

#jededritte

**Hybride Fachtagung zu aktuellen Studien, persönlichen Erfahrungen
und angepassten Konzepten zur Prävention und Intervention in Fällen
von Gewalt gegen Frauen.**

Präsentation vom 02. März 2021



**Neue Zahlen. Neue Wege zur Hilfe.
Neue Akteure in Sozialen Medien.
www.skf-saarbruecken.de/onlinefachtag**



Neurobiologie von Gewalterfahrungen im Kindesalter

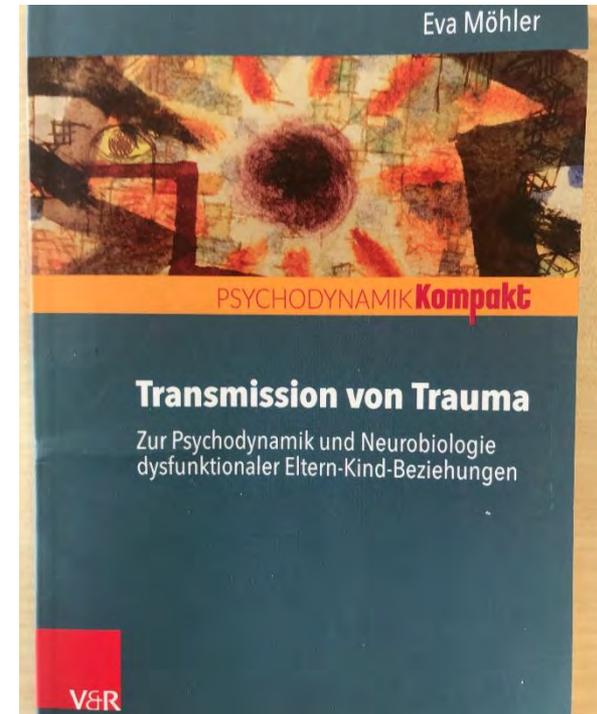
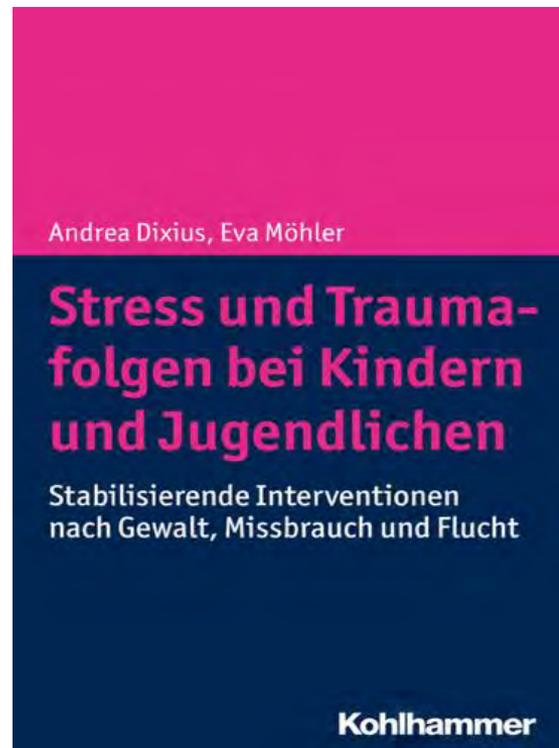
Eva.moehler@uks.eu

Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychotherapie und Psychosomatik

Prof. Dr. med Eva Möhler
Lehrstuhl für Kinder und Jugendpsychiatrie

Vorstellung

Universität Heidelberg:
Promotion,
Habilitation,
Facharztausbildung



Vortrags-Überblick



Definition und Epidemiologie
der Kindesmisshandlung



Anzeichen, Dokumentation



Forschungsergebnisse aus der
Neurobiologie



Diagnostik und Behandlung

Definition

Kindesmisshandlung ist

-Gewalt gegen Kinder oder Jugendliche

-Verletzung des Kindeswohls

-Formen: physische oder psychische Gewaltakte,
sexueller Missbrauch , Vernachlässigung

- in den meisten westlichen Industrieländern strafbar.
- Täter häufig die Eltern oder andere nahestehende Personen

Kindesmisshandlung nach WHO

Kindesmisshandlung

In der Europäischen Region der WHO leben etwa 190 Mio. Kinder unter 18 Jahren



18 Mio. haben sexuellen Missbrauch erlebt

44 Mio. haben körperliche Misshandlung erlebt

55 Mio. haben psychische Misshandlung erlebt

90% aller Missbrauchsfälle bleiben **unentdeckt**

Misshandlung verhindern:

Gefährdeten Familien helfen

Positives Elternverhalten fördern

Soziale Unterstützung leisten

Weitere Informationen unter: www.euro.who.int/child-maltreatment-report

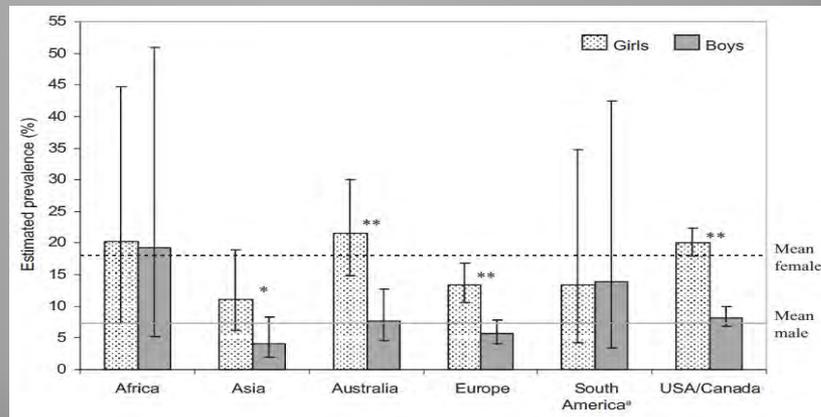


Weltgesundheitsorganisation

REGIOMANAGER für Europa

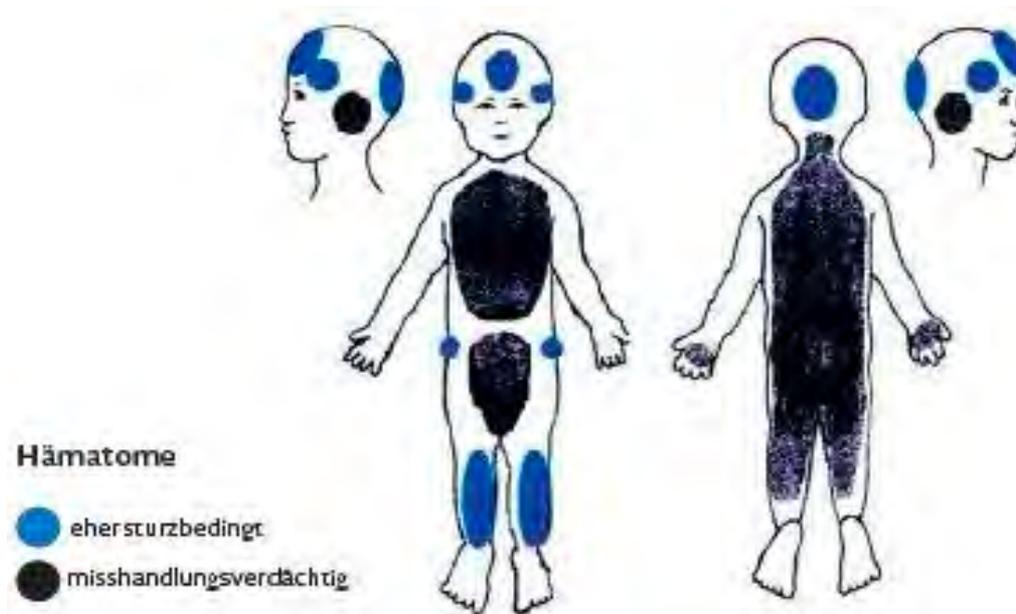
Epidemiologie global

- ▶ Hohe globale Prävalenzraten (Barth et al., 2012; Pereda et al., 2009b; Stoltenborgh et al., 2016; Stoltenborgh et al., 2013):
 - bis zu 20% für sexuellen Missbrauch
 - bis zu 23 % für physischen Missbrauch
- ▶ Kindesmisshandlung als „Major Public Health Problem“ (Norman et al., 2012)



Stoltenborgh et al., 2011, *Child Maltreat*

Misshandlungszeichen



Misshandlungsarten

- ▶ Stumpfe Gewalt:



- ▶ Thermische Gewalt:



Misshandlungszeichen

Strangulation/Würgemale:



Gliederung

Diagnostik bei Verdacht auf nicht akzidentelle Verletzungen

- **Anamnese:** Aktueller Anlass, medizinische, familiäre, soziale Vorgeschichte, familiäre Stressoren (schwieriges Kind?)
- **Untersuchung:** Ganzkörperuntersuchung (völlig entkleidet), Anogenitalbereich, Mundschleimhaut
- **Dokumentation:** Fotos, Skizzen aller Verletzungen (mit Maßangabe)
- **Forensik:** Hautabstriche für DNA-Analyse bei V.a. auf frische Bissmarken, Anogenitalabstriche bei V.a. sexuellen Missbrauch (<24–48 Stunden)
- **Bildgebung:** Röntgen-Skelettscreening¹, CT, MRI, Sonografie
- **Konsiliarisch:** Fundoskopie (retinale Blutungen?), Pädiater (Kinderschutzgruppe!)
- **Labor:** BB, Quick, PTT, GOT, GPT, AP, γ -GT, Amylase, Lipase, AP, Kalzium, Phosphor, Blutungszeit
- **Fakultativ:** Lues-, Mykoplasmen-, HSV-Serologie

Lange Röhrenknochen, Thorax, Becken in 1 Ebene, Schädel, Wirbelsäule sowie alle gefundenen Frakturen in 2 Ebenen. KEIN „Babygramm“!

Tab. 1

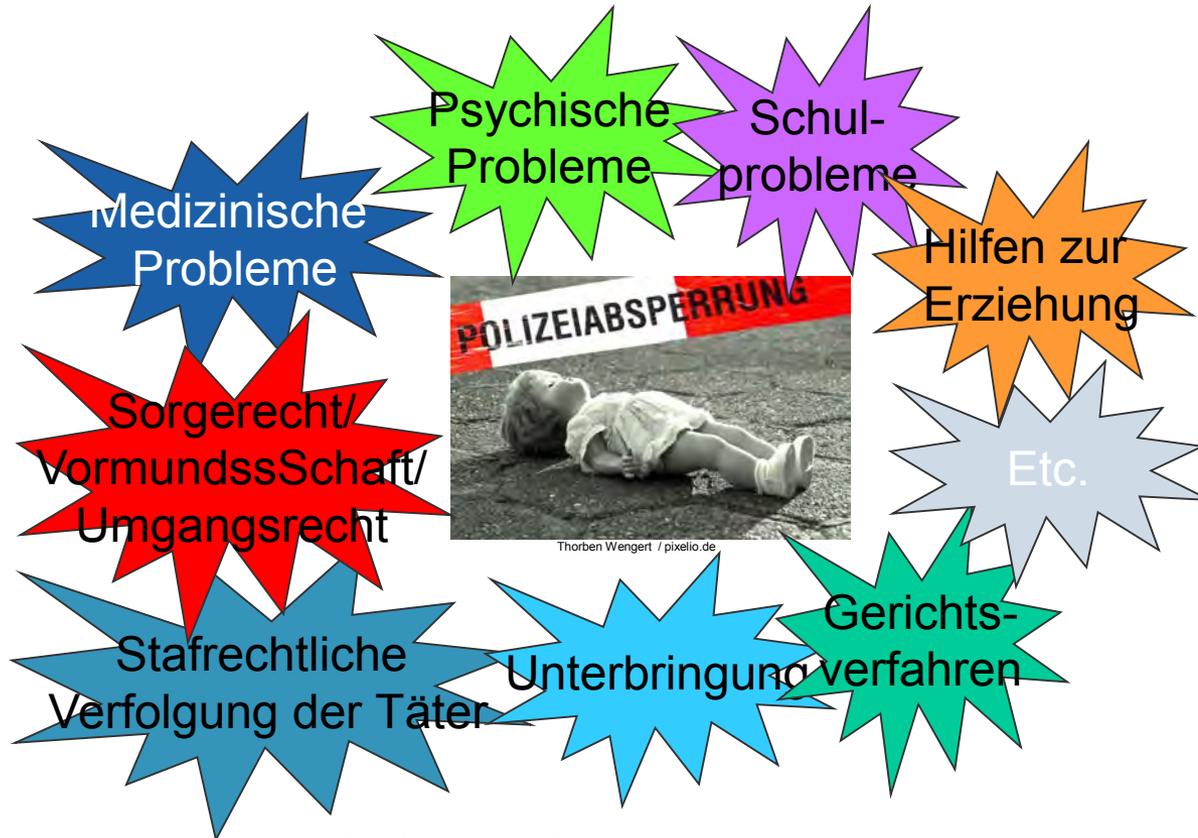
Dokumentation

- ▶ Meldepflicht für Fälle von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch gibt es in Deutschland *nicht*, wohl aber stehen Ärzte gegenüber dem gefährdeten Kind in einer Garanten-(Beschützer-)stellung.
- ▶ Ärzte haben eine höhere Verpflichtung, aktiv der Kindeswohlgefährdung entgegenzutreten als ein Laie.

Dokumentation

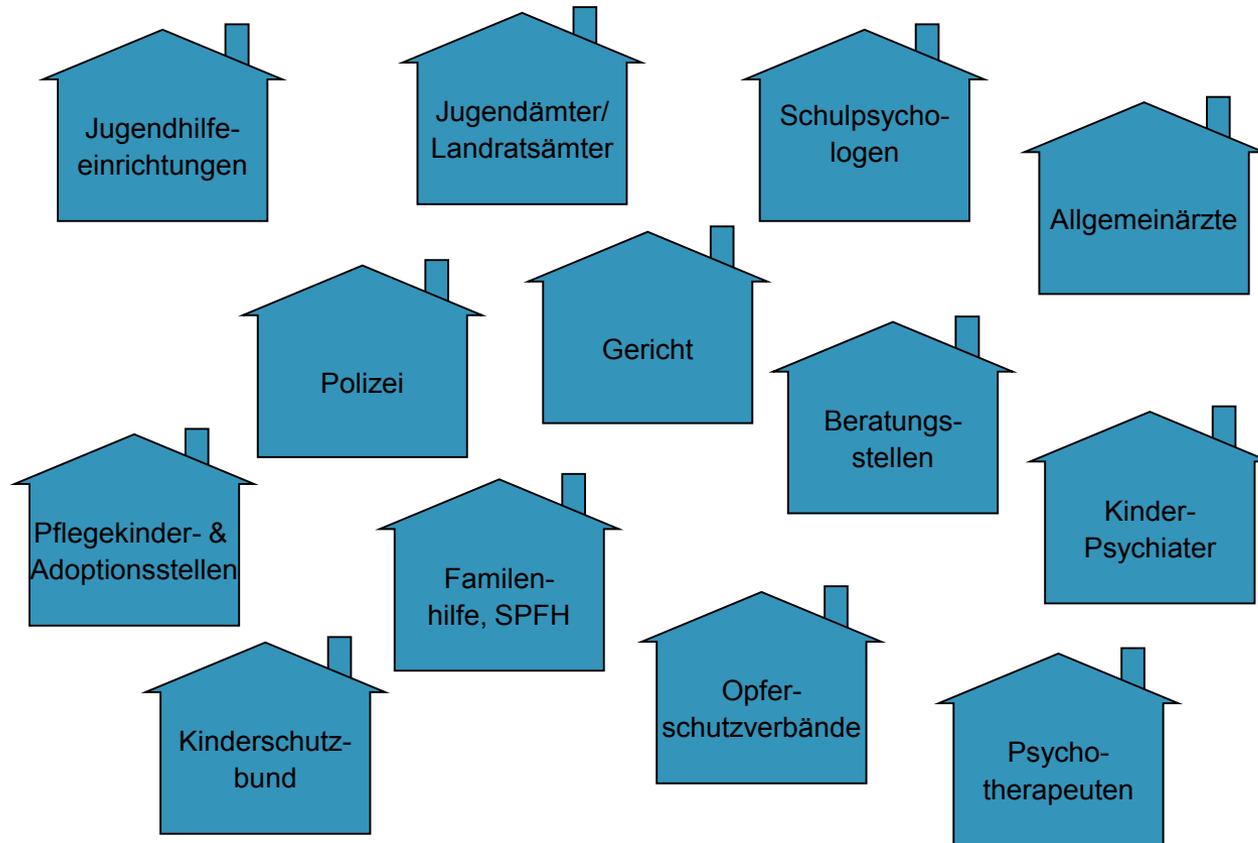
- ▶ Problem dabei: Für Ärztinnen und Ärzte gilt die Schweigepflicht (§ 203 StGB, § 9 MBO-Ä) . Die ärztliche Schweigepflicht kann aber unter dem Gesichtspunkt des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) durchbrochen werden.
- ▶ Deshalb gilt: Sowohl die Gründe für die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht als auch Argumente für deren Durchbrechung **sollen sorgfältig dokumentiert** werden.
- ▶ Rechtssichere Dokumentationsbögen z.b. unter www.kindesmisshandlung.de oder die Ärztekammern

Folgeprobleme

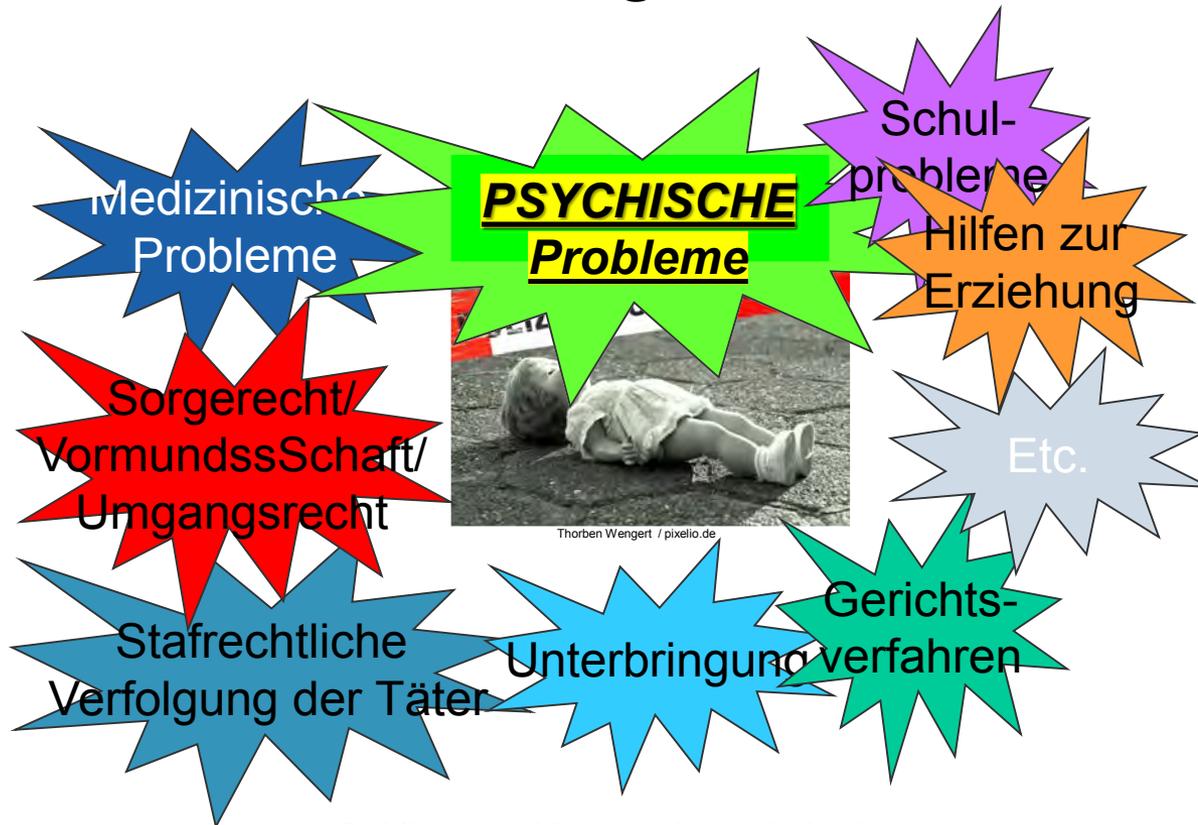


→ Niemand kann alles abdecken!

Diagnostik und Intervention: Netzwerk unverzichtbar!!

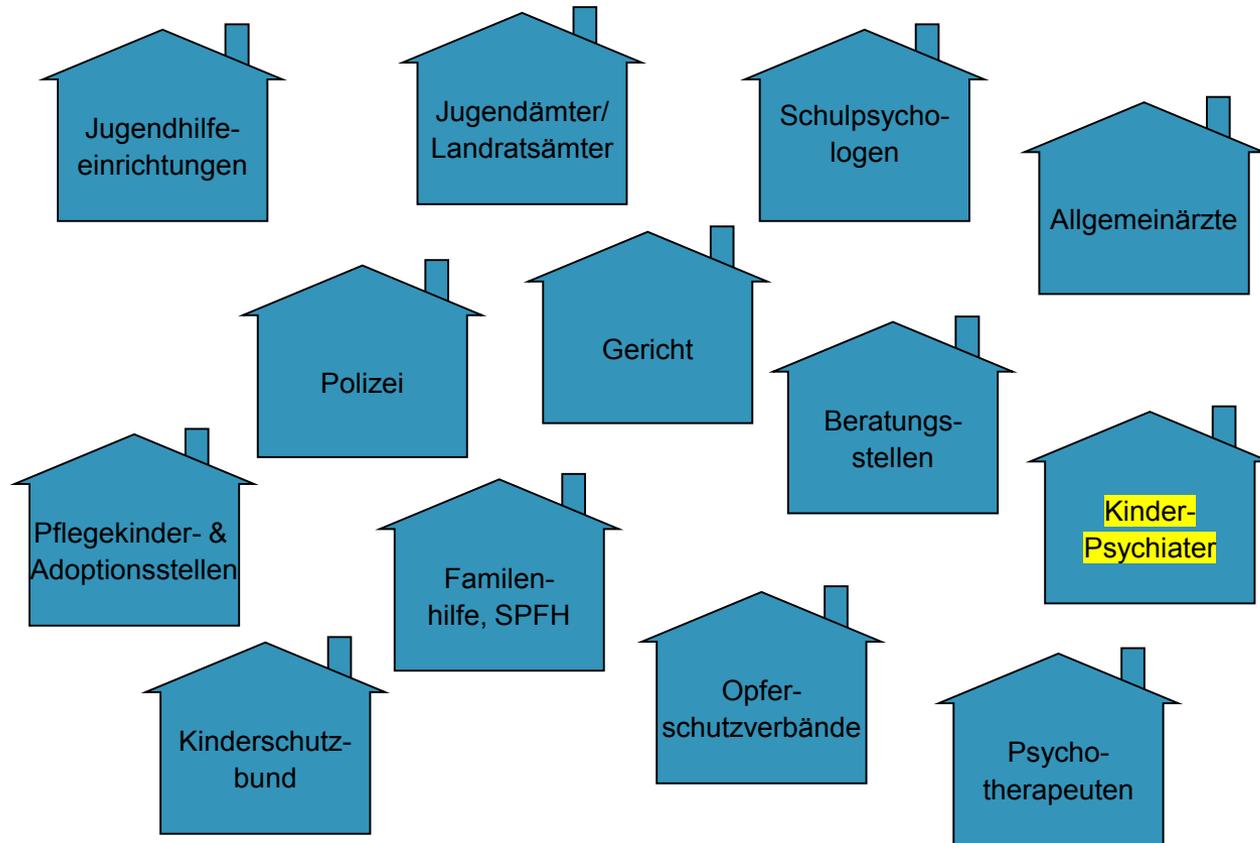


Fokus im Folgenden



→ Niemand kann alles abdecken!

Intervention: Netzwerk unverzichtbar!!



Neurobiologie nach chronischer Gewalt





UniversitätsKlinikum Heidelberg

Understanding and Breaking the Intergenerational Cycle of Abuse-Konsortium

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



- Forschungsverbund des **BMBF: Förderschwerpunktes** zu Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Kindheit und Jugend
- **Mechanismen intergenerationaler Transmission von Kindheitsbelastungen**
- **Untersuchung von Mutter-Kind-Dyaden** unterschiedlicher Altersgruppen und im Tiermodell.



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



MRT-
Studien



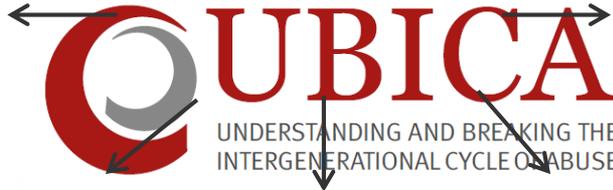
Psychologische
Untersuchungen
bei Müttern und
Kindern



Mutter-Kind-
Interaktion



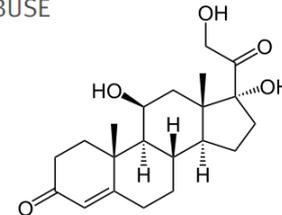
Interventio



(Epi-)genetik



Tiermodelle



Hormone

Heidelberger Teilprojekt UBICA Stichprobe aus DFG-Studie

Mutter-Kind- Interaktion

- Mütterliche Sensitivität , Strukturierung, Intrusivität und Feindseligkeit (EA-Skalen)
- Synchronie in Kortisolaufwachreaktion



ELM

Mütter:

- Bindungsstil (VASQ)
Hormone
 - Oxytocin
 - Haarkortisol und Kortisol-
Aufwachreaktion
- fMRI: Neuronale Korrelate der Affektregulation

Kinder T5: 5 Jahre, T6 12 Jahre alt

- Lebensqualität (KIDSCREEN-27),
- Traumabelastung (CATS) Haarkortisol

Gewalt als Trauma?

Traumatische
Situation

Nicht schützen können
Nicht wehren können
Nicht fliehen können

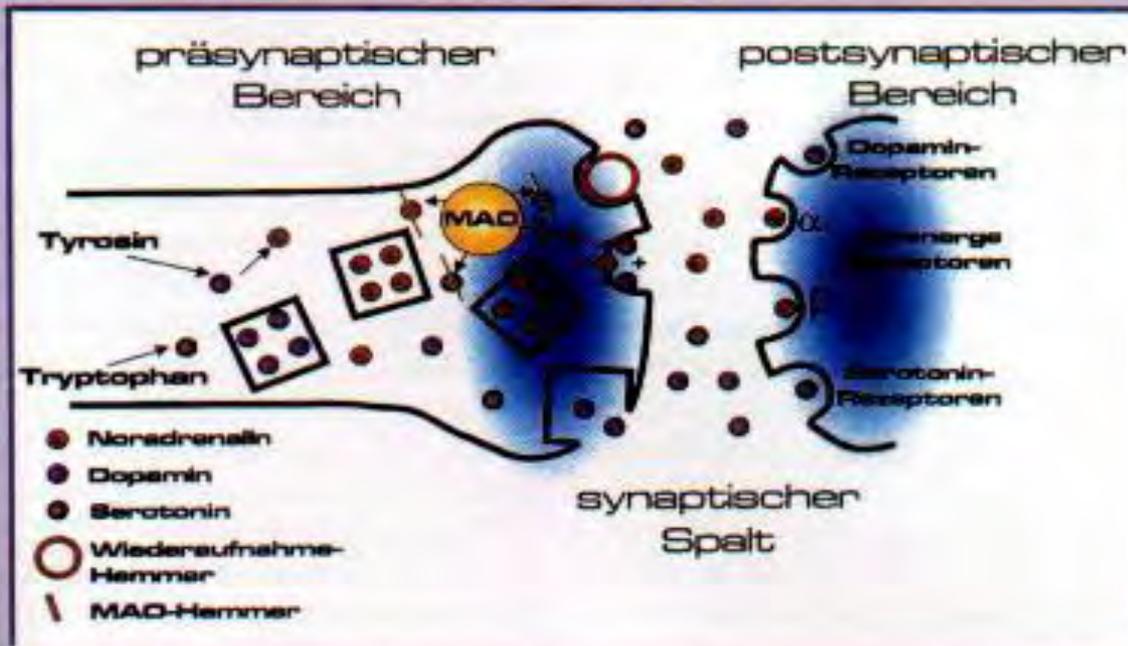


Inadäquate emotionale
Verarbeitung

Fragmentierte Speicherung
in verschiedenen Hirnarealen

Steckengebliebene traumatische
Situation wird mit
dazugehörigen Gefühlen, Denkmuster,
Reaktionsmuster ins
weitere Leben mitgenommen

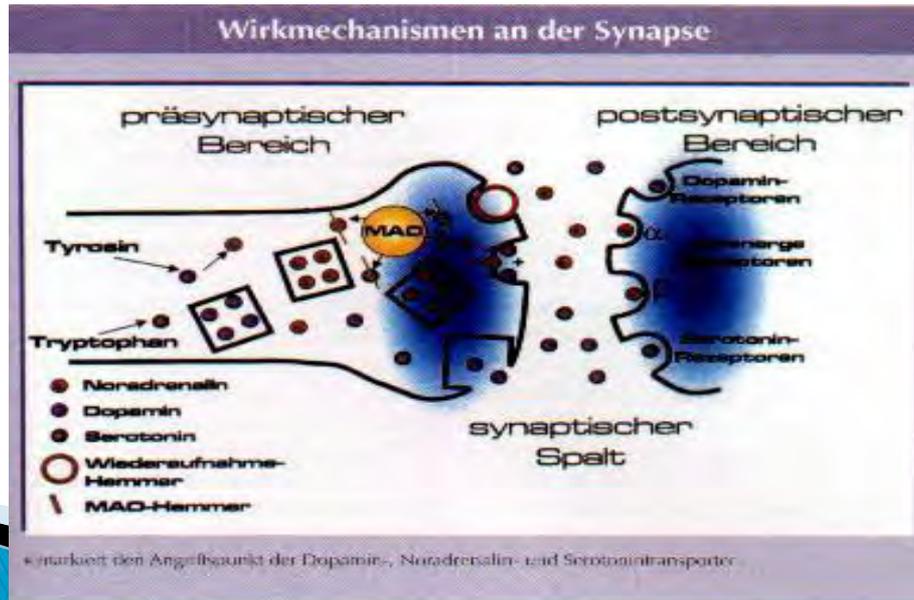
Wirkmechanismen an der Synapse

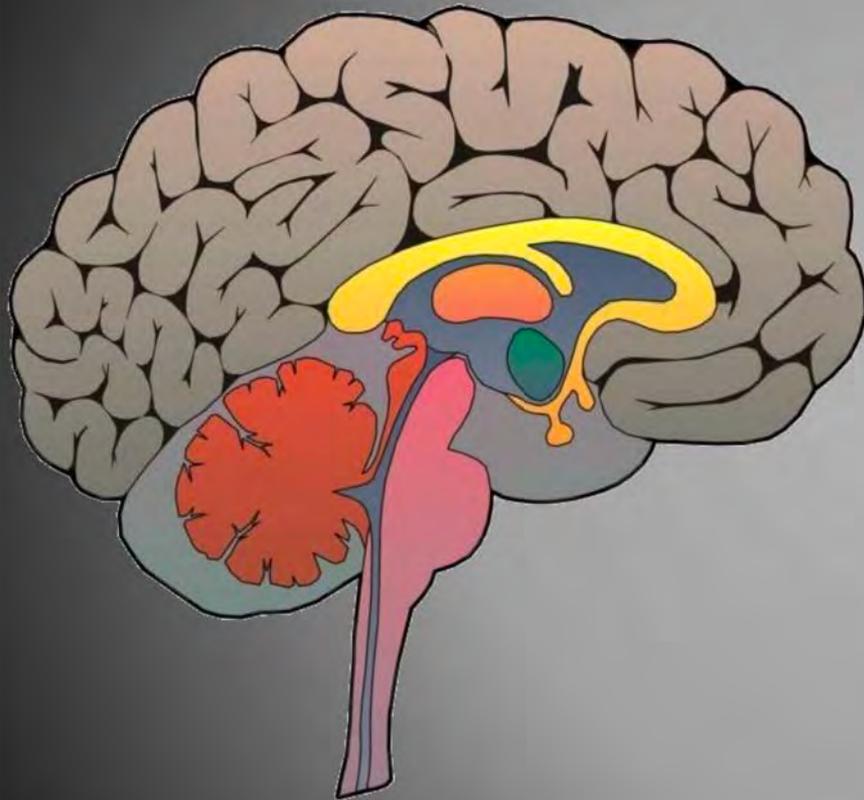


* markiert den Angriffspunkt der Dopamin-, Noradrenalin- und Serotonintransporter

Trauma und Nervenzellen

- ▶ Schrecken einer traumatischen Situation können vielfach sein: Man weiß im Geschehen oft nicht genau, was passiert, warum es passiert und womit man es zu tun hat. Man kann die Belastung nicht steuern, Unvorhersehbares und das Schlimmste können plötzlich geschehen. Verletzungen und/oder der Tod werden sichtbar. Man ist den Geschehnissen hilflos ausgeliefert.
- ▶ Die traumatische Situation ist voller Reize: Es kann sehr laut, sehr heiß, sehr hell sein, es kann stark riechen. Geräusche, Stimmen, Schreie, gesprochene Worte, Gerüche, Gegenstände ..., die in einer traumatischen Situation wahrgenommen werden, können als "Stressoren" – das sind Stress-Auslöser – erlebt werden.

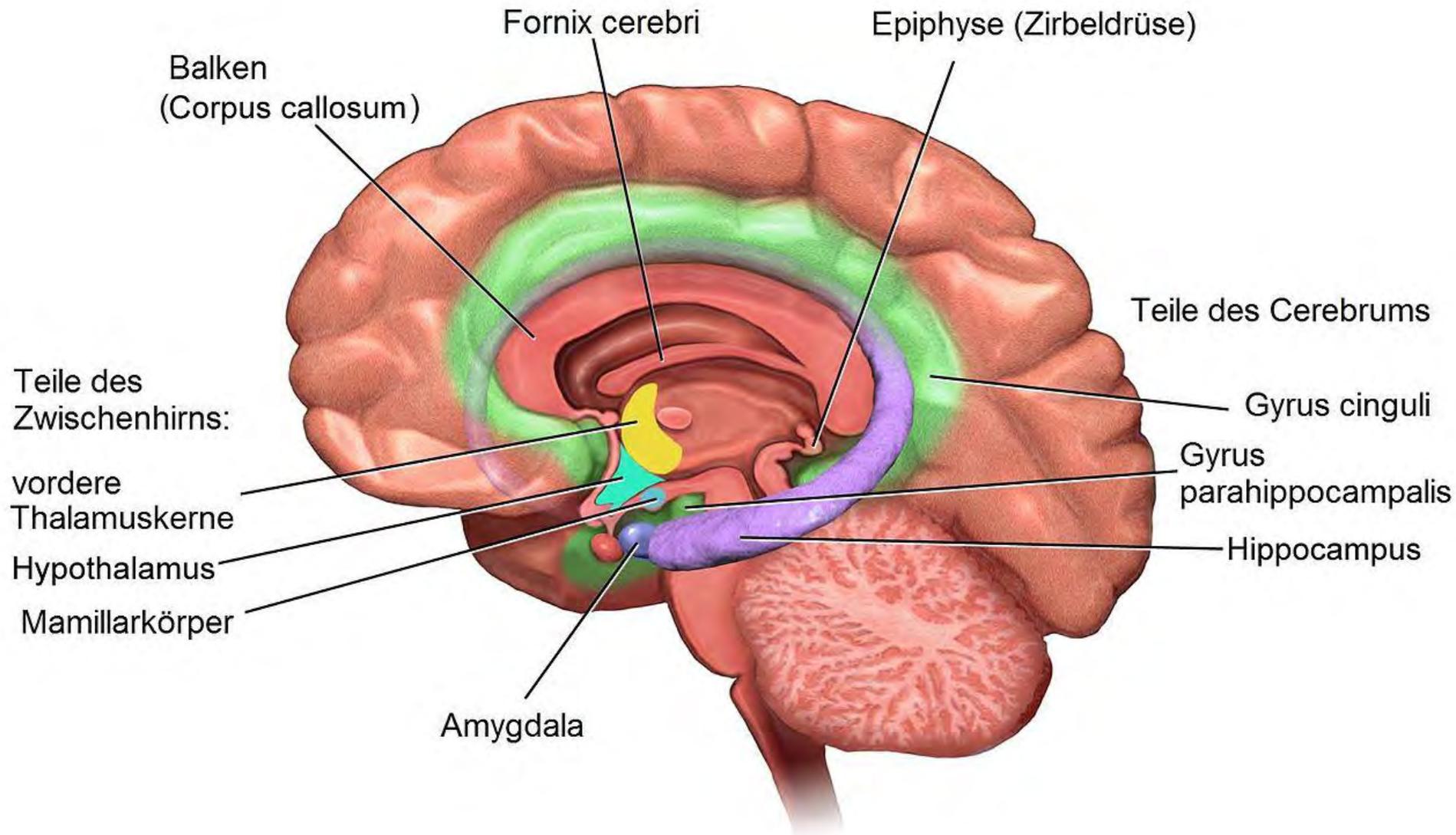




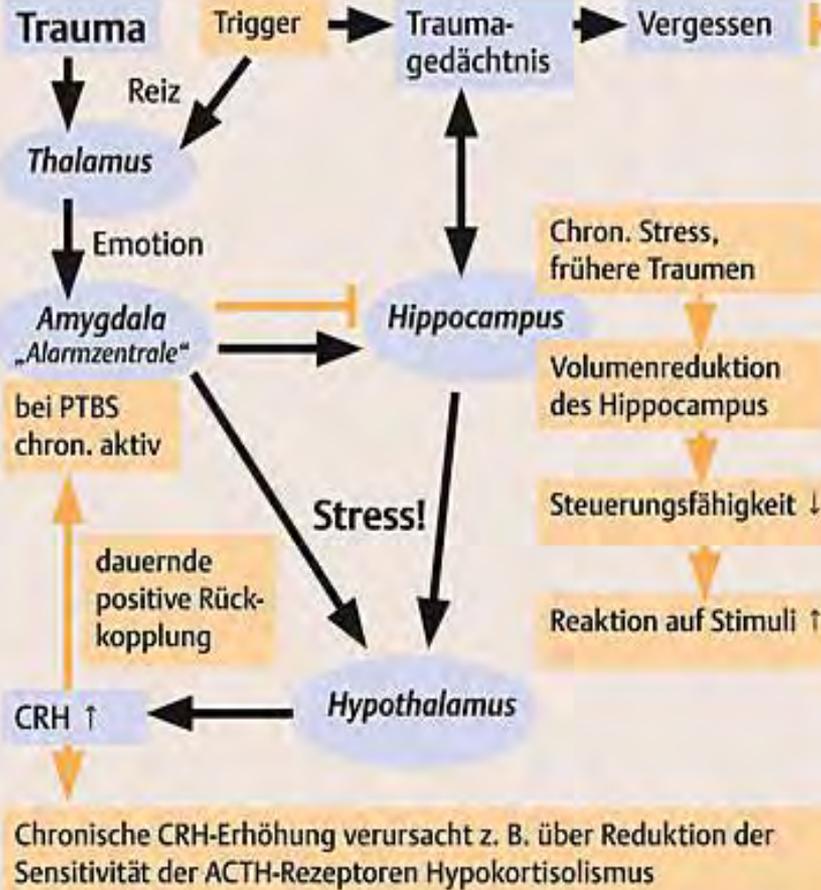
Im Gehirn werden dann unter Umständen **der Hippocampus und der cingulärer Cortex** durch die vermehrte Ausschüttung von Stresshormonen gehemmt und sie können ihre "Filterfunktion" nicht mehr erfüllen. Das heißt: Sinneseindrücke werden nicht mehr *kategoral* „zeit-räumlich“ erfasst und geordnet, sondern als **chaotische und zusammenhangslose Sinnesfragmente** erfasst und im Gedächtnis „eingefroren“.

Werden sie zu einem späteren Zeitpunkt durch ähnliche Reize, sogenannte "Reminder", das sind Erinnerungs-Reize, neu stimuliert, kehren sie als „Intrusionen“ - das sind unkontrollierbare Erinnerungen - immer wieder. Intrusionen werden als „aktuell bedrohlich“ erlebt und können nicht gesteuert werden. Der Traumatisierte erlebt die Situation wieder, so als wäre sie *aktuell bedrohlich*

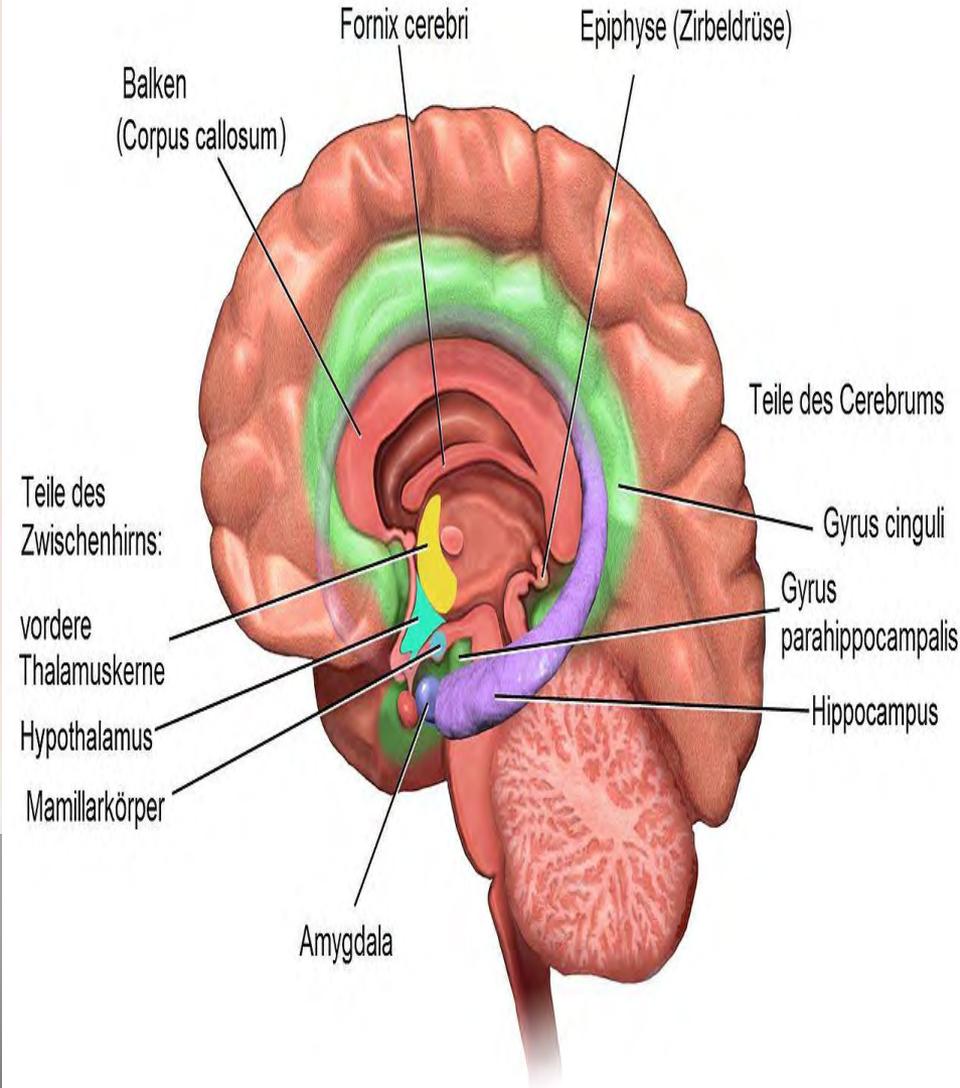
Das limbische System



PATHOPHYSIOLOGIE BEI PTBS



Das limbische System



Gewalt und Stresshormone

Physiologische Veränderungen	Biochemische Veränderungen
<p>Erhöhtes <u>allgemeines</u> autonomes „arousal“ (sympathikoton) mit abnormer Schreckreaktion, langsamerer Habituation an wiederholte Reize</p> <p>erhöhtes <u>spezifisches</u> „arousal“ für mit dem Trauma assoziierte Reize (z. B. Fotos oder Geräusche des Geschehens),</p> <p>reduzierte Muster kortikaler evozierter Potentiale auf neutrale Stimuli,</p> <p>Veränderungen in der Schlafphysiologie</p>	<p>gesteigerte noradrenerge Aktivität mit erhöhtem Metabolitenspiegel (Katecholamie) in Blut und Urin</p> <p>Unterfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse mit vermindertem Kortisol-spiegel in Blut und Urin</p> <p>Dysregulationen im System endogener Opiate (z. B. Endorphine), mit einer Senkung der Schmerzschwelle unter Ruhebedingungen und Anhebung der Schmerzschwelle unter Stress (stressinduzierte Analgesie)</p>



Im Gehirn werden **der Hippocampus, der Gyrus orbitofrontalis und der cinguläre Cortex** durch die chronisch vermehrte Ausschüttung von Stresshormonen gehemmt ,bzw. im noch wachsenden Gehirn nicht richtig ausgebildet.

Konsequenz chronischer Misshandlung

1. Störung im Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnis als ***Folge von struktureller Reduktion des Hippocampus (Atrophie)*** bei abnormen Cortisolbefunden (McEwen & Magarinos 2009, Yehuda 2017)
2. Deutliche Beeinträchtigung der Entwicklung exekutiver Funktionen Stein et al. 1997; Teicher et al.1997 (fMRI, prä- und orbitofrontal) als Folge der Beeinträchtigung von Gyrus Orbitofrontalis durch Stresshormone.

Begriff Exekutive Funktionen?

Schädigung orbitofrontaler Kortex:

- ▶ Störung der ‚exekutiven Funktionen‘ (Barkley, 2007), welche sind:
 - ▶ Arbeitsgedächtnis
 - ▶ Impulskontrolle
 - ▶ Handlungsplanung
 - ▶ Emotionsregulation



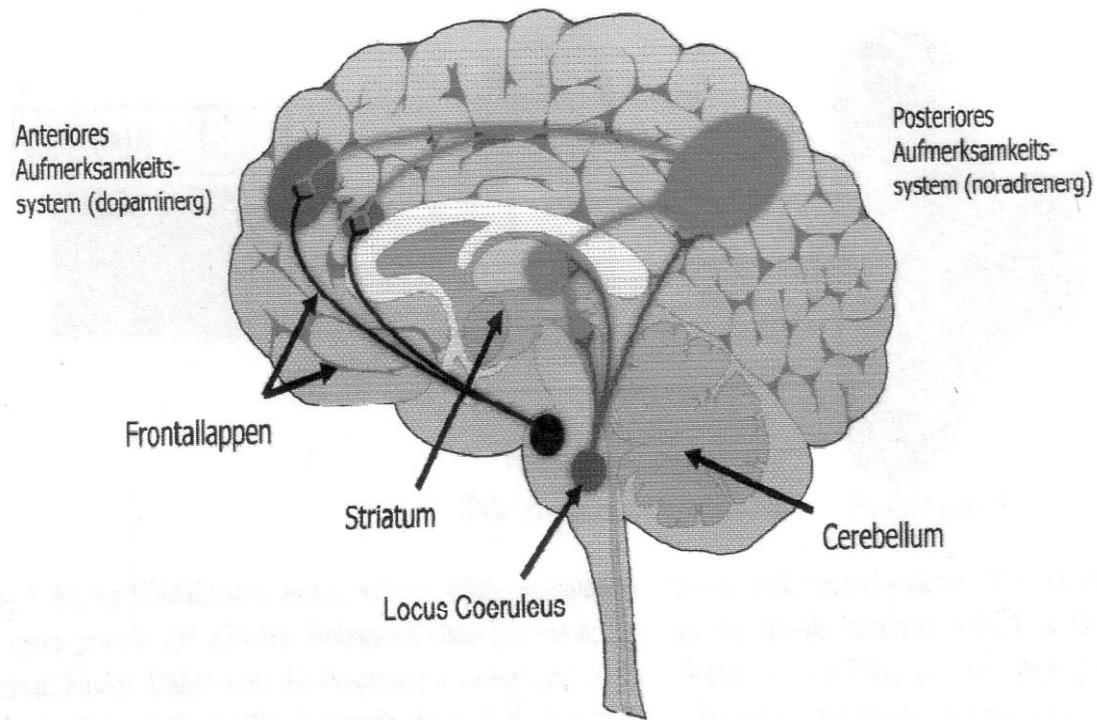


Abbildung aus: Banaschewski et al. (2004). Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Kindheit und Entwicklung, 13 (3), 137-147.

Developmental Trauma

Reduktion
Selbstregulatorische
Fasern Prefrontale
Regionen

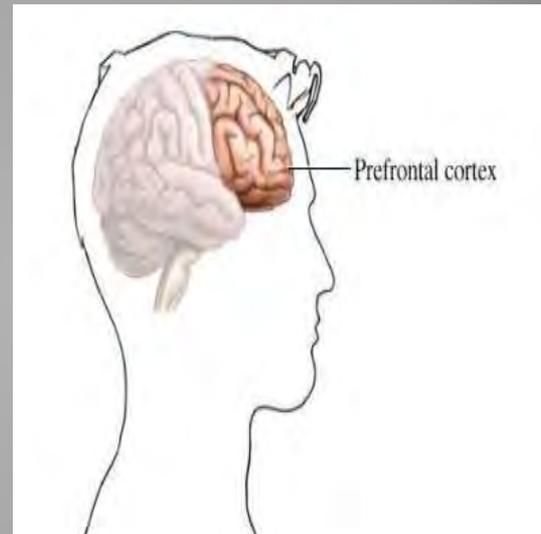
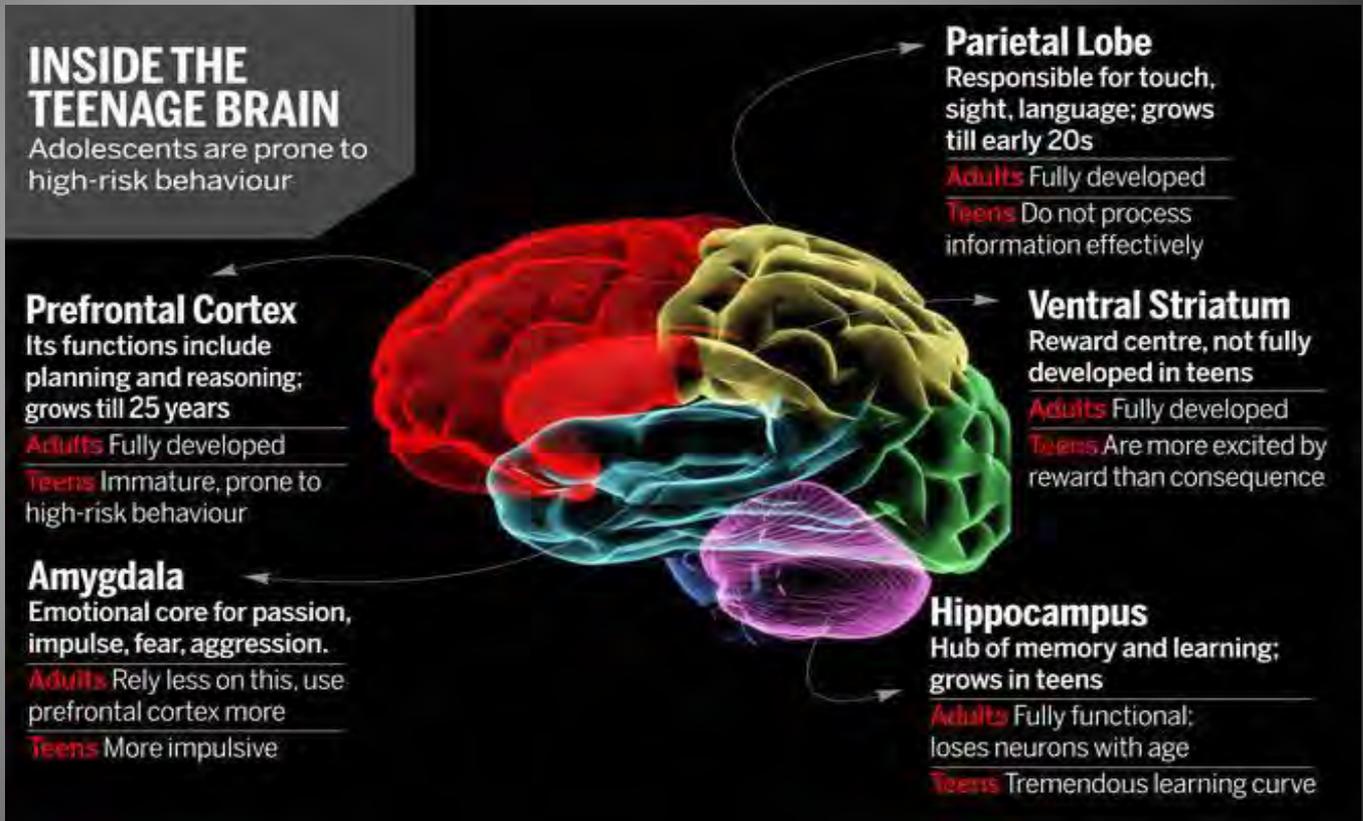


Image:whatyear.org

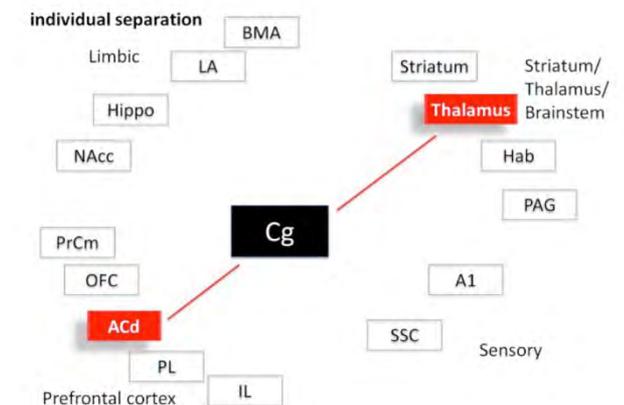
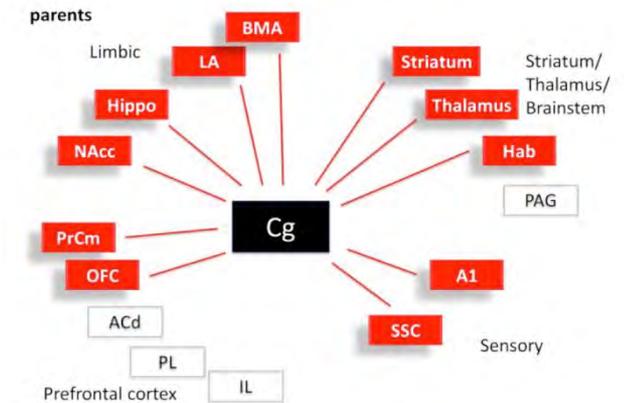
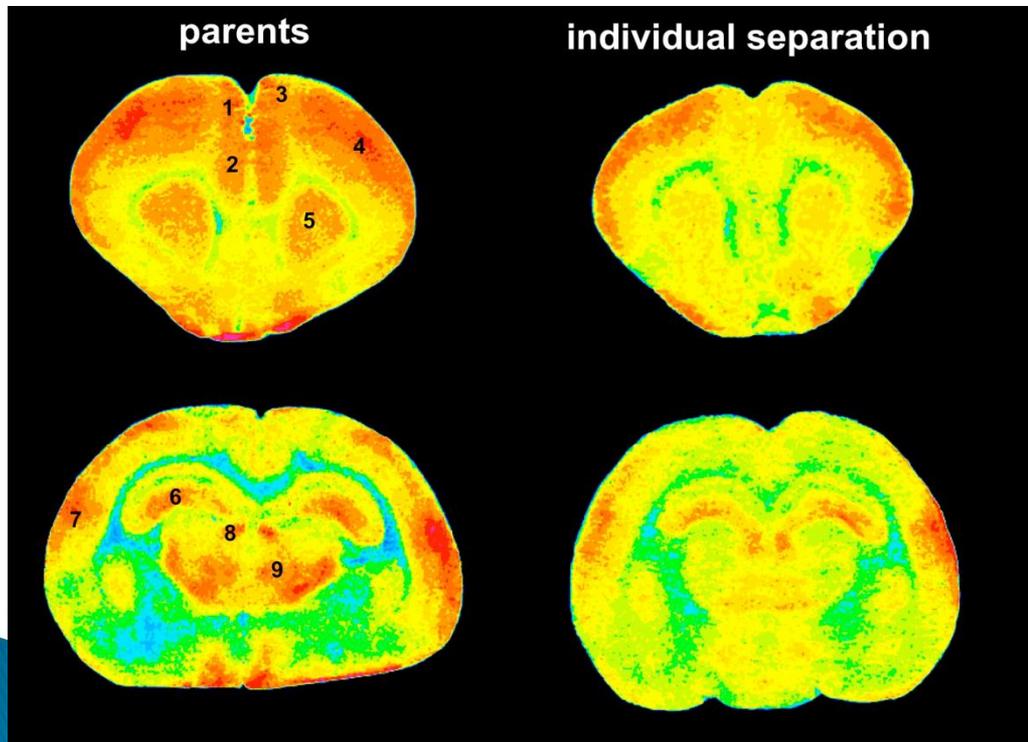
Developmental Trauma

Reduktion
Arbeitsgedächtnis-
Fasern
Hippocampus



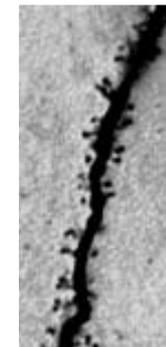
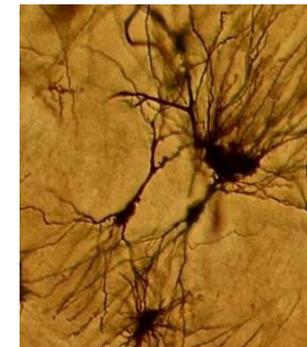
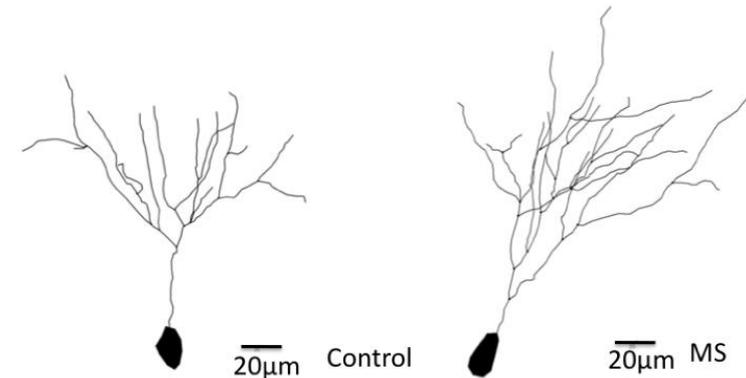
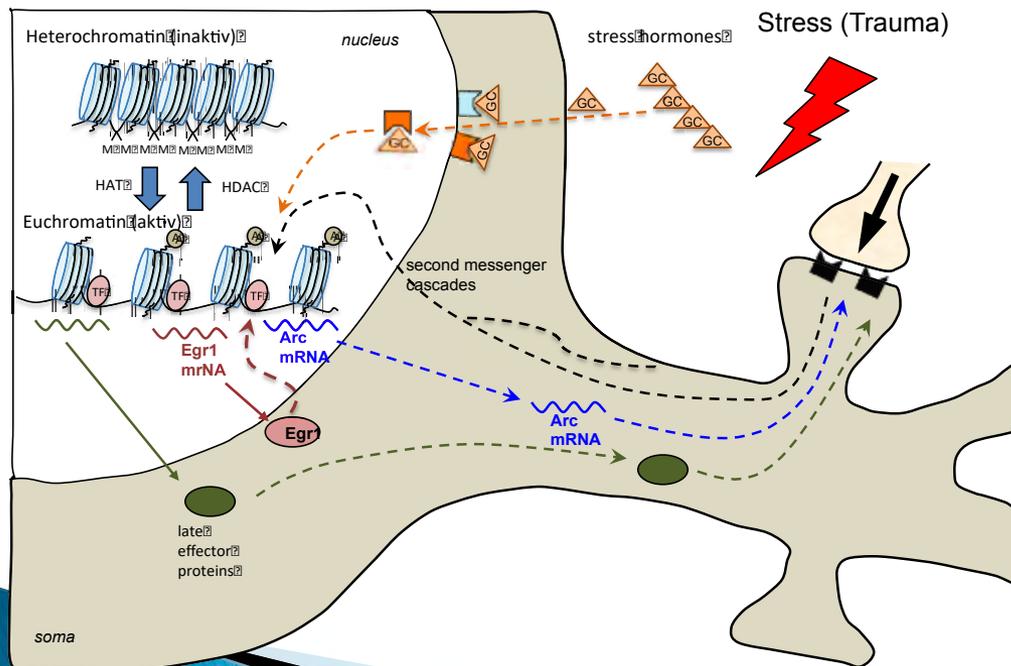
Acute/Immediate Changes *Functional Imaging*

- Reduced metabolic brain activity during separation from the parents
- Disturbed functional coupling among prefrontal and limbic brain areas



Acute/Immediate Changes *Epigenetics*

- ELS induces enhanced histone acetylation associated with activation of the synaptic plasticity genes *Arc* and *Egr1* in the mouse hippocampus.
- ELS induces enhanced dendritic complexity and dendritic spine number.



Results

Sample: HD



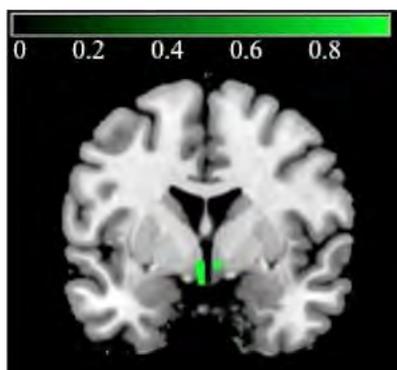
Mielke et al.
2018.



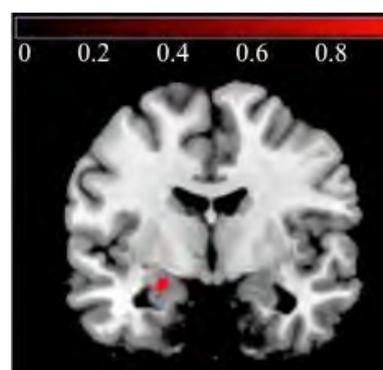
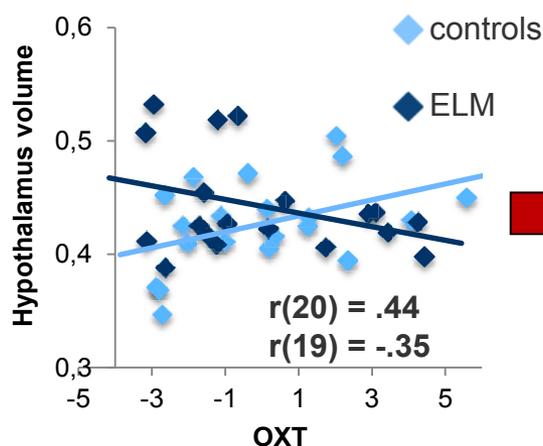
UniversitätsKlinikum Heidelberg



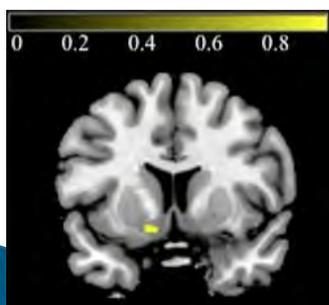
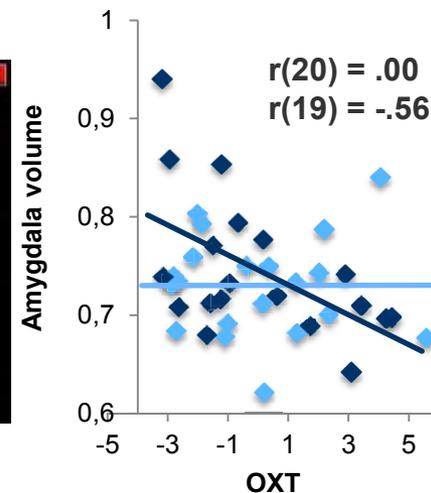
Oxytocin & Brain Structure - sMRI & Hormones



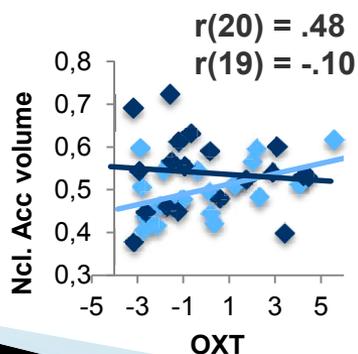
Hypothalamus
 $p_{FWE} = .002$ $k = 75$



Amygdala left
 $p_{FWE} = .021$ $k = 47$



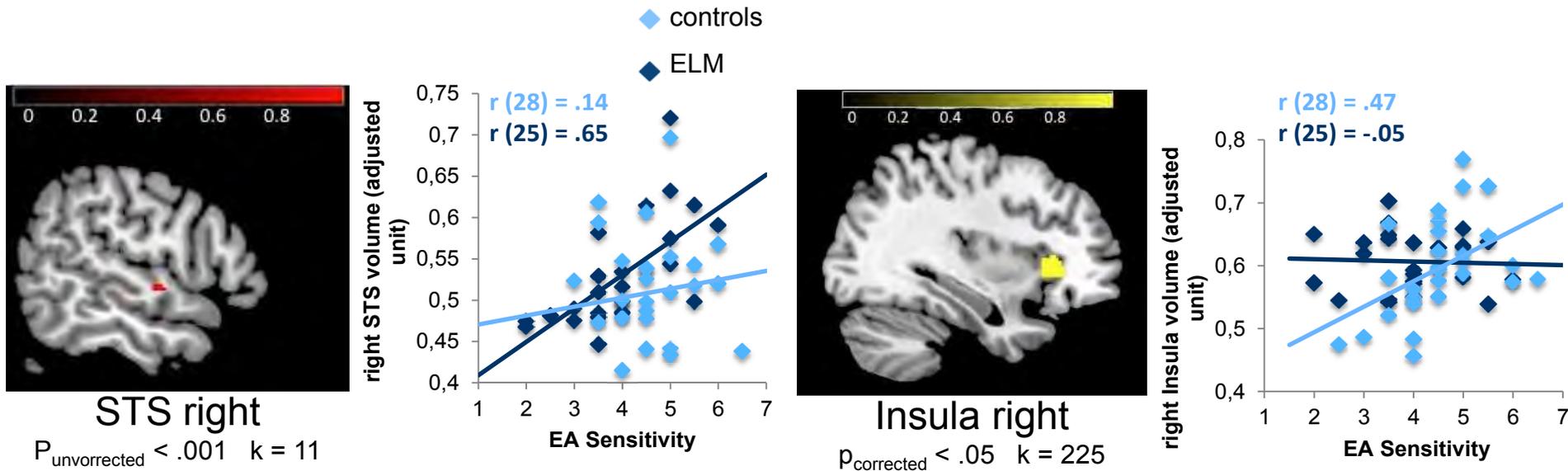
Ncl. Acc left
 $p_{FWE} = .01$ $k = 50$



- No group effect in plasma OT
- **Hypothalamus volume: ELM>CON**
- Left Ncl. accumbens volume: ELM>CON
- Positive association between hypothalamus and OT in CON, negative association in ELM
- Positive association between OT and central reward processing system in CON
- Negative association between OT and threat circuit in ELM



Maternal sensitivity and the empathic brain - a sMRI study



- CON: maternal sensitivity was correlated with anterior insula
- ELM: maternal sensitivity was correlated with STS & temporal pole;
Z-transformed correlational coefficients: ELM > CON ($p = .029$)
- suggesting a **compensatory recruitment of cognitive empathic capacities in mother-child interactions in traumatized mothers.**

Results

Sample: HD



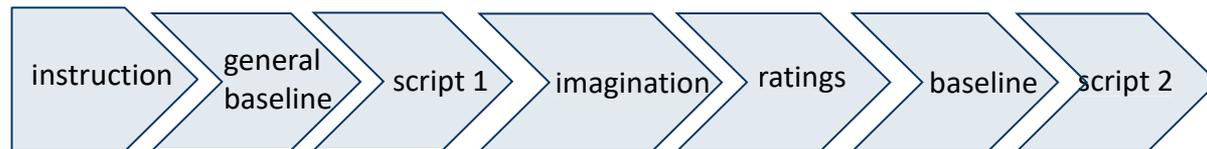
Neukel et al.
2018



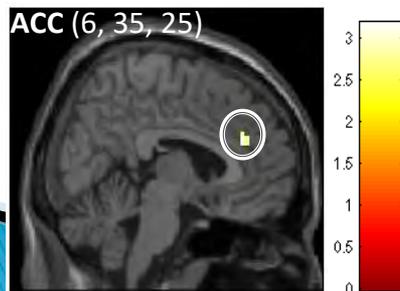
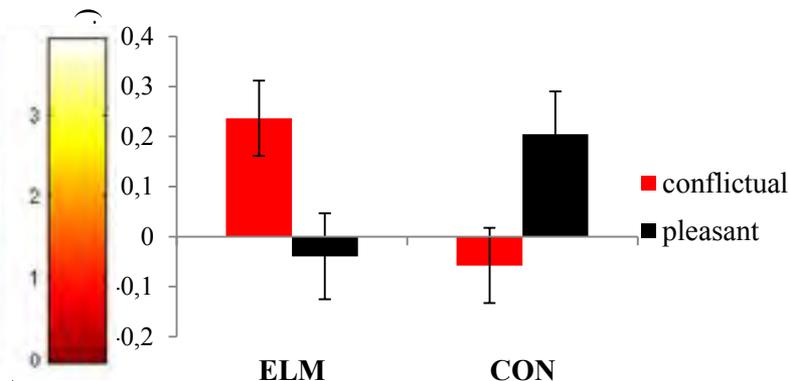
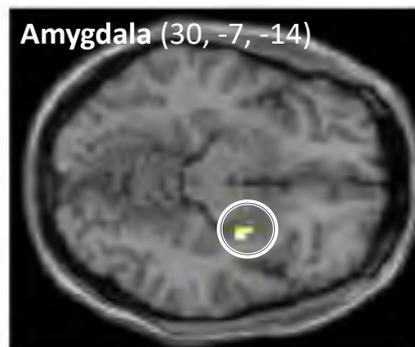
UniversitätsKlinikum Heidelberg



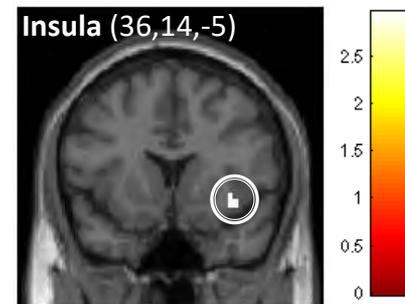
Imagination of conflictual and pleasant interactions with the child



ELM showed enhanced activations in regions of the salience network (amygdala, insula) in response to conflictual interactions, CON in response to pleasant interactions



ELM compared to CON showed reduced functional connectivities between regions of the salience and the emotion regulation network



'Developmental Trauma'

Reduktion
Selbstregulatorische
Fasern im Corpus
Callosum

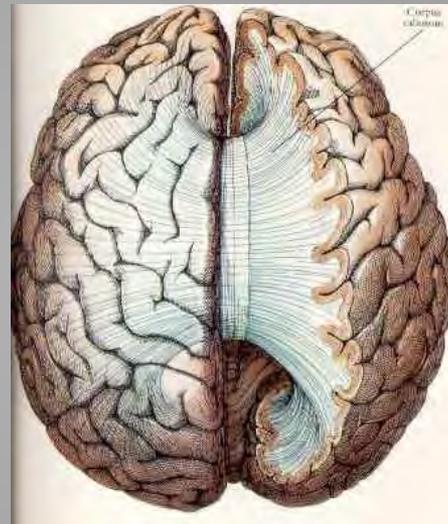
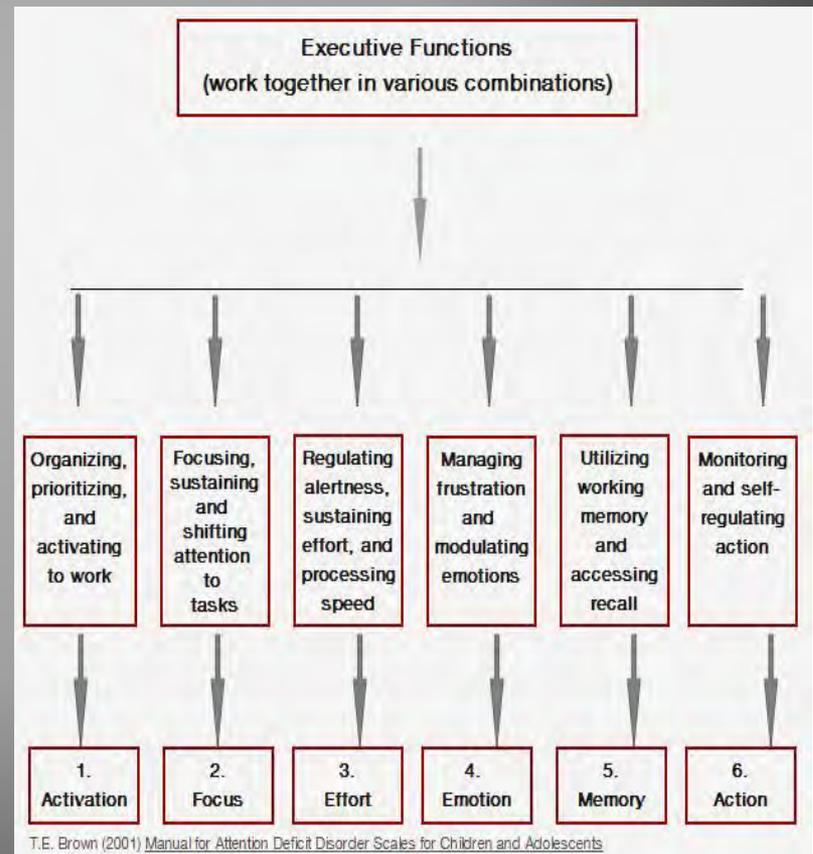


Image: whengodandscienceunite.com/blogspot

Developmental Trauma

Chronisch
erhöhtes
Cortisol auf den
präfrontalen
Cortex:
Reduziert
Exekutivfunktio-
nen



Developmental Trauma

Deshalb:

Hirnstrukturell

reduzierte

Emotionsregulation

misshandelter Kinder

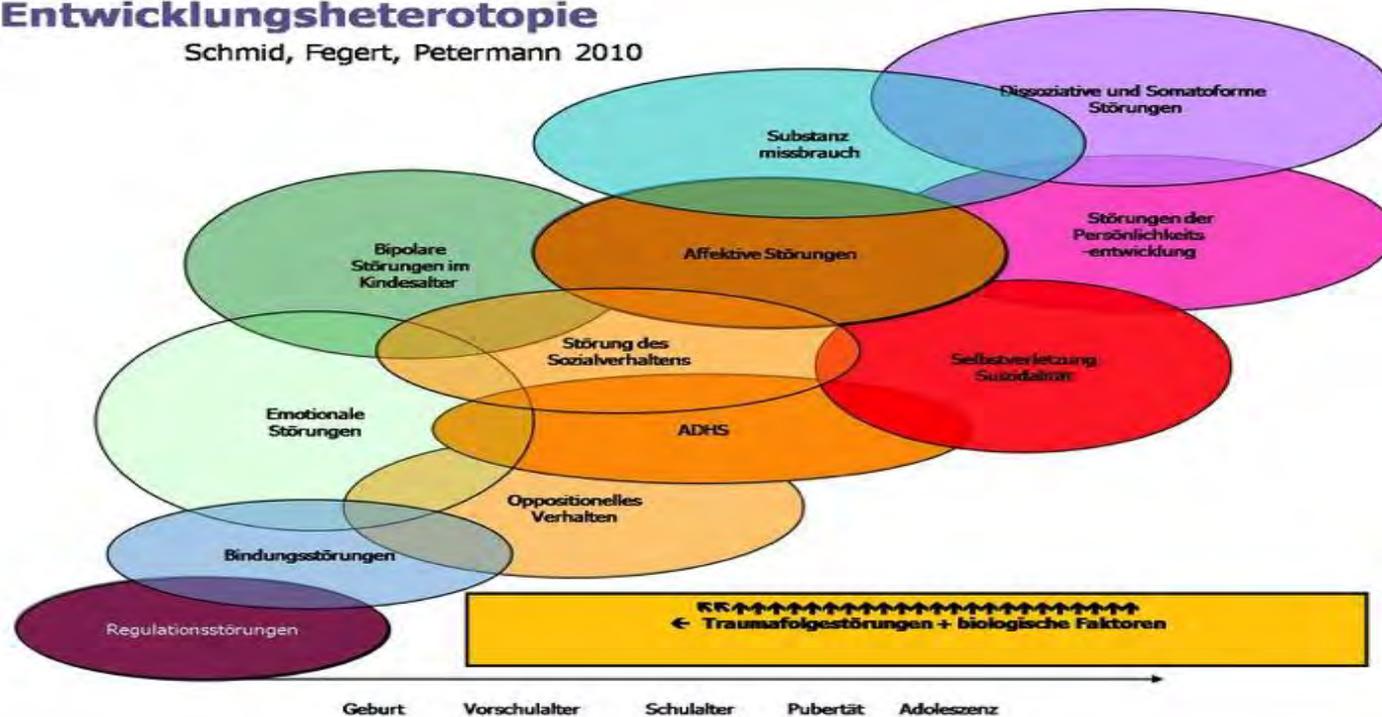


Image: blogspot.com

Misshandlung und Entwicklung

Trauma-Entwicklungsheterotopie

Schmid, Fegert, Petermann 2010



Neben Hardware auch ‚Software‘-Fehler

Aktive Vermeidung
von angstauslösenden
Situationen oder Triggern



Vermeidung

Sicherheitsverhalten
kontrollieren
mehrmals abschließen
nicht alleine weggehen

Kognitiv
nicht daran denken wollen
grübeln
ablenken
nicht darüber reden

Emotionale Taubheit
Dissoziation
Gefühl der Gefühllosigkeit

Emotional
Vermeiden der Gefühle
durch Alkohol/Drogen
Abwehren von Ohnmacht
durch Affekte von Ärger,
Wut, Schuld

Symptome nach Gewalt

Mental/Kognitiv	Emotional	Körperlich	Interpersonell
Konzentrationsstörung	Angst	Müdigkeit	Sozialer Rückzug
Erinnerungsstörung	Panik	Erschöpfung	Mangelnde
Verwirrung	Ärger	Zittern	Impulskontrolle
Intrusionen	Schuld	Schlafstörung	Entfremdung von Anderen
Flashbacks	Hoffnungslosigkeit	Psychovegetative	Beziehungsprobleme
Vermeidung	Emot. Betäubung	Übererregung	Scham
Unsicherheitsgefühl	Trauer	Schreckhaftigkeit	
Erschütterte Grundannahmen		Körperliche Schmerzen	
Dissoziation		Dissoziative Bewegungsstörungen	

Bei einem Großteil aller Betroffenen gehen diese Symptome mit zunehmendem Abstand zum Ereignis wieder zurück. Sie können aber auch chronifizieren und für Tage, Wochen, Monate und Jahre anhalten.

Psychopathologische Folgen

Höhere Raten von:

- Depression (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004; Spertus, Yehuda, Wong, Halligan & Seremetis, 2003, Springer, Sheridan, Kuo & Carnes, 2007)
- Angst (Spertus, Yehuda, Wong, Halligan&Seremetis, 2003; MacMillan et al., 2001; Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, Akman & Cassavia, 1992)
- **Posttraumatischen Belastungsstörungen** (Paolucci, Genuis & Violato, 2001, Widom, 1999)
- Essstörungen (Rayworth,Wise, & Harlow, 2004; Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers & Prescott, 2000)
- Dissoziation (Nash, Hulse, Sexton, Harralson & Lambert, 1993; Chu & Dill, 1990)

Typische Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD 10, F 43.1)

- ▶ wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (**Nachhallerinnerungen, Flashbacks**), Träumen oder Alpträumen, andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit
- ▶ **Vermeidung** von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten

Typische Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD 10, F 43.1)

- ▶ **vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung**, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und
- ▶ **Schlafstörung**
- ▶ Suizidgedanken
- ▶ Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann.
- ▶ Die Mehrheit der Betroffenen erfüllt ebenfalls Kriterien für andere Diagnosen:
Depression, Suchterkrankungen, Panikstörung,
Zwangsstörung, Essstörung, Borderline-Störung

In der KJP: Screening auf Misshandlung

- ▶ Einseitiger ‚CAN‘ (Child Abuse and Neglect)-Fragebogen :
- ▶ 9 items Ja/Nein
- ▶ Möglichkeiten der Beantwortung durch:
 - Eltern/Bezugspersonen (Fremdbericht)
 - Kinder ab 8 Jahren
- ▶ Leichte Auswertung
 - Einmal Ja = Hinweis auf CAN
- ▶ Aufwand für Kind/Eltern/Bezugsperson: ca. 5 - 15min

Fragebogen für Kinder ab 8 Jahren

Fragebogen für Eltern oder Bezugspersonen

Wir stellen Ihnen jetzt Fragen zu Dingen, die Ihrem Kind irgendwann in seinem Leben vielleicht passiert sind. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, ist das in Ordnung. Aber es ist wichtig, dass Sie so ehrlich wie möglich sind. Wir möchten eine bessere Vorstellung davon bekommen, was Kindern im Alter Ihres Kindes passieren kann.

In den ersten Fragen geht es um verschiedene Erwachsene, die sich um Ihr Kind kümmern. Das können Menschen sein, die mit Ihrem Kind zusammen wohnen oder oft zu Besuch kommen wie seine **Mutter**, sein **Vater**, seine **Großeltern**, **Onkeln**, **Freunde seiner Eltern** und so weiter. Es können aber auch Menschen sein, die sich manchmal um Ihr Kind kümmern wie **Lehrer** und **Lehrerinnen**, **Babysitter**, **Sporttrainer**, **Kindergärtner** oder **Erzieherinnen** und so weiter.

Bei jeder Frage: Kreuzen Sie „**Ja**“ an, wenn Ihrem Kind so etwas **jedemal in seinem Leben** passiert ist. Kreuzen Sie „**Nein**“ an, wenn es Ihrem Kind **noch nie in seinem Leben** passiert ist.

1. Wurde Ihr Kind von einer der oben genannten Personen geschlagen, geprügelt, getreten oder sonst irgendwie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Fühlte Ihr Kind sich schlecht, weil eine der Personen Gemeinheiten zu ihm sagte oder sagte, dass sie Ihr Kind nicht mehr haben wollte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Wenn ein Kind vernachlässigt wird, bedeutet das, dass Erwachsene sich nicht so um es kümmern, wie sie sollten. Sie geben dem Kind vielleicht nicht genug zu essen, lassen es lange alleine, bringen es nicht zum Arzt, wenn es krank ist oder sorgen nicht dafür, dass es saubere Kleidung hat und an einem Ort leben kann, wo es sich sicher und wohl fühlt. Wurde Ihr Kind irgendwann in seinem Leben vernachlässigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Hat ein Erwachsener, der mit Ihrem Kind zusammen lebt, damit gedroht, jemand anderen, der auch mit Ihrem Kind zusammen lebt, zu verletzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Hat ein Erwachsener, der mit Ihrem Kind zusammen lebt, jemand anderen, der auch mit Ihrem Kind zusammen lebt, gestoßen, geschlagen, geohrfeigt, getreten, verprügelt, gewürgt oder sonst irgendwie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

In den letzten Fragen geht es um alle möglichen Personen. Das heißt wir fragen nicht nur nach **Erwachsenen**, sondern auch nach den **Geschwistern** Ihres Kindes, seinen **Freunden**, anderen **Kindern** aus seiner Umgebung oder nach **Fremden**, die Ihr Kind gar nicht kennt.

6. Fasste eine Person Ihr Kind an seinen Geschlechtsteilen wie Brüsten, Scheide, Penis oder Po an, ohne dass Ihr Kind das wollte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Brachte eine Person Ihr Kind dazu, Geschlechtsteile wie ihre Brüste, Scheide, Penis oder Po anzufassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Brachte eine Person Ihr Kind dazu, sich auszuziehen und ihre Brüste, Scheide, Penis oder Po zu zeigen? Oder zwang eine Person Ihr Kind, ihre Brüste, Scheide, Penis oder Po anzusehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Wurde Ihr Kind dazu gebracht, pornographische Bilder oder Videos (Zeitschriften, Internet, Fernsehen,) anzusehen, also von nackten Menschen oder Menschen die Sex haben? Oder hat jemand solche Bilder oder Filme von Ihrem Kind gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wir stellen Dir jetzt Fragen zu Dingen, die irgendwann in Deinem Leben vielleicht passiert sind. Deine Antworten werden nicht weiter verraten. Wenn du etwas nicht beantworten willst, ist das OK. Aber es ist wichtig, dass Du so ehrlich wie möglich bist. Wir möchten eine bessere Vorstellung davon bekommen, was Kindern in Deinem Alter passieren kann.

In den ersten Fragen geht es um verschiedene Erwachsene, die sich um Dich kümmern. Das können Menschen sein, die mit dir zusammen wohnen oder oft zu Besuch kommen wie dein **Mutter**, dein **Vater**, dein **Opa**, deine **Oma**, dein **Onkel**, deine **Tante**, **Freunde von deinen Eltern** und so weiter. Es können aber auch Menschen sein, die sich manchmal um dich kümmern wie deine **Lehrer** und **Lehrerinnen**, **Babysitter**, **Sporttrainer**, **Kindergärtner** oder **Erzieherinnen** und so weiter.

Bei jeder Frage: Kreuze „**Ja**“ an, wenn dir so etwas **jedemal in deinem Leben** passiert ist. Kreuze „**Nein**“ an, wenn es dir **noch nie in deinem Leben** passiert ist.

1. Hat Dich eine von den oben genannten Personen geschlagen, geprügelt, getreten oder sonst irgendwie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Hast Du Dich schlecht gefühlt, weil eine von den Personen Gemeinheiten zu Dir gesagt hat oder gesagt hat, dass sie Dich nicht mehr haben will?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Wenn ein Kind vernachlässigt wird, bedeutet das, dass Erwachsene sich nicht so um es kümmern, wie sie sollten. Sie geben dem Kind vielleicht nicht genug zu essen, lassen es lange alleine, bringen es nicht zum Arzt, wenn es krank ist oder sorgen nicht dafür, dass es saubere Kleidung hat und an einem Ort leben kann, wo es sich sicher und wohl fühlt. Bist du irgendwann in Deinem Leben vernachlässigt worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Hat ein Erwachsener, der mit dir zusammen lebt, damit gedroht, jemand anderen, der auch mit dir zusammen lebt, zu verletzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Hat ein Erwachsener, der mit dir zusammen lebt, jemand anderen der auch mit dir zusammen lebt, gestoßen, geschlagen, geohrfeigt, getreten, verprügelt, gewürgt oder sonst irgendwie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

In den letzten Fragen geht es um alle möglichen Personen. Das heißt wir fragen nicht nur nach Erwachsenen, sondern auch nach deinen Geschwistern, Deinen Freunden, anderen Kindern oder nach Fremden, die Du gar nicht kennst.

6. Hat Dich eine Person an Deinen Brüsten, Deiner Scheide, Deinem Penis oder Deinem Po angefasst, ohne dass Du das wolltest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Hat Dich eine Person dazu gebracht, seine/ihre Brüste, Scheide, Penis oder Po anzufassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Hat Dich eine Person dazu gebracht, Dich auszuziehen und Deine Brüste, Scheide, Penis oder Deinem Po zu zeigen? Oder hat eine Person Dich gezwungen ihre Brüste, Scheide, Penis oder Po anzusehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Wurdest du dazu gebracht pornographische Bilder oder Videos (Zeitschriften, Internet, Fernsehen,) anzusehen, also von nackten Menschen oder Menschen die Sex haben? Oder hat jemand solche Bilder oder Filme von Dir gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Screening auf PTBS

Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) - 7-17 Jahre

Name _____

Datum _____

Viele Menschen erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Hier ist eine Liste belastender und erschreckender Ereignisse, wie sie manchmal passieren. Kreuze JA an, wenn es dir passiert ist. Kreuze NEIN an, wenn es dir nicht passiert ist.

1. Ernste Naturkatastrophe, wie z.B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer Ja Nein
2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie z.B. Autounfall, Sportverletzung, Fahrradunfall oder Hundebiss Ja Nein
3. Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen Ja Nein

Kreuze bei den folgenden Aussagen 0, 1, 2 oder 3 an um zu beantworten, wie häufig die folgenden Dinge Dich in den letzten 2 Wochen belastet haben:

0 = nie / 1 = selten / 2 = oft / 3 = fast immer

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Beunruhigende Gedanken oder Bilder von dem Ereignis kommen in meinen Kopf. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Schlechte Träume erinnern mich daran was passiert ist | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Ich habe das Gefühl, als würde es wieder passieren. | 0 | 1 | 2 | 3 |

PTBS-Diagnostik

z.B. mit Child and Adolescent Trauma Screening Fragebogen (CATS)

- ▶ Erreicht das Kind im *CATS* einen Score über 19 ist, weiterführende Diagnostik erforderlich:

z.B. durch 'Interview für Belastungsstörungen im Kindes- und Jugendalter' (IBS-KJ)

- ▶ Gibt klare Aussage, ob und wodurch PTBS vorliegt

Therapie

Gemäß AWMF-Leitlinien (von Gontard, Möhler, Bindt, 2014) für kleinere Kinder ist state of the art:

- Kognitive Verhaltenstherapie
mit besten Evidenzen für:

- Kid-NET (Narrative Exposure Therapy)
- TF-CBT (Trauma-focused- Cognitive Behavioral Therapie)(Goldbeck et al, 2016)

Wer führt TreatChildTrauma durch?

Das Projekt **TreatChildTrauma** wird deutschlandweit an 8 Standorten durchgeführt und ist vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. In Saarbrücken wird die Studie von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Kleinblittersdorf der SHG Kliniken unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Eva Möhler durchgeführt. Alle behandelnden Therapeuten sind speziell in der Durchführung und Anwendung dieses therapeutischen Ansatzes geschult.

Projektleitung

Prof. Dr. Eva Möhler
SHG Kliniken Sonnenberg
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und
-psychotherapie Kleinblittersdorf
Sonnenbergstraße 10
66119 Saarbrücken
Tel.: 06805 /928223
E - Mail: e.moehler@sb.shg-kliniken.de

Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psychotherapie Klein-
blittersdorf

Waldstr. 40

66271 Kleinblittersdorf

www.shg-kliniken.de

<http://tfcbt.musc.edu>



Therapie für traumabelastete Kinder

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

IN ZUSAMMENARBEIT MIT

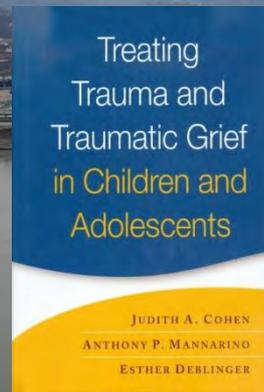


Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

TF-CBT *Web*
A web-based learning course for
**TRAUMA-FOCUSED
COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY**

Therapie Traumafolgestörungen

<http://fcbt.musc.edu>



Was ist ein traumatisches Ereignis?

- Ein Ereignis, bei dem Leben in Gefahr ist
- Ein Ereignis, bei dem die seelische Gesundheit bedroht ist
- Ein Ereignis, das extreme Angst, Entsetzen und Hilflosigkeit hervorruft
- Ereignisse wie Unfälle, körperliche Gewalt, sexueller Missbrauch, Naturkatastrophen, Kriege

Ein Ereignis kann auch dann traumatisch sein, wenn man es nicht selbst erlebt, sondern es beobachtet hat oder davon erfährt!

Was ist TreatChildTrauma (TCT)?

TCT bietet eine spezielle Psychotherapie für Kinder, die nach einem traumatischen Ereignis sehr belastet sind

TCT hilft, belastende Erinnerungen an das traumatische Ereignis und damit verbundene Gefühle zu verarbeiten

TCT hilft bei Problemen, die nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses auftreten können, wie Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Reizbarkeit,

TCT wird von geschulten Therapeuten durchgeführt

TCT ist vollkommen kostenlos

TCT ist eine wissenschaftliche Studie

TCT unterliegt strengen Datenschutzbestimmungen und sichert den Teilnehmern einen uneingeschränkt verantwortungsvollen Umgang mit deren Daten zu.

Wer kann an TreatChildTrauma (TCT) teilnehmen?

Teilnehmen können Kinder und ihre Bezugspersonen, wenn...

...das Kind zwischen 4 und 14 Jahre alt ist

... das Kind nach dem Alter von 3 Jahren ein traumatisches Ereignis erlebt hat und das mind. 3 Monate her ist

...das Kind nach diesem traumatischen Ereignis belastet ist

Wo kann man sich anmelden?

Für ein erstes Gespräch und weitere Informationen wenden Sie sich bitte an

Prof. Eva Möhler

Therapie

Aber NICE-Guidelines (2013) empfehlen:

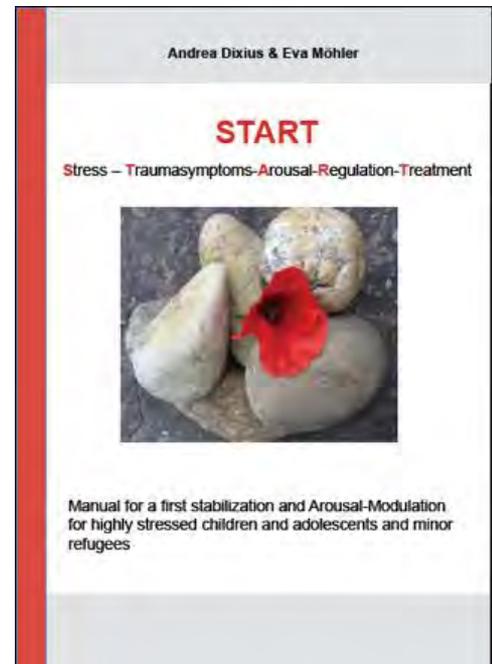
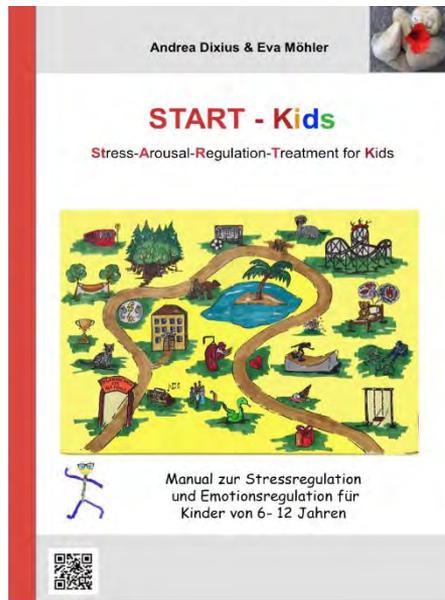
Erst stabilisieren, DANN exponieren

Zur emotionalen Vorfeld-Stabilisierung nutzbar:

START (Stress-Trauma-Symptoms-Arousal Regulation-Treatment, Dixius und Möhler):

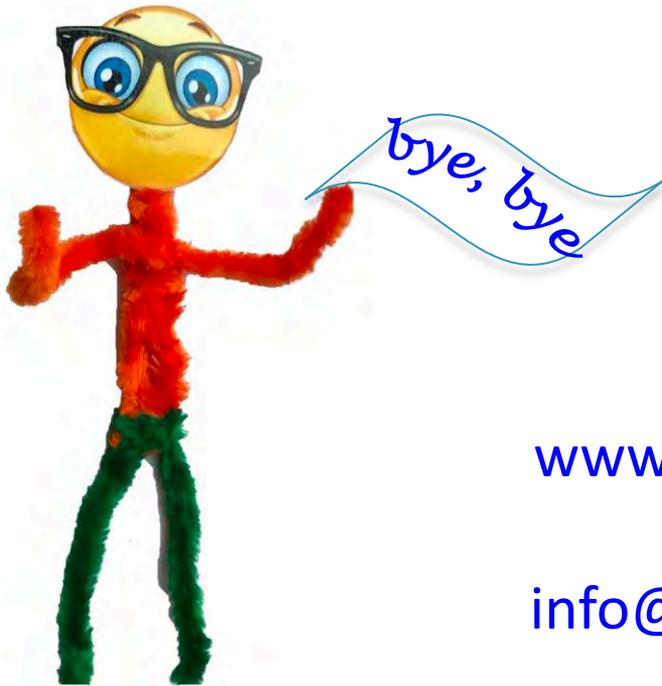
Kurzprogramm zur Verhaltensstabilisierung OHNE Aufarbeitung, deshalb in der Gruppe machbar

.....Emotionsregulation trainieren!!!!!!
Orbitofrontaler Cortex ist trainierbar und bis zum
Alter von 25 Jahren SEHR plastisch



Seit 2020: START: Multicenter-Evaluationsstudie

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



www.startyourway.de

info@startyourway.de



Eva Möhler
eva.moehler@uks.eu

**Vielen Dank für ihre
Aufmerksamkeit!**

www.startyourway.de



Eva.moehler@uks.eu

Literatur

- ▶ Alexander, P. C., Teti, L., & Anderson, C. L. (2000). Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 829-838.
- ▶ Bailey, H. N., DeOliveira, C. A., Wolfe, V. V., Evans, E. M., & Hartwick, C. (2012). The impact of childhood maltreatment history on parenting: A comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child abuse & neglect*, 36(3), 236-246.
- ▶ Banyard, V. L. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child abuse & neglect*, 21(11), 1095-1107.
- ▶ Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. A. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: Mediating mechanisms and implications for prevention. *Child development*, 82(1), 162-176.
- ▶ Biringen, Z. (2000). Emotional availability: Conceptualization and research findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 104-114.
- ▶ Biringen, Z., & Robinson, J. (1991). Emotional availability in mother-child interactions: a reconceptualization for research. *American journal of Orthopsychiatry*, 61(2), 258-271.
- ▶ Burkett, L. P. (1991). Parenting behaviors of women who were sexually abused as children in their families of origin. *Family process*, 30(4), 421-434.
- ▶ Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(2), 174.

Literatur

- ▶ DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment*, 8(4), 319-333.
- ▶ Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57.
- ▶ Douglas, A. R. (2000). Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect*, 24(3), 425-434.
- ▶ Driscoll, J. R., & Easterbrooks, M. (2007). Young mothers' play with their toddlers: Individual variability as a function of psychosocial factors. *Infant and Child Development*, 16(6), 649-670.
- ▶ Dubowitz, H., Black, M. M., Kerr, M. A., Hussey, J. M., Morrel, T. M., Everson, M. D., & Starr, R. H. (2001). Type and timing of mothers' victimization: effects on mothers and children. *Pediatrics*, 107(4), 728-735.
- ▶ Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275.
- ▶ Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244(4901), 160-166.

Definition

- Misshandlung ist Gewalt mit Verletzung der körperlichen Integrität
Formen: physische oder psychische Gewaltakte, sexueller Missbrauch,
Vernachlässigung
- in den meisten Industrieländern strafbar
 - Täter häufig die Eltern oder andere nahestehende Personen

Kindesmisshandlung

In der Europäischen Region der WHO leben etwa 190 Mio. Kinder unter 18 Jahren



18 Mio. haben sexuellen Missbrauch erlebt
44 Mio. haben körperliche Misshandlung erlebt
55 Mio. haben psychische Misshandlung erlebt

90% aller Missbrauchsfälle bleiben **unentdeckt**

Misshandlung verhindern:

- Gefährdeten Familien helfen
- Positives Elternverhalten fördern
- Soziale Unterstützung leisten

Weitere Informationen unter: www.euro.who.int/child-maltreatment-report

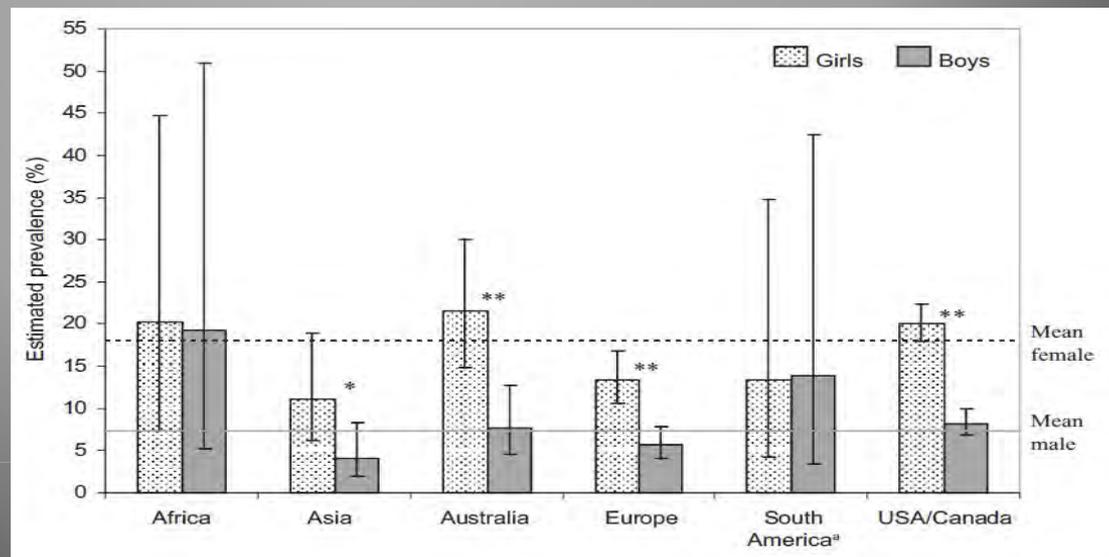


Weltgesundheitsorganisation

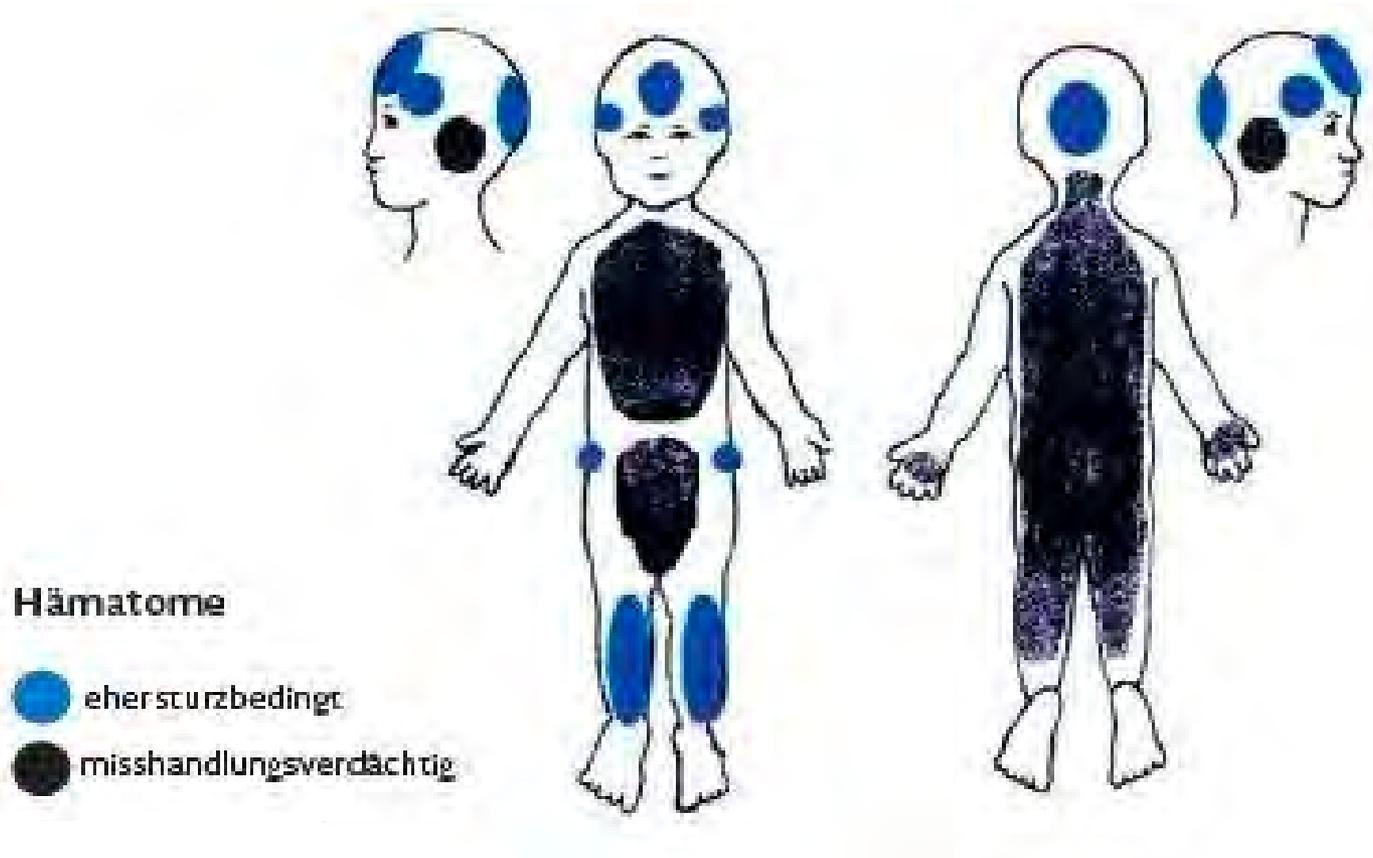
REGIONALBÜRO FÜR Europa

Epidemiologie global

- ▶ Hohe globale Prävalenzraten (Barth et al., 2012; Pereda et al., 2009b; Stoltenborgh et al., 2016; Stoltenborgh et al., 2013):
 - bis zu 20% für sexuellen Missbrauch
 - bis zu 23 % für physischen Missbrauch
- ▶ Kindesmisshandlung als „Major Public Health Problem“ (Norman et al., 2012)



Misshandlungszeichen



Misshandlungsarten

- ▶ Stumpfe Gewalt:
- ▶ Thermische Gewalt:



Misshandlungsarten

Strangulation/Würgemale:



Diagnostik bei Verdacht auf nicht akzidentelle Verletzungen

- **Anamnese:** Aktueller Anlass, medizinische, familiäre, soziale Vorgeschichte, familiäre Stressoren (schwieriges Kind?)
- **Untersuchung:** Ganzkörperuntersuchung (völlig entkleidet), Anogenitalbereich, Mundschleimhaut
- **Dokumentation:** Fotos, Skizzen aller Verletzungen (mit Maßangabe)
- **Forensik:** Hautabstriche für DNA-Analyse bei V.a. auf frische Bissmarken, Anogenitalabstriche bei V.a. sexuellen Missbrauch (<24–48 Stunden)
- **Bildgebung:** Röntgen-Skelettscreening¹, CT, MRI, Sonografie
- **Konsiliarisch:** Fundoskopie (retinale Blutungen?), Pädiater (Kinderschutzgruppe!)
- **Labor:** BB, Quick, PTT, GOT, GPT, AP, γ -GT, Amylase, Lipase, AP, Kalzium, Phosphor, Blutungszeit
- **Fakultativ:** Lues-, Mykoplasmen-, HSV-Serologie

Lange Röhrenknochen, Thorax, Becken in 1 Ebene, Schädel, Wirbelsäule sowie alle gefundenen Frakturen in 2 Ebenen. KEIN „Babygramm“!

Screeningfragen bei Misshandlungsverdacht

- ▶ z.B Einseitiger ‚CAN‘ (Child Abuse and Neglect)-Fragebogen :
- ▶ 9 Fragen Ja/Nein
- ▶ Möglichkeiten der Beantwortung durch:
 - Eltern/Bezugspersonen (Fremdbericht)
 - Kinder ab 8 Jahren
- ▶ Leichte Auswertung
 - Einmal Ja = Hinweis auf CAN
- ▶ Aufwand für Kind/Eltern/Bezugsperson: ca. 5 - 15min

;

Fragebogen für Kinder ab 8 Jahren

Wir stellen Dir jetzt Fragen zu Dingen, die irgendwann in Deinem Leben vielleicht passiert sind. Deine Antworten werden nicht weiter verraten. Wenn du etwas nicht beantworten willst, ist das OK. Aber es ist wichtig, dass Du so ehrlich wie möglich bist. Wir möchten eine bessere Vorstellung davon bekommen, was Kindern in Deinem Alter passieren kann.

In den ersten Fragen geht es um verschiedene Erwachsene, die sich um Dich kümmern. Das können Menschen sein, die mit dir zusammen wohnen oder oft zu Besuch kommen wie dein **Mutter**, dein **Vater**, dein **Opa**, deine **Oma**, dein **Onkel**, deine **Tante**, **Freunde von deinen Eltern** und so weiter. Es können aber auch Menschen sein, die sich manchmal um dich kümmern wie deine **Lehrer** und **Lehrerinnen**, **Babysitter**, **Sporttrainer**, **Kindergärtner** oder **Erzieherinnen** und so weiter.

Bei jeder Frage: Kreuze „**Ja**“ an, wenn dir so etwas **jedemal in deinem Leben** passiert ist. Kreuze „**Nein**“ an, wenn es dir **noch nie in deinem Leben** passiert ist.

1. Hat Dich eine von den oben genannten Personen geschlagen, geprügelt, getreten oder sonst irgendwie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Hast Du Dich schlecht gefühlt, weil eine von den Personen Gemeinheiten zu Dir gesagt hat oder gesagt hat, dass sie Dich nicht mehr haben will?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Wenn ein Kind vernachlässigt wird, bedeutet das, dass Erwachsene sich nicht so um es kümmern, wie sie sollten. Sie geben dem Kind vielleicht nicht genug zu essen, lassen es lange alleine, bringen es nicht zum Arzt, wenn es krank ist oder sorgen nicht dafür, dass es saubere Kleidung hat und an einem Ort leben kann, wo es sich sicher und wohl fühlt. Bist du irgendwann in Deinem Leben vernachlässigt worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Hat ein Erwachsener, der mit dir zusammen lebt, damit gedroht, jemand anderen, der auch mit dir zusammen lebt, zu verletzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Hat ein Erwachsener, der mit dir zusammen lebt, jemand anderen der auch mit dir zusammen lebt, gestoßen, geschlagen, geohrfeigt, getreten, verprügelt, gewürgt oder sonst irgendwie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

In den letzten Fragen geht es um alle möglichen Personen. Das heißt wir fragen nicht nur nach Erwachsenen, sondern auch nach deinen Geschwistern, Deinen Freunden, anderen Kindern oder nach Fremden, die Du gar nicht kennst.

6. Hat Dich eine Person an Deinen Brüsten, Deiner Scheide, Deinem Penis oder Deinem Po angefasst, ohne dass Du das wolltest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Hat Dich eine Person dazu gebracht, seine/ihre Brüste, Scheide, Penis oder Po anzufassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Hat Dich eine Person dazu gebracht, Dich auszuziehen und Deine Brüste, Scheide, Penis oder Deinem Po zu zeigen? Oder hat eine Person Dich gezwungen ihre Brüste, Scheide, Penis oder Po anzusehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Wurdest du dazu gebracht pornographische Bilder oder Videos (Zeitschriften, Internet, Fernsehen,) anzusehen, also von nackten Menschen oder Menschen die Sex haben? Oder hat jemand solche Bilder oder Filme von Dir gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Dokumentation

- ▶ Meldepflicht für Fälle von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch gibt es in Deutschland *nicht*, wohl aber stehen Ärzte gegenüber dem gefährdeten Kind in einer Garantenstellung.
- ▶ Ärzte haben eine höhere Verpflichtung, aktiv der Kindeswohlgefährdung entgegenzutreten als ein Laie.

Dokumentation

- ▶ Problem dabei: Für Ärztinnen und Ärzte gilt die **Schweigepflicht** (§ 203 StGB, § 9 MBO-Ä) . Die ärztliche Schweigepflicht kann aber unter dem Gesichtspunkt des rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB) **durchbrochen** werden.
- ▶ Deshalb gilt: Sowohl die Gründe für die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht als auch Argumente für deren Durchbrechung **sollen sorgfältig dokumentiert** werden.
- ▶ Rechtssichere Dokumentationsbögen z.b. unter www.kindesmisshandlung.de oder Ärztekammern

Misshandlungsfolgen

Medizinische Probleme

Psychische Probleme

Schulprobleme

Hilfen zur Erziehung

Sorgerecht/
Vormundsschaft/
Umgangsrecht



Etc.

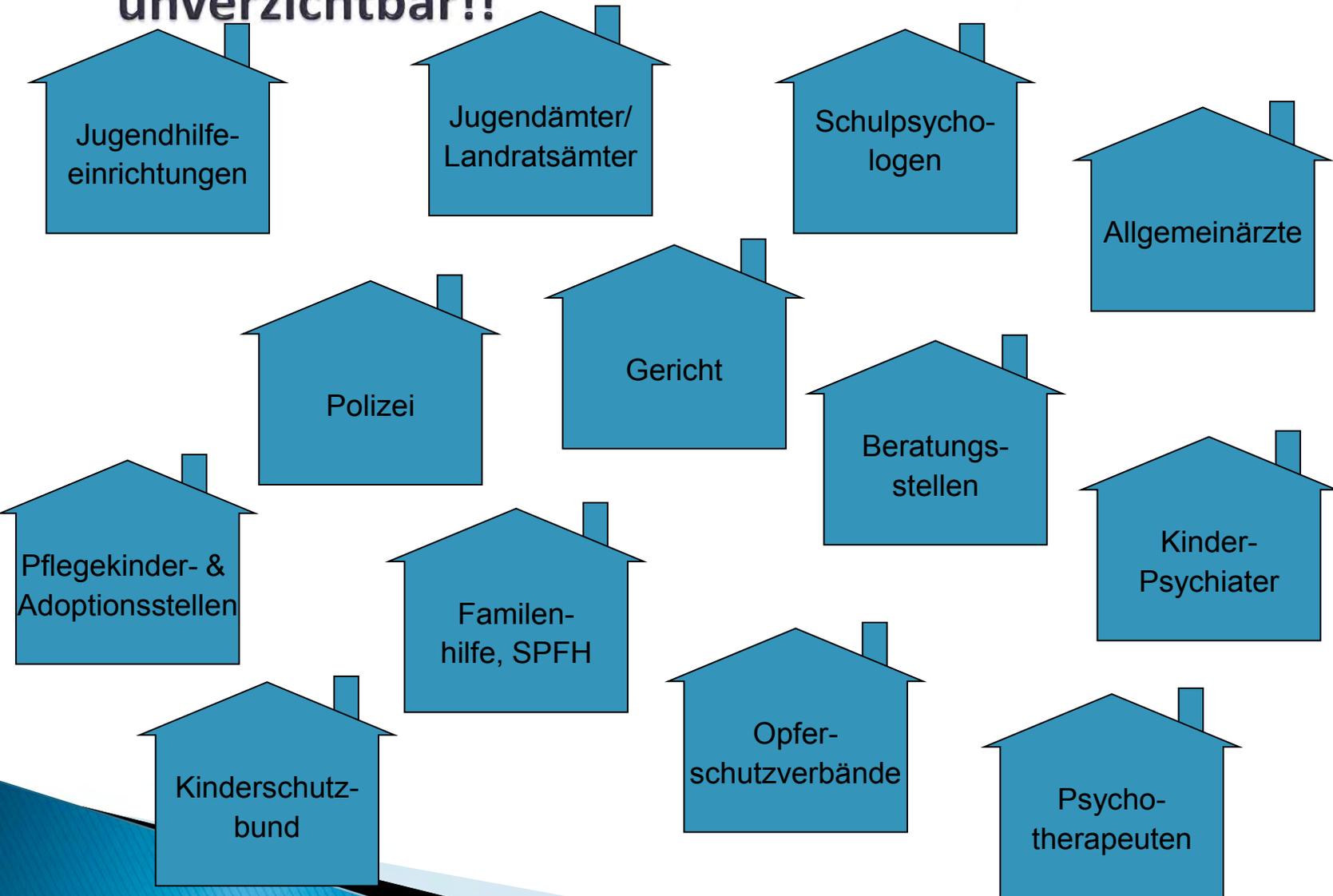
Stafrrechtliche Verfolgung der Täter

Unterbringungsverfahren

Gerichtsverfahren

→ Niemand kann alles abdecken!

Diagnostik und Intervention: Netzwerk unverzichtbar!!



Fokus im Folgenden

PSYCHISCHE
Folgen

Medizinische
Probleme

Schul-
probleme

Hilfen zur
Erziehung

Sorgerecht/
Vormundsschaft/
Umgangsrecht



Thorben Wengert / pixelio.de

Etc.

Stafrrechtliche
Verfolgung der Täter

Unterbringungsverfahren

Gerichts-
verfahren

→ Niemand kann alles abdecken!

Psychische Misshandlungsfolgen

Signifikant höhere Raten von:

- Depression (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards & Anda, 2004; Spertus, Yehuda, Wong, Halligan & Seremetis, 2003, Springer, Sheridan, Kuo & Carnes, 2007)
- Angst (Spertus, Yehuda, Wong, Halligan & Seremetis, 2003; MacMillan et al., 2001; Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, Akman & Cassavia, 1992)
- **Posttraumatischen Belastungsstörungen** (Paolucci, Genuis & Violato, 2001, Widom, 1999)
- Essstörungen (Rayworth, Wise, & Harlow, 2004; Kendler, Bulik, Silberg, Hetteima, Myers & Prescott, 2000)
- Dissoziation (Nash, Hulse, Sexton, Harralson & Lambert, 1993; Chu & Dill, 1990)

Typische Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD 10, F 43.1)

- ▶ wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (**Nachhallerinnerungen, Flashbacks**), Träumen oder Alpträumen, andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit
- ▶ **Vermeidung** von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten

Typische Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSB, ICD 10, F 43.1)

- ▶ **vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung**, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und
- ▶ **Schlafstörung**
- ▶ Suizidgedanken
- ▶ Der Beginn folgt dem Trauma mit einer **Latenz**, die wenige Wochen bis Monate (bis Jahre) dauern kann.
- ▶ Die Mehrheit der Betroffenen erfüllt ebenfalls Kriterien für andere Diagnosen:
Depression, Suchterkrankungen, Panikstörung, Zwangsstörung, Essstörung, Borderline-Störung

Screening auf PTBS

Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) - 7-17 Jahre

Name _____

Datum _____

Viele Menschen erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Hier ist eine Liste belastender und erschreckender Ereignisse, wie sie manchmal passieren. Kreuze JA an, wenn es dir passiert ist. Kreuze NEIN an, wenn es dir nicht passiert ist.

1. Ernste Naturkatastrophe, wie z.B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer Ja Nein
2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie z.B. Autounfall, Sportverletzung, Fahrradunfall oder Hundebiss Ja Nein
3. Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen Ja Nein

Kreuze bei den folgenden Aussagen 0, 1, 2 oder 3 an um zu beantworten, wie häufig die folgenden Dinge Dich in den letzten 2 Wochen belastet haben:

0 = nie / 1 = selten / 2 = oft / 3 = fast immer

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Beunruhigende Gedanken oder Bilder von dem Ereignis kommen in meinen Kopf. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Schlechte Träume erinnern mich daran was passiert ist | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Ich habe das Gefühl, als würde es wieder passieren. | 0 | 1 | 2 | 3 |

PTBS-Diagnostik

z.B. mit Child and Adolescent Trauma Screening Fragebogen (CATS)

- ▶ Erreicht das Kind im *CATS* einen Score über 19 ist, weiterführende Diagnostik erforderlich:

z.B. durch 'Interview für Belastungsstörungen im Kindes- und Jugendalter' (IBS-KJ)

- ▶ Gibt klare Aussage, ob und wodurch PTBS vorliegt

Therapie

Gemäß AWMF-Leitlinien (von Gontard, Möhler, Bindt, 2014) für kleinere Kinder ist state of the art:

- Kognitive Verhaltenstherapie
mit besten Evidenzen für:

- Kid-NET (Narrative Exposure Therapy)
- TF-CBT (Trauma-focused- Cognitive Behavioral Therapie)(Goldbeck et al, 2016)

Wer führt TreatChildTrauma durch?

Das Projekt **TreatChildTrauma** wird deutschlandweit an 8 Standorten durchgeführt und ist vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. In Saarbrücken wird die Studie von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Kleinblittersdorf der SHG Kliniken unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Eva Möhler durchgeführt. Alle behandelnden Therapeuten sind speziell in der Durchführung und Anwendung dieses therapeutischen Ansatzes geschult.

Projektleitung

Prof. Dr. Eva Möhler
SHG Kliniken Sonnenberg
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und
-psychotherapie Kleinblittersdorf
Sonnenbergstraße 10
66119 Saarbrücken
Tel.: 06805 /928223
E - Mail: e.moehler@sb.shg-kliniken.de

Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psychotherapie Klein-
blittersdorf

Waldstr. 40

66271 Kleinblittersdorf

www.shg-kliniken.de

<http://tfcbt.musc.edu>



Therapie für traumabelastete Kinder

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

IN ZUSAMMENARBEIT MIT

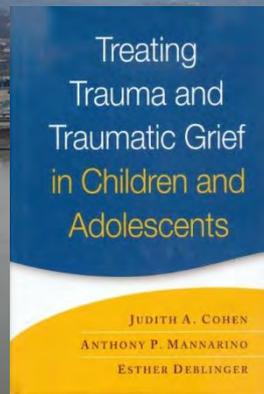


Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

TF-CBT *Web*
A web-based learning course for
**TRAUMA-FOCUSED
COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY**

Traumafolgestörungen

<http://fcbt.musc.edu>



Was ist ein traumatisches Ereignis?

- Ein Ereignis, bei dem Leben in Gefahr ist
- Ein Ereignis, bei dem die seelische Gesundheit bedroht ist
- Ein Ereignis, das extreme Angst, Entsetzen und Hilflosigkeit hervorruft
- Ereignisse wie Unfälle, körperliche Gewalt, sexueller Missbrauch, Naturkatastrophen, Kriege

Ein Ereignis kann auch dann traumatisch sein, wenn man es nicht selbst erlebt, sondern es beobachtet hat oder davon erfährt!

Was ist TreatChildTrauma (TCT)?

TCT bietet eine spezielle Psychotherapie für Kinder, die nach einem traumatischen Ereignis sehr belastet sind

TCT hilft, belastende Erinnerungen an das traumatische Ereignis und damit verbundene Gefühle zu verarbeiten

TCT hilft bei Problemen, die nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses auftreten können, wie Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Reizbarkeit,

TCT wird von geschulten Therapeuten durchgeführt

TCT ist vollkommen kostenlos

TCT ist eine wissenschaftliche Studie

TCT unterliegt strengen Datenschutzbestimmungen und sichert den Teilnehmern einen uneingeschränkt verantwortungsvollen Umgang mit deren Daten zu.

Wer kann an TreatChildTrauma (TCT) teilnehmen?

Teilnehmen können Kinder und ihre Bezugspersonen, wenn...

...das Kind zwischen 4 und 14 Jahre alt ist

... das Kind nach dem Alter von 3 Jahren ein traumatisches Ereignis erlebt hat und das mind. 3 Monate her ist

...das Kind nach diesem traumatischen Ereignis belastet ist

Wo kann man sich anmelden?

Für ein erstes Gespräch und weitere Informationen wenden Sie sich bitte an

Prof. Eva Möhler

Therapie

Aber NICE-Guidelines (2013) empfehlen:

Erst stabilisieren, DANN exponieren

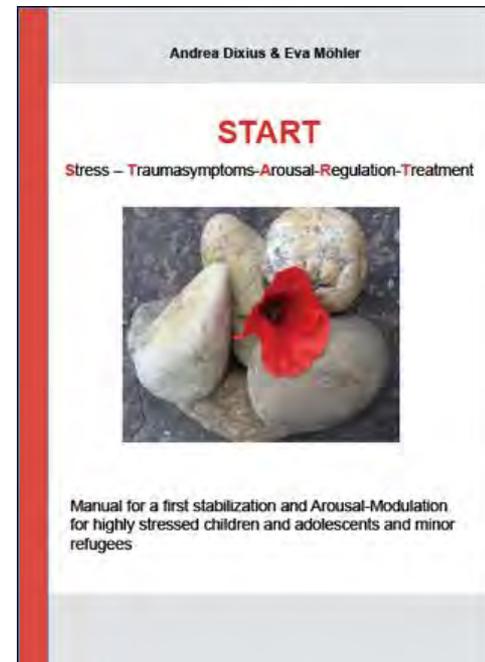
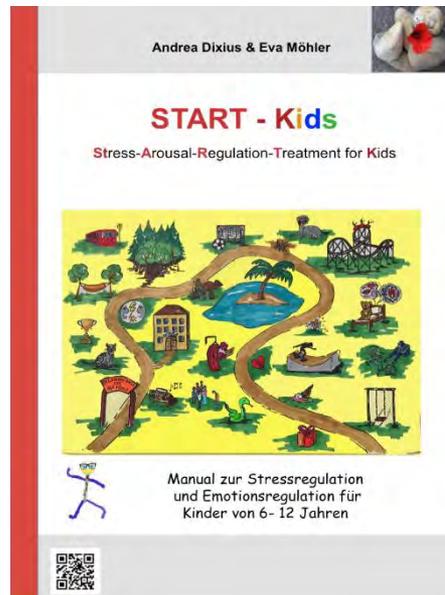
Zur emotionalen Vorfeld-Stabilisierung nutzbar:

START (Stress-Trauma-Symptoms-Arousal Regulation-Treatment, Dixius und Möhler):

Kurzprogramm zur Verhaltensstabilisierung OHNE Aufarbeitung, deshalb in der Gruppe machbar

Vor Expositionsbehandlung

Stressresilienz stärken für Familien



Seit 2019: START: Multicenter-
Evaluationsstudie

Transgenerationale Folgen

- Erwachsene, die als Kinder misshandelt wurden:
 - Haben häufiger Alkohol- und Drogenprobleme, Rauchen (Dube et al. 2005, Kendler et al. 2000, Kaplan et al., 1998)
 - **Zeigen häufiger delinquentes Verhalten** (Widom, 2003; Smith et al. 2005)
 - Haben häufiger Beziehungsstörungen (Colman and Widom 2004)
 - Haben schlechtere körperliche Gesundheit (Finestone et al., 2000, Irish et al. 2010)
 - Haben eine höhere Anzahl von Sexualpartnern, höher Rate von sexuell übertragbaren Krankheiten und ungewollter Schwangerschaft (Noll et al. 2009; Arriola et al. 2005)
 - ***misshandeln ca. dreimal so häufig ihre Kinder!*** (Berlin et al., 2011)- warum?

Hintergrund der Studien zum „Teufelskreis der Gewalt“ („Cycle of Abuse“, DFG, MO 978/3-2, UBICA, BMBF))

Mädchen mit Misshandlungserfahrungen werden zu Müttern...

....Und **wollen** ihre Kinder NICHT misshandeln!!

Können wir herausfinden, warum sie es **trotzdem** häufiger als andere tun? (Phänomen der Transmission)



Intergenerationale Transmission („Cycle of Abuse“)

Mütter mit traumatischen Kindheitserfahrungen zeigen...

- ▶ Erhöhtes Risiko für Kindesmissbrauch und –vernachlässigung (aus 20-30% missbrauchter Kinder werden missbrauchende Eltern; Berlin et al., 2011; Smith et al., 2014; Widom 1989)
- ▶ Raueren, feindseligeren und strengeren Erziehungsstil (Banyard, 1997; Dixon et al., 2005; Dubowitz et a. 2001; Lyons-Ruth & Block, 1996)
- ▶ Erhöhter Stress und negativere Selbstwahrnehmung der eigenen Elternrolle (Douglas, 2000; Cole et al. 1992; Banyard, 1997; Bailey et al. 2012)
- ▶ Weniger positive Mutter-Kind-Interaktion, weniger Responsivität und häufiger negativen Affekt (Begle et al., 2010; Dixon et al., 2005b; Milner et al., 1995; Smith et al., 2014)

Mütter mit Misshandlungserfahrungen in der eigenen Kindheit zeigen...

- ▶ Erhöhtes Risiko für **Depression** (z.B. Danese et al, 2009; Scott et al., 2012; Nanni et al., 2012)
- ▶ früher Beginn, erhöhter Schweregrad psychischer Störungen, verringerte Therapieresponsivität (Review: Teicher & Samson, 2013; Scott et al., 2012)

Depressive Mütter in der Mutter-Kind-Interaktion:

- ▶ Weniger sensitiv, weniger optimale Strukturierung (Skalen der Emotionalen Verfügbarkeit) (Van Doesum, Hosman, Riksen-Walraven & Hoefnagels 2007; Trapolini, Ungerer & McMahon 2008; Easterbrooks, Biesecker & Lyons-Ruth, 2012)
- ▶ Distanzierter, weniger positiver Affekt (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000)
- ▶ Feindseliger, weniger sensitiv und weniger responsiv (Feng, Shaw, Skuban, & Lane, 2007; Hopkins, Gouze, & Lavigne, 2013; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000)

Mütter mit Misshandlungserfahrungen in der eigenen Kindheit zeigen...

- ▶ Einen raueren, feindseligeren und strengeren Erziehungsstil (Banyard, 1997; Dixon et al., 2005; Dubowitz et al., 2001; Lyons-Ruth & Block, 1996)
- ▶ Erhöhten Stress und negativere Selbstwahrnehmung der eigenen Elternrolle (Douglas, 2000; Cole et al., 1992; Banyard, 1997; Bailey et al., 2012)
- ▶ Weniger positive Mutter-Kind-Interaktion, weniger Responsivität und häufiger negativen Affekt (Begle et al., 2010; Dixon et al., 2005b; Milner et al., 1995; Smith et al., 2014)

Mutter-Kind-Interaktion im Kontext mütterlicher Misshandlungserfahrungen und Depression

- ▶ Direkte Wirkung kindlicher Misshandlungserfahrungen (Zalewski et al. 2013)
- ▶ Depression als Mediatorvariable (Mapp, 2006; Martinez-Torteya et al., 2014;
- ▶ Direkte und Indirekte Zusammenhänge (Banyard, Williams & Siegel, 2003)

METHODEN „Cycle of Abuse“- Studie

Überblick

Design:

- ▶ **Case Control-Studie**
 - Geplant 120, erreicht 118 Mutter-Kind-Dyaden, unmittelbar postnatal
 - Case: mit Misshandlungserfahrungen in der Kindheit
 - Control: ohne Misshandlungserfahrungen
- ▶ **Populationsbasiert (Heidelberg, Mannheim, Rhein-Neckar-Kreis)**
- ▶ **Längsschnitt (5 Monate, 12 Monate, 30 Monate postpartum)**
- ▶ **(derzeit in UBICA: 72 und 120 Monate)**

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien

- ▶ alle Apgar-Werte > 7
- ▶ Geburtsgewicht > 2.500g
- ▶ Geburtstermin > 37. Woche
- ▶ Mutter ist die hauptsächliche Betreuungsperson

Ausschlusskriterien

- ▶ Zwillinge
- ▶ kindliche Missbildungen
- ▶ Krankheit

METHODEN

Differenzierung zwischen Case und Control durch Trauma-Kriterium:

- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
 - Self-Report-Fragebogen 5 Subskalen:
 - **Physischer, sexueller**, emotionaler Missbrauch
 - Physische und emotionale Vernachlässigung

Schweregrad der Traumatisierung

Skalen	Items	Einschluss Kontrollgruppe	Ausschluss	Einschluss Indexgruppe	
		garnicht (oder minimal)	leicht (bis mäßig)	mäßig (bis schwer)	schwer (bis extrem)
Emotionaler Missbrauch	3, 8, 14, 18, 25	5 – 8	9 – 12	13 – 15	≥ 13
Physischer Missbrauch	9, 11, 12, 15, 17	5 – 7	8 – 9	10 – 12	≥ 13
Sexueller Missbrauch	20, 21, 23, 24, 27	5	6 – 7	8 – 12	≥ 13
Emotionale Vernachlässig.	R 5, 7, 13, 19, 28	5 – 9	10 – 14	15 – 17	≥ 18
Physische Vernachlässig.	1, 4, 6 R 2, 26	5 – 7	8 – 9	10 – 12	≥ 13
Bagatellisng. / Verleugng.	10, 16, 22	hier keine Abstufungen; nur Vorliegen oder Nichtvorliegen			
Inkonsistenzenerfahrungen	29, 30, 31				

Die mit R gekennzeichneten Items sind vor der Auswertung zu invertieren

Mutter

T1



1

T2



5

T3



12

T4



30

postpartum
[Monate]

Kind

T1



5

T2



12

T3



30

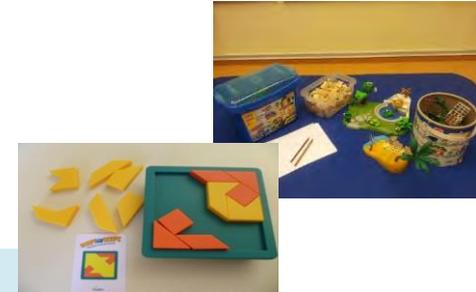
Alter
[Monate]

Hypothesen: Gruppenunterschiede in

- Mutter-Kind-Interaktion?
- Aktivität der HPA-(Hypothalamic-Pituitary-Adrenal)-Achse?
- mütterlichem Misshandlungspotential?
- mütterlicher und/oder kindlicher Selbstkontrolle?
- kindlicher Entwicklungsstand?

Interaktion: Skalen der „Emotionalen Verfügbarkeit“

- ▶ Biringen, Robinson, & Emde, 1998
- Beobachtungsmaß der Eltern-Kind-Interaktion, Zertifizierte Rater
- Einschätzung der Qualität des emotionalen Austausches in der Interaktion
- Holistisches und klinisch sensibles Urteil
- Dyadisches Konstrukt



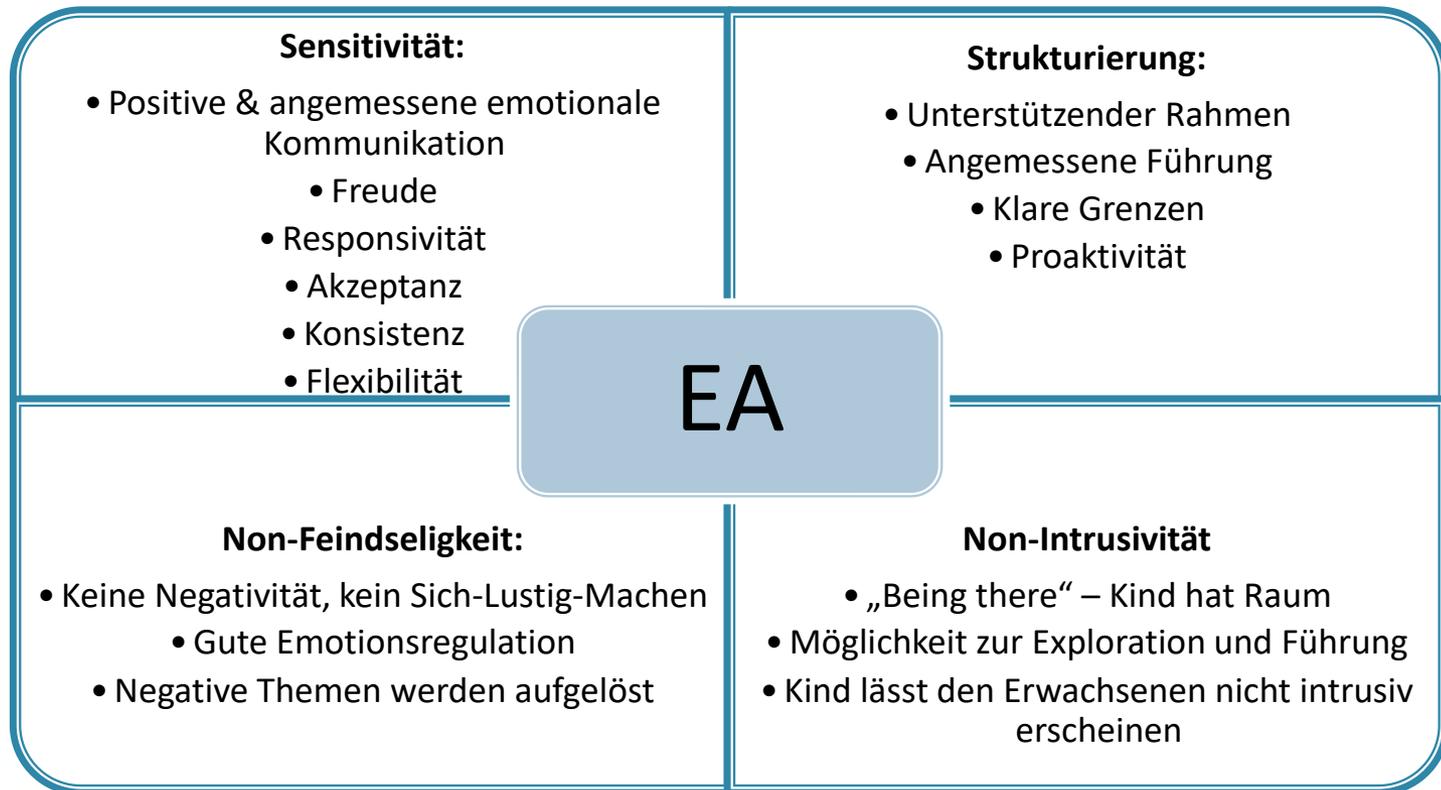
Mütterliche Variablen

- Sensitivität
- Strukturierung
- Non-Intrusivität
- Non-Feindseligkeit

„Cycle of Abuse“ – Studie

Methodik

Mutter

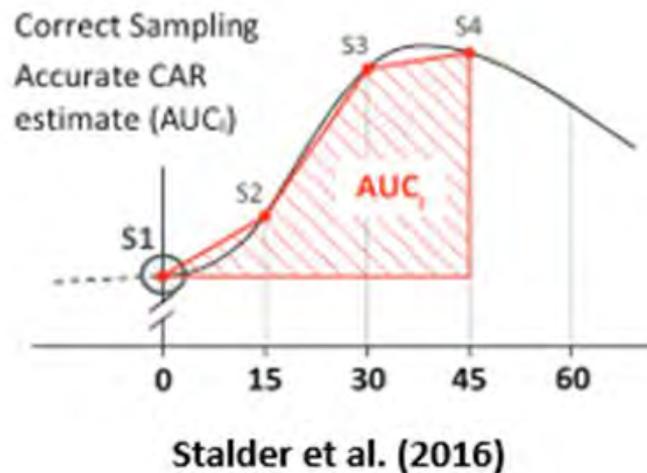






Cortisol Tagesprofile Mutter und Kind

(Auswirkungen mütterlicher Missbrauchserfahrungen auf die HHNA-Kopplung?)



- Messzeitpunkt: 30 Monate ; 2 aufeinanderfolgende Tage
- Erhobener Index: Cortisol Awakening Response (CAR)

Misshandlungspotential Child Abuse Potential Inventory (CAPI)

- Deutsche Version von Gottfried Spangler, 1994
- Reliabilität und Validität zwisch .87 und .95.
- 9 Subskalen, davon : Misshandlungsrisiko-Subskala mit 77 items
- Cut-off Score für nicht klinische Stichproben: 166

- Heute als deutsche Version verfügbar bei Hogrefe: EBFK
- (Einschätzungsbogen für Kindeswohlgefährdung)

Mütterliche Selbstkontrolle: Self Control Scale (SCS)

- 36 Fragen
- Tangey et al., 2004
- Beispielitems: ‚Ich kann Versuchungen gut widerstehen.‘ ‚Manchmal kann ich etwas nicht bleiben lassen, auch wenn ich weiß, dass es falsch ist‘
- 5-Punkt Likert Skala

Kindliche Selbstkontrolle: Effortful Control Battery

- ▶ Instrument zur Erfassung der inhibitorischen Kontrolle des Kindes zwischen 20 und 48 Monaten (Kochanska, 2000)
- ▶ Laboruntersuchung
- ▶ 14 Subskalen:
- ▶ Davon eingesetzt:
- ▶ Snack Delay Task
- ▶ Bird und Dragon

Kindlicher Entwicklungsstand

- ▶ Bayley Scales of Infant Development II
 - Mental Scale
 - Motor Scale
 - Behavior Rating Scale
- ▶ Erfasst das Altersspektrum von 1 Monat bis zu 42 Monaten
- ▶ standardisiertes Erhebungsinstrument



Säugling und Kleinkind: Bayley Mental Scale

- ▶ Erinnerungsvermögen
- ▶ Habituation
- ▶ Problemlösung
- ▶ frühes Zahlenverständnis
- ▶ Klassifikation
- ▶ Sprachliche Fähigkeit
- ▶ soziale Fertigkeit im Umgang mit der Mutter und dem Versuchsleiter

Säugling und Kleinkind: Bayley Motor Scale

- ▶ Geschicklichkeit des Kindes in seinem körperlichen Bewegungsspektrum
- ▶ Grobmotorik (Krabbeln, Drehen, Steigen, Klettern, Sitzen, Stehen, Laufen und Hüpfen)
- ▶ Feinmotorik (hauptsächlich Ausführungen, die von der Hand vorgenommen werden)

Säugling und Kleinkind: Behavior Rating Scale

- ▶ „qualitative“ Beurteilung von kindlicher Entwicklung und kindlichem Verhalten
- ▶ Aufmerksamkeit
- ▶ Interesse
- ▶ Konzentrationsspanne
- ▶ Erregung
- ▶ Orientierung
- ▶ emotionale Regulation
- ▶ Exploration
- ▶ Qualität der Bewegungen

Rekrutierungsverlauf

- ▶ Kontaktiert: 2001 Mütter
- ▶ Rücklauf: 748
- ▶ Davon misshandelt: 73
- ▶ Von diesen wurden eingeschlossen: 58
- ▶ Von den anderen 15:
 - ▶ Haben 8 Kinder die Einschlusskriterien nicht erfüllt
 - ▶ Waren 4 Kinder wiederholt krank
 - ▶ Lehnten 3 Mütter die Teilnahme ab

Kontrollgruppe

- ▶ 675 von 748 Müttern lagen **unter** dem Cut off für moderate und schwere Misshandlung.
- ▶ Von diesen waren 417 Mütter in den Gruppen 'leichte' und 'minimale' Misshandlung nach CTQ.
- ▶ Von den verbleibenden 258 Müttern mit einem Score von 0 für sexuelle oder körperliche Misshandlung wurde das Matching nach den o.g. Kriterien durchgeführt.

Matchingkriterien

nach Priorität gelistet:

1. Geschlecht des Kindes
2. Familienstand der Mutter
3. Bildungsstand der Mutter
4. Anzahl der Geschwister des Kindes

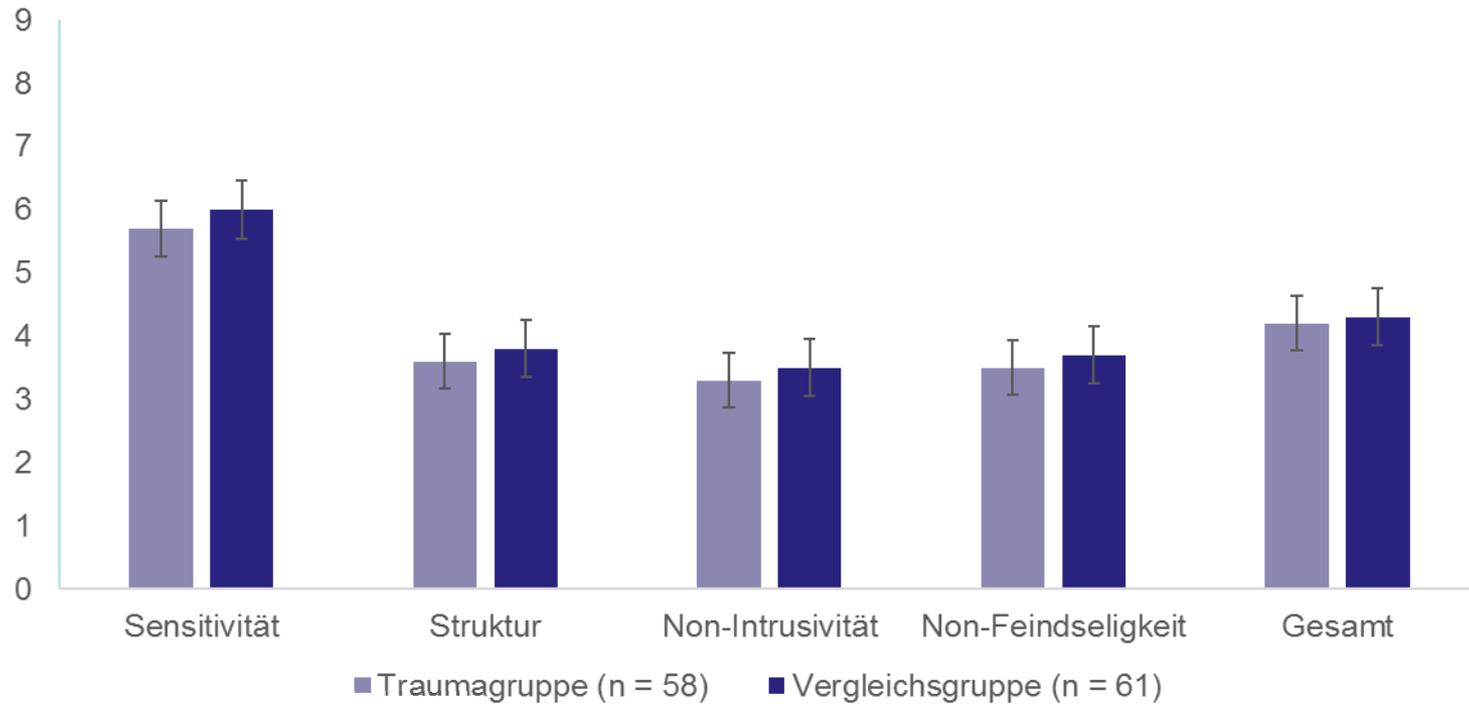
Finale Stichprobe

	Traumagruppe (n = 58)	Vergleichsgruppe (n = 61)
Mittleres Alter Mutter	32,5 Jahre	32,5 Jahre
Geschlecht Kind	53 % Jungs, 47 % Mädchen	52 % Jungs, 48 % Mädchen
Familienstand Mutter	91,4 % in Partnerschaft mit dem Kindsvater	100 % in Partnerschaft mit dem Kindsvater
Bildungsstand der Mutter	70,7 % Abitur und höher	78,7 % Abitur und höher
Kinderzahl (Durchschnitt)	1,7	1,8
Geburtsgewicht Kind (Durchschnitt)	3860g	3830g

„Cycle of Abuse“ – Studie

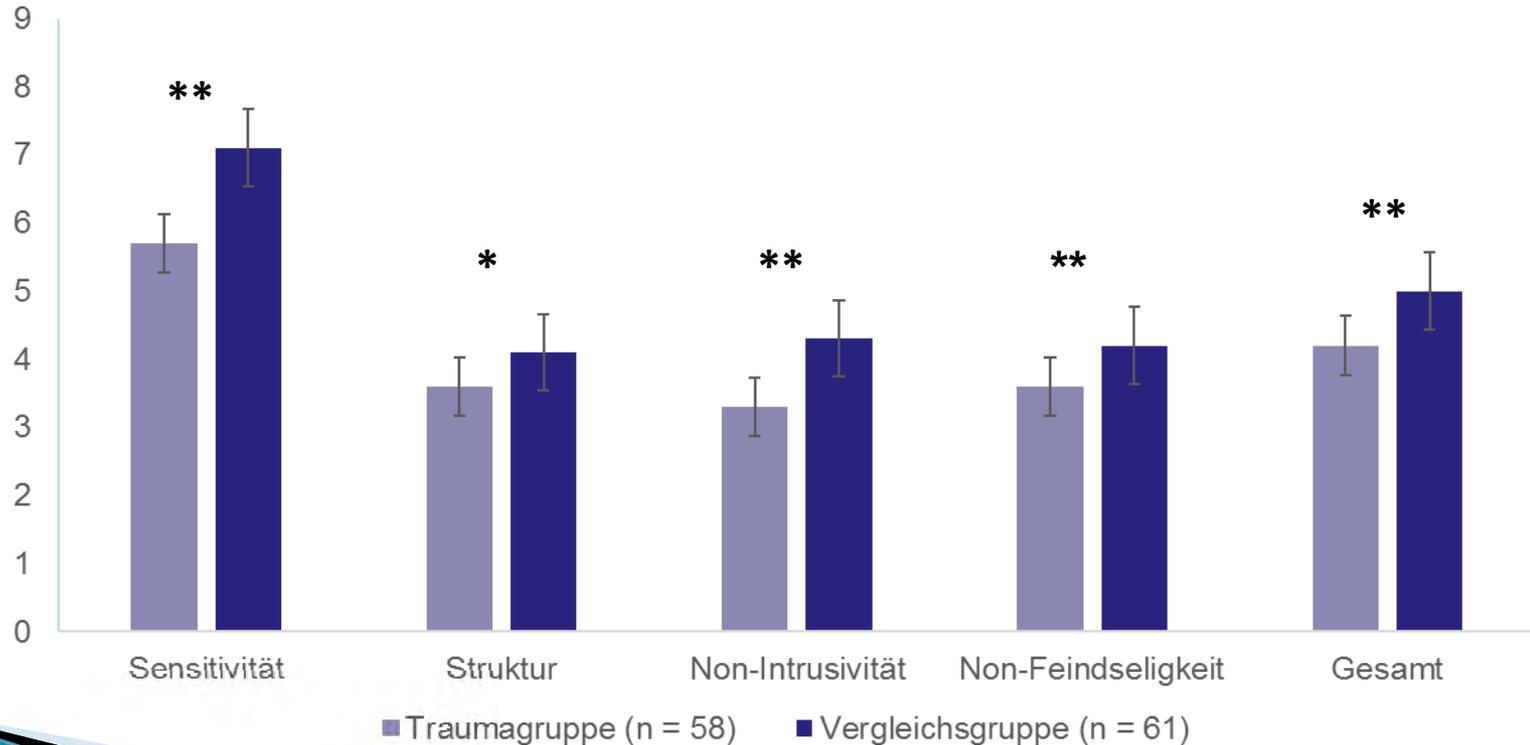
- Ergebnisse -

Emotionale Verfügbarkeit (5 Monate)



Emotionale Verfügbarkeit Mutter

Emotionale Verfügbarkeit (12 Monate)



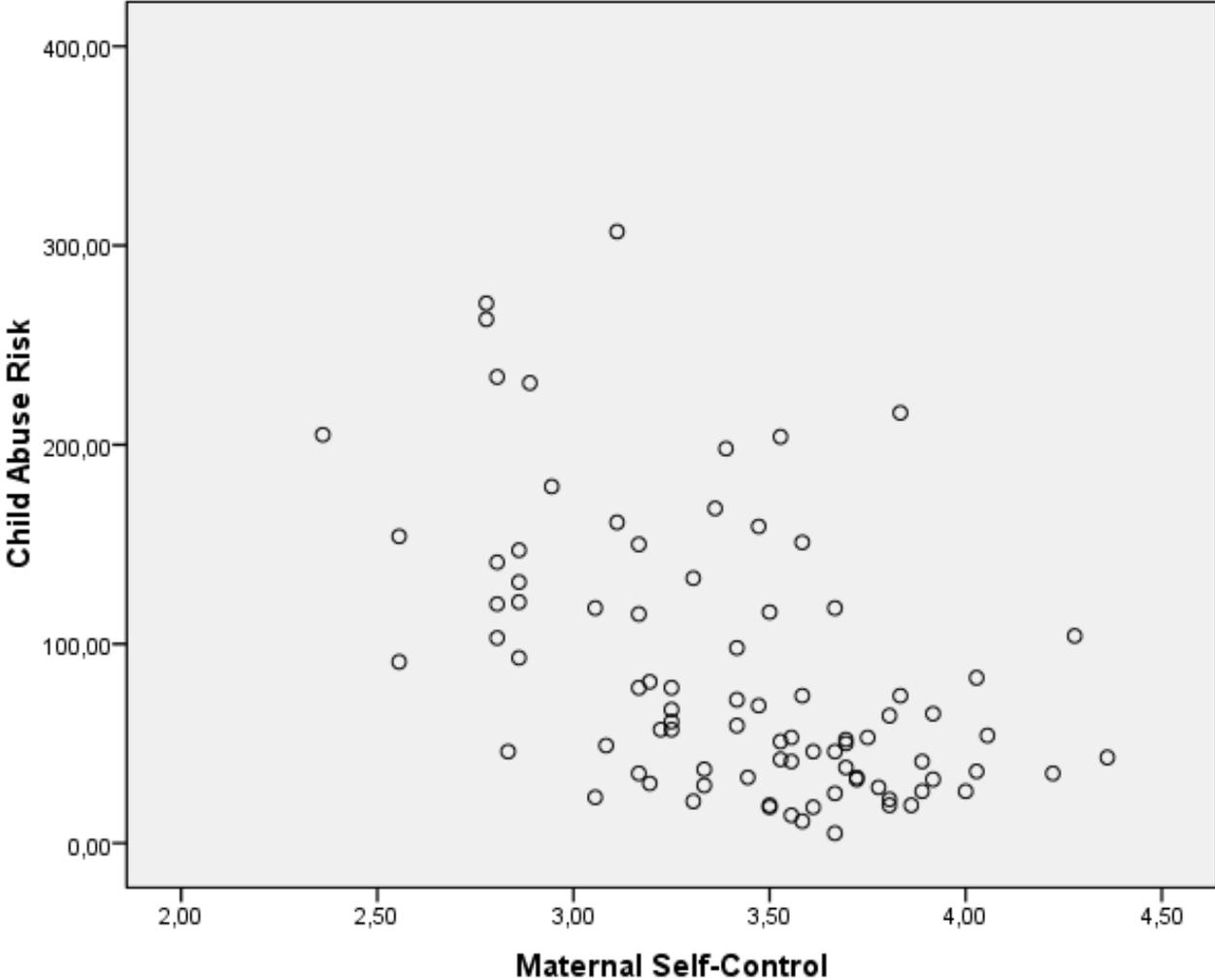
Ergebnisse Misshandlungspotential

- ▶ Mit 5 und 12 Monaten lag keine Mutter über dem cut-off und die Indexgruppe unterscheidet sich von der Kontrollgruppe auch nicht signifikant.
- ▶ Mit 30 Monaten liegen bei dann noch 43 Indexmütter und 44 Kontrollmüttern 11 Indexmütter, aber nur 1 Kontrollmutter über dem cut-off für Kindeswohlgefährdung

Mütterliche Selbstkontrolle

- ▶ Misshandelte Mütter unterscheiden sich signifikant ($p = .03$) in der Self-Control-Scale von Kontrollmüttern
- ▶ Die Korrelation (Spearman Rank) zwischen Self-Control und Misshandlungspotential im CAPI ist hoch : $r = -.51$, $p = 0.01$

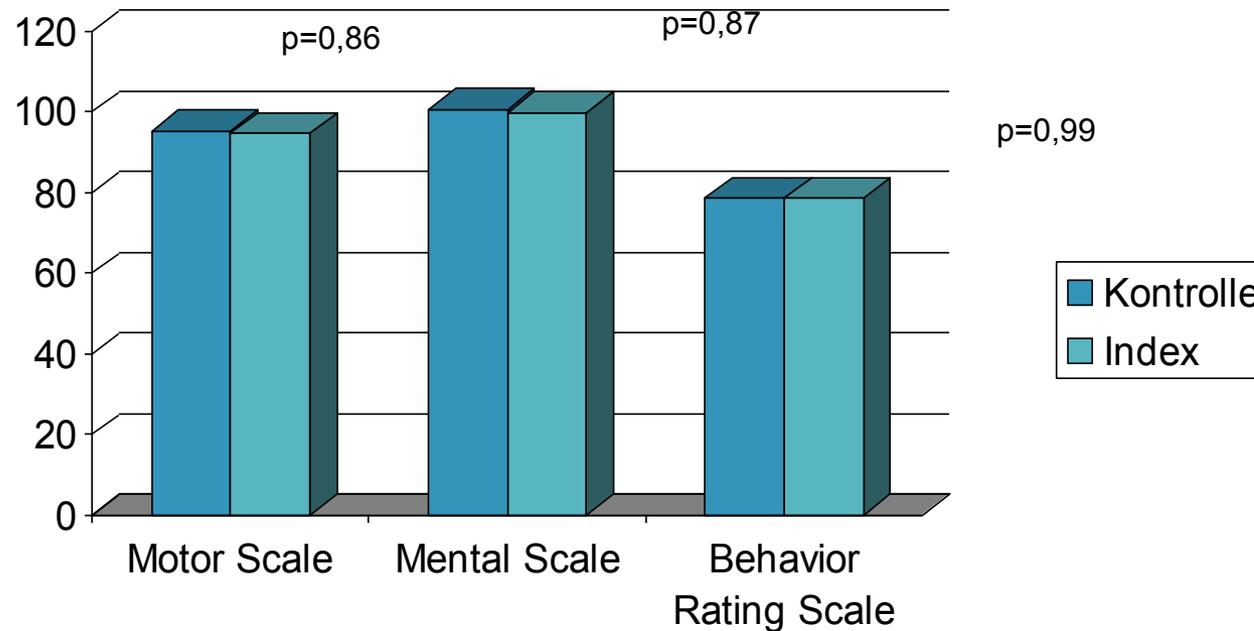
Misshandlungspotential und Selbstkontrolle



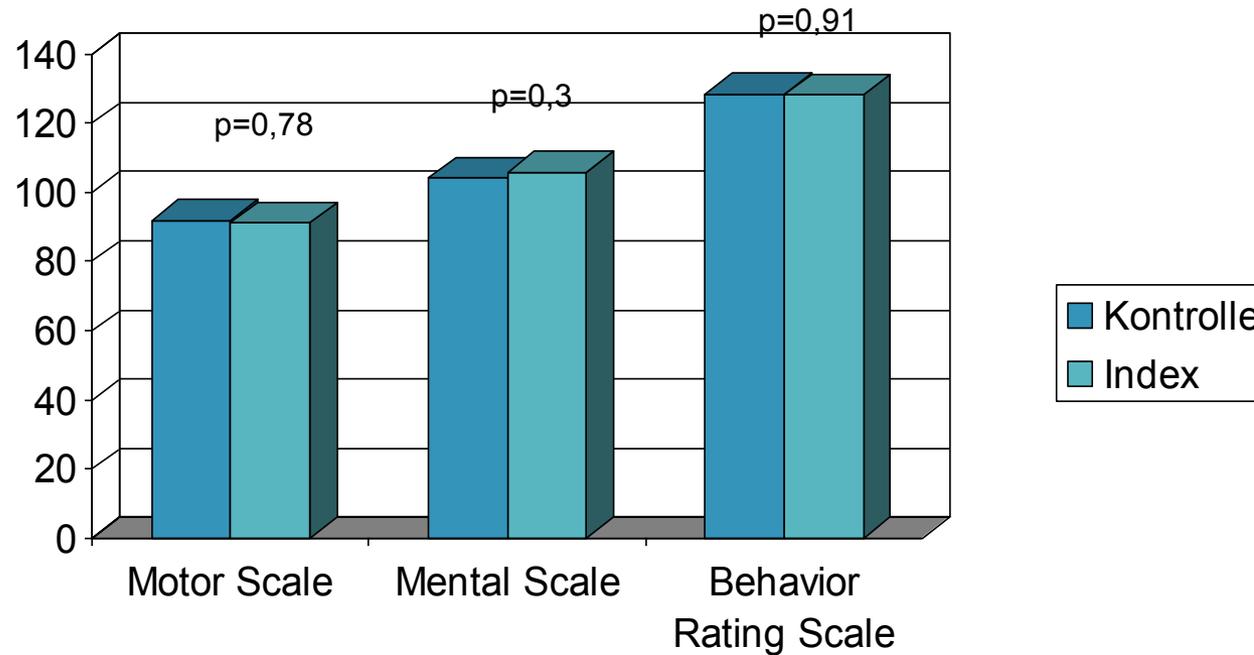
Kindliche Selbstkontrolle/Effortful Control Battery

- ▶ Kein Unterschied in inhibitorischer Kontrolle zwischen Index- und Kontrollkindern : $r = -.10$
- ▶ Kein (!) Zusammenhang zwischen mütterlicher Selbstkontrolle und kindlicher Selbst-Kontrolle.

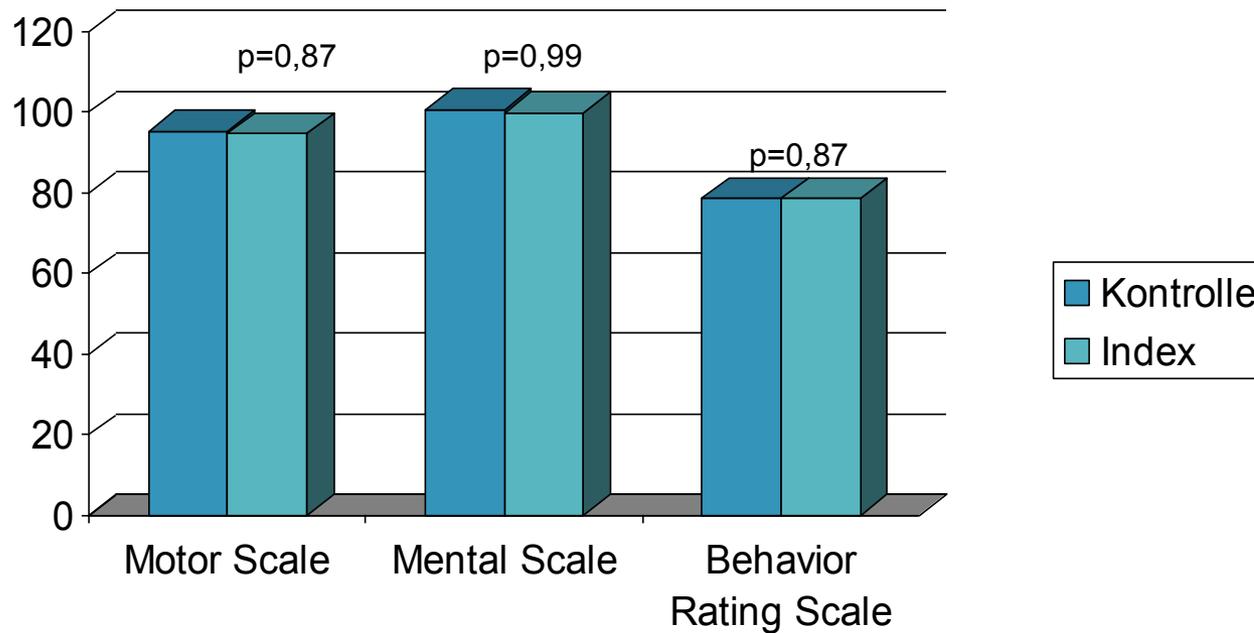
Kindlicher Entwicklungsstand/Bayley 5 Monate



Kindlicher Entwicklungsstand 12 Monate



Kindlicher Entwicklungsstand 30 Monate

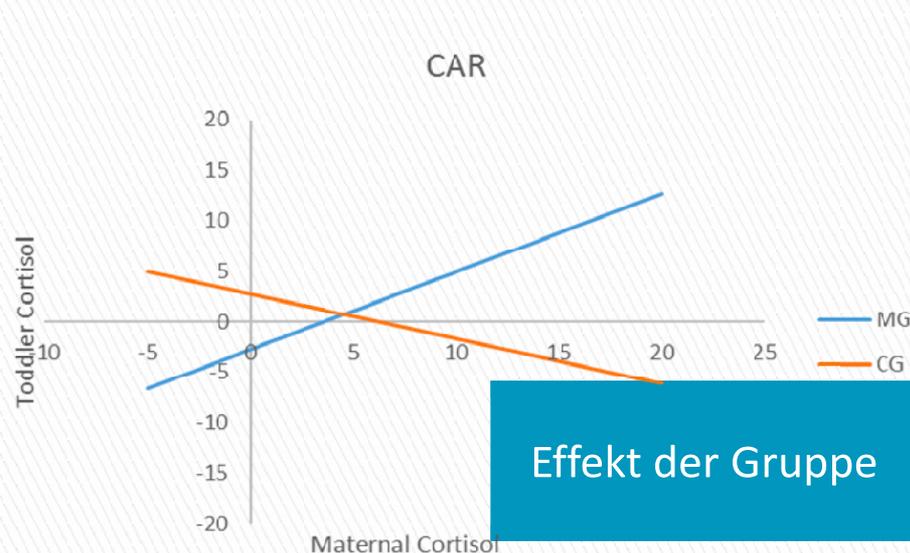


Cortisol-Aufwachreaktion

Gesamte Stichprobe

- ▶ Kein signifikanter Zusammenhang zwischen CAR Mutter und CAR Kind in der Gesamt-Stichprobe ($r = -0.06$; $p = .625$)

- ▶ Gruppe signifikanter Moderator ($b = -1.20$, $p < .01$)
- ▶ Bedingter Effekt: Signifikanter ZH **nur in der MG** (95% CI = 0.22, 1.35)



→ Stat. Kontrolle: Psychopathologie, Medikamenteneinnahme, orale Kontrazeptiva, Zyklus

23.03.2021

Mütter mit Misshandlungserfahrungen

- Interagieren im ersten Lebenshalbjahr genau wie Kontrollmütter mit ihren Kindern
 - Sind aber *ab Beginn des zweiten Lebensjahr* intrusiver, feindseliger und weniger sensitiv in der Interaktion, aber noch kein auffälliges Misshandlungspotential
 - Zeigen (erst) im kindlichen Alter von 30 Monaten ein erhöhtes Misshandlungspotential
 - Dieses korreliert mit der mütterlichen Selbstkontrolle
 - Klinische Relevanz?
- 

Kinder misshandelter Mütter

- unterscheiden sich von anderen Kindern nicht in mentalem oder motorischem **Entwicklungsstand**, Verhaltensregulation oder inhibitorischer Kontrolle innerhalb der ersten 3 Lebensjahre
 - Sind *synchroner mit ihren Müttern* im Cortisoltagesprofil als Kontrollkinder
 - (Wieso?)
- 

Ergebnisse erforderten -und ermöglichten- weitere (erfolgreiche) Beantragung:

*Nachuntersuchung dieser Stichprobe und
Einschluss zusätzlicher Forschergruppen im
Rahmen eines BMBF-Forschungskonsortium*

unter Heidelberger Koordination:

Gefördert seit 2013 vom BMBF als CLUSTER UBICA:
Phase 1 (5 Jahre) und jetzt Phase 2

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Understanding and Breaking the Intergenerational *Cycle of Abuse* „UBICA“-Studie

Möhler, E., Lehmkuhl, L./Winter, S., Brunner, R. Herpertz-
Dahlmann (beteiligte KJP)
F. Bermpohl, S. Herpertz (beteiligte EP)

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Heidelberg
www.ubica.de

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



**MRT-
Studien**



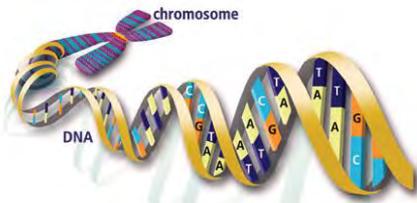
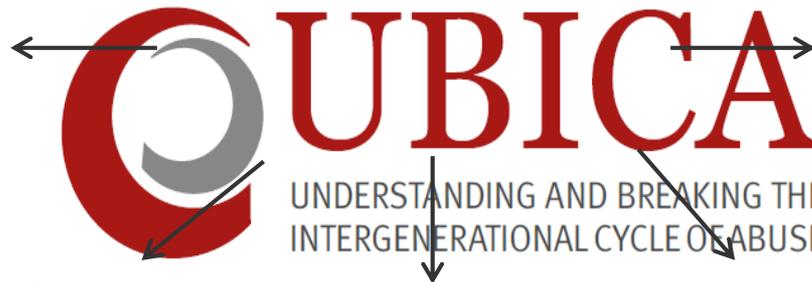
**Psychologische
Untersuchungen
bei Müttern und
Kindern**



**Mutter-Kind-
Interaktion**



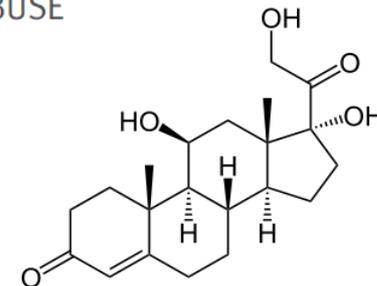
Intervention



**(Epi-
)genetik**



Tiermodelle



Hormone

Coordination: Universität Heidelberg



Behavioral and neural effects of mothers' history of childhood abuse on the mother-child interaction

S. Herpertz , Möhler, E.



Depressive reactions to traumatic experiences and its impact on the mother-child interaction

F. BERPPOHL (PI), A. HEINZ, K. BÖDEKER, U. LEHMKUHL
Behavioral, developmental and neural effects of a standardized mother-child intervention program in adolescent mothers and their children

B. Herpertz-Dahlmann (PI), K. Konrad



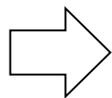
Epigenetic mechanisms underlying perinatal stress-induced transgenerational neuronal and synaptic changes in prefrontal-limbic-hypothalamic circuits

J. Bock (PI), K. Braun



UBICA-Studie Phase 1- Hintergrund -

- ▶ Konsistenter Link zwischen Kindesmisshandlung und depressiven Erkrankungen im Erwachsenenalter (e.g. Paolucci et al., 2001; Plant et al., 2013)
- ▶ Zusammenhang zwischen depressiver Erkrankung der Mutter und Schwierigkeiten in der Mutter-Kind-Interaktion (e.g. Van Doesum, et al., 2007; Easterbrooks, Biesecker & Lyons-Ruth, 2012)
- ▶ Rolle depressiver Symptomatik bei der transgenerationalen Weitergabe:



Direkter Effekt der Kindheitserfahrungen? (Thompson, 2007; Claridge et al., 2014, Dubowitz et al., 2001)



Effekt erklärt durch depressive Symptomatik? (Koverola et al., 2005; Madigan et al., 2015; Mitchell et al., 2010)

UBICA-Studie 2012

- Methodik -

Mutter & Kind

- Emotionale Verfügbarkeit (EA-Scales)

- Cortisol



Kind (5-12 Jahre)

- Exekutive Funktionen (NEPSY)
- Intelligenz (CFT)
- Psychopathologie (K-Sads; CBCL, TRF)
- Wohlbefinden (Kidscreen)

Mutter

- Psychopathologie (u.a. M.I.N.I, IPDE, HAM-D)
- Traumatische Erfahrungen (CECA-Interview)
- Hormone; Genetik und Epigenetik
- fMRT (Emotionserkennung und - Regulation)
- Weitere Fragebögen (PSI, EBSK....)

UBICA-Studie 2012

- Methodik -



Misshandlungserfahrungen in der Kindheit:

- ▶ Physische und sexuelle Misshandlungserfahrungen (Childhood Experience of Care and Abuse Interview, CECA; Bifulco et al., 1994).

Depression:

- ▶ Mütter mit einer Depression in Remission: HAMD-Score von ≤ 7 (HAMD, Baumann, 1976)
- ▶ Mindestens eine depressive Episode (Mini-SKID-I, Sheehan et al., 1999)

UBICA-Studie 2012

- Methodik -

Konstrukt der „Emotionalen Verfügbarkeit“:

- ▶ Biringen & Robinson (1991): 4th Edition

Situationen:

- Freies Spiel (15 Minuten)
- Frustrationsaufgabe (6 Minuten)

Interrater-Reliabilität:

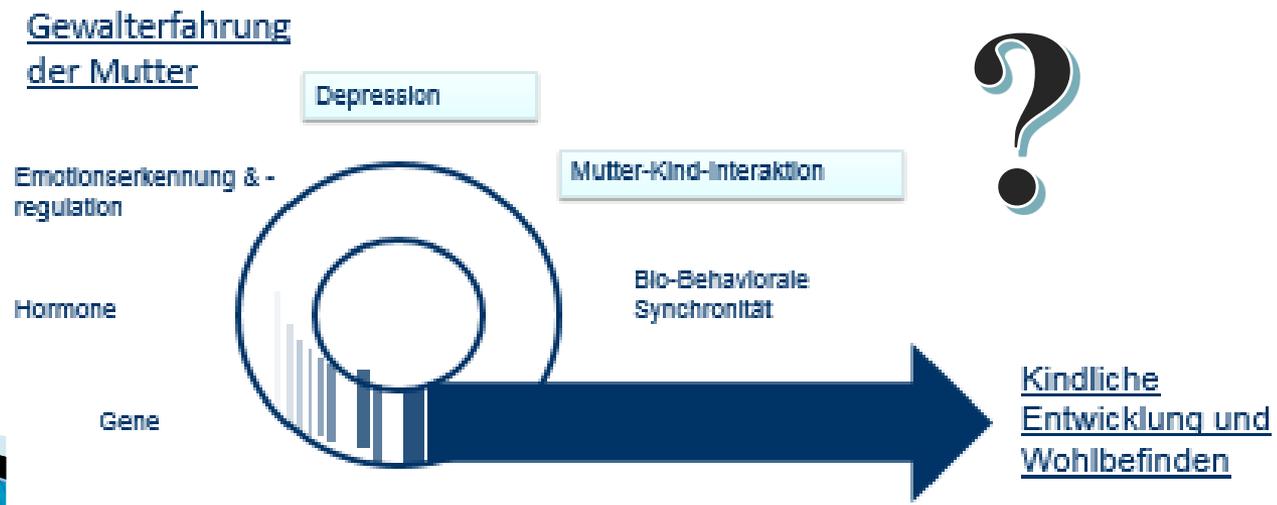
- ICC Range: .75 - .89



UBICA-Studie 2012

- Fragestellung -

- ▶ Wirken sich mütterliche Misshandlungserfahrungen auf die Qualität der Emotionalen Verfügbarkeit aus?
- ▶ Wirkt sich (Lifetime) Depression auf die Qualität der Emotionalen Verfügbarkeit aus?
- ▶ Lassen sich Interaktionseffekte zeigen?



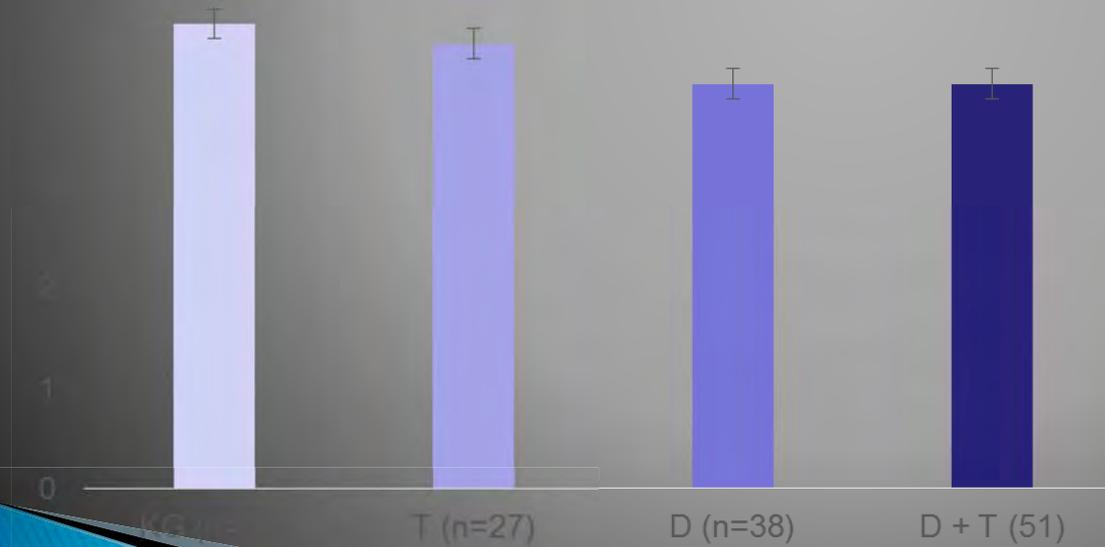
„UBICA“-Studie 2012

Ergebnisse

Mutter: Sensitivität

Effekte 2*2 ANOVA:

- ▶ Traumat. Erfahrung:
 $F(1,178) = .27, n.s.$
- ▶ Depression:
 $F(1,178) = 11.37, p < .01$



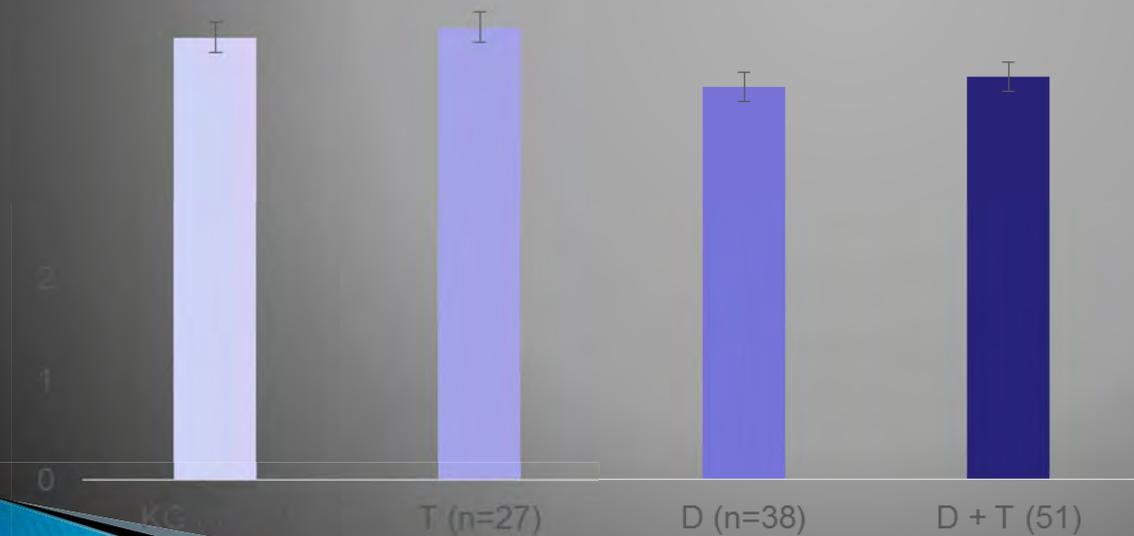
„UBICA“-Studie 2012

Ergebnisse

Kind: Responsivität

Effekte 2*2 ANOVA:

- ▶ Traumat. Erfahrung:
 $F(1,178) = .01, n.s.$
- ▶ Depression:
 $F(1,178) = 15.63, p < .01$



„UBICA“-Studie 2012

Ergebnisse

	Kontrolle (n=56)	Depression (n=19)	Depression & mild-moderates Trauma (n=56)	Depression & schweres Trauma (n=14)	Effekt
Sensitivität (SD)	4.7 (0.8)	4.2 (0.9)^{a,b}	4.0 (0.9)	3.6 (1.2)	<.001
Strukturierung (SD)	4.1 (0.8)	4.4 (0.8)	4.5 (0.7)	4.1 (0.8)	<.05
Non-Intrusivität (SD)	5.3 (0.8)	5.2 (1.1)	5.3 (1.0)	4.6 (1.3)	.09
Non-Feindseligkeit (SD)	6.0 (0.9)	5.5 (1.1)^a	5.5 (1.0)	5.0 (1.2)	<.05
Responsivität (SD)	4.5 (0.8)	4.1 (1.0)^{a,b}	4.0 (0.8)	3.6 (1.0)	<.001
Involvierung (SD)	4.6 (0.9)	4.3 (1.0) ^a	4.2 (0.7)	4.1 (0.9)	<.01

Anm: ^a signifikanter Kontrast zwischen Kontrolle und Depression ohne Trauma bei $p < .05$; ^b signifikanter Kontrast zwischen Depression ohne Trauma und Depression mit schwerem Trauma





Results

Sample: HD



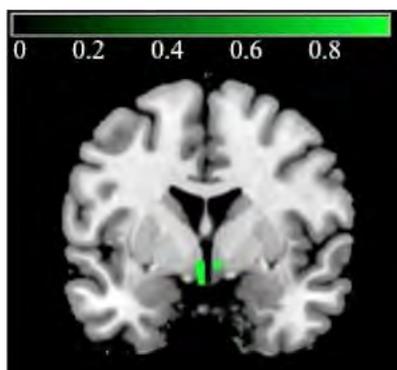
Mielke et al.
2018.



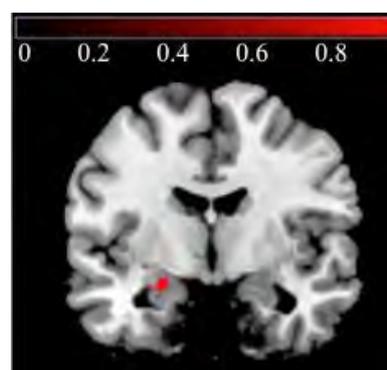
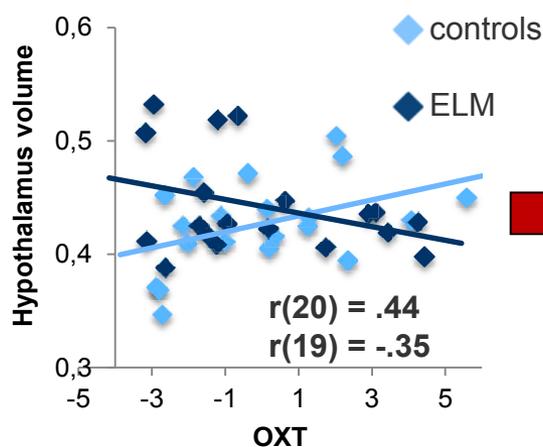
UniversitätsKlinikum Heidelberg



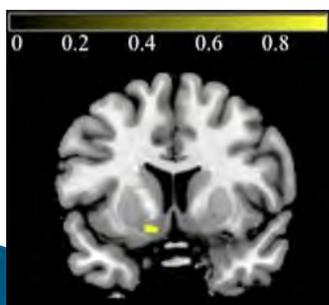
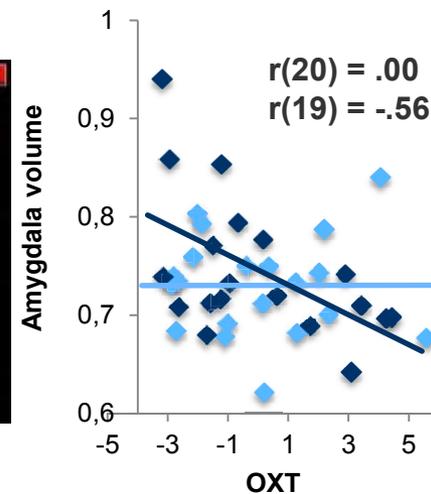
Oxytocin & Brain Structure - sMRI & Hormones



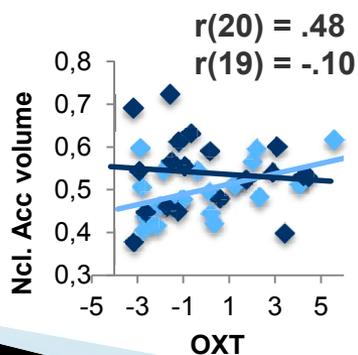
Hypothalamus
 $p_{FWE} = .002$ $k = 75$



Amygdala left
 $p_{FWE} = .021$ $k = 47$



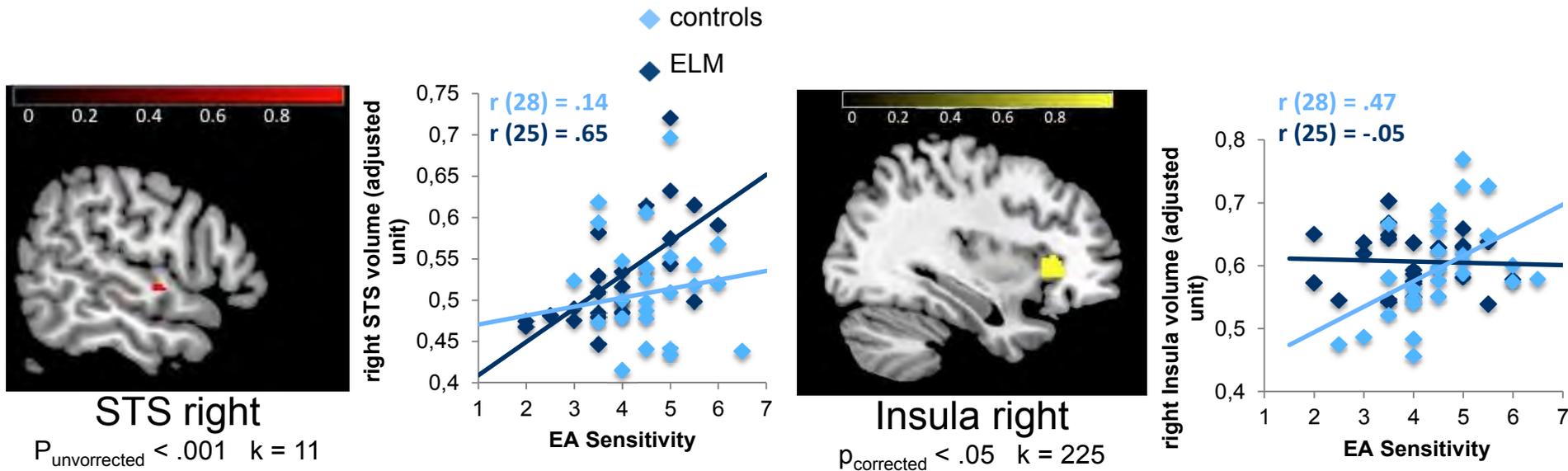
Ncl. Acc left
 $p_{FWE} = .01$ $k = 50$



- No group effect in plasma OT
- Hypothalamus volume: ELM>CON
- Left Ncl. accumbens volume: ELM>CON
- Positive association between hypothalamus and OT in CON, negative association in ELM
- Positive association between OT and central reward processing system in CON
- Negative association between OT and threat circuit in ELM



Maternal sensitivity and the empathic brain - a sMRI study



- CON: maternal sensitivity was correlated with anterior insula
- ELM: maternal sensitivity was correlated with STS & temporal pole;
Z-transformed correlational coefficients: ELM > CON ($p=.029$)
- suggesting a **compensatory recruitment of cognitive empathic capacities in mother-child interactions in traumatized mothers.**

Results

Sample: HD



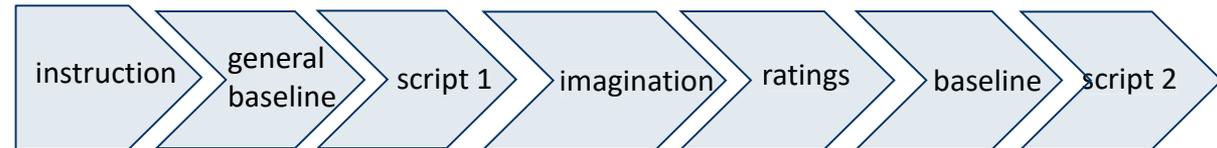
Neukel et al.
2018



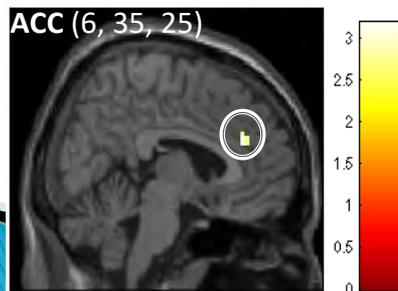
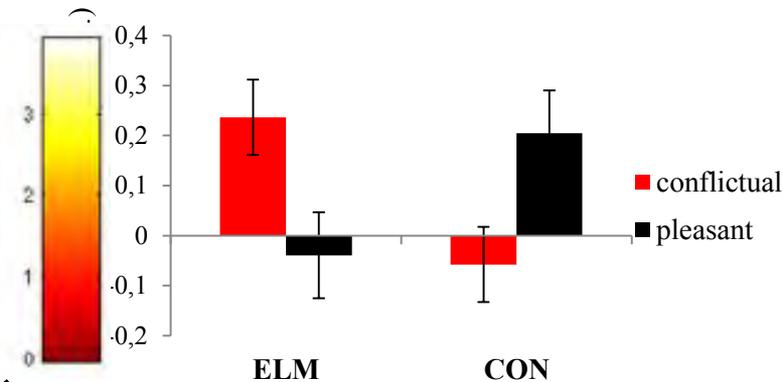
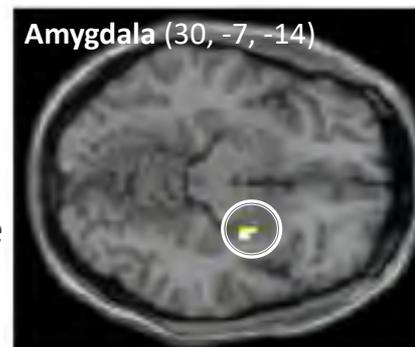
UniversitätsKlinikum Heidelberg



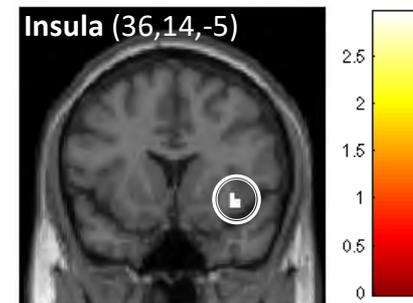
Imagination of conflictual and pleasant interactions with the child



ELM showed enhanced activations in regions of the salience network (amygdala, insula) in response to conflictual interactions, CON in response to pleasant interactions



ELM compared to CON showed reduced functional connectivities between regions of the salience and the emotion regulation network



Results

Sample: B+HD



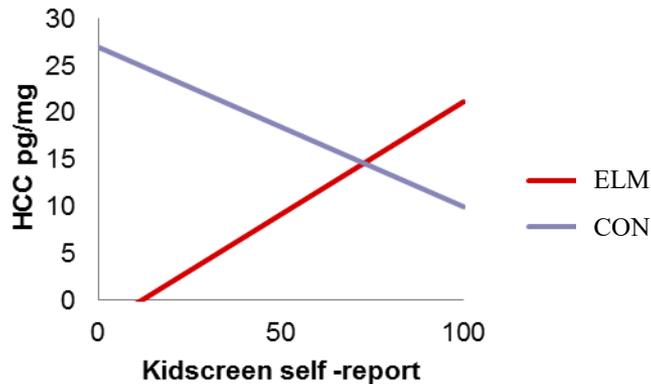
Fuchs et al., 2018
Hillmann et al.
in prep.



UniversitätsKlinikum Heidelberg



Child Hair Cortisol (HCC)



- Moderating effect of maternal adversity ($\beta=.42$, $p=.041$): In children of ELM mothers HCC correlates positively with child well-being, in CON negatively
- Mother's CAR and HCC level predicts child's CAR and HCC level.
- Interaction of mother's CAR level and mother's subjective stress level predicts child's cortisol level
- Group is not a sign. predictor of child's CAR level (low power on level 3).

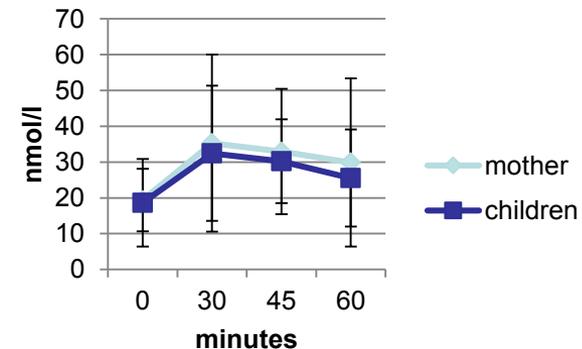
Cortisol Awakening Response (CAR)

Preliminary data: Multilevel modeling

- 73 mothers with their children (HD)
- 584 observations:
 - 2 days with 4 measured timepoints (CAR)

Level 1: measured timepoints
Level 2: day
Level 3: person

$child_cortisol = mother_cortisol * mother_stress + mother_sleep + timepoint + mother_cortisol * trauma + mother_stress * trauma$ (random intercept per person)					
	Estimate	Std. Err.	df	t	p
mother_cortisol	0.156	0.038	215.85	4.163	<0.001 ***
trauma	-0.635	2.104	44.00	-0.302	0.764
mother_cortisol* mother_stress	-0.074	0.028	209.83	-2.625	0.009 **

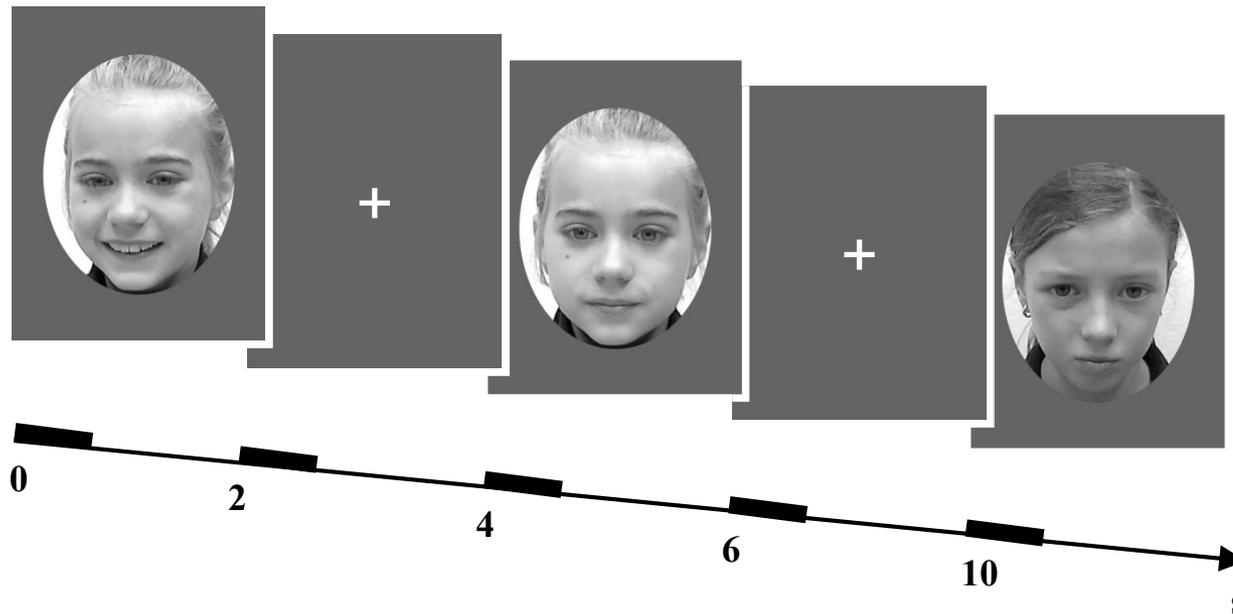


Results

Sample: B

Hindi Attar et al. 2019

What are the neural correlates of (attenuated) maternal sensitivity?
fMRI paradigm for maternal affect recognition



Design: 3 (**Affect**: sad, happy, neutral) x 2 (**Identity**: own, unfamiliar child)

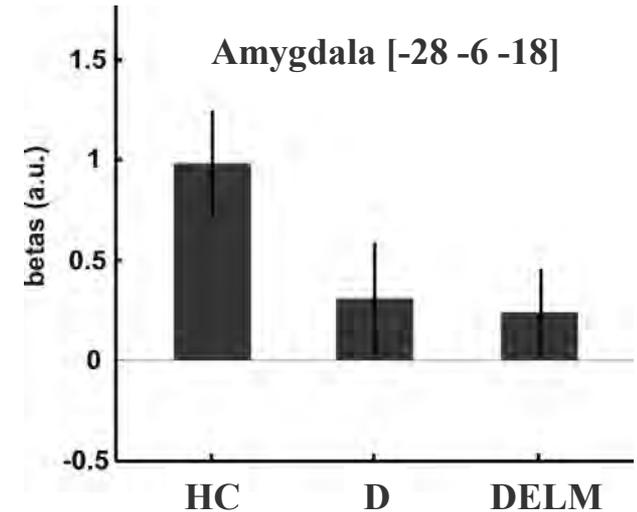
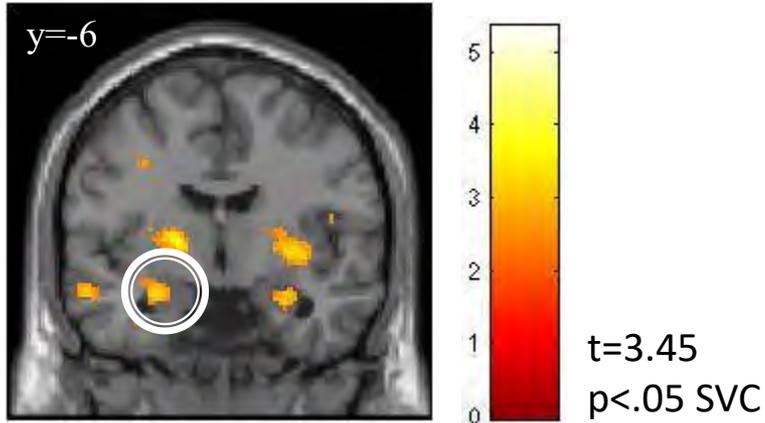
Results

Sample: B

Hindi Attar et al. 2018

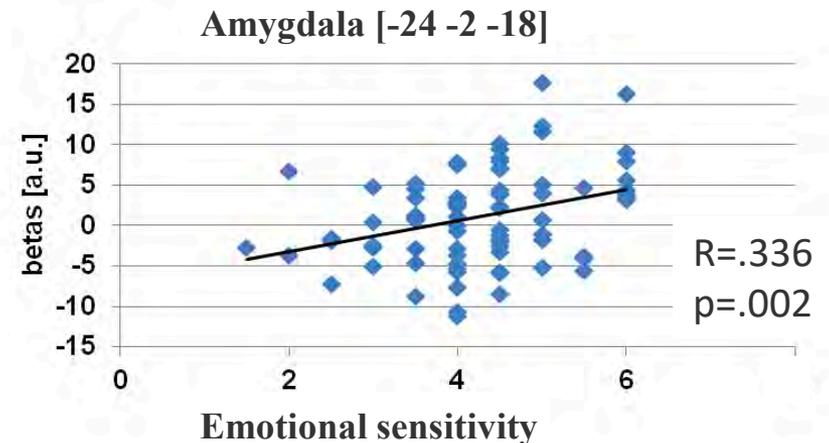
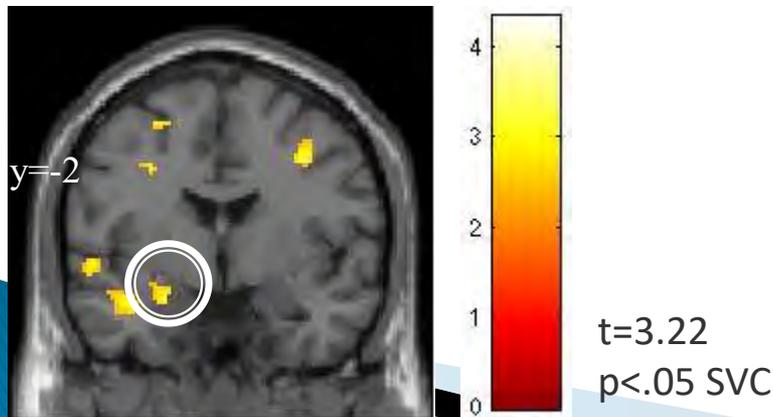
Effect of trauma: Reduced amygdala response

HC>(D+DELM): sad faces (own + unfamiliar child)



Emotional sensitivity correlated with amygdala response

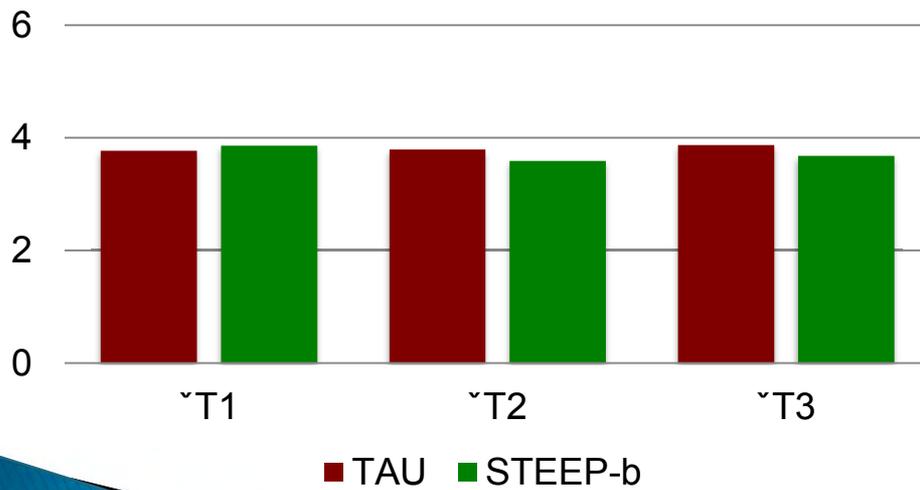
Correlation across groups: sad faces



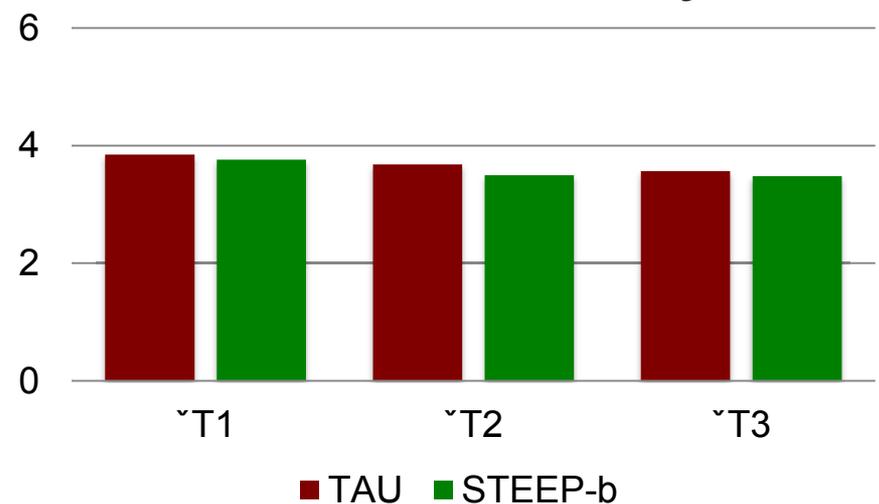
Intervention

- ▶ STEEP-B intervention did not improve maternal sensitivity and child responsiveness in high-risk adolescent mother-child dyads

Child responsiveness

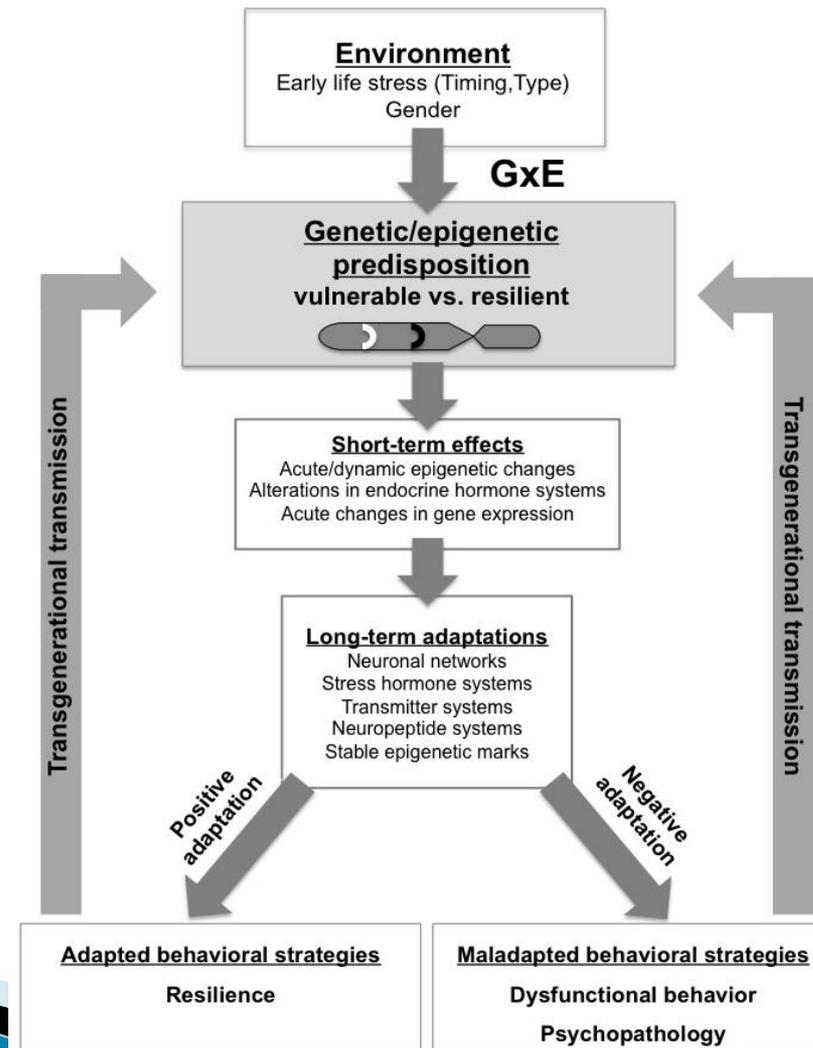


Maternal sensitivity



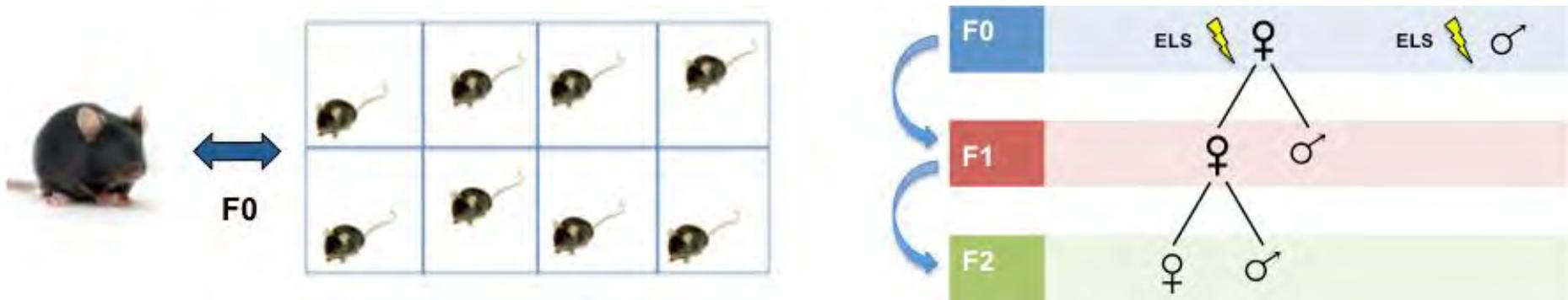
No significant group differences ($p > .05$)

Transgenerational programming of neuronal networks by early life stress



- What are the acute/immediate effects of an early traumatic experience (early life stress) on brain activity and epigenetically mediated gene expression?
- Does chronic/repeated postnatal stress (CS) induce changes of the oxytocinergic system (oxytocin-receptor expression, Oxtr) in the brain of adult animals?
- Do these changes depend on an interaction of multiple stress experiences (“hits”) throughout life?
- Does CS induce epigenetic changes that are associated with alterations in the expression of Oxtr in the brain?
- Is there a transgenerational transmission of the epigenetically mediated changes in Oxtr expression in the brain?

Methods



Subjects: Male or female C57/Bl6 mice; degus (*Octodon degus*)

Early-life stress (ELS): maternal separation (MS) from PND 1-21, 3 hours/day

Chronic/repeated postnatal stress (CS): MS + social isolation from PND 22

Behavioral analysis: Depressive-like behaviors; Maternal behavior (Noldus Observer™)

Functional imaging: 2-Fluoro-Deoxy-Glucose (2-FDG) method

Neuromorphology: 3D reconstruction (Neurolucida™) of Golgi-Cox stained neurons

Gene expression: quantitative real-time PCR (qRT-PCR), (Arc, Egr1)

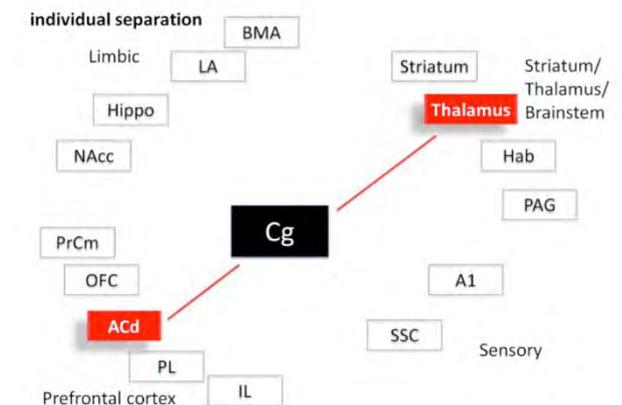
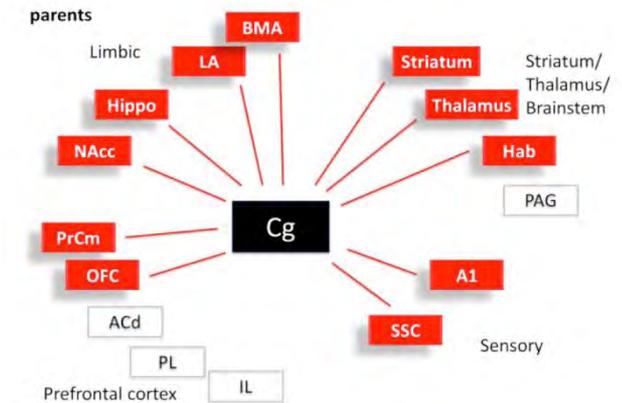
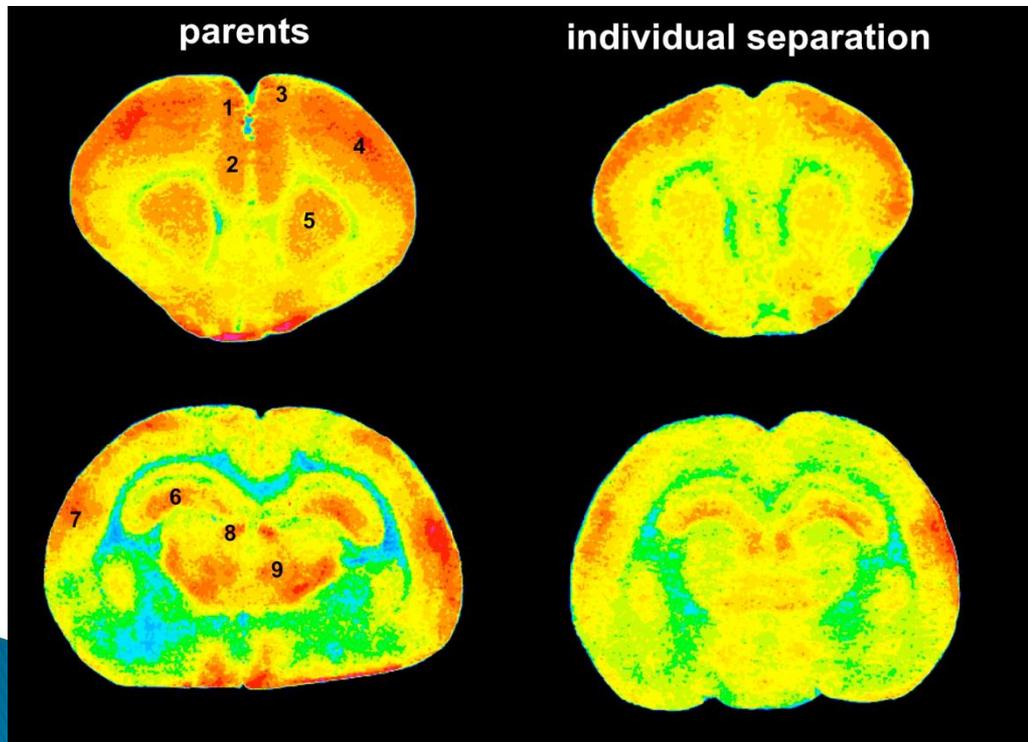
Analysis of histone modifications: Western Blot (Histone H3 and H4 acetylation)

Native ChIP-qPCR : Histone acetylation at the promoters of Arc and Egr1, Oxt

DNA methylation: Pyrosequencing with assays for the Oxt promoter

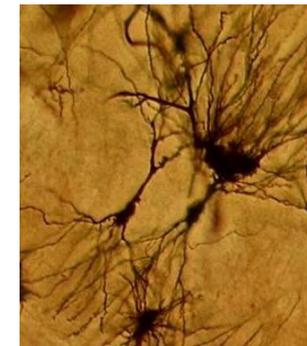
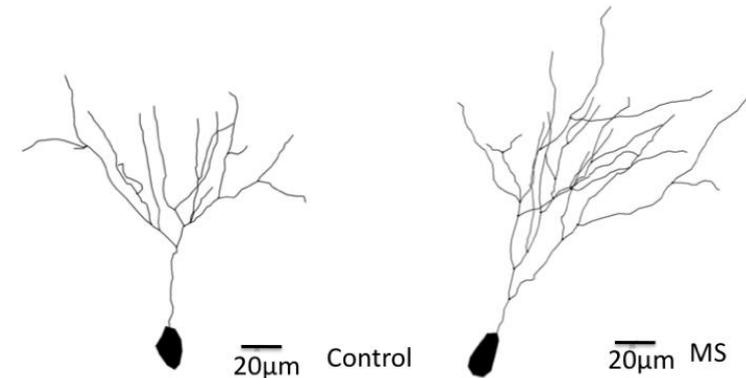
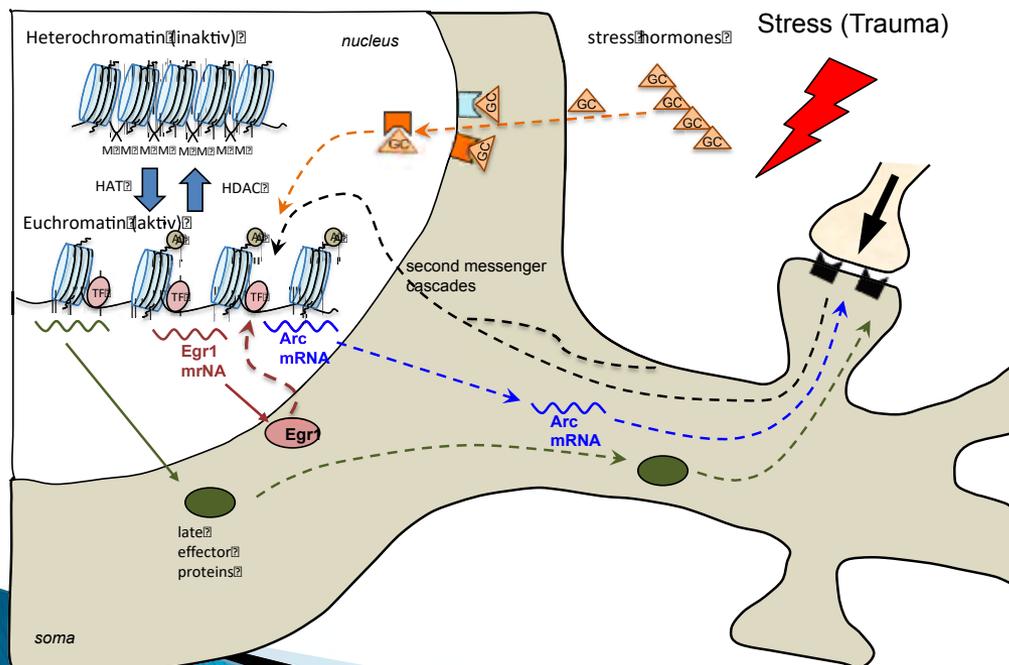
Acute/Immediate Changes *Functional Imaging*

- Reduced metabolic brain activity during separation from the parents
- Disturbed functional coupling among prefrontal and limbic brain areas



Acute/Immediate Changes *Epigenetics*

- ELS induces enhanced histone acetylation associated with activation of the synaptic plasticity genes *Arc* and *Egr1* in the mouse hippocampus.
- ELS induces enhanced dendritic complexity and dendritic spine number.



Fazit: Misshandlungen verändern das Gehirn

1. Die Mütter nehmen ihre Kinder verändert wahr (Amygdala-Response)
 2. PTSD-Trigger durch kindliche Reaktionen?
 3. Emotionale Überflutung durch TraumaTrigger?
 4. Daraus folgende Projektionen und Projektive Identifikation?
- 

Fazit: Konsequenz des misshandlungsbedingten Hypercortisolismus

1. Störung im Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnis als Folge von struktureller Destruktion des Hippocampus (Atrophie) bei abnormen Cortisolbefunden (McEwen & Magarinos 1997, Yehuda 1997)
2. Deutliche Beeinträchtigung der Entwicklung exekutiver Funktionen Stein et al. 1997; Teicher et al.1997 (fMRI, prä- und orbitofrontal)

Erklärung Exekutive Funktionen

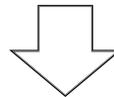
Lokalisiert im präfrontalen Cortex (v.a. gyrus orbitofrontalis), beinhalten vorwiegend Impulskontrolle, Handlungshemmung und passive Vermeidung negativer Antworten

Reifen in der Kindheit (Mezzacappa et al. 1999, Williams et al. 1999)

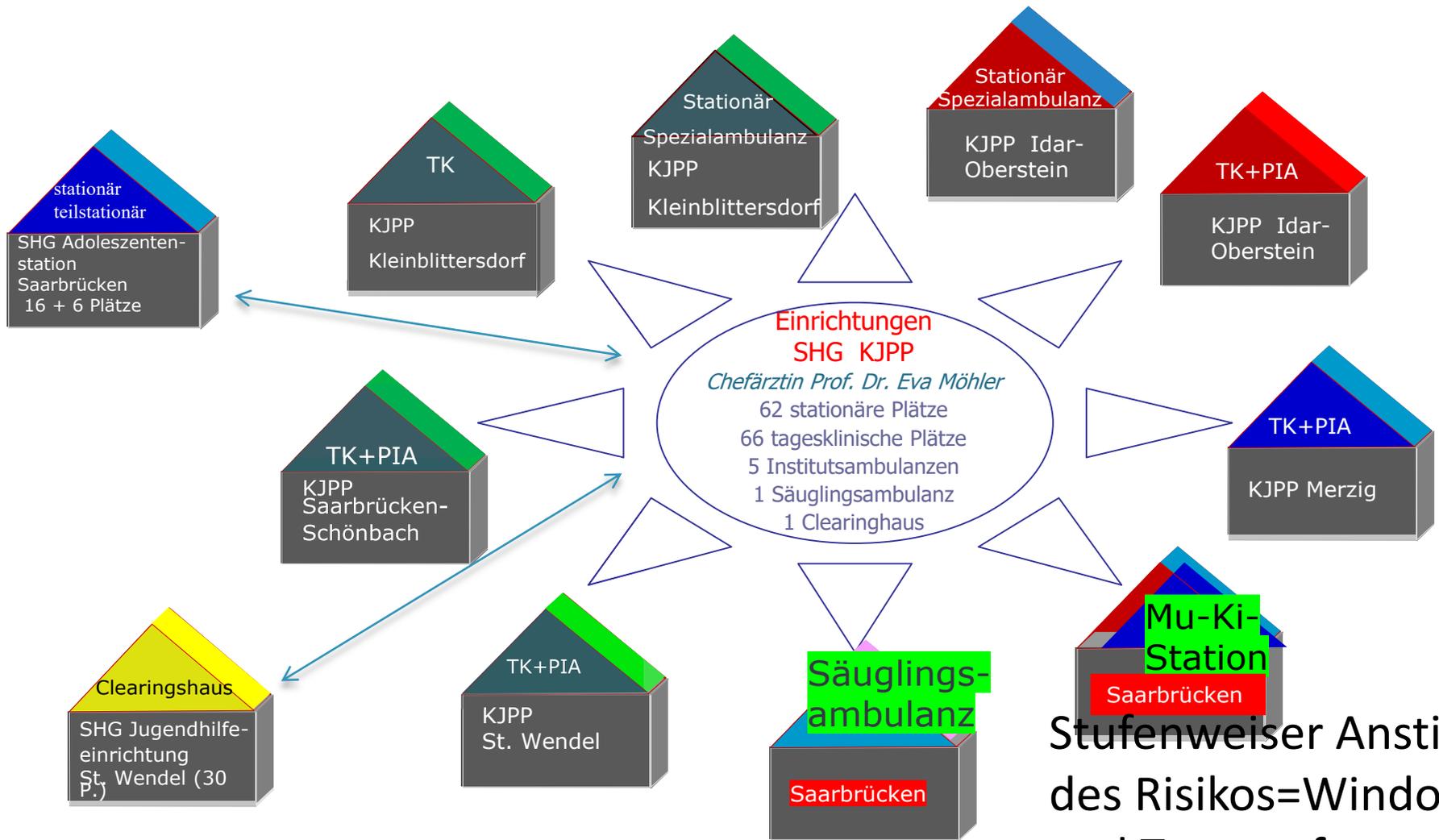
Reifung des gyrus orbitofrontalis strukturell und dauerhaft gestört durch misshandlungsbedingte exzessive Cortisoleinwirkung vor dem 10. LJ

Zusammenfassend...

- ▶ Misshandlungserfahrungen in der Kindheit der Mutter scheinen die Mutter-Kind-Interaktion auf behavioraler und physiologischer Ebene zu beeinflussen
- ▶ Weitergehende Untersuchung der genauen Mechanismen transgenerationaler Weitergabe notwendig
 - Bedeutung des physiologischen Attunement? Weitere Ebenen (Oxytocin, Herzrate ...)
 - Untersuchung kindlicher Variablen, Resilienzfaktoren!
- ▶ Wichtig: Angemessene Kommunikation der Ergebnisse



Plädoyer für stärkere Zusammenarbeit zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychiatern



Stufenweiser Anstieg
 des Risikos=Window
 and Target of
 Intervention?

Wie Sie uns jederzeit erreichen...

SHG-Kliniken Sonnenberg
Mutter-Kind-Station
Hilfe bei postpartalen Krisen

SHG-Kliniken Sonnenberg
Sonnenbergstraße 10
66119 Saarbrücken
www.sb.shg-kliniken.de

Anmeldung zum Vorgespräch unter 0681/889-2282
oder per E-Mail: mutter-kind@sb.shg-kliniken.de
Telefon Stationszimmer: 0681/889-1507



SHG: Kliniken Sonnenberg
Saarländisches Institut zur Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie, SIAP

Großherzog-Friedrich-Straße 35
D-66111 Saarbrücken
Telefon +49(0)681/38912-701
Fax +49(0)681/38912-740
siap@sb.shg-kliniken.de
www.sb.shg-kliniken.de

Die Säuglings- und Kleinkindambulanz ist ein gemeinsames Projekt des Saarländischen Instituts zur Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie, SIAP und der SHG-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



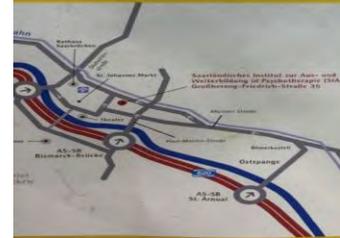
Saarländisches Institut zur Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie, SIAP

Säuglings- und Kleinkindambulanz

SHG: Kliniken Sonnenberg



ambulanz ist zentral gelegen am Landwehrplatz, in der Saarbahnhaltestelle. Gute und ausreichende Erreichbarkeit sind auf dem Landwehrplatz durch das Rathaus vorhanden.



Beziehung stärken,
gesunde Entwicklung
fördern

Beziehungsstärkende Gruppe für Eltern und Alleinerziehende mit Säuglingen und Kleinkindern bis zu drei Jahren in der SIAP-Ambulanz

Berliner Zentrum

Katja Bödeker
Catherine Hindi Attar
Daniel Führer
Charlotte Jaite
Dany Hoenack
Dorothea Kluczniok
Ulrike Lehmkuhl
Andreas Heinz
Anna-Lena Bierbaum
Viola Kappel
Katja Dittrich
Anna-Luisa Paetz
Loreen Mamerow
Florian Piepka
Nora Brandt
Justus Meyer
Martin Merk
Jasmin Schmidt
Jenny Neubecker
Agnes Hemeyer
Ines Boegen
Sina Poppinga
Neele Ridder
Maria Roth
Felix Bempohl

Heidelberger Zentrum

Anna-Lena Zietlow
Anna Fuchs
Corinne Neukel
Katja Bertsch
Annett Pröger
Emilia Mielke
Star Dubber
Hannah Früh
Corinna Reichl
Karen Hillmann
Lena Heinz
Sophie Schoenmakers
Eva Möhler
Michael Kaess
Romuald Brunner
Franz Resch
Corinna Reck
Sabine Herpertz



Eltern-Kind-Behandlung im Trauma und Misshandlungskontext

Videoarbeit hat 2 Teile:

I Analysearbeit:

Familie wird -nach Einverständnis- gefilmt während einer 15minütigen Gesprächssituation.

Der Therapeut betrachtet das Band zwischen den Terminen (mit oder ohne Supervisor).

Was machen wir noch?

II Feedback- Arbeit:

Im nächsten Termin schauen die Eltern das ganze Band gemeinsam mit dem Therapeuten an - unkommentiert.

Danach spielt der Therapeut ausgewählte GELUNGENE Sequenzen der Familie vor.

Lerntheoretischer Hintergrund

- ▶ Jedes Verhalten das Aufmerksamkeit bekommt, wird dadurch verstärkt
 - ▶ Das gilt nicht nur für Unerwünschtes, sondern auch für Erwünschtes Verhalten
 - ▶ Videoaufnahmen von guten Momenten werden deshalb hervorgehoben und vom Therapeut verknüpft mit Informationen, warum es gut ist und mit Fragen an die Eltern, was Ihnen geholfen hat, so gut zu sein
- 

Was heißt ‚gut‘?

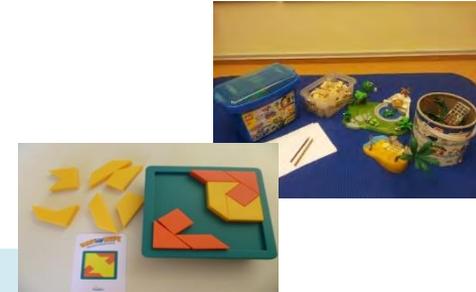
- ▶ Interaktionsanalyse und Kodierschemata gibt es mittlerweile sehr viele
 - ▶ Crittenden: CARE-Index,
 - ▶ Tronick: ICEP
 - ▶ Papousek: MKK
 - ▶ Wir arbeiten bindungstheoriegeleitet mit dem Konzept der ‚Emotionalen Verfügbarkeit‘
- 

Emotionale Verfügbarkeit

- ▶ ‚Emotional Availability‘ (Biringen and Carter, 1999; Moehler and Biringen, 2007) des Caregiver erhöht die Bindungssicherheit des Kindes
- ▶ EA-Skalen sind anwendbar von 0-18 Jahre
- ▶ Sowohl wissenschaftlich wie klinisch (für Videofeedback oder gutachterliche Fragestellungen)

Interaktion: Skalen der „Emotionalen Verfügbarkeit“

- ▶ Biringen, Robinson, & Emde, 1998
- Beobachtungsmaß der Eltern-Kind-Interaktion, Zertifizierte Rater
- Einschätzung der Qualität des emotionalen Austausches in der Interaktion
- Holistisches und klinisch sensibles Urteil
- Dyadisches Konstrukt

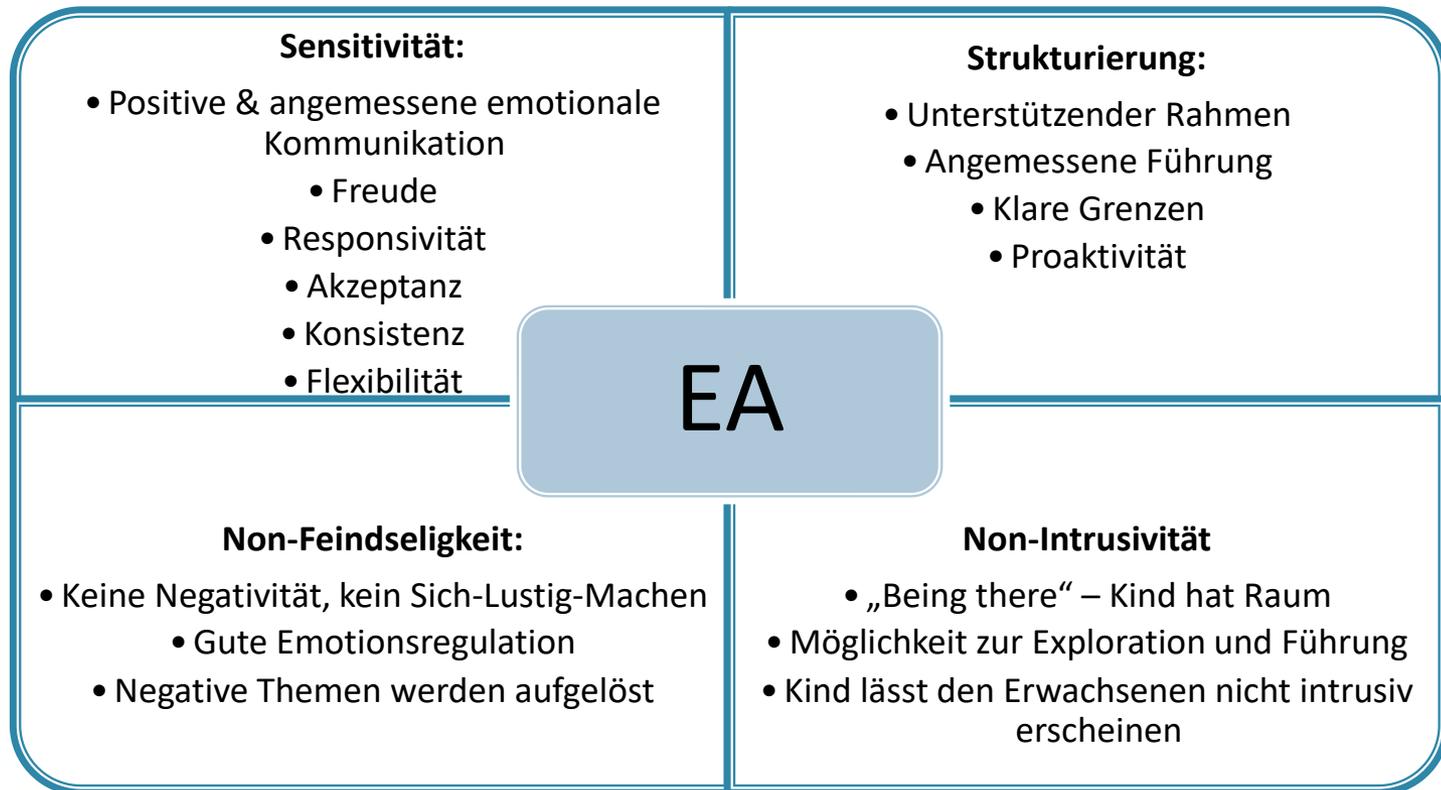


Mütterliche Variablen

- Sensitivität
- Strukturierung
- Non-Intrusivität
- Non-Feindseligkeit

Im Überblick

Mutter



Elemente der emotionalen Verfügbarkeit

Das Verhalten wird kodiert/gemessen auf 4 Skalen (von 0-7) wie sehr ist es

- ▶ Sensitiv
 - ▶ Strukturierend
 - ▶ Annehmend
 - ▶ Nicht-Intrusiv
- 

Skala Sensitivität

- ▶ Gefühle des Kindes erkennen
- ▶ Gefühle des Kindes benennen/spiegeln
- ▶ Signale/Gedanken/Motive des Kindes erkennen, benennen, spiegeln
- ▶ Bedürfnisse erkennen und validieren

Skala Strukturierung

- ▶ Regeln und Grenzen setzen
 - ▶ Eigene Initiativen
 - ▶ Eins nach dem Anderen
 - ▶ Ziele benennen
 - ▶ Klare Signale
- 

Skala Annehmen

- ▶ Freundliches Gesicht
- ▶ Angemessener Ton
- ▶ Konstruktiver Dialog
- ▶ Abwesenheit von sog. Hostility-Indicators (Gähnen, auf die Uhr gucken, seufzen)

Skala Nicht-Intrusivität

- ▶ Raum geben
- ▶ Beschreibende statt vorschreibende Sprache (wenn nicht aktuell diszipliniert werden muss)
- ▶ Abwechseln im Gespräch
- ▶ Kein ‚chase and dodge‘









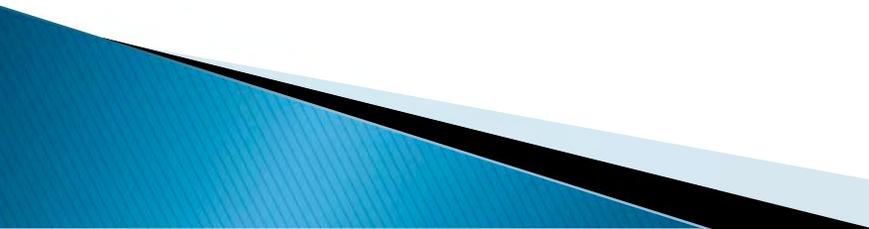








Die Videointeraktionsanalyse (VIA)

- ▶ dient der ärztlichen/psychologischen „Diagnostik“
 - ▶ Prozess der Informationsgewinnung und der Intervention sind bei diesem Verfahren eng miteinander verbunden
 - ▶ Es ist also diagnostisch (Analyseteil) UND therapeutisch (Feedbackteil)
- 



Vorteile Videofeedback

- **Ressourcenorientiert**
 - Erfolgserlebnisse stärken Selbstwert und therapeutische Beziehung
 - Implizites Erleben hält länger!!
 - **Mehr Krankheitsverständnis für den Arzt/Psychologen**
 - Videointeraktionsanalyse bildet Erleben des Kindes unmittelbar ab
 - ▶ **Mehr Augen sehen mehr: Reflektion mit Supervisor, LP's, OÄ, CÄ**
- 

**Vielen Dank für ihre
Aufmerksamkeit!**



Literatur

- ▶ Alexander, P. C., Teti, L., & Anderson, C. L. (2000). Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 829-838.
- ▶ Bailey, H. N., DeOliveira, C. A., Wolfe, V. V., Evans, E. M., & Hartwick, C. (2012). The impact of childhood maltreatment history on parenting: A comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child abuse & neglect*, 36(3), 236-246.
- ▶ Banyard, V. L. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child abuse & neglect*, 21(11), 1095-1107.
- ▶ Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. A. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: Mediating mechanisms and implications for prevention. *Child development*, 82(1), 162-176.
- ▶ Biringen, Z. (2000). Emotional availability: Conceptualization and research findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 104-114.
- ▶ Biringen, Z., & Robinson, J. (1991). Emotional availability in mother-child interactions: a reconceptualization for research. *American journal of Orthopsychiatry*, 61(2), 258-271.
- ▶ Burkett, L. P. (1991). Parenting behaviors of women who were sexually abused as children in their families of origin. *Family process*, 30(4), 421-434.
- ▶ Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(2), 174.

Literatur

- ▶ DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment*, 8(4), 319-333.
- ▶ Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57.
- ▶ Douglas, A. R. (2000). Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect*, 24(3), 425-434.
- ▶ Driscoll, J. R., & Easterbrooks, M. (2007). Young mothers' play with their toddlers: Individual variability as a function of psychosocial factors. *Infant and Child Development*, 16(6), 649-670.
- ▶ Dubowitz, H., Black, M. M., Kerr, M. A., Hussey, J. M., Morrel, T. M., Everson, M. D., & Starr, R. H. (2001). Type and timing of mothers' victimization: effects on mothers and children. *Pediatrics*, 107(4), 728-735.
- ▶ Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275.
- ▶ Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244(4901), 160-166.