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-Sieberger, 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; Ghetty, 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 gradierte 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 & Olff, 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.

Methode

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.soscisurvey.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 [.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 test-theoretisch 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, anamnestisch). 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 Teilnehmender 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>

- leadmin/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.
- Hintzpetter, 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, Intervention 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.
- Liebhards, 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. *Psychotherapeuten-journal*, 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., Ganzer, 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