der Folgeerscheinungen und ist spezifisch auf die vorliegende psychische Störung und deren Symptomatik auszurichten. Generell werden weniger invasive Maßnahmen und Settings den invasiveren vorgezogen. So wird eine (teil)stationäre Behandlung in einem kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen bzw. -psychosomatischen Krankenhaus nur erwogen, wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreicht. Ggf. sind Kombinationen verschiedener Unterstützungsmaßnahmen und Hilfen (z. B. Jugendhilfe, Psychotherapie, Psychopharmakotherapie) notwendig (vgl. Goldbeck u.a. 2017).

¹ Für weitere Informationen siehe <https://fachverband-traumapaedagogik.org/start.html>

Exkurs: Pharmakotherapie bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Eine medikamentöse Behandlung kann die traumafokussierte, psychotherapeutische Arbeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen nicht ersetzen, es gibt keine Indikation für Psychopharmaka bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) im Kindes- und Jugendalter (Morina, Koerssen & Pollet 2016). Indikation für Pharmakotherapie ist dann gegeben, wenn eine starke komorbide Symptomatik, wie etwa eine schwere Depression oder eine pharmakotherapeutisch gut behandelbare ADHS-Symptomatik, gemäß Leitlinien medikamentös behandelt werden sollte, um ein Zurechtkommen im Alltag und auch die weitere Therapiefähigkeit zu ermöglichen.

Gerade bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist der Einbezug einer unterstützenden Bezugsperson in die Psychotherapie sehr wichtig. Diese Bezugspersonen können nicht-missbrauchende Eltern oder andere erwachsene Familienangehörige sowie im Fall einer Fremdunterbringung auch Pflegeeltern oder Betreuende aus Jugendhilfeeinrichtungen sein.

Weitere Voraussetzungen für eine traumafokussierte Psychotherapie sind, dass das Kind sicher sowie somatisch, psychisch und sozial genügend stabil ist. Nach Schneider und Margraf (2009) bedeutet dies Folgendes:

Sicher: Der Missbrauch muss beendet sein, und das Kind darf auch keinen weiteren Misshandlungsarten ausgesetzt sein.

Somatisch stabil: Das Kind muss medizinisch ausreichend gut versorgt sein, so dass keine körperlichen Leiden die Traumatherapie behindern.

Psychisch stabil: Akute Suizidalität und ausgeprägter Substanzkonsum müssen ausgeschlossen sein.

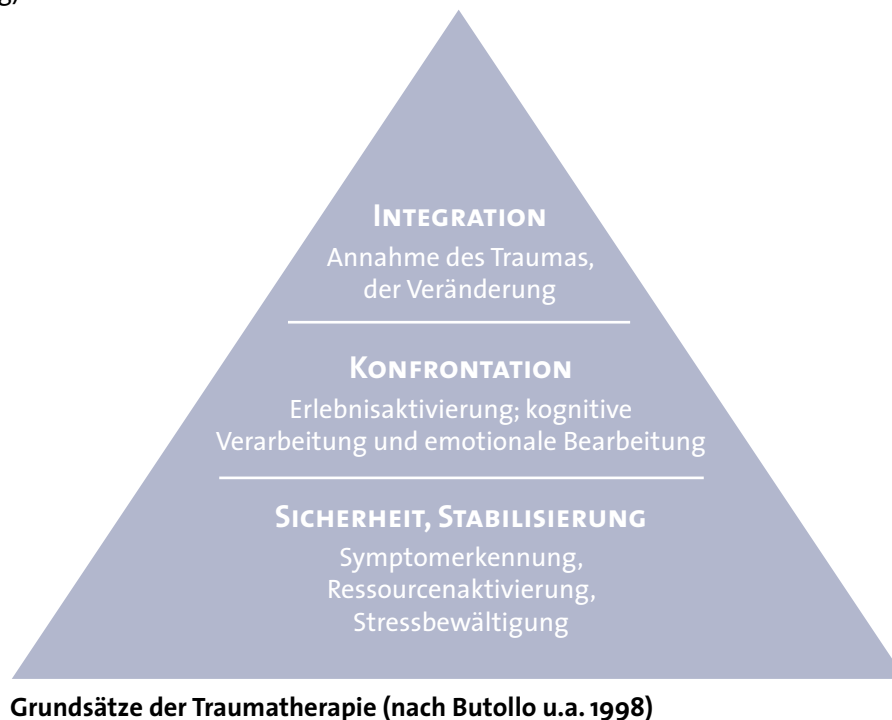
Stabilität im sozialen Bereich: Das Kind sollte sich in einer anhaltend stabilen Lebenssituation befinden, in welcher es absehbar für das kommende halbe Jahr keine dauernden Beziehungswechsel oder weitere Unsicherheiten in der grundlegenden Lebensgestaltung gibt.

Von der zeitlichen Abfolge der Behandlungsplanung empfiehlt es sich, gemäß der Faustregel »Trauma first« zu arbeiten. Dies bedeutet, dass mit der traumafokussierten Aufarbeitung der Missbrauchserfahrungen begonnen werden sollte (vgl. Rassenhofer u.a. 2020). Dies adressiert die posttraumatische Stresssymptomatik und ermöglicht in vielen Fällen bereits eine Reduktion weiterer Symptomatik. Untersuchungen zu traumafokussierten Verfahren, etwa der Tf-KVT (siehe unten), die als weitere Outcomes zusätzlich zur posttraumatischen Stresssymptomatik depressive sowie weitere internalisierende und auch externalisierende Symptomatik erfassten, konnten auch diesbezüglich positive Effekte zeigen (z.B. Goldbeck u.a. 2016; Lenz & Hollenbaugh 2015; Cohen, Berliner & Mannarino 2010). Es empfiehlt sich daher nach der erfolgten Traumabearbeitung eine Zwischendiagnostik durchzuführen, um zu erfassen, ob und welche Symptome fortbestehen. Eine ggf. weiterbestehende Symptomatik sollte dann störungsspezifisch gemäß der Leitlinie des jeweiligen Störungsbildes behandelt werden.

Abweichungen von dieser klinischen Faustregel ergeben sich, wenn aufgrund schwerwiegender Symptomatik, z.B. schwere depressive Symptomatik oder ausgeprägte ADHS-Symptomatik, die Therapiefähigkeit oder das Funktionsniveau so beeinträchtigt sind, dass zunächst eine Stabilisierung und somit Herstellung der Therapiefähigkeit angezeigt ist, bevor mit der traumafokussierten Psychotherapie begonnen werden kann (vgl. Rassenhofer u.a. 2020).

Traumafokussierte Psychotherapie nach sexuellem Missbrauch

Den traumafokussierten Methoden gemeinsam sind die zentralen Behandlungsbausteine der Stabilisierung, der Traumakonfrontation sowie der Integration der traumatischen Erlebnisse in die eigene Lebensgeschichte (siehe Abbildung).



Essenziell bei der Behandlung von Missbrauchsfolgen ist eine psychotherapeutische Aufarbeitung der Missbrauchserlebnisse. Aus Meta-Analysen ist bekannt, dass traumafokussierte Therapieansätze wirksam sind (Harvey & Taylor 2010; Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar & López-Soler 2011; Trask, Walsh & DiLillo 2011). Zu den traumafokussierten Therapieverfahren, deren Wirksamkeit wissenschaftlich gezeigt werden konnte bzw. hinsichtlich deren Wirksamkeit es Hinweise gibt, gehören die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT; Cohen, Mannarino & Deblinger 2009), die Narrative Expositionstherapie für Kinder (Kid-NET; Schauer u.a. 2011) und das Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR; z. B. Hensel 2006). Für Jugendliche stehen zusätzlich die Methoden Prolongierte Exposition (prolonged exposure adolescents; PE-A; Foa, Chrestman & Gilboa-Schechtman, 2016) sowie entwicklungsangepasste traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Rosner u.a. 2019) zur Verfügung. Die vorgestellten Verfahren (nach Rassenhofer 2020) sind evidenzbasiert oder einigen Studien zur Folge sehr wahrscheinlich wirksam.

Überblick über traumafokussierte Therapieverfahren

Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT) Die Tf-KVT ist eine in verschiedene Module untergliederte Therapiemethode für Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 17 Jahren. Eine Besonderheit ist der enge Einbezug einer nicht-misshandelnden Bezugsperson, welche das Kind im gesamten Therapieverlauf intensiv begleitet. Die regelmäßige Teilnahme der Bezugsperson an der Therapie ermöglicht zum einen den Transfer von Therapieinhalten in den Alltag des Kindes sowie zum anderen korrigierende Erfahrungen mit der Bezugsperson als unterstützende erwachsene Person.

In den Anfangsmodulen der Therapie erfolgt die emotionale Stabilisierung im Sinne einer ressourcenorientierten Vermittlung von Affektmodulation sowie Stressbewältigungsstrategien, z. B. Entspannungsverfahren, kognitive Techniken oder so genannte »Skills« für den Umgang mit Stress und Anspannung. Kernstück der Tf-KVT ist das Modul »Traumanarrativ«. Die Traumakonfrontation erfolgt hier anhand eines Narrativs über das traumatische Erlebnis bzw. die traumatischen Erlebnisse, in welchem dies auf kreative Art und Weise – beispielsweise in Form eines selbst geschriebenen Buches oder Comics – festgehalten wird.

Die über mehrere Therapiestunden verteilte Arbeit am Traumanarrativ sowie das in diesen Stunden wiederkehrende Lesen und Hören der eigenen Geschichte führen durch die Mechanismen der graduellen Exposition und Habituation zu einer Abnahme von Angst und Belastung. Zudem werden anhand des Traumanarrativs dysfunktionale Kognitionen des Kindes wie »Es war meine Schuld, dass ich missbraucht wurde, weil ich nicht deutlich genug ›Nein‹ gesagt habe.« identifiziert und im Verlauf bearbeitet und aufgelöst. Hierdurch werden eine Verarbeitung sowie ein Einordnen des Erlebten in die Lebensgeschichte ermöglicht.

Die Wirksamkeit der Tf-KVT konnte in über 20 randomisiert kontrollierten Studien (RCT-Studien) in verschiedenen Sprachen und Settings gezeigt werden (z. B. Cohen u.a. 2004; Goldbeck u.a. 2016; Jensen u.a. 2017; Murray u.a. 2015). Sie ist die am besten untersuchte traumatherapeutische Methode für Kinder und Jugendliche.



LITERATURTIPP: Cohen, J. A.; Mannarino, A. P.; Deblinger, E. (2009): Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Springer.

Prolongierte Exposition Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Methode der Prolongierten Exposition basiert auf einem modularen Aufbau. Es erfolgt eine therapeutisch angeleitete systematische Konfrontation, während derer die Patientinnen und Patienten die traumatischen Erlebnisse emotional verarbeiten. Zwischen den Therapiesitzungen sind sie gehalten, sich in Form von therapeutischen Hausaufgaben selbstständig zu konfrontieren. Durch die wiederkehrende Exposition kommt es zu einer Habituation an das Erlebte, was zur Reduktion der posttraumatischen Stresssymptomatik führt.

In der Abschlussphase wird ein Projekt, beispielsweise eine Schreibaufgabe, erarbeitet, im Rahmen dessen die Patientinnen und Patienten sowohl ihre traumatischen Erlebnisse als auch die Therapieerfolge dokumentieren. Die für Jugendliche angepasste Version dieses Therapieverfahrens konnte in zwei RCT-Studien positiv evaluiert werden (Foa u.a. 2013, Gilboa-Schechtman u.a. 2010).



LITERATURTIPP: Foa, E. B.; Chrestman, K. R.; Gilboa-Schechtman, E. (2016): Verlängerte Konfrontationstherapie für Jugendliche mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die emotionale Verarbeitung traumatischer Erfahrung. Göttingen: Hogrefe.

Entwicklungsangepasste traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT) Die E-KVT ist eine speziell an die entwicklungsbedingten Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen angepasste Version der Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick u.a. 2008). Hier wird den Bausteinen Psychoedukation, Konfrontation anhand eines Traumanarrativs und kognitiver Arbeit eine Commitmentphase vorgeschaltet, die u. a. der Steigerung der Therapiemotivation und dem Aufbau einer therapeutischen Allianz dient. Außerdem wird ein Emotionsregulationstraining absolviert. Die Therapie schließt mit mehreren Sitzungen, die sich mit der Bearbeitung anstehender Entwicklungsaufgaben beschäftigen.

Die Wirksamkeit konnte für die Zielgruppe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Misshandlung und Missbrauch erlebt haben, in einer multizentrischen RCT-Studie gezeigt werden (Rosner u.a. 2019).



LITERATURTIPP: Rosner, R.; Rimane, E.; Frick, U.; Gutermann, J.; Hagl, M.; Renneberg, B.; ... Steil, R. (2019): Effect of developmentally adapted cognitive processing therapy for youth with symptoms of posttraumatic stress disorder after childhood sexual and physical abuse: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 76(5), 484–491.

Narrative Expositionstherapie mit Kindern Kid-NET stellt eine an Kinder und Jugendliche von 7 bis 16 Jahren angepasste Version der Narrativen Expositionstherapie (NET) dar. Auch dieser kognitiv-verhaltensorientierte Therapieansatz stellt die Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen ins Zentrum. Anhand verschiedener Hilfsmittel, wie Zeichnungen, Rollenspielen sowie der Verwendung von Symbolen wie Steinen, Blumen und Federn, wird gemeinsam ein Lebensnarrativ erstellt. Hierdurch erfolgen Traumakonfrontation, Ressourcenaktivierung sowie Integration der Ereignisse in die Lebensgeschichte.

Die Wirksamkeit von KidNET konnte bislang für Kinder und Jugendliche in verschiedenen kulturellen Settings gezeigt werden (vgl. Schauer u.a. 2017). Jedoch ist die Studienlage noch nicht ausreichend, um die Übertragbarkeit ins deutsche Versorgungssystem nachzuweisen.



LITERATURTIPP: Schauer, M.; Neuner, F. et al. (2011): *Narrative Exposure Therapy: A short-term Treatment for Traumatic Stress-Disorders*. 2nd revised and expanded edition. Hogrefe & Huber Publishers Cambridge, Göttingen.

Eye movement desensitization reprocessing (EMDR) Kernstück der EMDR ist die Traumakonfrontation und Nachbearbeitung der traumatischen Erinnerungen, bis eine merkliche Abnahme der Belastung eintritt. Gleichzeitig mit der gedanklichen Konfrontation und Bearbeitung des Erlebten erfolgt eine bilaterale Stimulation z. B. durch seitliche Augenbewegungen oder die abwechselnde Darbietung von Tönen auf das rechte und linke Ohr. Für die Anwendung im Kindes- und Jugendalter existiert noch nicht genügend Evidenz, jedoch gibt es in Studien und Meta-Analysen erste Hinweise auf die Wirksamkeit von EMDR bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen (Brown u.a. 2017; Moreno-Alcázar 2017; Lewey u.a. 2018).



LITERATURTIPP: Hensel, T. (Hg.) (2006): *EMDR mit Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch*. Hogrefe.

Frühinterventionen in Traumaambulanzen

Eine traumatherapeutische Frühintervention an hierfür spezialisierten Traumaambulanzen gemäß Sozialem Entschädigungsrecht (SER) für Opfer von Gewalttaten kann die Chronifizierung posttraumatischer Stresssymptome verhindern und das psychosoziale Funktionsniveau verbessern, sodass es im besten Fall nicht zur Entwicklung einer manifesten psychischen Störung kommt und keine weitere Behandlung von Nöten ist (Rassenhofer u.a. 2016). Weiterhin kann, falls die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung gegeben ist, die Traumaambulanz bei der Weichenstellung für die Anschlussbehandlung und beim Finden eines Behandlungsplatzes behilflich sein. Eine Liste aller Traumaambulanzen findet sich auf der Seite des Opferbeauftragten der Bundesregierung: https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/OpferhilfeUndGewaltpraevention/Opferbeauftragter/Uebersicht_Traumaambulanzen.pdf;jsessionid=8E8A5899E07E61D553A3DBDoE48C25B3.1_cid289?__blob=publicationFile&v=11

Evaluation der Hilfen und Therapie und Nachbeobachtung

Sowohl medizinische als auch pädagogische und psychosoziale Interventionen sollten im Einzelfall evaluiert werden (vgl. Goldbeck u.a. 2017). Anhand genereller Kriterien (z.B. psychosoziales Funktionsniveau) oder fallspezifischer Kriterien (individuelle Ziele, wie z.B. die Reduktion einer posttraumatischen Stresssymptomatik) sollte geprüft werden, ob die angestrebten Interventionsziele erreicht wurden.

Für die Evaluation der Hilfen und Therapie spielen Lehrerinnen und Lehrer sowie andere pädagogische Fachkräfte eine zentrale Rolle, da sie das Kind in seiner alltäglichen Umgebung und in seinem Umgang mit der Peer Group erleben. Es ist deshalb sehr wünschenswert, wenn sie sich bei ärztlichen und psychotherapeutischen Rückfragen die Zeit nehmen, entsprechende Verhaltensbeobachtungen und Einschätzungen sorgfältig zu dokumentieren und zu kommunizieren.

Während des gesamten Hilfeprozesses ist eine gute Koordination und Zusammenarbeit aller Helferinnen und Helfer notwendig. Da einige Betroffene erst langfristig oder bei zusätzlich auftretenden Belastungen und Risikofaktoren mit Verzögerung auffällig werden, empfiehlt sich eine längerfristige Nachbeobachtung. Oft können Schlüsselreize, Begegnungen mit dem Täter bzw. der Täterin oder die Konfrontation mit den Missbrauchserlebnissen in einem oft erst nach monate- oder jahrelanger Ermittlung eröffneten Gerichtsverfahren zu Belastungsreaktionen führen, die dann aufzufangen sind (vgl. Goldbeck u.a. 2017). Das Gefühl, bei Bedarf Hilfe erhalten zu können, ist für Betroffene sehr wichtig.

Literatur

- Brown, R. C.; Witt, A.; Fegert, J. M.; Keller, F.; Rassenhofer, M.; Plener, P. L. (2017): Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychological medicine*, 47(11), 1893–1905.
- Butollo, W.; Krusmann, M.; Hagl, M. (1998): *Leben nach dem Trauma: Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. München: Pfeiffer Verlag.
- Cohen, J. A.; Berliner, L.; Mannarino, A. (2010): Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child abuse & neglect*, 34(4), 215–224.
- 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.
- Cohen, J. A.; Mannarino, A. P.; Deblinger, E. (2009): *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer.
- Foa, E. B.; Chrestman, K. R.; Gilboa-Schechtman, E. (2016): *Verlängerte Konfrontationstherapie für Jugendliche mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die emotionale Verarbeitung traumatischer Erfahrung*. Göttingen: Hogrefe.
- Foa, E. B.; McLean, C. P.; Capaldi, S.; Rosenfield, D. (2013): Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *Jama*, 310(24), 2650–2657.
- Gilboa-Schechtman, E.; Foa, E. B.; Shafran, N.; Aderka, I. M.; Powers, M. B.; Rachamim, L.; ... Apter, A. (2010): Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: A pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1034–1042.
- Goldbeck, L.; Allroggen, M.; Münzer, A.; Rassenhofer, M.; Fegert, J. M. (2017): *Sexueller Missbrauch (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 21)*. Göttingen: Hogrefe.
- Goldbeck, L.; Muche, R.; Sachser, C.; Tutus, D.; Rosner, R. (2016): Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 159–170.
- 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.
- Hensel, T. (Hg.) (2006): *EMDR mit Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch*. Hogrefe.
- Jensen, T. K.; Holt, T.; Ormhaug, S. M.; Egeland, K.; Granly, L.; Hoaas, L. C.; ... Wentzel-Larsen, T. (2014): A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369.
- Lenz, A. S.; Hollenbaugh, K. M. (2015): Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 6(1), 18–32.

- Lewey, J. H.; Smith, C. L.; Burcham, B.; Saunders, N. L.; Elfallal, D.; O'Toole, S. K. (2018): Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11 (4), 457–472.
- Moreno-Alcázar, A.; Treen, D.; Valiente-Gómez, A.; Sio-Eroles, A.; Pérez, V.; Amann, B. L.; Radua, J. (2017): Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescent with post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in psychology*, 8, 1750.
- 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.
- Murray, L. K.; Skavenski, S.; Kane, J. C.; Mayeya, J.; Dorsey, S.; Cohen, J. A.; ... Bolton, P. A. (2015): Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: a randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 169(8), 761–769.
- Rassenhofer, M. (2020): Die Folgen von Kindesmisshandlung und ihre psychotherapeutische Behandlung: Eine praxisorientierte Übersicht. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 68, 5-15.
- Rassenhofer, M.; Hoffmann, U.; Hermeling, L.; Berthold, O.; Fegert, J. M.; Ziegenhain, U. (2020): Misshandlung und Vernachlässigung (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 28). Göttingen: Hogrefe.
- Rassenhofer, M.; Laßhof, A.; Felix, S.; Heuft, G.; Schepker, R.; Keller, F.; Fegert, J. M. (2016): Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen. *Psychotherapeut*, 61(3), 197–207.
- Resick, P. A.; Monson, C. M.; Chard, K. M. (2008): *Cognitive Processing Therapy: Therapist's Manual*. Department of Veterans' Affairs.
- Rosner, R.; Rimane, E.; Frick, U.; Gutermann, J.; Hagl, M.; Renneberg, B.; ... Steil, R. (2019): Effect of developmentally adapted cognitive processing therapy for youth with symptoms of posttraumatic stress disorder after childhood sexual and physical abuse: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 76(5), 484–491.
- Sánchez-Meca, J.; Rosa-Alcázar, A. I.; López-Soler, C. (2011): The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International journal of clinical and health psychology*, 11(1), 67–93.
- Schauer, M.; Neuner, F.; Elbert, T. (2011): *Narrative Exposure Therapy: A short-term Treatment for Traumatic Stress-Disorders*. 2nd revised and expanded edition. Hogrefe & Huber Publishers Cambridge, Göttingen.
- Schauer, M.; Neuner, F.; Elbert, T. (2017): Narrative exposure therapy for children and adolescents (KIDNET). In *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 227–250). Springer, Cham.
- Schneider, S.; Margraf J. (2009): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. Springer, Heidelberg.
- Trask, E. V.; Walsh, K.; DiLillo, D. (2011): Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 16(1), 6–19.