

Schlussbericht

(Gemäß Nrn. 6.6 BNBest-BMBF 98 bzw. 11.6 NKBF 98)

Thema: CANMANAGE - Implementierung und Evaluation einer bedarfsgerechten, gemeindenahen Hilfeprozess-Koordination für Kinder und Jugendliche nach Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung

Förderkennzeichen	Autoren	Zuwendungs-empfänger	Laufzeit	Hinweis auf Vertraulichkeit
01KR1202A	Fegert, J.M. Goldbeck, L. Plener, P.L. Ganser, H. G. Münzer, A. Gunst, D. C. M. Loos, S. Witt, A. Weber, S.	Universitätsklinikum Ulm Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	01.04.2012 – 30.06.2017	-

Kontaktperson:

Name: Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Straße: Steinhövelstraße 5
PLZ Ort: 89075 Ulm
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de
Telefon: 0731 – 500 61600



Abschlussbericht CANMANAGE

Verbundübergreifende Darstellung

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Förderkennzeichen: 01KR1202A/B

Förderzeitraum: 01.04.2012 – 30.06.2017

Verbundleiter: Prof. Dr. Lutz Goldbeck

Projektleiter:

Teilprojekt 1:

„Case Management
Interventionsstudie“
Prof. Dr. Lutz Goldbeck
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -
psychotherapie
Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm

Teilprojekt 2:

„Resilienzstudie“
Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -
psychotherapie
Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm

Teilprojekt 3:

„Migrations- und
kulturbezogene Themen“
Prof. Dr. Rita Rosner
Katholische Universität
Eichstätt-Ingolstadt
Lehrstuhls für Klinische und
Biologische Psychologie
Ostenstraße 25, 85072 Eichstätt

I. Kurzdarstellung:

I.1. Aufgabenstellung:

Der Forschungsverbund CANMANAGE beschäftigt sich mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von misshandelten, missbrauchten und/oder vernachlässigten Kindern. Das Akronym CANMANAGE steht für **CAN** = **C**hild **A**buse and **N**eglect und **MANAGE** = **C**ase **M**anagement, Hilfeprozesskoordination. Ziel des Projektes war die Implementierung und Evaluation einer bedarfsgerechten, gemeindenahen Hilfsprozess-Koordination für Kinder und Jugendliche nach Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung.

Die drei Teilprojekte widmeten sich im Rahmen des Forschungsverbunds in enger Verzahnung der Erforschung von Methoden zur Optimierung der Versorgung missbrauchter, misshandelter oder vernachlässigter Kinder an der Schnittstelle verschiedener Hilfesysteme (Kinder- und Jugendhilfe, Justiz, Gesundheitsversorgung).

Gemeinsame Aufgaben der Teilprojekte waren:

- Frühzeitige Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit klinisch relevanten Traumafolgestörungen
- Untersuchung von spezifischen Risiko- und Resilienzfaktoren
- Verkürzung des Intervalls un behandelter Traumafolgestörungen mittels Implementierung einer strukturierten, gemeindenahen Hilfeprozesskoordination.

I.2. Voraussetzungen:

Der Forschungsverbund CANMANAGE setzte sich aus den drei Teilprojekten „Case-Management Interventionsstudie“ (1), „Resilienzstudie“ (2) und „Migrations- und kulturbezogene Themen“ (3) zusammen. Die beiden Teilprojekte 1 und 2 waren an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm angesiedelt. Das Teilprojekt 3 wurde von Prof. Dr. Rita Rosner von der Universität Eichstätt-Ingolstadt geleitet. Die ursprüngliche Verbundstruktur ist in Abbildung 1 dargestellt.

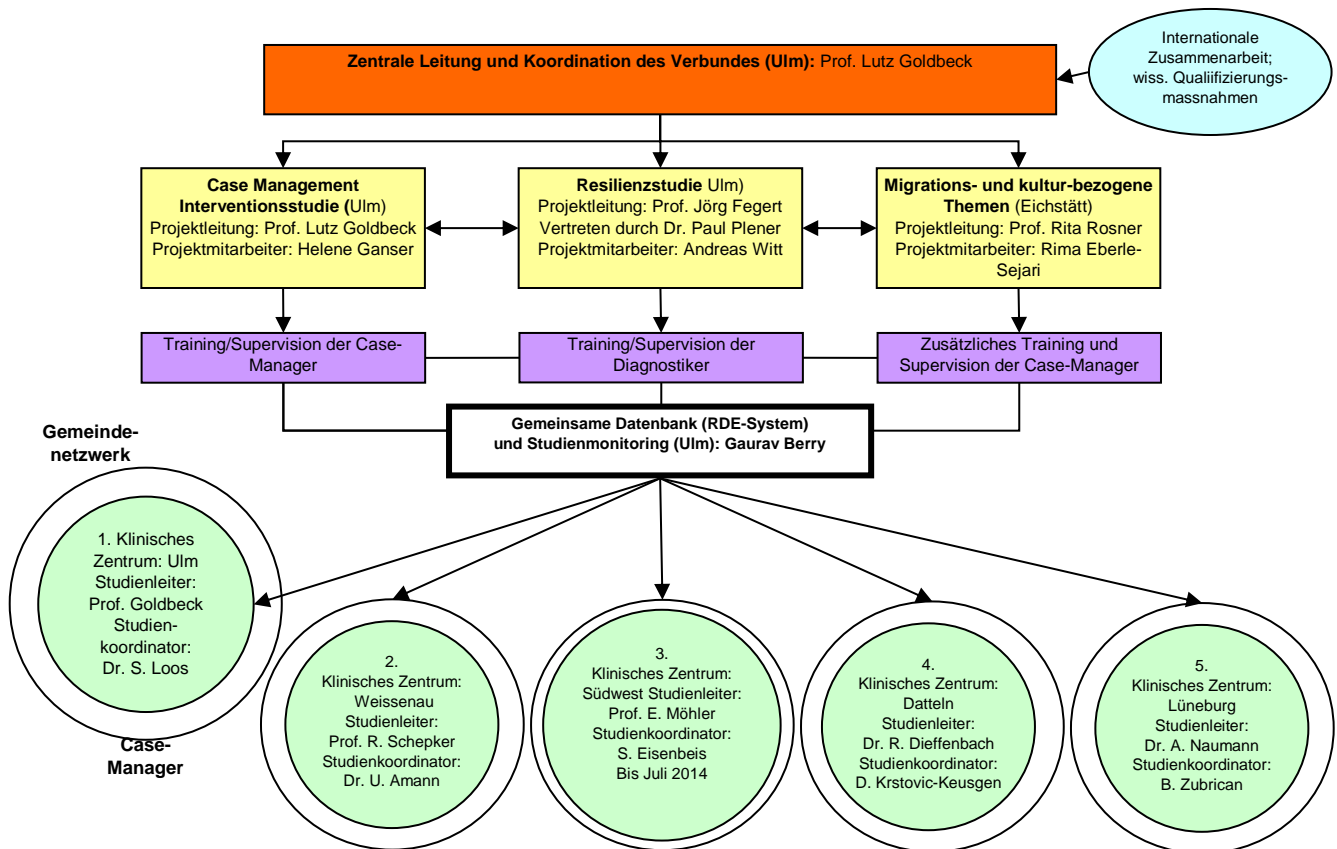


Abbildung 1. Verbundstruktur CANMANAGE

Die verbundübergreifenden Einschlusskriterien waren:

- Kinder und Jugendliche von 4-17 Jahren (bei Einschluss), die
- körperliche oder emotionale Misshandlung, sexueller Missbrauch oder Vernachlässigung in der Vergangenheit erlebt hatten, sich
- aktuell in stabilen, sicheren Lebensumständen ohne Gefahr wiederholter Misshandlung befanden und bei denen sich
- eine nicht-misshandelnde Bezugsperson ebenfalls zur Teilnahme an der Studie bereiterklärte.

Für die einzelnen Teilprojekte ergaben sich weitere Einschlusskriterien, die in den jeweiligen Berichten dargestellt sind.

I.3. Planung und Ablauf:

Eine detaillierte Darstellung der Planungen und des Ablaufs der Teilprojekte sind in den jeweiligen Berichten der Teilprojekte dargestellt. Der Gesamtuntersuchungsplan des Verbundes ist in Abbildung 2 dargestellt.

Verbundübergreifende Aufgaben waren:

- Etablierung von Kooperationen mit den Studienzentren sowie den Verbundpartnern
- Implementierung aller Teilprojekte an den klinischen Standorten
- Einholung der Ethikvoten und Erstellen des Studienprotokolls
- Koordination und Zusammenarbeit mit dem Projektträger
- Aufbau regionaler Netzwerke von Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen (Jugendämter, Einrichtungen stationärer und ambulanter Jugendhilfen, Schulen, Beratungsstellen, Kinderschutzbund, etc.) und den Kinder- und Jugendpsychiatrien an den Projektstandorten
- Schulung von Diagnostikern
- Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen und Teilnehmer
- Datenmanagement und Studienmonitoring
- Durchführung von Folgeuntersuchungen
- Supervision der Diagnostiker
- Prüfung der Datenqualität
- Fortlaufende Schulung von Diagnostikern
- Organisation und Durchführung verbundübergreifender Aktivitäten (z.B. Workshops)
- Koordination wissenschaftlicher Auswertungen und Publikationen aus den Teilprojekten
- Organisation jährlicher Verbundtreffen
- Erstellung jährlicher Gesamtberichte und Übermittlung aller Teilberichte sowie des Gesamtberichts an den Projektträger DLR
- Aktivitäten zur Stimulierung der Rekrutierung einer ausreichenden Zahl von Probanden in den beteiligten Studienzentren
- Aktive Öffentlichkeitsarbeit

Verbundübergreifend konnten bis Projektende N=375 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer rekrutiert werden. Davon wurden 190 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm, 1 Teilnehmerin in der SHG-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie Kleinblittersdorf, 2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters ZFP Südwürttemberg, 92 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln und 90 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Psychiatrische Klinik Lüneburg rekrutiert. Eine Nachuntersuchung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte nach 6, 12 und 24 Monaten. Insgesamt wurden 241 Teilnehmerinnen

und Teilnehmer nach 6 Monaten, 213 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach 12 Monaten und 107 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach 24 Monaten nachuntersucht. Damit wurden verbundübergreifend 936 Untersuchungen mit Kindern, Jugendlichen, sowie deren erwachsenen Bezugspersonen durchgeführt.

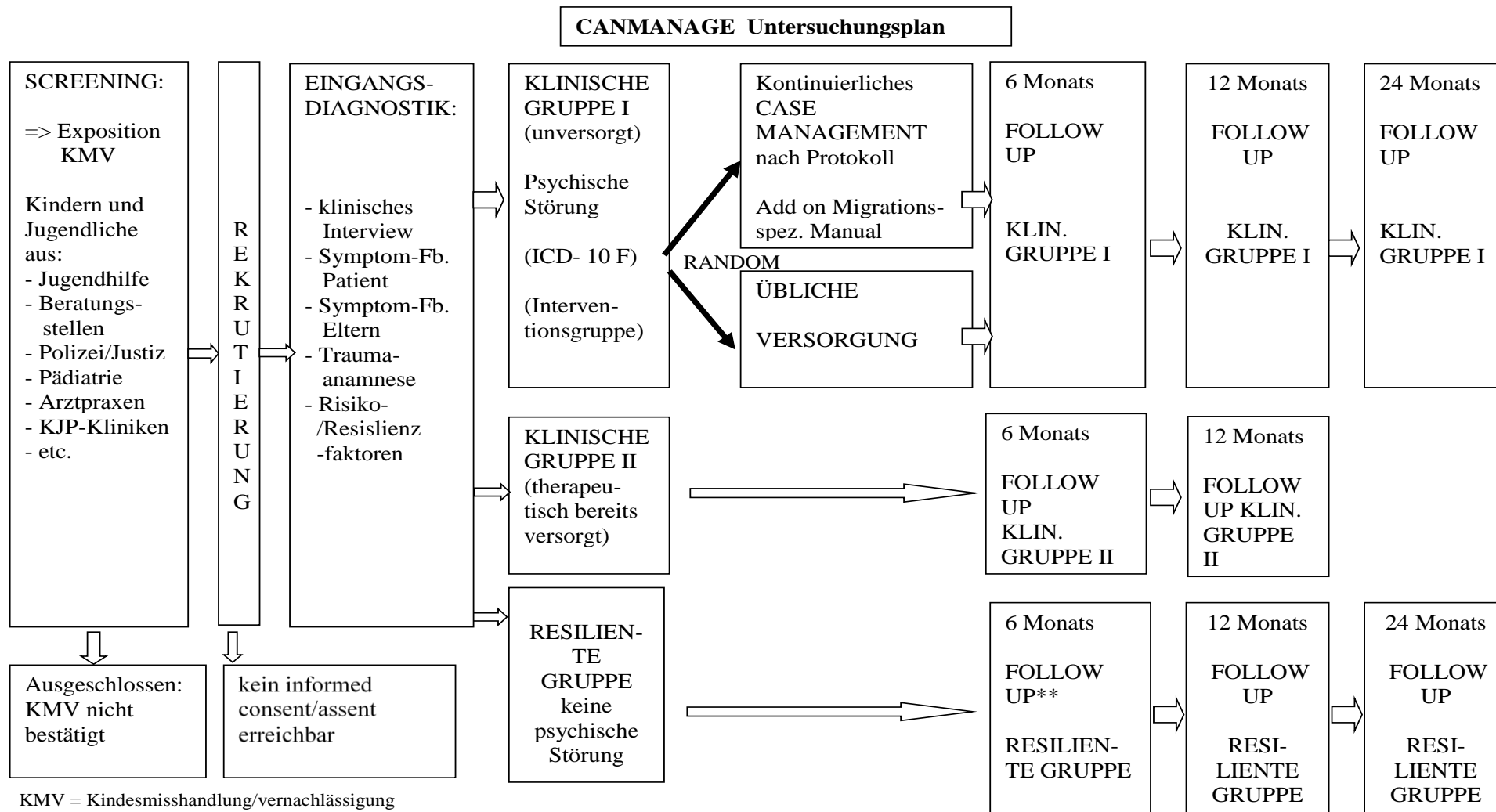


Abbildung 2. Untersuchungsplan CANMANAGE Verbund

I.4. Wissenschaftlicher/Technischer Stand:

Betroffene von Kindesmisshandlung haben ein hohes Risiko eine Vielzahl unterschiedlicher klinischer Störungen zu entwickeln (Buckingham & Daniolos, 2013; Gilbert et al., 2009; De Bellis, 2001a). Forschungsergebnisse deuten aber auch auf eine Variabilität in der Entwicklung solcher Symptome hin. So bleibt ein Teil der Betroffenen gesund (Afifi & Macmillan, 2011; Bonanno, 2005; Herrman et al., 2011). Dieses Phänomen wird meist als Resilienz definiert. Bisher ist wenig über die Art, wie Betroffene mit den potentiell traumatisierenden Erfahrungen umgehen, und was sie vulnerabler oder resilienter hinsichtlich der Entwicklung einer psychischen Erkrankung macht, bekannt. Darüber hinaus zeigt sich aber auch, dass Kinder mit klinisch relevanten traumaassoziierten Auffälligkeiten häufig nicht in Behandlung sind, obwohl wirksame Behandlungsmethoden vorhanden sind (Harvey & Taylor, 2010). Unbehandelte traumabezogene Störungen führen zu einer hohen individuellen Last und bedeutsamen gesamtgesellschaftlichen Kosten (Habetha, Bleich, Weidenhammer, & Fegert, 2012). Obwohl angenommen werden kann, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund Misshandlung und deren Folgen erfahren, ist bisher nicht bekannt, ob spezifische Anstrengungen solchen Familien im klinischen Management zu begegnen zum besseren Erfolg von Interventionen führt. Ziel des CANMANAGE Verbundes war es eine Intervention mit dem Ziel den Zugang für Betroffene zu wirksamen Behandlungen zu schaffen und diese mit einer Studie zu Vulnerabilität und Resilienz von Kindern und Jugendlichen mit Misshandlungserfahrungen zu kombinieren. Ziel war die Rekrutierung einer Stichprobe von Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 18 Jahren mit Misshandlungserfahrungen, sowie deren nicht-misshandelnden Bezugspersonen an fünf klinischen Standorten.

Eine detaillierte Darstellung befindet sich in den Berichten der jeweiligen Teilprojekte.

I.5. Zusammenarbeit mit anderen Stellen:

Die Datenerhebung erfolgte an 5 klinischen Standorten. Die Zusammenarbeit erfolgte mit folgenden Stellen:

Klinische Zentren – Studienleiter – Studienkoordinatoren			
#	Studienzentrum	Name Studienleiter	Name Studienkoordinator
1	Universitätsklinikum Ulm Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Institutsambulanz und stationärer Bereich	Prof. Lutz Goldbeck	Dr. Sabine Loos
2	ZfP Südwürttemberg Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters	Prof. Renate Schepker	Dr. Ulrike Amann

3	SHG-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie mit den Standorten Kleinblittersdorf, Saarbrücken-Schönbach und Idar-Oberstein (Bis Juli 2014)	Prof. Eva Möhler	Dipl.-Psych. Stefan Eisenbeis Dipl.-Psych. Andrea Dixius
4	Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln Universität Witten / Herdecke Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie	Dr. Rainer Dieffenbach	Dipl.-Psych. Daliborka Krstovic-Keusgen
5	Psychiatrische Klinik Lüneburg gemeinnützige GmbH Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	Dr. Alexander Naumann	Binca Zubrican

Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer wurden an den Standorten basierend auf einer Zusammenarbeit mit kommunalen Jugendämtern, Schulen, stationären Jugendhilfeeinrichtungen, Beratungsstellen, Einrichtungen freier, städtischer und kirchlicher Träger, Anbieter ambulanter Jugendhilfemaßnahmen sowie den Standorten selbst, rekrutiert. Im Zuge der Projektlaufzeit schieden zwei Studienzentren aufgrund mangelnder Rekrutierung aus.

Im Zuge des Teilprojektes 1 erfolgte eine Zusammenarbeit mit dem Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Leitung Prof. Dr. R. Muehe.

Literaturliste:

Afifi, T. O., & Macmillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266-272. Retrieved from PM:21586192

Ayer, L., Danielson, C. K., Amstadter, A. B., Ruggiero, K., Saunders, B., & Kilpatrick, D. (2011). Latent classes of adolescent posttraumatic stress disorder predict functioning and disorder after 1 year. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*

Psychiatry, 50(4), 364-375. doi:S0890-8567(11)00005-0
[pii];10.1016/j.jaac.2011.01.004 [doi]. Retrieved from PM:21421176

Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135-138.

Buckingham, E. T., & Daniolos, P. (2013). Longitudinal outcomes for victims of child abuse. *Current Psychiatry Reports*, 15(2), 342. doi:10.1007/s11920-012-0342-3 [doi]. Retrieved from PM:23307564

De Bellis, M. D. (2001a). Developmental Traumatology: the Psychobiological Development of Maltreated Children and its Implications for Research, Treatment, and Policy. *Development and Psychopathology*, 13(3), 539-564. Retrieved from PM:11523847

De Bellis, M. D. (2001b). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13(3), 539-564. Retrieved from PM:11523847

Delmo, C., Weifenbach, O., Gabriel, M., Marchia, E., & Poustka, F. (1998). *Kiddie-SADS Present und Lifetime Version (K-SADS-PL): Deutsche Forschungsversion*. Frankfurt am Main: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2014). Resilience of Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma Violence and Abuse, Advance online publication*. doi:10.1177/1524838014557288

DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics.

Child Abuse and Neglect, 31(3), 255-274. doi:S0145-2134(07)00042-7 [pii];10.1016/j.chiabu.2005.11.015 [doi]. Retrieved from PM:17386940

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi:S0749379798000178 [pii]. Retrieved from PM:9635069

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 31(1), 7-26. doi:S0145-2134(06)00334-6 [pii];10.1016/j.chiabu.2006.06.008 [doi]. Retrieved from PM:17224181

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D. M., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.

Habetha, S., Bleich, S., Weidenhammer, J., & Fegert, J. M. (2012). A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 35. doi:1753-2000-6-35 [pii];10.1186/1753-2000-6-35 [doi]. Retrieved from PM:23158382

Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2004). *The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): Administration and scoring manual*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.

- Harvey, S. T., & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clin.Psychol.Rev.*, *30*(5), 517-535. doi:S0272-7358(10)00046-2 [pii];10.1016/j.cpr.2010.03.006 [doi]. Retrieved from PM:20417003
- 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*(17), 287-294. doi:10.3238/arztebl.2011.0287 [doi]. Retrieved from PM:21629512
- Herrenkohl, R. C., & Herrenkohl, T. I. (2009). Assessing a child's experience of multiple maltreatment types: Some unfinished business. *Journal of Family Violence*, *24*(7), 485. doi:10.1007/s10896-009-9247-2 [doi]. Retrieved from PM:20161642
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *Can.J.Psychiatry*, *56*(5), 258-265. Retrieved from PM:21586191
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2000). Multi-Type Maltreatment and the Long-Term Adjustment of Adults. *Child Abuse Review*, *9*, 6-18.
- Kim, J., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Manly, J. T. (2009). Child maltreatment and trajectories of personality and behavioral functioning: implications for the development of personality disorder. *Dev.Psychopathol.*, *21*(3), 889-912. doi:S0954579409000480 [pii];10.1017/S0954579409000480 [doi]. Retrieved from PM:19583889
- Klika, J. B., & Herrenkohl, T. I. (2013). A review of developmental research on resilience in maltreated children. *Trauma Violence Abuse*, *14*(3), 222-234. doi:1524838013487808 [pii];10.1177/1524838013487808 [doi]. Retrieved from PM:23666947

- Lauterbach, D., & Armour, C. (2016). Symptom Trajectories Among Child Survivors of Maltreatment: Findings from the Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect (LONGSCAN). *J.Abnorm.Child Psychol.*, *44*(2), 369-379. doi:10.1007/s10802-015-9998-6 [doi];10.1007/s10802-015-9998-6 [pii]. Retrieved from PM:25795014
- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, *13*(4), 1021-1038. Retrieved from PM:11771905
- Nugent, N. R., Saunders, B. E., Williams, L. M., Hanson, R., Smith, D. W., & Fitzgerald, M. M. (2009). Posttraumatic stress symptom trajectories in children living in families reported for family violence. *Journal of Traumatic Stress*, *22*(5), 460-466. doi:10.1002/jts.20440 [doi]. Retrieved from PM:19718758
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 269-278. doi:S0890-8567(09)60559-1 [pii];10.1097/00004583-200303000-00006 [doi]. Retrieved from PM:12595779
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, *24*(2), 335-344. doi:S0954579412000028 [pii];10.1017/S0954579412000028 [doi]. Retrieved from PM:22559117
- Sanders, J., Munford, R., Liebenberg, L., & Ungar, M. (2014). Multiple service use: the impact of consistency in service quality for vulnerable youth. *Child Abuse and Neglect*, *38*(4), 687-697. doi:S0145-2134(13)00329-3 [pii];10.1016/j.chiabu.2013.10.024 [doi]. Retrieved from PM:24286861

- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, 20(8), 709-723. doi:0145-2134(96)00059-2 [pii]. Retrieved from PM:8866117
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi:10.3402/ejpt.v5.25338 [doi];25338 [pii]. Retrieved from PM:25317257
- Tabone, J. K., Guterman, N. B., Litrownik, A. J., Dubowitz, H., Isbell, P., English, D. J. et al. (2010). Developmental Trajectories of Behavior Problems Among Children Who Have Experienced Maltreatment. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 19(4), 204-216. doi:[10.1177/1063426610383861](https://doi.org/10.1177/1063426610383861)
- Thompson, R., Tabone, J. K., Litrownik, A. J., Briggs, E. C., Hussey, J. M., English, D. J. et al. (2012). Early Adolescent Risk Behavior Outcomes of Childhood Externalizing Behavioral Trajectories. *The Journal of Early Adolescence*, 31(2), 237-257. doi:[10.1177/0272431609361203](https://doi.org/10.1177/0272431609361203)
- Ungar, M., Liebenberg, L., Dudding, P., Armstrong, M., & van de Vijver, F. J. (2013). Patterns of service use, individual and contextual risk factors, and resilience among adolescents using multiple psychosocial services. *Child Abuse and Neglect*, 37(2-3), 150-159. doi:S0145-2134(12)00217-7 [pii];10.1016/j.chiabu.2012.05.007 [doi]. Retrieved from PM:23260119
- Walsh, J. L., Senn, T. E., & Carey, M. P. (2012). Exposure to Different Types of Violence and Subsequent Sexual Risk Behavior among Female STD Clinic Patients: A Latent Class

Analysis. *Psychology of Violence*, 2(4), 339-354. doi:10.1037/a0027716 [doi].

Retrieved from PM:23626921

Weems, C. F., & Graham, R. A. (2014). Resilience and Trajectories of Posttraumatic Stress Among Youth Exposed to Disaster. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24(1), 2-8.

Abschlussbericht CANMANAGE**Teilprojekt 1: Interventionsstudie****Förderkennzeichen: 01KR1202A****Teilprojektleiter: Prof. Dr. Lutz Goldbeck****II. Kurzdarstellung:****I.1. Aufgabenstellung:**

Das Teilprojekt 1 (Interventionsstudie Case-Management) hatte zum Ziel den Zugang zu einer bedarfsgerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung minderjährigen Misshandlungsoffer zu verbessern sowie das Intervall unbehandelter Traumafolgestörungen bei misshandelten, missbrauchten oder vernachlässigten Kindern und Jugendlichen zu verkürzen.

I.2. Voraussetzungen:

Im Rahmen des Teilprojekt 1 wurde an drei Standorten ein hilfesystemübergreifendes Netzwerk etabliert, indem MitarbeiterInnen verschiedener interessierter Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen aus angrenzenden Gemeinden der Projektstandorte in die Implementierung eines Case-Management Interventionsmodells mit einbezogen wurden.

I.3. Planung und Ablauf:

- Einholung der Ethikvoten und Erstellen des Studienprotokolls, Registrierung im DRKS
- Besetzung des unabhängigen Studienbeirates
- Ausarbeitung der Case-Management Intervention und Verfassung des Interventionsmanuals
- Aufbau regionaler Netzwerke von Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen (Jugendämter, Einrichtungen stationärer und ambulanter Jugendhilfen, Schulen, Beratungsstellen, Kinderschutzbund, etc.) und den Kinder- und Jugendpsychiatrien an den Projektstandorten
- Schulung von MitarbeiterInnen kooperierender Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Durchführung des Case-Managements
- Randomisierung der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer
- Beratung und Monitorierung der Umsetzung der Intervention
- Evaluation der Wirksamkeit des Case-Management Intervention gegenüber der üblichen Versorgung, Untersuchung der Umsetzbarkeit und Akzeptanz der Case-Management Intervention durch Anwender

- Schulung von MitarbeiterInnen kooperierender KJH Einrichtung zum Screening auf Misshandlung und psychische Auffälligkeiten

I.4. Wissenschaftlicher/Technischer Stand:

Interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie gehen mit einer höheren Inanspruchnahme psychiatrisch und psychotherapeutischer Hilfen einher. Eine Vorgängerstudie dieser Arbeitsgruppe zeigte die Möglichkeit, durch den Einsatz eines Case-Managers die Risikoeinschätzung und Therapieplanung minderjähriger Misshandlungsoffer zu verbessern. Ein vergleichbarer Ansatz existiert in den USA, bei dem „broker“ darin geschult und supervidiert werden, betroffene Familien in trauma-fokussierte Therapie zu vermitteln und den Besuch der Behandlung zu verfolgen (vergl. <http://academicdepartments.musc.edu/projectbest>. Eine wissenschaftliche Evaluation der Wirksamkeit des Einsatzes der „broker“ gab es bislang nicht.

I.5. Zusammenarbeit mit anderen Stellen:

Kommunale Jugendämter, Schulen, stationäre Heimeinrichtungen, Beratungsstellen, Einrichtungen freier, städtischer und kirchlicher Träger sowie ambulanter Jugendhilfen

DSMB Prof. Markus Landolt (Universität Zürich, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin), Dr. Regina Steil (Universität Frankfurt, Fachbereich Psychologie) und Dr. Heinz Kindler (Deutsches Jugendinstitut, München)

III. Eingehende Darstellung:

II.1. Ergebnisse:

- Es gelang durch den Einsatz der Case-Management Intervention nicht signifikant mehr Kinder und Jugendliche innerhalb von sechs oder zwölf Monaten in eine evidenzbasierte Behandlung zu vermitteln als unter den Bedingungen der üblichen Versorgung
- Probanden welche der Case-Management Interventionsbedingungen zugeteilt worden waren, wurden nicht signifikant schneller in evidenzbasierte Behandlung vermittelt als Probanden der Kontrollgruppe
- Weibliches Geschlecht, Fremdunterbringung und Wohnort sagten Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen nach sechs Monaten voraus.
- Die Hälfte der unversorgten Probanden gab an auf Wartelisten für eine Therapie zu stehen oder nahm eine Behandlung in Anspruch welche nicht die Kriterien einer evidenzbasierten Behandlung bei psychischen Störungen erfüllte. Somit konnten weniger als 40% aller Probanden innerhalb eines halben Jahres in geeignete Therapieangebote vermittelt werden.
- Innerhalb eines ganzen Jahres konnte ca. 65% in geeignete Therapieangebote vermittelt werden, allerdings konnten von den ursprünglichen 121 nur noch 70 befragt werden (fehlende Angaben von 42%)
- Eine Befragung der Anwender der Case-Management Intervention ergab insgesamt eine positive Bewertung. Die Intervention wurde als in den Arbeitsalltag integrierbar und hilfreich bewertet. Der Anteil durchgeführter Interventionsteilschritte betrug im Durchschnitt 75,75% (SD=18,68).
- Eine Befragung von 173 Mitarbeitern sämtlicher Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen (Mitarbeiter von Jugendämtern, Heimeinrichtungen, Beratungsstellen, ambulante Hilfen an den Standorten Ulm, Ravensburg, Lüneburg, Datteln und Kleinblittersdorf) zeigte folgende Ergebnisse:
 - o 69,5% der Befragten gaben an, ein nur mittelmäßiges oder geringes Wissen über psychische Störungen nach Misshandlung zu haben.
 - o Nach dem aktuellen Standard der Diagnostik in ihren Einrichtungen gefragt, berichteten 74,6% bei denen von ihnen betreuten Kindern und Jugendlichen werde selten oder nie eine standardisierte psychosoziale Diagnostik durchgeführt.
 - o Weitere 64,2% gaben an, dass nur selten oder nie bei denen von ihnen betreuten Kindern systematisch überprüft werde, ob eine seelische Behinderung nach §35a SGB VIII vorliegt.
 - o Während ein gutes Viertel aller Schulungsteilnehmerinnen und Studienteilnehmer die aktuelle Kooperation an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfesystem und psychiatrisch/psychotherapeutischen

Einrichtungen noch als befriedigend einschätzt, schätzen 45,7% diese nur als ausreichend bis mangelhaft ein.

- Eine große Mehrheit von 82,7% geben an, klinische Einrichtungen in ihrer Nähe zu kennen, jedoch nur 38,2% vermitteln betroffene Kinder und Jugendliche regelmäßig dorthin.
- Auf die Frage, ob sie wissen, wie die Therapeuten an die sie vermitteln arbeiten und welche spezifischen Therapien diese anbieten antworteten nur 10,4% mit einem klaren „ja“.

Im Jahr 2013 wurde das Projekt dahingehend erweitert, dass Kinder und Jugendliche mit Misshandlungshintergrund, welche sich bereits in psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung befanden, ebenfalls rekrutiert wurden um Informationen über die aktuelle Versorgungssituation misshandelter Kinder- und Jugendliche zu gewinnen. Folgende Ergebnisse konnten durch die Untersuchung dieser Kohorte gewonnen werden:

- Eine Analyse der Teilstichprobe sexuell misshandelter Probanden zeigte, dass die Inanspruchnahme misshandlungsbezogener professioneller Hilfen unabhängig vom aktuellen psychischen Gesundheitszustand war. Die Mehrheit der aufgrund psychischer Störungen behandlungsbedürftigen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer waren zum Untersuchungszeitpunkt ohne Therapie. Insbesondere traumaspezifische Symptome wurden kaum behandelt: Drei Viertel der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer wiesen klinisch relevante posttraumatische Stresssymptome auf (UCLA- Gesamtsymptomschweregrad ≥ 24), von ihnen erhielt jedoch die Hälfte keine misshandlungsbezogene Therapie.
- Fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche wiesen ein signifikant niedrigeres Funktionsniveau als ihre Vergleichsgruppe auf.
- Sowohl die Anzahl und Dauer der Fremdunterbringungen, als auch die wahrgenommene familiäre Unterstützung waren signifikante Prädiktoren bezüglich des Vorliegens einer psychischen Störung.
- Multiple Fremdunterbringungen gehen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für psychische Störungen einher, wobei der negative Effekt häufiger Unterbringungswechsel bei längerem Verbleiben in Fremdunterbringung gemildert werden kann.
- Auffällig scheint, dass Hilfen in der Mehrzahl auf einen Sektor beschränkt bleiben und Sektorengrenzen nicht überschritten werden.
- Sexuell viktimisierte Kinder und Jugendlichen wiesen ein vergleichsweise höheres Risiko auf, die Kriterien einer gegenwärtigen depressiven Episode zu erfüllen. Der signifikante Einfluss sexueller Viktimisierung auf die im Fragebogen selbstberichtete

posttraumatische Stresssymptomatik zeigte sich nicht mehr, wenn die Daten auf Alters- und Geschlechtseffekte kontrolliert wurden.

- Als häufigste Barrieren der Offenbarung benannten die Befragten Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs Scham sowie Drohungen des Täters, welche sich sowohl gegen die viktimisierten Kinder als auch gegen ihnen nahestehende Personen richteten. Des Weiteren berichteten Betroffene von der Intention, ihre Eltern vor Sorgen und Kummer zu schützen sowie von Schuldgefühlen bzw. dem Gefühl, selbst für die Viktimisierung verantwortlich zu sein.
- Die Mehrheit der befragten Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs bewerteten die viktimisierungsspezifische Unterstützung durch ihr Umfeld positiv: 45.2% fühlten sich nett und verständnisvoll behandelt, 64.3% erklärten, ihnen werde überwiegend geglaubt und 59.5% gaben an, es gäbe eine Person, mit der Gespräche über die stattgefundenen Viktimisierung möglich waren, bei denen sie sich wohlfühlen. Die Behandlung durch ihre Familien bewertete die Mehrheit ebenfalls als positiv (n = 26; 61.9%) und jeder Zweite fühlte sich nach der Offenbarung vor weiteren sexuellen Viktimisierungen geschützt (N=21; 50.0%). Dieses vornehmlich positive Bild wird jedoch getrübt von Berichten über fehlende Unterstützung durch Familien (n = 5; 11,9%), das Fehlen eines vertrauenswürdigen Gesprächspartners (n = 6; 14.3%) sowie das Gefühl, nach der Offenbarung keinen ausreichenden Schutz erfahren zu haben (n = 8; 19.0%).
- Zusammenfassend zeigte sich, dass ein großer Anteil der sexuell viktimisierten Kinder und Jugendlichen keine Maßnahmen in der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitssystem sowie das Justizsystem erhalten (hier 35.7%), selbst wenn sie sich Erwachsenen offenbarten.

Einzelheiten finden sich in der Publikationen: Ganser, Münzer, Witt, Plener, Muche, Rosner, Hagl & Goldbeck (2017), Ganser, Münzer, Plener, Witt & Goldbeck (2016), Ganser, Münzer, Seitz, Witt, & Goldbeck (2015), Münzer, Fegert & Goldbeck (2016), Münzer, Fegert, Ganser, Loos, Witt, & Goldbeck (2014), Münzer, Fegert, Witt & Goldbeck (2015).

Schlussfolgerungen:

- Der Zugang zu evidenzbasierten Therapien scheint zumindest zum Teil durch Barrieren auf Systemebene bedingt zu sein, vor allem durch ein zu geringes Angebot nachweislich wirksamer Therapien.
- Verbesserungen des Zugangs dieser Hochrisikogruppe zu störungsspezifischen Therapien bedarf einer verbesserten Identifikation von Betroffenen und einer stärkeren Implementierung evidenzbasierter Methoden in der therapeutischen Versorgungspraxis.
- Die Zusammenarbeit an der Schnittstelle der Sektoren Pädiatrie, Psychiatrie/Psychotherapie, Kinder- und Jugendhilfe (inklusive Bildungs- und

Beratungsangebote) und Schule sollte intensiviert werden um Grenzen durchlässiger zu gestalten.

- Die Ergebnisse sollten Anlass dazu gegeben alternative Versorgungsmodelle in Betracht zu ziehen, zu entwerfen, umzusetzen und auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen (aufsuchende Behandlung, Behandlung in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, u.a.)

Weitere mit längsschnittlichen Daten mögliche Auswertungen:

- Kontinuität der in Anspruch genommenen Hilfen
- Wirksamkeit auf die psychische Gesundheit der in Anspruch genommenen Hilfen

II.2. Positionen:

Eine Aufstellung der Positionen befindet sich im zahlenmäßigen Nachweis.

II.3. Notwendigkeit:

Das Vorhaben regionale Netzwerke zwischen dem lokalen Kinder- und Jugendhilfesystem und der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung aufzubauen konnte erreicht werden. Über den Studienverlauf kam es in regelmäßigen Abständen an den verschiedenen Studienstandorten zu gegenseitigem Austausch, Treffen, Fortbildungsangeboten, etc. Hierbei waren auf klinischer Seite vor allem die an der Studie beteiligten klinischen Zentren als größter Versorger der jeweiligen Regionen beteiligt. Es ist davon auszugehen, dass im Rahmen des Projektes geknüpfte Verbindungen auch über das Projektende hinaus zumindest zum Teil bestehen bleiben. Die ursprünglich anvisierte Teilnehmerzahl von n=300 psychiatrisch und psychotherapeutisch unversorgter Kinder mit psychischen Störungen nach Misshandlungserfahrungen konnte nicht erreicht werden. Dies lag zum einen am Ausfall zweier Studienzentren in der Rekrutierung. Zum anderen wurde im Verlauf der Rekrutierung und Erhebungen deutlich, dass viele von Misshandlung betroffene Kinder und Jugendliche zwar nicht gänzlich unversorgt (und somit nicht die Einschlusskriterien für die Interventionsstudie erfüllend) aber dennoch keine auf ihre psychische Störung abgestimmte Behandlung erhielten. Zum besseren Verständnis dieser Teilpopulation der psychisch Erkrankten, welche jedoch nicht die Einschlusskriterien der Interventionsstudie erfüllten (in den meisten Fällen wegen der Inanspruchnahme einer Leistung im psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich), wurde eine zusätzliche Probandengruppe eröffnet und N= 162 Kinder- und Jugendliche untersucht. Die in die Interventionsstudie rekrutierten 121 Teilnehmerinnen und Teilnehmer reichten jedoch aus um die Wirksamkeit der Intervention zu untersuchen. Das Ziel die Anzahl der Vermittlungen in Therapie zu erhöhen und die Dauer der unbehandelten Folgestörungen zu Verkürzung konnte

nicht erreicht werden, da sich die Intervention nicht als wirksamer als die übliche Versorgung erwies.

II.4. Nutzen:

Eine randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie wurde bislang in der Versorgungspraxis kaum durchgeführt, so dass das Teilprojekt 1 als wissenschaftlich innovativ anzusehen ist. Es wurde eine bislang psychotherapeutisch unterversorgte und auch in der klinischen Forschung kaum repräsentierte Gruppe adressiert. Durch ein multizentrisches Vorgehen und Einschluss unterschiedlicher Institutionen aus verschiedenen Hilfesystemen sind die gefundenen Erkenntnisse generalisierbar. Durch das Studiendesign und die erhobenen Daten sind Betrachtungen im Querschnitt wie auch im Längsschnitt möglich. Die Erkenntnisse zur geringen Inanspruchnahme bei eindeutigem Bedarf und trotz unterstützenden Bedingungen durch das Studiensetting sind für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Misshandlungs- und Missbrauchsoffer von großer Bedeutung. Das Projekt konnte die dringende Notwendigkeit evidenzbasierte störungsspezifische Therapien für misshandelte, missbrauchte oder vernachlässigte Kinder und Jugendliche in Deutschland zu etablieren und dauerhaft zu implementieren verdeutlichen. Im Rahmen des Projektes konnten enge Netzwerke zwischen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und der lokalen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung geknüpft werden auf welche in Zukunft aufgebaut werden kann. Im Rahmen des Projektes wurden zahlreiche Informations- und Fortbildungsmaterialien erstellt welche der Öffentlichkeit kostenlos zu Verfügung gestellt wurden. Alle Probanden hatten einen unmittelbaren Nutzen von ihrer Studienteilnahme, indem sie eine umfangreiche und qualitätsgesicherte Psychodiagnostik und eine individuelle schriftliche Befundrückmeldung erhielten, wobei die Wartezeit auf eine Studienteilnahme die in Deutschland durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VT) von 8,2 Wochen in den meisten Fällen deutlich unterschritt (Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt, 2014). Während der Studienlaufzeiten wurde vor allem der wissenschaftliche Austausch und die Konsultation mit Kooperationspartnern in den USA gepflegt. Dies beschleunigt den Austausch der Forschungsergebnisse und sichert die Einhaltung internationaler Forschungsstandards. Darüber hinaus wurde mit den im Projekt untersuchten Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Grundstein für eine Kohorte gelegt, die in möglichen weiteren Studien über einen längeren Untersuchungszeitraum immer wieder untersucht werden kann und wertvolle Informationen über die langfristige Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Misshandlungshintergrund liefern kann.

II.5. Fortschritt:

In den ersten Jahren der Projektlaufzeit wurden Ergebnisse einer Arbeitsgruppe aus den USA bekannt, die mit einem ähnlichen Ansatz (Schulung von Kinder- und Jugendhilfe Mitarbeitern) in zwei Studien versuchten die Inanspruchnahme von evidenzbasierten Behandlungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen nach Misshandlung zu erhöhen. Jedoch

verfolgte diese Gruppe keinen Case Management Ansatz mit standardisierter Intervention und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Grund der verschiedenen Gesundheits- und Versorgungssystemen ist ebenfalls fraglich. In den Studien konnten ebenfalls keine erhöhte Inanspruchnahme von evidenzbasierten Therapien gezeigt werden (Dorsey et al, 2014, vgl. Dorsey et al., 2012). Im Jahr 2015 wurden im Rahmen des KIGGS (Kinder- und Jugendgesundheits surveys) erhobene Daten der zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität (BELLA Studie BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten) publiziert (vergl. Hintzpeter et al. 2015). Es wurde eine Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in Deutschland in der Allgemeinbevölkerung beschrieben, was die Dringlichkeit, Maßnahmen zur effizienteren Vermittlung von Betroffenen in psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung zu ergreifen und entsprechende Konzepte zu entwickeln, unterstrich. Die CANMANAGE Intervention zielte auf genau diesen Bedarf ab.

Literaturverzeichnis:

Dorsey, S., Kerns, S. E. U., Trupin, E. W., Conover, K. L., & Berliner, L. (2012). Child Welfare Caseworkers as Service Brokers for Youth in Foster Care: Findings From Project Focus. *Child Maltreatment, 17*(1), 22-31.

Fitzgerald, M. M., Torres, M. M., Shipman, K., Gorrone, J., Kerns, S. E. U., Dorsey, S., (2014). Child Welfare Caseworkers as Brokers for Mental Health Services: A Pilot Evaluation of Project Focus Colorado. *Child Maltreatment, 20*(1), 37-49.

Hintzpeter, B., Klasen, F., Schön, G., Voss, C., Hölling, H., Ravens-Sieberer, U. (2015) Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry (24)*, 705-713.

II.6. Veröffentlichungen:

Ganser, H. G., Plener, P. L., Witt, A., & Goldbeck, L. (accepted for publication in 2017). Behandlungsbedarf nach Kindesmisshandlung, –missbrauch und -vernachlässigung: Chancen der Früherkennung und Frühintervention. *Kinder- und Jugendmedizin*.

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 59*(6), 803-810.

Ganser, H. G., Münzer, A., Seitz, D. C. M., Witt, A., & Goldbeck, L. (2015). Verbesserter Zugang zu evidenzbasierten Therapien für psychisch kranke Kinder und Jugendliche nach Kindesmisshandlung und –missbrauch. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 64*(3), 172-184.

Ganser, H. G., Münzer, A., Witt, A., Plener, P. L., Muche, R., Rosner, R., Hagl, M., & Goldbeck, L. (submitted for publication). Effectiveness of Manualized Case Management on

Utilization of Evidence-Based Treatments for Children and Adolescents after Maltreatment: A Randomized Controlled Trial.

Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2016). Psychological symptoms of sexually victimized children and adolescents compared with other maltreatment subtypes. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(3), 326-346.

Münzer, A., Fegert, J. M., Witt, A., & Goldbeck, L. (2015). Inanspruchnahme professioneller Hilfen durch sexuell viktimisierte Kinder und Jugendliche. *Nervenheilkunde, 1- 2*, 26-32.

Münzer, A., Fegert, J. M., Ganser, H. G., Loos, S., Witt, A., & Goldbeck, L. (2014). Please Tell! Barriers to Disclosing Sexual Victimization and Subsequent Social Support Perceived by Children and Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence 31*(2), 355-77.

Münzer, A., Rosner, R., Ganser, H. G., Naumann, A., Plener, P. L., Witt, A., & Goldbeck, L. (*submitted for publication*). Usual care for maltreatment-related pediatric Posttraumatic Stress Disorder in Germany.

Stinner, S., Rojas, R., Ganser, H. G., Münzer, A., Witt, A., & Goldbeck, L. (*submitted for publication*) Associations of out of home placement and mental health after child abuse and neglect.

Weitere Publikationen:

Ganser, H. G., Fegert, J. M., Eberle-Sejari, R., Münzer, A., Rosner, R., Seitz, D. C. M. et al.(2012). *CANMANAGE Interventionmanual: „The case manager at work“*. (3 ed.). retrieved from canmanage.de/wp/?page_id=1278

Abschlussbericht CANMANAGE**Teilprojekt 2: Resilienzstudie****Förderkennzeichen: 01KR1202B****Teilprojektleiter: Prof. Dr. Jörg M. Fegert****IV. Kurzdarstellung:****I.1. Aufgabenstellung:**

Ziel des Teilprojektes 2 (Resilienzstudie) war die Untersuchung von Resilienz bei Kindern und Jugendlichen mit Misshandlungen in der Vorgeschichte. Hier sollten vor allem die Auftretenshäufigkeit und Stabilität von Resilienz nach Misshandlung, sowie assoziierte Faktoren untersucht werden.

I.2. Voraussetzungen:

Im Rahmen des Teilprojektes 2 wurden an drei Studienorten Kinder und Jugendliche mit Misshandlungshintergrund aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, sowie den Standorten selbst rekrutiert und anhand klinischer Interviews zu mehreren Messzeitpunkten untersucht.

I.3. Planung und Ablauf:

- Einholung der Ethikvoten und Erstellen des Studienprotokolls
- Aufbau regionaler Netzwerke von Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen (Jugendämter, Einrichtungen stationärer und ambulanter Jugendhilfen, Schulen, Beratungsstellen, Kinderschutzbund, etc.) und den Kinder- und Jugendpsychiatrien an den Projektstandorten
- Schulung von Diagnostikern
- Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer
- Monitoring der Rekrutierung
- Durchführung von wiederholten Messungen
- Supervision der Diagnostiker
- Prüfung der Datenqualität
- Fortlaufende Schulung von Diagnostikern

I.4. Wissenschaftlicher/Technischer Stand:

Obwohl viele Opfer von Misshandlung psychische Störungen entwickeln, überleben einige – auch lange andauernde und schwerwiegende – Misshandlungen oder Vernachlässigungen ohne

klinisch relevante Folgen. Diese Kinder werden als resilient bezeichnet. Dennoch ist auch hier eine sorgfältige Überwachung der psychischen Gesundheit notwendig, da sich der Resilienzstatus über die Zeit hinweg verändern kann. Aus der systematischen Nachbeobachtung sollen Kenntnisse über Risiko- und Schutzfaktoren gewonnen werden. Ausgehend von der bislang verfügbaren Literatur scheinen Faktoren auf drei Ebenen (individuelle, familiäre, soziale) einen Einfluss auf die psychische Gesundheit zu haben. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass traumabezogene und andere Kognitionen mit psychischer Gesundheit assoziiert sind.

Bisher ist das Wissen über Faktoren, die zu Resilienz bei Kindern und Jugendlichen mit Misshandlungshintergrund beitragen limitiert. Vor allem fehlen longitudinale prospektive Untersuchungen, sowie Untersuchungen, in denen resiliente Kinder- und Jugendliche mit Nicht-Resilienten verglichen werden.

I.5. Zusammenarbeit mit anderen Stellen:

Die Implementierung des Projektes erfolgte zunächst an fünf Studienstandorten. Die Studienstandorte bildeten für die Versorgung einer jeweiligen Region zuständige Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Im Zuge der Projektlaufzeit schied ein Studienzentrum aus. Zudem wurden an einem weiteren Studienzentrum lediglich zwei Studienteilnehmer rekrutiert, sodass letztendlich die Rekrutierung an drei Standorten erfolgte. Die Rekrutierung erfolgte basierend auf einer Zusammenarbeit mit kommunalen Jugendämtern, Schulen, stationären Jugendhilfeeinrichtungen, Beratungsstellen, Einrichtungen freier, städtischer und kirchlicher Träger sowie Anbieter ambulanter Jugendhilfemaßnahmen.

V. Eingehende Darstellung:

II.1. Ergebnisse:

Datengrundlage und Einschlusskriterien:

Bis zum 31.03.2016 wurden insgesamt 375 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in CANMANAGE eingeschlossen und durchliefen die Baseline Untersuchung. Von den 375 initialen Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden 94, also ca. 25% nach der Baseline-Untersuchung in die Resilienzstudie eingeschlossen. Der Einschluss und die Zuordnung zu den jeweiligen Studienarmen erfolgten anhand der folgenden, vorab definierten Einschlusskriterien:

Die allgemeinen Einschlusskriterien in die Studie waren:

1. Kind/Jugendlicher zwischen 4 und 17 Jahren
2. Hintergrund von Misshandlung, Missbrauch und/oder Vernachlässigung
3. Sicheres Lebensumfeld

Zu den oben genannten allgemeinen Einschlusskriterien in CANMANAGE wurden für den Einschluss in das Teilprojekt 2 (Resilienzstudie) zusätzlich folgende Kriterien angelegt:

1. Befindet sich aktuell nicht in Behandlung
2. Keine Diagnose nach ICD-10

Aufgrund dieser vorliegenden Einschlusskriterien wurden die Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer formal den unterschiedlichen Studienarmen im Projekt CANMANAGE zugewiesen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand, machte aber den Einbezug unterschiedlich definierter Stichproben für verschiedene wissenschaftliche Auswertungen notwendig.

Für jeden Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer waren zusätzlich zu der Eingangsuntersuchung drei Nachuntersuchungen über einen Zeitraum von 24 Monaten vorgesehen. Dabei erfolgten die Nachuntersuchungen je 6, 12 und 24 Monate nach der Eingangsuntersuchung. Aufgrund von Studienabbruchern und der Tatsache, dass bei einigen Teilnehmerinnen Teilnehmern die Nachuntersuchungen außerhalb des Projektzeitraums lagen, wurden nicht alle initial untersuchten Teilnehmerinnen und Studienteilnehmer zu vier Messzeitpunkten nachuntersucht. Die folgende Tabelle gibt Aufschluss über die erfolgten Nachuntersuchungen aller Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer, sowie der in die Resilienzgruppe eingeschlossenen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer:

Tabelle 1. Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Katamneseuntersuchungen insgesamt und der Resilienzstudie

	Eingangsuntersuchung	6 Monate	12 Monate	24 Monate
Gesamt	375	257	147	90
Resilienz	94	73	48	32

Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden werden die Gesamtstichprobe und die Resilienzgruppe beschrieben. Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gesamtstichprobe im Mittel 10.21 Jahre alt ($SD = 3.42$), die Gruppe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche zur Baselinemessung als resilient eingestuft wurden, war im Durchschnitt 9.6 Jahre alt ($SD = 3.37$). 42.9% der Gesamtstichprobe sind weiblich, in der Resilienzgruppe sind 56.5% weibliche Teilnehmerinnen (Tabelle 3). Im Mittel haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer 2.83 Geschwister ($SD = 1.61$) in der Resilienzgruppe haben die Teilnehmer im Durchschnitt 2.30 Geschwister ($SD = 1.86$), siehe Tabelle 2.

Tabelle 2. Alter, Geschlecht und Zahl der Geschwister in der Gesamtstichprobe im Vergleich zur Resilienzgruppe

	Gesamtstichprobe (N = 375)			Resilienzgruppe (N = 92)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range
Alter	10.21	3.43	4.00 – 17.92	9.60	3.37	4.17 – 17.08
Zahl der Geschwister	2.38	1.61	0 - 8	2.30	1.68	0 - 8

Die Kinder besuchen unterschiedliche Bildungseinrichtungen, in der Gesamtstichprobe sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am häufigsten in der Grundschule (21.1%), der Förderschule (16.3%), im Kindergarten (15.5%), der Hauptschule (11.2%) und der Realschule (10.9), siehe Tabelle 3. In der Resilienzgruppe besuchen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am häufigsten die Grundschule (29.3%), den Kindergarten (20.7%), die Förderschule (12%) und die Realschule (10.9%).

Von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern nehmen 34.7% eine besondere Förderung wie Ergo-/Physiotherapie, Krankengymnastik, Logopädie oder ähnliches in Anspruch. In der Resilienzgruppe sind es 21.7% welche derartige Förderung in Anspruch nehmen (siehe Tabelle 3).

Die Fragebögen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in der Gesamtstichprobe in 51.7% der Fälle von der Mutter des Kindes, in 8.3% der Fälle vom Vater und bei 4% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Mutter und Vater gemeinsam beantwortet. Bei den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern beantworteten Großeltern oder andere Verwandte (2.9%), Pflege-/Adoptiveltern (13.6%) oder andere Bezugspersonen (19.5%) die Fragebögen. In der Gruppe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche zur Baselinemessung als resilient eingestuft wurden, wurden 54.3% der Fragebögen von der Mutter, 9,8% vom Vater und 5.4% von Vater und Mutter gemeinsam ausgefüllt. In 5.4% der Fälle beantworteten die Großeltern oder andere Verwandte die Fragebögen, bei 13% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Pflege-/Adoptiveltern und bei 12% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben andere Bezugspersonen wie Betreuer oder Erzieher die Fragebögen ausgefüllt, siehe Tabelle 3.

Sowohl in der Gesamtstichprobe als auch der Resilienzgruppe lebt der größte Prozentteil der Kinder bei einem der Elternteile (63%, bzw. 69.6%), siehe Tabelle 3. Ein großer Teil der

Gesamtstichprobe lebt in einem Heim (17.3%), in der Resilienzgruppe sind es lediglich 8,7%, die in einem Heim leben. Andere Kinder leben bei Adoptiv-/Pflegeeltern (16.5% bzw. 16.3%), oder bei Großeltern oder Verwandten (2.9% bzw. 5.4%). In der Vergangenheit wurden 41.9% der Gesamtstichprobe und 32.6% der Resilienzgruppe fremduntergebracht. Aufgrund von Misshandlung wurden 29.6% in der Gesamtstichprobe und 25% in der Resilienzgruppe fremduntergebracht (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3. *Stichprobenbeschreibung. Prozentuale und absolute Angaben der Gesamtstichprobe und Resilienzgruppe.*

	Gesamtstichprobe (N=375)		Resilienzgruppe (n=92)	
	%	n	%	n
Geschlecht				
männlich	57.1	214	43.5	40
weiblich	42.9	161	56.5	52
Bildungseinrichtung des Kindes				
keine Antwort	3.2	12	7.6	7
kein Besuch	1.1	4	1.1	1
Kindergarten	15.5	58	20.7	19
Grundschule	29.1	109	29.3	27
Orientierungsstufe	0.3	1	4.3	4
Hauptschule	11.2	42	8.7	8
Gesamtschule	4.5	17	4.3	4
Realschule	10.9	41	10.9	10
Förderschule, Sonderschule	16.3	61	12.0	11
Gymnasium	4.5	17	1.1	1
Sonstiges	3.5	13	7.6	7
Besondere Förderung				
keine Antwort	10.7	40	10.9	10
nein	54.7	205	67.4	62
ja	34.7	130	21.7	20
Beantwortung des Fragebogens	51.7	194	54.3	50
Mutter	8.3	31	9.8	9
Vater	4.0	15	5.4	5
Mutter und Vater	2.9	11	5.4	5
Großeltern, andere Verwandte	13.6	51	13.0	12
Pflegeeltern/Adoptiveltern	19.5	73	12.0	11
Andere (z.B. Betreuer, Erzieherin)				
Aufenthaltsort des Kindes				
Keine Antwort	0.3	1		
Bei mindestens einem Elternteil	63	236	69.6	64
Bei Verwandten	2.9	11	5.4	5
Adoptiv-/Pflegeeltern	16.5	62	16.3	15

Fremdunterbringung	17.3	65	8.7	8
Fremdunterbringung in Vergangenheit				
Ja	41.9	157	32.6	30
Ja, wegen Misshandlung	29.6	111	25.0	23

Misshandlungshintergrund und klinische Outcomevariablen (Witt et al, 2016):

Die meisten Betroffenen von Kindesmisshandlung erleben mehr als einen Typ von Misshandlung (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Häuser, Schmutzer, Brähler, & Glaesmer, 2011; Higgins & McCabe, 2000; Herrenkohl & Herrenkohl, 2009). Bisher ist wenig über die Auswirkungen von Kombinationen verschiedener Misshandlungstypen bekannt. Studien vor allem aus dem Traumabereich zeigen, dass sich die Expositions dosis auf die Symptombelastung auswirken kann (Weems & Graham, 2014; Walsh, Senn, & Carey, 2012). In der vorliegenden Arbeit wurden bedeutsame Misshandlungsprofile identifiziert und Assoziationen zu klinischen Outcomevariablen untersucht.

Die Auswertungen beruhen auf Angaben von N=358 Kindern und Jugendlichen, sowie deren Bezugspersonen, die mit dem Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ, Hamby, Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2004), der Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS, Delmo, Weifenbach, Gabriel, Marchia, & Poustka, 1998), sowie standardisierter Fragebogen untersucht wurden. Anhand der Angaben im JVQ erfolgte eine Klassifikation über das Vorliegen von 6 übergeordneten Misshandlungstypen: körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, sexueller Missbrauch, sexueller Missbrauch mit Penetration, Vernachlässigung und Erleben häuslicher Gewalt.

Tabelle 4. Übersicht über die Häufigkeiten der Misshandlungstypen in der Gesamtstichprobe im Vergleich zur Resilienzgruppe.

Misshandlungstypen	Gesamtstichprobe (N=375)		Resilienzgruppe (N=92)	
	%	n	%	n
Körperliche Misshandlung	70.7	265	59.8	55
Emotional Misshandlung	50.1	188	46.7	43
Sexuelle Misshandlung	36.3	136	29.3	27
Vernachlässigung	43.5	163	52.2	48
Häusliche Gewalt	33.1	124	32.6	30

Wie in Tabelle 4 zu sehen, wurde in der Gesamtstichprobe (N = 375) bei 70,7% der teilnehmenden Kinder körperliche Misshandlungserfahrungen berichtet. 50,1% berichteten emotionale Misshandlungen, 36,3% haben sexuelle Misshandlung erlebt, bei 43,5% wurde Vernachlässigung angegeben und 33,1% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichten häusliche Gewalt erfahren zu haben. 59,8% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Resilienzgruppe (N=92) berichten zum Zeitpunkt der Eignungsuntersuchung körperliche Misshandlung erfahren zu haben. Emotionale Misshandlung berichten 46,7%, sexuelle

Misshandlung geben 29,3% in der Gruppe der resilienten Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, 52,2% berichten Vernachlässigung und häusliche Gewalt haben 32,6% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erlebt.

Anhand der entstandenen individuellen Misshandlungsprofile erfolgte eine latente Klassenanalyse (latent class analysis, LCA) mittels MPlus. Anschließend wurde analysiert, inwiefern die gefundenen Misshandlungsprofile mit soziodemografischen und klinischen Outcomevariablen assoziiert sind.

Die LCA ergab eine 3 Klassenlösung, wobei die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Klasse 1: multiple Misshandlungstypen ohne sexuellen Missbrauch (63,1%) kategorisiert wurden. Die zweite Klasse beinhaltete 26,5% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und war durch multiple Typen von Misshandlung und sexuellen Missbrauch charakterisiert. Die kleinste Klasse bildete Klasse 3 (10,3%), die hauptsächlich durch sexuellen Missbrauch charakterisiert ist. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Misshandlungsprofil mit multiplen Typen von Misshandlung und sexuellem Missbrauch (Klasse 2) zeigten signifikant schlechtere Outcomes in Bezug auf Psychopathologie und Funktionsniveau in Vergleich zu den beiden anderen Klassen. Somit war die gleichzeitige Belastung durch mehrere Typen von Misshandlung mit schlechteren Outcomes assoziiert, während die Wahrscheinlichkeit für Resilienz, definiert als Absenz von Psychopathologie in der Klasse, die durch hauptsächlich sexuellen Missbrauch charakterisiert war (also weniger andere Typen von Misshandlung aufwiesen) am höchsten war.

Resilienz bei Kindern und Jugendlichen Misshandlungshintergrund: Eine latente Profilanalyse auf Basis der Baseline-Daten (Witt et al, submitted):

Die Folgen von Misshandlung sind vielfältig und reichen bis ins Erwachsenenalter (De Bellis, 2001b; Buckingham & Daniolos, 2013; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996; Felitti et al., 1998; Gilbert et al., 2009). Jedoch zeigen nicht alle Kinder und Jugendliche, die auch schwere Misshandlung überlebt haben klinisch bedeutsame Auffälligkeiten und werden meist als resilient bezeichnet (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014; Rutter, 2012; Domhardt, Münzer, Fegert, & Goldbeck, 2014). Eine einheitliche Definition von Resilienz existiert in der Wissenschaft nicht. Jedoch beinhalten die unterschiedlichen Definitionen meist zwei Aspekte: zum einen eine Exposition gegenüber aversiven Erlebnissen, zum anderen eine positive Adaptation in dessen Nachgang. Dabei ist Resilienz nicht direkt messbar, sondern kann über Indikatoren, die die Funktionsfähigkeit in bestimmten Domänen abbilden erfasst werden. Einigkeit besteht weitgehend darüber, welche Domänen relevant sind (soziale, emotionale, interpersonelle, akademische Funktion) (Walsh et al., 2012). Wie diese erfasst werden, unterscheidet sich jedoch stark zwischen einzelnen Studien (Klika & Herrenkohl, 2013). Die führt dazu, dass die Anzahl derer, die als resilient klassifiziert werden zwischen 20 und 50% schwankt (Domhardt et al., 2014; Ayer et al., 2011; DuMont, Widom, &

Czaja, 2007; McGloin & Widom, 2001; Putnam, 2003). Eine Schwierigkeit liegt dabei in der Integration mehrerer Resilienzindikatoren.

Bislang fehlen Studien, die Resilienz über mehrere Domänen erfassen und integrieren und Häufigkeitsangaben liefern. Ziel der vorliegenden Studie war es somit mehrere Domänen von Resilienz zu integrieren und assoziierte Faktoren zu untersuchen. Dazu wurden N=358 Kinder und Jugendlichen (4-17 Jahre), sowie deren Bezugspersonen mit klinischen Interviews zu Psychopathologie und Misshandlungshintergrund und standardisierten Fragebogen untersucht. Anhand von fünf Indikatoren (Funktionsniveau, gesundheitsbezogene Lebensqualität, prosoziales Verhalten, mittlere Schulnote und Gesamtproblemwert) wurde eine latente Profilanalyse (LPA) mittels MPlus berechnet. Anschließend wurden assoziierte Faktoren (Alter, Geschlecht, Komplexität der Misshandlung, wahrgenommene soziale Unterstützung und misshandlungsbezogene Kognitionen) mittels Mittelwertvergleichen und einer multinomial logistischen Regression untersucht.

Die LPA ergab 3 unterschiedliche Funktionsprofile: 1. Resilienzprofil (22,9%) 2. Moderate Funktion (49,4%) und 3. dysfunktionale Funktion (27,7%). Die Regressionsanalyse zeigte, dass mehr wahrgenommene soziale Unterstützung, weniger negative misshandlungsbezogene Kognitionen, weibliches Geschlecht und geringeres Alter mit dem Resilienzprofil assoziiert sind. Diese stellen wichtige Faktoren bei Resilienz nach Misshandlung dar.

Stabilität von Resilienz:

Ein weiterer Bereich der Resilienzstudie betraf die Untersuchung der Stabilität von Resilienz. Darüber hinaus sollten Risiko- und Resilienzfaktoren auf deren prognostische Validität hin untersucht werden. Bisher bestehen nur wenige Studien, die Resilienz im longitudinalen Design untersuchen (Klika & Herrenkohl, 2013). Die wenigen vorliegenden Studien weisen auf eine relativ geringe Stabilität von Resilienz hin. Studien, die Resilienzfaktoren in Bezug auf deren prognostische Validität hin untersuchen, liegen bislang nicht vor.

Zur Untersuchung der Stabilität von Resilienz wurden zwei unterschiedliche Ansätze gewählt. Hierbei gingen unterschiedliche Stichproben (zum einen der komplette Datensatz, zum anderen nur die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Resilienzstudie) in unterschiedliche Analyseansätze ein:

1. Deskriptive Analyse der Nachuntersuchungen der Resilienzgruppe

Methode:

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sowie deren Bezugspersonen füllten zudem standardisierte Fragebogen (soziodemografischer Fragebogen, UCLA, MSPSS, CPTCI, etc.)

aus. Es erfolgte eine deskriptive Auswertung über die jeweiligen Messzeitpunkte hinsichtlich des Resilienzstatus (Psychopathologie Ja vs. Nein).

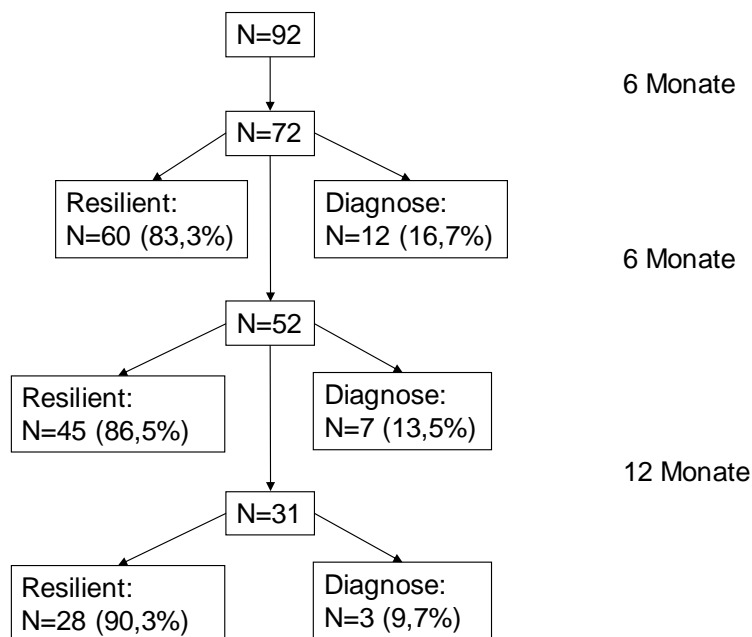


Abbildung 3. Flowchart Nachuntersuchung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Resilienzstudie mit dem jeweiligen Anteil der Resilienten.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

Alter, Geschlecht, Misshandlungstypen (Vergleich mit Gesamtstichprobe)

Tabelle 5. Soziodemografische Variablen und Anteil resilienter Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei der 6, 12 und 24 Monats-Nachuntersuchung

		Baseline (N=92)	6 Monate (N=72)	12 Monate (N=50)	24 Monate (N=29)
Alter	<i>M (SD)</i>	9.59 (3.4)	9.14 (3)	9.03 (3.1)	9.9 (3.1)
Geschlecht (männlich)	n (%)	40 (43.5)	31 (43.1)	18 (36)	11 (37.9)
Anteil Resilienter	n (%)	92 (100)	60 (81.1)	39 (78)	22 (75.9)

Aufgrund der geringen Fallzahlen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, für die Daten zu allen Messzeitpunkten vorliegen, können Vergleiche zwischen denjenigen, die stabile Resilienz über 24 Monate aufweisen nur bei großen Effektstärken signifikant werden. Tabelle 2 gibt einen Überblick über wichtige Risiko- und Resilienzfaktoren bei der Gruppe der stabil resilienten Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Abbildung 3 gibt einen Überblick über den Resilienzstatus der N=29 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum jeweiligen Messzeitpunkt.

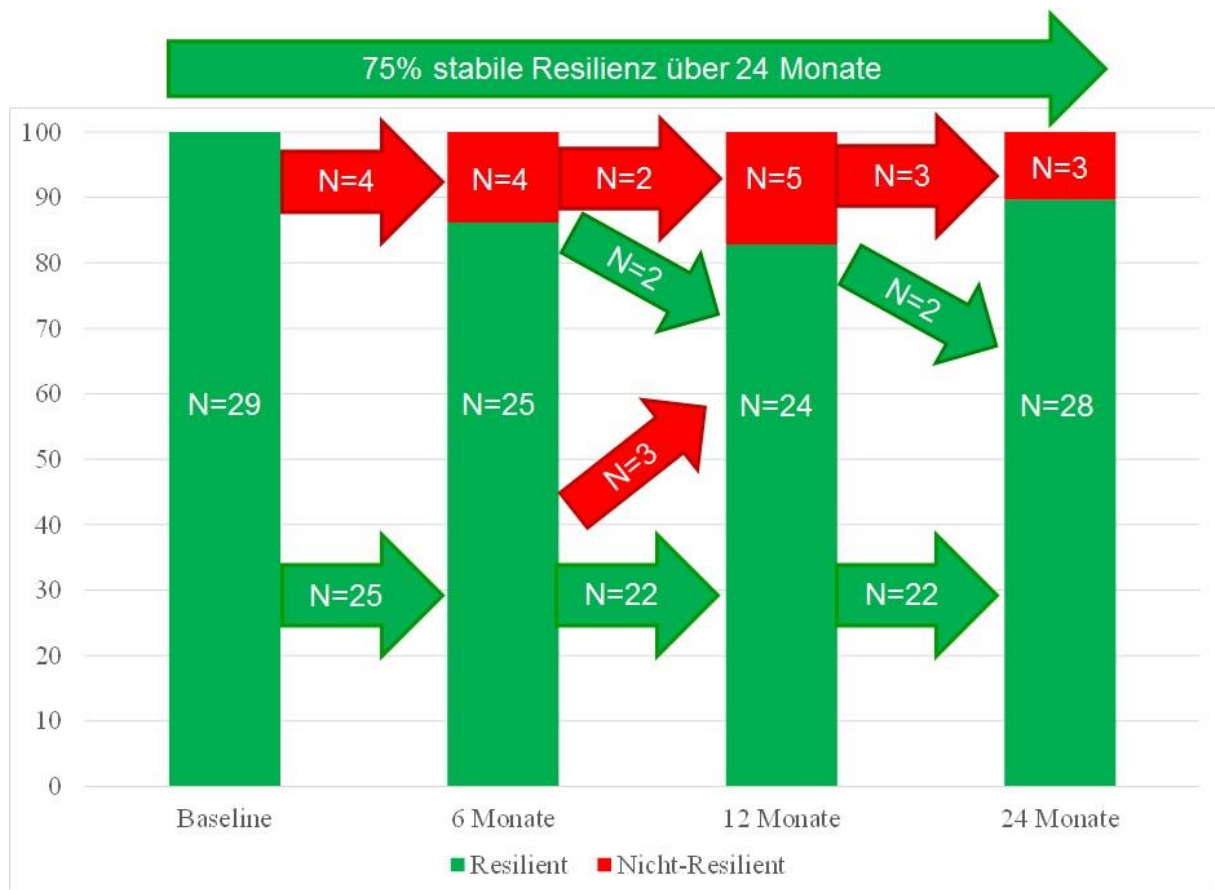


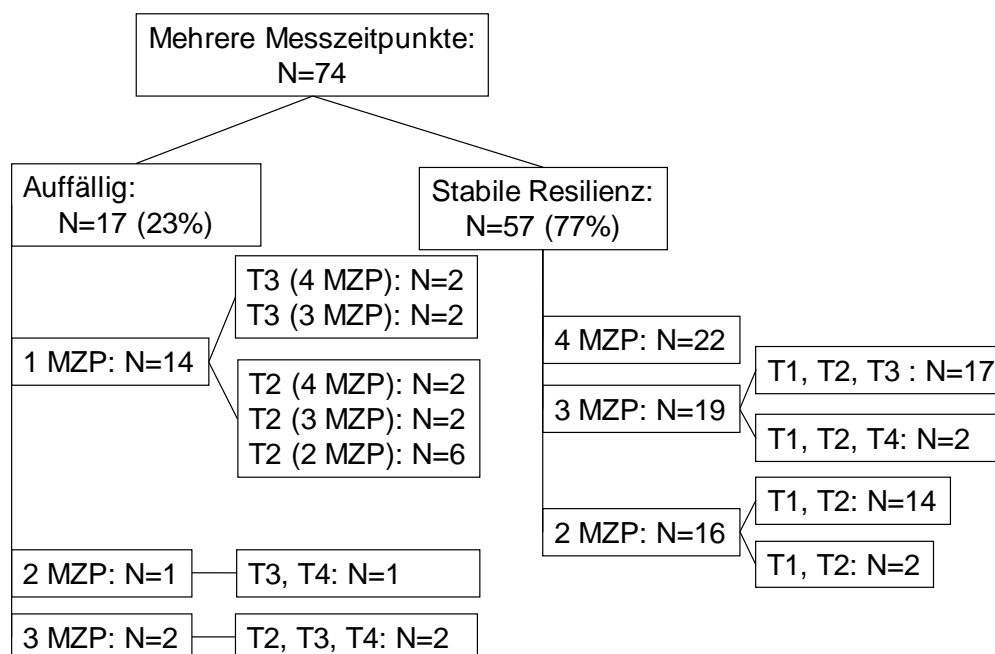
Tabelle 2. stabil resiliente vs. nicht stabile Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Variablen zur Baseline		Gesamt	Stabil resilient	Nicht stabil	Test (Effektstärke)
Anzahl		N=29	N=22	N=7	
Alter	M (SD)	9,9 (3,1)	9,8 (3,1)	10,24 (3,3)	T= 0,33
Geschlecht (männlich)	N (%)	N=11 (37,9%)	N=7 (31,8%)	N=4 (57,1%)	X ² =1,4 (d=0,46)
Negative misshandlungsbezogene Kognitionen (CPTCI)	M (SD)	40,4 (12)	38,1 (9,7)	48,2 (16,5)	T=1,73 (d=0,75)
Wahrgenommene soziale Unterstützung (MSPSS)	M (SD)	72,5 (8,4)	73,4 (8,4)	69,6 (8,9)	T=0,87 (d=0,44)
Misshandlungsbezogene soziale Unterstützung (Cites-R) N=7 vs18	M (SD)	1,4 (0,43)	1,5 (0,46)	1,16 (0,23)	T=1,83
Funktionsniveau (CGAS)	M (SD)	76,8 (12,2)	78,5 (11,3)	71,7 (14,4)	T=1,3 (d=0,53)

Schuldatribution auf den Täter (ja) N=25	N (%)	N=18 (72%)	N=13 (68,4%)	N=5 (62,5%)	$X^2=1,5$
Schuldatribution auf sich selbst (ja) N=26	N (%)	N=3 (11,5)	N=2 (10%)	N=1 (16,7%)	$X^2=0,21$

2. Vergleiche aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer, für die Daten für mehrere Messzeitpunkte vorliegen

Es erfolgte eine zweite deskriptive Analyse aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Resilienzstudie, für die Daten zu mehreren Messzeitpunkten vorlagen. Dies bedeutet, dass in die Analyse auch Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingingen, für die lediglich Daten zu zwei oder 3 Messzeitpunkten vorlagen. Abbildung 3 gibt einen Überblick über die einbezogenen Daten:



Variablen zu Baseline		Gesamt	Stabil resilient	Nicht stabil	Test (Effektstärke)
Anzahl		N=74	N=57	N=17	
Alter	M (SD)	9,1 (3)	8,86 (3)	9,83 (2,95)	T=1,17 (d=0,3)
Geschlecht (männlich)	N (%)	N=31 (43,2%)	N=22	N=9	$X^2=0,89$
Negative misshandlungsbezogene Kognitionen (CPTCI)	M (SD)	39,81 (10,84)	38,71 (9,85)	42,67 (13,1)	T=1,08 (d=0,34)

Wahrgenommene soziale Unterstützung (MSPSS)	M (SD)	73,74 (9,5)	75,03 (9,1)	70,42 (10,06)	T=1,45 (d=0,48)
Misshandlungsbezogene soziale Unterstützung (Cites-R)	M (SD)	1,37 (0,41)	1,36 (0,41)	1,41 (0,42)	T=0,5
Funktionsniveau (CGAS)	M (SD)	77,5 (12,22)	79,7 (10,54)	70 (14,65)	T=3,03* (d=0,73)
Schuld attribution auf den Täter N=65	N (%)	N=40 (61,5%)	N=31 (62%)	N=9 (60%)	X ² =2,5
Schuld attribution auf sich selbst N=68	N (%)	N=5 (7,4%)	N=3 (5,8%)	N=2 (12,5%)	X ² =1,07

Zusammenfassung:

Die Teilnehmerzahl, auf der die Analysen beruhen, ist sehr gering. Bei der Analyse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, für die Daten über alle Messzeitpunkte vorlagen, ist von einer starken Selektivität der Stichprobe auszugehen.

Stabilität:

Insgesamt deuten die Daten darauf hin, dass eine gewisse Stabilität von Resilienz, auch über einen Zeitraum von 24 Monaten zu beobachten ist. Wie erwartet, nimmt die Zahl, derer, die als stabil resilient klassifiziert werden, im zeitlichen Verlauf ab. Nach 24 Monaten zeigen immerhin 75% stabile Resilienz.

Resilienz- und Risikofaktoren:

Zur Identifikation statistisch signifikanter Ergebnisse, ist die Fallzahl leider nicht ausreichend. Somit zeigte sich lediglich das initiale Funktionsniveau als Prädiktor für die Stabilität von Resilienz. Die dargestellten Ergebnisse deuten aber auch daraufhin, dass wahrgenommene soziale Unterstützung und negative misshandlungsbezogene Kognitionen eine wichtige Rolle bei der Stabilität und Aufrechterhaltung von Resilienz spielen.

Insgesamt sollten die Ergebnisse vor allem hinsichtlich der Resilienzfaktoren aufgrund der Selektivität und der geringen Größe der Stichprobe mit Vorsicht interpretiert werden. Verzerrungen aufgrund der kleinen Fallzahlen sind nicht auszuschließen.

Trajectories of functioning in maltreated children and adolescents: Who remains resilient and who does not? (Witt et al., in preparation)

Hintergrund: In Studien zeigen sich meist vier Verlaufsformen nach aversiven Erlebnissen: „chronic“, „resilient“, „recovery“, „delayed“. Resilienz wird dabei meist als stabiler Verlauf gesunder Funktionsfähigkeit nach aversiven Erlebnissen definiert. Diese Verlaufsformen und

damit Resilienz wurden bisher wenig in Bezug auf Misshandlungscharakteristiken und Reviktimisierung hin untersucht.

Methode: Mittels Growth Mixture Modelling (GMM) wurden unterschiedliche Verläufe der Funktionsfähigkeit von 206 Kindern und Jugendlichen mit Misshandlungshintergrund untersucht. Die unterschiedlichen Verläufe wurden hinsichtlich verschiedener Misshandlungscharakteristiken und Reviktimisierung untersucht. Dazu wurden binär logistische Regressionen verwendet.

Ergebnisse: Es wurden vier Verläufe (resilient, delayed, recovery, chronic) identifiziert. Reviktimisierung (slope 0.23), sexueller Missbrauch (slope 3.25) und Vernachlässigung (slope 3.55) waren mit veränderten Verläufen assoziiert. Die binär logistische Regression zeigte, dass weibliches Geschlecht (OR=4.8) und keine erneute Erfahrung von Misshandlung (OR=0.15) im Untersuchungszeitraum Prädiktoren für einen resilienten Verlauf waren.

Fazit: Die Ergebnisse zeigen, dass stabile Resilienz vor allem davon abhängt, ob es gelingt die Kinder und Jugendlichen vor erneuten Erfahrungen von Misshandlung zu schützen. Der „delayed“ Verlauf, der häufig als eine verspätete Reaktion auf das aversive Erlebnis interpretiert wird, scheint weniger das Absinken der Funktionsfähigkeit aufgrund eines initialen aversiven Erlebnisses darzustellen, sondern vielmehr eine Reaktion auf aktuelle Erfahrungen von Misshandlung.

Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität misshandelter Kinder und Jugendlicher (Weber et al., submitted)

Hintergrund: Studien zu möglichen Konsequenzen von Kindsmisshandlungen haben sich bis vor kurzem vor allem auf Verhaltensauffälligkeiten sowie körperliche und psychische Folgen konzentriert. Gesundheit beinhaltet aber nicht nur das Fehlen von Störungen oder Krankheiten, sondern ist vielmehr ein Zustand des vollständigen körperliche, geistigen und sozialen Wohlergehens (WHO, 1946). Dabei muss auch der subjektiven Beurteilung des Betroffenen Wert beigemessen werden. Dies wurde unter anderem mittels der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (engl. health-related quality of life; HRQoL) operationalisiert. Der Einbezug von HRQoL bei der Untersuchung von misshandelten Kindern kann Probleme oder Problembereiche identifizieren, welche sich von denen unterscheiden, welche mit den herkömmlichen Instrumenten für psychische und physische Gesundheit erhoben werden. So könnten Kinder identifiziert werden, welche Bedürfnisse nach frühen Interventionen haben, bevor psychische und physische Erkrankungen offensichtlich werden. Frühere Studien, welche sich mit HRQoL nach Kindsmisshandlung beschäftigten, konzentrierten sich auf erwachsene Opfer, welche im Nachhinein befragt wurden. Es liegen daher kaum Studien vor, die Kinder mit einem Misshandlungshintergrund auf ihre HRQoL hin untersuchten (Weber, Jud, & Landolt, 2015). Was mögliche Prädiktoren der kindlichen

HRQoL anbelangt, gibt es bis jetzt erst wenige Forschungsergebnisse. Ziel dieser Teil-Studie war es daher, mögliche Prädiktoren für die kindliche HRQoL nach Kindesmisshandlung zu identifizieren.

Methode: Die Stichprobe bestand aus 249 Kindern und Jugendlichen zwischen 8 und 18 Jahren, welche emotionale, körperliche oder sexuelle Gewalt erlebten oder vernachlässigt wurden. Sie gaben unter anderem Auskunft über ihre aktuelle HRQoL. Weiter füllten Eltern oder Betreuer von 350 misshandelten oder vernachlässigten Kinder im Alter zwischen 4 und 18 Jahren einen Fragebogen über die HRQoL des Kindes aus. Anhand einer multiplen linearen Regressionsanalyse wurden mögliche Prädiktoren für die HRQoL untersucht. Diese Prädiktoren wurden anhand des Trauma-Bewältigungs-Modell (Landolt, 2003) gruppiert und blockweise in die Analyse eingegeben. Die erste Gruppe Prädiktoren waren Variablen die das Kind selbst betrafen wie Alter, Geschlecht, Verhaltensauffälligkeiten oder Posttraumatische Belastungssymptome. Die zweite Gruppe Variablen war auf die Misshandlung bezogen wie Art und Häufigkeit der Misshandlung. Die dritte Gruppe Variablen bezog sich auf die Eltern der misshandelten Kinder und umfassten Parameter wie Posttraumatische Belastungen der Eltern, Sozioökonomischer Status oder Migrationshintergrund.

Ergebnisse: Eltern und Betreuer berichteten von signifikant tieferer HRQoL der misshandelten Kinder, verglichen mit Peers gleichen Alters. Die Kinder selbst hingegen berichteten nicht von einer niedrigeren HRQoL. Prädiktoren wie älteres Alter, selbstberichtete (emotionale) Verhaltensprobleme und selbstberichtete Posttraumatische Stresssymptome hingen mit einer tieferen *selbstberichteten* HRQoL der Kinder zusammen. Prädiktoren von tieferen *fremdberichteter* HRQoL der Kinder waren älteres Alter, von den Eltern/Betreuern berichtete Posttraumatische Stresssymptome der Kinder, von den Eltern/Betreuern berichtete (emotionale) Verhaltensauffälligkeiten sowie ein niedrigerer Sozioökonomischer Status. Anhand der ausgewählten Prädiktoren konnten 20 % der selbst-berichteten und 39% der fremdeingeschätzten HRQoL erklärt werden.

Diskussion: Die vorliegende Analyse hat Prädiktoren für eine verminderte HRQoL bei Kindern und Jugendlichen nach Misshandlungsereignissen identifiziert. Allgemein bekannte Prädiktoren für die Lebensqualität von Kindern wie das Alter des Kindes oder der Sozioökonomische Status konnten bestätigt werden. Wichtige Prädiktoren waren ausserdem Posttraumatische Stresssymptome der Kinder sowie (emotionale) Verhaltensauffälligkeiten. Diese psychischen Symptome kommen im Kontext von Misshandlungen häufig vor und können zum Beispiel mit traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie behandelt werden (MacMillan et al., 2009). Interessanterweise konnten keine Faktoren, welche die Eltern betrafen als Prädiktoren für die kindliche Lebensqualität identifiziert werden. Dieses Ergebnis ist insofern positiv, als dass Elternfaktoren kein Limit für die Befindlichkeit der Kinder zu setzen scheinen. Eine Konzentration auf die Behandlung der auffälligen Kinder ist daher umso wichtiger.

Aus den Ergebnissen lassen sich klare Implikationen für die Klinik sowie für weitere Forschung ableiten. Erstens sollten allfällige Posttraumatische Stresssymptome sowie (emotionale)

Verhaltensauffälligkeiten bei misshandelten Kindern behandelt werden. Weiter kann HRQoL als mögliches Outcome für die Rehabilitation dieser Kinder empfohlen werden. Weiterführende Forschung ist nötig, um die vorliegenden Ergebnisse in Bezug zu den nicht-signifikanten Elternvariablen zu erklären. Besonders der nicht gefundene Zusammenhang zwischen elterlicher emotionaler Belastung und HRQoL der Kinder kann nur schwer gedeutet werden. Andere Prädiktoren könnten hierbei wichtig sein, zum Beispiel die HRQoL der Eltern selbst.

Referenzen

- Landolt, M. A. (2003). Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 52, 71–87. Retrieved from <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2013/4418/>
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M., & Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*, 373(9659), 250–266.
- Weber, S., Jud, A., & Landolt, M. A. A. (2015). Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: a systematic review. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 25(2). <http://doi.org/10.1007/s11136-015-1085-5>
- WHO, I. (1946). Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 1946. Entered into force on 7 April 1948. *New York*, 19–22.

II.2. Positionen:

Eine Aufstellung der Positionen befindet sich im zahlenmäßigen Nachweis.

II.3. Notwendigkeit:

Die ursprünglich anvisierte Teilnehmerzahl von n=200 resilienten Teilnehmerinnen und Teilnehmern konnte im Zuge der Studie nicht erreicht werden. Die zugrunde liegende Schätzung von etwa 40% resilienten Kindern und Jugendlichen wurde in der vorliegenden Stichprobe deutlich unterschritten. Zudem führte der Ausfall von zwei Studienzentren dazu, dass die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer insgesamt (N=500) nicht erreicht wurde, wodurch auch der Anteil der resilienten Probanden geringer ausfiel als geplant. Auf der vorliegenden Datenbasis konnten jedoch, gerade auch im Vergleich zur Gruppe der als nicht-resilienten eingestuften Teilnehmerinnen und Teilnehmern relevante wissenschaftliche Auswertungen erfolgen.

II.4. Nutzen:

Auf Grundlage der erhobenen Daten sind für das Teilprojekt 2 wissenschaftliche Erkenntnisse über Resilienz auf mehreren Ebenen entstanden. Zum einen besteht die Möglichkeit der Betrachtung im Querschnitt aber auch im Längsschnitt. Zudem ist eine Betrachtung der

Resilienzgruppe an sich, aber auch im Vergleich mit der Gruppe der als nicht-resilient eingestuften Teilnehmerinnen und Teilnehmer möglich. Ein weiteres Feld der Betrachtung stellen zusätzliche Variablen dar, die Aufschlüsse über assoziierte Faktoren, also Risiko- und protektive Faktoren im Kontext von Misshandlung darstellen. Diese Erkenntnisse können bei der Erstellung von Präventions- und Interventionsprogrammen verwendet werden. Über das längsschnittliche Design kann hier die prognostische Validität dieser Faktoren überprüft werden. Darüber hinaus wurde mit den im Projekt untersuchten Teilnehmern der Grundstein für eine Kohorte gelegt, die in möglichen weiteren Studien über einen längeren Untersuchungszeitraum immer wieder untersucht werden kann und wertvolle Informationen über die langfristige Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit einer Misshandlungsvorgeschichte liefern kann.

II.5. Fortschritt:

Eine Literaturübersicht von Klika und Herrenkohl (2013) zu longitudinalen Studien zum Thema Resilienz stellt noch einmal den fehlenden Konsens in der Erfassung von Resilienz heraus, während überwiegend Einigkeit hinsichtlich der Bereiche, in denen sich Resilienz zeigen kann, besteht. Kilka und Herrenkohl (2013) schließen aus ihrer Literaturübersicht, dass noch wenig über Muster von Resilienz und wie diese sich über die Zeit entfalten bekannt ist. Sie fordern deshalb weitere longitudinale Studien, die Resilienz als ein aus mehreren Domänen bestehendes Konstrukt erfassen. Aufgrund der eingesetzten Instrumente und Methodik entspricht dies genau den Zielen der Resilienzstudie.

Darüber hinaus zeigen Weems und Graham (2014), wie bedeutend die Exposition gegenüber aversiven Erlebnissen bei der Untersuchung von Resilienz ist. Die Exposition gegenüber aversiven Erlebnissen steht dabei in Zusammenhang mit Resilienz und muss bei deren Untersuchung immer mit berücksichtigt werden. In der vorliegenden Studie besteht jedoch die Schwierigkeit der Quantifizierung des aversiven Erlebnisses, da mehrere Typen von Kindesmisshandlung häufig gemeinsam auftreten (Herrenkohl & Herrenkohl, 2009).

Zudem zeigt sich in der Resilienzforschungen ein vermehrter Fokus auf kontextuelle oder systemische Resilienzfaktoren, wie die Inanspruchnahme von Hilfen. Bisher ist das Wissen über diese Faktoren limitiert. Sanders et al (2014) und Ungar et al (2013) unterstreichen in ihren Studien die Bedeutung der Qualität von erhaltenen Maßnahmen für die Betroffenen. Auswertungen hinsichtlich der Bedeutung von kontextuellen Faktoren für die Resilienz sind auch mit der vorliegenden Stichprobe von CANMANAGE möglich und Analysen hinsichtlich Inanspruchnahme von Hilfen, bzw. Maßnahmen und Resilienz befinden sich in Planung.

Zudem bestehen bisher nur wenige Studien, die Verläufe nach Kindesmisshandlung mittels Growth Mixture Modeling (GMM) untersuchen (Lauterbach & Armour, 2016). Die meisten Studien nutzen als Grundlage der Analyse internalisierende und externalisierende Symptome der Child Behavior Checklist. Die Ergebnisse der bestehenden Studien sind sehr heterogen. So

wurden in diesen Studien zwischen zwei (Kim, Cicchetti, Rogosch, & Manly, 2009; Nugent et al., 2009) und fünf (Tabone et al., 2010; Thompson et al., 2012) prototypischer Verläufe identifiziert. Weitere Studien, die Verläufe nach Kindesmisshandlung untersuchen, wie auf Grundlage der Daten von CANMANAGE geplant, sind also notwendig.

II.6. Veröffentlichungen:

Von Klitzing, K., Goldbeck, L., Brunner, R., Herpertz-Dahlmann, B., Konrad, K., Lohaus, A., Heim, C., Heinrichs, N., Schäfer, I., Folgen von Misshandlung im Kindes- und Jugendalter, Trauma & Gewalt, 2015 9, S. 122-133.

Witt, A., Münzer, A., Ganser, H.G., Fegert, J.M., Goldbeck, L. Plener, P.L. Experience by children and adolescents of more than one type of maltreatment: Association of different classes of maltreatment profiles with clinical outcome variables. *Child Abuse and Neglect*, 2016, 57, 1-11.

Witt, A., Münzer, A., Ganser, H.G., Fegert, J.M., Goldbeck, L. Plener, P.L. Data on Maltreatment Profiles and Psychopathology in Children and Adolescents. Under Review, Data in Brief.

Witt, A., Goldbeck, L., Keller, F., Fegert, J.M., Plener, P.L., Resilience in Maltreated Children: A Latent Profile Analysis. Submitted to *Journal of Traumatic Stress*.

Literaturverzeichnis:

Ayer, L., Danielson, C. K., Amstadter, A. B., Ruggiero, K., Saunders, B., & Kilpatrick, D.

(2011). Latent classes of adolescent posttraumatic stress disorder predict functioning and disorder after 1 year. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(4), 364-375. doi:S0890-8567(11)00005-0

[pii];10.1016/j.jaac.2011.01.004 [doi]. Retrieved from PM:21421176

Buckingham, E. T., & Daniolos, P. (2013). Longitudinal outcomes for victims of child abuse.

Current Psychiatry Reports, 15(2), 342. doi:10.1007/s11920-012-0342-3 [doi].

Retrieved from PM:23307564

De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy.

Development and Psychopathology, 13(3), 539-564. Retrieved from PM:11523847

Delmo, C., Weifenbach, O., Gabriel, M., Marchia, E., & Poustka, F. (1998). *Kiddie-SADS Present und Lifetime Version (K-SADS-PL): Deutsche Forschungsversion*. Frankfurt am Main: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2014). Resilience of Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma Violence and Abuse*, Advance online publication. doi:10.1177/1524838014557288

DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse and Neglect*, 31(3), 255-274. doi:S0145-2134(07)00042-7 [pii];10.1016/j.chiabu.2005.11.015 [doi]. Retrieved from PM:17386940

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi:S0749379798000178 [pii]. Retrieved from PM:9635069

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 31(1), 7-26. doi:S0145-2134(06)00334-6 [pii];10.1016/j.chiabu.2006.06.008 [doi]. Retrieved from PM:17224181

- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D. M., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.
- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2004). *The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): Administration and scoring manual*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.
- 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(17), 287-294.
doi:10.3238/arztebl.2011.0287 [doi]. Retrieved from PM:21629512
- Herrenkohl, R. C., & Herrenkohl, T. I. (2009). Assessing a child's experience of multiple maltreatment types: Some unfinished business. *Journal of Family Violence*, 24(7), 485. doi:10.1007/s10896-009-9247-2 [doi]. Retrieved from PM:20161642
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2000). Multi-Type Maltreatment and the Long-Term Adjustment of Adults. *Child Abuse Review*, 9, 6-18.
- Kim, J., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Manly, J. T. (2009). Child maltreatment and trajectories of personality and behavioral functioning: implications for the development of personality disorder. *Dev.Psychopathol.*, 21(3), 889-912.
doi:S0954579409000480 [pii];10.1017/S0954579409000480 [doi]. Retrieved from PM:19583889

- Klika, J. B., & Herrenkohl, T. I. (2013). A review of developmental research on resilience in maltreated children. *Trauma Violence Abuse, 14*(3), 222-234. doi:1524838013487808 [pii];10.1177/1524838013487808 [doi]. Retrieved from PM:23666947
- Lauterbach, D., & Armour, C. (2016). Symptom Trajectories Among Child Survivors of Maltreatment: Findings from the Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect (LONGSCAN). *J.Abnorm.Child Psychol., 44*(2), 369-379. doi:10.1007/s10802-015-9998-6 [doi];10.1007/s10802-015-9998-6 [pii]. Retrieved from PM:25795014
- McGloin, J. M., & Widom, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology, 13*(4), 1021-1038. Retrieved from PM:11771905
- Nugent, N. R., Saunders, B. E., Williams, L. M., Hanson, R., Smith, D. W., & Fitzgerald, M. M. (2009). Posttraumatic stress symptom trajectories in children living in families reported for family violence. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 460-466. doi:10.1002/jts.20440 [doi]. Retrieved from PM:19718758
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278. doi:S0890-8567(09)60559-1 [pii];10.1097/00004583-200303000-00006 [doi]. Retrieved from PM:12595779
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology, 24*(2), 335-344. doi:S0954579412000028 [pii];10.1017/S0954579412000028 [doi]. Retrieved from PM:22559117

- Sanders, J., Munford, R., Liebenberg, L., & Ungar, M. (2014). Multiple service use: the impact of consistency in service quality for vulnerable youth. *Child Abuse and Neglect*, 38(4), 687-697. doi:S0145-2134(13)00329-3 [pii];10.1016/j.chiabu.2013.10.024 [doi]. Retrieved from PM:24286861
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, 20(8), 709-723. doi:0145-2134(96)00059-2 [pii]. Retrieved from PM:8866117
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi:10.3402/ejpt.v5.25338 [doi];25338 [pii]. Retrieved from PM:25317257
- Tabone, J. K., Guterman, N. B., Litrownik, A. J., Dubowitz, H., Isbell, P., English, D. J. et al. (2010). Developmental Trajectories of Behavior Problems Among Children Who Have Experienced Maltreatment. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 19(4), 204-216. doi:[10.1177/1063426610383861](https://doi.org/10.1177/1063426610383861)
- Thompson, R., Tabone, J. K., Litrownik, A. J., Briggs, E. C., Hussey, J. M., English, D. J. et al. (2012). Early Adolescent Risk Behavior Outcomes of Childhood Externalizing Behavioral Trajectories. *The Journal of Early Adolescence*, 31(2), 237-257. doi:[10.1177/0272431609361203](https://doi.org/10.1177/0272431609361203)
- Ungar, M., Liebenberg, L., Dudding, P., Armstrong, M., & van de Vijver, F. J. (2013). Patterns of service use, individual and contextual risk factors, and resilience among adolescents using multiple psychosocial services. *Child Abuse and Neglect*, 37(2-3),

150-159. doi:S0145-2134(12)00217-7 [pii];10.1016/j.chiabu.2012.05.007 [doi].

Retrieved from PM:23260119

Walsh, J. L., Senn, T. E., & Carey, M. P. (2012). Exposure to Different Types of Violence and Subsequent Sexual Risk Behavior among Female STD Clinic Patients: A Latent Class Analysis. *Psychology of Violence, 2*(4), 339-354. doi:10.1037/a0027716 [doi].

Retrieved from PM:23626921

Weems, C. F., & Graham, R. A. (2014). Resilience and Trajectories of Posttraumatic Stress Among Youth Exposed to Disaster. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 24*(1), 2-8.